



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

# LA INFERTILIDAD DE LA MUJER SUBSAHARIANA

---

Las nuevas tecnologías en la cultura tradicional africana

Autor: M<sup>a</sup> Auxiliadora Nieves Vázquez

Director: Prof. Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Carmen Massé García

Madrid

Junio 2016



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

# LA INFERTILIDAD DE LA MUJER SUBSAHARIANA

---

Las nuevas tecnologías en la cultura tradicional  
africana

Por

M<sup>a</sup>. Auxiliadora Nieves Vázquez

Visto Bueno del Director

Prof. Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Carmen Massé García

Fdo.

Madrid - Junio 2016



# ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>IV</b>
<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1. LA ESTERILIDAD HUMANA EN AFRICA SUBSAHARIANA: CONCEPTOS, EPIDEMIOLOGÍA, CAUSAS Y CONSECUENCIAS</b>	<b>3</b>
1.1. DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS .....	5
1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESTERILIDAD.....	7
1.2.1. EN EL MUNDO .....	8
1.2.2. EN ÁFRICA .....	9
1.3. CAUSAS DE LA ESTERILIDAD .....	10
1.3.1. CAUSAS DE ESTERILIDAD FEMENINA .....	10
1.3.2. CAUSAS DE ESTERILIDAD MASCULINA.....	14
1.3.3. CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFERTILIDAD. ....	19
1.4. CONSECUENCIAS DE LA INFERTILIDAD.....	24
1.4.1. CONSECUENCIAS INDIVIDUALES .....	24
1.4.2. CONSECUENCIAS SOCIALES. ....	25
1.4.3. CONSECUENCIAS EN LA RELACIÓN DE PAREJA. ....	27
<b>2. LA MUJER EN EL AFRICA SUBSAHARIANA. ANTROPOLOGÍA.</b>	<b>29</b>
2.1. EL CONCEPTO DE MATRIMONIO Y FAMILIA EN LAS SOCIEDADES AFRICANAS .....	34
2.2. EL ROL REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES AFRICANAS.....	38
2.3. LA MATERNIDAD.....	40
2.4. LA VIVENCIA DE LA ESTERILIDAD Y SUS INCIDENCIAS SOBRE LA VIDA COTIDIANA.....	42
2.4.1. EN EL MATRIMONIO .....	43
2.4.2. EL PESO PSICOLÓGICO.....	44
2.4.3. LA INVERSIÓN ECONÓMICA .....	45
2.4.4. EN LAS CREENCIAS RELIGIOSAS O MÍSTICAS .....	45
<b>3. SOLUCIONES AL PROBLEMA DE LA INFERTILIDAD</b>	<b>48</b>
3.1. LA PREVENCIÓN .....	48
3.2. PRÁCTICAS TRADICIONALES.....	51
3.3. PRÁCTICAS DE LA NUEVA MEDICINA .....	53
3.3.1. TERAPIAS MEDICAMENTOSAS .....	54

3.3.2.	LA CIRUGÍA REPRODUCTIVA .....	55
3.3.3.	LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.....	55
3.3.4.	INTERVENCIONES EN LA GESTACIÓN: MATERNIDAD SUBROGADA. ....	58
3.3.5.	ASEQUIBILIDAD EN ÁFRICA DE ESTAS TÉCNICAS. ....	58
3.4.	LA ADOPCIÓN .....	62
3.5.	REALIZAR UN PROYECTO FAMILIAR SIN HIJOS.....	63
<b>4.</b>	<b>VALORACIÓN ÉTICA DE LAS RESPUESTAS AL PROBLEMA DE LA ESTERILIDAD DE LA MUJER AFRICANA</b>	<b>65</b>
4.1.	VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS TRADICIONALES .....	68
4.2.	VALORACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.....	71
4.2.1.	EMBRIONES SOBRAINTES .....	71
4.2.2.	CARÁCTER ARTIFICIAL DE LAS TÉCNICAS: DISOCIACIÓN ENTRE EL ACTO SEXUAL Y LA FECUNDACIÓN.....	72
4.2.3.	LA MASTURBACIÓN.....	74
4.2.4.	LA DONACIÓN DE GAMETOS. ....	74
4.2.5.	LA INSEMINACIÓN ARTIFICIA (IA). ....	77
4.2.6.	LA FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV).....	77
4.2.7.	LA ICSI (INYECCIÓN INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES) .....	78
4.3.	EL DERECHO Y LA SALUD REPRODUCTIVA.....	83
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>92</b>
<b>6.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>96</b>
6.1.	LIBROS.....	96
6.2.	ARTÍCULOS, DOCUMENTOS Y CAPÍTULOS DE LIBROS .....	97
6.3.	MATERIALES INÉDITOS.....	99
6.4.	FUENTES DE INTERNET .....	100

## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

Apdo.	Apartado
A. T.	Antiguo Testamento
DDB	Desclée De Brouwer
Dir.	Director
Ed.	Editor
Ibíd.	Ibídem
Id.	Idem
ss.	Siguientes
UPComillas	Universidad Pontificia Comillas de Madrid

## INTRODUCCIÓN

La fertilidad es uno de los grandes temas y una de las preocupaciones esenciales de las culturas africanas, ya se trate de la fertilidad femenina o de la fertilidad de las tierras. El fruto del vientre de la madre y el fruto de la madre tierra han sido también una constante en el Antiguo Testamento. Daniel 7,12b-13: "... el Señor, tu Dios mantendrá contigo la alianza y será fiel al juramento que hizo a tus antepasados. Te amará, te bendecirá, te multiplicará: bendecirá el fruto de tus entrañas y el fruto de tu suelo; tu trigo, tu vino, tu aceite, las crías de tus vacas y tus ovejas, en la tierra que va a darte según prometió a tus antepasados."; Dt 28,4:"Bendito el fruto de tus entrañas, el producto de tu suelo, el parto de tus vacas y la cría de tus ovejas."

En estas palabras bíblicas parecen encontrar un reflejo las tradiciones africanas. La fertilidad de la mujer está, con frecuencia, asociada a la fertilidad de los campos. Muchos pueblos africanos viven de la tierra y sólo una tierra fértil puede garantizar su subsistencia. Son numerosos los ritos y ceremonias que se les dedican especialmente en el momento de las siembras y en el de las cosechas. Y al igual que las estatuillas dedicadas a favorecer la fecundidad de la mujer.

Pero qué pasa cuando una mujer no logra tener descendencia. ¿Cuál es la situación de las mujeres que no logran concebir? Y más específicamente ¿cómo lo viven ellas? Muchas mujeres en África consideran que sin hijos sus vidas no tienen esperanza.

África es un continente formado por 53 países y más de 2,000 lenguas y culturas. Es difícil hablar de la mujer africana, sin tener en cuenta esta diversidad de culturas y de situaciones, de educación, de estatuto social, etc.

La mujer da a luz, educa, transmite la cultura; trabaja dentro y fuera de casa para sacar adelante a la familia; vive las responsabilidades familiares a menudo sola y en condiciones muy difíciles. La mujer africana puede parecer a veces pacífica y sumisa, pero se convierte en luchadora para asegurar la supervivencia de la familia. Ante las dificultades reacciona con valor, entereza, alegría y esperanza.

África es un continente con experiencias históricas y culturales diversas, con contextos políticos, económicos y sociales muy variados. Las historias de las mujeres, al igual que las de los pueblos, reflejan igualmente esta diversidad a pesar de los procesos de globalización. Lo que sí es una característica común en el continente negro es que el matrimonio está unido esencialmente a la procreación y otras actividades que están relacionadas como la educación de los hijos. Las sociedades construyen las identidades de sus diferentes miembros para un fin determinado, por medio de la socialización, la educación y la organización social. Y a través de estas acciones la sociedad se apropia de la fertilidad natural de sus miembros, institucionalizando una reproducción organizada y obligada. Por lo tanto el engendrar hijos, no es cuestión de una decisión personal o de pareja, sino que pasa a ser la razón de la existencia de cualquier mujer africana, y este convencimiento forma parte del sentir personal y comunitario.

Si para toda mujer estéril y toda pareja, la infertilidad es una fuente de sufrimiento, ¡cuanto más lo es para las parejas y especialmente las mujeres africanas!

En este trabajo intentaremos realizar un análisis de la situación actual que viven estas parejas en África y más concretamente las mujeres. ¿Qué esperanza tienen? ¿Qué caminos se les abren para acceder a su anhelo? ¿Ciencia ficción o realidad?

## **1. LA ESTERILIDAD HUMANA EN AFRICA SUBSAHARIANA: CONCEPTOS, EPIDEMIOLOGÍA, CAUSAS Y CONSECUENCIAS**

JEAN Belaisch (1981) añade que a pesar del aumento de la población mundial, 10 a 20% de las parejas sufren de infertilidad. La Infertilidad afecta a 50-80000000 de personas en el mundo<sup>1</sup>. Al sur del Sahara, la tasa de infertilidad de las parejas es alta, alcanzando hasta un 30 a 40% en algunos países. Los factores que afectan a la fertilidad en los países en desarrollo son numerosos, entre estos factores podemos incluir: infecciones, especialmente las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, la malnutrición, las enfermedades crónicas sistémicas, la educación, la condición de la mujer, el matrimonio precoz, las prácticas tradicionales nocivas para la cría y la falta de acceso a los servicios de salud o el no uso de los mismos, el estrés físico, la toxicidad de ciertas drogas (alcohol, tabaco), la contaminación industrial y los factores socioeconómicos como la pobreza de los habitantes o bajo nivel higiene. Estos factores predisponentes varían de un país a otro y de un lugar a otro en el mismo país.

Se podría calcular que alrededor del 55 al 60% de los casos de infertilidad en África son secundarios a infecciones de transmisión sexual y complicaciones post-parto. La tasa de infertilidad es incluso más alta ya que el acceso a la atención y los recursos sanitarios son limitados. La alta prevalencia de infecciones y la inaccesibilidad o no uso de los servicios de salud podría explicar la diferencia en las tasas de infertilidad en estos países en comparación con los países desarrollados confirma JEAN Belaisch (1981).

---

<sup>1</sup> Cf. JEAN BELAISCH (1981), Comment vaincre la stérilité, édWilliame / Alta, paris pages 13,16, 291-318.

En aproximadamente el 20% de los casos, la infertilidad se debe a factores masculinos: anomalías en el espermatozoides, defectos genéticos...; Aproximadamente en el 40% de los casos, que se debe a factores femeninos: trastorno de la ovulación, alteraciones anatómicas (destacando la obstrucción tubárica) y en aproximadamente el 40% de los casos, se puede mezclar, es decir, que la infertilidad es causada por una combinación de factores masculinos y femeninos.

La infertilidad primaria de la pareja es una de las principales causas de los conflictos en la vida conyugal, es la base de la ansiedad de la pareja, especialmente la mujer, la frustración, la renuncia, la movilidad civil, la poligamia, la prostitución, o incluso el divorcio. Sin embargo, el gran peso de la responsabilidad suele caer sobre la mujer. Se ha negado siempre que el hombre podía tener una parte de responsabilidad en los problemas de esterilidad. "Cuando todo estaba bien, era gracias al hombre, cuando esto no funcionaba, el problema era de la mujer. Era repudiada o curada." Según Jean-Claude Czyba hospital Edouard-Herriot de Lyon<sup>2</sup>. En todas las sociedades africanas, orientales u occidentales, por razones históricas y religiosas parecen explicar que la responsabilidad es de la mujer. ¿No es ella la que lleva al niño durante nueve meses en su vientre? Cualquier infertilidad es más visible que en los hombres.

El problema de la infertilidad primaria no sólo debe atribuirse a la mujer, a pesar de que en ella reposa el mayor peso de la cría tanto a nivel biológico como social. El hombre también debe preocuparse e implicarse porque el 20% de los casos de infertilidad son de origen masculino. El conocimiento de los factores predisponentes o factores de infertilidad primaria y la sensibilización y educación pueden llevar a muchas parejas a realizar consultas médicas para abordar las

---

<sup>2</sup> JEAN-CLAUDE CZYBA *stérilité masculine: un tabou en Afrique?* 5 septembre 2012, par agencetropiques.

causas y reducir las tasas de infertilidad. Y sobre todo y más importante a des estigmatizar a la mujer que no puede concebir.

### **1.1. DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS**

El objetivo de este primer apartado es delimitar los conceptos. El hecho tan simple como es el no tener hijos o no poder llegar a tener más, gracias al avance científico y tecnológico se presenta como una realidad compleja, muy heterogénea dependiendo de la circunstancias que le rodeen, las causas que lo provocan, el tiempo de relaciones no fecundas y la reversibilidad o no.

Los términos de infertilidad, esterilidad e infecundidad se utilizan a menudo libremente, sin tener en cuenta una definición precisa. Por otra parte, las definiciones de estos términos pueden diferir sustancialmente entre si su uso es a nivel médico o demográfico e incluso entre idiomas. Por ejemplo, en inglés en el ámbito de la demografía, la infertilidad primaria (también llamada esterilidad primaria) se define como la incapacidad de dar a luz a un niño, ya sea debido a la incapacidad de concebir o la imposibilidad de llevar un embarazo a término con un nacido vivo. Sin embargo, la infertilidad en estudios médicos, por lo general se define solamente como la incapacidad de concebir.

En el lenguaje inglés el término de “infecundidad” se refiere a la incapacidad de concebir después de varios años de exposición al riesgo de embarazo. La incapacidad para concebir dentro de los dos años de exposición es la definición epidemiológica recomendada por la Organización mundial de la salud (OMS, 2001)<sup>3</sup>. Sin embargo los estudios clínicos a menudo utilizan un año de exposición, y por el contrario en los estudios demográficos, es común, que el periodo se amplíe hasta los cinco años.

---

<sup>3</sup> World Health Organization. 2001. *Reproductive health indicators for global monitoring: Report of the second interagency meeting, 2001*. Geneva: World Health Organization.

Aunque parecen ser términos intercambiables, en el lenguaje común se tiende a asociar el término “estéril” con la incapacidad absoluta e irreversible, mientras que “infértil” queda restringido a aquellos casos que presentan una gradualidad, limitación o reversibilidad. Entre los sanitarios, el vocablo “estéril” se asocia a la incapacidad para concebir, mientras que “infértil” califica a las mujeres que pudiendo concebir, no logran tener una descendencia viable. Como hemos visto por la gran influencia anglosajona, y el uso ambiguo de términos el término “infértil” es el más generalizado.

El esfuerzo por delimitar los conceptos se ha alcanzado en noviembre de 2009, cuando la OMS e ICMART, publicaron un glosario de términos relacionados con la RMA donde se definía la “infertilidad” como “una enfermedad del aparato reproductor definida por el fracaso en lograr un embarazo clínico después de doce o más meses de relaciones sexuales no protegidas”<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> F. ZEGERS-HOCHSCHILD, A G. D. ADAMSON, B J. DE MOUZON, C O. ISHIHARA, D R. MANSOUR, E K. NYGREN, F E. SULLIVAN, G AND S. VANDERPOEL, h for ICMART and WHO. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009.

## **1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESTERILIDAD**

Como hemos visto hay problemas prácticos de medición sin importar la definición utilizada. Es difícil de medir la exposición continua al riesgo de embarazo durante un periodo de años. Para medir de forma integral la exposición requiere datos sobre el estado civil, la abstinencia, la frecuencia del coito y el tiempo, el uso de anticonceptivos, y la presencia de la pareja o ausencia para todas las mujeres durante el periodo considerado. Algunos, pero no todos estos datos son proporcionados por un calendario reproductivo DHS, sin embargo, todos estos datos son difíciles de conseguir precisamente en el medio en el que se desarrolla nuestro estudio como es el África subsahariana.

La esterilidad se mide sobre la base de las mujeres actualmente casadas, pero además esto puede subestimar las tasas de infertilidad si las parejas que no pueden tener hijos son más propensas a disolver sus uniones que las parejas con hijos (Mtimavalye y Belsey, 1987)<sup>5</sup>.

El uso de anticonceptivos complica también la estimación de la esterilidad. Por un lado, si las parejas están utilizando anticonceptivos, la falta de fertilidad y la concepción se explica. Y por otro lado, las parejas más fértiles son más propensas al uso de algún método anticonceptivo. Por lo tanto si en los estudios se incluyen estas parejas, habrá un sesgo a la baja de las estimaciones de infertilidad.

Por lo tanto los estudios se realizan sobre el porcentaje de mujeres en edad reproductiva, de 15 a 49 años en riesgo de embarazo (no embarazadas, sexualmente activas, que no toman contraceptivos

---

<sup>5</sup> MTIMAVALYE, L.A., M.A. BELSEY. 1987. *Infertility and sexually transmitted disease: Major problems in maternal and child health and family planning*. Paper presented at International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, Kenya, October 5-9, 1987.

y que no están en periodo de lactancia) y que informan que llevan intentando conseguir un embarazo durante dos años o más.

Además de lo señalado anteriormente existen posibilidades de sesgos, entre países que utilizan calendario y los que no y los datos disponibles de cada país.

Fijamos unas definiciones comunes: Para los datos reflejados.

La falta de hijos: Porcentaje de mujeres que están casadas en la actualidad, lo han estado por lo menos cinco años, y que no tienen hijos vivos.

Esterilidad o infertilidad primaria: Porcentaje de mujeres casadas durante cinco años, que han tenido relaciones sexuales, que no han utilizado anticonceptivos en estos años, y que no han tenido ningún nacimiento.

Auto-información de esterilidad: Porcentaje de mujeres que declaran haber sufrido una histerectomía, o que han pasado por la menopausia o que no han tenido ciclos menstruales en estos años, o que nunca han tenido un ciclo en su vida.

Esterilidad o infertilidad secundaria: Porcentaje de mujeres sin partos y embarazos en los últimos cinco años, pero que anteriormente han tenido un parto o un embarazo en algún momento de su vida, además tienen que estar casadas y no haber utilizado anticonceptivos durante este periodo.

### **1.2.1. *En el mundo***

Podemos partir de los estudios realizados por la OMS en 1992, que nos señala: “aunque las estimaciones de prevalencia de la infertilidad no son muy precisas y varían de región a región, aproximadamente el 8-10 % de las parejas experimentan algún tipo de problema de infertilidad durante su vida reproductiva. Cuando

esto se extrapola a la población mundial, esto significa que 50-80 millones de personas pueden sufrir esterilidad”<sup>6</sup>.

Existe otro estudio realizado posteriormente, por la OMS en 2004, que incluyó a más de 495.000 mujeres entre 15 y 49 años y que presentó los siguientes datos (Tabla 2)<sup>7</sup>:

Según este estudio, la tasa de prevalencia de infertilidad en 12 meses osciló entre el 3.5% y el 16.7% en los países más desarrollados, y entre el 6.9% y 9.3 % en los países menos desarrollados, lo que nos da una prevalencia general del 9%. Parece no existir diferencia en la prevalencia entre países desarrollados y los más empobrecidos. Uno de los motivos que señalan es que la tasa de enfermedades de transmisión sexual no ha sido incluida en las muestras. Ya que la infertilidad es muy diferente de unas regiones a otras, de tal forma, que si bien la causa principal en África es la elevada incidencia de Infecciones de transmisión sexual como las prácticamente nulas posibilidades terapéuticas, en los países desarrollados es la edad la que contribuye esencialmente al dato de prevalencia de infertilidad, siendo muy bajo el porcentaje de ITS.

### **1.2.2. En África**

La situación en los países africanos también es muy seria como hemos visto, se da una ambigüedad ya que conviven una alta tasa de natalidad con un elevado nivel de infecundidad: Siete hijos por mujer frente a un 10 % de esterilidad.

---

<sup>6</sup>ARNOLD, F. 1990. *Assessment of the quality of birth history data in the Demographic and Health Surveys. In An assessment of DHS-I data quality.* DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems Inc. 83-110.

<sup>7</sup> RUTSTEIN, SHEA O., IQBAL H. SHAH. 2004. *Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries.*

La realidad nos revela que tanto la esterilidad primaria como secundaria es un verdadero problema de salud en África. Se comprueba que tienen una tasa global en el África subsahariana de entre el 16 y el 21 %. De hecho, según Friday E. Okonofua y Helen Obi, se estima que en la década de los 90, el 10.1% de las parejas en el África subsahariana eran infértiles. Y existen ciertos países como República Democrática del Congo y Camerún, o ciertos grupos étnicos, donde este porcentaje supera el 30 %<sup>8</sup>.

### **1.3. CAUSAS DE LA ESTERILIDAD**

El estudio de la pareja infértil se consideran diferentes factores: el ovulatorio (presente en alrededor de 20% de las parejas), el útero-tubárico-peritoneal (se observa en ~30% de las parejas), el de migración del semen (10% de los casos) y el masculino (30% de las parejas). Alrededor del 40% de todas las parejas con este problema presentan una combinación de factores y aproximadamente el 15% no evidencia ninguna alteración objetiva que lleve a un diagnóstico definido<sup>9</sup>.

Desde hace unas décadas se ha producido un cambio en la perspectiva de la esterilidad, debido fundamentalmente a tres factores: la introducción de las tecnologías de reproducción asistida que han potenciado el conocimiento de los procesos reproductivos, el desarrollo de la biología molecular y de la genética y en las sociedades desarrolladas el aumento de embarazos en mujeres mayores de 35 años.

#### **1.3.1. Causas de esterilidad femenina**

##### ***Infertilidad anovulatoria***

---

<sup>8</sup> Cf. FRIDAY E. OKONOFUA (ed) Méthodes spécialisées contre la méthode conventionnelle pour le traitement de la stérilité, : <http://77www.bioline.org>

<sup>9</sup> SANTIAGO BRUGO-OLMEDO, M.D.\*, CLAUDIO CHILLIK, M.D., SUSANA KOPELMAN, M.D., Definición y causas de infertilidad: Revista colombiana de Obstetricia y ginecología 54. (2003).

La anovulación es la condición en la cual el desarrollo y la ruptura folicular están alterados y por lo tanto el ovocito no es liberado del folículo. Se puede deber a varias razones:

-la insuficiencia ovárica intrínseca, que incluye factores genéticos, autoinmunes y otras como la quimioterapia.

- La disfunción ovárica, secundaria a la regulación gonadotrópica. Debido a la hiperprolactinemia y síndrome de Kallmann, y funcionales que incluyen un bajo peso corporal, exceso de ejercicio o uso de medicamentos. La deficiencia de gonadotropina se ve en casos de tumor hipofisario o alteraciones en la hipófisis. También se pueden dar alteraciones de la acción de las gonadotropinas como en el síndrome de ovario poliquístico, se trata de la patología endocrina de mayor prevalencia y la causa más frecuente de anovulación. En algunas situaciones ocurre ovulación, pero la calidad de la misma es insuficiente para lograr o llevar a cabo un embarazo. Esta afección cursa habitualmente con infertilidad o pérdidas múltiples de embarazo.

### ***Infertilidad tubárica-peritoneal***

Los factores tubáricos-peritoneales son responsables de alrededor del 30% de los casos de infertilidad. Las funciones de las trompas de Falopio están íntimamente ligadas a la integridad del epitelio ciliado responsable de la captación de ovocitos. La fertilización tiene lugar en el extremo externo de la sección ampular. Las trompas también participan en el desarrollo temprano del embrión y en su transporte a la cavidad uterina. Cualquier alteración anatómica o funcional de las trompas está asociada con infertilidad.

-Las infecciones de transmisión sexual, que se derivan de un aumento de relaciones a edades más tempranas y con diversas parejas pueden dar lugar a un mayor riesgo de desarrollar ciertas afecciones relacionadas con la génesis del factor tubárico-

peritoneal<sup>10</sup>, las cuales incluyen adherencias pélvicas secundarias a infecciones, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Las infecciones genitales figuran entre los principales culpables del daño tubárico-peritoneal, se podría asegurar que la principal causa de esterilidad en el África subsahariana. Muchas ETS pueden estar vinculadas indirectamente con la infertilidad, pero solo dos microorganismos han demostrado tener efectos directos sobre la fertilidad: *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*<sup>11</sup>. Las infecciones genitales provocadas por *Chlamydia* son actualmente la causa más importante de ETS. Este microorganismo es responsable de al menos el 60% de las salpingitis agudas en mujeres jóvenes. Se ha sugerido que las probabilidades de infertilidad por factor tubárico, así como el embarazo ectópico están considerablemente aumentadas con cada episodio infeccioso. (Westrom, 1994).

### ***Endometriosis***

Existe una asociación entre endometriosis e infertilidad. Se ha demostrado una mayor incidencia de pacientes infértiles (48%) en comparación con individuos fértiles (5%). Se proponen varios argumentos para explicar la presencia de infertilidad en pacientes con endometriosis, entre los cuales están las alteraciones anatómicas, la anovulación y alteraciones en la fase lútea. Pero a pesar de esto, no ha sido posible describir un único mecanismo que sea totalmente responsable. Es indudable que tanto la endometriosis como las adherencias producen distorsiones anatómicas, limitan la movilización de las fimbrias y obstruyen las trompas o causan estenosis. La obstrucción tubárica distal está asociada con adherencias, mientras que las oclusiones proximales habitualmente están relacionadas con focos de endometriosis intramurales o con crecimiento invasor de las lesiones peritoneales.

---

<sup>10</sup> WESTROM L. *STD and infertility. Sexually Transmitted Diseases* 1994; 21: S32.S37

<sup>11</sup> World Health Organization. *Task force on the prevention and management of infertility: serologic relationship to post-chlamydial and gonococcal infection. Sexually Transmitted Diseases* 1995; 21:71.77.

Las principales opciones para evaluar la integridad tubárica-peritoneal son la histerosalpingografía y la laparoscopia. La primera es un procedimiento ambulatorio que calcula la permeabilidad tubárica y la cavidad uterina con complicaciones mínimas de infecciones y sangrado; es sumamente útil para evaluar la permeabilidad tubárica, el diámetro de las trompas y su mucosa. La laparoscopia realizada en quirófano bajo anestesia general permite una evaluación pélvica completa y un examen de las condiciones extraluminales y peritubáricas, así como la detección de otras afecciones como la endometriosis.

### ***Infertilidad uterina***

Hay un amplio espectro de anomalías uterinas, ya sean congénitas o adquiridas, asociadas con la presencia de infertilidad o abortos recurrentes. Entre los ejemplos se incluyen alteraciones congénitas, exposición intrauterina a medicamentos, miomas submucosos, pólipos y sinequias. La ecografía, histerosonografía y resonancia magnética (RM) contribuyen al diagnóstico de las alteraciones uterinas y brindan información sobre el aparato urinario, que se asocian en los casos de malformaciones congénitas del aparato genital.

### ***Migración alterada de los espermatozoides***

Existe una interacción entre el moco preovulatorio cervical y la motilidad espermática. El estudio de la migración espermática nos informa de si es adecuada o no la relación sexual, la calidad del moco cervical y cualquier interacción entre ellos. Los estrógenos desempeñan un papel importante en la receptividad y migración de los espermatozoides dado que el moco preovulatorio facilita esta actividad al máximo. La prueba postcoito o de Simms-Hubner permite la detección de alteraciones de la migración de los espermatozoides presentes en alrededor de 10% de las parejas que consultan por infertilidad. La presencia de anticuerpos

antiespermáticos, así como ciertos agentes patógenos en el moco cervical lleva a una reducción de la motilidad espermática in vivo.

### **1.3.2. *Causas de esterilidad masculina***

Durante miles de años, las mujeres han sido siempre la causa del mal cuando una pareja era estéril, a los ojos de la comunidad.

Desde hace diez años, sin embargo, se ha tomado conciencia de que el hombre puede, también, ser estéril. Ahora creemos que es responsable del 50% de la infertilidad de la pareja. Empezamos a reconocer que este drama es un problema de la pareja y que tanto el hombre como la mujer comparten la responsabilidad y esto obliga a tratar a la pareja en su conjunto. Si las actitudes han cambiado en muchas sociedades, los tabúes de la infertilidad masculina persisten todavía y durante mucho tiempo lo harán en África.

La mujer todavía se considera la única responsable de la infertilidad. Un hombre sospechoso de infertilidad provoca graves conflictos dentro de las familias. Cuando una pareja es infértil, buscamos las causas de inmediato en la familia de la mujer. Parece necesario detectar todo espíritu maligno descontento de compartir la dote pagada por el marido. Incluso si la infertilidad masculina está establecida formalmente, todavía se niega. Este es el caso en algunas partes de los dos Congos en los que queriendo preservar una imagen del hombre considerado como el miembro más importante de la familia. Se hacen los arreglos necesarios para que la mujer dé a luz, siendo engendrado este niño por el hermano menor del marido y que todo quede, en la mayor discreción.

Este rechazo categórico a la posibilidad de infertilidad masculina parece explicarse, en particular, por la falta de información, fuente de ignorancia y mucha confusión. "Es difícil que el hombre acepte su esterilidad, porque muchos tienen la confusión entre la infertilidad y la impotencia". En muchos círculos, acusando de la esterilidad al

marido, equivale a arrojar sospechas sobre su virilidad. Cuando esto es un error.

Los estudios de búsqueda de las causas de infertilidad y la sexualidad masculina han sido más complicados desde hace mucho tiempo debido a los tabúes que les rodean. En la actualidad existe, en muchos hospitales, equipos de médicos que andrología. Estos especialistas: urólogos, endocrinólogos, biólogos, sexólogos, etc.... el examen y tratamiento de la infertilidad requiere mucha paciencia y perseverancia. La infertilidad en los hombres se establece cuando se realiza un seminograma que proporciona información sobre el número de espermatozoides, su vitalidad, y la posible existencia de anticuerpos.

No hay una causa, sino una multitud de causas de la infertilidad masculina: "La más importante y el más problemático para un doctor, dijo el Dr. Jondet, es la ausencia de causas, es decir, dicen que no podemos encontrar las causas. "

A pesar de las dificultades diagnósticas, la OMS<sup>12</sup> en 1992 sugirió un protocolo de clasificación diagnóstica para el factor masculino en las parejas. Mediante el empleo de los datos de la OMS, Comhaire y col.<sup>13</sup> cotejaron informes de 33 centros en 25 países diferentes para mostrar que la incidencia de varicocele es considerable, al igual que la oligospermia idiopática .En este estudio la incidencia de trastornos endocrinos y genéticos fue rara.

### ***Disfunción eyaculatoria***

---

<sup>12</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The influence of varicocele on parameters of fertility in a large group of men presenting to infertility clinics.* FertilSteril 1992; 57: 1289.1293.

<sup>13</sup> Comhaire FH, De Kretser D, Farley TMM, et al. *Towards more objectivity in diagnosis and management of male infertility: results of World Health Organization multicentre study.* Int J Androl 1987; 10: 1.53.

*Existen diferentes tipos de alteraciones de la eyaculación:*

- **Aneyaculación**, ausencia de eyaculación, producida por traumatismo (los pacientes con una sección completa o incompleta de la médula), que puede ser iatrogénica (luego de un vaciamiento ganglionar retroperitoneal), farmacológica (ingesta de antihipertensivos, antidepresivos, antipsicóticos, etc.), metabólica (diabetes) y psicológica.

- La **eyaculación retrógrada** también puede ser de origen traumático, iatrogénico, farmacológico, metabólico o psicológico.

-La **eyaculación prematura** que impide una inseminación vaginal adecuada puede tener una causa sistémica, como en algunos casos de esclerosis múltiple. También puede ser debida a inflamaciones como las que aparecen en la prostatitis. La causa más frecuente es la psicológica.

### ***Varicocele***

Este tema ha generado controversias desde la primera publicación sobre los aparentes beneficios que surgen de tratar esta afección. Ciertamente la experiencia sugiere que el varicocele es una patología frecuente, en especial en hombres con bajas concentraciones de espermatozoides. La frecuencia observada en individuos jóvenes sanos es entre 10 y 25%. De acuerdo con la OMS (1992), entre los hombres que consultaron al médico por problemas de fertilidad, se identificó varicocele en el 11% de aquellos que tenían semen normal y en el 25% con semen anormal. Es cierto que se ha correlacionado una alteración en la regulación de la temperatura con deterioro de la calidad de los espermatozoides en presencia de varicocele y que produce daño testicular progresivo. Sin embargo, hay una importante discusión sobre si el tratamiento realmente mejora la fertilidad, con evidencias a favor y en contra.

### ***Infección de los anexos***

Existe un segundo grupo de etiologías frecuentes que también es controvertido de acuerdo con la OMS (1995). No hay duda de que las ETS pueden producir semen patológico; sin embargo, hay dudas sobre las infecciones subclínicas.

La transmisión de enfermedades sexuales depende altamente de las razas y las culturas; en Asia, por ejemplo, hay solo una incidencia de 3%, mientras que el valor correspondiente es de 12,2% en África<sup>14</sup>. La gonorrea, por ejemplo, puede producir obstrucción de los conductos seminales. La Chlamydia en los hombres puede causar una obstrucción tubárica en su pareja femenina.

Una de las consecuencias de la infección seminal es la producción más elevada de leucocitos, que puede estar asociada con un aumento de las sustancias que están relacionadas con dificultades para tener una concepción espontánea y también para la fertilización in vitro (IVF) y causa espermatozoides anormales.

### ***Causas sistémicas y iatrogénicas***

La exposición a altas temperaturas también ha sido postulada como una causa de insuficiencia testicular, tanto en trabajadores expuestos a altas temperaturas como en aquellos que toman frecuentes baños de vapor. Igualmente se ha propuesto el efecto de la radiación en sus diferentes modalidades: radiación ionizante, la electromagnética de alta frecuencia absorbida por los soldadores eléctricos, por radiólogos o por individuos que trabajan con equipos de telecomunicaciones<sup>15</sup> (Weyandtycol., 1991; Larsen y col., 1991).

---

<sup>14</sup> Rowe PJ. WHO's approach to the management of the infertile couple. In: Negro Vilar A, Isidori A, Paulson J, et al (eds). *Andrology and Human Reproduction*. MPP Serono Symposia Publications Raven Press, New York, USA; 1988.p 219.309.

<sup>15</sup> WEYANDT TB, SHRADER SM, TURNER TW, ET AL. *Semen analysis of samples from military personnel associated with military duty assignments*. J Androl 1991; 13: 1.29.

Las personas que trabajan con plomo inorgánico, cadmio, mercurio, manganeso, cromo hexavalente, pesticidas, solventes orgánicos, gases anestésicos y monómeros plásticos o están expuestos a los mismos también corren el riesgo de desarrollar alteraciones más o menos graves de su función testicular.

A pesar de todo esto hay que señalar que en el 60% de los casos, independientemente de lo completo que sea el estudio del paciente, el diagnóstico etiológico en andrología aún está por determinarse.

### ***Causas genéticas***

En los últimos años, los avances en biología y genética molecular han ayudado a identificar diferentes formas de infertilidad masculina que antes eran clasificadas como idiopáticas. Estos hallazgos son importantes porque los trastornos genéticos o de los genes que producen esterilidad pueden también afectar otros órganos no reproductores.

Un caso para destacar es la agenesia bilateral de los conductos espermáticos, que es una variante leve de la fibrosis quística pancreática. Otro ejemplo es la displasia de la vaina fibrosa que puede coexistir con otras patologías del flagelo de los cilios respiratorios<sup>16</sup> (Brugo ycol., 1997).

También debe recordarse que gracias a la IVF y a la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), los hombres que eran considerados como irreversiblemente estériles, en la actualidad son capaces de tener sus propios hijos. Si su esterilidad es debida a trastornos genéticos, pueden transmitir la anomalía a generaciones futuras.

---

<sup>16</sup> BRUGO OLMEDO S, NODAR F, CHILLIK C, CHEMES H. *Successful intracytoplasmic sperm injection with spermatozoa from a patient with dysplasia of the fibrous sheath and chronic respirator y disease.*HumReprod 1997; 12: 1497.1500.

### **1.3.3. Categorias especiales de infertilidad.**

#### ***Infertilidad inmune***

Las respuestas inmunes entre algunos tejidos en los aparatos reproductores de la mujer y el hombre pueden ser causa de infertilidad. Está bien establecido que tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar anticuerpos que reaccionan contra los espermatozoides e interfieren con la fertilidad. Se cree que esto es lo que ocurre si surge aglutinación o inmovilización debido a la presencia de aquellos anticuerpos cada vez que el transporte de los espermatozoides o la fertilización están afectados. En los hombres puede haber anticuerpos antiespermáticos que se adhieren a los espermatozoides en el plasma seminal y en la sangre. En las mujeres pueden aparecer anticuerpos antiespermáticos en el moco cervical, en los fluidos genitales y en la sangre. La incidencia de anticuerpos antiespermáticos es del 9% en el hombre infértil y de 13 a 15% en la mujer infértil.

El embarazo en sí podría estimular enfermedades inmunes en la mujer. La unidad feto-placentaria es un semi-injerto, ya que la contribución genética masculina tiene una expresión antigénica parcialmente desconocida para la madre. La evolución normal del embarazo contradice las reglas de la inmunología del trasplante. La respuesta inmune generada contra las diferencias genéticas en distintos individuos de la misma especie es llamada aloinmunidad. A fin de determinar que la pérdida del embarazo fue producida por una causa aloinmune, deben descartarse otros motivos, incluyendo los factores genéticos, infecciosos y endocrinos.

La tipificación de la histocompatibilidad antígeno leucocitos (HLA) y el cultivo mixto de linfocitos son dos de las diferentes pruebas de laboratorio diseñadas para investigar tales causas. El concepto de autoinmunidad asociado con infertilidad es un tema debatido.

Las pérdidas recurrentes de embarazos representan una forma de infertilidad que puede estar asociada con una función autoinmune normal. La presencia de anticuerpos no órgano específicos y órgano específicos puede predecir el riesgo de aborto. En este proceso se han implicado los anticuerpos antifosfolípidos.

### ***Infertilidad y genética***

Los avances en la biología molecular han llevado a la detección de causas genéticas determinantes de trastornos reproductivos, tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, esto representa un grupo muy pequeño de pacientes.

A destacar en la infertilidad femenina de etiología genética, ciertos síndromes: Síndrome de Turner cromosoma X, Mutaciones genéticas que afectan la reproducción femenina (ZFX Vida reproductiva más breve, FRAXA Insuficiencia ovárica prematura, gen GnRH Síndrome de Kallman), Mutaciones de los genes en las hormonas esteroideas sexuales ( StAR Transporte de colesterol, CYP 11 A P.450 scc, CYP17 P.450 C17, CYP19 Aromatasa, SDR 5A a-reductasa), Mutaciones de genes en los esteroides suprarrenales (CYP 21 P.450 C21. CYP 11 B1 P.450 C11) y otras mutaciones que pueden dar Hipoplasia suprarrenal congénita e hipogonadismo hipogonadotrópico.

Es necesario hacer un estudio genético en todas las parejas que consultan por infertilidad siempre que surjan sospechas de anomalía, como en el caso de abortos recurrentes o mujeres con insuficiencia ovárica prematura.

En cuanto a la infertilidad masculina, podemos señalar: El Síndrome de Kallman Recesivo ligado al X, Fibrosis quística 1 Autosómico recesivo, Insuficiencia pancreática Gen CFTR, cromosoma 7, Situs inversus Cromosoma 19. Distrofia miotónica autosómico dominante, Testículo feminizante Ligado al X recesivo

androgénica, Síndrome de Usher, Defectos del anoxema espermático. Hay variantes al síndrome tales como 48 XXXY, 48 XXYY y 49 XXXY. Se acepta generalmente que cuantos más cromosomas X presente el paciente, peor es la lesión testicular.

Los hombres con el síndrome 47 XYY son fenotípicamente sanos; algunos sufren de oligozoospermia. Las deleciones del cromosoma Y pueden estar asociadas con infertilidad masculina. Aproximadamente el 10% de los hombres con oligozoospermia y el 15% de los pacientes con azoospermia genética presentan una deleción del factor de azoospermia (AZF), que está localizado en el brazo largo del cromosoma Y<sup>17</sup>.

Las alteraciones en el ADN mitocondrial recientemente han sido relacionadas con defectos del semen. Un ejemplo identificado en varios pacientes con oligozoospermia comprende la deleción del gen 4977 mtADN, responsable de esta anomalía seminal.

### ***Infertilidad inexplicada***

La infertilidad inexplicada o sin causa aparente es un término usado para aquellos casos en los que los estudios de la infertilidad muestran resultados normales. Ocurre alrededor del 15% de las parejas y habitualmente es frustrante, tanto para el médico como para la pareja, debido al sentimiento de expectativas perdidas al no disponer de un diagnóstico específico. Las parejas con infertilidad inexplicada podrían tener un defecto sutil en su capacidad reproductiva, que no puede ser identificado a través de una evaluación estándar. También es posible la existencia de causas específicas, pero desconocida hasta la fecha.

---

<sup>17</sup> REIJO R, ALAGAPPAN RK, PATRICIO PY, PAGE DC. *Severe oligozoospermia resulting from deletion of azoospermia factor gene on Y chromosome*. Lancet 1996; 347: 1290-1293.

## **CONCLUSIONES**

La infertilidad es una afección que afecta del 16 al 20% de las parejas en edad reproductiva. Para investigar su causa es necesario estudiar a ambos individuos, dado que el 40% de todas las parejas infértiles presentan una combinación de causas.

El factor ovulatorio necesita una anamnesis exhaustiva, examen físico, probable detección de la ovulación y perfil hormonal para una evaluación completa.

El factor tuboperitoneal representa aproximadamente el 30% de las causas de infertilidad. Las principales opciones para evaluar este factor son la histerosalpingografía y la laparoscopia.

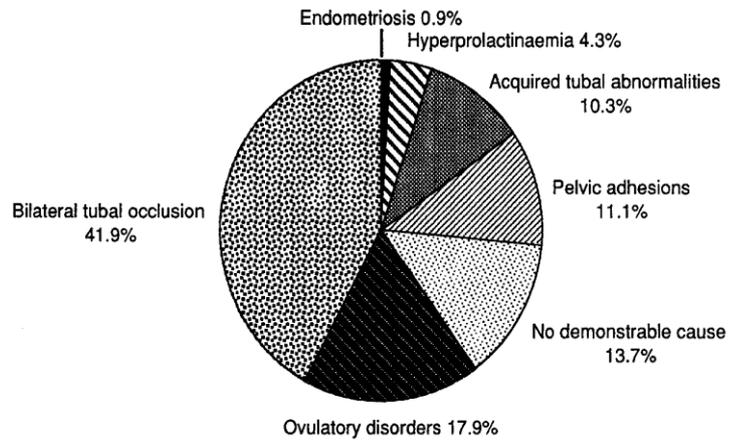
La endometriosis tiene alta incidencia en las pacientes infértiles (48%) y se han propuesto varios mecanismos en la endometriosis relacionada con la infertilidad.

El factor masculino está presente en el 30% de las parejas y varias enfermedades están relacionadas con la infertilidad masculina.

El varicocele es la patología más frecuente, seguida de oligozoospermia idiopática.

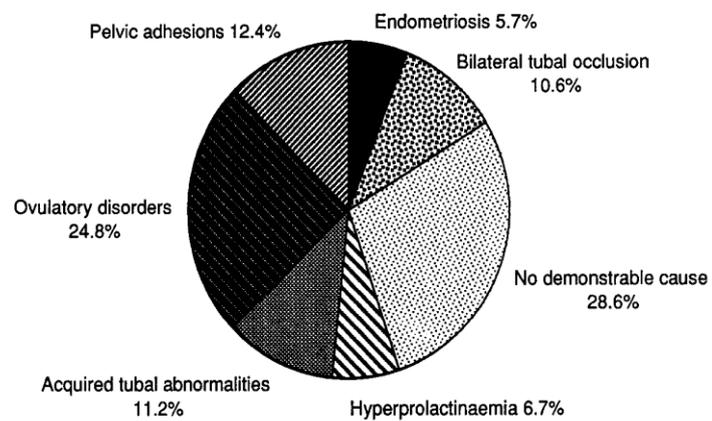
El estudio de la infertilidad, tanto femenina como masculina, ha sido extensamente influido por el desarrollo de la biología molecular y la genética. Estas dos disciplinas ahora son cruciales para el estudio, diagnóstico y evaluación de las parejas infértiles.

Figure 1  
**Distribution of most common specific causes of infertility in women in sub-Saharan Africa**



WHO 91755

Figure 2  
**Distribution of most common specific causes of infertility in women in developed countries**



WHO 91756

#### **1.4. CONSECUENCIAS DE LA INFERTILIDAD**

Los problemas de fertilidad influyen negativamente en la salud de la mujer y afectan a todas sus dimensiones tanto física, como psicológica y social. La infertilidad no debe tratarse solo desde una perspectiva biomédica, sino que deben abordarse desde el plano emocional y la frustración por no poder ser madre. Estos sentimientos negativos son el resultado de las creencias y normas socioculturales establecidas por cada sociedad.

En la sociedad Africana, la definición de mujer está relacionada con los conceptos de esposa y madre. Se trata pues de una construcción cultural a partir de la cual cada mujer debe definir su ideal de feminidad. Para casi todas las mujeres, su conformación estaba definida por matrimonio, hogar, familia y muchos hijos. Por lo tanto en el sentido de su vida, la maternidad lo es todo. La maternidad no sólo va abarcar el proceso fisiológico de dar a luz, sino que llevan asociadas otras connotaciones emocionales. Se produce un cambio de vida a partir de este nacimiento, el cuidado, la educación y desarrollo del amor a este hijo y al tiempo un cambio de estatus social, donde en muchos casos el prestigio de la mujer va asociado a número de hijos que tiene y consigue hacer crecer.

##### **1.4.1. Consecuencias individuales**

Muchas mujeres consideran la maternidad como la cúspide de la realización femenina. Dependiendo de sus creencias, el diagnóstico de infertilidad puede originarles graves alteraciones emocionales.

El sufrimiento abarca toda la vida, el área de los sentimientos, de la autoestima, de la relación dentro de la pareja y del área social, la presión del entorno provoca ansiedad.

Las alteraciones más frecuentes que sufren estas mujeres son la depresión y la ansiedad. Se sumergen en una intensa búsqueda por el diagnóstico o los remedios para solucionar el problema, llegando a convertirse en una obsesión que está presente en todo momento en sus pensamientos. Cuando las causas de esta infertilidad no están claras la angustia es mayor. Pueden presentar sentimientos de enfado con su propio cuerpo por no poder concebir, incluso una búsqueda de causas externas a ellas como males de ojo, espíritus malévolos o ancestros dolidos, pecados personales o familiares que producen malestar a la divinidad. Todo esto es vivido como un mal y provocará sentimientos de culpa e inferioridad, con cambios de humor e irritabilidad.

Con el paso del tiempo pueden llegar a referir baja autoestima, desesperanza, tendencia a la soledad y tristeza, todo ello potenciado por la importante presión familiar y social a la cual se ven sometidas.

Como señala Carmen Moreno, “la esterilidad comprende mucho sufrimiento que va más allá de la falta del hijo”, en cuanto que “muchas mujeres que la padecen pierden el sentido de su vida”<sup>18</sup>.

#### **1.4.2. Consecuencias sociales.**

En el caso de la sociedad africana subsahariana además de la familia, la sociedad es una fuente esencial de tensiones que no facilita ni a la mujer, ni a la pareja el enfrentarse de una forma tranquila con su dificultad. Porque por un lado “el matrimonio tiene la finalidad primordial de perpetuar la vida del clan”<sup>19</sup>, de ello depende la supervivencia del linaje. Y tanto en la familia, como en la sociedad, la mujer “vale” por su maternidad. Este dato es tan

---

<sup>18</sup> CARMEN MORENO ROSSET (dir.), *Factores psicológicos de la infertilidad*, Madrid, Sanz y Torres, 2000, pag 177.

<sup>19</sup> EUGENIO BACAICO ARTAZCOZ. “*Religiones Tradicionales*”: cuadernos, vol.XXIII,nº1, Ene-Feb 2009, pag 16.

importante que ninguna mujer puede, ni tiene el derecho de imaginar su vida sin hijos, salvo que no quiera ser considerada como de “segunda clase”<sup>20</sup>, incluso como brujas o personas malditas. Existe en muchas tribus de diversos países africanos, la costumbre de que las mujeres estériles, son abandonadas, marginadas e incluso proscritas de la sociedad, sin ofrecerles medios de subsidio incluso hasta en el momento de su enterramiento.

Todo esto podría incluso contribuir a incrementar la tasa de suicidios en las mujeres infértiles.

Como hemos visto la presión familiar o del clan es el factor más influyente sobre una pareja infértil. Tendrá un gran peso en todas las decisiones que tomen la pareja y la mujer en concreto. Ya que en muchas de estas culturas el matrimonio tiene un sentido comunitario. En estos contextos, el niño es considerado como un bien familiar, cuya misión es prolongar en el tiempo el linaje familiar. La falta por tanto de un niño se vive como una amenaza para la supervivencia. De tal modo que los familiares presionarán con todas sus fuerzas para que la pareja por todos los medios posible consiga el hijo heredero.

“La muerte de un célibe es considerada como una desdicha, puesto que es un ser que no ha llegado a plenitud: no ha transmitido el don más importante, el don de la vida. En este mismo sentido la esterilidad es una adversidad grave para la mujer. El ideal de la mujer, su realización completa llega al cenit de su vida cuando se constituye madre. La vida de una mujer célibe es un contrasentido”<sup>21</sup>.

Todas estas presiones traerán como consecuencia los divorcios de las parejas infértiles o la poligamia buscando la

---

<sup>20</sup> CARMEN MORENO ROSSET (dir.), *Factores psicológicos de la infertilidad*, Madrid, Sanz y Torres, 2000, pag 177.

<sup>21</sup> EUGENIO BACAICOA ARTAZCOZ. “*Religiones Tradicionales*”: cuadernos, vol.XXIII,nº1, Ene-Feb 2009, pag 16.

descendencia. De hecho “muchos estudios demostraron que las mujeres sin hijos en los países en vías de desarrollo son rechazadas por sus maridos, sometidas a la violencia o consideradas como siervas por los familiares de su marido”<sup>22</sup>.

### **1.4.3. Consecuencias en la relación de pareja.**

La imagen que las parejas tienen de si mismas se ve alterada cuando no pueden desarrollar su feminidad o masculinidad, expresado en términos de procreación. Puesto que, según las consideraciones humanas, “los hijos son el orgullo de la madre y quedan como testigos de la virilidad del padre”<sup>23</sup>. Por eso un hombre que no tiene un hijo pierde todo su estatus de varón. Aunque también es cierto, que ciertos estudios señalan que el estrés relacionado con la infertilidad disminuye más la autoestima en mujeres que en hombres.

Todo esto unido a las presiones familiares y sociales anteriormente señaladas, tiene consecuencias terribles para la pareja, ya que lo más frecuente es su ruptura buscando la procreación con un tercero.

Como conclusión podemos afirmar que las consecuencias de la infertilidad son terribles y generan muchísimo sufrimiento tanto de índole físico como psíquico, y en el ámbito de lo personal como en el social. Sobre todo para las mujeres que generalmente sufren el aislamiento y la pérdida del estatus social, llegando a no encontrar el sentido de su vida.

De aquí el interés por conocer la realidad de la infertilidad, las causas que la generan y las consecuencias que acarrearán para poder

---

<sup>22</sup> WHO, *Progress 63-Assisted reproduction in developing countries*, 2004, pag 2.

<sup>23</sup> CARMEN MORENO ROSSET (dir.), *Factores psicológicos de la infertilidad*, Madrid, Sanz y Torres, 2000, pag 3.

ayudar, a las mujeres y a las parejas estériles en encontrar un horizonte para su problema.

## **2. LA MUJER EN EL AFRICA SUBSAHARIANA. ANTROPOLOGÍA.**

El papel reproductivo de la mujer es tenido en alta estima en África sub-Sahariana, donde la fertilidad cumple un papel fundamental en la preservación de la organización social y económica tradicional, asegurando la continuidad del linaje y de los vínculos tribales. Los sistemas culturales y religiosos legitiman esta necesidad atribuyendo a la fertilidad un valor de recompensa divina y considerándola como un símbolo de buen comportamiento. Dentro del sistema de creencias tradicionales un concepto esencial es el de sucesión de generaciones. Esta significa básicamente que los ancestros retienen su poder e identidad como miembros activos del linaje y su espíritu individual y el de su linaje sobreviven en sus descendientes.

La fertilidad de la mujer determina, en gran medida, su posición dentro de la sociedad. Su condición de madre constituye asimismo una garantía para la vejez. Así como la fecundidad es símbolo de prestigio, la esterilidad puede ser vista como un castigo de los dioses o de los ancestros o como una maldición, lo que hacía que tradicionalmente la mujer estéril fuese repudiada. En algunas áreas rurales la creencia que la mujer estéril es responsable de su condición hace que ésta sea vista como una bruja, de la que hay que alejarse para que no contamine a otras mujeres o para que no cause la muerte de los niños. En algunas sociedades tradicionales la mujer estéril era enviada de vuelta a su familia de origen, donde también se la mantenía aislada de los niños y de las mujeres embarazadas: a veces era confinada a una casa en las afueras de la aldea.

Pese a que esta actitud está cambiando, aún hoy, entre los Yoruba en las áreas rurales, cuando una mujer estéril muere es enterrada secretamente en un lugar aislado, y sólo asisten al entierro los familiares de sexo femenino; el marido no participa en la ceremonia.

Aparte de la significación social de la fertilidad como mecanismo de continuidad del linaje, ésta tiene una significación económica: en las áreas rurales es muy difícil contratar trabajo asalariado y la mano de obra debe encontrarse en la familia u obtenerse mediante arreglos dentro del grupo de parentesco o la comunidad. Los hombres adultos, cuando están disponibles, sólo cumplen un número limitado y específico de tareas. Por lo tanto la mujer depende mucho de la ayuda que le pueden proporcionar los hijos. Siempre en relación a la función económica de la fertilidad, Cleaver and Schreiber, señalan que un aspecto que merece ser investigado son los vínculos entre los sistemas tradicionales de tenencia de la tierra y las decisiones respecto a la fertilidad: la cantidad de tierra asignada a los miembros de la comunidad depende de su habilidad para cultivarla<sup>24</sup>.

Dada la escasez de recursos agrícolas prevalente en África Sub-Sahariana, esta habilidad se identifica con la capacidad para movilizar fuerza de trabajo. En la mayoría de los casos se trata de trabajo familiar, y, más específicamente, del trabajo de mujeres y niños, lo que incentiva a la formación de grandes familias. Palmer, citada por FAO<sup>25</sup>, siguiendo la misma línea de argumentación, considera que la disponibilidad de un gran número de hijos es la "única solución tecnológica" que poseen las mujeres agricultoras, en ausencia de tiempo, disponibilidad de fuerza de trabajo y de tecnologías ahorradoras de energía, para poder producir alimentos en forma regular. Al mismo tiempo los hijos son vistos como una red de apoyo con la cual los padres pueden contar, tanto en el presente como en el largo plazo. El alto valor económico que se asigna a los hijos se ve reforzado no sólo por la escasez de mano de obra, sino también por el deterioro de las condiciones ambientales, que

---

<sup>24</sup> ACHOLA PALA, 1976: *African Women in Rural Development: Research Trends and Priorities*. Institute of Development Studies, University of Nairobi, OLC Paper N°12, Kenya.

<sup>25</sup> FAO,CDRIA, 1986: *La femme dans le système alimentaire en Afrique*, p.29-30.GCP/RAF/93/NOR.

aumentan la sobrecarga de trabajo agrícola. Esta presión recae sobre el grupo familiar y se refleja en el aumento de las tasas de ausentismo escolar durante los períodos de mayor actividad agrícola, y en general por las mayores tasas de abandono de los estudios. Los hijos, y particularmente las niñas deben dejar el colegio para ayudar a sus madres a cultivar predios cada vez más distantes e improductivos, y para recolectar leña y acarrear agua de lugares cada vez más remotos.

En el África Subsahariana, desde la época pre-colonial, las mujeres han sido una pieza clave en la economía y en la vida de las comunidades.

La mujer era productora en el sentido más amplio de la palabra, por un lado intervenía en la producción alimentaria y todas las actividades que conlleva (caza de animales pequeños, pesca, ganadería, recolección, agricultura y artesanía o fabricación de utensilios y ropa); por otro lado la perpetuación de la especie (la maternidad bajo todos sus aspectos, la socialización del cuidado de la descendencia), lo que la hacía indispensable para la subsistencia de la sociedad.

En consecuencia también tenía un rol importante en la familia, ya que con el fruto de su trabajo la esposa ayudaba al marido al mantenimiento de su hogar, además de encargarse de la educación e instrucción de los hijos e hijas.

Con la edad iba aumentando su sabiduría y conocimientos, lo que hacía que ganara relevancia y su capacidad de influencia en la comunidad.

Todas estas actividades hacían que las mujeres en las sociedades tradicionales pre-coloniales gozaran de respeto y consideración; y, aunque si seguimos los criterios actuales siempre sería inferior al hombre, las relaciones entre hombres y mujeres eran

de complementariedad<sup>26</sup>. Una complementariedad que valorizaba positivamente a las mujeres y su trabajo y les otorgaba una autonomía paralela a la del hombre.

Las mujeres eran conscientes de las contradicciones entre su libertad existencial y las constricciones objetivas que las necesidades alimenticias y demográficas de la sociedad les imponían; ellas conocían los imperativos de la economía y de la ideología, tal y como reflejan algunos cuentos populares y diversas formas de utilización del lenguaje<sup>27</sup>.

Con la colonización la situación de las mujeres empeoró porque perdieron independencia y capacidad de influencia. A causa de la monetarización de la economía y los cultivos de exportación, las mujeres perdieron el control sobre su trabajo y quedaron relegadas al ámbito de la familia, dependiendo de su marido y participando menos en la toma de decisiones. Se puede decir que el equilibrio social entre los hombres y las mujeres quedó roto a consecuencia de los cambios sufridos por la economía tradicional.

Las ideas conservadoras occidentales llevadas por los colonizadores ayudaron a reforzar el papel de la mujer en el hogar; mientras que se utilizó al hombre como mano de obra barata para la explotación de materias primas y los cultivos de exportación, la mujer fue relegada a la producción doméstica y al cuidado de sus maridos y sus hijos e hijas.

Estas consideraciones aún persisten y caracterizan a las sociedades tradicionales africanas en general. Las mujeres en África subsahariana hoy en día todavía tienen el rol de procreación: tener hijos y la responsabilidad de llevar la economía familiar.

---

<sup>26</sup> Pala, A. O. et Ly, M. (1982): *La mujer africana en la sociedad precolonial*, Barcelona: Serbal/Unesco. Pag. 229.

<sup>27</sup> Pala, A. O. et Ly, M. (1982): *Op. cit.* Pag. 98.

Los hombres son los que realizan el duro trabajo de preparar los campos, pero en África subsahariana (salvo en las culturas semitas) son las mujeres las encargadas de sembrar, de introducir la semilla en la tierra ya que su poder de dar la vida hará posible la germinación de la semilla. Por eso la agricultura y la alimentación familiar son la responsabilidad de las mujeres.

La colonización a través la imposición de tasas obligaba a los hombres a cultivar cosechas comerciales, lo que produjo un cambio de roles e hizo que los hombres se dedicaran a la agricultura. Anteriormente, solo en los países semitas (África del Norte y Etiopia), el hombre era el responsable de la agricultura.

Las mujeres africanas constituyen casi el 70 % de la fuerza agrícola del continente y producen cerca del 90 % de los productos alimenticios. Ayudan a alimentar al mundo con aperos manuales, pero carecen de ingresos, no tienen acceso al crédito, ni a la capacitación necesaria para adoptar tecnologías más eficientes.

En las áreas rurales es muy difícil contratar trabajo asalariado y la mano de obra debe encontrarse en la familia u obtenerse mediante arreglos dentro del grupo de parentesco o la comunidad. Los hombres adultos, cuando están disponibles, sólo cumplen un número limitado y específico de tareas. Por lo tanto la mujer depende mucho de la ayuda que le pueden proporcionar los hijos.

La contribución de las mujeres africanas a la economía familiar, a los sistemas de producción de alimentos, y a las economías nacionales en general, está siendo reconocida progresivamente. Pero su estatus y su lugar en la sociedad tradicional continúan estrechamente unidos a su fecundidad. Cuántos más hijos tengan, mejor serán consideradas.

## **2.1. EL CONCEPTO DE MATRIMONIO Y FAMILIA EN LAS SOCIEDADES AFRICANAS**

En todas las sociedades hay un concepto de matrimonio y familia. Una familia es un grupo de personas emparentadas que viven juntas. Y constituye una forma de agrupación social tan estandarizada en la vida social que determina la existencia del matrimonio.

El principio organizacional básico de la vida familiar tradicional está dado por los lazos de parentesco. Las uniones matrimoniales se fundan sobre la reproducción. La familia tiene como principal razón de ser de la procreación, el objetivo de todo matrimonio africano es fundar una familia y tener una descendencia numerosa.

Según la normatividad social tradicional, todas las mujeres deben casarse. Y existen diversos mecanismos sociales que ayudan a asegurar que estas expectativas se cumplan: por ejemplo, la poligamia significa, en términos matrimoniales, que todas las mujeres en edad reproductiva entran en el matrimonio<sup>28</sup>.

La poligamia, en particular la poliginia, está bastante extendida en algunas regiones de África, aunque se ha vinculado a la cultura árabe y la religión musulmana, también es habitual de las sociedades agrícolas, donde el trabajo de las esposas y de la progenie era fuente de riqueza y prestigio. La situación en las zonas urbanas y las dificultades para mantener a una descendencia numerosa están afectando a las familias.

Aunque la composición de las familias está cambiando rápidamente en todo el mundo, siguen constituyendo la unidad básica de producción y consumo de cualquier sociedad.

---

<sup>28</sup> IEPALA (1995). *La mujer en el África Subsahariana*. Madrid: IEPALA. Pag. 94.

Como ya se ha explicado, no es posible establecer un tipo de familia única entre la gran variedad de estructuras familiares que pueden encontrarse en el África Sub-sahariana, pero si podemos decir que el concepto de familia se refiere a la familia extensa, una unidad de parentesco más amplia que la familia nuclear (más típica de Occidente), que agrupa dentro de una misma unidad familiar a varias generaciones, incluyendo niños, hijos casados y a veces hermanos y sus esposas. También puede incorporar a madres viudas, hermanas que han dejado a sus esposos y una variedad de parientes que viven en el mismo recinto habitacional. Generalmente las personas que viven en el mismo lugar tienen las mismas obligaciones y derechos que los familiares unidos por lazos biológicos.

En África, los matrimonios son vistos como una unión entre dos grupos de parentesco (más que entre dos individuos) y son arreglados por un miembro de la familia de sexo masculino cuando la mujer es joven; en algunos casos, incluso cuando todavía no ha nacido (pero esto cada vez es más raro); los familiares de la mujer que aceptan dar a su hija a un hombre y los padres de este que se comprometen a que los términos del contrato sean respetados. Este carácter comunitario del matrimonio en África le confiere mayores garantías de estabilidad<sup>29</sup>.

Esto hace del matrimonio una unión comercial más que emocional, en el que el precio de la novia o la dote matrimonial juega un papel importante. Mediante ésta el esposo entrega a la familia de la novia, ciertos bienes como pago por los derechos sobre el trabajo, la sexualidad y la capacidad de procreación de la mujer<sup>30</sup>. Cuánto más alta es la dote, mayor será el prestigio de la mujer. La transacción le confiere a la mujer una posición social reconocida y la obliga a prestar al hombre diversos servicios. Si el hombre no provee

---

<sup>29</sup> VANGU, E. (2012). *Sexualité, initiations et étapes du mariage en Afrique : au cœur des rites et des symboles*. Paris: Publibook. Pag. 26.

<sup>30</sup> MOORE, H. L. (1999). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra. Pag. 52.

la dote acordada sufre una sanción social, y en caso de problemas o separación, los hijos irán a la familia de la madre.

El matrimonio es el pasaje para los esposos a la madurez y a la responsabilidad social. El tipo de unión y la edad apropiada de la novia al momento de casarse puede variar en cada cultura, y estará directamente relacionado con el tamaño de la familia: cuanto mayor sea el número de co-esposas y más joven la novia, mayor será la familia. Normalmente en África el matrimonio de la mujer se realiza a temprana edad, para aprovechar al máximo su ciclo reproductivo.

También hay instituciones como el levirato y el sororato que garantizan la continuidad de los lazos entre dos linajes en caso de muerte de alguno de los esposos, permitiendo que los cónyuges que enviudan puedan permanecer en el grupo en el que habían quedado insertos tras el matrimonio.

El levirato acontece cuando el hermano del marido difunto contrae matrimonio con la viuda de éste; y el sororato es la alianza matrimonial entre una hermana de la difunta con el cónyuge viudo. Ambas prácticas ponen de relevancia el carácter económico del matrimonio en África y resuelven el problema de la socialización de los hijos.

El matrimonio significa y realiza la perennidad y la expansión de la vida de toda la familia, de todo el linaje, de todo el clan; la vida tiene su origen en el ancestro fundador (y por su mediación, en Dios) y la vida siempre está sostenida por él.

La concepción procreadora del matrimonio africano da a la descendencia un valor primordial para la familia y la sociedad. Considera al niño como la primera riqueza y sobre todo como un don de Dios y un signo de bendición. El niño es el honor de sus padres porque es a través de él que su padre se convierte en padre y su madre llega a ser madre. Tener un hijo es la más grande de las

gracias buscadas porque comporta el lugar de sus padres en la sociedad y confirma su madurez social.

En el caso de los hombres, el estado civil afecta el derecho de acceso a la tierra: un hombre dependiente no tiene acceso a la tierra hasta que el jefe de familia o patriarca le asigna una esposa y le reconoce el derecho a tener sus propios dependientes<sup>31</sup>. Esta relación entre estado conyugal, acceso a los recursos productivos y distribución de poder e ingreso dentro del hogar.

---

<sup>31</sup> KOOPMAN, J. (1988). *The materialbasis of sexism: a mode of production analysis*. Boston: African Studies Center, Boston University. Pag.44.

## **2.2. EL ROL REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES AFRICANAS**

La reproducción es una actividad enteramente social, especialmente en África. El papel reproductivo de las mujeres es de vital importancia para las sociedades africanas. La función reproductora de la mujer, como ya hemos visto, no se limita a dar a luz, sino que engloba todas las actividades, denominadas tareas domésticas, es decir, cocinar, limpiar, ocuparse de los niños, cuidar a los ancianos y a los enfermos, etc.<sup>32</sup>

La fertilidad cumple una misión fundamental en la preservación de la organización social y la economía tradicional, asegurando la continuidad del linaje y de los vínculos tribales.

Los sistemas culturales y religiosos legitiman esta necesidad atribuyendo a la fertilidad un valor de recompensa divina y considerándola como un símbolo de buen comportamiento. Dentro del sistema de creencias tradicionales un concepto esencial es el de sucesión de generaciones. Esta significa básicamente que los ancestros retienen su poder e identidad como miembros activos del linaje y su espíritu individual y el de su linaje sobreviven en sus descendientes. A menudo los niños reciben el nombre del ancestro que se ha encarnado en ellos. Es por esto que una acusación que se hace corrientemente a las familias que tienen pocos hijos es que debido a su escasa fertilidad impiden a algún ancestro su derecho a renacer, condenándolo así a una eventual extinción.

La fertilidad de la mujer determina, en gran medida, su posición dentro de la sociedad. El número de hijos aumenta el prestigio de la mujer y le da derecho a ser consultada por su esposo en materias económicas. Cuantos más hijos tenga una mujer, mayor será su autoridad sobre la gestión del ganado. Su condición de madre también constituye una garantía para la vejez.

---

<sup>32</sup> MOORE, H. L. (1999). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra. Pag. 72.

Aparte de la significación social de la fertilidad como mecanismo de continuidad del linaje, ésta tiene una significación económica. Existen vínculos entre los sistemas tradicionales de tenencia de la tierra y las decisiones respecto a la fertilidad: la cantidad de tierra asignada a los miembros de la comunidad depende de su habilidad para cultivarla, pero los derechos sobre la tierra recaen casi siempre en los hombres y no en las mujeres.

### **2.3. LA MATERNIDAD**

La maternidad en África garantiza la continuidad de la familia y evoca la lucha contra la muerte para hacer triunfar la vida. Es la perpetuación de la especie humana.

El concepto madre se manifiesta en procesos naturales (embarazo, parto, lactancia, crianza...) pero también es una construcción cultural erigida por muchas sociedades utilizando distintos métodos. En todas las sociedades las mujeres dan a luz, pero este hecho no merece siempre el mismo reconocimiento o interpretación cultural.

En las culturas y sociedades africanas la maternidad ocupa un lugar especial. Independientemente de que una sociedad sea matrilineal o patrilineal, las madres son un componente esencial de las relaciones sociales, de las identidades y, desde luego, de la sociedad. Las mujeres simbolizan los lazos familiares, el amor incondicional y la fidelidad; la maternidad es invocada incluso en las situaciones extra-familiares que ponen en cuestión estos valores<sup>33</sup>.

En África, el saber maternal es un saber colectivo y popular que es transmitido por el entorno femenino. El aprendizaje de la maternidad se hace progresivamente y es, a través del contacto con las mujeres mayores del linaje (especialmente la suegra), que las jóvenes aprender su rol de madre.

Esta enseñanza ayuda a afianzar la posición de las mujeres mayores en la jerarquía familiar y les confiere autoridad moral. Su buen hacer también consolidará su estatus en la sociedad, una vez que pueda delegar sus responsabilidades domésticas en sus hijos o en las esposas más jóvenes (en los hogares en los que existe la poliginia).

---

<sup>33</sup> OYEWUMI, O. (2003). Abiyamo: theorizing african motherhood, *Jenda, A journal of Culture and African Women Studies*, nº 4, abstract.

Cuando una mujer da a luz por primera vez, ocurren dos nacimientos: el del niño y el de la madre como madre. Como ya se ha explicado, la maternidad hace acceder a la mujer a un estatus superior y a ser reconocida por la sociedad. La madre es la piedra angular de las relaciones e identidad de la sociedad y simboliza los lazos familiares, el amor incondicional y la fidelidad valores apreciados en el continente. Pero al mismo tiempo la maternidad, considerada como la esencia de la función femenina, es ambigua y compleja.

La maternidad se ejerce no solo al dar la vida sino también en hacerla crecer. A menudo la madre será llamada por el nombre del primer hijo (Mama Ndege, es la madre de Ndege).

El hecho de ser la guardiana de la vida le da fuerza y energía para seguir luchando a fin que esa vida continúe a existir y a crecer.

Al reconocerse la importancia de la maternidad en el estatus social de las mujeres, se pone también de manifiesto la problemática de la no-maternidad. Una mujer sin hijos vivirá grandes dificultades de integración en la sociedad.

## **2.4. LA VIVENCIA DE LA ESTERILIDAD Y SUS INCIDENCIAS SOBRE LA VIDA COTIDIANA**

En las sociedades tradicionales africanas las mujeres son las culpables de la esterilidad de una pareja (pese a que en cerca del 50% de los casos el problema para fecundar viene del hombre)<sup>34</sup>.

Las mujeres sin descendencia sufren discriminación, son estigmatizadas y a veces condenadas al ostracismo.

La esterilidad tiene un fuerte impacto en una pareja y sobre todo en la mujer ya que despierta comportamientos duros y muchas veces crueles por parte de la comunidad: acusaciones y sospechas de brujería, divorcio a iniciativa del marido, repudiación de la mujer...

La esterilidad de la mujer no solamente es un signo de maldición, sino que en muchas culturas se piensa que no puede concebir por la acción de un poder oculto. Es el mal social por excelencia, porque el ser humano está unido a los ancestros y es necesario perpetuar su nombre y rendir cuentas de la utilización de la vida heredada después de la muerte<sup>35</sup>.

En las sociedades tradicionales africanas, la esterilidad se entiende espontáneamente en femenino siempre y por todas partes. Culturalmente no se reconoce la posibilidad de esterilidad por parte del hombre. De manera que todos los casos de infertilidad son imputados a las mujeres, a la mala voluntad de su destino individual<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> Mother or nothing : the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88, N° 12, Diciembre 2010. 881.

<sup>35</sup> ELA, J. M. (1992). Citado en Diop, F. (s.d.). *Genre et stérilité au Sénégal: la maternité et la paternité en question*. Pag. 394

<sup>36</sup> HERITIER, F. (1996). *Masculin Féminin, la pensée de la différence*, Paris :Éditions Odile Jacob. Pag.2.

El peso de la esterilidad es enorme para las mujeres y afecta a múltiples facetas de la vida de las personas que las padecen. La esterilidad en África supone consecuencias en la vida de pareja, conlleva un gran sufrimiento psicológico, una enorme inversión económica y no podemos olvidar el componente religioso.

Vamos a tratar de analizar estas facetas que en mayor o menor medida, todas las mujeres estériles sufren para acercarnos al drama que tienen que afrontar las mujeres africanas al no poder concebir.

#### **2.4.1. *En el matrimonio***

Las parejas sin hijos son vistas como hogares donde existen graves problemas frente a los cuales hay que actuar.

Unos meses después de la boda, la nueva esposa será observada; la familia política quiere detectar signos de embarazo lo antes posible. Esperaran hasta dos años, pero si después siguen las dudas y no hay descendencia, comenzarán a pedir explicaciones y buscar soluciones.

La consecuencia inmediata de la esterilidad muchas veces es el divorcio o el repudio. El matrimonio, práctica fundamental y privilegiada de las sociedades, milita contra la maldición que representa la esterilidad.

Una mujer que no puede tener hijos es repudiada, es devuelta a su familia de origen. Al volver a su familia de origen no siempre es bien aceptada, y para ella va a comenzar (o continuar si ya lo intentó su familia política) una peregrinación a todos los curanderos y hechiceros conocidos y reconocidos que la pondrán a hacer sacrificios (baños místicos, inmolaciones de animales...). Todo ello añadiendo un desgaste económico y emocional a la situación ya vivida.

En el mejor de los casos, si no es enviada con su familia, deberá aceptar que su marido tenga otras mujeres que le den hijos.

En algunas culturas, las clases altas en las que el divorcio o repudio no está bien visto y podría causar complicaciones para las familias, se buscará dejar embarazada a la novia antes de la boda para garantizar su fertilidad.

#### **2.4.2. *El peso psicológico***

La mujer africana que no puede tener hijos se siente incompleta porque a una mujer que muere sin dejar descendencia le falta lo más esencial: la realización de su destino. Una hija o hijo propio es la sombra que se deja en la tierra.

Las mujeres estériles viven su situación como una condena. La presión a la que se ven sometidas es enorme. A menudo son tratadas como si fueran responsables de su esterilidad, en lugar de padecerla. Conlleva mucho sufrimiento y las propias mujeres están convencidas de que no son como las demás, que les han echado un mal de ojo o una maldición.

Para intentar conocer la causa que provoca su situación, ellas se verán arrastradas a participar en multitud de interrogatorios, interpretaciones de sueños, supersticiones, sacrificios... cualquier cosa que pueda ayudar a acabar con la esterilidad.

Y con cada una de estas prácticas la estima y las esperanzas de las mujeres se verán socavadas, llegando a provocar estados depresivos fuertes. Suponen un gran desgaste emocional tanto para la propia persona como para toda la familia.

### **2.4.3. La inversión económica**

La esterilidad conlleva recurrir a todo tipo de terapias que tienen un coste importante, sobre todo para la mujer que vive en la pareja y que tiene el problema, ella es la primera afectada en tanto que esposa y futura madre en potencia.

En los intentos por poner remedio a la esterilidad, las mujeres se desplazan a diferentes lugares para tratarse, algunas veces viajan incluso a países vecinos donde se cree que hay alguna posibilidad de solución. Prueban todo tipo de polvos y brebajes místicos, pagan rituales que conllevan la inmolación de animales y otros sacrificios supuestamente solicitados por las divinidades o espíritus... La mayoría de las veces nada cambia, salvo que todos los objetos de valor, todas las joyas se invierten antes de perder la esperanza.

Decir que las mujeres afectadas darían todo lo que poseen por la posibilidad de tener un hijo, no son palabras vacías. Es difícil hacer cálculos o poner una cifra a los gastos realizados (tanto por las propias mujeres como por sus familias), cuando se intenta indagar sobre esta cuestión, la respuesta más extendida es: “la salud no tiene precio”; pero la realidad nos muestra que la esterilidad lleva muchas veces a la pobreza<sup>37</sup>.

Las mujeres estériles son consideradas como una carga para el bienestar socio-económico de la comunidad. Este estigma puede incluir a la familia extensa, lo que añade sufrimiento a la pérdida de continuidad de su familia y de contribución a la comunidad. Todo ello aumenta el desconsuelo de la persona estéril.

### **2.4.4. En las creencias religiosas o místicas**

La aspiración a la maternidad y paternidad de todo ser humano se basa en un conjunto de ideales y creencias relacionadas con la

---

<sup>37</sup> Diop, F. (s.d.). *Genre et stérilité au Sénégal: la maternité et la paternité en question*. Pag. 399.

tradición, las costumbres y la religión. Todas las grandes religiones, el Islam, el judaísmo y el cristianismo, al igual que las religiones tradicionales africanas recomiendan una descendencia numerosa. Tener muchos hijos es considerado una bendición de Dios.

Ser padre o madre da madurez y contribuye a la realización de una persona. Es un deseo normal; no serlo en las sociedades africanas resulta sospechoso e insoportable.

Las representaciones africanas de la fecundidad nos muestran que el nacimiento no depende solamente de los padres biológicos, sino también de la voluntad de una fuerza superior. Estas creencias justifican las solicitudes místico-religiosas en que se ve envuelta la esterilidad en las culturas africanas.

Si como ya hemos explicado la fecundidad es símbolo de prestigio social, la esterilidad está considerada como un castigo de los dioses o de los ancestros o como una maldición. En algunas áreas rurales existe la creencia de que la mujer es estéril por su culpa, que es responsable de su condición, lo que provoca que sea vista como una bruja, alguien de quien hay que alejarse para que no contamine a otras mujeres o para que no cause la muerte de los niños.

En caso de ser devuelta con su familia de origen, en sociedades tradicionales la situación puede ser parecida, la mujer estéril también será mantenida aislada de los niños y de las mujeres embarazadas: a veces incluso confinada a una casa en las afueras de la aldea. Pese a que esta actitud está cambiando, aún hoy, entre algunos grupos étnicos, en las zonas rurales, cuando una mujer estéril muere es enterrada secretamente en un lugar aislado, y sólo asisten al entierro los familiares de sexo femenino; el marido no participa en la ceremonia<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> IEPALA (1995). *La mujer en el África Subsahariana*. Madrid: IEPALA. Pag. 59.

La mujer estéril es una desgracia en la familia y en el clan. Es la mayor vergüenza que puede pesar sobre una mujer. Y su mayor tragedia, pues al no tener descendencia, nunca podrá ser elevada a la categoría de antepasado, su espíritu permanecerá errante y no tendrá derecho a las obsequias fúnebres de aquellos que han dejado descendencia.

### **3. SOLUCIONES AL PROBLEMA DE LA INFERTILIDAD**

Como hemos analizado en el primer capítulo existen multitud de causas que pueden dar lugar a la infertilidad en una pareja, por lo tanto, el tratamiento se debe adecuar al resultado del estudio realizado. A parte de las causas femeninas, masculinas y mixtas estudiadas; en el contexto africano nos podemos encontrar con otras causas de origen "espiritual", si bien se podrían considerar de origen psicológico o relacional, la infertilidad tiene un importante componente sociocultural, que debe ser tenido en cuenta cara a las posibles soluciones. No en pocos casos, la infertilidad es considerada como el resultado de hechicerías por parte de enemigos humanos o espirituales. Además, hay que tener en cuenta que dentro de la representación antropológica africana, el hijo es un don de Dios, por lo tanto su ausencia se ve en muchos casos como una negación por parte de los dioses de su bendición. Por lo tanto el castigo divino pasaría a ser otras de las causas de esterilidad en las sociedades africanas.

Ante estas particularidades, podemos encontrar diversas posibilidades para conseguir el proyecto procreativo de las parejas estériles africanas: La prevención, las respuestas tradicionales, la nueva medicina occidental, la adopción e incluso a posibilidad de realizar un proyecto vital y de pareja pleno sin hijos.

#### **3.1. LA PREVENCIÓN**

Como hemos visto en los capítulos precedentes la causa más importante de infertilidad en África son las infecciones debidas a ETS, y aquellas que sobrevienen tras las manipulaciones en el parto, abortos complicados o las ablaciones.

Si hablamos de prevención es esencial un comportamiento sexual responsable respecto a estas enfermedades, por un lado para

evitarlas y por el otro una vez adquiridas no permitir su evolución cronificándose y propagándose.

Es necesario tener relaciones sexuales protegidas por el uso de preservativos o asegurándose de que la pareja esté sana, esto último es muy difícil de asegurar al no ser en relaciones estables donde no existan terceros.

Otro comportamiento adecuado es el estudio precoz, en caso de relaciones no protegidas, la realización de estudios precoces para el diagnóstico precoz de las mismas e instaurar el tratamiento lo más rápidamente posible, incluso invitar o aconsejar a las parejas con las cuales se han tenido estas relaciones al estudio y tratamiento si fuera preciso, cortado las vías de propagación. “Cuanto antes se traten las infecciones, habrá mayores posibilidades de evitar la infertilidad”<sup>39</sup>.

En cuanto a las precauciones tomadas para disminuir las infecciones que pueden surgir a raíz de los partos o de legrados son siempre pocas. Muchas de las infertilidades femeninas secundarias, podrían tener su origen en estos tipos de operaciones no bien tratadas. Por lo tanto, se han de realizar estas intervenciones, siempre bajo una estricta asepsia, en condiciones higiénicas sanitarias adecuadas. ¡Cuántos abortos clandestinos o partos llevados en condiciones insalubres en domicilios pueden llegar a poner no solo en riesgo la vida de la mujer, sino también su salud reproductiva!. Por ello, toda práctica del aborto es considerada como un riesgo a evitar si se quiere evitar la infertilidad, por lo tanto el aborto no debería nunca ser una opción anticonceptiva.

Unas pocas palabras en este apartado para señalar la existencia en la actualidad de la práctica de la ablación femenina, extendida por un numeroso conjunto de países africanos. La ablación o mutilación genital femenina comprende una serie de prácticas

---

<sup>39</sup> JEAN DALSACE, “*La esterilidad*”, EUDEBA, Buenos Aires, 1965.

consistentes en la extirpación total o parcial de los genitales externos de las niñas. Entre otras consecuencias, las niñas mutiladas padecerán durante toda su vida problemas de salud irreversibles. Se calcula que 70 millones de niñas y mujeres actualmente en vida han sido sometidas a la mutilación/ablación genital femenina en África y el Yemen<sup>40</sup>. Además, las cifras están aumentando en Europa, Australia, Canadá y los Estados Unidos, principalmente entre los inmigrante procedentes de África y Asia sudoccidental. La ablación se practica principalmente a niñas y adolescentes de entre 4 y 14 años. No obstante, en algunos países la ablación genital femenina se practica a niñas menores de 1 año, como por ejemplo, en Eritrea y Malí, donde la práctica afecta, respectivamente, a un 44 y un 29% de estas niñas.

La ablación genital femenina causa daños irreparables. Puede acarrear la muerte de la niña por colapso hemorrágico, así como infecciones agudas y septicemia. Otros efectos pueden ser una mala cicatrización; crecimiento excesivo del tejido cicatrizante; infecciones del tracto urinario; coitos dolorosos; el aumento de la susceptibilidad al contagio del VIH/SIDA, la hepatitis; infecciones del aparato reproductor; enfermedades inflamatorias de la región pélvica; **infertilidad**; menstruaciones dolorosas; obstrucción crónica del tracto urinario o piedras en la vejiga; incontinencia urinaria; partos difíciles; y un incremento del riesgo de sufrir hemorragias e infecciones durante el parto. La ablación genital femenina constituye una violación fundamental de los derechos de las niñas<sup>41</sup>.

Esta práctica además de atentar contra la vida y la dignidad de la persona es discriminatoria y vulnera el derecho a la igualdad de oportunidades, a la salud, a la lucha contra la violencia, el daño, el maltrato, la tortura y el trato cruel, inhumano y degradante; el

---

<sup>40</sup> Cf. ISRISA A KABORÉ, "Excisión", Enquete Démographique et de Santé 2003. ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2004, p.204 .

<sup>41</sup> Ablación: [WWW.unicef.org/genitalmutilacion.html](http://WWW.unicef.org/genitalmutilacion.html).

derecho a la protección frente a prácticas tradicionales peligrosas y el derecho a decidir acerca de la propia reproducción. Estos derechos están protegidos por el Derecho internacional.

### **3.2. PRÁCTICAS TRADICIONALES**

Se pueden definir como prácticas tradicionales todas aquellas prácticas ancestrales que han dado desde hace infinitud de años hasta las nuevas técnicas de procreación medicamente asistida, muy presente en todo los rincones de África.

Para intentar curar la infertilidad se han consumido ciertos alimentos a los cuales se le otorgan poderes fecundantes: granada, membrillo, muérdago, mandrágora. Otra práctica es la de la geofagia, consumo de arcilla, para quedar embarazadas y ser más fértiles. Las piedras y las rocas también son empleadas como medios terapéuticos y también la hidroterapia o terapia por el agua. En cada pueblo de África existen multitud de remedios ancestrales adaptados a su entorno que son empleados para potenciar la fecundidad<sup>42</sup>.

Las creencias tradicionales (costumbres brujería, amuletos, animismo,...) y las grandes tradiciones religiosas como el judaísmo antiguo, han propuesto remedios para la infertilidad de las parejas. Incluso como en el caso de Sarah y Abrahán se permitía cierto "adulterio" con su esclava como alternativa para tener descendencia. Esta práctica está muy extendida en las tribus africanas, cuando mujeres sanas son aconsejadas de ir con otro hombre para quedar embarazada y salvaguardar el honor de su marido, todo esto se hace sin la participación del mismo.

Por otro lado, la infertilidad es vivida como castigo divino, por los pecados cometidos o las transgresiones, de aquí la importancia

---

<sup>42</sup> CARMEN MORENO ROSSET (dir.), *Factores psicológicos de la infertilidad*, Madrid, Sanz y Torres, 2000, pag 3., pag 23.

del ayuno, abstinencias y oración. "La fertilidad podría recuperarse mediante la práctica del ayuno y la oración"<sup>43</sup>.

En las religiones animistas africanas, "las almas y espíritus influyen continuamente en la vida de las personas, sobre los objetos y fenómenos del mundo circundante. Estos espíritus dan la vida a la naturaleza. Actúan por otro lado bajo el mandato de Dios, éste está en la cúspide, es el Señor de la vida y la muerte. Estos espíritus junto con los antepasados son los intermediarios entre Dios y los hombres"<sup>44</sup>. En efecto, para los africanos no son necesarias pruebas evidentes, porque para ellos existen realidades que no se pueden demostrar de forma empírica o racional.

La religión configura toda la realidad vital del africano, su núcleo es la vida, una vida que vive en comunión con todos los suyos: los de la tierra y los del más allá. Por eso el tema de la infecundidad no podrá abordarse sin haber entrado antes con el mundo espiritual. Estos fenómenos sobrenaturales buscarán las causas y las soluciones de la esterilidad. Los ancianos y curanderos consultarán con los ancestros y espíritus, para enterarse de las causas del rechazo del don de la vida y también de las reparaciones necesarias para obtener el perdón de Dios y su clemencia. Por lo tanto sacrificios de animales, rituales, oraciones y diversos cultos serán necesarios para dichas reparaciones.

Existe también la realidad del exorcismo, que es necesario ante la hechicería de las otras esposas o parientes o la posesión de espíritus maleficientes.

Existen pues una línea muy fina entre la magia, el fetichismo y las prácticas supersticiosas, es difícil distinguir a veces entre los

---

<sup>43</sup> P. MORICE (ED.) "*History of infertility*" *Human Reproduction*, nº5, September 1995, p.501.

<sup>44</sup> EUGENIO BACAICOARTAZCOZ, "*Religiones Tradicionales*", Cuadernos Enero-Febrero 2009 Vol XXIII, nº1.

remedios de la medicina y la religión tradicional africana y las prácticas superstición.

La medicina tradicional africana y sigue estando muy fuertemente ligada a las creencias tradicionales religiosas. Esta medicina se usa frecuentemente como recurso relevante en el tratamiento de la infertilidad. Según informa un estudio realizado en Dakar, los servicios de los traditerapeutas están muy solicitados tanto en el medio rural como en el urbano. “Es costumbre que las mujeres sin hijos recurran a los Didias (médicos tradicionales), quienes recetan determinadas plantas y raíces que consideran que pueden ayudarles a quedar embarazadas”<sup>45</sup>. Esto se debe a su gran asequibilidad geográfica, económica y sobretodo cultural.

Es una ciencia que combina el conocimiento natural de las plantas medicinales con las creencias religiosas, por lo tanto se pueden encontrar muchas coincidencias con diversos médicos tradicionales. Sus recursos son plantas, partes de animales, minerales y sobretodo los poderes sobrenaturales. Por ejemplo los marabús, utilizan plantas y versículos del Corán, los curanderos trata con los antepasados y mediante sacrificios animales, los adivinos y místicos entran en contacto con los espíritus que les revelan la terapia que necesita cada mujer y de vez en cuando hacen pociones con las que bañan a las mujeres.

### **3.3. PRÁCTICAS DE LA NUEVA MEDICINA**

Las graves consecuencias sobre las mujeres y las parejas estériles, y el escaso éxito de los métodos tradicionales han motivado la investigación médica y gracias a los avances científicos y técnicos ha favorecido un gran desarrollo en la medicina reproductiva.

---

<sup>45</sup> <http://www.ikuska.com/Africa/Etnología/matrimonio.htm>.

Tres grandes campos se abren: el uso de fármacos que actúan sobre el funcionamiento de los aparatos reproductores femenino y masculino (terapias hormonales), las intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de lesiones o malformaciones y las técnicas de reproducción medicamente asistida.

### **3.3.1. *Terapias medicamentosas***

La inducción sobre la ovulación es el tratamiento médico en los casos de mujeres oligoanovulatorias. Si la patología subyace por problemas de hipogonadismohipogonadotrópico, la terapia es la administración de FSH y LH, con inyección de gonadotropinas. Esta medicación consigue estimular el ovario y facilita la producción de óvulos. También tiene sus riesgos como el síndrome de hiperestimulación ovárica, o favorecer neoplasias que son hormonodependentes. Aunque parece justificado el riesgo beneficio. Lo que sí es importante señalar que todos estos tratamientos necesitan de un diagnóstico acertado, con un seguimiento y un cumplimiento del tratamiento estricto, lo que en muchos casos en las condiciones sanitarias de muchos lugares de África esta terapia puede resultar inaccesible.

Otro importante recurso es el tratamiento de muchas de las enfermedades de transmisión sexual, las endometritis y vaginitis pueden ser curadas con antibióticos adecuados y resolver un problema de esterilidad.

En los casos de hiperacidez del moco cervical se pueden practicar irrigaciones con medios alcalinizantes que neutralicen la misma.

Para los varones en caso de oligoespermia existen medicamentos que estimulan la gametogénesis.

### **3.3.2. La cirugía reproductiva**

La cirugía reproductiva es un término que engloba una gran variedad de intervenciones quirúrgicas destinadas a corregir las causas anatómicas que impiden o dificultan la gestación.

Entre las más frecuentes están: la corrección de malformaciones uterinas, la exéresis de tumoraciones benignas como miomas uterinos o pólipos endometriales, la cirugía tubárica para tratar las obstrucciones tubáricas secundarias a infecciones crónicas, endometriosis o iatrogenia, los cerclajes que es el cierre del orificio cervical cuando hay una insuficiencia del mismo, y es la causa de abortos de repetición en el segundo trimestre, y por último el Drilling ovárico que consiste en la realización de perforaciones múltiples del ovario, sobre todo en los poliquísticos que aumentan la ovulación<sup>46</sup>.

En muchos de estos casos, estos tratamientos van acompañados de Técnicas de reproducción asistida para aumentar la tasas de embarazos. En el continente africano cuyo acceso estas técnicas es prácticamente nulo, el tratamiento quirúrgico es una de las mejores opciones a las que pueden acceder las parejas, contando que en muchos rincones de África estos tratamientos quirúrgicos entrañan muchos riesgos y son muy costosos.

### **3.3.3. Las técnicas de reproducción asistida.**

Para comenzar debemos ceñirnos a una terminología en consonancia con el glosario de términos de consenso de la OMS y el *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology* (ICMART) en 2009.

“Reproducción médicamente asistida (RMA): reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica

---

<sup>46</sup> J. ALONSO-ZAFRA, M.RAMOS Y A. SERRANO, “*Cirugía reproductiva*”. Fundamentos de reproducción, SEGO, Madrid, 2009.

controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante.

Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante<sup>47</sup>.

Las RMA incluyen tanto procedimientos como los tratamientos de esterilidad que favorecen la fecundación in vivo e in vitro. Las llamadas “técnicas de reproducción asistida” TRA sólo incluyen las técnicas in vitro.

Un criterio de clasificación de estas técnicas es el “situ” de la fecundación: Fuera (FIV, ICSI) o dentro del cuerpo de la mujer (IA, GIFT). Y otra cosa a tener en cuenta es la procedencia del material genético: Homólogo con material genético propio de los dos miembros de la pareja y heterólogo cuando existe un donante externo (óvulos o espermatozoides) y por último si existe la maternidad subrogada o no.

- ***Inseminación Artificial (IA)***: Permite facilitar la fecundación mediante el encuentro de los espermatozoides y el ovocito tras depositar el semen en el útero de la mujer sin contacto sexual. Está indicado en problemas de deficiencia de los espermatozoides o ante la

---

<sup>47</sup> F.ZEGERS-HOCHSCHILD, G.D. ADAMSON, j. DE MOUZON ET AL. ON BEHALF OF ICMART AND WHO.Revised Glossary on ART Terminology, 2009: Human Reproduction 24 n 11.

mala calidad del moco cervical. Se asocia con la estimulación ovárica previa y la realización de la inseminación en el momento del ciclo femenino de máxima fecundidad. Existe la posibilidad de ser realizada con semen de donante.

- **Transferencia intratubárica de gametos (TIG) o GametesintraFallopianTransfert (GIFT):** Es una forma de IA, se depositan en la trompa de Falopio no sólo el semen sino también el ovocito de la mujer. Existe una variedad que consiste en depositar en la trompa solo el ovocito para que sea fecundado allí por el esperma que entrará por vías naturales. (ZIFT)

- **Fecundación in vitro (FIV):** Técnica de Reproducción Asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea.

Tras obtener los gametos de ambos cónyuges, se procede a efectuar la fecundación en el laboratorio obteniéndose un número determinado de embriones y posteriormente se procede a la transferencia de los mismos.

- **Transferencia de embriones (TE):** procedimiento mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio. Transferencia electiva de embriones: transferencia de uno o más embriones, seleccionados a partir de una cohorte más grande de embriones.

En principio se utilizó cuando había problemas de esterilidad por factor tubárico, pero dada su efectividad se ampliaron sus indicaciones a: endometriosis, esterilidad por factor masculino, esterilidad idiopática en mujeres mayores de 38 años y más de 5 años de esterilidad, fracaso de otros métodos menos agresivos y cuando hay necesidad de un diagnóstico genético preimplantacional (DGP) 107.

- **Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI):** Consiste en una microinyección intracitoplasmática de espermatozoides es una

variedad de FIV desarrollada para posibilitar la paternidad de las parejas estériles con un factor masculino severo. En los últimos años la progresión de esta técnica está siendo imparable.

### **3.3.4. *Intervenciones en la gestación: maternidad subrogada.***

Esta técnica es la habitualmente conocida como “vientre de alquiler” es una modalidad de FIV en la cual los embriones son transferidos a una mujer sana, diferente de la madre que aporta el material genético y que asume la maternidad por sustitución mediante un contrato. Puede llevarse a cabo a veces una IA, de tal forma que la madre portadora también es la madre genética, inseminada por un padre que será el padre legal. La emplean mujeres sin útero o con anomalías congénitas que le hacen imposible la gestación o por aquellas mujeres que por conveniencia personal no quieran llevar un embarazo.

### **3.3.5. *Asequibilidad en África de estas técnicas.***

El uso de las técnicas de reproducción medicamente asistida es una práctica muy extendida en el mundo hoy en día. De hecho, son más de 4.000.000 los niños que han nacido de estas técnicas. Aunque, en los países desarrollados se dan dos tipos de reacciones frente a estas técnicas, los partidarios de una apertura total EEUU, Inglaterra, España,.. Y otros más reservados: Alemania, Francia, etc. Las técnicas más utilizadas son IA con un porcentaje de 49.66%, después ICSI 39.84% y luego vienen la FIV y las combinaciones FIV/ICSI 10%<sup>48</sup>. La tendencia general es un crecimiento imparable de la demanda y sus prácticas.

---

<sup>48</sup> CARMEN MASSE GARCÍA. *Infertilidad y procreación. Una propuesta ética para el mundo tecnológico.* 2015.

En los países menos desarrollados, sobre todo en los africanos, asiáticos, latinoamericanos y árabes, estas técnicas se realizan con pudor y reserva que en Occidente<sup>49</sup>. En cuanto al África subsahariana, todas estas técnicas aparecen como algo lejano y de difícil acceso, para las poblaciones rurales, aislada y empobrecidas es algo de “ciencia ficción”. Sin embargo, existen algunos recursos, aunque la mayoría de parejas con posibilidades de ser estudiadas y tratadas recurren a tratamientos en los países occidentales. Los tipos de técnicas más utilizados en África subsahariana son IA y la FIV.

*“El primer nacimiento en África del Oeste como fruto de la FIV, tuvo lugar en Lagos University Teaching Hospital en 1989<sup>50</sup>”.*

En el marco general existen unas amplias carencias de estructuras sanitarias, y una importante de escasez de recursos materiales y humanos a nivel sanitario básico en África. La posibilidad del desarrollo de este tipo de técnicas supe especializadas, que necesitan un importante desarrollo tecnológico y científico tanto material como de profesionales aparecen como un recurso escasísimo, todo esto dificulta el acceso de las poblaciones necesitadas a estas nuevas soluciones para su problema de infertilidad.

Aunque el gran motivo de falta de acceso a estas técnicas es su “inasequibilidad”, su coste financiero es demasiado elevado para la mayoría de las parejas que lo necesitan. La configuración social en el África subsahariana está marcada por una minoría muy rica frente a una mayoría muy pobre, al borde de la miseria. Y entre ambas una clase media reducida. En el contexto de pobreza extrema que padece la mayoría de la población, las técnicas de RMA resultan imposibles por su coste. Si tomamos una moneda local como es el FCFA, se

---

<sup>49</sup> PIERRE LEÓN ANDRÉ DIENG, La procréation médicalemente assistée, DEA en Droit de la Santé, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 2005.

<sup>50</sup> WHO, Progress 63- Assisted reproduction in developing countries, 2004, pg2.

estima que los servicios pueden rondar entre los 300.000 y los 2.000.000 FCFA (entre 450 a 3.000 Euros) cuando se sabe que el salario medio de un Funcionario medio Camerunés está entre los 60.000-80.000 FCFA al mes (alrededor de 100 euros). Viendo el coste económico, para la mayoría de las parejas resulta imposible acceder a estas nuevas terapias, mientras que una élite reducida puede gozar de estas ventajas, permitiéndose el lujo de trasladarse a Europa para poder disfrutar de las últimas tecnologías.

Si las barreras económicas son importantísimas, existen otras barreras socioculturales y religiosas que pueden tener un peso similar a la hora de impedir el acceso a esta nueva medicina. El ambiente sociocultural africano como hemos visto, está lleno de tradiciones y costumbres ancestrales todo esto bañado en unas arraigadas prácticas religiosas. Esto constituye en la mayoría de los casos un obstáculo en el camino hacia los servicios médicos y en particular a estas técnicas. Según una encuesta de la WHO, África es el continente donde las mujeres hacen menos uso de los servicios de salud y recurren muy poco a los servicios obstétricos por razones socioculturales. Entre otras cosas por la concepción de lo que significa la procreación humana, que es considerada como una relación armoniosa entre lo natural ( relaciones sexuales) y lo sobrenatural (influencias de fuerzas invisible: dioses, ancestros, espíritus,...) Esta comprensión orienta a la mayoría de las parejas a buscar las soluciones en las creencias tradicionales, y estas mismas creencias inducen al rechazo de ciertos recursos médicos, como los desarrollados por la RMA, considerados como no conforme a la naturaleza humana. En ciertos países existe una oposición religiosa fuerte en materia ética a la utilización de estos recursos, y esto es debido a que estos procedimientos excluyen las dimensiones tanto “naturales” como sobrenaturales que rigen la transmisión de la vida<sup>51</sup>. . Estas creencias fundamentan el carácter sagrado de la vida

---

<sup>51</sup> WHO, Progress 63- Assisted reproduction in developing countries, 2004, pg 2.

humana algo muy característico de las poblaciones africanas. Y en las técnicas de RMA, no son los factores sobrenaturales los que deciden el curso de la vida, sino la competencia de los médicos y la tecnología.

En ciertos recursos como la donación de gametos, o la maternidad subrogada hacen muy difícil la definición de conceptos como “padre”, “madre”, ¿Cuál es el papel de la sangre? ¿”Descendencia”, “linaje”? Todo esto produce una reticencia a todas estas intromisiones en la concepción de estructura familiar tradicional. Así pues en las sociedades tradicionales africanas, los “permisos éticos” favorables a la RMA son casi inexistentes.

También hay que mencionar la importancia que tiene la intimidad y la privacidad en este campo de las relaciones y la reproducción que se vive entre las mujeres africanas, y por el contrario todas las acciones de las técnicas de reproducción asistida, se ejercen en marcos bastantes públicos, con presencia de personal médico masculino que vulneran la intimidad de la mujer<sup>52</sup>.

Y todo esto se ve aderezado con un bajo nivel de instrucción y de formación de las poblaciones en general y en particular de la población femenina. El desconocimiento, la falta de información y educación en general y especialmente sobre la existencia de estas nuevas técnicas y sus posibilidades, reducen el acceso a las mismas.

---

<sup>52</sup> G. BENINGUISSE , “*Entre tradition et modernité.Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse e de la accouchement au Cameroun, 2003*”, Union for African Population Studies, vol 19, 2004.

### **3.4. LA ADOPCIÓN**

Ante la imposibilidad biológica de hacer realidad el proyecto procreativo, aparece la adopción como la posibilidad de constituir un nuevo núcleo familiar. Para pareja infértil supone hacer realidad su proyecto de familia siendo padres de uno o varios hijos que no son biológicamente suyos, pero sí jurídica, afectiva y efectivamente.

En muchos países del mundo, la adopción resulta ser la única alternativa real para las parejas infértiles, al tener el acceso denegado por razones médicas, económicas o legales a las RMA. Según el informe de la OMS, en algunos países de África occidental, más de la mitad de las parejas sin hijos, los han adoptado. (Níger 61%, Guinea 59%, Benín 56%, Togo 56% y Camerún 53%, asumiendo que aquellas parejas que viven con hijos no propios en el hogar, han sido adoptados.)<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> WHO AND ORC MACRO, Infecundity, infertility and childlessness in developing countries, 2004.

### **3.5. REALIZAR UN PROYECTO FAMILIAR SIN HIJOS**

Para las parejas que el hecho de tener hijos es un deseo profundo no sólo a nivel personal sino conyugal, una meta en la vida y un sentido de su existencia, valorado como tal en su entorno familiar y sociocultural, la constatación de que es imposible llevarlo a su fin, supone una crisis vital por la frustración del deseo y al mismo tiempo un reto para conseguir realizar un proyecto de familia y de vida sin hijos.

En África, este hecho como hemos señalado con anterioridad, tiene unas consecuencias dramáticas para la mujer estéril, donde el varón puede solicitar la separación, el divorcio o tomar una segunda esposa. Según la OMS, en estos países una mujer con esterilidad primaria tiene un 14% más de probabilidades de ser divorciada o separada (5% con esterilidad secundaria) que una fértil. Y en los países con poligamia, la posibilidad de que un hombre casado tome a otra esposa aumenta un 20% cuando la primera esposa es estéril<sup>54</sup>.

Socialmente se da un aislamiento; la culpabilidad, la vergüenza, el rechazo y el miedo, conducen a un distanciamiento progresivo de los miembros de la pareja que puede terminar en divorcio. Todo esto sometido a una fuerte presión socio familiar. Aparece la gran pregunta: ¿Es posible un proyecto familiar desde un proyecto procreativo fracasado definitivamente, sin unos hijos que tanto se han deseado y dan sentido a la vida de sus progenitores?

Como hemos visto anteriormente por las características de las sociedades africanas esto parece imposible, ya que la idea personal y familiar se centra exclusivamente en la paternidad/maternidad, la pareja difícilmente podrán asumir este fracaso. Pero es conocido por todos, la existencia de parejas estériles, que permanecen fieles a su

---

<sup>54</sup> WHO AND ORC MACRO, Infecundity, infertility and childlessness in developing countries, 2004.

opción conyugal en la monogamia, es cierto que son una minoría llamativa, en número son insignificantes pero llamativa por lo raro y extravagante de la opción, algo que van en contra del sentir y la práctica social. La mayoría de estas parejas pertenecen a comunidades religiosas y su opción de vida es vivida desde “un plan de acuerdo con los designios de Dios”. Pero esto sólo es posible llevarlo a cabo cuando la vida conyugal se comprende desde el amor y la entrega condicional, cuando el servicio a la vida se desarrolla en todos los ámbitos de la existencia. Y desde aquí construir un nuevo proyecto de vida pleno.

Otro aspecto a reseñar es la gran necesidad que existe de trabajar en la formación y educación de la población sobre la valoración y la dignidad de la mujer. Más allá de su rol como madre y de la posibilidad maravillosa que tiene de dar vida y continuar con el linaje de sus familias, la mujer tiene un valor intrínseco en ella misma. Una dignidad que no depende de su maternidad, y esto mismo le ocurre al varón, aunque generalmente sea mejor considerado. Por lo tanto, queda un gran camino que recorrer desde el punto de vista educacional y de sensibilización, para que allá donde se encuentren todas las personas lleguen a ser valoradas como tesoros sólo por el hecho de pertenecer a esta gran familia universal que somos los seres humanos.

#### **4. VALORACIÓN ÉTICA DE LAS RESPUESTAS AL PROBLEMA DE LA ESTERILIDAD DE LA MUJER AFRICANA**

Como hemos visto en los anteriores capítulos el problema de la infertilidad es vivido como un drama en la población Africana, en todos los lugares del mundo el problema para dar vida y tener descendencia es vivido con mucho sufrimiento pero en el continente africano por su situación sociocultural y su propia concepción de la vida resulta más traumático. Sobre todo para las más vulnerables que son las mujeres.

Quizás por esta razón podríamos pensar que todo fin justificaría los medios, pero creemos que es necesario hacer un análisis exhaustivo de todos los medios que se les ofrecen a las parejas infértiles africanas para poder cumplir su sueño de continuar su linaje.

La pregunta clave desde la ética sería: ¿Qué hacer para obrar bien? Como hemos visto a lo largo de la historia no resulta una pregunta fácil, ya que han existido y existen en la actualidad muchas corrientes, teorías o criterios éticos a la hora de evaluar las acciones. Pero sobre todo nos encontramos en este caso con una dificultad añadida, los criterios de valoración dependen mucho de la cultura, del tiempo en que se vive, de la religión que se practica, de las ideologías, de las personas,... Por ejemplo, parece una difícil tarea poder conciliar la visión ética que tiene sobre las técnicas de reproducción asistida, un hombre africano que vive en un ámbito rural con la de una mujer occidental instruida en 2016. De esta realidad resultaría interesante poder encontrar una serie de criterios que nos ayudasen a analizar los casos.

Podemos señalar una serie de criterios importantes en el ámbito africano para hacer un juicio moral de los métodos que se utilizan para resolver el problema de la esterilidad.

**a. Conservación del equilibrio familiar. La familia como institución.**

Toda acción debe respetar la realidad de la familia en su concepto, estructura y contenido. “en la estructura familiar que hemos heredado, coinciden, por lo general, en el mismo padre y en la misma madre las tres dimensiones de la paternidad y de la maternidad, biológica, legal y afectiva”<sup>55</sup>. Se está en el marco de la moralidad cuando se ejerce dentro de esta estructura, ya que este es un ámbito privilegiado en que coinciden las tres dimensiones de lo humano y es el más adecuado para convertirnos en seres humanos. Además en esta institución se viven los valores tradicionales familiares como el honor y la importancia de la descendencia, que posteriormente servirán de guía la hora de actuar como personas y a nivel social.

**b. Conservación de las tradiciones y valores ancestrales.**

Existe en toda cultura unos valores propios que sirven de referencia y sustentan la sociedad, proporcionándole una estabilidad. Por tanto toda práctica que sea contraria a los mismos se verá como una afrenta a la moralidad pública. “En este sentido, la PMA sería muy perjudicable para las prohibiciones que permiten el orden y la estabilidad social (...) Podría como consecuencia dar lugar a la ruptura del equilibrio social”<sup>56</sup>.

**c. Los tabús.**

Existen unas series de prohibiciones determinadas por la sacralidad religiosa y el sentido de la intimidad y el pudor, se forjó

---

<sup>55</sup> ÉDOUARD BONE, JEAN FRANCOIS MALHERE, *Engendrados por la ciencia. Implicaciones éticas insertas en las manipulaciones de la procreación*, Valencia, EDICEP, 2001.

<sup>56</sup> PIERRE LEÓN ANDRÉ DIENG, *la procreation medicalement assisté*. DEA en Droit de la Santé, Dakar, Université Cheikh Anta DIOP, 2005.

una línea de valoración a base de tabús. Los tabús son unas pautas morales.

Por otro lado es imprescindible, realizar un análisis de los criterios del mundo occidental en el cual se han desarrollado las técnicas de reproducción asistida y son los propulsores de dichos métodos, llevándolos a todos los rincones del mundo. Estos criterios occidentales, que en el momento actual son los que se siguen en el mundo de la bioética moderna, son también diversos y variados según las tendencias filosóficas:

**a. Criterios naturalistas y deontológicos.**

1. La naturalidad es un criterio de valoración ética. Lo bueno es lo natural, y lo malo es lo contra natural. Hoy en día es muy difícil poner un límite claro entre estos conceptos: natural/artificial como era en la época clásica.
2. El valor supremo del hombre: fin en sí mismo.

**b. Criterio racional: reflexión y discusión.**

Intenta evitar todo juicio reduccionista, solicita una colaboración interdisciplinar en el análisis de los casos concretos.

**c. Criterio teleológico: “En la valoración moral de una técnica, es primordial atender a los fines para los que se emplea esta técnica”<sup>57</sup>.**

Es importante distinguir los usos terapéuticos de las técnicas de los usos fantasiosos de satisfacer fines egoístas y caprichosos.

**d. Justicia, La distribución de los recursos públicos.**

PMA frente a otras prioridades de salud. Importante el criterio de la justicia distributiva.

---

<sup>57</sup> JAVIER GAFO, *Nuevas técnicas de reproducción humana. Biomedicina, ética y derecho*, Madrid. UPCM, 1986.

#### **4.1. VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS TRADICIONALES**

Las respuestas de la Tradición al problema de la infertilidad son difícilmente valorables éticamente. En primer lugar por el estrecho vínculo que existe entre estas prácticas y la población africana, esta relación es tan vital que para un africano es indiscutible que moralmente no puede existir ningún interrogante. La segunda parte es que no existen datos sobre las mismas, existe un silencio y secretismo que envuelven todas las consultas tradicionales. ¿Cómo se puede realizar una buena valoración bioética si carecemos de buenos datos?

Por lo tanto lo que expondré serán reflexiones realizadas por africanos que parten de una experiencia personal en la que intentan ser objetivos, pero que no se puede dar como algo firme.

En general las soluciones que dan la medicina tradicional al problema de la esterilidad gozan de una valoración ética positiva, debido al profundo enraizamiento en los valores socioculturales africanos. La medicina tradicional parte de una expresión de las creencias y costumbres admitidas y que se viven en las sociedades africanas. Pero, existen también críticas a ciertas prácticas que realizan. En primer lugar hay que realizar un estudio de la idoneidad de los médicos tradicionales: ¿son competentes o unos charlatanes? Es realmente un hecho que muchos traditerapeutas ante la demanda cada vez más grande y variada de los pacientes, llegan a la tentación de afirmarse expertos en casos en los cuales no tienen competencia<sup>58</sup>.

Otra crítica importante es que frecuentemente es violada la intimidad de la mujer, en la administración de baños rituales. Un hecho que suscita indignación entre los mismos curanderos y la

---

<sup>58</sup> SYLVAIN LANDRY FAYE "Quand les traditherapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale a Dakar(Senegal)" Antropologie et santé28.nov.2011

sociedad en general, que no admite que un tercero “viole” la intimidad de la mujer de otro, y eso, puede dar lugar a un peligro de adulterio.

Otro punto importante a señalar es la “eticidad” de prácticas primitivas de superstición, hechicería y magia. Quizás a ojos de los occidentales todo esto entre en el mismo cajón desastre, pero si buscamos en el diccionario, la superstición aparece como “creencia extraña a la fe religiosa y contraria a la razón”<sup>59</sup>. Se diferencian de la medicina tradicional en que estas se realiza con bajo unas creencias religiosas y unas prácticas basadas en la experiencias ancestrales respetando las leyes de la naturaleza. Las hechicerías ejercen un maleficio sobre alguien valiéndose de ciertas palabras y actos, o con la intervención de seres imaginables que son contrarios a las leyes naturales.

Si era difícil valorar la medicina tradicional por su privación, la hechicería lo es mucho más. Lo que si nos da pistas para considerarla éticamente reprobable es que no resultan de ninguna verdad ni eficacia y generalmente son condenadas por la propia población. Y además es una fuente común de conflictos entre familiares y amigos, que hacen tambalear la estabilidad socio familiar. De hecho, al afirmar que la causa de esterilidad de una mujer es debida a un “mal de ojo” sea verdad o no, ya que se cree bastante en el poder de los espíritus malévolos, de una co-esposa o un familiar, es motivo suficiente para romper relaciones familiares o conyugales.

Y por último hay que valorar las propuestas religiosas como son la oración, el ayuno, los sacrificios rituales, el levirato y el exorcismo. Las valoraciones de estas prácticas en los contextos históricos siempre fueron de forma positiva, ya que emanaban de leyes religiosas como expresión de la voluntad divina. Como podemos observar existe un importante paralelismo entre la organización

---

<sup>59</sup> WWW.RAE.es.

social, los conceptos de familia, esterilidad y vivencia de la implicación de lo divino en la vida de los humanos que vivían las tribus de Antiguo Testamento con muchas de las tribus africanas. Era una práctica común el utilizar esclavas para dar a luz un hijo que luego sería adoptado por la esposa, o en los casos en que había una viuda sin descendencia recurrir al levirato. Estas prácticas estaban bien consideradas en esos pueblos. Pero la pregunta: ¿necesitaríamos hoy una revalorización ética de dichas prácticas que están vigentes en muchos rincones de África? ¿Qué piensan los hombres y las mujeres de hoy de dichas prácticas religiosas? El no creyente podría decir que son prácticas supersticiosas y amorales. El creyente podría no encontrar en ellas alternativas fidedignas para la infertilidad. Pero lo que no es éticamente admisible es un “adulterio institucionalizado”, sería el mismo problema ético que la maternidad subrogada<sup>60</sup> darle un hijo de otra mujer que será suyo.

---

<sup>60</sup> Édouard BONE, Jean Francois MALHERBE,

## **4.2. VALORACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

La valoración de las diversas técnicas de reproducción asistida se tiene que hacer de forma individualizada, ya que cada una de ellas tiene sus particularidades. Pero hay una serie de problemas comunes: el problema de los embriones sobrantes, el de la forma de obtener el esperma (masturbación) y el de la separación de la fecundación y el acto conyugal.

### **4.2.1. Embriones sobrantes**

El principal problema ético de estas técnicas es el de los embriones sobrantes. ¿Qué pasa con los cigotos o embriones sobrantes congelados después de lograr un embarazo? ¿Son personas humanas merecedoras de dignidad, de derechos y protección? ¿Pueden ser utilizados para investigación, para donación a otras parejas infértiles o simplemente ser eliminados? En todos estos interrogantes se centra el debate moral en torno al estatuto del embrión<sup>61</sup>.

Así pues para aquellos que creen que el embrión no implantado es ya una persona o al menos existe una duda razonable de que lo sea, tendrá las mismas prerrogativas que una persona humana, afirma que se debe un respeto y una protección al embrión similares a la de las personas. Por lo tanto toda PMA que no tenga en cuenta esta dignidad, será éticamente mala. Esto sostenía Javier Gafo cuando afirmaba: “expresamos abiertamente nuestra postura ética contraria a la producción de embriones sobrantes” proponiendo como alternativa congelar los ovocitos y fecundarlos posteriormente. Por otro lado Juan Ramón Lacadena decía: “Puesto que este

---

<sup>61</sup> Juan Ramón LACADENA, status del embrión previo a su implantación, en : Javier GAFO (Eds), Dilemas éticos de la medicina actual, Madrid, UPCO,1986.

programa genético es específicamente humano y no de ratón o zanahoria, la nueva vida surgida es, evidentemente, humana”<sup>62</sup>.

Sin embargo, hay otras opiniones contrarias, hay quienes piensan que el embrión preimplantatorio por ser un conjunto de células no diferenciadas capaces de transformarse en feto o placenta o capaces de transformarse en uno o varios individuos, y que además no gozan de la relación materno fetal, no se les puede conceder el estatus de persona ni sus mismos derechos. Mary Warnock dice: “Hay quienes piensan que la investigación que utiliza embriones humanos vivos de menos de catorce días, y su subsecuente destrucción, es moralmente lícita. Pero en general, la gente ha comenzado a estar de acuerdo con ella, e incluso ven estas investigaciones como algo que tiene un enorme potencial para el bien de quienes son estériles, y también como utilidad para aumentar el conocimiento del desarrollo temprano del embrión conocimientos que pueden aportar muchos beneficios”<sup>63</sup>.

Aunque este último sentir está siendo dominante en la cultura occidental, como queda reflejado de hecho en la legislación Española sobre las técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, en las sociedades africanas, siguen viendo en el embrión un ser humano, aunque llamado a ser, pero que exige respeto por pertenecer a la especie humana.

#### **4.2.2. *Carácter artificial de las técnicas: disociación entre el acto sexual y la fecundación.***

Este carácter “no natural” que tienen las técnicas de reproducción asistida es extensible tanto a la Inseminación artificial, como incluso más destacado en FIV, ICSI,...donde la procreación

---

<sup>62</sup> Ídem.

<sup>63</sup> MARY WARNOCK, *Fabricando bebés, ¿Existe el derecho a tener hijos?* Barcelona, Gedisa editorial, 2004.

queda disociada del acto conyugal. Este hecho es remarcado por las corrientes naturalistas de la moral. Para ellos la procreación humana debe ser el resultado de un acto conyugal, una relación sexual que debe integrar el amor recíproco de los esposos. Estas técnicas prescinden de este acto y por lo tanto, no son éticamente buenas por su contra naturalidad.

Sin embargo para los matrimonios con dificultades reales de procrear naturalmente, se propone que “esta verdad antropológica no debe entenderse de cada acto sexual, pues entre otras cosas no es verdad que siempre y en todo caso vayan simultáneamente unidos ambos aspectos” Porque la reproducción debe considerarse también en el conjunto de la vida matrimonial. Acaso, “¿Es razonable considerar por separado cada acto en la historia de la pareja? ¿No es mejor considerar, más bien, la relación que expresa, que simboliza y que conforma el acto sexual, la relación histórica que se alimenta mediante actos sexuales y que al mismo tiempo los nutre?”<sup>64</sup>.

Desde luego esta propuesta, aunque sin olvidar que no deja de ser contranatural, puede ser éticamente tolerada teniendo en cuenta la incapacidad natural de procrear del matrimonio, de su historia global de entrega y amor en su relación y de lo que supondría esta técnica en su historia: fortalecerla con la presencia de un hijo.

¿Cómo ven en muchos casos la cultura africana este carácter “antinatural”? Sus creencias se fundamentan en el carácter sagrado de la vida humana; en el nacimiento de un nuevo ser no sólo aparece la participación del hombre y la mujer sino que tiene un componente transcendental importante. Es este acto no sólo interviene lo humano sino que también lo hace lo espiritual o divino. Por lo tanto con la utilización de estas técnicas parece que la venida de un hijo, de un nuevo ser humano dependiera sólo de la técnica y los médicos, y en muchos casos les parece que es una intromisión en un campo

---

<sup>64</sup> Édouard BONE, Jean Francois MALHERBE.

pertenece a lo divino. Así pues en las sociedades tradicionales africanas, los “permisos éticos” favorables a la RMA son casi inexistentes.

#### **4.2.3. La masturbación.**

La masturbación se define como la búsqueda del placer sexual, solitaria o mutuamente, por “estimulación o manipulación de órganos genitales o zonas erógenas”. Por tener estas características hedonista y egoísta, sin apertura a la procreación, ni al amor por el otro, es visto como un acto contranatural. Pero en la obtención del semen masculino en los procesos de procreación asistida tiene una finalidad distinta, no supone una finalidad placentera, sino procreativa. “En la IAC, la estimulación y obtención del semen está totalmente orientada a la procreación desde el amor dentro del ámbito matrimonial”<sup>65</sup>.

Por lo tanto, hay que poner en duda esa visión de que la masturbación es éticamente mala cuando tiene lugar en el contexto de estas técnicas, cuando claramente tiene como fin la procreación y es expresión de amor de pareja.

#### **4.2.4. La Donación de gametos.**

Los dilemas éticos que aparecen en torno a la donación de gametos tanto masculinos como femeninos suelen referirse al anonimato, a la gratuidad y sobre todo a la intrusión de un tercero en el ámbito familiar.

En el análisis del anonimato del donante se discute si la identidad del donante debe permanecer en el anonimato, primero para la pareja receptora y en segundo lugar, en su día para el niño nacido por IAD. Para motivar la donación de semen y con el fin de evitar problemas familiares entre el niño y sus padres, la postura más extendida entre los expertos de diversos países es la de proteger

---

<sup>65</sup> Javier GAFO(eds.) o.c. p62.

al donante eximiendo de toda clases de derechos y deberes para con el niño que llegase a nacer por IAD. Muchas personas se ofrecen a la donación siempre y cuando se respete su anonimato. Pero el hecho de preservar el anonimato, puede ser perjudicial para el niño en su dimensión biológica, psicológica e incluso matrimonial. Si la difusión de la utilización de estas técnicas sigue en progresión, pueden existir eventualmente problemas de consanguineidad que pueden acaecer en personas del mismo padre genético. Javier Gafo aconsejaba: “Creemos que ante la previsible difusión futura de la IA, el tema del secreto debe ser reestudiado y que, probablemente será mejor informar al niño sobre su origen”<sup>66</sup>. Siguiendo esta intuición, muchas comisiones de expertos e incluso las legislaciones de ciertos países están postulando el derecho del hijo a conocer la identidad de su padre genético cuando cumple la mayoría de edad. Así aparece en el dictamen sueco sobre la IAD: “El comité ha llegado a la opinión de que las consideraciones sobre el mejor interés del niño-IAD deben ser preferidas (...) Estos niños tienen el derecho a ser informados a su edad adulta acerca de la identidad de su padre natural”<sup>67</sup>.

En cuanto a la cuestión de la remuneración económica, todos los juicios éticos coinciden en condenar esta práctica. El cuerpo humano tiene un valor intrínseco que no puede o mejor dicho no debe ser objeto de comercio. “La donación de semen debe ser ajena a cualquier tipo de comercialización”<sup>68</sup>.

El tercer punto conflictivo a analizar, lo constituye la intromisión de un tercero en la vida de la familia. Esto va a ocurrir tanto en la donación de gametos como en el caso de la maternidad subrogada, efectivamente se introduce una tercera persona, hombre o mujer para completar una parentalidad fragmentada. Esta

---

<sup>66</sup> JAVIER GAFO, *¿Hacia un mundo feliz? Problemas éticos de las nuevas técnicas reproductoras humanas*, Madrid, Sociedad de Educación Atenas Mayor, 1987.

<sup>67</sup> Javier GAFO, Regulación jurídica de la procreación asistida, en Javier GAFO (eds), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, UPCO, 1986.

<sup>68</sup> Javier GAFO.

intromisión afectará tanto al hijo como a cada una de las partes de la pareja.

En el caso de la IAD, siempre aparece el interrogante sobre la paternidad del niño debido a la inclusión del donante. ¿Quién es el padre del niño? ¿El marido o el donante? La respuesta dependerá del peso que se le dé a las diversas dimensiones de la paternidad: los elementos genéticos, el gestativo y el jurídico-afectivo. Para Mary Warnock, que valora más el jurídico afectivo, “sólo los moralistas de líneas extremadamente dura ven algo éticamente reprochable en la IAD”<sup>69</sup>. Es cierto que ser padre no es sólo a través del esperma, sino es el hecho de dar vida y dar la vida, y esto se hace en el día a día más allá del hecho de aportar tus genes. Aunque si es necesario la aprobación y el consentimiento moral del marido, ya que esto afecta de manera fundamental a la institución matrimonial. Así pues, “todos los informes (...) consideran que los derechos y obligaciones de la paternidad corresponden no al padre biológico (o genético), sino al que va a ser el padre legal del niño”<sup>70</sup>.

Esta opinión ética generalizada y muy aceptada en nuestra cultura occidental, no se ve de forma tan clara en la sociedad africana. Como hemos señalado anteriormente la institución familiar tradicional es uno de los criterios a valorar cara a la moralidad de los actos.

En ciertos recursos como la donación de gametos, o la maternidad subrogada hacen muy difícil la definición de conceptos como “padre”, “madre”, ¿Cuál es el papel de la sangre? ¿”Descendencia”, “linaje”? Todo esto produce una reticencia a todas estas intromisiones en la concepción de estructura familiar tradicional. Así pues en las sociedades tradicionales africanas, el plantearse una donación de gametos de un tercero, sobretodo en caso

---

<sup>69</sup> Mary WARNOCK.

<sup>70</sup> Javier GAFO.

del varón de forma consentida por este, parece una práctica impensable.

#### **4.2.5. La Inseminación artificial (IA).**

Dentro de las técnicas de Reproducción medicamente asistida, la IA es de las más practicadas en África junto con la FIV. La Inseminación artificial de cónyuge (IAC) no suele constituir una gran preocupación ética, a parte de los problemas anteriormente vistos de la masturbación y la disociación de procreación y acto sexual. –como señala Gafo “la IAC como procedimiento terapéutica, hecha por personal competente y con garantías debidas, merece una valoración ética positiva”<sup>71</sup>.

En África partiendo de lo señalado anteriormente de las reticencias a las técnicas por su artificialidad que choca con su concepción cultural, este método está siendo empleado por muchas parejas con cierto nivel de instrucción y económico como posibilidad de solucionar su problema de esterilidad. Es importante la discreción y privacidad a nivel familiar y social de estas acciones que no serán bien comprendidas por el entorno.

En cuanto a la IAD ya la hemos analizado en el epígrafe anterior.

#### **4.2.6. La Fecundación In Vitro (FIV).**

Descartada las cuestiones éticas de los embriones sobrantes que hemos analizado en los párrafos anteriores, la gran cuestión ética importante es la manipulación biológica que se puede realizar sobre la selección de gametos y embriones que pueden constituir fuertes riesgos para el nascitarus. Como hemos podido ver el análisis ético de esta técnica, depende de todas las variantes anteriormente descritas, naturalidad con disociación o no entre el acto conyugal y la

---

<sup>71</sup> Javier GAFO (eds), o.c (nota 34), pg 63.

procreación, masturbación, el trato reservado a los embriones sobrantes y la selección-manipulación o no de los mismos. “la voluntad de ciertas parejas estériles de tener un hijo fruto de ellos mismos por medio de la fecundación in vitro y los intentos de los biólogos para responder a este deseo no parecen irracionales o inmorales”<sup>72</sup>.

Lo que si existe es una valoración moral positiva y casi de unanime respecto a la FIV llamada “caso simple”, que es aquella que es practicada como terapéutica de una pareja casada infértil, utilizando los gametos de la propia pareja y con implantación de todos los óvulos fecundados.

#### **4.2.7. La ICSI<sup>73</sup> (Inyección intra-citoplasmática de espermatozoides)**

El debate ético particular de esta técnica gira en tres ejes: en la técnica en sí, en sus consecuencias y en los intereses profesionales de dicha técnica. La ICSI es una técnica mucho más invasiva, la mano humana realiza selectivamente la fecundación, además, condiciona más al embrión a desarrollarse según las directrices de un determinado genoma (...) se hacen más restrictivas y peligrosas. Se termina por mecanizar todo el proceso. El óvulo no puede elegir con que espermatozoide unirse sino que se le impone uno determinado. La ICSI está indicada en parejas con anomalías patológicas. Por eso hay que preguntarse sobre el riesgo genético del nasciturus. La pregunta clave es: ¿Están los procesos biológicos que la ICSI invade lo suficientemente estudiados para que la técnica sea lo suficientemente segura para no transmitir deficiencias a la descendencia? Si no es así, ¿no sería inmoral traer al mundo seres humanos con técnicas que pongan en peligro su salud? La gran mayoría de investigadores

---

<sup>72</sup> Javier GAFO (eds), o.c (nota 34), pg 73.

<sup>73</sup> PEDRO JOSÉ SANCHEZABAD, LUIS MIGUEL PASTOR GARCIA, *La inyección citoplasmática de espermatozoides, ¿Avance o imprudencia científica?*, Murcia, Quaderna Editorial, 2005, pp81-130.

piensa que esta preocupación es irrelevante, ¿esta opinión no estará condicionada por los importantes intereses económicos y la gran presión social que mueve esta técnica?

Es importante destacar el incremento en la descripción de las enfermedades genéticas o de los genes que explican los trastornos seminales que producen infertilidad. Debe recordarse este concepto cuando se administran tratamientos tales como la ICSI, debido a las futuras consecuencias hereditarias. Estas consecuencias no necesariamente son malformaciones, la frecuencia de malformaciones en los niños recién nacidos concebidos a través de ICSI o IVF parecen ser equivalentes. Podría haber graves problemas de fertilidad para los bebés recién nacidos o, incluso peor, alteraciones en la genética de la población que representa un riesgo para las generaciones futuras.

Se puede sugerir la realización de diagnósticos genéticos preimplantación de embriones que se están cribando para mujeres mayores de 35 años de edad. El diagnóstico de aneuploidía en espermatozoides con hibridización in situ y el uso de fluorocromos (FISH) está indicado para la oligoastenoteratozoospermia severa, teratozoospermia severa, parejas con abortos recurrentes y aquellas que no tienen causa aparente de infertilidad. Después del tratamiento se han descrito alteraciones cromosómicas de novo en gónadas y embriones. El asesoramiento genético antes, durante y después del tratamiento de reproducción asistida es una práctica sólida para hacer un diagnóstico correcto y adaptar las recomendaciones genéticas específicas a las parejas y sus familias.

#### ***4.2.8 Las técnicas de reproducción asistida en África y la justicia en la distribución de los recursos limitados.***

Cuando pensamos en las técnicas de reproducción asistida tenemos que tener claro que se tratan recursos médicos de un alto coste económico, debido a la alta tecnología empleada y a la

necesaria cualificación que son necesarios tanto a nivel de recursos materiales como personales. Si vemos la realidad de los sistemas sanitarios africanos parece imposible que tales técnicas se puedan implantar en ese medio. Esta situación ya parece planteada en el tema anterior en la accesibilidad a estas técnicas por parte de la población africana, donde el problema económico de los altos costes lo hacía muy difícil. Ahora en la valoración ética, desde el principio de justicia, me surgen varias preguntas: ¿Es lícito que sólo una mínima parte de la población mundial tenga acceso a este tipo de tratamientos mientras que la mayoría de las mujeres estériles que además sufren una gran marginación social por esta razón, viven en países pobres donde el acceso a estas técnicas es imposible? ¿En África no sería más razonable invertir recursos en iniciativas de ayuda alimentaria y sanitaria y de educación familiar y social capaces de despejar las mayores causas de la esterilidad?", o sea ¿En infecciones de transmisión sexual, carencias alimentarias y higiénicas y mutilaciones genitales en lugar de las técnicas de reproducción médicamente asistida? ¿Se podrían abaratar los costes de estas técnicas en países en vías de desarrollo?

Las razones de diferencias socioeconómicas entre los países ricos y los países en vías de desarrollo son muy complejas. El 10% de la población del llamado "club de los países ricos" gana 9,6 veces más que el 10% más pobre, una proporción que se ha incrementado respecto a la diferencia 7-1 de los años ochenta y del 9-1 de inicios del siglo actual. El desarrollar una "acción política" para corregir ese problema es una respuesta "tan económica como social".

"Al no atacar las desigualdades, los gobiernos cortan el tejido social de sus países y dañan el crecimiento económico a largo plazo". Los trabajos temporales y poco cualificados, en particular, tienen muchos menos ingresos son más inestables. Otro factor clave para analizar el problema es la desigualdad de género. La falta de servicios básicos como educación y sanidad, es importante en la falta de desarrollo de la población.

Y todas estas situaciones están además potenciadas por unas relaciones internacionales donde los países ricos imponen sus intereses económicos. En la lucha por esta justicia a nivel mundial tendríamos que hacer hincapié en la cooperación entre los países buscando ya ayuda y no el comercio y denunciando las injusticias sociales.

En cuanto a la pregunta de ¿Dónde se tienen que invertir los escasos recursos en el interior de los propios países pobres? Es una clara indicación de la utilización de los recursos sociales limitados, deben emplearse en políticas de salud pública donde la prevención y la educación en vida saludable puede llegar a la mayor parte de la población y ser más eficiente en los resultados a nivel de salud de la población general. Pero creo que por otro lado es necesario ofrecer una posible solución a los casos particulares de esterilidad, a todas aquellas mujeres que sufren este drama. Existen algunas iniciativas particulares que intentan poder ofrecer una esperanza a estas parejas infértiles, con recursos muy limitados, este es el caso del doctor Luca Gianaroli, director del Instituto Internacional de Medicina de la Reproducción de Lugano y presidente de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE).

"Partiendo de esta realidad hemos decidido que era justo el momento de que esta población se aproveche también de la metodología que hemos contribuido a desarrollar", añade el médico italiano, que en 2007 decidió dar vida a la fundación 'Low Cost IVF Foundation', junto con otros tres iluminados de la reproducción asistida, los australianos Alan Trounson e Ian Cooke, y la finlandesa Outi Hovatta. La fundación tuvo éxito con la apertura de los centros en Arusha (Tanzania) y Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Un tercer centro está siendo construido en Jartum (Sudán). El principal problema a resolver es lo relacionado con los costes, ¿Cómo solucionarlo?

"Tuvimos que repensar la metodología, simplificar la técnica y rebajar las indicaciones clínicas, lo que quiere decir que no todos los

pacientes pueden someterse a este tratamiento. Por ejemplo, para la estimulación ovárica se han utilizado medicinas baratas, en lugar de las formas recombinadas de la gonadotropina empleadas en las clínicas occidentales. Las complejas incubadoras celulares de anhídrido carbónico, que sirven para cultivar los embriones antes de transferirlo al útero, son, en cambio, reemplazadas con pequeñas cápsulas de plástico. Además adquirimos material disponible en cantidad razonable y no nos dirigimos al mercado europeo, pero sí por ejemplo al de la India. Finalmente es necesario tener en cuenta que los salarios del personal médico y los gastos de las infraestructuras de Tanzania o de Sudán son bastante menores respecto a los nuestros ", explica Gianaroli.

Gracias a esta medida de contención del gasto, los centros sostenidos por la fundación 'Low Cost IVF Foundation' son capaces de ofrecer una reproducción asistida por una cifra que ronda los 300 dólares. "Esta cantidad todavía es realmente siempre elevada para la población media pero al mismo tiempo se hace interesante si los gobiernos locales quieren ofrecer una ayuda real".

Aunque no faltan críticas a estas iniciativas, como de colonialismo científico, estas iniciativas son signos de esperanza que aparecen en el mundo africano para que la población pueda tener la opción de poder decidir si quiere o no utilizar estas técnicas que pueden abrir la puerta al sueño de tener un hijo. Aunque hace falta tener una estricta referencia ética y no olvidar que lo que motiva todo este proyecto es contribuir al desarrollo de las personas, respetando siempre su dignidad.

### **4.3. EL DERECHO Y LA SALUD REPRODUCTIVA**

Es esencial no sólo una valoración ética de los problemas bioéticos, sino el hecho de que las diferentes legislaciones tanto internacionales como de cada país intenten analizar y legislar las actuaciones sociales respecto a asuntos de tanta trascendencia. Comencemos por la piedra angular de todas las legislaciones: La Declaración de los Derechos y Deberes del Hombre:

“Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

De la definición y las medidas establecidas por los instrumentos internacionales citados, para garantizar el derecho a la salud, se colige que este derecho implica tanto el deber de respeto y protección por parte del Estado, así como también el de cumplir, el mismo que implica los deberes de promover, proveer y facilitar, y la aplicación de la noción de desarrollo progresivo.

En este sentido la salud es un derecho fundamental vinculado con la dignidad humana de las personas, jurídicamente exigible dentro de los parámetros establecidos por el Estado en su normativa local. La obligación progresiva que tienen los Estados -de garantizar el ejercicio de este derecho- está sujeta al desarrollo y adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas y el presupuesto económico destinado para ello.

Por otro lado, se ubica a la esterilidad en su dimensión fisiológica, definiéndola como una patología y por tanto situándola, necesariamente, en el ámbito de la medicina<sup>74</sup>.

En este sentido, resulta lógica la intervención terapéutica para explicar el problema y de alguna manera resolverlo. El anhelo de perpetuarse a sí mismo en los hijos es un deseo natural de la mayoría de los hombres y mujeres. Sin embargo, este deseo, en varios casos, se encuentra limitado por el obstáculo de la infecundidad. Aquí es donde entran en juego las TRHA que, como se explicó, son procedimientos que procuran un remedio al problema de la infecundidad humana<sup>75</sup>.

En este sentido, el Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) del International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la OMS, define la infertilidad como: “(...) enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”<sup>76</sup>.

Por otro lado, el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define al término “terapéutico” como preceptos y remedios para el tratamiento de enfermedades. Adicionalmente, por “tratamiento” se entiende el conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad<sup>77</sup>.

Según el Informe Warnock, la medicina ya no se preocupa exclusivamente

---

<sup>74</sup> CÓRDOBA, JORGE EDUARDO, Y SANCHEZ TORRES, JULIO C. *Fecundación Humana Asistida: aspectos jurídicos emergentes*. Córdoba: Alveroni Ediciones. Pgs. 34-35.

<sup>75</sup> Maternidad y técnicas de Reproducción Asistida: un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres, Pg. 144.

<sup>76</sup> International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, Organización Mundial de la Salud. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

<sup>77</sup> Real Academia de la Lengua Española. URL: <http://buscon.rae.es>.

de la preservación de la vida, sino más bien en remediar el malfuncionamiento del cuerpo humano. En este sentido la incapacidad de tener un hijo se considera como un funcionamiento defectuoso del cuerpo, y debe tratarse como cualquier otra patología<sup>78</sup>.

En definitiva, se concluye que la infecundidad es una condición que amerita tratamiento. Así pues, es legítimo cualquier procedimiento tendiente a tratarla, con el fin de superar la limitación procreativa.

Rafael Junquera de Estéfani afirma estrictamente que la ley debe permitir y regular la utilización de los medios de reproducción asistida únicamente cuando se presente como un remedio frente a la infertilidad.

“Cualquier técnica referente al campo que nos ocupa sólo debe ser admitida en cuanto busque solucionar el problema que supone para el hombre y la mujer el hecho de no ser capaces de procrear. De esta manera se evitan todos los riesgos derivados de una aplicación meramente experimental o caprichosa”.

El hecho que las técnicas de reproducción humana asistida respondan a un fin terapéutico es razonable y concordante con el derecho que se procura garantizar: el derecho a la salud cuyo núcleo es la ausencia de enfermedad y el más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En función de lo anterior, la utilización de las TRHA se restringe para tratar problemas de infecundidad.

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha instituido varios instrumentos internacionales en la materia que constituyen el mínimo exigible para los Estados, sin limitar la facultad que tiene los Estados de ampliar el contenido de los mismos a fin de mejorar las posibilidades de ejercicio y goce de los derechos

---

<sup>78</sup> Chair-dame WARNOCK, Mary. Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology. Pg. 9.

garantizados, permitiendo el desarrollo de nuevos derechos. En este sentido, los derechos reproductivos y sexuales surgen al ampliarse el concepto del derecho a la salud.

Es así que la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 estableció que el tamaño de una familia depende de la decisión adoptada libremente por la pareja, en razón de la creciente preocupación que existía respecto de la procreación irresponsable y explosiva en los países subdesarrollados.<sup>79</sup>

La primera manifestación de estos derechos fue a través de declaración contenida en la Primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán en 1968, que establece que “los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”<sup>80</sup>, además del derecho recibir información adecuada sobre el tema.

Posteriormente, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995 dieron pautas para determinar el contenido de los derechos reproductivos y sexuales<sup>81</sup>. En ambas conferencias se acordó que para lograr un desarrollo balanceado de la población y lograr una igualdad, desarrollo y paz para las mujeres, es necesario dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades

---

<sup>79</sup> TURNER SAELZER, SUSAN. *Derechos Sociales y reproductivos y su incidencia en la Esterilización y la Procreación Asistida*, en Revista de Derecho Valdivia. Chile: Universidad Austral. Volumen XII. N°2.Dic.2001.Pag 208.

<sup>80</sup> Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968. Proclamación de Teherán. URL: [http://www.tc.gob.pe.url.4047689563.jaysonkrause.com/url?sa=N&source=web&cd=404&ved=2ab52&url=http://www.tc.gob.pe/tratados/uni\\_ddhh/instru\\_alca\\_ge ne2/teheran.pdf&ei=25UgfvN4qazpY2LyVE58Z+1pA==&usg=urJ6g2BUPdxnfCWQVDWFZF&sig 2=MB6kxJNjJkmv3F9YiPbgZU](http://www.tc.gob.pe.url.4047689563.jaysonkrause.com/url?sa=N&source=web&cd=404&ved=2ab52&url=http://www.tc.gob.pe/tratados/uni_ddhh/instru_alca_ge ne2/teheran.pdf&ei=25UgfvN4qazpY2LyVE58Z+1pA==&usg=urJ6g2BUPdxnfCWQVDWFZF&sig 2=MB6kxJNjJkmv3F9YiPbgZU).

<sup>81</sup> Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Conferencia sobre Población. [http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf\\_pop.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm); Naciones Unidas., Informe de Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4-15 de septiembre de 1995. New York: Naciones Unidas, 1996.

de las personas en lo relativo a la educación y salud, incluyendo la salud reproductiva y sexual.

En la Plataforma de Acción de Beijing se afirmó que la mujer es titular del derecho a tener control sobre su salud sexual y reproductiva, lo cual implica decidir libremente respecto del ejercicio de estos derechos, sin coerción, discriminación o violencia<sup>82</sup>.

La salud sexual y reproductiva comprende el periodo reproductivo de toda persona, cuya garantía depende de factores socioculturales en cuanto a las funciones adquiridas por cada sexo y la protección de los derechos humanos, en particular los derechos vinculados con la sexualidad y relaciones interpersonales.

Consecuentemente el contenido de este derecho abarca la capacidad de cada individuo de disfrutar de una vida sexual sin riesgos, con o sin el objetivo de procrear, decisión que se debe tomar libremente. En definitiva los derechos reproductivos y sexuales son una expresión de la personalidad y uno de los fundamentos más significativos de las relaciones humanas, por el intercambio y la emoción. Se trata pues de una libertad reproductiva, gracias a la cual las parejas o mujeres infecundas, el momento de decidir sobre el número de hijos y espaciamiento entre ellos, pueden optar libremente por acudir a los medios que han sido creados para tratar la infecundidad y permitir una posible procreación<sup>83</sup>.

En definitiva, la elección de someterse a las TRHA resulta del ejercicio de un derecho a la salud reproductiva cuyo núcleo exigible es la libertad de las personas, es decir hombres y mujeres, para

---

<sup>82</sup> Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96.

<sup>83</sup> CHIAROTTI, Susana. Derechos humanos de las mujeres y niñas. Rosario: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, 1997, pág. 104.

realizar actos destinados a la procreación, mediante el ejercicio responsable de la decisión procreadora<sup>84</sup>.

Hemos visto que a nivel internacional la jurisprudencia propone una serie de pautas para orientar los valores y derechos que deben ser contemplados por las jurisprudencias de cada país a la hora de abordar los temas de salud reproductiva, en los que entran las técnicas de reproducción asistida. Como veremos en los próximos ejemplos cada país es libre de adherirse o no a estos acuerdos y directrices.

A continuación reflejamos algunos ejemplos particulares de países africanos:

### **ÁFRICA DEL SUR**

En África del Sur, el Children Status Act 82 de 1987 conjuntamente con la Human Tissue Act de 1983 (reformada en 1984) regulan las prácticas de fertilización asistida. En su sección quinta, el Children's Status Act regula la situación de la inseminación artificial y establece que los destinatarios de esta técnica son la mujer y el hombre unidos por el vínculo matrimonial. En este contexto, establece que la inseminación heteróloga debe realizarse con el consentimiento del donante y la pareja beneficiaria del método, y el hijo nacido de esta técnica es legítima, sin que haya lugar para que el padre impugne su paternidad. Señala que el donante no tiene derechos ni obligaciones respecto del niño o niña producto de la práctica reproductiva artificial.<sup>85</sup>

Por otro lado, y complementariamente, la Human Tissue Act Establece que el empleo de inseminación artificial solo es permitido

---

<sup>84</sup> JUNQUERA DESTÉFANI, Rafael., Reproducción asistida, filosofía ética y filosofía jurídica. Madrid: Editorial jurídica TECNOS, 1998. pág. 15.

<sup>85</sup> Africa del Sur. Sección 5(1)(b) of the Children's Status Act 82 de 1987. Parafraseado en [http://www.ci.org.za/depts/ci/plr/pdf/salrc\\_dis/09-dp103-ch7.pdf](http://www.ci.org.za/depts/ci/plr/pdf/salrc_dis/09-dp103-ch7.pdf).

en una mujer casada y únicamente si ambos cónyuges consienten en ello. Sin embargo, mediante reforma se eliminó esta restricción permitiendo que mujeres solas se beneficien de estas técnicas. Nada se dice sobre si estas prácticas se sustentan en un derecho a la procreación o si se tratan de técnicas terapéuticas.

## **REPÚBLICA DE TOGO**

De manera general, la Ley No. 2007-005 “de la salud reproductiva” regula los principios en base a los cuales cualquier persona titular de este derecho puede acceder a los avances tecnológicos en materia reproductiva<sup>86</sup>.

De manera particular, el artículo 16 establece que todo individuo que haya alcanzado la edad legal requerido tiene derecho a elegir libre y responsablemente si se casa o no se casa, de formar una familia y de su planificación. Complementariamente, el artículo 17 señala que todos los individuos tienen el derecho a decidir el número de hijos que quieran tener, del espaciamiento entre los nacimientos, de manera libre y de conformidad con la ley.

En sus artículos 26 y 27 avanza a garantizar que son servicios de salud reproductiva accesible para todo hombre y toda mujer aquellos destinados al cuidado de los trastornos de infertilidad.

El derecho a la asistencia médica en la reproducción se encuentra regulada en el Título IV, Capítulo II de la ley, y se entiende como la puesta en disposición de la persona o la pareja, aquella información útil sobre los remedios clínicos y biológicos compuestos por la fertilización in vitro, la transferencia de embriones y la inseminación artificial. Adicionalmente establece que toda persona y pareja tiene derecho a beneficiarse, a petición propia, de la asistencia de las tecnologías reproductivas con base a una ética y deontología

---

<sup>86</sup> Republica de Togo, “Sur la Santé de la Reproduction” Loi n°2007-005 publicado en Journal Officiel de la Republique Togolaise 10 enero2007 Art. 16.

médica, respetando la moral de la familia y el orden público afirmando además que estas técnicas constituyen materia de salud pública y por tanto su servicio debe tener lugar en las instalaciones de salud de los hospitales públicos y privados provistos de recursos suficientes y personal capacitado. Finalmente su artículo 41 penaliza a aquellos profesionales que contravengan con las disposiciones sobre el lugar y la calidad del servicio, estableciendo la penal de uno a cinco años de prisión y una multa de doscientos mil a un millón cinco mil francos, además de la revocación del ejercicio profesional. Esta ley no limita el acceso a estas técnicas de reproducción asistida, tampoco especifica que la pareja debe estar casada.

### **LIBIA**

Código Penal ley de 28/10/1971.

El que aplique I.A a una mujer sin su consentimiento será castigado con pena de prisión de hasta 10 años, con su consentimiento hasta 5 años.

La mujer que consienta la I.A. o se la practique a sí misma, será castigada con pena de prisión de hasta 5 años.

El marido será castigado con la misma pena si consintiera a I.A<sup>87</sup>.

Consideramos de interés el análisis comparativo de las diversas legislaciones. Ya que tras cada una de ellas se encuentra un sentir sociocultural determinado y unos valores dominantes, lo que si resulta significativo es que en muchos de los países africanos existe una carencia de legislación específica sobre el tema de las técnicas de reproducción asistida, lo que supone un vacío legal. Este apartado supone una visión muy general de la situación de la jurisprudencia

---

<sup>87</sup> <http://www.monografias.com/trabajos46/reproduccion-asistida-dominicana/reproduccion-asistida-dominicana2.shtml>.

sobre el tema que nos concierne en África. Sería necesario un estudio más exhaustivo y actualizado de las diversas legislaciones vigentes, para ver cómo se encuentran en el momento actual.

## 5. CONCLUSIÓN

La motivación de realizar este trabajo viene de la necesidad de analizar la realidad que vive en su día a día la mujer subsahariana que sufre el drama de la infertilidad, intentando conocer su situación para descubrir cuales son las causas del problema, las consecuencias que tiene para ellas y las posibles soluciones que tanto la cultura africana como los nuevos avances científicos pueden ofrecer a estas mujeres desesperadas.

Si algo pone claramente de manifiesto este trabajo es que el problema de no poder tener hijos supone un gran sufrimiento para toda persona en cualquier rincón del mundo, pero hemos podido comprobar por los datos reflejados que las consecuencias tanto personales, como de pareja y sociales son muy diferentes. Las sociedades de los países ricos, no tratan a las parejas estériles de forma discriminatoria, sino que más allá de su potencial de ser padres se ve en ellos unos valores intrínsecos como personas que les hacen ser reconocidos como valiosos en otras dimensiones de su vida, incluso muchas personas se plantean el sentido de su vida sin formar una familia ni tener descendencia por decisión propia.

Sin embargo, esta situación es muy diferente en África, por su concepción cultural y su visión de la fertilidad en la cual está basado su sistema social y económico tradicional. El hecho de no tener descendencia está íntimamente unido a la voluntad de Dios y esta visión sacramental de la vida lo abarca todo en su día a día. Por lo tanto, la esterilidad en una pareja afecta a lo más profundo de su ser, especialmente para la mujer africana que es al tiempo la más vulnerable en este drama, supone una pérdida del sentido de su vida, y esto lo experimenta tanto a nivel personal como a nivel social. A causa de esto será no sólo señalada sino que llegará a ser estigmatizada y apartada del clan si no consigue engendrar a un vástago que continúe con el linaje de la familia.

Se exponen en el trabajo posibles soluciones al problema de la esterilidad, y parece existir dos tipos claramente diferenciados: las tradicionales africanas y las de la “Medicina Moderna”. Resulta curioso que en África por sus propias características culturales existen tratamientos que a los ojos de los occidentales pudieran pasar como supersticiones y prácticas primitivas y sin embargo, están tan enraizados en el sentir, y en las prácticas habituales de estos pueblos, que no podemos prescindir de ellos si tenemos que hacer un tratamiento integral. Por otro lado, están las nuevas técnicas de reproducción asistida, que claramente ofrecen a las parejas estériles en todo el mundo opciones reales y eficaces, aunque caras, de poder llegar a tener un hijo. Sin embargo estas técnicas eficaces, a primera vista chocan con el talante y con los criterios éticos que tienen estas poblaciones.

Antes de saber si una solución propuesta es éticamente correcta o no, nos encontramos que tenemos una diversidad e incluso incompatibilidad de juicios. “El juicio moral es un juicio de la razón humana sobre el uso de la libertad y la responsabilidad en la actividad de la persona” Y nos damos cuenta que en este caso tenemos la variedad de paradigmas no sólo filosóficos Occidentales sino que tenemos como dominantes los propios africanos. El problema real con el que nos encontramos es que una pareja estéril africana que desea tener una conducta razonable a la hora encontrar la solución a su problema, no acaban de encontrar una respuesta clara. A los más afortunados que pueden tener información y acceso a las nuevas técnicas, podría decirse que se les abren todas las puertas, pero no debemos olvidar que viven inmersos en un tradicionalismo religioso que es muy escéptico y crítico con estas técnicas, cuál de ellas elegir sin perder aquello que les define a sí mismos. Surgirán muchos interrogantes y está claro que no podemos ofrecer una solución éticamente universal, pero todo lo expuesto anteriormente si puede ofrecer luz en el asunto. Habrá que seguir indagando, y son los propios africanos quienes deben integrar los

nuevos avances científicos en su propia cultura. No obstante queda claro que sólo las parejas tendrán que asumir la responsabilidad de decidir sobre la solución adecuada de acuerdo con sus valores y principios.

Y para terminar querría señalar que la primera intuición que tenía era que las Técnicas de reproducción asistida podrían ser la solución al drama de la mujer subsahariana con problemas de esterilidad si no fuese por el gran costo económico que tienen. Pero ahora, no me parece tan claro. Creo que es la propia moralidad pública africana la que constituye un obstáculo para el libre acceso a estas técnicas. Por otro lado, el mayor sufrimiento es, pero no sólo, debido al hecho de no tener descendencia, sino a la gran presión y marginación social que esto acarrea. Sería necesario para mejorar la situación de estas mujeres ir al fundamento de su cultura y el sentir tradicional. El valor de la mujer, no está en el hecho o no de dar vida, sino en su propia vida, es su dignidad. No está en el ser un eslabón más sin nombre de una cadena de supervivientes, sino que el valor es ella misma, única y miembro insustituible de esta familia humana.

La contribución de las mujeres africanas en sus hogares, en los sistemas de producción de alimentos y en las economías nacionales es cada vez más reconocida, dentro de África y en la comunidad internacional. Esto se debe, en gran parte, a los enérgicos esfuerzos de las propias mujeres africanas para organizarse, articular sus preocupaciones y hacer oír su voz. Al mejorar su posición, las mujeres fortalecen la sociedad africana en su conjunto, y mejoran las perspectivas del continente para un desarrollo más amplio.

Pero en África las mujeres siguen enfrentándose a enormes obstáculos. El creciente reconocimiento de sus contribuciones no se ha traducido en forma significativa en una mejora del acceso a los recursos o el aumento de poder de decisión. Tampoco se ha visto plasmado en las esferas económica, cultural y social de sus comunidades el enorme dinamismo que las mujeres han desarrollado

en sus asociaciones y redes informales y este dinamismo no siempre ha tenido como consecuencia la creación de nuevos modelos de participación y de liderazgo.

Esta “Metanoia” es la esperanza para la mujer en África y especialmente para las estériles. Y para ello es necesario un cambio sociocultural promovido desde los cimientos, donde se respete la dignidad de todos y cada uno de los seres humanos, su valía única y la igualdad de la mujer frente al varón. Es necesario políticas de educación, de promoción de la mujer, legislaciones que protejan a los ciudadanos y años y años de trabajo silencioso de muchos hombres y mujeres que luchan y defienden un modelo de sociedad basado en el desarrollo integral de la persona, respetando la diversidad pero promoviendo la igualdad en dignidad de todos especialmente de los más vulnerables.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

### 6.1. LIBROS

- *Biblia de Jerusalén*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1973.
- M<sup>a</sup> Carmen MASSÉ GARCÍA, *Infertilidad y Procreación. Una Propuesta ética para el mundo tecnológico*, Madrid, UPCM, 2015.
- Carmen MORENO ROSSET, *Factores psicológicos de la infertilidad*, Sanz y Torres, 2000.
- Luis CABERO ROURA, *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, SEGO, Editorial Panamericana, 2005.
- IEPALA, *La mujer en el África subsahariana*. Madrid: IEPALA. pág 94.
- MOORE, H.L. *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra. 1999. pág. 52.
- KOOPMMAN, J. *The material basis of sexism: a mode of production analysis*. Boston: African Studies Center, Boston University. 1988, pág. 44.
- ELA, J.M. *Genre et stérilité au Senegal: la maternité et la paternité en question*. 1992.
- HERITIER, F. *Masculin Femenin, la pensée de la difference*, Paris: Editions Odile Jacob. 1996 pág. 2.
- DIOP, F (s.d). *Genre et stérilité au Senegal: la maternité et la paternité en question*. pág. 399
- J. ALONSO-ZAFRA, M. RAMOS Y A. SERRANO, “*Cirugía reproductiva*”. Fundamentos de reproducción, SEGO, Madrid, 2009.
- ÉDOUARD BOPNE, JEAN FRANCOIS MALHERE, *Engendrados por la ciencia. Implicaciones éticas insertas en las manipulaciones de la procreación*, Valencia, EDICEP, 2001.
- JAVIER GAFO (eds) *Nuevas técnicas de reproducción humana, Biomedicina, ética y derecho*, Madrid, UPCM, 1986.
- JAVIER GAFO (eds) *Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, UPCM, 1986.

- JAVIER GAFO, *¿Hacia un mundo feliz? Problemas éticos de las nuevas técnicas reproductoras humanas*, Madrid, Sociedad de Educación Atenas Mayor, 1987.
- MARY WARNOCK, *Fabricando bebés, ¿Existe el derecho a tener hijos?* Barcelona, Gedisa editorial, 2004.
- JORGE EDUARDO CÓRDOBA Y JULIO SÁNCHEZ TORRES. *Fecundación humana Asistida: Aspectos jurídicos emergentes*. Córdoba: Alveroni Ediciones. págs. 34-35
- SUSANA CHIAROTTI, *Derechos humanos de las mujeres y niñas*. Rosario: Instituto de Género, derecho y desarrollo, 1997, pág. 104.
- RAFAEL JUNQUERA DE ESTEFANI, *Reproducción asistida, filosofía ética y filosofía Jurídica*. Madrid: Editorial jurídica TECNOS, 1998. pág. 15.

## **6.2. ARTÍCULOS, DOCUMENTOS Y CAPÍTULOS DE LIBROS**

- JEAN BELAISCH (1981), *Comment vaincre la stérilité?* , éd. Willame / Alta, paris pages 13,16, 291-318.
- World Health Organization. 2001. *Reproductive health indicators for global monitoring: Report of the second interagency meeting, 2001*. Geneva: World Health Organization.
- F. ZEGERS-HOCHSCHILD, A G. D. ADAMSON, B J. DE MOUZON, C O. ISHIHARA, D R. MANSOUR, E K. NYGREN, F E. SULLIVAN, G AND S. VANDERPOEL, h for ICMART and WHO. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009.
- MTIMAVALYE, L.A., M.A. BELSEY. 1987. *Infertility and sexually transmitted disease: Major problems in maternal and child health and family planning*. Paper presented at International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, Kenya, October 5-9, 1987.
  - ARNOLD, F. 1990. *Assessment of the quality of birth history data in the Demographic and Health Surveys*. In *An assessment of DHS-I*

*data quality*. DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro.

- RUTSTEIN, SHEA O., IQBAL H. SHAH. 2004. Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries.
- SANTIAGO BRUGO-OLMEDO, M.D.\*, CLAUDIO CHILLIK, M.D., SUSANA KOPELMAN, M.D., *Definición y causas de infertilidad*: Revista colombiana de Obstetricia y ginecología 54. (2003)
- WESTROM L. *STD and infertility*. *Sexually Transmitted Diseases* 1994; 21: S32.S37.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The influence of varicocele on parameters of fertility in a large group of men presenting to infertility clinics*. *FertilSteril* 1992; 57: 1289.1293.
- World Health Organization. *Task force on the prevention and management of infertility: serologic relationship to post-chlamydial and gonococcal infection*. *Sexually Transmitted Diseases* 1995; 21:71.77.
- BRUGO OLMEDO S, NODAR F, CHILLIK C, CHEMES H. *Successful intracytoplasmic sperm injection with spermatozoa from a patient with dysplasia of the fibrous sheath and chronic respiratory disease*. *HumReprod* 1997; 12: 1497.1500.
- EUGENIO BACAICO ARTAZCOZ. "Religiones Tradicionales": cuadernos, vol.XXIII,nº1, Ene-Feb 2009, pág. 16.
- WHO, *Progress 63-Assisted reproduction in developing countries*, 2004.
- ACHOLA PALA, 1976: *African Women in Rural Development: Research Trends and Priorities*. Institute of Development Studies, University of Nairobi, OLC Paper N°12, Kenya.
- FAO,CDRIA, 1986: *La femme dans le système alimentaire en Afrique*, p.29-30.GCP/RAF/93/NOR.
- VANGU, E. (2012). *Sexualité, initiations et étapes du mariage en Afrique : au cœur des rites et des symboles*. Paris: Publibook. Pág.. 26.
- OYEWUMI, O. (2003). Abiyamo: theorizing african motherhood, *Jenda, A journal of Culture and African Women Studies*, nº 4, abstract.

- Mother or nothing : the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88, N° 12, Diciembre 2010. 881.
- Isrisa a Kaboré, “Excisión”, Enquete Démographique et de Santé 2003. ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2004, pág. 204 .
- P. MORICE (ED.) “History of infertility” *Human Reproduction*, n°5, September 1995, p.501.
- G. BENINGUISSE , “Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse e de la accouchement au Cameroun, 2003”, Union for African Population Studies, vol 19, 2004.
- PIERRE LEÓN ANDRÉ DIENG, *la procreation medicalement assisté*. DEA en Droit de la Santé, Dakar, Université Cheikh Anta DIOP, 2005
- SYLVAIN LANDRY FAYE ”Quand les traditherapeutes ouest-africains soignent l’infertilité conjugale a Dakar(Senegal)” *Antropologie et santé* 28.nov.2011.
- PEDRO JOSÉ SANCHEZABAD, LUIS MIGUEL PASTOR GARCIA, *La inyección citoplasmática de espermatozoides, ¿Avance o imprudencia científica?*, Murcia, Quaderna Editorial, 2005, págs. 81-130.
- Maternidad y técnicas de Reproducción Asistida: un análisis, des de la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres, pág. 144.
- Chair-dame WARNOCK, Mary. Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology. pág. 9.
- TURNER SAELZER, SUSAN. *Derechos Sociales y reproductivos y su incidencia en la Esterilización y la Procreación Asistida*, en Revista de Derecho Valdivia. Chile: Universidad Austral. Volumen XII. N°2.Dic.2001. pág. 208.

### **6.3. MATERIALES INÉDITOS**

- PAUL KAM, *La infertilidad de la pareja en África. Acompañamiento pastoral desde la realidad de Burkina Faso*. Trabajo fin de Máster de Bioética UPCM 2013.
- BAFINAMENE KISOLOKELE CHARLES, *La sterilité du couple. Approche théologique et pastorales en milieu ecclesial negro-africain*.

Memoire de Maitrise en Theologie de Banguie. Central african Republic 1999.

#### **6.4. FUENTES DE INTERNET**

- JEAN-CLAUDE CZYBA, *Stérilité masculine: un tabou en Afrique?* 5 septembre 2012, agencetropiques.
- Friday E. Okonofua (ed) *Méthode spécialisée contre la méthode conventionnelle pour le traitement de la stérilité: le moment pour une approche pragmatique*, <http://www.bioline.org>.
- [WWW.unicef.org/genitalmutilacion.html](http://WWW.unicef.org/genitalmutilacion.html).
- <http://www.ikuska.com/Africa/Etnología/matrimonio.htm>.
- [WWW.RAE.es](http://WWW.RAE.es).
- Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968. Proclamación de Teherán. URL:[http://www.tc.gob.pe.url.4047689563.jaysonkrause.com/url?sa=N&source=web&cd=404&ved=2ab52&url=http://www.tc.gob.pe/tratados/uni\\_ddhh/instru\\_alca\\_gene2/teheran.pdf&ei=25UgfqvN4qazpY2LyVE58Z+1pA==&usg=urJ6g2BUPdxnfCWQVDWFZF&sig2=MB6kxJNjJkmv3F9YiPbgZU](http://www.tc.gob.pe.url.4047689563.jaysonkrause.com/url?sa=N&source=web&cd=404&ved=2ab52&url=http://www.tc.gob.pe/tratados/uni_ddhh/instru_alca_gene2/teheran.pdf&ei=25UgfqvN4qazpY2LyVE58Z+1pA==&usg=urJ6g2BUPdxnfCWQVDWFZF&sig2=MB6kxJNjJkmv3F9YiPbgZU).
- Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Conferencias sobre Población. [http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf\\_pop.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm); Naciones Unidas., Informe de Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4-15 de septiembre de 1995. New York: Naciones Unidas, 1996.
- Africa del Sur. Sección 5(1)(b) of the Children's Status Act 82 de 1987. [http://www.ci.org.za/depts/ci/plr/pdf/salrc\\_dis/09-dp103-ch7.pdf](http://www.ci.org.za/depts/ci/plr/pdf/salrc_dis/09-dp103-ch7.pdf).
- Republica de Togo, "Sur la Santé de la Reproduction" Loi n°2007-005 publicado en Journal Officiel de la Republique Togolaise 10 enero 2007 Art. 16.
- <http://www.monografias.com/trabajos46/reproduccion-asistida-dominicana/reproduccion-asistida-dominicana2.shtml>.

