

Algunas consideraciones éticas en la práctica de la Reproducción Asistida en Latinoamérica

Consideraciones generales.

Han pasado más de 30 años desde el nacimiento del primer bebé con técnicas de reproducción asistida (TRA) y sorprende que, recién en el año 2010, el profesor Robert Edwards, padre de este revolucionario proceso, haya sido reconocido con el premio Nobel de Medicina. En los orígenes de estas técnicas, el mundo quedó sorprendido con esta invasión en los misterios de la procreación y hubo violentas reacciones adversas. Sin embargo, con el correr del tiempo, millones de parejas infértiles son tratadas cada año como un camino real y eficiente para ser madres y padres. En la actualidad, más de cuatro millones de personas han nacido gracias a procedimientos de reproducción asistida, y los estudios de seguimiento de bebés nacidos demuestran que no existe mayor riesgo de malformaciones por el hecho de haber sido generados fuera del cuerpo de la mujer.

Muchos se preguntan por qué el comité que otorga el Nobel demoró tanto en reconocer al profesor Edwards, en circunstancias que en términos de impacto científico, social y cultural, su contribución a la humanidad representa una verdadera revolución que ha abierto las puertas a cambios de enorme magnitud en la medicina reproductiva actual, dando pasos agigantados hacia la medicina regenerativa del futuro. Por otra parte, como consecuencia de los desarrollos que siguieron a las TRA, como la criopreservación de óvulos entre otros, se está generando un cambio trascendental en la manera en que mujeres viven sus deseos de ser madres, sin las limitantes impuestas por la naturaleza humana y que llevan al envejecimiento ovocitario mucho antes del envejecimiento intelectual. El poder postergar la maternidad, incluso para después de la menopausia, constituye un cambio sólo comparable con lo que significó el desarrollo de la anticoncepción en los años 60, que permitió de manera segura y eficiente, el goce de la sexualidad en ausencia de sus consecuencias reproductivas.

Algunas personas cercanas al comité del Nobel argumentan que la razón de la demora fue por precaución, en orden a esperar un número suficientes de bebés nacidos sanos y así asegurar que el premio se estaba dando como resultado de un desarrollo que desde

toda perspectiva ayudaba a la humanidad. Yo pienso que el retraso en este reconocimiento se debió a presiones de las comunidades moralmente más conservadoras e influyentes y, en general, a las controversias que genera en las personas la intervención en los inicios de la vida humana. Si los avances impulsados por el profesor Edwards hubieran estado dirigidos a la prevención de la muerte, se habría generado acuerdo con muchísima más facilidad. Es relativamente sencillo generar acuerdos para desarrollar nuevas terapias para enfermedades como el cáncer, ya que la mayor parte de las personas que participan en las decisiones, son potenciales beneficiarios; pero cuando se trata de llegar a acuerdos respecto de como intervenir en el inicio de la vida humana, la sociedad se polariza y se hace mucho más difícil llegar a acuerdos generales.

No debiéramos sorprendernos de la dificultad que existe para que las sociedades acepten los métodos que permiten manipular los inicios de la vida humana. Enfrentados a desafíos nuevos, podemos distinguir tres etapas por las que pasa el pensamiento humano antes de aceptar un cambio social.

La primera etapa frente a cualesquier acto revolucionario en esta materia, así como en casi cualquier otro ámbito, es una reacción *instintiva y emocional de rechazo; a lo que rápidamente se suma una justificación cultural y religiosa*. La primera reacción, invariablemente, constituye un rechazo de toda forma de intervención en los inicios de la vida humana, ya que en el subconsciente de una gran mayoría, la procreación es una función “consagrada exclusivamente a Dios”. Por su carácter emocional e instintivo, esta primera etapa es seguida de una segunda etapa caracterizada por el *agotamiento y acostumbramiento* y, de hecho, muchas revoluciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva han prevalecido hasta ahora, gracias a esta segunda etapa. Un ejemplo de ello es el uso casi universal de los métodos anticonceptivos que encontraron aceptabilidad en las sociedades, a pesar de la encíclica “*Humanae Vitae*” de 1968, que fue escrita específicamente como reacción a la rápida penetración social de los anticonceptivos orales. En el caso específico de las TRA, la Iglesia Católica reaccionó con igual celeridad a como lo hizo con la anticoncepción, mediante el documento “*Donum Vitae*” en 1987, que condenó toda forma de reproducción médicamente asistida.

Si a pesar de la presión de grupos conservadores y religiosos, se produce el acostumbramiento y la aceptabilidad social, se da paso a una tercera etapa que - a mi

juicio - es la de mayor valor en la construcción de una moral social. Esto es, el *reemplazo del rechazo emocional por el uso de la razón y el re-planteamiento de tesis morales a la luz del conocimiento científico*. Esto significa, muchas veces, descorrer el velo que cubre la realidad y que resulta de la influencia de las religiones y del susto, para dar paso a un análisis crítico de las evidencias, de manera que las personas puedan gozar de los beneficios de la ciencia y de la tecnología.

Es en el paso de la segunda a la tercera etapa donde se establecen las diferencias más notables entre diferentes culturas. Mientras los países europeos, especialmente los del norte de Europa ponen la razón y la ciencia al servicio exclusivo de las personas; en Latinoamérica, se continúa confrontando las emociones y las pasiones por sobre la razón, haciendo prácticamente imposible un análisis sistemático y serio sobre la manera en que la sociedad debe incorporar los avances de la ciencia. Más aún, en Latinoamérica, cualquier decisión debe ser además agradable a Dios. Esta dualidad de objetivos dificulta enormemente la convivencia social y hace difícil llegar a acuerdos que, por una parte protejan a las personas de los avances de la ciencia y por otra parte, les permitan enfrentar nuevos desarrollos científicos y tecnológicos, buscando los equilibrios entre los riesgos y los beneficios de una manera libre y autónoma.

Sin duda, los equilibrios entre riesgos y beneficios no obedecen a leyes universales, ya que las personas están fuertemente influenciadas por sus raíces étnicas, culturales y por sus tradiciones. Así, lo que para algunos es un riesgo de poca trascendencia, para otros puede constituir un riesgo inaceptable. Un ejemplo de ello es la congelación de embriones. Para algunos el riesgo al que se somete a embriones está equilibrado con los beneficios para sus progenitores y para los bebés que han de nacer; para otros, los riesgos a los que se someten a los embriones no están compensados del todo. Esta diversidad en la manera de asumir riesgos y beneficios y la libertad para vivirlos de manera autónoma es lo que caracteriza a sociedades respetuosas de la diversidad y religiosamente pluralistas.

Los desafíos éticos que plantean las TRA son los mismos en todos los países. Las diferencias radican en la manera de enfrentarlos y finalmente, en la manera como estos se resuelven. En general, se circunscriben a la manera de enfrentar tres grandes problemáticas:

- 1) Inequidad en el acceso a las TRA como problema ético.
- 2) El embrión como sujeto de derecho o como objeto de derecho.
- 3) El paradigma de la familia heterosexual constituida exclusivamente mediante lazos genéticos.

Durante el desarrollo de este capítulo haré referencia a estas tres categorías de desafíos éticos señalando las semejanzas y las diferencias en la manera de hacerse cargo de estas realidades en Latinoamérica y otras regiones del mundo. La información biomédica de Latinoamérica se ha obtenido de los datos publicados por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (www.redlara.com) y que se encuentra resumida en *20 years of ART in Latin America (F.Zegers-Hochschild, J.E.Schwarze et al)*. La información del resto del mundo se ha obtenido de los datos publicados por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (www.icmartivf.com), y cuya última publicación se encuentra disponible en (*Karl-Gösta Nygren, Elizabeth Sullivan et al*).

1- INEQUIDAD EN EL ACCESO A TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

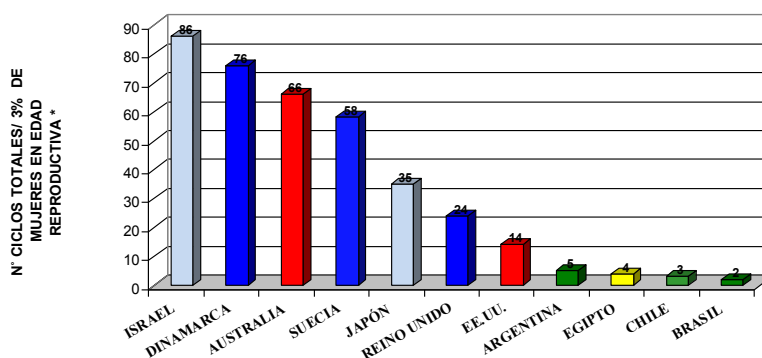
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, *que tengan la capacidad de tener hijos*, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y, también, el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y tener un parto de forma segura.

Complementario a lo anterior, la OMS también ha sido partícipe en el nuevo glosario de terminologías en el área de la reproducción que, por primera vez, reconoce a la infertilidad como *“una enfermedad del sistema reproductivo definida por la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas” (Zegers-Hochschild F., Adamson GD, et al),(Zegers-Hochschild F., Adamson GD, et al)*.

El acceso a tratamientos de infertilidad, especialmente el acceso a tratamientos de reproducción asistida, genera desafíos éticos porque, al haber inequidad en el acceso, se vulnera el principio de justicia.

Al igual que en otros temas de salud, existe una gran diferencia en el acceso a tratamientos de fertilidad entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. Mientras Dinamarca, Suecia o Australia realizan entre 17.000 y 23.000 procedimientos de reproducción asistida por millón de mujeres en edad reproductiva, en Brasil, Chile y Argentina, se realizan entre 560 y 1.400 procedimientos. Esto no se debe a que los países Latinoamericanos sean en general más fértiles; la razón fundamental es que en países Americanos, las parejas infértiles reciben un nulo o escaso apoyo económico de los sistemas de salud por sus gastos en tratamientos de infertilidad. Así, sólo una pequeña proporción de parejas infértiles pueden pagar los elevados costos, a diferencia de países Europeos, Australia, Israel y otros, en que el acceso a tratamientos para mejorar la salud reproductiva, está garantizado como un derecho de la población al cual todos tienen acceso por igual (Fig. 1).

Acceso a TRA (Mujeres entre 25 - 40), 2006 (Fig. 1)



**Asumiendo un 10% de infertilidad y un 30% de aquellos que requieren TRA*

En las Américas y otras regiones reguladas por una economía de mercado, existe aún una gran brecha en el expedito acceso a los servicios y tecnologías sanitarias, generando inequidad y falta de justicia. Esta inequidad es especialmente relevante en los

tratamientos de infertilidad, que son vistos como un privilegio y no como una necesidad.

Algunas interrogantes a responder:

1.1 ¿Son los tratamientos de infertilidad parte de los derechos a la salud de la población?

Desde una perspectiva biológica y psicosocial, la fertilidad (tener hijos), no debiera ser considerada un derecho, ya que existen muchas condiciones biomédicas y enfermedades que hacen imposible el embarazo y, por ello, nadie puede garantizar dicha condición. Tal es el caso de mujeres que nacen sin útero o mujeres con defectos genéticos que carecen de gónadas. Si uno acepta que tener hijos no es un derecho, la siguiente pregunta es si es un derecho el que mujeres y hombres hagan todo lo posible por ser padres y madres; y si es una obligación ética de los gobiernos el proveer de los servicios necesarios para que estos hombres y mujeres puedan acceder a tratamientos eficientes y seguros.

El considerar la maternidad como un regalo o como un derecho no se contradice con el “derecho de todas las personas de tener acceso a tratamientos científicamente validados, eficientes y seguros, tanto para tener hijos como para evitarlos”. Si este es un derecho, entonces alguien debe asumir, como mandato mínimo, el no prohibir a las personas el acceso a ese derecho. Los gobiernos no están obligados a proveer de métodos modernos y eficientes para tratar la infertilidad si no tienen la capacidad económica o social para hacerlo; pero lo que no puede un gobierno es impedir el acceso a dichos tratamientos. Este es el caso de Costa Rica, único país en el mundo que prohíbe la práctica de la reproducción asistida luego de una decisión de la Corte Suprema. Al hacer esto, el gobierno está impidiendo que mujeres y hombres infértiles ejerzan su derecho a recurrir a los mejores tratamientos existentes para tratar su enfermedad.

Una situación teórica, semejante a la de Costa Rica se daría si un gobierno de tipo homofóbico, decide negarse a proveer de tratamientos para el SIDA a la población enferma por ser ésta una enfermedad que tiene mayor prevalencia en personas homosexuales. Los gobiernos no tienen derecho a coartar el acceso a tratamientos médicos, movidos por las pasiones que derivan del ejercicio no equilibrado de las morales particulares.

La mayor parte de la gente concuerda que las parejas infértiles tienen derecho a buscar tratamientos eficientes para tener hijos. Lo que difiere en diferentes comunidades es lo

que se entiende por tratamientos médicos aceptables. Mientras algunos aceptan sólo métodos naturales, otros aceptan cualquier tipo de tecnología reproductiva. Este dilema es lo central de la controversia social y, por lo tanto, lo que debe responderse es si un pensamiento fundamentado en una moral particular puede ser impuesto al resto de la sociedad o si una sociedad puede y debe convivir con una diversidad de opciones. Desde la perspectiva de una ética secular, el paciente, debidamente educado, es quien debiera tener la autonomía suficiente para decidir que constituye un tratamiento aceptable para el/ella y cuando acceder a éste.

1.2 ¿Cuál es el rol de los proveedores de salud?

Los proveedores de salud tienen el deber ético de proporcionar a las parejas infértiles métodos que estén a su alcance y que sean seguros y científicamente validados para tratar su enfermedad; y cuyos costos estén razonablemente justificados. Por otra parte, los proveedores de seguros de salud no pueden eludir la responsabilidad ética de cubrir los costos de esta enfermedad, sobretodo porque ésta es una condición impredecible que afecta a un 10% de la gente joven, que son quienes mayoritariamente mantienen la economía de estas instituciones.

Un especial escenario de conflicto tiene que ver con la colisión de intereses y compromisos entre el médico, el paciente y la industria de insumos farmacéuticos. Con frecuencia, los médicos responsables de indicar medicamentos establecen convenios con las empresas farmacéuticas proveedoras de medicamentos, quienes compensan a los médicos que prescriben sus productos a través de apoyo a su formación académica o directamente mediante beneficios económicos. Esta práctica, que está muy difundida en Latinoamérica, genera problemas éticos, ya que el médico actúa como intermediario entre el consumidor, en este caso el paciente, y el fabricante (industria farmacéutica). La mayor parte de las veces el paciente es una persona vulnerable y no conoce de esta relación entre el proveedor y la industria farmacéutica. Desde un punto de vista ético, es recomendable que los proveedores de salud prescindan del apoyo directo de las industrias farmacéuticas o, que su relación sea revelada cada vez que deben tomar una decisión terapéutica. Si el consumidor está al tanto de la relación del médico con la industria el problema disminuye pero nunca desaparece, en la medida que el paciente no goza de autonomía para auto medicarse.

2- EL EMBRIÓN COMO SUJETO DE DERECHO O COMO OBJETO DE DERECHO

Antes de enfrentar este dilema, debemos hacernos cargo de examinar desde diferentes perspectivas:

2.1 ¿Desde cuándo en el desarrollo embrionario se es persona?

Para la mayor parte de los pensadores católicos, desde la fecundación se está frente a una persona en potencia, que sólo le queda actualizarse al nacer. Así, se es persona desde que queda constituido el genoma, que ocurre en el instante en que el cigoto se divide en un embrión. Más aún, de acuerdo a este pensamiento, el embrión, a pesar de ser una persona en potencia, es merecedor de derechos en todo similares a las personas actuales. Para los que así piensan, con la constitución del genoma se da inicio a un proceso continuo y unitario y por ello la valoración ética de cada etapa de este proceso es equivalente a la valoración ética de la persona actualizada.

Para la mayor parte de los pensadores no católicos, sean estos agnósticos, musulmanes, hinduistas, confucianos y cristianos no católicos, la personalización es un proceso diferido en el tiempo. Se llega a ser persona a través de un proceso que no se completa o actualiza hasta el nacimiento. Los que así piensan también reconocen que en la fecundación se establece un organismo propio de la especie humana, con una identidad genética (genoma), que se mantendrá a lo largo de toda su existencia, el cual potencialmente puede convertirse en persona. Sin embargo, reconocen estados de desarrollo que van acercando a esta estructura biológica humana a una persona en potencia, que se establece más adelante del desarrollo. Desde una perspectiva religiosa, esta concepción diferida no equivale a una valoración menor del embrión. De hecho, en la religión musulmana el aborto está fuertemente condenado. Sin embargo, siempre prima la búsqueda del bien para las personas actuales por sobre los embriones. Así, en forma explícita, se establece que la interrupción del embarazo o la reducción selectiva embrionaria, en casos de embarazos múltiples, estará justificada para salvar a la madre o permitirle nacer a algún embrión.

Esta diferenciación entre la personalización inmediata o diferida parece irreconciliable y, hasta el momento, no se aprecian argumentos que hagan cambiar de parecer a unos y otros. Lo que hace más difícil esta disputa es que la mirada retrospectiva, desde la persona hasta su origen unicelular, y la mirada prospectiva, desde el cigoto hasta la persona, son muy diferentes. Así, si cada uno de nosotros pudiera mirar hacia atrás en

su existencia biológica podría distinguir que en algún momento fue feto, embrión y cigoto. En esa mirada parece razonable asumir que una persona no puede derivar de algo que no es persona. Pero, si observamos el proceso de manera prospectiva, es decir, nos situamos a nivel de un “cigoto inteligente” y nos preguntamos cuál es la probabilidad de actualizarnos como personas, aparecen muchas alternativas diferentes que hacen necesario entender algunos aspectos del proceso generativo de los seres humanos.

2.2 Algunas realidades biológicas del proceso generativo humano.

(a) Aproximadamente un 20% de los cigotos tienen la potencialidad de implantarse en el útero e iniciar un embarazo clínicamente evidente. Esto significa que el 80% de los cigotos no llegan a implantarse o recién implantados (los que lograron llegar a blastocisto) se pierden espontáneamente, la mayor de las veces debido a errores cromosómicos y estructurales del propio embrión. Así, sólo 20 de cada 100 embriones, generados espontáneamente, tienen la posibilidad de nacer. El resto se pierden rápidamente, ya sea antes de implantarse en el útero a los pocos días de la implantación. El corolario de esto es que una mujer joven y sana, que tiene una vida sexual activa y no protegida con un hombre sano, pierde de manera imperceptible varios embriones cada año. Este hecho debe hacernos reflexionar sobre el concepto de personalización inmediata, ya que si se homologa embrión a persona, demasiadas personas se perderían de manera imperceptible en cada menstruación de sus progenitoras.

(b) El camino natural de un embrión de 8 células es que detenga su desarrollo y muera o que siga adelante hacia una mórula y blastocisto, se implante, se transforme en feto y finalmente en un bebé al nacer. El mismo embrión de 8 células, que llamaremos Juan, tiene una probabilidad de 1 a 8 por mil de transformarse en un tumor llamado mola o, peor aún, en un cáncer llamado coriocarcinoma, que de no ser tratado mata a la mujer. Esto no significa que parte del embrión se maligniza, por el contrario significa que el embrión, con su genoma humano establecido con la fecundación, deja de existir y, como un todo, se transforma en un cáncer. Para mayor redundancia, no es un Juan con un cáncer, sino simplemente un cáncer con un genoma que se estableció en la fecundación. Lo que debe deducirse de este ejemplo es que la constitución del genoma humano en un embrión no es sinónimo de persona en potencia. La estructura celular más bien corresponde a un organismo humano con la potencialidad de convertirse en

persona.

(c) Desde otra perspectiva, un embrión de 4 a 8 células o incluso un blastocisto puede dar origen a dos embriones por simple división de su masa celular interna (MCI), estos son los gemelos idénticos. Mientras más tarde ocurre la división, los dos embriones pueden compartir placenta, saco gestacional, amnios e incluso partes de su cuerpo, como en el caso de los Siameses. Mientras más temprano se divida la MCI, cada gemelo idéntico tendrá su propia placenta y saco amniótico. Pues bien, si a uno de estos pequeños embriones lo llamamos Pedro y éste se divide en dos, no estamos frente a un Pedro 1 y un Pedro 2, sino que en esta situación, Pedro deja de existir y estamos frente a un Juan y un Diego, que, de nacer, serán dos personas ontológicamente diferentes a pesar que comparten el mismo genoma. Es decir, el establecimiento de un genoma no es todo para ser una persona única. De allí nace la diferenciación entre lo que se denomina identidad genética e identidad ontológica. No se es persona hasta que no se ha establecido esta última.

Un ejemplo más dramático ocurre si la división de la MCI tiene lugar muy tarde en el desarrollo. Cuando esto ocurre, pueden constituirse gemelos siameses que no sólo comparten el genoma, sino que algunos de sus órganos. No hay duda que los gemelos siameses, que tienen dos cerebros, son dos personas diferentes. Si no fuera así, la separación de los mismos no generaría tantos dilemas éticos.

Todos estos hechos de la biología y de la medicina deben hacer reflexionar sobre el concepto de “continuidad”, que algunos utilizan como argumentación para establecer el inicio de la persona desde la fecundación. Si bien, el proceso a ser persona es un continuo, las estructuras celulares u organismos que dan inicio a este camino, no se constituyen como persona en potencia hasta mucho más tarde en el desarrollo. El desarrollo embrionario y fetal está marcado por ciertos hitos, en los que se van adquiriendo características propias de seres que, en la vida diaria, no existen como simples genomas ambulantes. Es en la unión con nuestras madres y en el desarrollo posterior, donde este genoma se expresa en cada uno de nosotros, constituyendo nuestra individualidad ontológica. La transición entre un organismo humano, con potencialidad de ser una persona, a una persona en potencia, se lleva a cabo en algún momento del desarrollo posterior a la implantación y, para algunos, este proceso está determinado por la actividad cerebral.

Para aquellos que sustentan la tesis de una personalización inmediata, cada estado de desarrollo pre y post-implantación, es merecedor de los mismos cuidados que se deben

a la madre que lo lleva consigo. Para aquellos que sustentan la tesis de una personalización diferida, las etapas previas a la personalización no son carentes de valor dignidad y respeto, sin embargo, la manera de expresarle el respeto es lo que difiere y siempre estará supeditada a los deberes para con sus progenitores. Para ilustrar esto, vale la pena el siguiente ejemplo teórico: la bióloga jefa de un laboratorio de reproducción asistida llega, un sábado de mañana, a revisar las incubadoras que contienen veinte embriones en desarrollo de 4 y 8 células; dado que no tiene a nadie con quien dejarla, la bióloga lleva a su hija de dos años y la deja en la sala adjunta mientras va a preparar soluciones de trabajo para ese día. En ese momento, ocurre un incendio y se requiere actuar rápido; un bombero acude al incendio, entra a la zona del laboratorio y se encuentra frente a la alternativa de salvar a la niña o salvar veinte embriones que están en el interior de la incubadora; si los embriones de 8 células tienen el mismo valor que la persona, debiera primar un criterio cuantitativo y salvar 20 es siempre mejor que salvar uno, sin embargo, lo más probable es que el bombero salve a la niña, echando mano a un juicio de valor en que prima la persona actual por sobre los embriones.

Los ginecólogos nos enfrentamos a diario con este tipo de reflexiones en conjunto con las parejas que nos consultan. Existen múltiples situaciones en la práctica médica diaria en que, queriéndolo o no, los profesionales se ven forzados a ejercer juicios de valor. Un ejemplo es el caso de los embarazos ectópicos (en la trompa de Falopio u otras localizaciones fuera de la cavidad uterina). En todos estos casos prima la salud de la madre y los embriones son removidos de su sitio de implantación o tratados con sustancias químicas para evitar que sigan creciendo. Lo mismo ocurre en mujeres que se embarazan teniendo enfermedades graves, como cáncer o insuficiencias respiratorias graves, donde el embarazo tiene riesgos de acelerar la muerte materna. En estos casos, previo consentimiento informado y educado de la persona, siempre prima en la decisión médica la protección de la vida de la mujer (persona actual) por sobre su embrión. En el ejercicio teórico de una mujer embarazada, que necesita para su supervivencia el uso de un citotóxico, la práctica médica indica tratar a la mujer aunque con ello muera el embrión. Es razonable preguntarse si sería ético no tratar a la madre para que se salve el embrión aunque, como consecuencia de ello, la mujer muera. La verdad es que, independientemente del razonamiento ético, el no tratar a la madre es negligencia profesional, a no ser que la mujer en todas sus funciones intelectuales decida no recibir tratamiento médico. Tal concepto no se aplica a los embriones. En general, tampoco los progenitores se plantean dudas, independiente de sus creencias religiosas.

2.3 ¿Son los embriones pre-implantación sujetos de derecho propio u objetos de regulaciones y derechos otorgados por sus progenitores y la sociedad?

Los derechos humanos, consagrados en la carta fundamental de las Naciones Unidas, establecen obligaciones a todos los Estados miembros, independientemente de las diferencias culturales y étnicas. Estos derechos son aplicables sólo a personas. Así, en prácticamente toda Europa, Asia y Oceanía el cuidado de los embriones está supeditado a la decisión de sus progenitores. Es decir, son las personas, en este caso los progenitores, quienes pueden decidir el destino de sus embriones, ya sea para transferirlos al útero, criopreservarlos, desecharlos o destinarlos a investigación. En Latinoamérica, esta situación no está regulada y ningún país se ha atrevido, o ha sido capaz de legislar con el pragmatismo otras regiones. Sin embargo, a pesar de ello, en países como Argentina, Perú, Brasil, Colombia y Venezuela se realiza diagnóstico genético pre-implantación (PGD), lo que implica que los progenitores tienen autonomía para decidir selectivamente la transferencia exclusiva de los embriones que no demuestran anomalías genéticas. Existe así una nebulosa respecto de que se hace con los embriones remanentes, portadores de aneuploidías o defectos genéticos específicos. La realidad, sin embargo, es que en ausencia de una normativa que expresamente le otorgue a los progenitores la autonomía para desechar (si así lo desean) los embriones que consideran defectuosos, ofrecer PGD puede generar dificultades serias a las parejas. En algunos centros se dice que “se van a congelar los embriones defectuosos hasta que exista una cura para ellos”. Esto es absurdo e irreal, y pienso que si el centro asume la responsabilidad de eliminar embriones defectuosos, amparados en un consentimiento de los progenitores, esa es la manera de proceder. En ausencia de esa normativa, pienso que ofrecer PGD pasa a ser una espada de doble filo que puede generar a la pareja, complejos problemas a largo plazo, manteniendo embriones congelados que se sabe que no tienen destino vital.

Volviendo a la pregunta inicial, si los embriones son sujeto u objeto de derecho, en la mayor parte de los países, e independientemente de las morales particulares, los embriones no son sujetos de derechos universales sino que son objeto de los derechos que les atribuyen las sociedades o las personas.

Es mi pensamiento, que no existen elementos en la biología del desarrollo que sustente la personalización inmediata. Por el contrario, el establecer que un embrión es equivalente a una persona carece de fundamento y forma parte de un acuerdo particular al que sólo llegan algunos pensadores católicos. Más aún, no es ético imponer esta

forma de pensamiento a otros miembros de la comunidad, ya que al hacerlo, se atenta contra el derecho a la autonomía de personas maduras; y como veremos más adelante, se atenta además contra el acceso a formas de tratamiento de reproducción asistida eficientes y seguras.

2.4 Ejemplo de una resolución impuesta por un Comité de Ética Científico (CEC) en un hospital público en Chile: A fines del 2010, un centro de reproducción asistida que es parte de un hospital del Sistema Nacional de Salud de Chile, presentó al CEC del hospital, un proyecto para criopreservar embriones con objeto de disminuir la multigestación de su programa de TRA. Lo que buscaba el centro de reproducción era que se autorizara inseminar más óvulos que los embriones que transferirían al útero. De esta manera, se transferirían un máximo de dos embriones frescos, y quedarían embriones para criopreservar y transferir en forma diferida.

El CEC se opuso a este proyecto y aquí lo menciono como ejemplo, porque las argumentaciones que dio este comité son prevalentes en muchos países de la región. Los argumentos usados por el comité de ética están en itálica y a continuación hago algunos comentarios de cada uno de ellos.

a- El embrión humano es, desde el momento de la fertilización, parte integrante de la especie humana, con la potencialidad de llegar a ser persona y, por ende, con todos los derechos de protección de su vida.

Comentario.

Efectivamente, el embrión humano es parte de la especie humana, pero como se expresa en ese mismo punto, tiene la potencialidad de constituirse en una persona. Por ello, los derechos no le son atribuidos por ser persona actual sino que por su potencialidad para llegar a serlo. De ello se desprende que los derechos atribuibles a un embrión no pueden ser iguales a los de una persona y por lo tanto, las obligaciones con el embrión tampoco son iguales a las obligaciones con las personas actuales. Así, el equilibrio entre los riesgos y beneficios a los que pueden exponerse las personas, se pondera de manera diferente a los riesgos y beneficios a los que pueden exponerse a los embriones. Esto es, si una determinada intervención que tiene por objeto beneficiar a una persona tiene un riesgo mayor de perjudicar a un embrión, lo que siempre debe primar es el beneficio y la no maleficencia a la persona actual.

En el caso de la criopreservación de embriones, debe tenerse presente que el objetivo que se persigue no es la destrucción de embriones. Por el contrario, la técnica busca su

preservación para que puedan re-iniciar su proceso de desarrollo con una chance mejor de actualizarse como persona al ser transferidos en forma diferida en el tiempo evitando los severos riesgos maternos y fetales asociados con multigestación, especialmente multigestación extrema. La congelación embrionaria protege a las personas. Protege a la madre y protege a los fetos que han de nacer. Sobreponer a los valores y obligaciones éticas antes descritos, un deber moral con el embrión y desproteger a la mujer y sus futuros bebés es una desproporción.

b- Las aplicaciones de estos procedimientos buscan en definitiva un fin utilitarista en orden a lograr resultados en términos de disminuir los embarazos múltiples, las tasas de aborto, considerando los anhelos, por lo demás justos, de las parejas infértiles, pero no atendiendo adecuadamente los derechos del embrión.

Comentario

Un comité de ética secular está obligado a salvaguardar los intereses de personas de cualesquier credo o personas ateas. Por ello, antes de invocar derechos para el embrión, que no es persona, debiera definir en su argumentación, que entiende por “atender adecuadamente a los derechos del embrión”. Al hacerlo, el comité debe simultáneamente decidir si está o no atendiendo adecuadamente a los derechos de las personas que requieren y solicitan su servicio. En este caso, las mujeres y hombres enfermos que requieren resolver su enfermedad de la manera más eficiente y segura posible. Al negar la posibilidad de criopreservación embrionaria se le está negando a la pareja infértil el acceso a un tratamiento médico eficiente y de menor riesgo. El comité de ética debe responder a la mujer a quien le niega el acceso a crio-preservación, por qué la priva del tratamiento más eficiente y seguro para ella y su descendencia y por qué pone los intereses de sus embriones por sobre los de ella.

c- La experiencia ha demostrado que la crio-preservación de embriones genera, tarde o temprano, problemas a las instituciones responsables de su destino, por el incremento en el número de embriones congelados que no han sido transferidos a sus progenitores

Comentario

La preocupación de un Comité de Ética no deben ser las instituciones sino que las personas. Es para proteger los derechos de las personas que se constituyen los comités de ética. Si el comité está preocupado de la manera como la institución se hace cargo de los embriones preservados y su relación con los progenitores, existen mecanismos para salvaguardar aquello y eso forma parte de los consentimientos que deben firmar los progenitores antes de criopreservar, y de las obligaciones que deben asumir los

profesionales que prestan el servicio. Un ejemplo de ello deriva del hecho que lo que demora más el uso de los embriones criopreservados son los embarazos múltiples como consecuencia de transferir ≥ 2 embriones frescos. Un comité de ética puede perfectamente establecer, como *modus operandi*, que las parejas que deseen criopreservar deben transferirse sólo un embrión cada vez. Esto evita la multigestación y de esta manera, facilita el uso de blastocistos criopreservados.

Independiente de lo anterior parece un contrasentido que para el comité de ética, los intereses institucionales estén por encima de los intereses de las personas a quienes está obligado a proteger.

He incluido este caso real porque en mi experiencia, la argumentación dada por el CEC se repite en muchos lugares de Latinoamérica. Esto se ha usado no sólo en la argumentación en relación a TRA sino que argumentos similares se usaron para intentar impedir el acceso libre a anticoncepción de emergencia.

2.3 Multigestación y criopreservación embrionaria como problema ético

La generación de partos múltiples constituye la más seria complicación de las TRA. La mortalidad perinatal (mortinatos + mortineonatos precoces) es, en relación a los embarazos únicos, 2,6 veces superior en el nacimiento de gemelares, 8,2 veces superior con el nacimiento de trillizos y 20,5 veces mayor con el nacimiento de cuatrillizos. Por otra parte, la morbilidad neonatal puede aumentar más de 20 veces en trillizos sobre la existente en embarazos únicos. Estas serias complicaciones perinatales se asocian, además, a complejas patologías psicosociales, tanto de los bebés como de sus progenitores, quienes muchas veces deben suspender o postergar sus actividades laborales o académicas para cuidar a sus hijos/as. Por otra parte, en parejas con limitaciones económicas, la llegada sorpresiva de dos o tres personas a una casa con dos habitaciones puede ser un verdadero drama.

Desde la perspectiva del deber ético para con las personas y sus hijos/as, la criopreservación embrionaria es la única manera de lograr un adecuado balance que busca mantener un relativo éxito terapéutico, minimizando el riesgo de complicaciones neonatales y maternas derivadas de la multigestación. En general, no es aconsejable y para algunos, no es ético transferir más de dos embriones, sobre todo en mujeres jóvenes. De esto se derivan tres interrogantes respecto a la relación entre criopreservación embrionaria y prevención de multigestación.

(a) ¿Es ético realizar procedimientos de fecundación asistida sin criopreservación

embrionaria?

Mi pensamiento es si, en la medida que la pareja infértil que solicita el tratamiento entiende exactamente las limitantes y las bajas posibilidades de éxito en esas condiciones. Más aún, no es ético negarles el tratamiento a parejas por el hecho que la alternativa terapéutica elegida por ellos sea menos exitosa. Esa decisión debe ser de la pareja y no del médico. Lo que no es ético, en esas circunstancias, es transferir más embriones para aumentar las posibilidades de éxito y compensar la falta de criopreservación. Aunque la mujer exprese decisión de exponerse al riesgo de una gestación triple ella no tiene derecho a someter a sus hijos/as a ese riesgo.

(b) Es ético someter a una pareja a los riesgos y costos económicos de una fecundación asistida y negarles la oportunidad de criopreservar embriones?

Mi pensamiento es que no debe forzarse a una pareja a tratamientos de alto costo y riesgo sin que ellos tengan la autonomía para hacer uso de los recursos médicamente valorados como seguros y eficientes para prevenir la multigestación, manteniendo tasas aceptables de embarazo. La criopreservación embrionaria debe ser ofrecida como alternativa terapéutica, sobre todo en medios donde el costo del tratamiento es financiado por la propia pareja.

(c) ¿Es ético obligar a una pareja a transferir sólo un embrión (criopreservando el resto) para prevenir la multigestación?

Esta política, que es usada en varios países de Europa es éticamente aceptable sólo si el mismo que obliga, en este caso el estado, garantiza el acceso gratuito a los tratamientos, incluyendo el embarazo y parto. La razón de ello es que si el estado financia estas prestaciones de salud con los impuestos de sus contribuyentes, el estado puede poner condiciones que disminuyan los riesgos y los costos neonatales que derivan de dichos tratamientos, en la medida que ello no someta a las parejas a tratamientos menos exitosos o a riesgos para su salud.

La criopreservación embrionaria se realiza en todo el mundo con excepción de Alemania e Irlanda. En la mayor parte de los países nórdicos se practica la transferencia electiva de sólo un embrión en fresco, seguido de la transferencia de embriones congelados/descongelados. Con ello, se ha minimizado la multigestación a niveles inferiores a 5%, manteniendo una tasa acumulada de embarazo (transferencia en fresco + transferencia de embriones congelados/descongelados) igual a lo obtenida en países con transferencia en fresco de 2 y 3 embriones, que reportan tasas de multigestación que superan el 30%.

3- EL PARADIGMA DE LA FAMILIA HETEROSEXUAL CONSTITUIDA EXCLUSIVAMENTE MEDIANTE LAZOS GENÉTICOS

En Latinoamérica, se reportan aproximadamente 6.000 procedimientos con óvulos donados cada año, y en 2010 el RLA reporta 2.400 bebés nacidos de donación de óvulos, de un total de al menos 15.000 nacidos reportados a ICMART en el mundo entero. Existe abundante evidencia científica que demuestra que, desde un punto de vista biomédico, el embarazo generado con óvulos de una donante, no representa un riesgo para la salud de la mujer preñada y/o su bebé. Tampoco los bebés están expuestos a un riesgo perinatal diferente a la reproducción con gametos autólogos. En lo referente a resultados neonatales, estos son similares a los de reproducción autóloga y la duración de la lactancia es también comparable (*Golombok, S., Cook et al*) (*Golombok, S., Cook et al*).

Estudios psicosociales de seguimiento de familias generadas a partir de gametos donados tampoco muestra diferencias en la solidez de la estructura familiar cuando se les compara con familias generadas con gametos autólogos (*Zegers-Hochschild F., Masoli D. et al*).

Dado que los actos médicos no generan efectos adversos en el área biomédica, para la mujer y su descendencia, las materias que requieren análisis bioético son:

- (a) Si es un derecho de los niños/as, compartir la identidad genética de sus padres y/o tener acceso a la identidad genética del donante,
- (b) si está afectado el interés superior de los niños/as con el anonimato respecto de la forma de procreación.
- (c) el derecho de las/los donantes, a abstenerse de develar su identidad a los niños/as nacidas con sus gametos y
- (d) la manera y la magnitud de la compensación económica a los/las donantes.

En relación con el develar a los hijos la naturaleza de los gametos usados en su concepción, no existen evidencias científicas que avalen un camino u otro. Existe como se dijo, abundante evidencia científica que el establecimiento de la familia y la identidad y fortaleza de las personas nacidas no se ve afectada por este hecho. También existen evidencias que sustentan la misma fortaleza y unión en familias en que se ha comunicado desde pequeño a los niños/as respecto al origen de los gametos. El problema es que no hay estudios comparativos que sustenten que un sistema es mejor que el otro y, por lo tanto, no hay manera de certificar que proceder es mejor para los

niños nacidos. Quizas la dificultad mayor para los progenitores es guardar el secreto para siempre, sobre todo dado que lo habitual es que este tratamiento haya sido discutido con más de una persona, familiar y/o amistad, que debe comprometerse de igual manera. En Latinoamérica aún prima el secreto y, si bien muchas parejas optan por develar el procedimiento a sus hijos, cuando son encuestadas antes de la donación, un porcentaje mayoritario cambia su decisión al nacer el bebé y deciden mantener el secreto.

No hay duda que lo más razonable es develar a los hijos la participación de una donante desde muy temprano en su desarrollo y esta es la experiencia que ha acumulado el Reino Unido, Suecia y otros países del norte de Europa. La pregunta que sigue, es si esta decisión debe estar asociada a una obligación para que la/el donante revelen su identidad y le den acceso a la persona nacida si él/ella así lo requiere. Mi opinión es que el develar el uso de gametos de donante a los nacidos es el camino más apropiado en la medida que simultáneamente, de quererlo, las personas que han nacido de estos procedimientos puedan acceder al donante. Develar a los nacidos que parte de su genoma proviene de un donante al que jamás tendrán acceso, puede ser muy difícil de vivir y, en ese caso, tal vez es preferible que los padres mantengan el secreto de por vida.

Como puede apreciarse, con la información que poseo, no tengo argumentos para evaluar con certeza, los riesgos y beneficios en una u otra opción.

Desde otra perspectiva, es un desafío ético de difícil manejo, el regular los incentivos económicos con los que se compensa a las/os donantes de gametos. En el mundo existe un caos total en lo que se entiende por incentivo o, directamente, negocio con material biológico. Mientras centros en USA atraen a donantes con honorarios de hasta USD 20.000, en Latinoamérica los valores son del orden de 1.500 a 2.000 y en Edimburgo, Escocia, se compensa la donación de óvulos con un suculento desayuno.

Se puede discutir si es ético vender material biológico, en estos casos, gametos, con una política de mercado al mejor postor, o regulado por ley. Al final del día, la pregunta es si es lícito obtener beneficios económicos al vender material biológico. Lo mismo aplicaría al vender sangre o un riñón, etc. La verdad es que es extremadamente difícil reflexionar sobre la licitud de vender material biológico propio pero, en general, no hay razón poderosa para impedir que una persona se beneficie de comercializar material biológico propio. Lo que es éticamente complejo es la vulnerabilidad de las personas que se ven obligadas a donar gametos para un sustento económico. Al menos en

Latinoamérica la gran mayoría de las donantes de óvulos son mujeres de niveles socio económicos inferiores a las receptoras o a los profesionales que contratan sus servicios. El concepto bioético mínimo que debe primar es que las donantes de óvulos reciban un tratamiento que sea médicamente de excelencia, que no sean sometidas a un riesgo desproporcionado con sus beneficios, que sean adecuadamente informadas sobre el uso que se hará de sus gametos, y del número de personas que se beneficiarán de los mismos, la donante debe ser compensada de manera proporcional a los cobros que se hacen en la/las receptora/s. Salvaguardados aquellos principios básicos, no veo inconveniente en la compensación económica de las/los donantes de gametos.

Los dilemas que se generan en el establecimiento de la familia, cuando ésta es querida de manera monoparental, y/o en parejas homosexuales, son exclusivamente relativos al bienestar de los niños nacidos. Los datos que existen de nacidos de parejas de lesbianas y de mujeres solteras, son escasos y, la gran mayoría, se circunscribe al seguimiento de familias que están contentas y satisfechas con su decisión, así es que existe cierto grado de sesgo en el seguimiento de estas familias. En Latinoamérica no existen estudios de seguimiento de bebés nacidos de mujeres solas o de parejas lesbianas.

Referencias

F. Zegers-Hochschild, J.E. Schwarze, J. Crosby, M. do Carmo Borges de Souza. **Twenty years of Assisted Reproductive Technology (ART) in Latin America**. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida JBRA*. Vol 15 N° 2. Mar-Apri 2011. ISSB1517-5693. Pags 19-30

Karl-Gösta Nygren; Elizabeth Sullivan; Fernando Zegers H.; Ragaa Mansour; Osamu Ishihara; Adamson David; Jacques de Mouzon; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (**ICMART**) **World Report: Assisted Reproductive Technology 2003**. *Fertil Steril*, Junio 2011, Vol 95 (7), Pages 2209-2222.e17

Zegers-Hochschild F., Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, van der Poel S; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. **The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009**. *Hum Reprod*. 2009 Noviembre; 24(11):2683-7. Epub 2009 Oct 4.

Zegers-Hochschild F., Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. **International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009**. *Fertil Steril*. Nov 2009; 92(5):1520-1524. Epub 2009 Oct 14.

Golombok, S., Cook, R., Bish, A. & Murray, C. (1993) Quality of parenting in families created by the new reproductive technologies: a brief report of preliminary findings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 14, 17-22.

Golombok, S., Cook, R., Bish, A. & Murray, C. (1995) Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development*, 64, No 2, 285-298.

Zegers-Hochschild F., Masoli D, Schwarze JE, Iaconelli A, Borges E, Pacheco IM. **Reproductive performance in oocyte donors and their recipients: comparative analysis from implantation to birth and lactation**. *Fertil Steril*. Vol 93 N° 7, May 2010.