

Radakoff de Doldan, Diana ; Arozamena, Cecilia ; Martínez Perea, María del Carmen ; Solsona, María Nieves

Técnicas de tratamiento de la esterilidad : aspectos tecnológicos y éticos abordados en el Informe Warnock

Vida y Ética. Año 10, N° 1, Junio 2009

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

RADAKOFF de DOLDAN, Diana, AROZAMENA, Cecilia, MARTÍNEZ PEREA, María del Carmen, SOLSONA, María Nieves, "Técnicas de tratamiento de la esterilidad: aspectos tecnológicos y éticos abordados en el Informe Warnock", *Vida y Ética*, año 10, n° 1, Buenos Aires, (junio, 2009).

<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/tecnicas-tratamiento-esterilidad-warnock.pdf>

Se recomienda ingresar la fecha de consulta entre corchetes, al final de la cita Ej: [Fecha de acceso octubre 9, 2001].

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD

ASPECTOS TECNOLÓGICOS
Y ÉTICOS ABORDADOS
EN EL INFORME WARNOCK

*Ciudad de Buenos Aires,
miércoles 15 de julio de 2009*

Mgt. Diana Radakoff de Doldan

- Licenciada en Ciencias Biológicas (Universidad de Buenos Aires -UBA-); Profesora universitaria (Universidad del Museo Social Argentino -UMSA- y Pontificia Universidad Católica Argentina -UCA-); Magíster en Ética Biomédica (UCA); Miembro del Comité de Investigación y Docencia de GENOS; Citogenetista

Prof. Cecilia Arozamena

- Psicóloga Clínica; Profesora Titular de la Cátedra de Psicología del Desarrollo (Universidad Católica de Uruguay)

Dra. María del Carmen Martínez Perea

- Médica especialista en Pediatría y Neurología infantil; Docente Adscripta de la Facultad de Ciencias Médicas (UBA); Jefe de Servicio de Neuropediatría (Hospital Aeronáutico Central, Buenos Aires)

Lic. María Nieves Solsona

- Licenciada en Economía (UBA); ejerció la docencia; Instructora certificada del método de la ovulación Billings; realizó actualizaciones en Woomb (*World Organization Ovulation Method Billings*) en Australia; organizó cursos para instructores en Argentina

Palabras clave

- Esterilidad
- Eficiencia
- Actualización
- Técnicas

Key words

- Infertility
- Efficiency
- Updating
- Techniques

RESUMEN

El *Informe Warnock* aborda parte de los problemas que surgen a partir del diagnóstico de esterilidad, tanto para los individuos como para toda la sociedad. Justifica el recurso de técnicas para solucionar la imposibilidad de concebir.

Se describen los distintos procedimientos dando las recomendaciones para cada una de las técnicas empleadas hasta el momento: inseminación artificial (homóloga y heteróloga), fecundación *in vitro*, donación de óvulos y embriones, útero subrogado. Aborda el uso extendido de las técnicas de tratamiento de la esterilidad para otros fines: evitar la transmisión de enfermedades hereditarias y selección de sexo. Asimismo, realiza sugerencias para una práctica correcta en todos los procedimientos y propone seguimientos y revisiones.

En paralelo al análisis exhaustivo de la Comisión Warnock, se actualizan los datos procedimentales, evaluando los aspectos éticos y la eficiencia de algunas técnicas.

ABSTRACT

The *Warnock Report* deals with some of the problems that arise from the infertility diagnosis, both for individual and for the whole society. It justifies the use of techniques to solve the inability to conceive.

Different procedures are described, and the *Report* includes recommendations for each of the techniques used as of said date: artificial insemination (both homologous and heterologous), *in vitro* fecundation; ovum and embryo donation, surrogate womb. It also refers to the extended use of infertility treatment techniques for other purposes, to wit: to avoid the transmission of hereditary diseases and for gender selection. Besides, it also includes suggestions for an adequate practice in all procedures, and it proposes follow-ups and revisions.

In addition to the exhaustive analysis of the Warnock Commission, procedural data is updated, assessing the ethical aspects and the efficiency of some techniques.

EL PROBLEMA DE LA ESTERILIDAD

El *Informe Warnock* aborda parte de los problemas que surgen a partir del

diagnóstico de esterilidad, tanto para los individuos como para toda la sociedad. No hace distinción entre esterilidad e infertilidad, aunque desde el punto de

vista médico sean situaciones diferentes.

[1] Se reflexiona sobre los inconvenientes reales y potenciales que surgen con la aparición de las técnicas de fertilización asistida. Cabe aclarar que si bien el documento se refiere siempre en estos términos, tanto para el Magisterio de la Iglesia como para algunos autores, es más apropiado referirse a "técnicas de reproducción artificial" porque el que asiste sustituye una función natural y no tiene un rol *ad extra*. [2]

En el comienzo, el *Informe* realiza un abordaje histórico del problema de la esterilidad desde lo social y lo religioso, explicando cómo en un principio se hacía a la mujer responsable de la esterilidad de la pareja, llegando a ser, en algunas ocasiones, causa suficiente para un divorcio.

Por otra parte, atribuye la causa del descenso del número de niños que se ofrecen para adopción, a la utilización de anticonceptivos, a las prácticas abortivas legales y al cambio de mentalidad hacia las madres solteras.

Plantea el valor de la familia y el valor de tener descendencia en la sociedad, remarcando las presiones sociales y frustraciones que puede traer el no poder lograrlo. Esta situación no ha cambiado mucho en la actualidad, ya que, aunque sea bien vista la postergación de la maternidad y es mejor aceptada la decisión de no tener hijos, ser estéril en nuestra sociedad es una situación altamente dolorosa y desvalorizante. Esto lleva a muchas parejas a la búsqueda de tener un bebé a toda costa ya que el no tenerlo implica hacer un duelo sobre el mito de "eran felices y tuvieron muchos hijos".

Lo dicho hasta aquí justificaría el recurso de las técnicas para solucionar la imposibilidad de concebir. Por ello, el *Informe Warnock* menciona y refuta los tres argumentos de aquellos que se manifiestan en contra de los tratamientos de esterilidad de la siguiente manera:

1. La superpoblación mundial: esto se confronta apelando al escaso número de niños que nacería de estas técnicas.

[1] La situación de una pareja que presenta incapacidad para tener hijos, se clasifica del siguiente modo:

Esterilidad primaria: la pareja no puede lograr un embarazo luego de intentarlo durante un año.

Esterilidad secundaria: luego de tener el primer hijo, la pareja no logra otro embarazo tras intentarlo dos años.

Infertilidad primaria: la pareja consigue la gestación, pero el embarazo no llega a término.

Infertilidad secundaria: tras haber logrado un embarazo y parto, la pareja no consigue otro embarazo a término

[2] Cfr. QUINTANA, E. M., *Sofismas y eufemismos semánticos en el ámbito de la fecundación artificial. Ley natural y laicidad*, en IV Jornadas Internacionales de Derecho Natural, Pontificia Universidad Católica Argentina, 12.09.2008.

2. La interferencia en la obra de la naturaleza, esta última considerada como voluntad divina: para refutar esto apelan a la ambigüedad de los conceptos "natural" y "antinatural" y consideran que las técnicas utilizadas serían una alternativa aceptable a la fecundidad natural.

3. La existencia de necesidades más importantes en un mundo con escasez de recursos: esto se contrapone recurriendo a otras funciones de la Medicina más allá de las meramente protectoras de la vida humana. Como la Medicina estaría ocupada en tratar las disfunciones, la esterilidad sería entonces tratada como otra disfunción, más aún teniendo en cuenta los posibles trastornos mentales que podría ocasionar la esterilidad en algunas parejas.

ACCESO A LOS TRATAMIENTOS

En el *Informe* no se recomienda el acceso exclusivo a los tratamientos de aquellas parejas cuyo vínculo esté refrendado por su estado matrimonial, entendiendo que el término "pareja" se refiere a dos miembros heterosexuales que conviven en el marco de una relación estable, estén o no unidos por el vínculo matrimonial.

Se citan, como apoyo legal a lo anterior, los artículos 8 y 12 de la Convención Europea sobre Derechos Humanos [3] que garantizan el respeto por la vida familiar y el derecho a fundar una familia para todas las personas. Estas cláusulas presuponen un derecho a beneficiarse, sin restricciones, de las técnicas existentes en la lucha contra la esterilidad.

También plantea otras consideraciones a tener en cuenta al momento de establecer la prioridad para acceder al tratamiento, por ejemplo: esterilizaciones previas voluntarias y nuevo casamiento, el caso de algunas mujeres que hayan tenido descendencia y actualmente sean estériles, etc.

Por otra parte se plantea que las diversas técnicas de reproducción asistida podrían permitir el acceso a la maternidad a mujeres solteras fértiles o a parejas de lesbianas sin intervención de un varón. Para fundamentar esto, se ampara en las normas de la Convención Europea y la ley sobre infancia de 1975, donde se admite la posibilidad, bajo ciertas circunstancias, de adopción por parte de personas solteras (hombre o mujer).

En otra sección, se plantea la necesidad de proteger el derecho a la paterni-

[3] WARNOCK, Mary, *A Question of Life. The Warnock Report. Human Fertilisation & Embryology*, Oxford, Reino Unido, Basil Blackwell Ltd., 1985, p. 11.

dad de los varones solteros, considerando la igualdad de sexos y los avances logrados por las políticas feministas en este sentido.

Más allá de todos los argumentos señalados anteriormente, el *Informe Warnock* subraya que, sin perjuicio de reconocer la imposibilidad de predecir la duración de la estabilidad de una pareja, por regla general es mejor que los niños nazcan en el seno de una familia de padre y madre.

Lamentablemente esta recomendación no fue tomada muy en cuenta. En la actualidad, en nuestro país y en la mayoría donde se practican estas técnicas, no existen restricciones en cuanto al acceso a las mismas. No es requisito que se trate de un matrimonio legalmente constituido, y ni siquiera se exige que quien acceda a ellas tenga una pareja estable o heterosexual. También las mujeres solteras, inclusive las lesbianas, pueden acceder a los tratamientos sin restricciones.

Se debe tener presente que una procreación verdaderamente responsable para con quien ha de nacer, es fruto del matrimonio (cfr. *Donum vitae* -de ahora en más DV-, II A 1), [4] donde los esposos colaboran con Dios en la generación de

nuevas vidas mediante su recíproca donación personal, propia y exclusiva de ellos (cfr. *Humanae vitae*, 8).

"Los valores fundamentales relacionados con las técnicas de procreación artificial humana son dos: la vida del ser humano llamado a la existencia y a la originalidad con que esa vida es transmitida en el matrimonio. El juicio moral sobre los métodos de procreación artificial tendrá que ser formulado a la luz de esos valores" (DV, 4)

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Al plantear el tema de la cobertura de los servicios para paliar el problema de esterilidad en el Reino Unido, se observa, en el año del *Informe Warnock* (1984), una oferta escasa.

Si bien el documento plantea en términos generales que toda la población debería tener derecho a recibir asesoramiento, propone que este acceso necesariamente debería incluir una evaluación cuidadosa por parte del equipo de salud (especialistas, asistentes sociales, etc.) quienes tendrían en sus manos la decisión de quiénes accederían a los diversos tratamientos.

[4] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum vitae, sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*, Ciudad del Vaticano, 22.02.1987, <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html>.

En esta misma línea el *Informe* plantea la necesidad de establecer criterios sociales de ámbitos más amplios que los puramente médicos para dar mayores garantías a quienes consulten, protegiendo así su derecho a recabar un segundo dictamen.

En la actualidad, esta interesante sugerencia no se cumple. Las personas que están deseosas de ser padres, se convierten en potenciales usuarios de una amplia tecnología que se presenta como superadora de la esterilidad, aún desconociendo la etiología de la misma y sin ofrecerles una información amplia para que la pareja pueda hacer una valoración moral de los procedimientos.

La Dra. María Luisa Di Pietro aconseja que "el acompañamiento de la pareja debería incluir la dimensión ético espiritual que será la que garantizará la calidad humana de las decisiones que se tomen, evitando así que se trate de una decisión simplemente técnica". [5]

Al momento del *Informe*, se señala la ausencia de datos y la escasa información disponible sobre el tema, recomendando la creación de un fondo de financiación para compilar estadísticas sobre esterilidad y sobre los medios paliativos correspondientes.

En una segunda instancia se describen las carencias en el tratamiento que se daban en ese momento, ya que había pocas clínicas especializadas, falta de continuidad en los cuidados y escasa atención psicológica, así como dificultades en los servicios de investigación y tratamiento de la esterilidad masculina.

Al presente, 25 años después, el número de clínicas dedicadas a los tratamientos de la esterilidad se extendió ampliamente, tanto en Gran Bretaña y en el resto del mundo como en nuestro país. Sin embargo no se ampliaron las investigaciones para corregir la esterilidad, y es imposible en Argentina conseguir estadísticas completas de los centros especializados en estos tratamientos. Para confirmar este dato, basta introducirse en la página web de cualquier centro de fertilidad. Allí se observa que no se incluyen las tasas de eficiencia de los procedimientos, las pérdidas de embriones ni la cantidad de ciclos de fertilización requeridos para lograr el nacimiento de un hijo.

El *Informe* recomienda un mayor grado de especialización, como una subespecialización en Medicina Reproductiva, y la conveniencia de que marido y mujer deban ser atendidos en forma conjunta en clínicas especializadas. Esto,

[5] DI PIETRO, María Luisa, "Asesoramiento ético a parejas estériles", *Vida y Ética*, n. 1, Buenos Aires, EDUCA, (junio 2003), pp. 25-40.

en líneas generales, se está cumpliendo globalmente.

Pero también recomienda que estas clínicas debieran contar con asesoramiento genético. Actualmente en nuestro país, algunos centros médicos incluyen a mujeres en protocolos de fertilización, sin conocer la etiología de la esterilidad y sin realizar previamente a la pareja un cariotipo genético. [6]

TEMAS COMUNES A CONSIDERAR EN LOS TRATAMIENTOS

El *Informe Warnock* considera la existencia de tres temas presentes en cualquier técnica, ellos son: anonimato, asesoramiento y consentimiento.

Anonimato

La recomendación de la Comisión es que el anonimato protege a todas las partes involucradas, en cuanto a complicaciones legales y emocionales. Recomienda anonimato para los donantes de los gametos antes, durante y después del tratamiento; el anonimato debería ser válido en forma recíproca (ni los donantes deben conocer a la pareja, ni ésta al donante). En la actualidad, este punto está bastante discutido y no

se da siempre así, ya que se protege el derecho del niño a conocer su origen genético.

Asesoramiento

No debe ser sesgado o parcial. Se destaca la necesaria idoneidad de los consejeros/asesores.

Consentimiento

Debería obtenerse por escrito, antes de comenzar el tratamiento y con la suficiente antelación, de modo que la pareja pueda pensar y discutir el tema sin la presión del tiempo.

Desde un punto de vista ético, estos dos últimos puntos están entrelazados, ya que un consentimiento informado será fruto de un asesoramiento amplio donde el profesional tratante evacue todas las dudas de la pareja. En este sentido la Comisión muestra un amplio respeto por la autonomía y libertad de la pareja, que debe reflexionar detenidamente acerca del procedimiento que le van a realizar, analizando la completa información que le suministraron previamente. Esto implicará una responsabilidad compartida entre médico y paciente, donde ninguno deberá ser violentado a obrar en contra de su conciencia.

[6] El cariotipo de la pareja es una descripción detallada de sus cromosomas que se realiza a través de una muestra de sangre. Muchas veces una alteración en la morfología de los cromosomas puede ser causa de esterilidad, infertilidad o malformaciones congénitas en la descendencia.

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

Esta técnica, utilizada antiguamente en veterinaria y trasladada a seres humanos, consiste en introducir el semen en la vagina, por medios distintos a una relación sexual, en días cercanos a la ovulación.

Inseminación Artificial Homóloga

Es cuando se utiliza el semen del cónyuge. La Comisión la considera una técnica sin objeciones morales si se realiza en una pareja estable y mientras no se utilice el semen congelado de una persona fallecida, ya que se considera peligroso por el daño psicológico que pudiera provocarle al niño o a la madre. Se aconseja realizarla por indicaciones precisas y bajo supervisión de un médico.

"Si el medio técnico facilita el acto conyugal o le ayuda a alcanzar sus objetivos naturales puede ser moralmente aceptado. Cuando, por el contrario, la intervención técnica sustituye al acto conyugal, será moralmente ilícita" (DV, II B 6).

Inseminación Artificial Heteróloga

Consiste en inseminar a la mujer con semen de donante. Esta técnica se utiliza cuando se ha comprobado la esterilidad por parte del marido o se quiere evitar la

transmisión de una enfermedad hereditaria por parte del varón.

La Comisión, luego de analizar argumentos a favor y en contra, decide que no puede, por convicciones de ciertos sectores, privar de la oportunidad de tener un hijo a través de este medio a aquellas personas que estén a favor de la donación. Por lo tanto propone que se organice el servicio de donantes, y se tomen las precauciones para no correr riesgos médicos ocasionados por transmisión de enfermedades o relaciones incestuosas entre niños concebidos con esta técnica.

Si bien propone una selección de muestras para asegurarse de que no se transmitan enfermedades hereditarias ni infecciones, está en contra de la descripción física de los donantes, a fin de proteger al niño si desilusiona a los padres por no cumplir con las expectativas físicas requeridas. La única información proporcionada debería ser aquella que indique los datos étnicos y la salud genética del donante. En la actualidad, en algunos países esto no se cumple, ya que es habitual ofrecer un *book* donde consta una descripción detallada de los donantes, que a veces incluye una foto.

También recomiendan fijar en diez el número de embarazos logrados por el mismo donante, aunque sugieren que este número sea revisado. Un análisis

más reciente realizado por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva sugiere limitarlo a cinco embarazos por ciudad y quince embarazos a nivel nacional. [7] La Comisión propone también la existencia de un registro central de donantes que manteniendo el anonimato permita un mejor control del número de inseminaciones. En el caso de nuestro país, en la actualidad no existe un registro unificado de donantes, con los riesgos que ello implica.

En las técnicas heterólogas se manifiesta una ruptura entre la paternidad genética, la gestacional y la responsabilidad educativa. Esto amenaza la estabilidad de la familia y por lo tanto repercute en la sociedad civil.

Tras una atenta reflexión antropológica, se observa que el recurrir a los gametos de una tercera persona vulnera el derecho del concebido a descubrir la propia identidad a través de la referencia segura y conocida de sus padres. Además, la responsabilidad social de las personas implica la necesidad de que los hijos vengán al mundo en el seno de una familia fundada en el matrimonio y donde el bien de los hijos y de los padres contribuyan al bien social. [8]

FECUNDACIÓN *IN VITRO* CON TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (FIVET)

Consiste en poner en contacto los óvulos con los espermatozoides en el laboratorio, con la intención de que el espermatozoide penetre en el óvulo y lo fertilice. Luego de la fecundación, que es extra uterina (fuera del cuerpo de la mujer), se obtiene el cigoto que comenzará a dividirse.

La Comisión señala que si el semen es normal, se obtiene un 75 % de ovocitos fertilizados, pero advierte que muchos embriones, al dividirse, presentan un desarrollo escaso o anormal y no son aptos para trasplantar.

Los embriones son transferidos al útero, donde se implantarán por sí mismos. Sin embargo, el documento señala lo azaroso de la implantación, que es el punto crítico del procedimiento. Por este motivo, transfieren, en tanto sea posible, más de un embrión. Estos son obtenidos gracias a una estimulación hormonal previa que permite madurar más de un óvulo. El riesgo agregado a este método es la posibilidad de obtener embarazos múltiples, con los problemas que estos acarrearán para la salud de la madre y de

[7] OSÉS, Raymond, "Criopreservación de semen. Aspectos clínicos", *Boletín Informativo de la Sociedad Argentina de Andrología*, vol. 6, n. 3 (1997), <http://www.cryo-bank.com.ar/doc_crio.htm>.

[8] Cfr. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum vitae...*, op. cit., II A 1.

las criaturas, sin olvidar además las complicaciones de índole social y económica.

En el *Informe* se sugiere reconsiderar constantemente el número apropiado de embriones a transferir. Cabe recordar que este reporte se publicó en 1984, lo que trae a la memoria los famosos casos de quintillizos nacidos en la década de 1990 con tanta repercusión en los medios.

La Comisión resalta la fascinación que provoca esta técnica a nivel mundial, y el interés público presiona a los médicos a que las practiquen, independientemente de la etiología de la esterilidad.

Sin embargo, aclara que esta técnica es apropiada cuando existe alguna alteración que daña la permeabilidad de las trompas de Falopio; es decir, sería adecuada para solucionar aproximadamente el 5 % de los casos de esterilidad, no obstante comenzaría a usarse en otros casos tales como oligospermia y esterilidad sin causa aparente (ESCA). Veinticinco años después, vemos que la FIVET (y su variante más actual, ICSI) [9] se utiliza ampliamente para paliar mucho más que el 5 % de los casos de esterilidad.

Entre los argumentos en contra de la FIVET planteados por el *Informe Warnock*,

básicamente hay dos tipos de objeciones: de principio y de consecuencia:

En la primera se encuentra el hecho de que, al ser una técnica que se desvía del coito normal, separa el aspecto unitivo del procreativo. Como la Comisión considera este argumento un principio moral que algunas personas sostienen de forma absoluta, debe ser respetado en la conciencia individual, pero no puede servir de apoyo para una política pública.

Las objeciones basadas en su consecuencia son variadas. Una de ellas señala textualmente: "*They argue that it is not acceptable deliberately to produce embryos which have potential for human life when that potential will never be realized*". [10]

Obsérvese que, independientemente del hecho de que sea moralmente inaceptable la pérdida de embriones, en esta frase se plantea un error conceptual, ya que habla de embriones con potencial de vida humana cuando desde la Biología, ya en 1984, se sabía que un embrión es una vida humana en acto.

El otro argumento en contra que se plantea en el documento, está relacionado con el elevado costo de la FIVET y el

[9] Inyección intracitoplasmática de semen.

[10] WARNOCK, Mary, *A Question of Life...*, op. cit., p. 31.

reparto justo de los recursos hacia procedimientos que beneficien a un mayor número de personas. Este punto, desde la reflexión bioética, es coherente con el principio de justicia; sin embargo la Comisión aclara que esto estaría relacionado con el desarrollo de las técnicas y no sería un argumento contra las técnicas mismas.

El *Informe Warnock* acepta la utilización de la técnica de FIVET argumentando que es el único camino para que ciertas parejas puedan tener un niño. Por lo tanto, la Comisión concluye que es una técnica aceptable y los servicios que la brinden deben someterse a la misma regulación e inspección que la recomendada para la inseminación artificial. Remarca que aunque la FIVET sólo es apropiada para una pequeña proporción de parejas estériles, los servicios deberían ofrecerse por todo el territorio (del Reino Unido) para evitar molestias de desplazamiento a las pacientes.

Aunque las técnicas se ofrezcan en el sector privado, la Comisión *Warnock*

aconseja que las mismas también sean cubiertas por la Seguridad Social para asegurar el acceso de quienes las necesitan. En muchos países, sólo las parejas de estratos medios y altos pueden procrear mediante esta tecnología médica. [11]

También se destaca el interés que tienen, pese a los pocos datos disponibles, en contar con una estimación exacta de sus cifras de éxito. En base a los resultados que poseen, consideran que la técnica de FIVET ya superó la etapa de investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1990 (seis años después) recomendó que estos tratamientos no debían ser cubiertos por la Seguridad Social ya que eran considerados todavía experimentales. [12] Esto se debe a:

- Bajo porcentaje de éxito.
- Falta de seguimiento a largo plazo.
- Rápida transferencia de las técnicas a seres humanos.

En la actualidad, la técnica de FIVET se fue mejorando con la incorporación de:

[11] En nuestro país, habitualmente las obras sociales no cubren estos procedimientos, pero en el último año, ante distintos amparos presentados, la Justicia porteña y bonaerense, dictaron sentencias que condenaron a la obra social a cubrir los gastos (en distintos porcentajes) del tratamiento de fertilización de sus afiliados. Los jueces consideraron que la infertilidad "es una enfermedad, no una condición más del hombre o la mujer y, como tal, integra el derecho a la salud" y que "tan altos intereses merecen un atención y tutela máxima por parte del Estado". Cfr. "Otro fallo obliga a una obra social a cubrir un tratamiento de fertilización *in vitro*", *Clarín digital*, 13.06.08, <<http://www.clarin.com/dia rio/2008/06/13/um/m-01693288.htm>>.

[12] Referencia citada por SOMMER, Susana, *De la cigüeña a la probeta. Los peligros de la aventura científica*, Buenos Aires, Planeta, 1994.

- Estimulación ovárica moderada.
- Reducción de embarazos múltiples (a veces practicando reducción embrionaria).
 - Aspiración de óvulos por ecografía, que reemplazó a la laparoscopia.
 - Mejoras en la técnica de congelación de óvulos por vitrificación.
 - Congelación de embriones que no son transferidos.
 - Incorporación (a partir de los años 90), de la técnica ICSI que consiste en la inyección de un solo espermatozoide directamente dentro del citoplasma del óvulo. Ésta surgió ante la imposibilidad de realizar FIVET tradicional debido al escaso número de espermatozoides en la muestra o por las características estructurales alteradas de los mismos, que impedirían la fertilización.

Sin embargo, sigue resultando difícil obtener datos completos referidos al éxito de la fertilización extracorpórea donde figuren: cantidad de óvulos extraídos, total de embriones transferidos, embriones que interrumpen el desarrollo antes de ser transferidos, embriones congelados, embriones que mueren luego del proceso de descongelamiento, etc. Para comprobarlo, basta entrar y recorrer las páginas web de distintos centros de fertilidad.

Al reflexionar sobre la eficiencia de estas técnicas es necesario tener presente que es un procedimiento complejo, con muchos pasos, y pueden suceder fracasos a distintos niveles:

1. Puede fallar la estimulación ovárica y, por tanto, no recuperar ovocitos para fertilizar.
2. No se produce la fecundación. Habitualmente de un 25 a 50 % de los ovocitos no son fertilizados. Cuando esto sucede, puede deberse a fallas del ovocito o del semen. A veces los análisis posteriores pueden dar una idea de lo que sucedió, pero otras veces no se obtienen datos concluyentes.
3. Transferencias de embriones sin éxito: el porcentaje de embarazo oscila entre un 20-30 % por transferencia. Cuando no se obtiene embarazo, en la mayoría de los casos no se logra dar una explicación.

Según estadísticas realizadas a nivel mundial, aproximadamente uno de cuatro intentos de fertilización *in vitro* termina en un nacimiento exitoso, lo que no quiere decir que esta estadística se cumpla en cada centro de fertilización. [13] Las variables a tener en cuenta son

[13] En un estudio español sobre coste-efectividad realizado por Ruiz-Balda, J.A., López, J.M. y Prieto, L. del Hospital 12 de Octubre (Madrid), comparando dos alternativas terapéuticas de estimulación hormonal en fertilización extra corpórea, es notable observar -independientemente del análisis económico que realizan- los resultados obtenidos en 120 mil pacientes de distintas edades luego de 420.346 ciclos: con una media de 3,5 ciclos por paciente, 106.735 de ellos terminaron en embarazo, dando lugar a 59.238 partos. Esto constituye un 14 % de éxito. Cfr. RUIZ-BALDA, J. A., LÓPEZ, J. M. y PRIETO, L., *Revista Española Economía y Salud*, 4, 2, Madrid (2005), pp. 96-102.

muchas: desde el punto de vista tecnológico, es muy importante la calidad del material, de las soluciones y drogas que se utilicen, como también la aparatología y la experiencia del operador. También es relevante la edad de la mujer. En las mujeres que usan sus propios óvulos, la edad es un factor fundamental para la eficacia del tratamiento: en las menores de 35 años el índice de eficacia es del 32%, mientras que en las mayores de 40 años se logra embarazo sólo en el 8% de los casos.

Las escasas cifras existentes son proporcionadas por los mismos centros que se dedican a realizar estos procedimientos y no hay investigaciones paralelas desinteresadas que puedan corroborar lo que se publica. Por otra parte, cuando se realizan investigaciones relacionadas con estos temas, muchas veces son financiadas por laboratorios que proveen drogas indispensables para estos tratamientos.

DONACIÓN DE ÓVULOS

Es una técnica válida para mujeres que no pueden producir óvulos naturalmente o corren el riesgo de transmitir una enfermedad hereditaria. Consiste en

recuperar óvulos de una mujer donante, que luego se fertilizan *in vitro* con los gametos del esposo de la mujer infértil, en cuyo útero se implanta luego el embrión resultante.

Al momento del *Informe Warnock* existen dificultades para el almacenamiento de óvulos congelados. Sin embargo, ante el hipotético mejoramiento de la técnica, recomiendan una revisión quinquenal de todas las gametas criopreservadas.

Recientemente, la técnica de criopreservación dejó de ser considerada experimental. Así lo declararon los expertos en el tema en ocasión del II Congreso Mundial de Criopreservación del Ovocito Humano, desarrollado en Italia en enero de 2008. [14]

La técnica de vitrificación logró elevar un 50 % el porcentaje de supervivencia de los óvulos en comparación con los procedimientos convencionales de congelación de aquel momento. La eficacia del método decae en relación con la edad materna.

Al presente, con la criopreservación de óvulos, no sólo se pueden almacenar las gametas donadas, sino también los

[14] "Avances en congelamiento de óvulos", en II Congreso Mundial de Criopreservación del Ovocito Humano, *Intramed*, <<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=50855>>.

óvulos sobrantes de aquellas mujeres que no requieren donación y fueron estimuladas hormonalmente para FIVET, preservándoselos para futuros intentos de embarazo.

Actualmente, se indica principalmente con el fin de preservar la fertilidad futura en mujeres que tengan un problema médico. Es el caso, por ejemplo, de mujeres que padecen cáncer y requieren la extracción de sus ovarios o deban ser sometidas a quimioterapia o radioterapia, tratamientos que pueden afectar la función ovárica futura. En algunos países se está ofreciendo también a mujeres que, por cuestiones personales, deciden postergar la maternidad y temen que sus óvulos pierdan calidad.

La Comisión revisa los argumentos que se plantean en contra de la donación de óvulos, tales como posibles impactos en el niño concebido mediante esta técnica, así como posibles daños en la sociedad, la invasividad del procedimiento, riesgos para la donante y posibles conflictos al introducir una tercera persona.

Concluye aceptando el procedimiento, justificándolo porque puede ser la única oportunidad de la pareja de tener un hijo que pueda ser gestado en la mujer infértil, y tenga la carga genética del padre. Esto les permitiría también experimentar el embarazo como cualquier otra pareja fértil.

Por lo tanto, así como aceptaron la FIVET y la IAH (inseminación artificial heteróloga), consideran que sería ilógico no aceptar la donación de óvulos, a pesar de los riesgos inherentes.

Los principios de una práctica correcta incluirían el anonimato de la donante, la apertura al niño de sus orígenes genéticos, limitar a diez el número de niños provenientes de una donante, asesoramiento para todas las partes intervinientes y el consentimiento informado.

El *Informe* deja en manos de la legislación el tratamiento de los conflictos jurídicos que plantea la intervención de un tercero, señalando que la mujer donante de los óvulos no debería tener derecho a reclamos de maternidad posteriores.

DONACIÓN DE EMBRIONES

Este procedimiento estaría indicado a las mujeres que necesitan óvulos donados para concebir, como también para aquellas parejas cuyos integrantes son infértiles.

Al momento de la investigación Warnock existen dos modos de obtención de embriones:

- El óvulo donado es fertilizado *in vitro* con gametos del donante, de ese

modo el embrión resultante se transfiere a la mujer infértil.

- Obtención de embriones por lavado uterino de la donante antes de la implantación.

El primer procedimiento es el aceptado por la Comisión, ya que al segundo, si bien es mucho más seguro para la mujer donante porque no requiere anestesia, se recomienda no recurrir por presentar peligro de infecciones y riesgos de embarazo de la donante.

Entre las objeciones que se plantean contra la donación de embriones está el hecho de que se introduce un tercero en una relación exclusivamente de dos, y esto puede impactar tanto en el niño como en la sociedad. Se mencionan también los riesgos para la salud de la donante del óvulo, y en caso de que el niño haya sido concebido con ambos gametos provenientes de donantes, ninguno de los futuros padres que lo gestarán y criarán, participan de la carga genética del niño por nacer.

Con reparo de dichas objeciones, y resaltando que la donación embrionaria es la forma menos satisfactoria de donación, [15] la Comisión Warnock la recomienda, destacando que este procedi-

miento sería una forma de adopción prenatal, con la ventaja sobre la adopción tradicional de que la pareja comparte el embarazo y el nacimiento, y por lo tanto, madre e hijo experimentan el vínculo que otorgan estas vivencias. Al igual que en los otros procedimientos donde aparecen donantes, se propone que se articulen las medidas legales necesarias y se sugiere anonimato del donante y acceso a la información genética que pueda influir en la salud del niño.

En la fecha de elaboración del *Informe*, eran muy pocos los embarazos logrados con embriones criopreservados. Sin embargo, la Comisión recomienda que si se produjera almacenamiento de embriones, este período no debe exceder los diez años. A partir de la década del 90, en la cual se mejoraron las técnicas de criopreservación, éstas se convirtieron en la fuente de obtención de embriones. Como la ovulación normal de la mujer es insuficiente para satisfacer los requerimientos de la fertilización extrauterina, se realiza estimulación ovárica. Esta superproducción de ovocitos tiene como consecuencia lógica la obtención de un número elevado de embriones (diez a quince). Esto es beneficioso para el procedimiento en sí, ya que permite seleccionar los embriones más saludables o

[15] Cfr. WARNOCK, Mary, *A Question of Life...*, op. cit., p. 40.

"viables" para transferir. Así aumentan las probabilidades de éxito y se evita someter a la mujer a más aspiraciones de folículos.

En un principio se transferían todos los embriones, considerando que la naturaleza efectuaría una selección. Sin embargo, los embarazos múltiples –con las complicaciones y riesgos que implican– fueron una consecuencia no deseada de estos procedimientos.

De ese modo, los profesionales que realizaban estas prácticas, fueron arribando a un acuerdo científico, profesional y ético: no debían implantarse más de tres embriones (algunos laboratorios mantienen la cota de cuatro, pero esto es excepcional; otros, si la mujer es joven, transfieren sólo dos). Universalmente, se considera que esta cifra conjuga un equilibrio entre la expectativa de éxito y la conveniencia sanitaria para las criaturas y para la madre.

Dado que la ovulación múltiple no dejó de estimularse, apareció el problema de los "embriones sobrantes": todos aquellos que, por exceder el número de tres, no se implantaban. Así surgió el dilema: ¿qué hacer con ellos?

Al desarrollarse la criopreservación (técnica de conservación de material biológico mediante su congelamiento), se dio una tendencia casi mundial a preferir esa opción: congelar los embriones que no eran transferidos.

Respecto de esta técnica afirma el Dr. Eduardo Quintana: "Otro sofisma lingüísticamente expresado mediante términos eufemísticos es la denominada **crioconservación o criopreservación** de embriones, procedimiento que no sólo implica demorar arbitrariamente la gestación del embrión y someterlo a la decisión posterior sobre su implante librándola a la voluntad o destino de los padres (estos pueden morir o divorciarse, como tantas veces ha sucedido) sino que significa la muerte de la inmensa mayoría de ellos". [16]

De esta manera, se difiere en el tiempo el momento en que se les permitirá a esos embriones retomar lo que hubiera sido su ciclo natural. Y habitualmente, por distintos motivos, muchos embriones nunca son transferidos.

En la Argentina, esta técnica se practica desde principios de la década de 1990. El primer parto de un niño proveniente de un embrión criopreservado se

[16] Cfr. QUINTANA, E. M., *Sofismas y eufemismos...*, op. cit.

anunció en 1993. Como hasta ahora no existe legislación regulatoria, no hay ningún tipo de control. [17] Aproximadamente un 30 % de los embriones u ovocitos pronucleados criopreservados muere. No se sabe si el deceso se produce al ser congelados, durante la conservación o al recuperarlos. No está probado que la criopreservación cause daños a los embriones sobrevivientes. La casuística es poca y la edad de los niños provenientes de embriones descongelados no permite plantear estadísticas válidas.

Por otra parte, la *Brown University* ha demostrado en un estudio publicado en el 2003 que las mujeres sometidas a una FIVET con embriones congelados tienen una tasa de embarazos ectópicos de casi un 32 %, mientras que las que reciben embriones no congelados sólo los presentan en un 2 %. Los embarazos ectópicos terminan siempre en aborto y el proceso pone en riesgo la vida de la madre.

Muchos son los padres que congelan embriones "sobrantes" de un procedimiento de fertilización, y luego resuelven no implantarlos. Satisfacen su paterni-

dad con los hijos nacidos del primer procedimiento, o abandonan la idea por motivos personales (separaciones, etc.). Muchas veces donan esos embriones congelados para que sean transferidos a mujeres que no pueden concebir, y es así como, actualmente, a diferencia del momento en el que se llevó a cabo la investigación Warnock, existe exceso de embriones disponibles para transferir o experimentar.

ÚTERO SUBROGADO

Este procedimiento ocurre cuando una pareja que no puede o no quiere llevar adelante un embarazo, solicita a una mujer que preste su útero para gestar a un bebé que les será entregado después del nacimiento. Las causas médicas que pueden dar origen a este procedimiento son variadas. La subrogación puede adoptar distintas formas. La mujer que lleva el embarazo puede también ser la madre genética si suministró el óvulo. El varón de la pareja solicitante puede ser el padre genético o utilizarse semen donado. Existen muchas combinaciones posi-

[17] Tras diversos avatares, en diciembre de 1999, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, ordenó realizar "un censo de embriones no implantados y ovocitos pronucleados criopreservados", además de "prohibir toda acción sobre los mencionados embriones y ovocitos -sea por parte de los dadores de los gametos o por parte de las instituciones profesionales actuantes- que implique su destrucción y experimentación". Este fallo marcó un hito en la defensa del concebido. Aunque su efecto jurisprudencial fue escaso, tuvo notable repercusión doctrinaria. Pero la realidad no fue tan auspiciosa: los criopreservadores se negaron a cumplir con el censo ordenado, aduciendo diversas razones. RABINOVICH-BERKMAN, Ricardo D., "La tutela de los embriones congelados", *Revista Jurídica La Ley*, Buenos Aires (16.09.2005).

bles. Habitualmente el proceso de subrogación de útero está acompañado de una fertilización extracorpórea o de una inseminación artificial.

La subrogación en general se efectúa a cambio de una contraprestación pecuniaria a la madre gestante. Puede haber algunos casos en que la subrogación sea altruista por existir una relación de amistad o familiar con la pareja.

La Comisión informa que al momento de efectuar esta investigación, se puede observar que la opinión pública está en contra de este procedimiento, objetando la intervención de un tercero en el proceso de procreación de una manera más íntima y personal que en las donaciones de semen. También se argumenta contrario a la dignidad de la persona el hecho de que una mujer explote su útero con fines de lucro. Y se cuestiona que una mujer se embarace con la intención de abandonar al niño rompiendo el vínculo establecido "in útero".

Sin embargo, el *Informe* dice que si el único camino para vencer la esterilidad es la subrogación, no debería quedar excluido. Y si existe la voluntad por parte de la mujer gestante, no sería considerado explotación, ya que, según el documento, a la mujer la asiste el derecho de

servirse de su propio cuerpo y de acuerdo a su libre albedrío.

Soslayando los problemas legales que trae la subrogación, que en general no es una práctica corriente y se reduce a contratos privados, en nuestro país se han conocido algunos casos dados por solidaridad entre familiares, y de mujeres que por necesidad económica ofrecían sus úteros como incubadoras. Esta situación es muy complicada desde el punto de vista psicológico, ya que es imposible que no se creen lazos entre la mujer que lleva adelante el embarazo y el bebé.

Al respecto, Mons. Elio Sgreccia comenta: "Un aspecto del problema que a menudo se soslaya es que el objeto del contrato y de la compraventa, no es sólo el útero de la madre sino también, y sobre todo, el niño". [18]

Muchos bioeticistas están totalmente en contra de estas prácticas. Aceptarlas o no, depende principalmente de la antropología de referencia. En el *Informe Warnock* estos procedimientos son avalados al promover una autonomía exacerbada por parte de la mujer gestante que es considerada "dueña de su cuerpo".

Sin embargo, es innegable que la maternidad sustitutiva representa una

[18] SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, México, Diana, 1996, p. 436.

falta al amor maternal y responsable; ofende la dignidad y el derecho del hijo a ser concebido, gestado, traído al mundo y educado por los propios padres; instaura, en detrimento de la familia, una división entre los elementos físicos, psíquicos y morales que la constituyen. [19]

EMPLEO EXTENDIDO DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD

La Comisión Warnock se encargó también de analizar todos los procedimientos para el tratamiento de la esterilidad bajo la perspectiva de un servicio disponible en determinadas circunstancias:

Transmisión de enfermedades hereditarias

El empleo de técnicas donde se utilizan gametas donadas sin material genético ligado a enfermedades hereditarias ofrece esperanzas reales en aquellas familias aquejadas por estos males. Aunque la fertilidad de la pareja no esté en juego, la Comisión considera apropiado ofrecer estas técnicas durante el asesoramiento genético, como prevención al nacimiento de un niño enfermo. Algunas de estas enfermedades se presentan con curso discapacitante, moderado, severo y

aun con curso fatal. Incluso, en ciertos casos, aconsejan recurrir a un embrión donado.

Los métodos disponibles pueden realizarse dentro de un marco de *screening* diagnóstico prenatal, para la detección de anomalías fetales.

El *Informe Warnock* destaca que el resultado de estos estudios da la posibilidad a los padres de finalizar con el embarazo, si ellos lo desean, al confirmar el padecimiento de la enfermedad, o por el contrario, decidir tener un niño discapacitado. En el consejo genético está la posibilidad de que el diagnóstico prenatal sirva para que los padres se preparen psicológicamente para tener un niño enfermo, y además, que tomen las previsiones médicas del caso. Por ejemplo, ante una trisomía 21 (alteración correspondiente al Síndrome de Down) es necesario hacer un control cardiológico riguroso al feto y al neonato, los padres pueden asesorarse respecto a la estimulación temprana del bebé, etc.

Selección de sexo

En el *Informe* no se hace diferencia entre los términos género y sexo. Se plantea la utilidad de la identificación del mismo cuando se trata de embarazos

[19] Cfr. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum vitae...* op. cit., II A 3.

con riesgo para enfermedades ligadas al sexo.

Al momento de la confección del documento se ofrecen como técnicas posibles para conocer el sexo del bebé, el *scan* ecográfico y la amniocentesis. Ambos procedimientos se podrían aplicar a partir de las 16 ó 18 semanas de gestación. Se propone la posibilidad de interrumpir el embarazo si el sexo del bebé concuerda con el necesario para la expresión de la patología. Se aclara que en caso de amniocentesis -dado que las pruebas pueden demorar 2 ó 3 semanas- de tener que proceder a la interrupción del embarazo, ésta se haría en un período tardío con los riesgos inherentes, sumados al 10 % de riesgo de aborto que presenta la amniocentesis en sí misma.

Actualmente, el cultivo de células obtenidas por amniocentesis se perfeccionó, así como la visualización directa de genes y cromosomas, con diferentes técnicas. El riesgo de aborto es del 0,5 % y se pueden obtener resultados a partir de las semanas 14 ó 15.

Por otra parte, los ecógrafos presentan mayor resolución, y un ecografista experimentado puede llegar a identificar el sexo tempranamente en la gestación.

Otra posibilidad que se plantea en el documento es la determinación del sexo

post implantatorio a través del estudio cromosómico en una muestra de corion, proceso que podría realizarse, según la investigación, entre las semanas 6 a 12 y conllevaría un riesgo desconocido de aborto que algunas parejas estarían decididas a correr para evitar el nacimiento de un niño enfermo. Actualmente las punciones de vellosidades coriónicas son de uso frecuente en diagnóstico prenatal y conllevan el mismo riesgo de aborto que una amniocentesis. No se recomienda hacerlas antes de la semana 11 de gestación.

Identificación del sexo antes de la implantación

Esta técnica podría aplicarse en caso de una fertilización extracorpórea. Al momento del *Informe* se especulaba con que, al igual que en algunas especies animales, se podría extraer un blastómero y analizarlo sin dañar al embrión. Ese procedimiento que en el año 1984 resultaba hipotético en humanos, es en la actualidad una práctica frecuentemente utilizada en el diagnóstico preimplantatorio que antecede a la selección embrionaria. Cabe aclarar que la selección de embriones se realiza siempre que se efectúe un procedimiento de fertilización extra corpórea. Comienza a plasmarse 48 horas después de la fertilización, cuando se evalúa la calidad de los mismos para decidir cuál transferir y elevar así la tasa de implan-

tación. [20] Pero también, en caso de que exista un mayor riesgo de que los embriones obtenidos por fecundación extrauterina sean portadores de alguna enfermedad genética, se lleva a cabo un diagnóstico genético pre-implantatorio que servirá para decidir cuales embriones serán transferidos y cuáles no. De ese modo, se utiliza no sólo para saber el sexo, sino también para identificar, en combinación con otras técnicas moleculares, la presencia de mutaciones u otras características. Esta es la metodología utilizada en la identificación de los famosos "bebés medicamento" que se gestan para que puedan donar células histocompatibles para salvar la vida de algún hermano enfermo.

La opinión pública estadounidense es totalmente partidaria de la preselección genética en reproducción asistida para evitar enfermedades, y un número considerable de personas aprueba también la selección de rasgos físicos. Así se presenta en una encuesta reciente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, en la cual de una muestra de mil personas, un 13 % usaría esta tecnología para conseguir bebés más inteligentes y

un 10 % estaría de acuerdo en utilizarla para seleccionar a los embriones que serán más altos al llegar a adultos. [21]

En este tipo de selección, el adjetivo que coloquemos al embrión (femenino, masculino, discapacitado, enfermo crónico, enfermo mental, etc.) define o justifica el actuar, aunque implique la eliminación de varios de ellos en sus primeros estadios. Es una visión típicamente utilitarista, donde el enfermo o portador de estas patologías no tiene lugar en este tipo de sociedad.

La Comisión recomienda que, de perfeccionarse las técnicas de selección de sexo, sólo sean utilizadas con causa médica justificada y no por razones puramente sociales.

CONCLUSIONES

Se debe destacar el análisis exhaustivo que la Comisión Warnock realiza, tanto de los argumentos a favor como en contra, de los distintos tratamientos de la esterilidad, antes de emitir una recomendación final. También las sugerencias

[20] NODAR, Florencia, *Newsletter digital* del Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGYR), n. 37, (junio-julio 2007), <www.cegyr.com>.

[21] GIL, Paula, "¿Rubio y con ojos azules? ¿O mejor pelirroja, como su madre? Traer al mundo hijos a medida será posible en breve", *Agencia EFE*, 3.3.2009.

para una práctica correcta -comunes a todas las técnicas- y los seguimientos y revisiones propuestas, son apropiadas.

Se menciona el daño psicológico que puede llegar a producir la esterilidad en las personas, pero no se menciona que el alto índice de fracasos con estas técnicas causa desazón y frustración, eventualmente depresión y, a veces, conflictos en la pareja. Aquellas que recurren a las técnicas de fertilización artificial privan a la sociedad de otras formas de fecundidad, como puede ser la adopción, o la participación generosa en organizaciones que redunden en beneficio de otros.

En cuanto a los costos económicos, dada la baja tasa de éxitos (muchas fertilizaciones, menos embarazos y pocos niños que finalmente nacen), los procedimientos resultan ser muy onerosos. De obtenerse una legislación que regule esta práctica y que sume a los servicios de salud, como sistema solidario, esto traería un encarecimiento de dichos servicios en el sistema privado (medicina prepaga). Si esta misma legislación incluyera (al menos parcialmente) estas prácticas en los hospitales públicos, con la misma asignación presupuestaria, implicaría un recorte o restricciones en otros servicios.

En el laboratorio de fertilización asistida existe una posición de dominación

en la cual los productores, sin duda con buenas intenciones, se ponen a sí mismos en un lugar inapropiado, teniendo en cuenta que es una relación de ser humano a ser humano.

Lamentablemente, el espíritu en general de los miembros de la Comisión Warnock, fue ver al hijo como un derecho y no como un don.

"La expresión 'derecho al hijo' contemporáneamente se ha difundido a raíz de la fecundación artificial. En realidad tal derecho no existe pues el hijo nunca puede ser el objeto del derecho del padre, por el contrario, como sujeto de derecho que es, su existencia es constitutiva de relaciones jurídicas con respecto a sus progenitores". [22]

Así, cualquier práctica que se lleve a cabo queda justificada en orden al fin. Por eso, al inicio de los argumentos a favor de cada procedimiento se esgrime que esa técnica permitirá a la pareja tener un hijo.

De esta manera se privilegian los derechos de los demandantes (futuros padres), a saber: privacidad, autonomía; y no se duda en instrumentalizar al donante y al hijo. Haciendo una analogía, en la adopción se busca siempre una familia para un niño, y no en primera instancia satisfacer la demanda de la paternidad.

[22] Cfr. QUINTANA, E. M., *Sofismas y eufemismos...*, op. cit.

La expansión y aceptación de estos procedimientos en el mundo entero no sorprende. Legitimar la destrucción embrionaria es coherente en sociedades que toleran y aceptan la utilización de píldoras, DIU y prácticas de aborto.

El informe final de la Comisión, al ser permisivo en las recomendaciones, abrió las puertas a lo que luego llegó a través del desarrollo de la tecnología derivando en la reducción del estatuto del embrión humano y en las prácticas eugenésicas.