

Moya, Graciela

Problemática ético morales vinculadas a las técnicas de fertilización asistida

Vida y Ética. Año 15, N° 1, Junio 2014

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:

Moya, Graciela. "Problemática ético morales vinculadas a las técnicas de fertilización asistida" [en línea]. *Vida y Ética*, año 15, n° 1 (2014). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/problematica-etico-morales-vinculadas.pdf> [Fecha de consulta:.....]

PROBLEMÁTICA ÉTICO MORALES VINCULADAS A LAS TÉCNICAS DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA

Mg. Dra. Graciela Moya

- Médica UBA
- Médica especialista en Genética Médica UNLP
- Magíster en Biología Molecular Médica UBA
- Magíster en Ética Biomédica en el Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, UCA
- Becaria del Dr. Edmund Pellegrino, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington EE.UU
- Profesora con dedicación especial en el Instituto de Bioética, UCA
- Directora Médica de "Genos"

Palabras clave

- Infertilidad
- Técnicas de fertilización asistida
- Embrión humano
- Defensa de la vida del niño por nacer

Key words

- Infertility
- Assisted reproduction techniques
- Human Embryo
- Defense of life of the unborn child

RESUMEN [1]

En los últimos 30 años han ocurrido grandes avances en el área de la medicina reproductiva, no solo respecto a los desarrollos científico-técnicos, sino que también han surgido una gran cantidad de cuestionamientos éticos, legales y sociales vinculados a la definición del concepto de dificultad en la concepción; del estatuto de embrión y la posibilidad de su manipulación; y la conformación de familias por la intervención de terceras personas, ya sea por la dación de gametas, embriones, o la subrogación de úteros. En este trabajo se presentará una revisión de los aspectos ético morales vinculados a las técnicas de fertilización asistida y su repercusión en la sociedad.

ABSTRACT

In the last 30 years, we have witnessed important scientific-technical advances in reproductive medicine and also the emergence of ethical, legal and social questions about the definition of conception problems, the embryo statute, the possibility of manipulation, as well as family conformation after the intervention of third parties by means of gamete, embryo donations or uterus subrogation. This work reviews the ethic-moral aspects of assisted reproduction techniques and the consequent impact on society.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha definido a la infertilidad como una problemática médica sanitaria en los países desarrollados

(Vayena y cols., 2001). Surge como una situación central en la vida de las personas que por distintos motivos no pueden llegar a la gestación de un hijo sano, ello motiva un sufrimiento psicológico, con

[1] Las presentes reflexiones fueron planteadas en el contexto de las *Jornadas Interdisciplinarias de Ética: "Bioética: Problemáticas ético-morales del inicio de la vida humana"*, organizadas conjuntamente por el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) y el Instituto Universitario ISEDET, entre los meses de junio y noviembre de 2013. Esta ponencia junto con las demás exposiciones, aportadas por los especialistas que han sido convocados en el marco de las diferentes jornadas, se encuentran publicadas en el libro *Nuevos Desafíos en el Inicio de la Vida Humana. Perspectivas ecuménicas en Bioética (Inicio de la Vida Humana - Fertilización asistida - Aborto)*.

marcada repercusión social, tanto para las mujeres como para los hombres que puede generar grandes presiones en la pareja, la familia y la sociedad.

Si bien la infertilidad no es considerada en sí misma una enfermedad, porque no pone en riesgo la vida o salud física de las personas, la Organización Mundial de la Salud interpreta que el sufrimiento que genera puede alterar el completo bienestar, físico, mental y social de las personas (Vayena y cols., 2001). A su vez, la reproducción es entendida como un derecho humano, basado en el artículo 16.1 de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos: "Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia,..." Al ser un derecho debería garantizarse, y por ende, la dificultad en la concepción ser tratada.

Desde su introducción en 1978 (Steptoe y Edwards, 1978), las técnicas de fertilización asistida se aplican no solo en casos de parejas heterosexuales que por distintos motivos médicos se presentan con dificultad en la concepción, sino también en parejas fértiles heterosexuales que deciden la selección embrionaria por riesgo de salud elevado para la descendencia por patología genética hereditaria o no, como la edad materna; para la selección de características genéticas no

relacionadas con la salud del embrión, como el sexo, o su compatibilidad genética con un hermano (bebé medicamento); en mujeres solas, que no hayan logrado una pareja; o bien en parejas homosexuales, biológicamente infecundas. En todas estas circunstancias, tan variables, se reconoce como una indicación de tratamiento legítima (Bateman, 2001), que se ha expandido a amplios sectores de la sociedad. De hecho en la actualidad alrededor del 1-4 % de los bebés nacen por medio de estas técnicas (Reefhuis y cols., 2008).

Si bien en forma genérica la dificultad en la concepción se refiere como infertilidad, englobaría los siguientes conceptos médicos: 1- **Esterilidad Primaria** cuando la pareja, tras un año de relaciones sin tomar medidas de protección, no ha conseguido un embarazo. 2- **Esterilidad Secundaria** la pareja que, tras la consecución del primer hijo, no logra una nueva gestación tras 2 o más años de intentarlo. 3- **Infertilidad Primaria** la que padece una pareja que consigue una gestación que no llega a término con un recién nacido normal. 4- **Infertilidad Secundaria** cuando, tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido normal.

Por lo tanto, se entiende como una condición de una pareja, no como una

dificultad individual, ya que solo en el contexto de la búsqueda de un hijo y entre esas dos personas en particular, se manifiesta la dificultad.

La infertilidad es un problema común, aproximadamente el 10% de las parejas sufre alguna dificultad para concebir un hijo. De manera que en edades jóvenes, la posibilidad de concebir en un solo ciclo es alrededor del 20 al 25% y en un año alrededor del 90% (Gnoth y cols., 2003). Esta dificultad se incrementa con la edad materna. La fertilidad de la mujer disminuye considerablemente con el aumento de la edad (Figura 1) y la posibilidad de pérdida de embarazo se incrementa. Así, la tasa de embarazo disminuye significativamente a partir de los 35 años, por ello se propone comenzar a estudiar a las pacientes mayores de esa edad, después de 6 meses de dificultad en la concepción (Gnoth y cols., 2005) y no a partir del año como en parejas más jóvenes. Es así que, actualmente, el retraso en la búsqueda de un hijo, por disminución de la reserva ovárica, es una de las causas sociales más frecuentes y evitables de infertilidad.

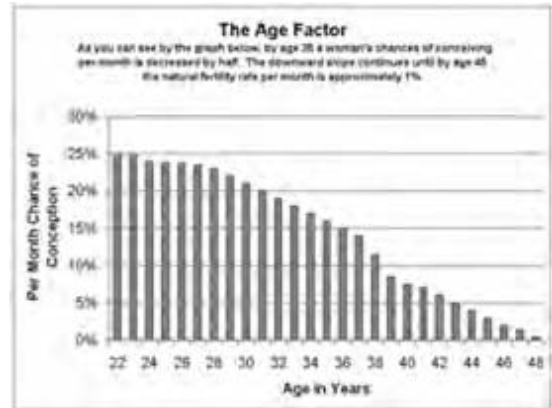


Fig. 1 (adaptado de <<http://rba-online.com>>)

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

Muchas de estas causas pueden ser tratadas con la finalidad de prevenir la dificultad en la concepción. Existen tres niveles de prevención en salud, [2]

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

dependiendo del momento en que se realicen las acciones para prevenir o tratar la enfermedad o sus secuelas. Las técnicas de fertilización asistida se interpretan como prevención terciaria, ya que se tratan las secuelas de las alteraciones físicas que producen la infertilidad. Es decir, no se toman medidas que eviten la infertilidad, ni que traten las anomalías que la pueden generar, sino que una vez instalada la dificultad se reemplaza el proceso natural de concepción por uno asistido o artificial. A pesar de lograr el objetivo, considerado terapéutico, que es el nacimiento del niño, la dificultad persiste. De manera que, las técnicas de fertilización asistida son un conjunto de procedimientos en los que las células germinales son tratadas para mejorar su capacidad fecundante, y en caso de obtenerse embriones *in vitro*, los mismos son cultivados para mejorar su capacidad de implantación.

Este proceso puede ser de alta complejidad o de baja complejidad dependiendo si existe o no manipulación embrionaria, respectivamente. Entre los de baja complejidad se encuentran: 1) la inducción de la ovulación, como tratamiento farmacológico que favorece la producción de óvulos, y establece más certeramente la fecha de mayor fertilidad femenina; y 2) la inseminación artificial que, luego de la inducción de la ovulación, se insemina a la mujer con el

semen del varón tratado para mejorar su capacidad fecundante. Estas técnicas no se pueden aplicar en todas las pacientes con dificultad en la concepción, y tienen un éxito entre el 10 y 60% de los casos. Pueden realizarse con semen homólogo, es decir de la pareja de la mujer, o con semen heterólogo, de un tercero. Habitualmente el semen heterólogo se obtiene de un banco de semen comercial. En los países que tienen una legislación al respecto, se restringe el número de fertilizaciones con semen heterólogo, debido a que se corre el riesgo de incrementar la tasa de consanguinidad, ya que muchas veces los niños nacidos por dación de gametas heterólogas no conocen su origen biológico y pueden formar pareja con un medio hermano, sin conocerlo; y se incrementa la posibilidad de disminuir la variabilidad del pool genético en una determinada población.

Las técnicas de alta complejidad implican la manipulación embrionaria, ya que el mismo se fecunda *in vitro* (FIV) y no naturalmente, dentro del cuerpo de la mujer (Van Voorhis, 2007). Este procedimiento implica seis fases: 1) inducción de la ovulación, 2) La aspiración de los ovocitos mediante una punción transcervical bajo control ecográfico y sedación, 3) La inseminación de los ovocitos obtenidos, con la muestra de semen, ya sea en forma convencional o por inyección intracitoplasmática del espermatozoide

en el óvulo (ICSI). Esta técnica se desarrolló para facilitar la fertilización en el caso de infertilidad de causa masculina, pero se utiliza en la mayoría de los ciclos de FIV. 4) El cultivo *in vitro* de múltiples embriones: se pueden cultivar por 3 días hasta el estadio de mórula (8 células) o hasta el 5 día hasta el estadio de blastocisto, antes de ser transferidos. Los embriones sobrantes, reconocidos de buena calidad, son criopreservados por vitrificación. 5) Una vez cultivados se seleccionan según sus características y se transfieren con una cánula a la cavidad uterina. 6) Constatación de la gestación: se realiza la prueba de embarazo a los 14 días de la transferencia del embrión en estadio de mórula, o a los 12 días de la transferencia del blastocisto.

IMPLICANCIA DE LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA

La fertilización *in vitro* implica:

1- La separación de la procreación del acto sexual y de la necesidad de un contexto familiar. Esto altera la forma de relacionarse de las personas que condicionan y dan significado a la formación de una familia en la sociedad. Esto se sostiene principalmente porque la tecnología para la asistencia reproductiva se hace posible en un contexto médico. Entonces en este contexto las relaciones

se definen en términos terapéuticos, los valores que intervienen en el proceso procreativo son reemplazados por conceptos como calidad, seguridad y eficiencia del acto técnico-científico, y se establece la pericia del médico y su equipo en el manejo apropiado de los procedimientos como central en el acto procreativo (Bateman, 2001). Se corre el riesgo de considerar la vida del hijo como una finalidad terapéutica y no como un don.

2- La creación de seres humanos en laboratorio, lo que expone al embrión humano a riesgos como: 1) Manipulación, 2) Selección, hay dos instancias de selección: Una antes de la transferencia vinculada a las características microscópicas del embrión, y otra relacionada con el Diagnóstico o Screening de preimplantación. Este procedimiento requiere de una biopsia del embrión en etapa de mórula o blastocisto, y el estudio genético de estas células para enfermedades génicas, anomalías cromosómicas, estudios de compatibilidad, o determinación del sexo (Magli y cols., 2006). Estos estudios también permiten la selección de embriones con variantes en la información genéticas, asociadas a desórdenes heredados de sus padres como baja talla o sordera. De hecho, se estima que alrededor del 3% de los diagnósticos de preimplantación seleccionan embriones portadores de mutaciones vinculadas a patologías genéticas (Baruch, 2008). Este procedimiento de

selección, a su vez, tiene una tasa variable de mortalidad del embrión, reportada entre un 5 y 50% (Aran y cols., 2012), por lo cual se requiere la obtención de muchos embriones para que sea efectivo. 3) Experimentación: los embriones que no serán transferidos por no tener la "calidad" esperada o porque los padres no desean más hijos, pueden ser entregados por sus padres como material de experimentación, previa firma de un consentimiento, 4) Donación: los embriones considerados "sobrantes", porque ya no serán transferidos, pese a su finalidad reproductiva inicial, pueden ser donados por sus padres para investigación o bien donados a otras parejas o mujeres, 5) Congelamiento: aquellos embriones que no serán implantados en ese ciclo, pero sí quizá más tarde, quedan criopreservados a 196 grados bajo cero, por un período de tiempo que se acuerda con el laboratorio, 6) Descarte: se descartan aquellos embriones que no serán transferidos por no tener las características microscópicas esperadas, por portar anomalías genéticas, por no ser compatibles, o porque los padres ya no desean tener otros hijos.

3- La posibilidad de incluir a una tercera persona, habitualmente anónima, en el proceso procreativo, ya sea dando las gametas o gestando al niño. La dación

de espermatozoides, óvulos o embriones implica consideraciones especiales, ya que interviene una tercera persona en la constitución de la familia. El dador de gametas habitualmente es sometido a un proceso de selección por sus características individuales o su información genética. Existe habitualmente una compensación económica por la muestra obtenida por los gastos directos o indirectos asociados. Muchos estudios han reportado que predominantemente los dadores son personas jóvenes, que están motivados por el pago recibido por la muestra (Johnson, 1997; Lyall, 1998). Existe un debate si la donación de gametas debería incluirse como las donaciones de otro material biológico, como la sangre, la médula ósea u órganos para trasplante en forma desinteresada, o los dadores deben ser considerados como los participantes en protocolos de investigación y recibir una compensación económica. El caso de la donación ovocitos tiene características particulares: implica un riesgo para la dadora asociado a la hiperestimulación ovárica; [3] la técnica es más exitosa si no se criopreservan los ovocitos, lo que impide tener una información actualizada del panel infeccioso de la donante; y la estimulación de ambas mujeres, la dadora y la receptora debe estar sincronizada. En algunos países se

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

prohíbe la compensación económica a las mujeres dadoras de ovocitos, lo que también disminuye el número de mujeres dadoras, pero permiten "compartir" óvulos a las mujeres que se someten al tratamiento de fertilización. Esto también genera áreas de conflicto, ya que el compartir los óvulos disminuye el costo del tratamiento, pero existe la posibilidad de que la mujer que reciba el óvulo conciba al niño y la dadora no tenga éxito en su tratamiento (Kuhse, 2001). Otro punto de debate es el límite del número de hijos nacidos por donante para limitar el riesgo de consanguinidad o disminuir la variabilidad genética en una población.

La donación de embriones tiene dos recursos, ya sea a partir de embriones congelados de parejas que han completado sus familias y ya no desean tener más hijos, o bien embriones gestados por óvulos y espermatozoides donados seleccionados por la mujer sola o una pareja. Por el momento, la decisión de recibir gametas o embriones de terceros asienta solamente en los futuros padres del niño (Kuhse, 2001). También queda en los padres la decisión de considerar qué información recibirá el niño, respecto a sus padres biológicos, y los dadores, acerca de sus hijos biológicos. El secreto respecto al origen biológico de los embriones, gestación por dación de gametas o por úteros subrogados, genera un dilema que puede afectar el desarrollo emocio-

nal del niño y sus vínculos familiares, y también su salud al no conocerse sus antecedentes biológicos o características familiares, particularmente en los casos de enfermedades parcial o totalmente genéticas (Daniels, 1997). Entra en debate el concepto de "mejor interés del niño" (Luna, 2001), si es conveniente mantener oculta la información acerca de la forma en que fue concebido, y la anonimidad de los dadores de gametas con la finalidad de no dañar la identidad del niño y sus vínculos familiares; o bien mantener esta información en secreto es la causante de los daños en la identidad y relaciones familiares. Inicialmente, estos datos se guardaban como secreto de confidencialidad estos datos, pero en la mayoría de los países se encamina hacia una tendencia de revelar esta información, al menos después de la mayoría de edad de los niños así concebidos, si bien aún en Latinoamérica la postura de ocultar esta información es mayoritaria en los médicos que se desempeñan en el área (Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, 1996).

La gestación por subrogación de útero es un tema muy controversial y muy pocos países lo tienen contemplado en la práctica o aún legislado. Implica la concepción y gestación de un niño que será deliberadamente entregado a otros padres distintos de quien lo ha gestado, y la separación del proceso de gestación y

maternidad. Se interpreta a la gestación como un hecho meramente biológico que instrumentaliza a la mujer, ya que intenta negar que en la gestación intervengan otras esferas de la mujer, como la emocional o la espiritual, considerándose como una facultad meramente biológica de la mujer. De hecho, en algunos países como la India es considerado como un provechoso negocio (Cussins, 2012), ya que existen alrededor de 1000 clínicas que ofrecen este servicio, aún sin una legislación, siendo una industria con valores alrededor de 2.4 billones de dólares al año.

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

Surge entonces el cuestionamiento si existe un derecho a la procreación, que deba ser garantizado, y un derecho a un hijo sano o con las características genéticas esperadas por los padres, o bien existe

una obligación o deber moral de tener un hijo sano. Algunos autores dicen que sí, que son derechos que se deben garantizar si existe la tecnología disponible para ello. Entonces lo justifican sosteniendo una adecuación de los principios de autonomía y beneficencia relacionados a la procreación, y proponen como justificación el principio de autonomía reproductiva (Scott, 2007) y el de beneficencia procreativa (Savulescu, 2007). El principio de autonomía reproductiva sostiene que existe un interés moral o legal que tienen las personas de asumir o rechazar el nacimiento de un niño o un cierto número de niños, y el de beneficencia procreativa hace referencia a un principio de selección del mejor hijo de los hijos posibles que se puedan tener, de quien se espere tenga la mejor vida, basada en información relevante y disponible. Así mediante técnicas como el diagnóstico de preimplantación, existe la posibilidad de elegir las características genéticas que nuestros hijos porten, no por la manipulación de su genoma, sino por su selección y descarte, entre un rango de embriones estudiados (Kahn, 2002).

PERSPECTIVAS DE LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN EL CONCEPTO DE EMBRIÓN HUMANO

Desde su incorporación como tratamiento de la infertilidad, las técnicas de

fertilización asistida se han aplicado en muchos países sin ningún tipo de regulación o normativa que brinde protección a los futuros padres o al niño por nacer (Di Pietro, 2004). Por ello, se organizaron comisiones de expertos, reunidas por los diversos parlamentos nacionales, con el fin de realizar recomendaciones que determinen una serie de principios que deberán regular el uso de estas prácticas (Serrano Ruiz Calderon, 1987). Surgen estas comisiones en muchos países Europeos, comenzando por Suecia en 1984. Los esfuerzos en legislación se interpretan desde dos modelos diferentes: un modelo centrado en los intereses de los adultos e interpretando que los embriones no tienen derecho a la vida, ni intereses propios; y un modelo centrado en la protección del niño concebido, quien es reconocido como un ser humano que requiere una mayor protección por ser una vida humana frágil. Estas dos posiciones se sostienen en una distinta estructura antropológica y axiológica del embrión humano.

Entre las recomendaciones que se centran en los intereses de los adultos, que incluyen a la madre, ambos padres, y el investigador, se citan, como ejemplo,

las de los informes emitidos por la comisión inglesa y la comisión española.

El "Comité de Investigación sobre Fertilización y Embriología Humanas" británico, presentó un documento conocido como informe Warnok (1982). Este informe elige una fecha arbitraria, el día 14 postfecundación del desarrollo vital embrionario, a partir de la cual ya no podría autorizarse la investigación o manipulación embrionaria, incluyendo su destrucción. Si bien asume el comienzo de la vida embrionaria en la fecundación y el desarrollo embrionario como un continuo, elige el día 14 postfecundación como un límite arbitrario para la manipulación e investigación sobre el embrión humano, siendo el desarrollo de la línea primitiva lo que marca el inicio del desarrollo *individual* del embrión, negándose su individualidad antes de esa etapa. Recomienda que desde ese momento, en que el embrión pueda ser considerado como un ser individual, requiere una protección moral especial facilitando la posibilidad de experimentar con los embriones hasta esa fecha.

A partir de este informe, se introduce el término "pre-embrión" (McLaren, 1987) [4] definido en un contexto jurídico

[4] La autora propone el uso del término 'pre-embrión' o 'conceptus' para designar al "producto completo del huevo fertilizado hasta el estadio final de la implantación" y el término 'embrión' para "aquella pequeña parte del pre-embrión o conceptus, distinguible primero en el estadio de la línea primitiva, que desarrollará luego al feto."

co administrativo, que permite justificar una identidad diferente del ser humano desde el momento de su concepción hasta el día 14.

Con la misma orientación, el informe de la "Comisión Especial de Estudio de la Fecundación in vitro y la Inseminación Artificial Humanas" de mayo de 1985, en España conocida como comisión Palacios, justifica la manipulación embrionaria en las primeras etapas del desarrollo. Reconoce que el embrión humano es vida humana cuya complejidad se orienta inicialmente a la reproducción humana, pero que existe una incertidumbre biológica y ambiental en la que se desarrolla que no garantizan su individualidad o unicidad ni su destino humano (Palacios, 2005). De esta manera, la legislación española recoge varias leyes con las que se ha ido regulando la reproducción humana asistida y la investigación biomédica con embriones humanos, reconociendo que el embrión humano no tiene estatus biológico ni jurídico equivalente al de los recién nacidos (Zurriarán, 2009).

En el segundo caso los informes se centran en la defensa de la vida del niño por nacer, como ejemplo el informe de la comisión italiana Santosuosso (Santosuosso, 1984) que reconoce al concebido como individuo humano y como hijo. Los criterios de orientación que sostienen esta perspectiva son el derecho a la

vida y a la salud, y desarrollarse en una familia estable (Di Pietro, 2004). Considera al embrión en su naturaleza intrínseca, como ser humano con un proyecto continuo desde la fecundación, que no debe ser instrumentalizado, y en su vida como ser social, la necesidad de nacer y crecer en el seno de una familia (Di Pietro, 2004). Por su parte, el informe de la comisión alemana Benda propone una fuerte protección de la vida humana embrionaria ya que reconoce al embrión como vida humana individual desde el momento de la fecundación y recomienda que se respeten las condiciones que asegurarán la supervivencia del embrión y su crecimiento luego del nacimiento. Recomienda evitar, entonces, su criopreservación y la fecundación fuera del seno familiar. Este informe establece prohibiciones y sanciones en la manipulación de embriones por medio de estas técnicas, es una ley de protección de embriones (Embryonenschutzgesetz, 1990) (Lecaros, 2012), por lo cual le otorga una protección jurídica adecuada, evitando que pueda ser objeto de manipulación.

Estas dos posturas se basan en una distinta interpretación de la identidad y dignidad de la vida humana en la etapa embrionaria: si las mismas son inherentes al estatuto de ser humano o son características adquiridas u otorgadas en el transcurso del desarrollo embrionario, que permiten justificar o no su manipulación para intereses que no son los pro-

pios del embrión. La noción de intereses se basa principalmente en el concepto de respeto por la autonomía y autodeterminación (Kushe, 2001) y, por lo tanto, contempla fundamentalmente los intereses o derechos de los padres del embrión quienes pueden decidir qué le pasará al embrión. Entonces, el embrión no tendría intereses propios que requieran protección especial, porque dependerían de las decisiones de los padres que decidieron su creación, con gametas propias o dadas por terceros.

Cuando la postura se centra en los intereses de terceros, pero no en los del embrión humano, se sustenta en las siguientes premisas: 1) Se niega la condición humana del embrión en fases tempranas de su desarrollo. 2) Se considera al embrión como una persona humana potencial, no real, que puede desarrollarse como adulto y tener intereses en el futuro, pero no en esta etapa de su vida. 3) Se priorizan las necesidades y deseos de los adultos, frente al respeto por la vida del embrión. 4) Dado que los embriones no son agentes morales y no tienen intereses propios (Huhse, 2001), no pueden ser dañados por su crio-conservación, selección, descarte o destrucción para investigación. 5) Se esgrime la **razón científico-terapéutica** que prioriza los avances científicos basados en que la experimentación e investigación son necesarias para el desarrollo de la ciencia

y curación de enfermedades. Es entonces necesario, privar al embrión de su condición de persona, y considerarlo como un producto biológico carente de morfología y valores humanos, para poder justificar la selección y descarte de embriones que conllevan las técnicas de fertilización *in vitro* (Ferrer, Pastor, 1998). Así se interpreta a la fecundación como un proceso no relevante para la vida del embrión humano y es solo la implantación en el útero materno la que define la característica humana del embrión.

En cambio, cuando las reglamentaciones se centran en la protección del embrión humano se sustenta en las siguientes premisas: 1) La nueva vida humana comienza en el mismo momento de la fecundación, con la fusión de las membranas del óvulo y espermatozoide se inicia un proceso biológico continuo, coordinado y gradual, con una finalidad intrínseca. 2) El embrión humano, desde el punto de vista ontológico, es un ser humano individualizado, no potencial, sino real. Solo es potencial su posibilidad de desarrollo pre y postnatal. 3) El proceso total de desarrollo del ser es integrado y dependiente de su ambiente, por ello no se puede establecer una dualidad entre vida humana y ambiente, necesitando el embrión condiciones ambientales propias, diferentes a las requeridas en la vida postnatal. 4) La obligación de **defender la vida** se torna fundamental y

prioritaria respecto de los otros valores, incluyendo la adquisición de conocimientos científicos que mejoren la salud de la humanidad (Sgreccia, 2008).

CONCLUSIONES

En conclusión, para que un método diagnóstico o tratamiento médico constituya un verdadero bien para la humanidad, debe guiarse por valores morales objetivos dentro de un contexto ético

que sea respetuoso de la persona humana, en todas las etapas de desarrollo vital, sus derechos inalienables y su dignidad intrínseca.

Tanto la familia en forma individual, o los profesionales, como la sociedad en general deben adoptar una decisión a fin de entender quién es la persona que recibe el beneficio de los procedimientos y tratamientos, y para ello, definir el valor de la vida humana, aceptar su diferencia y protegerla en su vulnerabilidad.