

La fecundación asistida ¿es ética?

MARÍA LUISA PFEIFFER

Universidad de Buenos Aires

Consideraciones previas

La fertilización asistida es considerada como uno de los mayores logros de la medicina en nuestro siglo. Podríamos decir que su desarrollo está apoyado sobre dos mitos que afectan a la fertilidad y que aún perduran: una mujer infértil puede o incluso debe ser repudiada no sólo por el marido sino por la sociedad, porque es la presencia del mal, de lo antinatural, del enojo divino; el hombre infértil, por su parte, pierde ante sus pares su virilidad, es visto como débil, afeminado y es despreciado por ser incapaz de reproducir la especie.

Por otra parte, en el imaginario social aún está vigente que a una conyugalidad sin prole le falta algo esencial; sumemos a ello que pensar en una vejez sin hijos es pensar en un final de la vida solitario, que el hijo, sobre todo si es varón, es el que transmite el apellido y la estirpe, que en el hijo o la hija los progenitores se proyectan y completan y tendremos un cuadro de la situación.

Cuando nos acercamos a problemas actuales de ética médica como son los de la fecundación asistida, de la manipulación genética, del trasplante de órganos, de la cirugía estética, la pregunta siempre tiene dos términos: naturaleza y humano. Su antagonismo aparece en la pregunta: ¿es el humano un ser natural?, ¿forman el hombre y la mujer parte de la naturaleza? De responder que sí, la actitud debida, la actitud ética, sería la de cuidar y contemplar el orden natural y procurar no violarlo¹. Esto es lo que hacía la medicina en sus comienzos siguiendo el ideal contemplativo de la ciencia griega. Los consejos de Hipócrates eran «aliviar el sufri-

miento, reducir la violencia de la enfermedad y abstenerse de intentar curar a aquellos a quienes la enfermedad ha conquistado»; su tratado de medicina es una colección de descripciones de enfermedades. Pero si la respuesta es que el orden humano es diferente del natural, ¿cuál es el argumento para no transformar la humanidad a gusto y placer del consumidor?

Esta cuestión es la pregunta fundamental a que se enfrenta la bioética, debido a la tensión permanente entre lo que podríamos llamar natural y artificial en el hombre². De hecho el tremendo avance que ha realizado la medicina y la biotecnología en nuestro siglo se debe a la aceptación sin resquemores del ideal transformador de la ciencia de la modernidad. Aplicar la motivación transformadora de la naturaleza al hombre es lo que ha permitido pensar en los trasplantes, por ejemplo, y un poco más allá en la producción de seres humanos según un modelo, tal como proponen los que buscarán clonar humanos.

De todas maneras, la respuesta acerca de lo propio de lo humano debe provenir de una reflexión acerca de los términos del planteamiento utilizando una hermenéutica que nos permita comprender más que explicar de qué se trata. Es una tarea apropiada para la filosofía y ella debería ser quien enfrentase cuestiones como las de la infertilidad, la procreación, los hijos, que afectan al centro de constitución de lo humano. Sin embargo, hoy día la respuesta proviene de la medicina; se considera que éstos son problemas clínicos y se ignora al abordarlos los estilos de vida, los rechazos que podríamos denominar psicológicos, la educación, la religión, los

trabajos que realiza el individuo o los ambientes sociales en que se mueve, además de cuestiones más básicas como cuándo un hombre comienza a ser hombre, quién puede decidir sobre la vida y la muerte de un humano, si se puede experimentar con seres humanos, etc. La respuesta para la infertilidad es una técnica que no tiene más base teórica que la de responder a una demanda de paternidad. Al desarrollarla se ignora, en aras de la eficacia, por ejemplo, que esta técnica está apoyada en la separación de la reproducción de la sexualidad y que ello puede acarrear consecuencias no sólo para la pareja que reclama un hijo, sino para la vida de la sociedad en general. El criterio utilizado es meramente técnico y los propósitos terapéuticos, con lo cual queda sentada, sin medir las consecuencias de ello, que todo aquel que es infértil es un enfermo. Los problemas éticos que suelen abordarse se limitan al control de calidad del procedimiento, el abuso económico o la idoneidad profesional. Cuando se hace un planteamiento relativo a las consecuencias aún desconocidas, por ejemplo, es rechazado con el argumento de que «no se puede desechar lo bueno por que exista la posibilidad de que se produzcan consecuencias no deseadas»³. Se identifica al cuestionamiento hecho desde las consecuencias con el argumento de la «cuña», olvidando que algunas consecuencias no son ocasionales, como podría ser una infección o una complicación clínica, sino que parecen ser inherentes a la práctica, y el hecho de que no sean deseadas no las hace menos perniciosas. De todas maneras las consecuencias a que hace referencia la ciencia médica y que todavía no se conocen son las clínicas, las otras dimensiones humanas que puedan ser afectadas quedan fuera de su examen. No se ha tenido en cuenta en ningún momento, por ejemplo, su impacto en el orden simbólico, que pone en cuestión fundamentos éticos jurídicos, filosóficos y culturales, entre ellos especialmente la

concepción de parentesco y los conceptos de maternidad y paternidad.

Lo que sustenta la falta de reflexión sobre el significado de esas prácticas no sólo en la vida de los individuos que las llevan a cabo, sino de la sociedad toda, es la confusión en la que el médico se piensa interviniendo para salvaguardar el orden natural⁴.

El orden natural

Pensemos un poco esta cuestión. Supongamos lo que se llama un orden natural, vale decir un orden ajeno a la voluntad del hombre, que se cumple o que debiera cumplirse más allá de sus deseos, su aprobación o su rechazo. ¿Cómo habría de reproducirse el humano siguiendo un orden natural?

El modo de saberlo es observar el orden que rige los movimientos y relaciones de los otros seres que pueblan el mundo. Evidentemente nos detendremos en las relaciones de los seres vivos para «copiarlas» o «imitarlas»; cuanto más se parezcan las acciones humanas a una conducta «natural» más correctas serán. De la observación de los seres vivos inferimos que cuanto más «evolucionados»⁵ más compleja es la reproducción, la más compleja requiere padre y madre y un acto de unión sexual. Por otra parte, encontramos que se dan en toda especie individuos «naturalmente» estériles, cuya función es difícil de explicar. Como el ser humano parece ser el organismo más complejo, siguiendo las leyes de la naturaleza su reproducción debería ser realizada por individuos fértiles, en un acto sexual en que interviniera un macho y una hembra. Queda claro que según este razonamiento no podemos aceptar de ninguna manera las prácticas de fecundación asistida ni ningún tipo de investigación o experimento médico tanto en lo relativo a la fecundación como a la genética, ya que alteraría el orden natural.

Pero la medicina actual no contempla la naturaleza, sino que la modifica o intenta modificarla según patrones que no provienen de ella sino del deseo del hombre; por consiguiente, no está actuando para salvaguardar la naturaleza sino para cambiarla. Podemos citar aquí al doctor Blaquier, un acérrimo defensor y promotor de la técnica de fecundación asistida, quien considera que «la especie humana es particularmente ineficiente en su reproducción»; esto lo afirma porque aunque se diera una fertilización natural en casi todos los ciclos, sólo el 20-25 por 100 de los embriones se implantaría y daría origen a un embarazo. Tal vez Blaquier esté pensando en corregir la naturaleza con una técnica que logre que el 100 por 100 de los implantes prospere, es decir, en modificar casi totalmente el proceso reproductor.

Se puede argüir que la «naturaleza humana» es diferente, que ser humano implica modificar lo dado «naturalmente» cuando no es bueno, aplicando el criterio reparador. De ser así tendríamos que discutir desde dónde medir la bondad de este procedimiento. ¿Desde lo tradicional? ¿Desde lo ideológico? ¿Desde lo deseado? ¿Y lo deseado por quién, por la pareja, por la sociedad, por la humanidad? ¿Y cuál sería la razón de elegir uno u otro de los criterios? Porque probablemente lo deseado no se consiga con lo acostumbrado, por ejemplo.

Si no responde a la naturaleza como orden establecido y a respetar, ¿a qué responde la práctica médica?

El doctor Nicholson⁶ da sus razones para continuar con la fecundación asistida diciendo: «La intención de los que buscan un hijo a través de estas técnicas es la de ser como los demás. Lo que la justifica es el principio de justicia e igualdad»⁷. El principio de justicia e igualdad es un principio ético-jurídico por el cual todos los hombres tienen iguales derechos y deberes y no proviene de un orden natural. Veremos más adelante cómo la práctica de la fecundación asistida pone seriamente en

cuestión algunos derechos, como los de la mujer y el niño, y olvida o descuida por lo menos las obligaciones que estos derechos generan. Nicholson agrega: «dar a cada uno lo que le corresponde»; si tomáramos como patrón un orden natural tendríamos que aceptar, por más cruel que nos pareciera, que lo que le corresponde a un individuo estéril no es ser fértil. Lo que buscan estas parejas entonces no es cumplir con una ley natural, sino obtener lo que les corresponde según su *deseo*, y ésa es una de las cuestiones más importantes a debatir: el peso del deseo particular en la vida social. Parecería que el deseo tiene en este caso una formulación simple: deseo de ser madre y padre; sin embargo, habría que preguntarse, por ejemplo, si el niño no se convierte en prótesis de la infertilidad de la pareja y si no es deseado como señal de éxito y no por sí mismo. Algo más que no debemos olvidar, el hombre que se masturba en el banco de esperma para donar su semen no tiene obligación alguna de cuidar a la madre y al niño, ni debe afrontar una relación sexual que podría comprometerlo; tal vez eso se consiga con el deseo de superioridad del hombre respecto de la mujer, tan vigente en nuestra cultura.

Nuestro mundo es heredero del moderno con sus ideas rectoras de las prácticas, ideas que no eran ajenas al orden de la imaginación y fueron dando primacía al orden del deseo sobre el natural. La medicina no puede ser ajena a ello y con sus prácticas e investigaciones sigue alimentando a la imaginación creadora.

Cuestiones éticas

¿Podemos afirmar que los métodos artificiales son inmorales en sí mismos como hacen muchos? No se trata aquí de juzgar a los métodos de fecundación asistida, ni a los que recurren a ellos o los que los llevan a cabo. Lo que estamos tratando

de pensar es desde dónde pueden ser justificados, hechos *justos*; es decir, buscamos argumentos éticos que permitan aceptarlos más allá del ámbito de la clínica médica. Quizá una de las cuestiones más espinosas sería la de la licitud de experimentar en humanos una técnica probada pero cuyos efectos aún no han sido probados. ¿O es que el éxito hace lícita una práctica? Sabemos que los padres de Louise Brown, la denominada «primer bebé de probeta», no fueron advertidos de los riesgos que corrían madre e hija. Sabemos que la comunidad científica internacional, ante el éxito del procedimiento, cerró los ojos al hecho de que los investigadores habían trabajado directamente sobre embriones humanos sin hacer pruebas en monos, que es una de las etapas que los comités de ética recomiendan antes de aplicar una nueva técnica médica a los seres humanos. Y también estamos enterados de que la misma comunidad científica internacional ignoró que el Comité Nacional de Investigación Médica de Gran Bretaña se había negado a financiar esos experimentos. En un libro escrito por los médicos protagonistas de aquella experiencia exitosa éstos reconocieron que habían asegurado al matrimonio Brown que la eventualidad de un nacimiento anormal era improbable cuando en realidad no tenían elementos de juicio para ello.

La ética exige que toda práctica médica sea consentida por el paciente debidamente informado. El consentimiento informado implica que los médicos deben dar información a los pacientes sobre los riesgos importantes además de las alternativas plausibles al procedimiento. Para que este derecho pueda ser ejercido debe estar basado en consejos adecuados, información completa y asesoramiento acerca de los alcances, límites y riesgos del tratamiento. ¿No sería preciso que el consentimiento informado que firman los futuros padres advirtiera que se trata de una técnica aún experimental? ¿No habría que

informarlos que se están sometiendo a un experimento cuyos resultados serán evaluados dentro de veinte o treinta años, cuando sus hijos sean adultos? ¿No tendrían que saber que no existen porcentajes de éxito *fidedignos* según fue reconocido por la OMS? ¿Que esta misma organización, en un informe a cargo del doctor Marsdan Wagner, calificó a la práctica como «experimental, invasiva, costosa y que involucra serios riesgos para la salud física y mental de las mujeres?». Si bien es ético experimentar sobre aquellos que aceptan ser sujetos de experimentación, no lo es presentar un experimento como una práctica probada científicamente.

La mayoría de las parejas entrevistadas por una revista femenina que realizó un informe sobre la fecundación asistida⁸ ignoraban lo referente al dolor y el reposo posterior. No conocían ni siquiera cómo se llevarían a cabo las prácticas y menos aún los efectos de procedimientos como el de estimulación ovárica. En el consentimiento informado que firman las parejas en la actualidad, por lo menos en Argentina, no sólo no figura que el procedimiento está en etapa experimental, sino que tampoco se solicita autorización para que los óvulos de la mujer puedan ser usados experimentalmente, ni la aceptación de los riesgos que representa para la madre y los fetos la posibilidad de un embarazo múltiple. Las parejas no son informadas tampoco del alto índice de mortalidad por nacimientos prematuros. El formulario que firman es aceptando, entre otras cosas, que se dañen involuntariamente la vejiga, el intestino o un vaso sanguíneo de la mujer, que aparezcan infecciones derivadas de las intervenciones, que el espermatozoide pierda vitalidad, que los óvulos, los embriones congelados se «pierdan» por desperfectos mecánicos, por cortes de luz generales, atentados terroristas, inundaciones, incendio no intencional y fenómenos naturales como terremotos. Si bien la dañada en primer término es la mujer, el hombre no arriesga poco,

pues luego de la práctica, sea ésta exitosa o no, deba tal vez convivir con una mujer⁹ o con niños enfermos. El argumento por el que se escatima esta información es que los riesgos son potenciales y muchas parejas no intentarían la experiencia por temor, perdiendo así la posibilidad de ser padres. ¿No será que de bajar el número de parejas que acudan a la práctica se rompe el porcentual de éxitos y queda dañado el récord de médicos e instituciones? ¿Es realmente el deseo de paternidad y el dolor de muchas parejas lo que promueve estas prácticas? ¿No será que, como acota la OMS, la proliferación de estos servicios está relacionada más con los intereses de los proveedores que con una planificación racional basada en las necesidades de la población?

En general, las parejas que se lanzan a esta aventura están en desventaja emocional e informativa; es lógico que el centro al que acuden estimule la práctica y minimice las complicaciones médicas o legales que pueden aparecer y que en general las parejas ignoran cómo resolver; no olvidemos que son clientes.

Formularé una serie de preguntas que probablemente no agotan la problemática pero que sería bueno poder responderse antes de aceptar esta solución médica al problema de la infertilidad, y hacerlo no significa ser una troglodita insensible ni oponerse al progreso científico.

1. ¿Qué hacer con los embriones congelados ante la muerte del padre o la madre, ante un divorcio, ante el abandono de los padres, ante el rechazo de los padres por algún motivo al descongelarlo? En Argentina hay unos 2.300 embriones congelados, según informa Nicolás Neuspiller¹⁰. El proyecto de ley aprobado con media sanción del Senado¹¹ propone como solución «darlos en adopción»; podríamos preguntarnos ¿qué pareja decidida a adoptar, conociendo los riesgos que esta práctica implica, adoptaría un

embrión en vez de un bebé ya nacido? En este sentido Nicholson propone permitir el congelamiento de embriones sólo excepcionalmente. Esto implicaría resolver antes cuáles serán los motivos de la excepcionalidad, ya que el argumento para la criopreservación es tener ovocitos guardados por si la práctica fracasa.

2. ¿Cómo determinar quién es la madre, quién es el padre de un niño nacido de la transferencia de gametos donados? En la actualidad el criterio de paternidad es biológico, lo vemos claramente cuando se hacen las pruebas de sangre o de ADN para establecerlo. ¿Qué criterio tendríamos que comenzar a tener en cuenta? La cuestión de la identidad va más allá de ser un problema jurídico, afecta a la misma existencia del hombre y es el sustrato de cualquier consideración bioética.

3. ¿Es lícito vender óvulos o esperma? En Inglaterra la donación de óvulos es gratuita, mientras que la de esperma se paga a unos 25 dólares. ¿Qué impedirá vender tanto óvulos como esperma en el futuro? Ya actualmente el servicio del banco de esperma en ese país tiene un costo de unos 200 dólares.

4. ¿Es lícito alquilar un vientre? ¿En qué se diferencia un vientre de una persona? Podríamos preguntar entonces, ¿es lícito alquilar una persona? Y si es lícito hacerlo para procrear, ¿por qué no lo sería para causar placer como en el caso de la prostitución?

5. ¿Hasta qué punto se tiene en cuenta en la decisión del tratamiento la vulnerabilidad a que son expuestas las personas que se someten a él? En algunos institutos no se realiza la práctica antes de que hayan transcurrido dos años desde la primera consulta. ¿Podríamos asegurar que esos dos años en que la pareja se somete a todas las pruebas biológicas para determinar su grado de infertilidad disminuyen el estado de angustia y ansiedad que impide una evaluación crítica de los riesgos, o más bien lo estimulan? Nadie se pregunta de dónde

proviene en una pareja la «necesidad» de tener hijos ni cuánto influye en el comenzar y seguir a ultranza uno o varios tratamientos la fascinación técnica que opera tanto en el paciente como en el médico.

6. ¿Cuál es la situación psicológica de la mujer sometida a los numerosos abortos que implican los sucesivos fracasos cuando el tratamiento no da resultado? Tengamos en cuenta que el éxito es alcanzado entre el 10 y el 20 por 100 de los casos, lo cual puede leerse como que el índice de fracasos es entre el 90 y el 80 por 100. Este argumento podría verse revertido cuando la técnica mejorara, pero hasta entonces ¿cuántos abortos serán necesarios? Podemos sumar a esto que en los casos en que la práctica es exitosa hay un 20 por 100 de abortos espontáneos. No olvidemos que «abortar espontáneamente» después de que el implante fuera exitoso es mucho más doloroso que no lograr quedar embarazada, ya que lo que pierde la mujer, la pareja, no es un gameto, un embrión o un feto, sino el hijo tan deseado y tal vez toda esperanza de tenerlo. Me limito a esta observación dejando de lado que lo que se pierde es una vida humana que viene siendo manipulada desde sus inicios y con la que simplemente se experimenta.

7. ¿Quién debe determinar el grado de viabilidad del embrión a transferir? Actualmente la decisión está en manos del médico, y así no se transfieren los embriones considerados anormales o los óvulos considerados inmaduros.

8. ¿Quién determina cuántos embriones serán implantados y cuáles serán desechados? En la actualidad también lo hace el médico. El proyecto de ley mencionado más arriba establece que se deberán implantar tres embriones, y éste ha sido el punto más criticado del proyecto. Blaquier¹², por ejemplo, considera que este número afecta a la efectividad de la práctica, «la posibilidad de obtener un embarazo —dice— es directamente proporcional al número de embriones transferidos»;

vale decir que la decisión se toma meramente por un cálculo probabilístico. Tanto él como Nicholson consideran que serían necesarios al menos cuatro embriones para mantener la tasa de natalidad alcanzada hasta el momento. Otro argumento esgrimido por otros profesionales es que bajará el número de parejas que requieran de esta práctica, ya que como en Uruguay o Brasil no existen las leyes que restrinjan el número de ovocitos a implantar, las parejas se irán allí a probar suerte, no sólo las argentinas, sino las extranjeras que ahora eligen nuestro país debido al desarrollo que alcanzó aquí la técnica y a los bajos costos en relación con otros países como EEUU o Inglaterra. ¿Quién debería decidir el número de embriones a implantar para los médicos que critican el proyecto como Blaquier? «La determinación del número de ovocitos a fecundar y su destino es una prerrogativa indelegable de los padres», dice este profesional, y en principio parecería ser una norma ética incuestionable. Sin embargo, si los padres van a decidir tendrían que tener la posibilidad de reflexionar acerca de las cuestiones que venimos planteando.

9. Lo que se juega en esta práctica no es un mero asunto de estadísticas que contabilicen éxitos o fracasos, sino los derechos de la madre a conocer los riesgos a que se expone ella y sus hijos con un embarazo múltiple, así como los de la pareja, que deberán decidir si son aptos o no para afrontar la posibilidad de un nacimiento múltiple.

10. El derecho del niño como niño es un logro de la humanidad, y las leyes y la sociedad están para garantizarlos. ¿Es el embrión propiedad de los padres o del médico? La objeción que puede hacerse a este último argumento es que el embrión no es todavía un niño, de hecho muchos biólogos y genetistas se niegan a llamarlo embrión¹³ para que no sea confundido con un niño. Ya que existe la duda¹⁴, decidamos entonces, previamente a aceptar o

rechazar cualquier práctica, cuándo un hombre comienza a ser hombre¹⁵. De todos modos la discusión sobre el principio y fin de la vida humana no puede realizarse con argumentos biológicos únicamente. Tampoco es una respuesta que deban contestar los padres o el médico simplemente.

11. Si bien es posible cuestionar desde determinadas posturas antropológicas los derechos del embrión, no pueden ponerse en duda los del niño nacido. Respecto de esta cuestión sabemos que no se conoce aún con certeza el efecto a largo plazo de estas técnicas en los niños, por ejemplo si serán aptos para tener hijos. También ignoramos su efecto a nivel psicológico y social frente a la obligada pregunta por su filiación.

12. Los derechos de la persona no pueden pensarse ni aislarse de los derechos de la sociedad a que pertenece. Si bien es cierto que desde el punto de vista de la autonomía cualquiera tendría derecho a un tratamiento con vistas a la fertilidad, el nacimiento de un niño en estas condiciones requiere un gasto enorme: sólo un implante tiene un costo de 3.000 a 6.000 dólares en cada intervención; pensemos que cada práctica, sea sencilla o compleja, debe repetirse entre dos y cuatro veces de promedio, sumemos a esto el gasto que se origina a nivel de investigación. ¿Quién debe hacerse cargo de todos esos gastos? La administración de recursos es un problema ético. Los costos en salud pueden aumentar si estas prácticas son financiadas o subsidiadas por el Estado, por seguros médicos o por medicinas prepagas. Por ello en su informe la OMS indica que los Gobiernos no tienen obligación de garantizar la posibilidad de acceder a estas prácticas, ya que existen otras opciones sociales para solucionar el deseo de descendencia. Por otra parte, podríamos preguntarnos, ¿es justo realizarlas cuando el porcentaje de desnutrición y muerte de niños a nivel mundial es tan elevado? ¿Es respuesta que sólo los ricos puedan y los pobres no? El

que la sociedad lo deje librado a la decisión y posibilidad individual convierte a esta práctica en selectiva.

13. Por lo menos podríamos calificar como inconsecuente a una sociedad que gasta millones para que nazca un niño al mismo tiempo que destina gran cantidad de fondos para desarrollar y fomentar la aceptación de técnicas contraceptivas y abortivas. Que mientras por una parte estimula este tipo de investigaciones por considerarlas científicas, no dispone de gasto social para niños ya nacidos y que no viven dignamente e incluso no llegan a sobrevivir.

14. No es aceptable pensar que hay acciones humanas que no afectan a la sociedad más que en el orden económico, de esta manera se ignora su pertenencia cultural. ¿No parecería irracional desde el ángulo del interés global tener hijos en un mundo superpoblado? ¿Y qué significa culturalmente la ausencia de hijos? Sabemos que aunque la infertilidad no es una enfermedad en sí, puede provocar estados de enfermedad o al menos deterioro en la calidad de vida que no sólo afectarían a la vida de la pareja, sino a la sociedad en general. Este problema no puede ignorarse, no podemos cerrar los ojos ante el dolor y la insatisfacción de muchas parejas, debemos enfrentarlo, pero la única manera de canalizar la ayuda a parejas sin hijos y que los desean no es necesariamente a través de estas técnicas, es preciso pensar en tratamientos preventivos, en redimensionar la vida, en la resignificación de la adopción como alternativa.

15. Si bien es cierto que muchos niegan el carácter de humana a la vida que anima al embrión, resulta por lo menos chocante que éste sea tratado como un objeto de producción en cuanto está sujeto a «control de calidad», «utilización», «rechazo». Esto se nota en el lenguaje con que se hace referencia a los embriones: porcentaje de éxito, eliminación o desecho,

producto de gestación defectuosa, sobrantes, etc.

16. ¿No será ingenuo aceptar los argumentos que ven únicamente en el deseo del hijo las justificaciones que legitiman el surgimiento y aplicación de estas técnicas? Tengamos en cuenta que este tipo de prácticas se vuelve deseable en función precisamente de un control demográfico, no tanto apoyado en la cantidad como en la «calidad humana»¹⁶. Pensemos, en efecto, que la implantación del embrión no sólo es autorizada siguiendo criterios médicos (embrión sano, el más apto), sino que se tienen en cuenta criterios de exclusión que incluyen *por ahora* el estado civil y el estatus económico de los postulantes. Por otra parte, hay acceso libre a la manipulación de los genes, y la forma de hacerlo y hasta cuándo hacerlo¹⁷ queda librado a la «ética» del profesional. A este respecto no olvidemos manifestaciones como las de B. Dramer, un biólogo norteamericano entrevistado por el periódico *The Wall Street Journal* en 1966: «El mundo ya no necesita todos los individuos que somos capaces de traer a él, en especial los que no pueden competir y los que constituyen un peso lamentable para los demás. Si debemos limitar el tamaño de las familias, seguramente tendremos el derecho de tener los niños que sean sanos y no los defectuosos»¹⁸.

17. Quizá la pregunta más grave sea: ¿liberan estas prácticas al que se somete a ellas o más bien lo hacen objeto de manipulación y control?

Conclusión

¿Es ética una intervención experimental en que los riesgos son estadísticamente mayores que los beneficios?, ¿o cuyas consecuencias son aún desconocidas?

La discusión no debe estar centrada en el huevo, el feto y el embrión, no puede

limitarse a cuestiones de clínica médica, hay otros factores en juego que no son tenidos en cuenta. Formular objeciones a esta técnica no es rechazarla en bloque junto con todas las investigaciones eugénicas en nombre de la protección de la especie y proclamando la fidelidad a una naturaleza humana más que cuestionable, sino que significa no «tragar sapos», es decir, aceptar todo lo que se nos proponga porque tiene el sello de la investigación científica y del adelanto biotecnológico.

Las cuestiones formuladas no son discutidas, y si alguna es tenida en cuenta lo es en forma aislada de todas las otras. Es más, muchas son planteadas, pero en vez de ser respondidas o al menos tomarlas como punto de partida para una reflexión se las rechaza, sobre todo en los foros en que asisten profesionales dedicados a esta práctica, por considerarlas lesivas para los sentimientos de las parejas que desean un hijo. Según hemos visto, los futuros padres no tienen la *auténtica posibilidad de decidir*, ya que generalmente no conocen el origen de sus propias motivaciones, no están totalmente al tanto de los riesgos y no llegan a considerar las opciones alternativas a la práctica médica. No he participado ni he escuchado que participaran parejas estériles en foros donde que estas cuestiones son presentadas a la discusión.

La existencia de estas técnicas constituye una presión cultural e histórica enorme y crea necesidades que anteriormente no existían, favoreciendo decisiones poco rigurosas que afectan no sólo a los protagonistas, sino a toda la vida social y cultural. Debemos evitar que la investigación científica se convierta en una superestructura que elabore sus propias justificaciones indiferente a otras opiniones.

Lo que se trastoca con estas técnicas no es el orden natural, sino el orden significativo del proyecto en la vida de los hombres.

NOTAS

¹ Sabemos que muchas propuestas éticas tienen como norma las leyes de la naturaleza.

² Broekman califica a los humanos como «artificio natural». Cfr. Jan Broekman, *Bioética con rasgos jurídicos*, Editorial Dilex, Madrid, 1998.

³ Joseph Fletcher, *Ética del control genético*, La Aurora, Bs. As. 1978, p. 121.

⁴ Esta confusión no sólo procede del ámbito de la medicina; los que se oponen acérrimamente a esta práctica, provenientes en general de los sectores más reaccionarios del catolicismo, protestantismo y sectas, invocan que las técnicas de «fabricación» médica pasan por alto el misterio de la naturaleza, que es la que nos da la medida de la humanidad del hombre y de la conformación de la familia.

⁵ Tomamos este término de la teoría científica que apoyada en el supuesto de un progreso histórico considera que la mayor complejidad en la conformación de un organismo y sus relaciones con su medio implica una mejora y es parte de un desarrollo evolutivo.

⁶ Roberto Nicholson es ex profesor de Ginecología de la UBA y de la Universidad del Salvador y uno de los más reconocidos profesionales en esta especialidad en nuestro país, de gran predicamento en el ámbito de la Iglesia Católica por sus convicciones religiosas.

⁷ *La Nación*, viernes 11 de julio de 1997.

⁸ *Luna*, año XIV, núm. 672, mayo 1997.

⁹ No está estudiada la incidencia psicológica y social de los fracasos en las conductas femenina y masculina dentro y fuera de la relación de pareja. Se hace hincapié en el 20 por 100 de éxitos y se olvida el 80 por 100 de fracasos.

¹⁰ Médico de la Fundación Fecunditas y miembro de la Sociedad Argentina de Fertilidad.

¹¹ El proyecto de ley denominado «De la reproducción humana asistida» obtuvo la media sanción del Senado el 2 de julio de 1997. No fue tratado por diputados, de modo que en Argentina no hay legislación vigente que tenga en cuenta estas prácticas, todo queda a criterio del practicante.

¹² Jorge A. Blaquier es doctor en medicina, ex presidente de la Sociedad Argentina de Andrología, director de Fertilab, reconocida institución que se especializa en fecundación asistida.

¹³ Lo denominan óvulo fecundado, cigoto u ovocito, algunos hablan del pre-embrión.

¹⁴ Son interesantes los argumentos biológicos que se aducen para demostrar que el cigoto no es un ser humano; sería de sumo interés considerarlos e incluso discutirlos, pero el único argumento a tener en cuenta no es el biológico, éste en última instancia ha de ser redimensionado en función de su significación para la vida del hombre. Pero los científicos y médicos son reacios a aceptar esto; el doctor Solari, por ejemplo, reconocido genetista, profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, afirmó en una de sus clases, rebatiendo un argumento y para demostrar que el cigoto no es una persona: «La idea de potencialidad es metafísica, no científica. Solamente cuando un embrión o un feto muestra un desarrollo o predeterminación tenemos un hecho objetivo sobre el cual ejercitar raciocinio.»

¹⁵ En octubre de 1995 se realizó en Francia una reunión del Forum Diderot, en que se preguntaron: ¿es humano, es embrión humano? Cfr. Forum Diderot, *L'embryon humain est-il humain?*, PUF, Paris, 1996.

¹⁶ Ése es el sueño de la biología, especialmente de la genética; Joseph Fletcher (*op. cit.*) da por descontado que «cuando finalmente la cirugía y la terapia genéticas alcancen los objetivos ya fijados, controlaremos la calidad de los lactantes que estén por nacer, incluso antes de la concepción» (p. 34). En la misma dirección critica a Freud, quien pensaba que el progreso no tenía sentido si no nos permitía tener mayor cantidad de niños; «si se hubiera referido a la *calidad* de los niños y no a la cantidad, podríamos tomarlo con más seriedad» (p. 43).

¹⁷ Es parte del código ético no escrito de los biólogos y genetistas no manipular embriones de más de catorce días.

¹⁸ Ejemplar del 14 de octubre de 1966, pp. 1 y 13.