

Problemas éticos en reproducción asistida

Ethical problems in assisted reproduction

Rocio Núñez Calonge

Clínica Tambre. Madrid-España

La vida es un milagro entre dos misterios: el misterio del principio y el misterio del final
Life is a miracle between two mysteries: the mystery of the beginning and the mystery of the end..

INTRODUCCIÓN

La Reproducción Asistida ha experimentado progresos médicos y tecnológicos enormes e impensables. El número de tratamientos que se realizan en todo el mundo aumenta cada vez más, y son millones los niños nacidos por estos procedimientos.

Desde el punto de vista médico, clásicamente, la solución a los problemas morales surgidos en el ejercicio profesional se ha resuelto atendiendo a dos directrices marcadas por la moral religiosa y los códigos deontológicos. Hoy se vive bajo la influencia del derecho como armonizador de valores en conflicto en una sociedad ética y culturalmente plural, por lo que existe el deber de su cumplimiento cuando en una situación determinada existe una legítima legislación vigente, lo que puede provocar la creencia de que la única verdad radica en los jueces y que la única responsabilidad es la legal.

Sin embargo, las técnicas de reproducción asistida (TRA), han abierto innumerables interrogantes éticos distintos de los planteamientos religiosos o legales, que se han intentado abordar mediante la elaboración de distintas guías y recomendaciones por parte de sociedades científicas en diversos países. Nuestra contribución como profesionales de la reproducción humana ha sido el Código Ético que elaboró el Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica en el seno de la Sociedad Española de Fertilidad (1).

En cualquier tratamiento médico nos encontramos normalmente ante dos agentes morales, el equipo asistencial, por un lado, y los pacientes, por otro. Ambas partes, mediante el diálogo e intercambio de ideas e información consensúan la utilización de una técnica médica con un fin determinado. Sin embargo, en las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) existe otro agente potencial implicado ligado al fin de las mismas: tener un hijo y la actuación de los profesio-

Aceptado: 15/7/29017
Correspondencia: Rocio Núñez Calonge .
Rocio Núñez <rocio@clinatambre.com>
SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: fertilidad@editorialmedica.com

nales de la medicina reproductiva se centra en un aspecto especialmente sensible para muchos ciudadanos: su deseo de reproducirse.

Las excesivas expectativas ante los avances tecnológicos, la incertidumbre de los resultados, la limitación temporal de los tratamientos, la apertura hacia una medicina del deseo, etc. pueden generar tensiones que requieren un análisis profundo. Las parejas que desean tener un hijo son un grupo especialmente vulnerable, susceptible en muchos casos de ser explotadas: en el entorno de la medicina reproductiva, se hace necesaria esta reflexión, para evitar que criterios estrictamente económicos sustituyan en buena medida al compromiso responsable con la actitud médica.

Tal enfoque obliga por lo tanto a los especialistas en reproducción a ofrecer un cuidadoso trato y respeto con los pacientes y con los potenciales niños nacidos mediante estas técnicas.

Por todo ello, se hace también necesario tener en cuenta el conjunto de valores afectados en cada caso.

Los problemas que suscitan estas técnicas, por todo lo previamente comentado, son numerosos e importantes. Es difícil poder resumir todos y cada uno de los interrogantes éticos que se plantean, por lo que se intentará reducir los mismos, agrupándolos en los siguientes apartados:

- a) Los relacionados con los profesionales de la medicina reproductiva
- b) Inherentes a las técnicas
- c) Los que competen a la sociedad: reproducción transfronteriza
- d) Futuro e investigación

Previamente se presentará un resumen de la situación actual en el panorama mundial de las técnicas de reproducción asistida.

En esta revisión no se incluirán dos temas que, por su gran envergadura y controversias éticas que suscita, pueden ocupar por sí solos una extensa investigación bibliográfica. Estos son: el estatuto del embrión y la subrogación uterina.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En un reciente artículo publicado por el Comité Internacional de Monitorización de las Técnicas de Reproducción Asistida (2) en el que han intervenido un total de 60 países, se han reportado 4.461.309 ciclos de reproducción asistida durante los años de 2008 a 2010, con una tasa de niño nacido del 19 %.

En el estudio de ADECES (3) del año 2011 se indicaba que más de 800.000 parejas españolas son infértiles y que crece a un ritmo de 16.000 casos por año. Esta situación ha dado origen a una mayor demanda de tratamientos de reproducción asistida, que unida a los avances científicos y tecnológicos han situado a España en el cuarto país europeo en medicina reproductiva. En el 2015 se notificaron un total de 376 centros de reproducción en España, de los cuales 282 son privados y 94 públicos. El tiempo medio de espera para los tratamientos de Fecundación in vitro/Microinyección espermática (FIV/ICSI) fue de 406 días en el 2015, según esta misma fuente.

Según los últimos datos del registro nacional de la Sociedad Española de Fertilidad, correspondientes a 2015, han participado 286 centros (4). La población en estudio la constituyen todos los centros españoles que desarrollan técnicas de reproducción asistida, bien Inseminación Artificial (IA) y/o FIV/ICSI. Se trata de un registro con datos de pacientes agregados por clínicas. La participación de los centros es obligatoria, ya que el "Registro Nacional de actividad 2015-Registro SEF" es el registro oficial del Ministerio de Sanidad. A pesar de esta obligatoriedad, no han participado todos los centros existentes o dados de alta en el Ministerio.

Con todo y con ello, el número total de ciclos recogidos del año 2015 ha sido 127.809, siendo el procedimiento más frecuente el correspondiente a embriones FIV/ICSI (el 42 % de los ciclos).

Otro de los cambios que se están produciendo en relación con estas técnicas es la edad de las mujeres que acceden a ella. Según el informe internacional (2), el 23 % de las mujeres tenían más de 40 años. En España, esta cifra es muy parecida: 19 %.

Por otra parte, los cambios sociales han influido también en el aumento de la maternidad en solitario o en parejas de mujeres.

Aproximadamente este tipo de tratamientos aumenta un 20 % cada año en España (3).

La deliberación sobre los problemas éticos en reproducción asistida se hace así, indispensable. Aunque dentro de la Sociedad Europea de Reproducción Humana (ESHRE) existe un grupo de interés en Ética y Ley desde el año 2001, el cual ha publicado numerosas guías de actuación ética en la utilización de estas técnicas (5), y en la Sociedad Española de Fertilidad también existe un grupo de Ética y Buena Práctica Clínica, como se ha comentado anteriormente, lo cierto es que no existen expertos bioeticistas dentro de estos grupos, y la concienciación sobre los problemas éticos que se derivan de las técnicas dentro de los profesionales es muy limitada.

PROBLEMAS ÉTICOS RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

La introducción de la reproducción asistida como una nueva tecnología para muchos profesionales, significa un importante desafío en la actitud y el desarrollo de su atención frente al paciente. Es necesario asegurar la transparencia de los profesionales sobre los posibles riesgos y efectos de estos procedimientos. Así mismo, la relación clínica entre médico y paciente, que durante mucho tiempo ha seguido un modelo paternalista, en esta especialidad hace aún más necesario que haya una participación activa en la toma de decisiones entre el profesional y la pareja (6).

Los cuatro principios éticos que rigen en toda práctica clínica, han de ser también tenidos en cuenta en el ámbito de la reproducción asistida. El principio de beneficencia obliga a los profesionales a maximizar el cuidado. El principio de no maleficencia exige evitar el posible daño a los pacientes y a su posible descendencia. El principio de autonomía por otra parte, obliga al profesional sanitario a respetar el derecho de autodeterminación de los pacientes, guiados por sus deseos, preferencias y valores. El principio de justicia persigue un trato equitativo y no discriminatorio y una adecuada gestión de los recursos.

Sin embargo, puede suceder que algunos principios éticos implicados en la reproducción asistida entren en conflicto. El principio de la beneficencia obliga a los profesionales a maximizar el cuidado del paciente sobre los potenciales daños. En el contexto de la ética prenatal, el profesional tiene el claro deber del cuidado tanto de la madre como del futuro niño, cuando el niño se presenta como un paciente. El principio de autonomía obliga al profesional a respetar los derechos de autodeterminación de los pacientes, guiados por sus deseos, preferencias y valores.

Una persona que necesita de la TRA para reproducirse, implica necesariamente que un profesional va a implicarse en los resultados sobre la descendencia. Como consecuencia de ello, los profesionales deben ejercitar su responsabilidad moral en decidir si acceder o rechazar emplear tales técnicas. El problema del daño potencial a la descendencia implica cuestiones sobre el papel moral del profesional. ¿Es simplemente un técnico que proporciona un servicio a quien lo necesita, o es libre para juzgar sobre la elección de proporcionar tales servicios en determinados casos? (7). El uso de la autonomía del clínico implica que las decisiones sobre cuando proporcionar un tratamiento o no, dispondrán si nacerá un niño o no, en lugar de si nacerá más o menos sano. En tales casos, el único modo de proteger al niño sería evitar su nacimiento (8). En este caso, la autonomía del médico

choca de frente con la autonomía de los pacientes. La mejor forma de intentar un curso intermedio sería estudiar cada caso individualmente en un Comité de Ética (9). La beneficencia basada en las obligaciones, requiere por tanto que los profesionales reconozcan los límites de la autonomía del paciente cuando éstos requieran de técnicas médicamente inapropiadas que puedan poner en peligro su salud y la de los potenciales niños. Por tanto, se hace también necesario tener en cuenta el conjunto de valores afectados en cada caso.

Por otra parte, la situación de la reproducción asistida en el panorama mundial, hace que la medicina reproductiva se convierta en una medicina de “negocio”, y se establezcan programas económicos que puedan favorecer los intereses tanto de las clínicas privadas como de las parejas que acuden a los tratamientos.

En este sentido, la Sociedad Española de Fertilidad, en su Código Ético (1), establece como recomendación que: *No es aconsejable la realización de “contratos condicionados”, esto es, en los que la contraprestación por parte del paciente dependa de la consecución de la gestación, ya que la actuación médica es siempre de medios y no de resultados. En el mismo sentido, establece que: El juicio clínico no debe estar afectado por un beneficio económico o comprometido por intereses comerciales que supongan un conflicto de intereses. Las condiciones económicas de los pacientes no pueden ser motivo de modificación de la indicación médica de tratamiento. Así mismo: El profesional tiene una responsabilidad con la sociedad. Esta responsabilidad NO debe quedar restringida exclusivamente a las exigencias del marco legal, sino que debe obligarse a una responsabilidad ética, exigiéndose el máximo nivel de excelencia en el desempeño de su profesión.*

Sin embargo en un reciente artículo publicado por el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Reproducción, se acepta este tipo de contratos condicionados a los resultados, con una serie de recomendaciones al respecto (10), la más importante de las cuales es la información a los pacientes sobre los resultados reales y las expectativas de las técnicas.

No obstante, sólo es necesario acceder a diferentes páginas Web de centros españoles para comprobar que la competitividad de los mercados incide directamente sobre la ética de la información a los pacientes.

CUESTIONES ÉTICAS INHERENTES A LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Como se ha comentado previamente, la aparición de nuevas técnicas de reproducción asistida ha abierto interrogantes éticos que se han intentado abordar en las distintas socie-

dades científicas en diversos países. Pero la distinta idiosincrasia y antecedentes culturales de las poblaciones que los representan hace que los valores sean diferentes, por lo que los debates éticos continúan (11-15).

Temas como donación de gametos y embriones o el diagnóstico genético preimplantacional (16-28), han sido, y siguen siendo en la actualidad, motivo de preocupación moral entre los pacientes y los profesionales. En el caso de los pacientes, alguno de estos estudios ha mostrado algún tipo de inconsistencia entre las decisiones de los mismos sobre el destino de sus embriones, y sus creencias morales sobre el estatus del embrión (24). Además, existe otra importante variable a introducir dentro de las técnicas de reproducción asistida, que son los donantes de gametos (29), a los que hay que tener en cuenta como uno de los agentes morales en los procesos de reproducción asistida.

Cuando el tema de los problemas éticos se enfoca en los usuarios de las técnicas de reproducción asistida, las cuestiones de daño al individuo (maleficencia) y beneficio, así como el respeto a la autonomía, son de interés primario.

En opinión de Helga Kuhse (30), es necesario explicitar dos suposiciones sobre la reproducción asistida: primero, que las técnicas de reproducción asistida como tales son éticamente aceptables, y segundo, que los embriones sobrantes de las mismas “no tienen derecho a la vida”. Sobre el primer punto, Kuhse afirma que algunas personas rechazan la RA como moralmente inaceptable en sí misma, independientemente de las consecuencias que de las mismas pudieran derivarse; otros, tienen objeciones categóricas a determinadas técnicas como es la donación de gametos, o el diagnóstico genético preimplantacional. Sin embargo, en ambos casos, tales objeciones están basadas en creencias religiosas o culturales sobre la naturaleza de las relaciones o el papel tradicional de la familia.

Respecto al segundo punto, hay autores, como la misma Kuhse, que arguyen buenas razones para creer que los embriones de FIV no tienen derecho a la vida. Un embrión consistente en unas pocas células carece de las capacidades que podrían razonablemente concederle tal derecho, o proporcionar las bases para atribuirle cualquier significado moral. Si un embrión de FIV se destruye en el curso de una experimentación, o simplemente se descarta, no se ha infringido ningún sufrimiento al embrión ni se le ha dañado desde un punto de vista moral (30).

El debate se origina cuando existen autores, grupos, e incluso Comités, como el Observatorio de Bioética de la Universidad de Valencia que piensan que el embrión es un ser humano en potencia, y citan, textualmente que: *Si reconocemos, como la ciencia confirma con meridiana claridad, que cada uno de estos embriones es un individuo de la es-*

pecie humana, parece que tratar a estos embriones como simples aglomerados de células, con los que se puede ensayar, seleccionar y descartar, constituye un atentado contra su dignidad, contra el que deben alzarse las voces de la ética bien fundamentada, la que respeta la vida y busca su bien. (<http://www.observatoriobioetica.org/2014/08/congelacion-de-embriones-y-fecundacion-in-vitro-nuevos-datos/5261>) (31).

En este mismo contexto, comentan como un “alto dignatario estadounidense”, apoya el comienzo de la vida humana desde la concepción (<https://www.liveaction.org/news/new-hhs-strategic-plan-protects-american-lives-beginning-conception/>) (32).

Partiendo pues, de la base de que los extremos no son nunca la solución ideal (ni todo es moralmente condenable en reproducción asistida, ni todo es absolutamente permisible), y asumiendo que la religión es algo diferente a la ética, existen controversias respecto a diferentes técnicas y situaciones. Ya que sería imposible enumerar todas las cuestiones éticas derivadas de cada una de las técnicas, se presentan las que actualmente son principal objeto de debate: donación de ovocitos y diagnóstico/screening genético preimplantacional.

a) Donación de ovocitos

El valor básico que sustenta el proceso de donación es la finalidad de ayudar a otras personas para poder realizar sus deseos reproductivos. Queda, pues, esta acción amparada bajo el principio bioético de beneficencia, que trata de producir el máximo bien posible a las personas. Sin embargo, conviene tener en cuenta que el proceso de donación, en tanto que implica riesgos y potenciales daños para las donantes, debe ser objeto de un exquisito cuidado, ya que es otro el principio ético que ampara estas acciones de los profesionales: la no maleficencia, que no solo salvaguarda la integridad y la vida de los sujetos por medio de obligaciones negativas (no hacer daño), sino que garantiza el ejercicio adecuado de los mínimos exigibles por medio del establecimiento de obligaciones positivas (hacer lo indicado) que configuran la llamada *lex artis*. Esto quiere decir que, en ningún caso, puede anteponerse el bien esperado para otros a la protección de las donantes. La acción es legítima si se extreman las precauciones para evitar los daños, esto es, si se garantiza la minimización de los riesgos, y si se asegura la voluntariedad y la libertad en el acto de donación. Ya que no hay beneficio directo para la donante, es tan sólo el bien que inspira la acción, unido a la decisión libre de realizarla, lo que la justifica (33). Por todo ello, es importantísimo que la donante reciba toda la información sobre el proceso de forma clara. A la información debería acompañar un ases-

ramiento que permitiera evaluar la voluntariedad de la decisión de donar, así como la comprensión adecuada de los riesgos y posibles consecuencias del procedimiento.

Una cuestión ética muy debatida en torno a la donación de ovocitos es el tema de la remuneración. A pesar del distinto sentido, no solo desde el punto de vista semántico, de remuneración y pago, la controversia existe.

La cuestión ética que se plantea en relación a la remuneración, en general, es si el hecho de que la compensación económica a la donante (o el establecimiento de salvaguardas especiales por el daño que se le produce) esté justificada (o incluso sea exigible en justicia) supone legitimar el mercado (pago)(33).

Hay quienes defienden que la remuneración es perfectamente razonable. Los argumentos a favor del pago son los siguientes (33):

- Los incentivos económicos pueden aumentar el número de donantes, lo que permitirá que más personas con problemas de infertilidad puedan tener un hijo.
- Proporcionar beneficios no necesariamente disuade de las motivaciones altruistas, antes bien, se premia de algún modo el afán de ayudar, que está subyacente como motivo principal para la donación.
- La remuneración se justifica éticamente por motivos de justicia. Si alguien se va a beneficiar de su donación, es correcto que la donante reciba algo a cambio.
- La presión o coacción que pudiera suponer el incentivo económico no es mayor ni diferente de la coerción que puede sufrir la donante por parte de su entorno.

Desde el punto de vista ético, la oposición a la remuneración se plantea del siguiente modo (33):

- La venta de ovocitos (como la de otros órganos o tejidos) se rige por criterios económicos y no por valores de solidaridad o altruismo desinteresado, pero quienes han de vender una parte de su cuerpo están siempre en condición de necesidad. Entonces parece claro que quien vende sus ovocitos es una víctima, pues lo hace movida por la necesidad.
- La venta de ovocitos supondría así una explotación, ya que siempre serán las mujeres pobres las que vendan y las ricas las que compren.

Otro de los temas de debate dentro de la técnica de donación de gametos, es la revelación de los orígenes, o el derecho de los niños a conocer su origen biológico.

En sus comienzos, las TRA funcionaron bajo la lógica del secreto, y si bien esta posición aún se mantiene en España, la tendencia general se orienta hacia una política de apertura

y transparencia, sobre todo en los países nórdicos y anglosajones (34, 35).

Desde 1985 Suecia cuenta con una ley que asegura a los hijos el acceso a la identidad del donante, siendo seguida por países como Austria, Noruega, Suiza, Nueva Zelanda, el Estado de Victoria en Australia, Holanda e Inglaterra.

Como en el resto de los conflictos éticos, aquí se enfrentan dos posturas en las que prevalecen dos valores en cada lado: la autonomía de los padres que quieren mantener el anonimato y el derecho de los hijos a conocer sus orígenes.

b) Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) screening genético preimplantacional (PGS)

El DGP conlleva la selección de unos embriones en detrimento de otros. En el plano teórico, el criterio fundamental de dicha selección es el de la salud genética del embrión, o lo que es lo mismo, el propósito de evitar transmitir a la descendencia enfermedades hereditarias graves. No obstante, ni todas las enfermedades condicionan de igual forma la vida de los individuos, ni todas las motivaciones que se esgrimen para la selección embrionaria son siempre de carácter médico. A partir de aquí se producen planteamientos encontrados (36).

Por un lado, la postura de quienes descartan completamente cualquier tipo de selección por considerarla contraria a la dignidad humana. Por otro, la de quienes aceptan dicha selección y, por tanto, el recurso al DGP, cuando se trate realmente de evitar enfermedades. Y, finalmente, la de aquellos que admiten el DGP de forma amplia más allá del ámbito médico (fines de carácter familiar o social, deseos perfectivos, etc.) o bien, la técnica que actualmente está extendiéndose entre los centros de reproducción asistida: el screening genético preimplantacional, indicado sobre todo en mujeres de edad avanzada, fallos de implantación y abortos de repetición.

Un interesante trabajo de Julian Savulescu (37), bioeticista australiano, habla sobre el término de la Beneficencia Procreativa, y explica que la selección de genes no implicados directamente en enfermedades, pero que impactan en el futuro bienestar del recién nacido, es requerida moralmente. Las parejas, añade, deben de tener la libertad de poder elegir lo mejor para sus hijos, y el médico debe informar, pero no persuadir de lo contrario.

Los trabajos publicados actualmente a este respecto por especialistas en reproducción asistida también van en esa línea. Uno de los principales problemas éticos que se derivan del aumento del estudio de genes en los embriones es el descubrimiento de hallazgos inesperados. Este tema se ha tratado recientemente comparando las reglas que ha es-

tablecido el *American College of Medical Genetics and Genomics* (ACMG) frente a una encuesta realizada en la población, las cuales no coinciden. Los autores de este trabajo recomiendan tener en cuenta la opinión de la población (38).

Existen, casos más discutidos, como la prevención de cáncer familiar en el adulto, con elevada penetrancia tras la detección de la mutación (afectación muy frecuente si se tiene la mutación, aunque no segura), y para los que la posibilidad de desarrollo de tratamientos eficaces es previsible. Los pacientes tienen la posibilidad de actuar dentro del marco legal y basando su decisión en la situación actual, pero deberán ser informados de las posibilidades de tratamientos futuros.

La poca precisión de la información científica que en ocasiones nos transmiten los medios de información públicos, unido a las dificultades de comprensión de los hechos por el público no experto, hacen que las pretensiones de las parejas estén muy distantes de las posibilidades que ofrece hoy la ciencia, y también lejos del sentido común y los principios básicos de la ética biomédica. Por ello, Inmaculada Melo (39) opina que *“es presuntuoso, arrogante e imprudente creer que nuestra aún escasa comprensión de los fenómenos genéticos y epigenéticos en humanos, pueden aplicarse como una forma de programar los niños nacidos mediante reproducción asistida”*.

CUESTIONES ÉTICAS EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y SOCIEDAD

a) Incapacidad o patología y el principio de justicia

Uno de los temas que actualmente suscita más preocupación en la medicina, por el desbordamiento respecto de sus fines tradicionales que conlleva, es la dificultad de distinguir las intervenciones terapéuticas de la denominada “medicina del deseo”, esta última cada vez más demandada al amparo del derecho a la libertad de elegir y optar por una mejor calidad de vida.

En opinión del Profesor Pellegrino, el fenómeno anterior tiene el riesgo de contagiar también a los propios profesionales, en cuanto que los mismos pueden ver esta demanda de nuevas técnicas como un gran negocio con los pacientes. A ello contribuiría la peligrosa extensión del término paciente a cualquiera que tenga cierto descontento con su cuerpo, con su capacidad mental o física, o con su psicología, y también la “medicalización” de cada faceta de la existencia humana que todo ello podría conllevar (40).

Ahondando en este análisis de la situación, sostiene el profesor Diego Gracia que, mientras en la medicina clásica venía siendo el profesional quien definía lo que era una ne-

cesidad sanitaria, de forma que desde la propia medicina se fijaban los criterios de salud y enfermedad, en la actualidad, por primera vez en la historia, son los usuarios quienes definen dichos conceptos y buscan su satisfacción en el sistema sanitario, que en muchas ocasiones no puede darles la respuesta que esperan, lo que a su vez genera gran frustración en aquéllos y descontento en los profesionales (41).

Aplicado lo anterior al campo de las técnicas de reproducción asistida, podemos hablar de un nuevo perfil cultural de la procreación donde la misma ya no es tanto un “valor en sí”, como un “valor de consumo”: el hijo no es un bien incondicional o una inversión humana que un cierto cálculo de costos hace más o menos accesible, sino un objeto que entra a formar parte, a la par que otros, de una escala de preferencias contingentes valoradas por los ciudadanos o, incluso, por el propio Estado (42). Por este motivo, la ciencia trata a toda costa de complacer los deseos de los usuarios produciéndose lo que para algunos se ha dado en llamar un “encarnizamiento procreativo” (43), en referencia a algunas técnicas modernas de reproducción asistida, como la inyección intracitoplasmática (ICSI).

Por otra parte, la vertiginosa carrera que conlleva la investigación genética obliga al sector médico a invertir grandes cantidades de dinero en investigación, a innovar continuamente, dejando obsoletas rápidamente las últimas novedades; y todo eso lo hace favoreciendo principalmente las necesidades, deseos y preferencias individuales, que no siempre se corresponden con el bien común (36). Una consecuencia de este cambio de rumbo podría ser la intensificación de las desigualdades sociales y la pérdida de integridad de la medicina que quedaría un tanto a merced de las fuerzas del mercado. Además, estas apreciaciones son especialmente constatables en el ámbito de la reproducción asistida, ya que la misma ha entrado desde hace tiempo en los mecanismos del mercado capitalista y en los aparatos del bienestar.

Además, la infertilidad como tal puede ser debida a causas patológicas, pero no es una enfermedad en sentido estricto. De hecho, las personas que acceden a los servicios de la medicina reproductiva no son considerados enfermos, aparte de la limitación de su capacidad reproductiva. Sin embargo, si nos atenemos a la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre lo que es enfermedad, se reconoce que la salud es el estado de bienestar físico, social y mental. La salud reproductiva, por ello, implica que las personas tienen que tener la capacidad de reproducirse y la libertad para hacerlo como y cuando quieran.

Este panorama puede conducir a un gasto inabordable por los Sistemas Públicos de Salud e, incluso en países como España, que gozan de un sistema sanitario público fuerte,

esta presión va a originar a juicio de algunos expertos mayor protagonismo del sector privado de la sanidad, que puede terminar acaparando las técnicas más sofisticadas y caras (44).

Aunque la decisión de tener hijos pueda sostenerse sólidamente con el principio de autonomía, choca con las limitaciones que han de imponerse por el principio de justicia, cuando el ejercicio de tal derecho supone graves inconvenientes en la distribución de recursos limitados y en las prioridades establecidas dentro de una política sanitaria.

b). Reproducción asistida transnacional

Las diferentes legislaciones respecto a la utilización de las TRA en el mundo, han provocado lo que actualmente se conoce con el incorrecto nombre de “turismo reproductivo”, de manera que los pacientes de países donde no se permiten determinados tratamientos (por ejemplo, la donación de gametos), viajen a otros donde están reconocidos. En este sentido, España es uno de los países donde más tratamientos de esta índole se realizan, y el Comité de Ética de la ESHRE se ha pronunciado en diversas ocasiones al respecto (45, 46), de forma bastante crítica.

Este problema no sería tal, si se cumplieran los requisitos que figuran en el Código Ético de la SEF (1):

Cuando un paciente decide realizar un estudio o un tratamiento en otro país, el profesional debe aplicar idénticos protocolos, apoyo psicológico, costes y consentimientos, que al resto de los pacientes. Siempre que resulte adecuado para la mejor asistencia del paciente, y con su aceptación previa, se mantendrá comunicación y colaboración con los profesionales de su país de procedencia, con el fin de mejorar el resultado y la seguridad de los tratamientos y para evitar la repetición de pruebas innecesarias que puedan incomodar y encarecer el estudio.

Se deberán facilitar informes fidedignos, completos y comprensibles, a fin de atender eventuales complicaciones que deban ser tratadas por otros profesionales al regreso de los pacientes a su país de residencia.

Si los pacientes lo solicitan, se deberá informar y facilitar el posible traslado a su país de origen de sus gametos o embriones criopreservados y no utilizados, garantizando el correcto traslado y verificando que el centro de destino cumpla con los requisitos pertinentes.

c) Comercialización de gametos

Los avances en la congelación de ovocitos y sus buenos resultados en cuanto a la consecución de embarazos ha permitido, además, el “comercio” de los mismos y su exportación a través de las fronteras (47).

Los argumentos éticos frente a la comercialización de gametos incluye los que hace referencia a los peligros de explotación de las personas vulnerables, y las que hacen referencia al concepto de dignidad humana (48). Un argumento importante a este respecto es que aunque ni los gametos ni los embriones son personas, encierran el potencial de serlo, por lo que requieren que sean tratados con el respeto y dignidad debida a las personas (49).

Sin embargo, el argumento más importante en contra de la comercialización, es que se dañan valores importantes al invitar a una licitación competitiva, distinguiendo entre productos superiores o inferiores, como puede ser el pedigrí genético o propiedades raciales o étnicas (49).

Aunque no existen muchos trabajos que desde el punto de vista ético defiendan la comercialización de gametos, hay algunas publicaciones que, esgrimiendo el principio de autonomía (mientras que exista una información suficiente y correcta, esta práctica no puede ser desdeñada), y beneficencia (dada la escasez de gametos que existen para las necesidades actuales) (50, 51), no lo consideran moralmente inaceptable.

La realidad actual nos obliga a deliberar sobre este tema. Los ovocitos se “venden” por unidades. Ya no es una donación para una paciente que lo necesita, o, en todo caso, cuando se obtiene un mayor número de ovocitos del esperado, compartir con otra receptora. Ahora se utilizan los ovocitos en función de sus calidades, la fertilidad de la donante, el número...etc. Esto sí es una comercialización “pura y dura”.

El tema de la publicidad y captación de donantes ha sido tratado en la Ley de Reproducción Asistida y en sus sucesivas modificaciones, regulando su actividad en todos los casos. Incluso, con mayor rigor, y más recientemente, pues apareció en el BOE el 8 de enero de 2014, se es muy explícito en la Orden SSI/2512/2013, de 18 de diciembre, por la que se regula el procedimiento de autorización para la realización de actividades de promoción y publicidad de la donación de células y tejidos humanos. En esta orden, se insta a que en la captación de donantes: *Las campañas a favor de la donación se deben ajustar a los principios de voluntariedad, altruismo y desinterés.*

Por lo tanto, está bastante claro, que siguiendo de forma estricta la Ley, no deberían de existir los reclamos actuales para la captación de donantes, a no ser se cumplan todos los requisitos exigidos por la misma.

Tomando en cuenta el principio bioético de no maleficencia, existe la necesidad real de obtener ovocitos y al prohibir la gratificación de las donantes no se evita que se produzca la donación, sino que va a disminuir de forma importante el

número de donantes. Las consecuencias podrían ser diversas y en la mayoría de los casos negativas. Entre ellas, las más obvias serían la dificultad de las mujeres que necesitan acceder a la donación y el reforzamiento de los métodos no legales de obtención de gametos.

En el ejercicio pleno de la autonomía, dos individuos pueden tener criterios diferentes con respecto a si es o no correcto pagar para obtener un ovocito; pero más allá del bien y del mal, es necesario sopesar los intereses y deseos de cada uno de los involucrados en el proceso de donación para procurar un acuerdo y conseguir una solución que se adecue a los intereses de todos (52).

CUESTIONES ÉTICAS SOBRE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, INVESTIGACIÓN Y EL FUTURO

La Ley de investigación biomédica actual (53), se construye sobre los principios de la integridad de las personas y la protección de la dignidad e identidad del ser humano en cualquier investigación biomédica que implique intervenciones sobre seres humanos, así como en la realización de análisis genéticos, el tratamiento de datos genéticos de carácter personal y de las muestras biológicas de origen humano que se utilicen en investigación. Dicha ley establece, que la libre autonomía de la persona es el fundamento del que se derivan los derechos específicos a otorgar el consentimiento y a obtener la información previa.

Sin embargo, es de sobra conocido que la ciencia progresa más deprisa que la ley, y hoy en día nos encontramos con una serie de avances científicos hasta hace poco impensables. Por ejemplo, últimamente se ha publicado el mantenimiento de embriones humanos en cultivo en el laboratorio durante catorce días (54), o se ha ahondado en el descubrimiento de las alteraciones que el medioambiente (por ejemplo, el cultivo in vitro) puede ejercer sobre los embriones (epigenética) (55). Es también reciente la polémica originada por la terapia mitocondrial (56), o la edición del genoma embrionario humano (57), entre otros.

Existen multitud de publicaciones e investigaciones recientes en el campo de la medicina reproductiva, y es imposible enumerar la serie de problemas éticos que suscitan cada uno de ellos. Los problemas éticos suscitados por las nuevas tecnologías son diversos y múltiples, aunque todos ellos tienen la característica de obligar a un planteamiento doble: la reflexión sobre los conceptos implicados y los valores en juego, y la justificación de la toma de decisiones prudente en los campos de aplicación concretos (58).

El beneficio terapéutico que pueden ofrecer las nuevas tecnologías es, sin duda, uno de los elementos que justifican la investigación y el desarrollo de este campo, y que generan

también mayores esperanzas para la población. Su legitimación deriva de los principios de no maleficencia y beneficencia, es decir, de la obligación de hacer todo aquello que sea necesario para evitar el daño, y también de promover el bienestar y la mejora de la calidad de vida.

No obstante, también da lugar a un enorme conjunto de problemas para los cuales la categoría de responsabilidad se muestra tremendamente útil. Entre esos problemas cabe citar, por ejemplo, evitar los posibles riesgos por utilización de tecnologías no suficientemente seguras, la protección de la confidencialidad, las decisiones sobre riesgos genéticos ligadas a la reproducción, etc (58).

También se utilizan argumentos como el de la «pendiente resbaladiza» —es decir, considerar que abrir una posibilidad tecnológica nos lanza a una situación irreversible, de consecuencias morales desastrosas, por lo que es justificable frenar o prohibir dichas posibilidades, aun no siendo éstas dañinas (59).

Lejos de posturas que impidan el diálogo, lo que nuestra sociedad más necesita es participar, con información completa y no sesgada, en un debate que permita determinar qué riesgos está dispuesta a afrontar y qué beneficios considera lícito perseguir.

Tanto el exceso de confianza como el miedo pueden resultar irresponsables e imprudentes (58).

Hace más de cuarenta años, un biólogo, J. Rostand (60), se adelantó a su tiempo con un pensamiento que puede resumir la situación actual: *El hombre se ha hecho demasiado poderoso para permitirse el lujo de jugar con el mal. El exceso de su fuerza le condena a la virtud.*

CONCLUSIONES

La medicina reproductiva es única dentro de las especialidades médicas, ya que ayudan a que se produzca el nacimiento de nuevos individuos. Si a eso le añadimos los rápidos avances científicos en esta área, es imprescindible que los profesionales de la reproducción reflexionen sobre los valores que desarrollan y los interrogantes éticos que suscitan estas técnicas. En ocasiones se producen conflictos de valores, como son el de beneficencia y no maleficencia frente al principio de autonomía de los pacientes, y el mero cumplimiento de los requisitos legales no es suficiente para llegar a solucionar estos conflictos. A todo esto se puede añadir la falta de formación en ética de los profesionales de la medicina de la reproducción.

Cuestiones como qué ocurre con los embriones portadores no afectados de una enfermedad tras una selección embrionaria por diagnóstico genético preimplantacional, el empleo

de técnicas aún no totalmente probadas, la información que se debe dar a los niños nacidos por reproducción asistida, o cual es el límite de edad en los tratamientos de reproducción asistida, son, entre muchas otras, cuestiones aún sin resolver.

En estos casos, y otros en los que se originan controversias en la toma de decisiones, los Comités de Ética Asistencial son fundamentales para ayudar a resolver estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Código Ético en Reproducción Asistida**; Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica de la Sociedad Española de Fertilidad. 2015.
2. **S. Dyer, G.M. Chambers, J. de Mouzon, K.G. Nygren, F. Zegers-Hochschild, R. Mansour, O. Ishihara, M. Banker, and G.D. Adamson.** International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Monitoring Assisted Reproductive Technologies world report: Assisted Reproductive Technology 2008, 2009 and 2010. *Human Reproduction*, Vol.31, No.7 pp. 1588–1609, 2016.
3. **ADECES:** Asociación pro derechos civiles, económicos y sociales; España 2015: Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social. Para extender los derechos sin discriminación.
4. https://www.registrosef.com/public/docs/sef2015_IAFIVm.pdf
5. <https://www.eshre.eu/Specialty-groups/Special-Interest-Groups/Ethics-and-Law/Documents-of-the-Task-Force-Ethics-Law.aspx>
6. **Fathalla, M.F.** Current challenges in assisted reproduction. In: Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction” held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17–21 September 2001. Edited by EFFY VAYENA, PATRICK J. ROWE P. DAVID GRIFFIN.
7. **Robertson, J.A.** Procreative Liberty and Harm to Offspring in Assisted Reproduction. *American Journal of Law & Medicine*, 30 (2004): 7–40.
8. **Pennings, G.** The Physician as an Accessory in the Parental Project of HIV Positive People, 29 *J. MED. ETHICS* 321 (2003).
9. **Cortina A y Conill J.** Ética, empresa y organizaciones sanitarias, en Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad (Editor Pablo Simón), Triacastela, 2005, 15–32.
10. **Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine** American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama. Financial “risk-sharing” or refund programs in assisted reproduction: an Ethics Committee opinión. *Fertil Steril*. 2016 Oct;106(5)
11. **Evans, D. and Evans M.** Fertility, infertility and the human embryo: ethics, law and practice of human artificial procreation. *Human Reproduction Update* 1996, Vol. 2, No. 3 pp. 208–224.
12. **Schäfer, D., Baumann, R., and Kettner, M.** Ethics and reproductive medicine. *Human Reproduction Update* 1996, Vol. 2, No. 5 pp. 447–456
13. **Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology.** Elective single-embryo transfer. *Fertil Steril* 2012; 97 (4): 835–42
14. **Pennings, G., de Wer, G.** Evolving ethics in medically assisted reproduction. *Human Reproduction Update*, Vol.9, No.4 pp. 397±404, 2003.
15. **Schenker, G.J.** Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects. *Human Reproduction Update* 1997, Vol. 3, No. 2 pp. 173–184
16. **Takahashi, S., Fujita, M., Fujimoto, A., Fujiwara, T., Yano, T., Tsutsumi, O., Taketani, Y., and Akabayashi, A.** The decision-making process for the fate of frozen embryos by Japanese infertile women: a qualitative study. *BMC Medical Ethics* 2012, 13:9
17. **McMahon CA, Gibson F, Cohen J, Leslie G, Tennant C, Saunders D.** Mothers conceiving through in vitro fertilization: siblings, setbacks, and embryo dilemmas after five years. *Reprod Technol* 2000;10:131–135.
18. **de Lacey S.** Decisions for the fate of frozen embryos: fresh insights into parents’ thinking and their rationales for donating or discarding embryos. *Hum Reprod* 2007;22:1751–1758.
19. **Nachtigall RD, Becker G, Friese C, Butler A, MacDougall K.** Parents’ conceptualization of their frozen embryos complicates the disposition decision. *Fertil Steril* 2005;84:431–434.
20. **Wa’nggren, K., Alden, J., Bergh, T., and Svanberg, SA.** Attitudes towards embryo donation among infertile couples with frozen embryos. *Human Reproduction*, Vol.28, No.9 pp. 2432–2439, 2013.
21. **Stoop, D., Nekkebroeck, J., and Devroey, P.** A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age. *Human Reproduction*, Vol.26, No.3 pp. 655–661, 2011
22. **Lyerly, A.D., Nakagawa, S., and Kuppermann, M.** Decisional conflict and the disposition of frozen embryos: implications for informed consent. *Human Reproduction*, Vol.26, No.3 pp. 646–654, 2011
23. **Lyerly A, Steinhäuser K, Voils C, Namey E, Alexander C, Bankowski B, Cook-Deegan R, Dodson W, Jungheim E, Gates E et al.** Fertility patients’ views about frozen embryo disposition: results of a multi-institutional U.S. survey. *Fertil Steril* 2010;93:499–509.
24. **Indekeu, A., D’Hooghe, T., De Sutter, P., Demyttenaere, K., Vanderschueren, Vanderschot, D., Welkenhuysen, M., Rober, P., and Colpin, H.** Parenthood motives, well-being and disclosure among men from couples ready to start treatment with intrauterine insemination using their own sperm or donor sperm. *Human Reproduction*, Vol.27, No.1 pp. 159–166, 2012.
25. **Boyle, R.J. and Savulescu, J.** (2001) Ethics of using preimplantation genetic diagnosis to select a stem cell donor for an existing sibling. *Br. Med. J.*, 323, 1240±1243.
26. **Damewood, M.D.** (2001) Ethical implications of a new application of preimplantation diagnosis. *J. Am. Assoc. Med.*, 285, 3143±3144.
27. **Grobman, W.A., Milad, M.P., Stout, J. and Klock, S.C.** (2001) Patient perceptions of multiple gestations: an assessment of knowledge and risk aversion. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 185, 920±924.
28. **Pennings, G.** (2002) Personal desires of patients and social obligations of geneticists: applying preimplantation genetic diagnosis for non-medical sex selection. *Prenat. Diagn.*, 22, 1123±1129.
29. **McMahon CA, Gibson F, Leslie G, Saunders D, Porter KA, Tennant C.** Embryo donation for medical research: attitudes and concerns of potential donors. *Hum Reprod* 2003;18:871–877
30. **Kuhse H, Singer P.** Individuals, humans and persons: the issue of moral status. In: Singer P, Kuhse H, et al., eds. *Human embryo experimentation*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990:65–75.
31. <http://www.observatoriobioetica.org/2014/08/congelacion-de-embriones-y-fecundacion-in-vitro-nuevos-datos/5261>
32. <https://www.liveaction.org/news/new-hhs-strategic-plan-protects-american-lives-beginning-conception/>
33. **Feyto, L.** Aspectos éticos de la donación de ovocitos, En: Donación de Ovocitos” – Junio 2010 – Editorial Momento Médico., Ed. Javier Nadal Pereña.
34. **Skoog Svanberg, A. Sydsjö, G. Ekholm Selling, K. Lampic, C.** Attitudes towards gamete donation among Swedish gynaecologists and obstetricians. *Human Reproduction* 2008; vol. 23 no. 4 pp. 904–911.
35. **Daniels, K. Gillet, W. Grace, V.** Parental information sharing with donor insemination conceived offspring: a follow-up study. *Human Reproduction* 2009; vol. 1 no.1 pp. 1–7.

36. **F. Abellán.** Diagnóstico genético embrionario y eugenesia: un reto para el derecho sanitario. DS Vol. 15, Núm. 1, Enero - Junio 2007
37. **Savulescu, J.** Procreative Beneficence: Why we should select the best embryo. *Bioethics*. Vol 15, nº 5/6 2001.
38. **Ploug, T and Holm, S.** Clinical genome sequencing and population preferences for information about "incidental" findings-From medically actionable genes (MAGs) to patient actionable genes (PAGs).
39. **de Melo-Martin, I and Rosenwaks,Z.** Searching for the perfect child; *Fertil Steril*. Vol. 103 nº. 2, pp: 240-344. 2015
40. **Pellegrino, E.** «Biotechnology, Human Enhancement, and the Ends of Medicine», *Dignity*. Center for Bioethics and Human Dignity (CBHD), 2004.
41. **Gracia, D.** Como arqueros al blanco. *Estudios de Bioética*. Ed. Triacastela, Madrid, 2004, pp. 83-84.
42. **Vega Gutiérrez, A.** «Los derechos reproductivos en la sociedad postmoderna: ¿una defensa o una amenaza contra el derecho a la vida?». *Derechos reproductivos y técnicas de reproducción Asistida*. Granada. Ed. Comares, 1998, p. 27.
43. **Sanchez Abad, P. y Pastor García, L.** La inyección intracitoplasmática de espermatozoides. ¿Avance o imprudencia científica?. *Universidad Católica San Antonio, Murcia*, 2005, pp. 9-13.
44. **V. Informe** «Medicina personalizada. La salud a la carta», *Future Trends Forum (FTF)*, Fundación de la Innovación Bankinter, 2005.
45. **G. Pennings, G. de Wert, F. Shenfield, J. Cohen, B. Tarlatzis and P. Devroey.** ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-border reproductive care. *Human Reproduction* Vol.23, No.10 pp. 2182–2184, 2008
46. **Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine.** Cross-border reproductive care: a committee opinión. *Fertil Steril* 2013;100:645–50
47. **Spar D.** The Egg Trade-Making Sense of the Market for Human Oocytes.. *N Engl J Med* 356; 13 www.nejm.org march 29, 2007.
48. **Council of Europe:** Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, 1996, Article 21.
49. **Steinbock B.** *Life before birth: the moral and legal status of embryos and fetuses*. New York, Oxford University Press, 1992:59–71.
50. **Andrews LB.** *New conceptions: a consumer's guide to the newest infertility treatments, including in vitro fertilization, artificial insemination, and surrogate motherhood*. New York, Ballantine, 1985.
51. **39. Andrews LB.** My body, my property. *Hastings Center Report*, 1986, 16(5):28–38.
52. **Nuñez Calonge, R.** Réplica a la editorial: Donación de ovocitos. ¿Nos estamos extralimitando? (A.Romeu), *Rev Iber Fertilidad*; Abril-Mayo-Junio2014 - Volumen 31 - Nº 2.
53. **Ley de Investigación Biomédica**
54. **Johnson, MH.** Tri-parenthood – a simply misleading term or an ethically misguided approach? *Reproductive BioMedicine Online* (2013) 26, 516– 519.
55. **Deglincerti, A. et al.** *Nature* <http://dx.doi.org/10.1038/nature17948> (2016).
56. **Ventura Juncá et al.** In vitro fertilization (IVF) in mammals: epigenetic and developmental alterations. Scientific and bioethical implications for IVF in humans. *Biol Res* (2015) 48:68.
57. **Liang P, Xu Y, Zhang X, Ding C, Huang R, Zhang Z, Lv Jie et al** (2015) CRISPR/Cas9-mediated gene editing in human tripronuclear zygotes. *Protein Cell* 6(5):363–372.
58. **Feito, L.** (1999) *El sueño de lo posible. Bioética y terapia génica*. Universidad P. Comillas. Madrid.
59. **Rifkin, J.** (1999) *El siglo de la biotecnología. Crítica-Marcombo*. Barcelona.
60. **Rostand, J.** (1967) *Inquiétudes d'un biologiste*. Stock. París. Trad.: *Inquiétudes de un biólogo*. Fontanella. Barcelona, 1969. pág. 57.