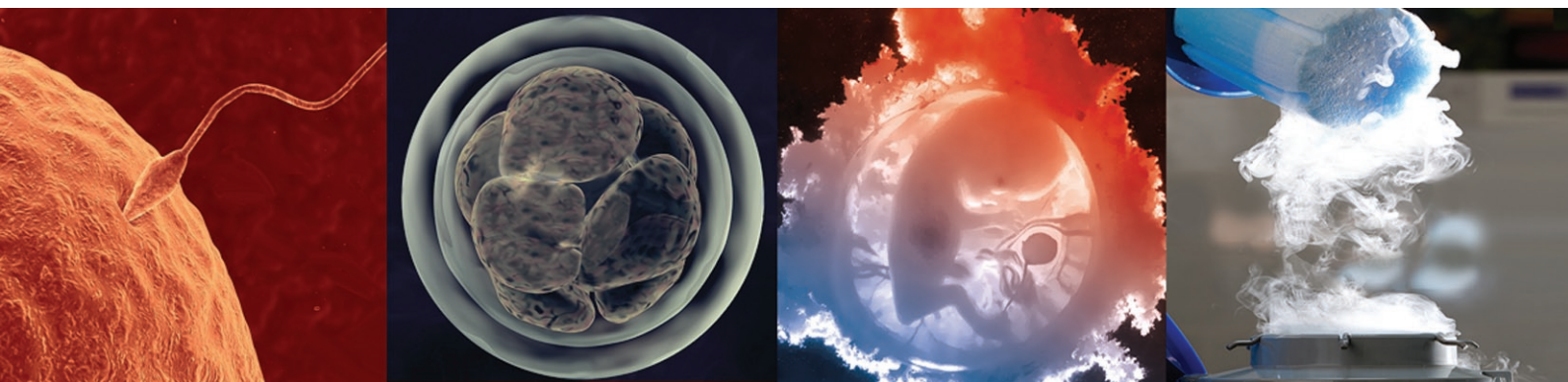


VERSION ESCRITA DEL SIMPOSIO



Aspectos Éticos y Legales de las Técnicas de Reproducción Asistida y las Diferentes Alternativas Terapéuticas

Buenos Aires

29 y 30 de abril de 2011

Hotel Emperador

Av. del Libertador 420 - Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Directores

Dr. Santiago Brugo Olmedo • Dra. Liliana Blanco

Dr. Roberto Coco

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y LAS DIFERENTES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Buenos Aires • 29 y 30 de Abril de 2011
Hotel Emperador

Directores:

Dr. Santiago Brugo Olmedo • Dra. Liliana Blanco
Dr. Roberto Coco



SUMARIO

Iniciación del Simposio. Dr. Santiago Brugo Olmedo	3
<hr/>	
Expositores	
Aspectos éticos referidos al estatus del pre-embrión y de las conductas médicas posibles: selección, criopreservación, donación investigación y descarte Dr. Eduardo Rivera López	5
<hr/>	
Aspectos legales referidos al estatus del pre-embrión y de las conductas médicas posibles: selección, criopreservación, investigación y descarte Dra. Nelly Minyersky	9
<hr/>	
Debate de Opiniones	14
<hr/>	
Cuestionario y Votación Status moral del pre-embrión humano in vitro	27
<hr/>	
Cuestionario y Votación Conductas referidas al pre-embrión humano in vitro	30
<hr/>	
Expositores	
Aspectos éticos del diagnóstico genético preimplantatorio Dra. Florencia Luna	36
<hr/>	
Aspectos legales referidos al diagnóstico genético preimplantatorio Dr. Marcelo Feliú	42
<hr/>	
Cuestionario y Votación Conductas referidas al pre-embrión humano in vitro	47
<hr/>	
Cuestionario y Votación Diagnóstico genético preimplantatorio	57
<hr/>	
Expositores	
Aspectos éticos referidos a la donación de gametos y pre-embriones; reproducción asistida en parejas del mismo género y en familias monoparentales. Alquiler de útero Dra. Silvia Rivera	71
<hr/>	
Aspectos legales referidos a la donación de gametos y pre-embriones; reproducción asistida en parejas homosexuales, en familias monoparentales. Alquiler de útero Dra. Claudia Silvani	76
<hr/>	
Cuestionario y Votación Donación de Gametos	81
<hr/>	
Conclusiones Finales. Dr. Roberto Coco	104
<hr/>	

En Buenos Aires, en el Salón “Puerta del Sol” del Hotel Emperador,
sito en la Avenida del Libertador N° 420 de la Ciudad Autónoma, a
veintinueve días de abril de 2011, a la hora 8 y 27.

INICIACIÓN DEL SIMPOSIO

Sr. Director

Dr. Brugo Olmedo - Buenos días.

Los que participamos anoche de la reunión de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) escuchamos las palabras del doctor Aníbal Acosta acerca de la ética y de hacer hincapié en escribir un Código de Ética adaptado a los cambios que han venido sucediendo en los últimos años. Los que integramos el Comité Organizador de este Simposio hace tiempo que pensamos que realmente es una herramienta que debemos actualizar.

Paralelamente, observamos el avance que han alcanzado los legisladores; tenemos una ley provincial cuyo autor y principal propulsor es el doctor Marcelo Feliú, que hoy se encuentra entre nosotros. Esta ley establece que la esterilidad es una enfermedad y, como tal, debe ser cubierta por las obras sociales. Sin embargo, es ciertamente restrictiva porque dictamina para quién correspondería el tratamiento y para quién no; en qué casos sí y en cuáles no, prohibiendo prácticas que son parte de la rutina y del arsenal terapéutico de la reproducción asistida. Probablemente a esta ley le sigan otras como, por ejemplo una ley nacional. Esto será muy importante para todos.

De todas maneras pienso que sería útil que se redacte –al menos en las sociedades científicas afines al tema reproductivo– un Código al que todos nos adherieramos y que en él figure lo que creemos que está bien y lo que está mal.

Por otra parte, quisiera recordarles que hace varios años organizamos un Simposio similar a éste en la ciudad de Córdoba. Pero hoy existen temas y problemáticas que en aquel momento ni siquiera imaginábamos; hoy existen, son legales. Por ejemplo, el matrimonio entre personas del mismo sexo. Hoy es legal, pero hace diez o quince años no lo era, aunque existía de hecho. Por lo tanto, esta nueva realidad nos obliga a pensar si estamos dispuestos o no (es decir si creemos que es bueno o malo) a ayudar a que estas parejas tengan hijos o no. Creo que es una reflexión que tenemos que hacer y sería muy bueno que la hiciéramos y la escribiéramos.

De ninguna manera este simposio pretende ser un hito de nada, sino simplemente una ayuda, ya que quedará por escrito gracias a que el Laboratorio Merck Serono (al que agradezco su apoyo económico) nos ayudará a editar un libro o manual para que conste la opinión y la votación de nosotros como especialistas en Medicina Reproductiva. Tal vez, el Comité de Ética de la comisión que acaba de asumir en la SAMeR pueda tenerlo como referencia una vez asesorados por eticistas; es decir, por gente que sabe, porque de ética nosotros no sabemos prácticamente nada.

De hecho, todos aquí somos médicos, biólogos, bioquímicos y, en general, de ética no conocemos demasiado. Sin embargo, tratamos de hacer las cosas con buena intención para no equivocarnos. En realidad es probable que nuestros juicios y análisis éticos tengan un nivel más bien superficial, porque no lo hemos podido estudiar en profundidad, pero de alguna forma lo tenemos que hacer.

Ojalá este simposio sirva como un instrumento más para que en el momento en que ese comité de SAMeR se junte, sepan sus integrantes qué opinan los especialistas en medicina reproductiva respecto de los temas que hoy se plantean; aunque tengamos en cuenta que no siempre las mayorías son las que consiguen la verdad y, a veces, se pueden equivocar.

Para terminar esta mínima introducción, como ustedes han visto en el armado del simposio para esta mañana, tendremos dos conferencias: la primera de un eticista y la segunda de una abogada. Luego pasaremos a debatir (que son más o menos dos horas, ex profeso) para intercambiar opiniones. La idea es que nos animemos a hablar. Todo lo que se diga quedará por escrito ya que hay un equipo de taquígrafas que va a dejar constancia de lo que digamos con nombre y apellido. Nuestras opiniones no van a ser anónimas, van a tener nombre y apellido. A continuación de ello, se realizará una votación electrónica que será anónima porque podría suceder que algunos, tal vez en temas muy controversiales, pudieran tener una opinión “pública” y una opinión “privada”. Creo que es bueno que lo sepamos. Puede suceder que en la votación (voy a dar un ejemplo cualquiera) la mitad de la audiencia esté de acuerdo con la embrioreducción y sin embargo, en el debate no había sido manifestado de esa manera.

Además las votaciones quedarán registradas en forma de histogramas o gráficos de tortas y éstos formarán parte de lo que se publique en la revista, de manera tal que ese Comité de Bioética (que ojalá concrete el Código de Ética) pueda apreciar de manera sencilla y clara lo que este grupo más o menos numeroso de especialistas en medicina reproductiva opina sobre estos temas.

ASPECTOS ÉTICOS REFERIDOS AL ESTATUS DEL PRE-EMBRIÓN Y DE LAS CONDUCTAS MÉDICAS POSIBLES: SELECCIÓN, CRIOPRESERVACIÓN, DONACIÓN INVESTIGACIÓN Y DESCARTE

Dr. Eduardo Rivera López

Sr. Director (Brugo Olmedo).

El primer expositor es el doctor Rivera López que tiene 49 años; es Licenciado en Filosofía de la UBA; doctor en Ciencias Políticas por la Universidad de Mainz, Alemania; fue becario de las fundaciones Alexander von Humboldt y John Simon Guggenheim. Actualmente, es profesor de Filosofía en la Universidad Di Tella e investigador independiente del Conicet.

Además, el doctor Rivera López se ha integrado al Comité de Bioética y tuvimos el gusto de tenerlo en el CEGyR durante años, junto con otras personas que están aquí hoy y también nos ayudan en el Comité de Bioética para decidir acerca de cuestiones, justamente, éticas.

La charla que dará hoy es acerca de los aspectos éticos referidos al estatus del pre-embrión y de las conductas médicas posibles: la selección, la criopreservación, la donación, la investigación y el descarte.

Sr. Rivera López.- Muchas gracias Santiago y a todos los organizadores de este simposio por haberme invitado. Quiero hacer una aclaración preliminar. El título de esta conferencia se debe al organizador, Santiago, porque, obviamente, abarca muchísimos temas diferentes a los que, lamentablemente, no voy a poder hacer referencia, sino, quizás, lateralmente.

De todas maneras –también en acuerdo con Santiago–, mi intención en esta charla es ser una herramienta útil para los debates que ustedes hagan posteriormente. La idea es que los ayude en el debate de hoy (que entiendo será más general sobre el estatus moral del embrión) y también en los que tengan luego para que puedan organizarse de una manera más útil y más clara. La propuesta es acerca de (como dijo Santiago) en algún momento posterior, regular ciertos aspectos de la conducta profesional.

Para ayudarme en la realización de esta charla, Santiago me pasó los cuestionarios que ustedes van a discutir y luego van a votar o dar su opinión. Ellos son muy interesantes y tienen, efectivamente, muchos temas nuevos. Algunos los habíamos discutido en el Comité de Ética del CEGyR, pero han aparecido otros (como lo mencionó él). Además, hay muchas preguntas, o la gran mayoría de las preguntas de este cuestionario, están redactadas en términos de si una conducta es permisible, es decir, si debería permitirse, si es lícita, etcétera. La palabra “lícito” aparece en muchas de estas preguntas para significar si es correcto, o no, hacer tal o cual cosa.

Entonces, me parece importante para poder discutir mejor y con mayor claridad (no para dar una respuesta definitiva) que cuando nos hagamos algunas de estas preguntas debemos tener en claro qué clases de preguntas nos estamos haciendo; porque son varias las posibles preguntas, o significados de las mismas que uno puede

estar haciendo cuándo dice por ejemplo: ¿Es el embrión una persona en tal estadio? ¿Debería permitirse que una mujer de tal edad sea receptora de una donación de óvulos?, etcétera.

Introducción

Los debates que están involucrados en el cuestionario que se discutirá más tarde son muchos y complejos. Habrá además varias charlas sobre aspectos éticos y jurídicos de algunos de ellos en particular. Mi interés entonces en esta charla es más general. Quisiera fundamentalmente serles útil para comprender mejor las preguntas y tener algunas herramientas más para reflexionar racionalmente sobre ellas.

¿Qué significa que una acción es “correcta”?

En primer lugar, quisiera hacer una distinción fundamental, que hace a la comprensión de las preguntas. Esta distinción no es clara en el texto de las preguntas y por lo tanto debería ser aclarado en cada caso.

La distinción es entre cinco sentidos diferentes que tienen las preguntas del tipo: ¿Es correcto (lícito, permisible, inobjetable) hacer X (por ejemplo, descartar embriones)? A veces el contexto indica claramente cuál es el sentido y otras veces no. Dado que, además, estos diferentes sentidos tienen relaciones a veces profundas entre sí, la posibilidad de confundirlos es grande.

1. Comienzo por los menos importantes en este contexto. Se refieren, respectivamente, al derecho vigente y a las pautas vigentes en la práctica profesional. El derecho vigente es un orden normativo que establece obligaciones jurídicas y sanciones. Yo me puedo preguntar, por ejemplo, si está permitido realizar una determinada acción (digamos, congelar embriones) y la respuesta será, en realidad, descriptiva. Quizá el de-

recho vigente prohíbe esta acción, o quizá la permite explícitamente, o quizá no dice nada explícitamente y, entonces, estaríamos ante una laguna jurídica. La respuesta a esta pregunta la obtengo estudiando las normas del derecho positivo.

2. También existen los códigos de ética de las profesiones, que constituyen un orden normativo más restringido, aunque en muchos casos tiene un efecto coactivo, dado que existen sanciones. También me puedo preguntar si las normas de esos códigos permiten o no realizar una cierta práctica o conducta.

Estos dos primeros sentidos, insisto, son puramente descriptivos. La respuesta a estas preguntas la pueden dar los juristas, abogados o expertos en los códigos profesionales. Frente a estos dos primeros modos de interpretar si una conducta es correcta o no, hay tres sentidos que son verdaderamente normativos, es decir que, cuando nos hacemos la pregunta, la respuesta no está en la descripción de alguna norma jurídica positiva o algún código de ética vigente.

Un primer sentido es puramente moral. La pregunta es simplemente si es moralmente objetable hacer X (por ejemplo, si es moralmente objetable congelar embriones). Si deberíamos, como personas morales, reprocharnos o reprochar a alguien que haga X. Esta pregunta es independiente de cualquier cuestión institucional o jurídica. También es independiente, como veremos, de cuestiones religiosas. Lo importante por ahora es que aquí “correcto” o “incorrecto” (u otras palabras similares) se refieren exclusivamente al acto y a su resultado.

El segundo sentido es también moral o ético, pero incluye una dimensión institucional, jurídica. Ahora no me pregunta si hacer X es moralmente correcto o incorrecto, sino si es moralmente correcto o incorrecto permitir jurídicamente hacer X. La inclusión del elemento jurídico aquí puede llevar a confusión. Puede hacernos creer que ahora estamos frente a un problema jurídico. Sin embargo, no es así. Seguimos plenamente en el plano moral, sólo que nuestra pregunta se refiere ahora a la corrección moral de las normas jurídicas.

Para ilustrar la diferencia entre estos dos primeros sentidos de corrección o incorrección, podemos, por ejemplo, creer que el aborto es una acción inmoral, pero que, sin embargo, debería estar jurídicamente permitida. O bien, que el aborto es moralmente inobjetable, pero debería ser jurídicamente restringido. Obviamente, es muy habitual que pensemos que, si una conducta es moralmente incorrecta, ésta deba ser jurídicamente prohibida, pero no es siempre así. Por lo tanto, por ejemplo, cuando nos preguntamos si debería permitirse la donación a parejas de lesbianas, la pregunta debería entenderse, creo, en el segundo sentido. Es decir, no estamos preguntando si nosotros consideramos inmoral que una pareja de lesbianas críen a un hijo, sino si debería estar jurídicamente per-

mitido que lo hagan en una sociedad liberal, en la que existen diferentes opiniones en materia moral.

La clase de pregunta ético-normativa que acabo de explicar puede hacerse en torno de los códigos de ética. Me puedo preguntar qué debería decir un código de ética. Llamemos a esta clase de pregunta ético-profesional. La pregunta no es qué dice el código vigente, sino qué debería de decir.

En resumen, tenemos el siguiente cuadro:

A. Cuestiones descriptivas:

1. Cuestión jurídica: ¿es jurídicamente permisible hacer X (de acuerdo con el derecho vigente)?
2. Cuestión profesional: ¿es profesionalmente permisible hacer X (de acuerdo con la normativa profesional vigente)?

B. Cuestiones normativas:

1. Cuestión moral pura: ¿es moralmente correcto hacer X?
2. Cuestión ético-jurídica: ¿es moralmente correcto permitir (o prohibir) jurídicamente hacer X?
3. Cuestión ético-profesional: ¿es moralmente correcto permitir (o prohibir) profesionalmente hacer X?

Justificaciones racionales y de las otras

Detengámonos ahora en las tres cuestiones normativas, que son, como dije, las que realmente importan en este simposio. En los tres casos, podemos preguntarnos por las clases o maneras de justificación de las posibles respuestas a las preguntas normativas. Aquí es importante tener en cuenta las diferencias entre las tres preguntas, dado que obviamente no es igual la clase de justificación que se requiere para cada una.

En el caso del juicio moral puro, según el cual “es correcto hacer X” significa que hacer X, en sí mismo, no es reprochable moralmente, los argumentos para justificar el juicio pueden ser muy diversos. Pueden ser juicios que descansan en creencias tradicionales, en la religión por ejemplo. También creo que un juicio moral puro puede estar justificado en argumentos racionales. Déjenme explicar cómo es que esto es posible.

Normalmente pensamos que la conciencia moral de una persona es algo individual, intransferible: “allá cada uno con su conciencia”.

Es fácil vincular los juicios morales más profundos con nuestras raíces religiosas o familiares o tradicionales. Sin embargo, es claro que uno puede argumentar en materia moral. Esta argumentación nunca es, ciertamente, definitiva. Sin embargo, los juicios morales no son como juicios de gustos, respecto de los cuales nadie puede convencer a otro. En cuestiones morales uno sí puede convencer o ser convencido. ¿De qué modo? Mediante un proceso de acomodamiento y coherencia entre nuestras creencias

morales más generales y nuestras intuiciones particulares más fuertes.

Por ejemplo, muchas personas creen que el aborto es equivalente a matar a una persona. El feto es un ser humano; los seres humanos tienen un derecho a la vida; luego, matar un feto es matar a un ser con derecho a la vida, es decir, un homicidio. Por otra parte, estas personas aceptan (supongamos) que existan algunas excepciones a la prohibición moral del aborto. Piensan, por ejemplo, que, si una mujer es violada, o si está en riesgo su salud, entonces el aborto es moralmente permisible. Estas dos creencias son posibles, cada una en sí misma, pero no son consistentes entre sí. Si el feto es equivalente, digamos, a un niño de 5 años, entonces permitir moralmente el aborto en caso de riesgo para la salud equivaldría a permitir moralmente que una persona mate a un niño de 5 años si no hacerlo pone en riesgo la salud, lo cual es absurdo. Este pequeño ejemplo quiere mostrar solamente que alguien que tenga estas dos creencias tendría que revisarlas y ver de qué modo pueden compatibilizarse. Y, si no pudiera compatibilizarlas, tendría que abandonar alguna de ellas. De este modo, se ve que es posible la discusión racional en cuestiones morales.

En el caso de las cuestiones ético-jurídicas, es decir, acerca de si es moralmente correcto permitir (o prohibir) jurídicamente una conducta, este mecanismo funciona, mutatis mutandis, exactamente igual. Pero existe una diferencia importante entre ambos planos que quisiera destacar, en relación con el tipo de justificación que es aceptable en este nivel de la discusión. En el caso de los juicios ético-jurídicos, existe una restricción adicional, que no se da en el caso de los juicios morales puros. La justificación de un juicio ético-jurídico (por ejemplo, “el aborto debería ser jurídicamente prohibido” o “el aborto debería ser jurídicamente permitido”) debe tener en cuenta que lo que está en juego es el ejercicio de la coacción estatal, es decir, el uso de la fuerza para coaccionar a las personas en determinada dirección. Esto marca una diferencia fundamental que hace que debamos ser mucho más cuidadosos y respetuosos de las ideas morales de los demás.

En las sociedades contemporáneas existe lo que el filósofo estadounidense John Rawls ha llamado “el hecho del pluralismo”, es decir, el hecho de que existen diferentes concepciones morales, religiosas, culturales, etc. Rawls las llama “concepciones abarcativas del bien”. Yo puedo tener una cierta concepción del bien, de acuerdo con la cual el aborto o la eutanasia o la reproducción asistida es algo inmoral. Pero cuando yo discuto públicamente la cuestión ético-jurídica de si alguna de esas conductas debería ser jurídicamente prohibida, debo tener en cuenta el hecho del pluralismo. Debo entender que mi concepción del bien no es la única, sino que existen otras diferentes e incompatibles con la mía. Además, muchas de esas concepciones diferentes de la mía son razonables, es decir, pueden ser defendidas con razones públicas atendibles.

Por lo tanto, mi propuesta ético-jurídica debe también ser razonable, en el sentido de tomar los denominadores comunes entre las diferentes visiones existentes, de modo tal de llegar a un acuerdo razonable y sustentable.

En relación con la pregunta ético-profesional, acerca de cómo justificar la inclusión o no de una restricción adicional a las puramente jurídicas dentro de una normativa de conducta profesional, la discusión es entre aquellos que son más “liberales” y aquellos que son más “profesionalistas”.

Llamo aquí liberales a aquellos que piensan que la relación profesional médico-paciente es una relación contractual como cualquier otra y debe, por lo tanto, estar regulada de acuerdo con normativas jurídicas generales. Los Códigos de ética profesional son innecesarios. Basta con un conjunto de normas jurídicas razonables. Otros piensan que la clase de práctica médica es peculiar y merece una regulación específica que proteja a pacientes vulnerables, evite excesos y abusos. Por ejemplo, una de las preguntas del cuestionario es la siguiente: “puede la donante ser nulípara”. En este caso (no tengo una respuesta personal sobre este punto), podría ocurrir que, desde el punto de vista estrictamente ético-jurídico, sea plausible sostener que no debería haber una prohibición legal a esta conducta (aceptar una donante nulípara), si se cumplen con las condiciones de consentimiento informado, voluntariedad, etc. Sin embargo, puede tener sentido, como regla de ética profesional, prohibir o al menos desaconsejar esa práctica, como un modo de evitar abusos. Ambas clases de prohibición: la prohibición jurídica y la prohibición profesional poseen efectos diferentes, más débiles en el último caso.

En resumen, el panorama que tenemos en relación con las justificaciones es el siguiente:

1. Cuestión moral pura:
 - a. Concepciones morales con justificación religiosa o basadas en alguna autoridad moral.
 - b. Concepciones morales con justificación racional.
2. Cuestión ético-jurídica:
 - a. Concepciones perfeccionistas, que intentan imponer una “concepción abarcativa del bien”.
 - b. Concepciones democráticas, que toman en cuenta el pluralismo razonable.
3. Cuestión ético-profesional:
 - a. Concepción liberal.
 - b. Concepción profesionalista.

La cuestión del estatus moral del pre-embrión in vitro

De los tres grandes núcleos temáticos de este simposio, el estatus moral del embrión, el PGD y la donación de gametas y embriones, me voy a referir brevemente al primero, con alguna mínima referencia a los otros dos, que

recibirán un tratamiento específico por parte de colegas filósofos y juristas.

Voy a encarar primero la cuestión del estatus moral del embrión como una cuestión moral pura (en el sentido que he definido este concepto). La pregunta es si el embrión in vitro (o pre-embrión) es una persona. La pregunta, a pesar de la apariencia, es puramente normativa. No es una pregunta que pueda resolver la medicina o la ciencia en general (la biología). No es observando embriones que vamos a resolver si es o no una persona, dado que el concepto de persona es, en sí mismo, un concepto moral, normativo. Significa poseer un conjunto de derechos, entre otros, el derecho a la vida.

La pregunta es sin duda muy general y merecería más espacio que el que le puedo dar aquí, de modo que mi tratamiento será un poco esquemático. Siguiendo el método que mencioné anteriormente, según el cual nuestras opiniones morales deben ser consistentes y un buen test para esas opiniones es, precisamente, su consistencia con otras opiniones más profundas que tenemos, lo que voy a sostener es que la tesis de que el pre-embrión es una persona (es decir, es una entidad con un derecho a la vida) es difícil de compatibilizar con la práctica misma de la fecundación asistida.

Más concretamente, la ART (terapia de reproducción asistida) implica, en varias de sus facetas, la muerte de embriones. En primer lugar, se suelen transferir a la mujer más embriones que los que se esperan que progresen. Obviamente, esto no se hace con la intención de matar embriones, pero la muerte de uno o más embriones es algo esperado y deseado (para no tener embarazos múltiples). Esta es una práctica que, si estuviéramos ante personas (pensemos, por ejemplo, en niños de 10 años), sería claramente inmoral.

En segundo lugar, el congelamiento de embriones también implica la pérdida de un porcentaje (20 o 30 por ciento). En tercer lugar, el PGD se realiza precisamente para no transferir determinados embriones que poseen menos probabilidades de sobrevivir o poseen alguna clase de anomalía. Todas estas prácticas no se conciben con la idea de que el embrión es una persona y, por lo tanto,

su destrucción es un homicidio.

Todo esto no significa que el embrión no posea un valor moral. Su valor moral reside, en mi opinión, en el hecho de que el embrión (a diferencia de otras células o conjunto de células) puede convertirse en una persona (si se dan ciertas circunstancias). Y esto le da un derecho condicionado a que esa potencialidad se actualice. En este sentido, sería, por ejemplo, inmoral dañar un embrión para luego transferirlo y generar una persona con alguna discapacidad producto de ese daño. El congelamiento de embriones, en la medida en que hubiera evidencia de que produce alguna consecuencia en la salud de las personas futuras, debería ser seriamente cuestionado.

Si esto es así, entonces las conductas realizadas sobre embriones humanos sólo deberían limitarse en casos en los que pudieran afectar a la persona futura si (y sólo si) ella llega a existir. Por lo tanto, no veo una objeción moral al descarte de embriones, su utilización para generar células madre o para la investigación. Si hubiera objeciones a estas prácticas, habría que explicar racionalmente cuáles son esas objeciones y, sobre todo, si esas mismas objeciones no se aplican a la ART misma, incluyendo las prácticas de congelamiento y PGD.

Por último, quisiera decir brevemente algo sobre donación de gametas y de embriones. Por razones que no puedo exponer ahora, mi posición es permisiva en cuanto a aceptar, desde el punto de vista ético-jurídico, la donación a personas solas, a parejas homosexuales, etc. La cuestión del anonimato de los donantes es compleja y no puedo tratarla aquí, pero sí quisiera remarcar un punto que para mí es importante. Aun cuando la identidad de los donantes pueda ser anónima en principio, creo que es un derecho básico de la persona engendrada de esta manera el de acceder a la identidad de sus padres genéticos. En este sentido, desde el punto de vista ético-jurídico, es para mí obvio que una regulación jurídica de la donación de gametas o embriones debería reconocer este derecho, de manera análoga al derecho que se reconoce a los hijos adoptados.

Sr. Director (Coco). - Muchas gracias, Eduardo.

ASPECTOS LEGALES REFERIDOS AL ESTATUS DEL PRE-EMBRIÓN Y DE LAS CONDUCTAS MÉDICAS POSIBLES: SELECCIÓN, CRIOPRESERVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DESCARTE

Dra. Nelly Minyersky

Sr. Director (Coco).

Le damos la bienvenida a la doctora Nelly Minyerski. La doctora es abogada, egresada de la Universidad de Buenos Aires; profesora consulta de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires; directora de la maestría sobre Políticas Sociales Infantojuveniles de la Facultad de Derecho de la UBA; investigadora permanente del UBACyT y directora de proyectos de Investigación de Bioética en Derecho de Familia.

Dra. Minyerski. - Buenos días.

Como es de rigor y como dirían los niños, “de verdad” agradezco la invitación. Creo que estamos ante avances que otorgan muchas posibilidades a los operadores jurídicos y esa fuente nos las dan ustedes, los que trabajan en las ciencias biológicas y en la fecundación. Ustedes nos dan esa posibilidad de recrear, modificar y pensar. Desde mi punto de vista, constituyen avances que en última instancia, tanto los operadores jurídicos como de la medicina buscamos para brindar un mejor vivir a la gente.

Por otro lado, el doctor Eduardo Rivera López se refirió a uno de los puntos que es necesario dilucidar y precisar, así como también el marco jurídico adecuado para el debate. En ese sentido, hay que tener en claro qué es la moral, qué es la filosofía moral y qué es la filosofía jurídica. No podemos confundir estos mundos, porque si bien tienen contactos comunes son diferentes.

El Estado es quien crea el mundo jurídico pero, a su vez, está ordenado y restringido en su quehacer por el mundo jurídico, que es muy diferente al mundo moral.

Hay muchísimas morales; por ejemplo, acá somos ochenta personas y podremos pensar distinto en algunos aspectos de la vida pero seguramente, pensaremos igual en otros aspectos. El doctor expresó dos ejemplos muy claros: atender a una persona que necesita y que nadie puede agredir a otro, o sea respetar lo que llamamos en el mundo jurídico el principio de no lesividad, no dañar a otro. Seguramente todos vamos a estar de acuerdo con que el Estado tiene que cuidarnos, con que no tiene que permitir que se robe o con que se mate. Pero, ¿cuál es el límite?

Los que trabajamos como operadores jurídicos tenemos un poco de mejor suerte, porque contamos con una estructura que está impuesta por el Estado, que nos fija pautas de conductas como ciudadanos en un Estado democrático, representativo, federal y laico. Como decía una eticista italiana, esas pautas mínimas son un “mínimo ético”. Ese “mínimo ético” es el que permite la convivencia sin dañar al otro y es el que plasman las leyes. Ustedes

me podrán decir que a veces las leyes son mejores, pero a veces son peores, teniendo en cuenta el marco referencial que no pueden ni deben violar la Constitución. Entonces, ese marco referencial (y por eso tenemos más suerte) sin ser efectivamente dogmático nos dice: “Esto se puede hacer”; “Esto no se debe hacer”; “Esto se debe hacer así”, etcétera. Además, a raíz de que hay distintos pensamientos seguramente hay millones de personas que tienen conceptos morales parecidos, pero no todos.

En nuestro país no hay una estructura moral que me obligue. El doctor muy bien lo dijo: el poder del Estado de coaccionar limita y estructura. Ese límite de coaccionar debe ser el mínimo. O sea, ¿cómo se articula el deber del Estado de que no se dañe con la menor restricción de la libertad y la autonomía de las personas? Allí nos movemos y se habla de Derecho Penal de mínima. Toda doctrina garantista está basada en que no se lesionen nuestros derechos individuales, nuestros derechos humanos a la autonomía y a la libertad; por ejemplo, que no se nos detenga y se nos mantenga presos, si no corresponde.

Cuando hablamos de estas cuestiones siempre tenemos que pensar y referenciarlos a que el Derecho Penal debe ser de mínima: debe ser eficaz, tiene que buscar como objetivo que no se cometan delitos, como lo considera el Estado. Porque si dicto una norma que no es eficaz y, por ejemplo, coloco muy al pasar el aborto, tengo que pensar qué pasa y para qué está esa norma penal si no se está cumpliendo. El Derecho Penal es el más afectado, porque ataca nuestra libertad y autonomía.

Hecha esta pequeña disquisición, creo que es fundamental desprendernos y ponernos en la cabeza que no es lo mismo la filosofía moral que la jurídica; que no es lo mismo un Estado de derecho que un Estado en el que primen determinadas morales, porque su función es la de cuidarnos, pero no en el sentido de limitarnos en nuestra fe religiosa o en prevalecer una fe o una moral por sobre la otra, sino en buscar esa base mínima.

Por otro lado, quiero señalar que hoy estamos acá para hablar con mayor precisión del pre-embrión. Lo cierto es

que muchos sectores de la doctrina jurídica y moral no realizan la distinción entre pre-embrión y embrión. Inclusive, consideran que hablar de pre-embrión es una renuncia al interrogante de si el embrión es o no persona.

Además, la división entre derecho y moral, o sea entre un mundo jurídico y un mundo moral es necesaria para trabajar. Es curioso que cuando hablamos de embrión o de pre-embrión, haya seres humanos implicados o involucrados en situaciones vitales que en última instancia son ejercicios de derecho: el derecho a procrear, al avance de la ciencia, a la procreación y, por otro lado, a la autonomía de no procrear.

Estos dos ámbitos aparecen como enfrentados; sin embargo, en el fondo los dos apuntan a la autonomía y libertad de las mismas normas legales, aunque parezca antinómico.

En uno estoy trabajando para ver cómo ayudar a procrear para constituir una familia; y en el otro, estoy analizando qué pasa con un embarazo no querido, con un aborto terapéutico o cualquiera fuera el tipo. Estos dos mundos se unen y si analizamos nuestra Constitución y los tratados de derechos humanos veremos que en realidad en todos se protegen a los integrantes de una familia como sujetos de derechos. Por ejemplo, el derecho a planificar una familia que significará procrear o no, tener hijos o no. Estos aparecen como derechos antinómicos pero tienen la misma raíz que es la autonomía, la libertad y la obligación del Estado de proteger a la familia.

En otra oportunidad hemos hablado de que no hay un derecho al hijo, pero sí hay un derecho a ser o no madre, a procrear. O sea, el Estado me tiene que proteger, pero en realidad no son obligaciones de resultado; por eso, diferenciamos mucho. No hay un derecho al niño, pero sí a la procreación y a que el Estado facilite la igualdad de condiciones con otros ciudadanos y me otorgue la posibilidad de acceder tanto al cuidado hospitalario en un embarazo natural biológico como a las técnicas de fecundación.

Por otro lado dentro de estas mismas normas (que brevemente luego les voy a comentar) están todos los tratados de derechos humanos que hablan de familia, no de “familia biológica”, “familia matrimonial”, “familia igualitaria o no igualitaria”, sino de favorecer la posibilidad de que todos los seres humanos tengan una familia. También está la obligación del Estado de no obligar a las personas a ser padres o madres.

Si leemos un artículo que estableciera que quien contrae matrimonio está obligado a tener hijos, nos parecería un absurdo, tanto que el matrimonio no lo tiene como requisito, ni puede ser causal de divorcio que alguien sea infértil. Podrá ser causal de divorcio si se ocultó la infertilidad. Entonces, esto tiene importancia ya que nos permite sacar a la luz algunos mitos.

Por otra parte, creo que el análisis del pre-embrión y el embrión están íntimamente unidos. En derecho hay una

máxima: puede lo más y puede lo menos. Si avanzo doctrinariamente en qué es el embrión, qué es el feto, qué derechos tiene y cuáles no, lógicamente tiene una proyección muy importante en las consideraciones del pre-embrión y sobre qué técnicas, es decir, si puedo donar o no, y cuántos embriones. En conclusión, hay una unidad de criterios.

Esto lo aprendí leyendo algunos materiales de los que no son abogados; algunos sostienen que no se puede hablar de embrión, porque es un proceso, ya que no es lo mismo ayer, no es lo mismo hoy, ni dentro de dos meses. Pero lo cierto es que estas distintas etapas de desarrollo del pre-embrión, embrión y feto hacen que uno deba tener distintas consideraciones. Esto no tiene que ver si es persona o no.

Muchas veces se ha encasillado la discusión respecto de si se es persona o no, y lo saca del marco en que intento transmitir la discusión. En la vida jurídica y en la vía diaria, siempre tenemos dilemas. Entonces, aunque dijera que es persona, a veces hay dilemas entre dos personas de igual calidad, como las que estamos acá. El dilema me hará elegir entre una u otra situación y hacer un juicio de valor a quién tengo que privilegiar. Por eso, a veces digo que tenemos que desplazar la discusión.

De todas maneras me interesa destacar que hay muchísima doctrina que considera que quien habla de pre-embrión (por lo menos en los aspectos jurídicos) considera que es persona. Muchos otros no diferencian in vitro o in útero, sino que es siempre desde el famoso momento de la concepción, que tampoco está bien definido jurídicamente. En cambio, algunos doctrinarios como los doctores Figueroa Yañez, Bergel o Firmenich consideran que la diferencia es sustancial entre el período preimplantatorio y el embrión in vitro; algunos con distintos grados. En algún momento de madurez de nuestra sociedad posiblemente logremos algunas definiciones más concretas, pero lo cierto es que la consideración de estos doctrinarios que les señalé le da un carácter más de cosa.

Figueroa Yañez lo considera una cosa y dice que, como se puede donar, está en el mercado e inclusive se puede entregar y circula ese exterior a la persona humana, salvo el que está in vitro.

Desde el punto de vista jurídico hasta ahora las cosas en nuestro Código son muebles y semovientes. Por ejemplo, un vaso es una cosa mueble y un auto es un semoviente. Entonces a las personas humanas las catalogan de cosas, pero no cualquiera. No es un vaso, es algo que considero que no es persona, pero tengo que reconocer que tiene vida humana y una vida potencial. Hasta ahora no he encontrado en la doctrina una calificación jurídica que lo distinga y es trascendental seguir investigando este tema, porque tiene que ver con qué es el pre-embrión in vitro con aspectos esenciales.

La procreación, las distintas técnicas, la maternidad su-

brogada y la reprogramación tienen que ver con la investigación. Por eso, Bergel hace jugar (si bien él también lo considera una cosa, pero relativiza el concepto) el derecho a la investigación y la experimentación, que está reconocida como un derecho humano en muchos tratados que ha suscripto la Argentina.

Por ejemplo, ¿a quién protejo más? A lo mejor permitiendo la investigación con un embrión puedo salvar más vidas que la eventual potencial vida que tenga este embrión.

Por ejemplo, Firmenich dice que no se puede hablar de ser humano, sí de vida humana, y también propicia la investigación.

Éstos son los grandes temas que luego veremos en las preguntas respecto de qué hago con los embriones supernumerarios.

Hecha esta diferenciación aclaro que la discusión a nivel jurídico la tengo que hacer en una forma más amplia. Para los que utilizan como argumento que consideran que es persona desde el momento de la concepción, voy a darles un pequeño marco jurídico para no irme en el tiempo y después señalarles algunos fallos.

Siempre se dice (y es muy frecuente escuchar) que el Código Civil en nuestro país nos señala que se es persona desde la concepción. Les traje los artículos, porque me gusta leerlos en forma textual para que lo analicemos con finura.

Supongamos que ustedes están trabajando, ¿qué marco jurídico tendrían cuando, por ejemplo, se les cae la probeta? En el Senado hubo un proyecto (y se aprobó) que establecía que era delito, prácticamente un homicidio si se le cae la probeta.

Dalmacio Vélez Sarsfield, autor del Código Civil de Argentina, hace mucho tiempo dijo que desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas y que antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos. Nadie menciona que dice “algunos”; y continúa: “...como si ya hubiera nacido”. Estos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos en el seno materno nacieron con vida, aunque fuere por un instante, después de ser separado de su madre. Las normas de este tipo están en muchos otros códigos, sobre todo en el de Napoleón. ¿Por qué ponían estas normas? Ustedes saben que el 90 por ciento de las normas del Código Civil son patrimoniales. El objeto era que si una mujer queda embarazada y el marido muere antes del nacimiento, ese chico que había sido concebido pudiera heredar. Esto es literatura y está en todos los manuales, no sólo en el de Derecho Civil de nuestro país.

El Artículo 71 del Código Civil establece que no importa si el nacimiento es espontáneo o quirúrgico; no importa que los nacidos con vida tengan imposibilidad de procrear o que mueran después de nacer. Es decir, pone una viabilidad (creo que así se llama) que es el punto

de inflexión. Ustedes se imaginarán que en esa época, 1869, todo lo que estamos hablando era ciencia ficción no imaginada, porque ni Julio Verne, que previó muchas cosas, pudo imaginar estas situaciones. Los artículos que se invocan se hacen sin aclarar que el objetivo era proteger los derechos hereditarios de aquellos que habían sido concebidos.

Además, expresa que no importa que los nacimientos con vida tengan la posibilidad de prolongarse. O sea, siempre están sujetos a que nazca; nació y respiró, y muere después. Tiene que nacer, si no nace es como si no hubiera existido. También establece que si muere antes de separarse del seno materno será considerado como si no hubiera existido. Éste es el Artículo 74. O sea, si no nace es como si no hubiera existido.

En una nota al Artículo 3290, de la parte de Sucesiones, establece que, hasta el nacimiento, el niño integra el cuerpo de la madre y que recién se considera separado de la misma después del nacimiento. Entonces, no podemos interpretar nuestro Código Civil, sino que primero lo tenemos que analizar seriamente y dentro de un contexto.

Otro artículo que se usa permanentemente y que se invoca para decir que el pre-embrión es el Artículo 4° de la Convención de los Derechos Humanos del Pacto de San José de Costa Rica.

Quiero contarles que en nuestro país el Artículo 4° del Pacto de San José de Costa Rica es utilizado por sectores sin aclarar ni contar la historia. Ustedes saben que en Derecho, por suerte, podemos interpretar distinto según lo que se investigue. Se trata de un sistema jurídico. Cuando analizo una norma tengo que ver qué pasó antes para saber por qué se puso tal palabra.

Me voy a tomar un poco de tiempo, porque les quiero leer el artículo que expresa que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, es a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. Lo que no dicen es por qué se puso el término “en general” ni cómo debemos interpretarlo.

En los antecedentes de la redacción de la Convención, se había propuesto otra que fue desechada, en la cual hablaba de que todas las personas, inclusive los no nacidos y los discapacitados tenían derecho a la vida. Pero eso no se aprobó, sino que se aprobó ésta. ¿Por qué? Se puso en general, porque muchísimos de los países que suscribieron esa convención tenían legislación (o querían tener legislación) que no limitara las investigaciones ni el derecho que ya tenían sancionado. Por ejemplo, si el Artículo 4° no dijera “en general”, ¿cómo compatibilizamos eso con nuestro Artículo 86, que autoriza y legaliza el aborto cuando está en peligro la salud de la madre, en peligro de muerte, o cuando el embarazo fue producto de una violación? Eso pasaba con muchos otros países, así que es necesario hacer una interpretación. Por eso, al estudiar

los antecedentes, digo: esto se incluyó, y están las discusiones que lo señalan.

Les quiero leer rápidamente un fallo de la Cámara Civil de Mar del Plata, que dijo lo siguiente: “La columna vertebral del sistema interamericano de protección de los derechos humanos, me refiero concretamente al Pacto de San José, prescribe en su Artículo 4.1 que este derecho fundamental ‘estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción’. Esto significa que para el Pacto el concepto del derecho a la vida no es de carácter absoluto, admitiendo excepciones a la regla general de protección. Esta cuestión fue motivo de análisis por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos con motivo de la denuncia formulada en el año 1977 contra los Estados Unidos de América y el Estado de Massachusetts, por violación al derecho a la vida, conocido como el caso ‘Baby Boy’, a raíz de una sentencia dictada por la Corte Suprema del país del norte, y que absolviera al médico que, con consentimiento de la madre, practicara el aborto, y que impidiera la vida de ‘Baby Boy’. En la resolución de ese caso, al realizar la Comisión un pormenorizado estudio de los trabajos preparatorios tanto del Artículo 1° de la Declaración Americana y del Pacto de San José, en relación con el derecho a la vida, y en particular de la inserción de las palabras ‘en general’ en el Artículo 4.1 de este último, se señaló que dicha expresión tuvo por objeto permitir la subsistencia (por no incompatibilidad) de la preexistencia de aquellas legislaciones nacionales que no son restrictivas de abortos en especiales situaciones. En particular referencia a estas ‘especiales situaciones’ se mencionan en el informe (párr. 19 “e” y “f”) (entre otras) cuando sea necesario para salvar la vida de la madre o para interrumpir la gravidez de una víctima de estupro, individualizándose al Artículo 86 de nuestro Código Penal como un claro ejemplo en ese sentido.”

“Es de destacar que, siendo la Comisión Interamericana uno de los dos órganos competentes para supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los Estados partes en el Acuerdo de San José (Artículo 33). Sus informes deben servir de guía para la interpretación de la Convención por parte de los jueces nacionales en los casos que les toque decidir.”

Esto es de trascendental importancia porque para quienes estamos en el mundo jurídico, el Artículo 4°, es la gran bandera que se esboza para no aceptar ninguna práctica de investigación con los embriones, para la donación, y para poner muchos obstáculos a las prácticas de las técnicas de reproducción asistida.

Reitero: lo que he leído es un fallo de Mar del Plata. Esto significa que nuestro país acoge un fallo de la Corte Interamericana, como lo dice (no los voy a aburrir con la lectura, porque sería muy pesado), en el cual una organización americana demandó al Estado Norteamericano porque la Corte Suprema de Estados Unidos absolvió a

un médico que había practicado un aborto. Entonces, particulares fueron a quejarse a la Corte Interamericana, que dijo lo que transcribe la camarista argentina.

Quiere decir que uno de nuestros instrumentos legales a considerar como sustancial es el Pacto Interamericano y el Artículo 4°. Esta misma jurisprudencia aparece en el Tribunal de Derechos Humanos Europeo.

No tenemos tiempo ahora, pero si a alguien le interesa, después se lo puedo pasar. Hay varios casos. En general son dos casos de maridos que se oponen al aborto de una mujer. La Convención de Derechos Humanos Europeo directamente habla de derecho a la vida. No dice “desde la concepción”. En los casos que se plantearon de aborto o similares a los que estamos hablando hoy, la Corte Europea interpretó que no se podía decir que estuviera comprendido un derecho del feto en el derecho a la vida que establece el Artículo 2° de la Convención de Derechos Humanos.

Uno de los fundamentos de esos fallos habla de lo que hoy se mencionaba, que después de veinte o treinta años de discusión sobre estos temas no se puede llegar a acuerdos al considerar cuándo comienza la vida. Entonces, si no se puede llegar a acuerdos de este tipo, efectivamente no se puede condenar ni hacer normas que no tengan un acuerdo mínimo.

Lo cierto es que, tanto la jurisprudencia del Tribunal Europeo como la Corte Interamericana no sostienen que el feto o el embrión sean personas.

Hoy conversé con el doctor Santiago Brugo Olmedo y le dije que considero (también lo dije hace poco en una reunión, aunque no sé si estaban presentes algunos de ustedes) que en nuestro país sería muy bueno que se dictara una ley con determinados objetivos no obstructivos de las prácticas de las técnicas de reproducción asistida.

Por mi parte, pienso lo siguiente: supongamos que hace veinte años que se está trabajando con estas técnicas. Hoy a mí me gustaría hacerles muchas preguntas a ustedes. Por ejemplo, ¿cuántos niños han nacido ya? Yo no conozco (lo que no quiere decir que no existan) casos de mala praxis o reclamos de impugnaciones de filiación. Sí hay lo que llamamos clínica jurídica, que son los casos o los fallos de jurisprudencia, en relación con si la obra social o la prepaga asume las técnicas de reproducción asistida. Quiere decir que es una práctica que se desarrolla pacíficamente, porque bien sabemos que, si hay conflictos, en la mayoría de los casos eso se traduce en controversias judiciales. Puede ser que haya, pero yo no los conozco.

A veces pienso que no es que no tengan ley, porque ustedes tienen marcos jurídicos generales, todas las responsabilidades que da el Código Civil, el tema de la mala praxis y una cantidad de normas. Además, cualquier actividad humana tiene los tratados. Toda la jurisprudencia considera los tratados de Derechos Humanos que se incorporaron con la Constitución de 1994 como operativos. O

sea, no es que ustedes trabajan sin ninguna norma; tienen una cantidad de resguardos.

El riesgo que hay es que una legislación sea más restrictiva y no permita el desenvolvimiento pacífico que se ha dado hasta ahora.

Es importante señalar cómo la jurisprudencia ha avanzado, aun sin la existencia de una ley específica, y cómo va reconociendo hechos interesantísimos que el día de mañana, cuando se sancione una ley, tendrán que ser invocados. Por ejemplo, con respecto a la donación de óvulos, hay un fallo de la Ciudad de Buenos Aires, de una jueza que autoriza a obligar a una prepaga para que tome a su cargo una fecundación. Se trata de una pareja igualitaria que dona para hacer una fecundación; una madre va a ser la gestante y la otra va a donar el óvulo. Eso ya está dicho y ha sido aceptado en algunos fallos de jurisprudencia.

Hoy les traje el tema de la reprogenética. Hay un fallo muy interesante que está aquí, a disposición de ustedes, en el cual un matrimonio que tiene un hijo enfermo le pide cobertura a la obra social para que se haga una fecundación y una selección de embriones, con el fin de tener un hijo, que es la única forma de poder curar al hermano enfermo. Estos casos siempre se traducen a través de la negativa de la obra social, pero después surgen elementos interesantes. Igualmente, ellos querían tener un hijo, pero estaba también la necesidad de poder curar a un hermano enfermo.

Ese fallo es muy interesante, porque al leerlo uno puede concluir: "este juez está aceptando la selección de embriones", lo que hasta hace unos años era impensado. Seguramente se hacía pero todavía sin asumirlo.

La Cámara acepta la selección de embriones, porque el objetivo era ése. Si no, no tenía sentido: se trataba de seleccionar el embrión. De ese modo acepta la criopreservación, porque si bien en primera instancia no se había dicho nada sobre los embriones supernumerarios en el fallo de Cámara, allí les dicen que tienen que criopreservarlos y no desecharlos. Y en otro fallo (ustedes saben que a veces hay disidencias), uno de los jueces dice: "Sino, usarlos para experimentación." Para mí, fueron como perlas, cosas que a lo mejor hace unos años no hubiéramos logrado.

Entonces, la jurisprudencia va aceptando la criopreservación y la selección de embriones. Ahora tenemos un fallo sobre un caso de subrogación de vientre, donde hay una impugnación de la filiación a la madre gestante, que hace

la madre genética. Eso recién está iniciado y apareció en los diarios de jurisprudencia por una cuestión procesal. Vemos que en relación con la vida se dan situaciones parecidas a lo que ocurre con el divorcio. Había dos millones de personas que vivían sin casarse, porque la ley no los autorizaba. Pero no por eso dejaron de amarse o de fundar familias. Cuando la ley no obedece a la vida, hay como una cosa dialéctica: la ley influye en cambios, y la sociedad influye en las leyes.

Realmente todo este trabajo interdisciplinario que hacemos para cambiar ideas nos puede ayudar mucho. Creo que nadie tiene derecho a privar a seres humanos de derechos personalísimos tan fundamentales como la posibilidad de ser madre o padre, de tener hijos sanos o de que avancen las ciencias médicas, farmacológicas y biológicas para que la vida de las personas sea menos dura y menos difícil. Y creo que ése es el verdadero derecho y la verdadera moral.

Emplearon mucho tiempo y demasiados esfuerzos para desentrañar la naturaleza jurídica del embrión, de algo que (es cierto) puede llegar a ser persona. Pero también pueden llegar a ser personas, y no son, los miles de embriones que las mujeres perdemos permanentemente.

Siempre me voy a acordar de una audiencia pública en la que el doctor Roberto Nicholson, pionero de la reproducción asistida en la Argentina, se puso de pie y dijo "la naturaleza es quien más aborta en la vida." Entonces, creo que tenemos que seguir trabajando, investigar y pensar, mirando también lo que ocurre en otros países.

Maternidad subrogada hasta hace poco, era una mala palabra. Sin embargo, el Distrito Federal de México acaba de dictar una ley aceptando la maternidad subrogada; con determinados límites, pero la acepta. Por su parte Brasil tiene un decreto por el que acepta en determinadas circunstancias la maternidad subrogada. O sea que, a veces, la realidad de la vida nos sobrepasa y tenemos que ver cómo ayudamos para que eso sea con la mayor dignidad posible. (Aplausos)

Sr. Director (Brugo Olmedo).-Gracias, doctora.

Cuarto Intermedio

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Vamos a pasar a un coffee break.

Sr. Director (Brugo Olmedo).

Después de haber sido ilustrados convenientemente por los relatores que fueron brillantes, vamos a dar inicio a la parte más importante del Simposio: el debate y luego la votación.

Nosotros tenemos claro que no somos eticistas y no podemos discutir con nivel algunas de las cuestiones que trataremos. Podemos decir lo que hacemos y lo que creemos que es correcto. Este tema para nosotros es bastante difícil. Ojalá alguien dé un fundamento ético con un razonamiento bien estructurado, como ilustraba el doctor Rivera López. Sin embargo, nos juntamos aquí conociendo nuestra discapacidad en ese aspecto y haremos lo mejor que podamos. Los tenemos a ellos, que están más que autorizados para incorporar “bocaditos” y ayudarnos.

En el cuestionario hay una parte central que depende básicamente del estatus moral del pre-embrión humano in vitro. Decidimos calificar, cualificar o denominar así para evitar malos entendidos. Espero que estén de acuerdo con que estamos hablando del embrión que está en el laboratorio de in vitro, es decir, el embrión hasta los seis días, hasta el estadio de blastocito.

Luego trataremos las preguntas referidas al pre-embrión humano, acerca de qué consideramos que es el pre-embrión. Si lo consideramos un niño tendremos una manera de actuar, de razonar y de hablar sobre las conductas; si lo consideramos un conjunto de células, sin duda, será diferente.

Asimismo, consideraremos todo lo que se refiere al diagnóstico genético embrionario.

Ayer Aníbal Acosta hizo tanto hincapié en la reproductiva, que es el mundo que viene; que ya está, que se viene a la Argentina. Por lo tanto, debemos tomar muchas decisiones éticas; algunas hoy y otras mañana. Digo “mañana” en sentido figurativo, porque, sin duda, serán temas en los que tenemos que saber qué es lo correcto y qué no.

Por último, la donación de embriones o gametos. Recuerdo cuando comencé a hacer in vitro (hace unos años, con el doctor Coco, entre otros), no se nos ocurría descartar un ovocito con seis o siete pronúcleos, o los pronúcleos que fueran y clivaba; era un óvulo fertilizado, aunque tuviera una cantidad anormal de pronúcleos. Desde ese momento, desde el año 1985 hasta hoy, pasaron muchísimas cosas y pensamos diferente sobre algunas de esas cosas.

Entonces, será muy importante que todos expresemos en qué momento de la vida (desde que el óvulo es fertilizado o penetrado por el espermatozoide) consideramos que es una persona humana. Esto es público y quedará por escrito. Luego, se hará una votación, que es anónima y quizás nos permitirá con más libertad expresar lo que pensamos.

DEBATE DE OPINIONES

Sr. Director (Dr. Brugo Olmedo).- Me encantaría empezar con los más viejos, como el doctor Roberto Coco, y preguntarle cuándo comienza la persona humana.

Dr. Coco.- Deberíamos ser buenos anfitriones y darle la palabra al público. Pero, si me permitís, voy agregar un comentario

La labor del laboratorio terapéutico de fecundación in vitro, hoy constituye una disciplina conocida como embriología clínica, cuya misión principal es la selección del embrión con capacidad de implantar y terminar en un nacido normal o sea que el buen desarrollo de la misma lleva implícito la elección de los mejores para transferir o criopreservar o sea que implica “selección embrionaria”. En la actualidad la mayoría de los centros de Argentina están certificados o acreditados por Samer y la RedLara y uno de los requisitos es precisamente una buena tasa de embarazo con una mínima tasa de embarazo múltiple. O sea que velan para que el objetivo principal de la embriología

clínica se cumpla. Al inicio la tarea no fue nada fácil, fuimos aprendiendo y la sociedad también fue aprendiendo menos el Vaticano que en el año 1987 condenó a todos los procedimientos que disociaban la reproducción del acto sexual. Como podrán imaginar no fue nada fácil introducir el concepto de anomalías de la fecundación, como comentó Santiago, que eran evidenciables con el microscopio y que se debían descartar, ya que su transferencia conducía al aborto, a un nacido malformado o a un tumor.

Muy probablemente para muchos las gametas simbolizan medias personas y cuando se unen dos de sexo diferente conforman una persona, pero para la biología el ovocito fecundado no es la fusión de dos medias personas que da lugar a una “personita” sino todas serían hermafroditas. Se inicia un proceso que con suerte podrá terminar en un nacido cuando se transfiere a un útero receptivo, y digo con suerte porque todos sabemos que sólo entre un 20 y

30% de los ovocitos fecundados podrá concretarlo. Nosotros vemos que el ovocito puede fecundar bien o mal cuando se lo insemina o se lo inyecta con un espermatozoide, luego si cliva bien o mal, sin multinucleación ni fragmentación, y si sigue clivando ver si llega a blastocisto, pero nunca una persona. De hecho, cada tanto cuando se transfiere un solo embrión el mismo puede gemelarse, como también dos embriones fusionarse y originar un individuo quimérico.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- En las respuestas, puntualicemos biológicamente cuál sería el momento de este proceso.

Dr. Rolla.- No entendí bien, ¿dijiste “debemos puntualizar”?

Dr. Parera Deniz.- ¿Tenemos que precisar un momento?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No. En las preguntas que haremos después vamos a contestar y votar. Intentemos precisar, si es posible, un momento en el cual pensamos que de ahí en más se trata de una persona humana. Es un proceso evolutivo. Algunos pensarán que lo es desde el principio; otros, que lo es al final; otros, que no lo es nunca, y otros que es difícil precisar un momento.

Justamente, para eso están las preguntas y las respuestas. No buscamos llegar a un consenso, porque no es la intención del simposio. Además, creo que no es posible. Simplemente queremos saber qué opina la mayoría. Por ejemplo, en este caso, cuál es el momento evolutivo en el cual ese óvulo fertilizado o ese pre-embrión humano in vitro se determina como persona.

Tiene la palabra el doctor Edgardo Rolla.

Dr. Rolla.- Acá se confunden aspectos biólogos, filosóficos, morales o éticos. Desde el punto de vista biológico (que me corrijan los biólogos, que saben más que yo), creo que hasta la semana 16 no hay una diferenciación del sistema nervioso central. Es difícil diferenciar un embrión humano de un embrión no humano. Entonces, tendría que decir que en la semana 16 tenemos un proyecto de ser humano, porque tiene una diferenciación de su sistema nervioso compatible con el de un ser humano en el nacimiento. Por otro lado, desde el punto de vista de persona (y ésta es una opinión personal), me parece que es persona aquel que existe en nuestro ámbito civil. Entonces, hasta que no tenga una civilidad, hasta que no haya nacido, hasta que no se haya separado del vientre materno, no debe llamarse persona a un embrión humano, ni a un feto. En ese sentido aún antes de la implantación, es decir cuando está en el laboratorio, de acuerdo con lo que establece nuestra legislación, la vida humana comenzaría desde la concepción en el vientre materno, y aquí está fuera del vientre materno.

Como bien lo dijo la doctora, desde el punto de vista puramente jurídico todavía tiene el rostro de “cosa”, lo cual no quiere decir que desde la ética debamos considerarlo

como una cosa. Es un proyecto de vida humana y merecería una consideración especial. Lo correcto sería hablar de distintos estadios evolutivos hasta convertirse en una persona humana.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Claudio Bisioli.

Dr. Bisioli.- Para no referirse a “cosa” necesariamente tenemos que pensar que tiene un estatus especial, intermedio o diferente. Según mi concepción, no son personas, pero tampoco son cosas que pueden estar en la bolsa de comercio o ser tratados como commodities, ni venderse ni comprarse. Tienen un estatus especial que apenas empezamos a entender, o que nos cuesta entender. No es que lo piense, sino que lo he leído y me convence.

De acuerdo con lo expresado por el doctor Rivera López, es imposible que nosotros hagamos como “reproductólogos” porque los consideraríamos personas, debido a que no congelo una persona, no la meto en la incubadora que funciona medianamente como un útero o descarto los que me parecen anormales. Esto es incompatible.

Evidentemente, nuestra opinión está influenciada porque trabajamos en esto. Si no trabajara en esto y fuera cualquier persona que pasa por la calle tendría una visión muy sesgada, pero hace muchos años que hago esto.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Daniel Estofan. Recuerdo que una de las preguntas no es solamente si vamos a descartar los embriones enfermos, sino si vamos a estar de acuerdo con que no sean personas humanas, o sea, podríamos dividir sus células, destruir un blastocito, hacer un cultivo de células y todo lo que viene a continuación.

Dr. Estofán (Daniel).- Quiero adherirme a la postura de que el proceso biológico en el que incurramos, tanto en la parte médica como los embriólogos en el laboratorio, va más allá del respeto y del manejo de la gameta.

Quiero expresar una opinión personal que en definitiva era lo que Santiago quería de cada uno: me parece disparatado pensar que estamos hablando de una persona cuando manejamos esas gametas. Con esto no quiero quitarle el respeto, como decía recién Claudio, que se le debe dar a lo que uno está haciendo bajo ningún concepto.

Como mencionó la doctora, me parece totalmente disparatado considerar que estamos hablando de una persona antes de que esté en el útero de la madre y que hayamos hecho la transferencia; biológicamente no lo es. Es algo que está en proceso, pero biológicamente no estoy frente a una persona cuando estoy hablando de un embrión.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Isabel Rolando, que es la presidenta de la Asociación Concebir, que es una asociación de pacientes que hace quince años que está trabajando muchísimo estos temas.

Dra. Rolando.- Buenos días.

Gracias por la invitación. Voy a hablar en nombre de los

pacientes. Hace quince años que trabajamos no solamente en el acompañamiento de las parejas por haber pasado por esta instancia, sino también buscando la Ley de Fertilización Asistida.

Hemos tenido muchos debates con los asesores de los diputados de la Nación y de la Provincia y en muchos otros lugares más. En la discusión del borrador del dictamen de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, uno de los asesores preguntó si se congelaban o no embriones y qué es el embrión. ¿Es una cosa o una persona? Le contestamos qué era un embrión. Así como hay nuevas palabras *delivery*, *bypass* dentro de los paradigmas modernos en la actualidad, la fecundación asistida no es tan moderna, pero que hay que acostumbrarse a llamarlo “embrión”, porque en muchas oportunidades nos han dicho que estamos a favor de congelar bebés. Le respondimos que bajo ningún punto de vista congelamos bebés. Esto nos lo dijeron muchas veces y en muchísimos debates. Por supuesto, le respondimos que no. Y además, le dijimos que un embrión (y ustedes doctores lo sabrán) no es una persona, porque en realidad pueden ser dos ya que se pueden gemelar, por lo tanto no existiría la unicidad.

Estos debates están continuamente en boca de todos los diputados y lamentablemente hay una cuestión dogmática por parte de muchos. Esto es lo que queremos defender.

Con respecto a la ley, hay muchos amparos a favor, pero estamos de acuerdo con que no tiene que ser restrictiva, aunque es mejor que no tener nada; pero estamos detrás de una ley que no sea restrictiva. El dictamen de mayoría de la Cámara de Diputados de Nación es muy bueno porque no prohíbe nada.

Respecto de lo expresado por Rivera López en cuanto a lo ético y lo jurídico, quiero decir que se mezcla muchísimo la legislación, porque hemos escuchado como vemos repetir muchas cosas acerca de esto. Para los pacientes son embriones, potenciales hijos, y le tienen todo el respeto, porque de esos embriones nacieron y nacerán nuestros hijos.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Estoy seguro de que no quisiste decir que no prohíba nada. Seguramente haya cosas que prohibir.

Dra. Rolando.- Que no sea restrictiva.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Seguramente estamos de acuerdo que hay cosas que no se pueden hacer y deberán ser prohibidas expresamente. Esto suena restrictivo. Me refiero a restrictivo en el sentido de que no sea el “viva la pepa”. Estoy seguro de que esto va a salir. Hacemos las cosas responsablemente buscando un objetivo: que aparezca un bebé, pero no que no se prohíba nada. Hay muchos ejemplos en los que sí haya que prohibir.

Dra. Rolando.- Por ejemplo, en el dictamen de mayoría no habla de subrogación de vientre, sí del descarte de em-

briones en determinado momento y se permite la congelación. Hablo desde este punto de vista, no obviamente de hacer cualquier cosa.

Me refiero al hecho de congelar y donar, y hacer tratamiento con donación. En las leyes actualmente vigentes hay cosas por las cuales muchas parejas quedan fuera.

Dr. Rivera López.- Quiero hacer un breve comentario sobre esta cuestión del proceso continuo.

Siempre que haya procesos continuos, uno debe determinar en qué momento ese proceso que es cuantitativo se transforma en una diferencia cualitativa y comienza a existir un derecho, como el de la vida. Uno debe tener criterios para diferenciarlo. No basta con decir que es un proceso; en todo caso, habría que determinar si hay un estadio moral intermedio a la cosa y la persona. Se debería tener una idea clara de por qué existe este estadio, en qué consiste y cuáles son las diferencias relevantes con los otros en el anterior y en el posterior.

Hay dos elementos que hacen a esta situación intermedia que ella llama embrión y que podría ser con otro nombre, pero no importa. Uno, es el que mencioné en la charla: el embrión, a diferencia de las cosas, es potencialmente una persona. Entonces, si se dan ciertas condiciones va a ser una persona en el futuro. Esto genera una serie de obligaciones condicionadas a que se convierta en una persona. Uno no puede hacer cualquier cosa con eso, siempre que esa entidad se transforme en una persona. Quizás este elemento es necesario pero no suficiente, porque uno tiene la sensación de que hay un respeto adicional, aún cuando no se convierta en persona.

Aquí hay otra idea que no mencioné, pero sí lo hicimos en un informe que realizamos con Claudia Silvani, que está aquí, en el Comité de Ética. El informe expresaba que el embrión tiene un valor simbólico: es decir, no es una persona, pero en la medida en que tenga la carga genética de un ser humano y que puede convertirse en persona, también representa el respeto y hereda metafóricamente el respeto absoluto que tenemos hacia las personas, de la misma manera que respetamos una bandera vicariamente o representando a un país. El respeto simbólico es mucho más débil que el respeto a la persona propiamente dicha, pero hay una actitud de deferencia ante cosas que representan otras cosas. Por ejemplo, una bandera representa a un país. El embrión puede convertirse en un ser humano con identidad genética. O sea que tiene ese valor más débil que una persona, pero que no es lo mismo que una cosa. Esto podría explicar por qué no se puede vender.

Dra. Minyersky.- Es muy difícil analizar al embrión para saber si es persona potencial o no. ¿Qué embrión es persona potencial? ¿Todo embrión in vitro? Creo que no.

Entonces, el tema es que si lo desligamos, Ferrari dice algo más interesante hablando del aborto: el embrión para una mujer que queda embarazada, quiere a ese hijo desde el primer momento en que se da cuenta de que está

embarazada, ese hijo adquiere carácter de persona para ella, porque ella lo internaliza y lo asume. O sea, hay un acto posterior.

Por eso, a veces me cuesta esta discusión del carácter de persona del embrión, porque será potencialmente persona si se implanta en el útero, es decir hasta ese movimiento. Y también hay una voluntad procreacional que es muy interesante para hablar como nuevo elemento cuando se estudia filiación. A través de los profesionales, una persona que se somete a altas técnicas de reproducción asistida y de los embriones elaborados (no sé bien la palabra, no me gusta hacer ni construir), ¿a cuál asume como hijo? Ahí hay una voluntad procreacional, pero hasta que no se lo implanta y no se desarrolla, creo que será muy difícil, porque es una abstracción demasiado grande.

Quiero transmitir esta inquietud, porque somos personas y somos hijos y fetos en relación con algo. Es cierto que puede ser que no tenga vida propia, pero necesita un paso previo que es la implantación. Fuera de eso, me parece y coincido con que si lo considera persona potencial ustedes no podrían trabajar, porque tendría una potencialidad tan importante como es la carga de ser humano.

Se trata de un tema muy complicado, pero hay que relacionarlo con para qué está ese embrión. Ese embrión está en una técnica, porque hay alguien que quiere procrear. Y mientras no esté relacionado con ese alguien, creo que es muy difícil considerarlo persona, ni potencial, porque no es potencial hasta que lo implanten. Ésa es mi opinión.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Hay un montón de manos levantadas para pedir la palabra. Vamos a tratar de ordenarnos para que puedan hablar todos.

Tiene la palabra el doctor Arribère.

Dr. Arribère.- Mi nombre es Roberto Arribère, soy abogado y, como siempre digo, “aprendiz de brujo” en Bioética.

Creo que la pregunta que formuló el doctor Brugo Olmedo tiene un error en su formulación. Se trata de decidir, cuando votemos, a partir de cuándo creemos que se comienza a ser persona. Si ésa es la pregunta, yo diría que hay que hacer una distinción sobre lo que implica ser persona.

La conceptualización de persona es una conceptualización de tipo jurídico. Es el derecho el que va a decir si esto es una persona y si aquello no lo es. Siempre juego con la siguiente cuestión: ¿Alguien vio a la señora Ford Motor Company? No, porque es una conceptualización del derecho que dice que ese grupo de personas, constituido de determinada forma, es una sociedad. Y, como sociedad (tienen un nombre, un domicilio, una actividad, etcétera), son personas jurídicas como somos nosotros, las personas de existencia visible.

La doctora Minyersky nos hizo recordar algunos artículos del código. Ella nos decía que las personas por nacer,

si nacen muertas, es como si nunca hubieran existido. Yo creo que ése es el reconocimiento más amplio que Vélez Sarsfield pudo hacer de que la persona comienza cuando está nacida, “vivita y coleando”. Lo que creo que tendríamos que discutir antes de eso es cuándo comienza la vida humana, no la persona.

Recién el doctor Rivera López hacía un comentario al respecto. Es lógico: la vida humana debe ser respetada. No se puede jugar con ella a tontas y a locas, sea la vida humana de cualquiera de nosotros, o sea la vida humana que puede haber en el pre-embrión o en el embrión.

Creo que en el momento en el que se produce la fecundación hasta que el huevo es transferido no podemos hablar de persona. Tenemos una vida humana que de hecho, si va a ser transferida, potencialmente será un nacido y será una persona.

Y aquí quiero referirme al tema de la potencialidad. Yo soy potencialmente Presidente de la República. Si me presento a elecciones y me eligen, seré Presidente de la República. Pero en este momento, ¿soy Presidente de la República? No. El pre-embrión in vitro, potencialmente, podrá ser una persona, pero en el momento en que está en el tubo, no es persona. Sí es una vida humana que transferida al útero, se anidará, tendrá los avatares de la gestación y, con buena suerte, nacerá una persona viva.

Creo que ustedes, como especialistas en fecundación asistida, tienen que apuntar hacia lo que pueden o no hacer con el embrión, el pre-embrión o el feto. La pregunta está referida al pre-embrión. Entonces, se trata de determinar qué es lo que pueden hacer con el pre-embrión como vida humana.

Y aquí voy a referirme a un punto. Es cierto que hasta ahora no hay reclamos judiciales por mala praxis o por problemas derivados del manejo de los pre-embriones, salvo un nefasto antecedente en el que a mí me tocó pelear desde un principio, que es el recurso de amparo del doctor Rabinovich, donde la Cámara, en un exceso de poder, primero se transformó en legislador, y después se transformó en médico, y le dio carácter de persona jurídica al pre-embrión, al embrión, e incluso, por las dudas, por si a alguien se le ocurría, al óvulo recién fecundado. Es decir, cerró la puerta a todas las posibilidades.

De todos modos, en la medida en que se maneje la actividad como se viene haciendo es cierto que no sería necesaria una ley, pero ahora van a venir ¬(la doctora Minyersky lo mencionó) los problemas con el útero subrogado. Las parejas igualitarias están recurriendo a los centros para conseguir descendencia a través de un útero subrogado.

El útero subrogado es un contrato. En principio, habría que pensar si los contratos se cumplen...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- El tema del útero subrogado viene más adelante y será objeto de un debate siguiente.

Dr. Arribère.- Está bien, pero como aquí se había mencionado ese tema, lo toqué.

Eso es lo que quería decir: no confundamos vida humana con persona humana. No confundamos los óvulos que están en el laboratorio para transferir con el óvulo transferido, frente al proceso que sigue hasta llegar a ser persona.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias, doctor.

Les ruego que tratemos de hacer una síntesis de nuestro pensamiento para dar oportunidad de hablar a todos.

Tiene la palabra el doctor Ordoñez.

Dr. Ordoñez.- Al comienzo hablábamos siempre de embriones, y el término “pre-embrión” vino como a suavizar toda esa carga emocional de la que hablaban recién. Como hago obstetricia, no puedo evitar tener una visión un poco más a largo plazo de lo que pasa con esos embarazos. Realmente, como decía el doctor, no podemos hablar de una persona en una paciente que tiene un aborto, por ejemplo. Porque le decimos, “tuvo un feto”, o “un feto muerto”, pero es un feto. En cambio, si la paciente tiene un parto prematuro, a las 37 semanas nace una persona, pero lo cierto es que no nació a las 23 semanas una persona, sino un feto. Habría que buscar una forma intermedia, de modo que no sea tan taxativo afirmar “es persona” o “no es persona”.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Rodríguez Faraldo.

Dr. Rodríguez Faraldo.- Soy Pablo Rodríguez Faraldo, de Salta. Se adelantó un poco el doctor; yo comparto plenamente lo que dijo, pero en realidad quería añadir que el problema no era la definición de los conceptos sobre el origen de la vida y sobre cuándo se adquiere el estatus de persona. Quizás, definiendo ambos momentos, se sabría en definitiva qué es una persona y cuándo jurídicamente está avalada o se establece como tal, para lo que es el mundo de la jurisprudencia, y si esos conceptos son similares. Por eso, es importante lo que dijo el doctor, en el sentido de que nosotros conocemos plenamente cuándo comienza la vida y, por lo tanto, les damos a esas células que llamamos embriones todas las oportunidades que están en nuestras manos para que, con el transcurso del tiempo, lleguen a ser lo que llamamos personas. Estaría bueno que el doctor después nos ampliara, en el concepto filosófico, qué es una persona.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Para hacer una aclaración, tiene la palabra el doctor Rivera López.

Dr. Rivera López.- Seré muy breve.

Creo que hay que desmitificar el concepto de persona. Es una especie de abreviatura de una entidad que tiene ciertos derechos, entre otros, el derecho a la vida. Las personas son seres que tienen derecho a la vida, y también otros derechos. Fundamentalmente, el más relevante ahora es el derecho a la vida, aunque también hay otros

derechos.

Un breve desacuerdo refleja la distinción que yo hice en la charla. El concepto de persona es un concepto jurídico, pero no es únicamente un concepto jurídico. Es un concepto ambiguo: hay persona moral y persona jurídica, y hay situaciones en donde obviamente es muy útil hacer esta distinción y hablar de persona moral, porque hay regímenes jurídicos que son injustos y que les niegan el carácter de persona a muchas personas. Por ejemplo, para los nazis los judíos no eran personas; en realidad, no eran personas jurídicas, porque no tenían derechos, pero sí eran personas morales, es decir, tenían un derecho moral a la vida y a la libertad.

En muchos contextos nos confundimos, porque se habla de persona y no sabemos si estamos hablando de una persona jurídica o de una persona moral. Pero el concepto de persona moral es perfectamente claro; no es tan oscuro, ni tan esotérico. Simplemente, significa que un ser vivo tiene un derecho moral a la vida, es decir, que las otras personas tienen un deber correlativo a respetar la vida de esa persona. Y éste es un concepto claro y diferente del concepto de persona jurídica.

Dra. Minyersky.- Perdón, pero quisiera agregar algo. Cuando hablamos de persona, como bien dijo el doctor Arribère anteriormente, hablamos de personas de existencia visible, como somos nosotros, y de personas jurídicas, que son entes sociales.

En general, en todo el derecho somos centros de imputación de derechos y de obligaciones. El niño también tiene obligaciones. Tal vez la mamá le va a impedir que tire cosas y le va a enseñar a que se cuide él y a quienes lo rodean. Por eso, es necesario hacer esta especie de estratificación del concepto de persona y de decir que es lo mismo el embrión in vitro o el embrión in vivo que las personas de existencia visible. Miren qué buenos que son los intercambios, porque me estoy dando cuenta de algo que nunca se observó en el Código Civil. De los artículos que leí surge claramente que para Vélez Sarsfield era persona la que había nacido, como lo consideran en muchos países (inclusive de Latinoamérica), como Francia y España: se es persona una vez que se nace. No hay toda esta discusión. En realidad, hay discusiones a otro nivel, más en cuanto a lo moral, pero desde el punto de vista jurídico muchas legislaciones no hablan de la existencia de persona desde la concepción.

Lo que quería señalar es que cuando se va al capítulo de Derechos y Obligaciones, allí se dice que “las personas son de existencia visible o personas jurídicas”. No nos dice que persona es el feto, o que se es persona desde la concepción. Por eso, los análisis (eso es lo que tiene de bueno la ciencia) tienen que ser sistemáticos de un cuerpo, de la institución.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Marcelo Feliú.

Dr. Feliú.- Gracias, Santiago.

Simplemente, no es para dar un juicio de valor, sino para aportar un dato. Los abogados definimos la visión normológica del derecho, es decir, describimos lo que dice el derecho. Sin embargo, a veces la descripción del derecho no está exenta de contradicciones. De todos modos, hay algunos puntos sobre los que ya no hay contradicciones. Por lo tanto, uno podría avanzar en algunos consensos jurídicos.

Digo esto simplemente a modo de aclaración, porque todavía se entiende (y lo he leído en varios artículos especializados) que el concepto de persona del Código Civil se plantea desde la concepción en el seno materno. Vuelvo entonces a la dificultad de calificación o definición de la concepción (que la ley la tiene); la concepción en el seno materno es hoy, en el derecho argentino, un concepto que ha sido modificado. ¿Por qué ha sido modificado? Porque la Argentina suscribió dos tratados: el Tratado de la Convención de los Derechos del Niño y el Pacto de San José de Costa Rica. Cuando se refiere a la “concepción” no distingue entre intra o extra corpórea. Por lo tanto, habría que sacar del Código Civil la frase: “en el seno materno” cuando se está refiriendo a la concepción. Así lo reconoce el actual Presidente de la Corte Suprema de Justicia, doctor Lorenzetti, porque ha sido modificado por tratados de jerarquía constitucional. ¿Qué quiero decir? En términos jurídicos, a veces se utiliza el argumento de que solamente puede considerarse la existencia de una persona cuando su concepción o fecundación ha sido en el seno materno. Sin embargo, esto ya ha sido modificado. Entonces, cuando nos referimos a “concepción” hablamos de intra o extracorpórea.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Francisco Parera Deniz.

Dr. Perera Deniz.- Me resisto a que sea una discusión de abogados. Además, tengo la impresión de que si el objeto es de derecho, los abogados tienen la palabra más autorizada. Sin embargo, ésta no es una discusión en la que podamos o querramos quedarnos afuera.

Por otro lado, me sentí cómodo cuando escuché la ponencia del doctor Rivera López referida a lo que los sectores pro-vida llaman “potencialidad”. No sólo me convencieron ejemplos como el del presidente de la Nación, sino que hay uno que me sirvió aún más para aclarar un poco las cosas: estoy potencialmente muerto. Esto es mucho más seguro que el doctor vaya a ser presidente. No lo conozco, quizás es candidato. (Risas.) De todas maneras, que esté potencialmente muerto no le da derecho a ninguno de ustedes a hacer absolutamente nada, por lo menos, por ahora.

En ese sentido, me incomodó la idea de que se supeditara a lo que finalmente pase como proyecto, porque nos obliga hoy en función de lo que puede pasar. De una forma bastante “berreta” parece más fácil descartar un embrión

que intervenir para algo.

El argumento que usted planteó es relativamente nuevo, pero un poco difícil. Creo que debemos conversarlo. Si lo escucho en este momento siento que lo descartaría en lugar de sacarle los fragmentos.

Cuando me preparaba para venir a este simposio, leí un escrito de la doctora Luna, a quien tengo cierta ansiedad por escuchar, porque no la conozco. Ella relativiza lo que estamos diciendo. Es impresionante cómo ustedes dos, los dos expositores, se anclaron en el nacimiento, como el momento de cambio cualitativo.

Dr. Rivera López.- Yo no dije eso.

Dr. Parera Deniz.- Bueno, pero diferencié la cuestión de matar a alguien que ya había nacido a matar a alguien que no nació.

Dr. Rivera López.- Es un caso paradigmático.

Dr. Parera Deniz.- Me parece que es más fácil decir: “Acá hay un cambio importante”, porque es distinto del progresivo y cuantitativo con el que lidiamos el día tercero, el día sexto o a las 12 ó 13 semanas.

Además, me llama la atención la dificultad que tienen los expositores de al momento anterior al nacimiento, haciendo una diferencia cualitativa importante. Me parece que estamos anclados ahí, y de ahí para atrás tendremos una dura discusión.

Dra. Minyersky.- Para este encuentro y para este tema en particular tendríamos que haber pedido varios días, porque a veces uno dice algo constreñido por el tiempo y quedan muchas cosas sin decir o que pueden dar lugar a malas interpretaciones.

Señalé el nacimiento para otorgar argumentos a los que realizan estas prácticas, frente a posiciones muy dogmáticas. Doy por descontado que todos estamos de acuerdo con que la concepción, hoy en día, se interpreta tanto en el seno materno como externo a él.

Por otro lado, para mí lo que usted manifestó no es lo mismo. Tendríamos que profundizarlo más, pero por alguna razón las legislaciones que hasta ahora autorizan el aborto (la mayoría de las legislaciones europeas) lo hacen hasta un cierto estadio. En algunos movimientos que defienden el aborto legal y seguro (cosa que comparto) hay quienes que consideran que éste siempre es permitido. El aborto está penalizado en prácticamente todas las legislaciones. De todas maneras, hay casos en los que se autoriza: peligro de la salud, de la vida, autonomía y derecho de la mujer a elegir una forma de vida, es decir, que no se le imponga ser madre. Esos son condicionamientos.

Al respecto, hay un trabajo muy interesante del doctor Farrell que cuestiona jurídicamente si una mujer embarazada siente lo mismo si pierde el embarazo en el primer mes o en el octavo. Obviamente, es distinto. Por eso, se autoriza el aborto en determinadas circunstancias y condiciones. No hay legislación, salvo que peligro la vida o

casos de anencefalia, después de las diez o doce semanas de embarazo. Todos consideramos que en este proceso hay diversos estadios y que tienen que ser considerados y pensados.

Muchas de las preguntas que se plantearon hoy aquí para mí, que soy abogada, son imposibles de contestar porque son cuestiones de la Biología.

Además, creo haberlo expresado, no anclo el tema en el nacimiento. En todo caso, podría hacerlo (como lo hacen algunas teorías) en la viabilidad, es decir, a los seis meses. Considero que el aborto legal y seguro (sé que no es el tema de discusión en este momento) después de las diez o doce semanas, salvo consideraciones muy excepcionales, no se legaliza en ningún lado.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la doctora Claudia Silvani.

Dra. Silvani.- Voy a tratar de ser breve.

Retomaré algo que se dijo anteriormente. No sé si se trata de una discusión de abogados o de médicos. La discusión es de una sociedad que está interesada en el tema. Seguramente, ustedes escuchan todos los días a prospectos de padres, futuros padres, decir: "Mis 'embrioncitos'". "¿Dónde quedan los 'embrioncitos'?" Para ellos son "embrioncitos"; sin embargo, el juez considera que hay una persona en el momento de la singamia.

Al respecto, debemos encontrar una convención entre todos, porque, en definitiva lo que establece una ley no deja de ser una convención. En Inglaterra, la persona humana comienza a partir de los catorce días con la cresta neural; en otro país, cuando nace y, en otro, cuando está en el útero. Hoy, en esta sociedad: ¿a partir de cuándo se es persona?

Desde el punto de vista jurídico hay que establecer qué se puede hacer y qué no. A veces ustedes nos preguntan si pueden hacer tal o cual cosa y les decimos que no hay una ley específica. Entonces, busquemos el marco, justamente, para evitar esas situaciones.

Más allá de lo moral, de lo religioso (que cada uno puede tener y seguir) y de que exista o no una ley, la cuestión es establecer una convención para que todos nos quedemos tranquilos con que esto se puede hacer y esto no. Por ejemplo, si consideramos un estadio anterior como la entrada en el útero, ¿hay derecho a tomar ese embrión y a entrar en el útero de una mujer con el riesgo que implica para ambos?

Asimismo, hablamos del respeto hacia el embrión, pre-persona, estadio intermedio o como lo llamemos y todos estamos de acuerdo con que se merece un determinado respeto. ¿Qué es el respeto? ¿Implica no investigar? Tal vez implica investigar, pero con un protocolo y siguiendo determinadas normas que establezcan que cada clínica no hace la investigación que quiera.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la Dra. Silvia Jadur.

Sra. Jadur.- Mi nombre es Silvia Jadur. Soy psicoanalista.

Con un grupo de psicólogos y psiquiatras hace muchos años que trabajamos en esta problemática y es interesante escuchar lo que dicen los pacientes en las consultas. Cuando están por hacer el tratamiento hablan de las células o de los gametos y dicen que tienen que ver qué pasa en el día a día; es decir, hay que esperar step by step, paso a paso, qué sucede con los procedimientos, porque los pacientes están con un nivel de angustia terrible por no conseguir un embarazo naturalmente.

Además, tienen que aceptar que la naturaleza no los ha beneficiado y deben recurrir a los médicos y a la ciencia, o sea, entran a un mundo desconocido e internamente se les arma una "ensalada" en la cabeza. Creo que hay que contemplarlo, porque ellos saben que esa célula es un posible embrión que, potencialmente después, una vez que esté en el útero y se adhiera a sus paredes, podría ser un embarazo.

Sin embargo, no casualmente cuando los pacientes quedan embarazados hablan de su embarazo después que se hacen los estudios que lo garantizan. Es decir, comunican en su entorno que están embarazados a partir de los tres o tres meses y medio.

Es un dato semiológico de la realidad que es importante considerar. Ninguna pareja compra nada para su bebé, o sus bebés, antes del octavo mes. ¿Por qué? Porque a lo largo de este proceso (desde el punto de vista médico, jurídico, legal y biológico) existe la representación, es decir, lo que la pareja se imagina y, sobre todo la mujer, que es la portadora del útero y del embarazo. Su realidad es totalmente distinta, no es concreta ni material. Se habla del deseo (como dijo la doctora), de la voluntad procreacional y de la espera.

En un embarazo natural también se atraviesa un montón de miedos y angustias. Cuando es un tratamiento de fertilización asistida (quizás después de muchos intentos y peligros) en la cabeza de cada uno y sobre todo en la de las mujeres, hay otro significado simbólico. Son cuestiones a considerar.

Lo importante en este proceso es qué representan en la cabeza de cada paciente estas vicisitudes que de las que estamos hablando. Es distinto para el hombre que para la mujer. Aquí aparecen cuestiones de género respecto de la paternidad, la maternidad, el embarazo y las técnicas que también debemos considerar. ¿Qué le pasa a esa pareja cuando ve en la ecografía que es su bebé, su hijo potencial? En cada trimestre de embarazo hay miedos específicos. Realmente al hijo se lo considera como tal y todo hijo es adoptado desde el momento del nacimiento.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Les pido que seamos un poco más breves.

Tengo un orden: Sebastián Gogorza, Edgardo Andreatta, Rolla, Horton y dos doctores más.

Tiene la palabra el doctor Sebastián Gogorza.

Dr. Gogorza.- Quiero marcar un concepto que recién fue enunciado, respecto de cuándo comienza la vida. Debemos tener en cuenta que es un tema evolutivo.

La vida está presente en las gametas: en el óvulo y el espermatozoide. Evidentemente, si vamos a hablar del concepto de vida éste es un hecho permanente. Queremos ver en algunos ítems en los cuales este concepto de vida tiene una jerarquía distinta y nos importa saber dónde adquiere una identidad que nos permita actuar de determinada forma.

Desde este concepto, nosotros, los que hacemos reproducción, decimos que una gameta tiene vida, pero podemos usarla o descartarla. Quiero remarcar algunos hechos que nos hacen reflexionar respecto de esta evolución. Por ejemplo, la concepción, la unión de las gametas, la composición de un código genético y una entidad que forma un nuevo ser humano en potencia. Esa concepción del laboratorio al seno materno marca un punto de avance en este concepto. El proceso del pre-embrión y cuando se implanta en el seno materno (implantación), nos marca otro escalón en donde ya el embrión pasa a ser de pre-embrión a embrión, dentro del concepto que estamos manejando. Es decir, es un escalón más en el sentido evolutivo. Sin duda, también entre el embarazo y el parto.

Considero que es muy importante tener en cuenta estos niveles que son una continuidad y veo lo difícil que es definir el término de persona en el aspecto ético y legal.

Quiero remarcar también que nos importa discutir qué es persona en el sentido de la realidad que tenemos en el laboratorio en el manejo de estos embriones, el lapso entre la concepción en el laboratorio y el proceso de implantación. Evidentemente, es importante marcar la posibilidad de actualizar la donación del embrión o la congelación del embrión. Personalmente pienso que son hechos indispensables en el desarrollo de un proceso de fertilización asistida. Dentro de esta evolución no encuentro muy fácil el término exacto de persona. No sé si vamos a llegar fácilmente a ese camino. Creo que hay que puntualizar por qué nos importa discutirlo y ver concretamente en qué estamos de acuerdo para implementar las distintas etapas de desarrollo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Edgardo Andreatta.

Dr. Andreatta.- Desde el punto de vista del derecho, si pretendemos discutir el término “persona” tenemos que reformar el Código Civil; por lo tanto, tendríamos que postergarlo. Desde el punto de vista biológico tenemos miedo de meter la pata con el manejo de óvulos, espermatozoides, pronúcleos, embrión, pre-embrión y el nombre que le queremos dar. A partir de aquí surgieron dos o tres palabras claves, ya que somos médicos, que son: ser vivo, vida humana y derecho a la vida.

La pregunta es si un embrión es un ser vivo, porque no

es autosuficiente. Sabemos que no va a progresar si dejamos un embrión en el laboratorio más allá del día 6, 7 u 8. Un embrión puesto en la vagina no va a anidar. El embrión anidará si se dan ciertas condiciones biológicas que dependerán del embrión y de la madre. Llamamos “ventana de implantación” en donde hay señales que se generan entre el embrión y la futura madre. Creo que éste es el punto que debemos debatir.

En mi concepción, la mujer queda embarazada el día en que la beta le da positiva o el día que en que se visualiza ecográficamente un embrión con actividad cardíaca. A partir de ahí, no voy a discutir el tubo neural, la mujer está embarazada de acá a la China. No hay discusión. A partir de ahí comenzarán los derechos adquiridos por esa situación. En base a lo planteado por Eduardo y después de la ponencia, me pregunto ¿es lícito (no sé si la palabra es lícito) o aplicable proyectar sobre algo que podría ser o no, si se dan ciertas circunstancias que no podemos manejar? Sé que me estoy metiendo en un lío, pero esto es un gran merengue.

Creo que tenemos que comenzar a definir lo que dijo Claudia, es decir como médicos que hacemos reproducción tenemos un objetivo, que es el mismo que quiere la pareja: conseguir el embarazo. No importa el hecho de que el embrión sea lindo, sólo queremos que la pareja se vaya con lo que vino a buscar. Es obvio que respetamos esa situación. No queremos perderle el respeto.

La pregunta es cómo hacemos para no perderle el respeto tratando (como dijo la doctora) de seguir generando una mejor calidad de vida para esa gente.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Vamos a darle la palabra al doctor Rolla y luego al doctor Marcos Horton.

Tiene la palabra el doctor Rolla.

Dr. Rolla.- Santiago: quiero agradecerte por haberme involucrado en esta lectura fantástica, filosófica, política y moral, pero soy médico y quiero traerlos de vuelta a la tierra.

Debemos dejar asentado algunos puntos biológicos que son trascendentes cuando hablemos del estatus del embrión. Hasta que no tenga cuatro células (y le pido nuevamente a los embriólogos que me corrijan) no hay unión de los cromosomas maternos y paternos; por lo tanto, no podemos hablar de un nuevo individuo, ni de un nuevo ser humano. Simplemente, hablamos de una mezcla de componentes provenientes de un óvulo y de un espermatozoide. Hasta cuatro células tiene un status de menor importancia.

La acotación que trajo la señora Rolando es interesante: un embrión, un blastocito de quinto o sexto día puede ser una persona, dos personas o tres personas, es decir, varias personas. Puede ser un huevo abortivo, con lo cual no es nada o justamente una mola hidatiforme. Es decir que tiene una potencialidad que nos aleja totalmente de definir qué es eso.

Perdón, pero son acotaciones puramente biológicas en esta maraña de conceptos filosóficos que estamos escuchando.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Marcos Horton.

Dr. Horton.- Quiero volver al tema del proceso continuo, porque me parece que no es un atajo moral que tomamos para estar tranquilos, sino que es la realidad. Para mí la persona jurídica podrá existir a partir de la viabilidad extrauterina. Algunos dirán 28, 26 ó 24 semanas y algunos nacieron antes. En mi opinión, a partir de aquí se es persona. Independientemente de esto, no quiere decir que uno no respete la potencialidad.

Como “reproductólogos” siempre pensamos en el embrión como paciente; pensamos si lo congelamos o no. La pauta más clara se da en la obstetricia cuando tenemos a una paciente con diagnóstico de cáncer durante el embarazo y hay que definir si se le da prioridad a la madre o al bebé. Esto se da cuando el bebé adquiere posibilidad de vivir fuera del útero materno y se puede definir interrumpir un embarazo para hacer una quimioterapia, por ejemplo.

Considero que se puede establecer un límite, pero no puede ser un proceso absoluto, sino que es continuo. Es importante que se mantenga ese pensamiento.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Morente.

Luego tengo anotados para hacer uso de la palabra a la doctora Rivero y a la doctora Arzuaga.

Dr. Morente.- Santiago: te felicito por esta reunión que realmente nos ha movilizado muchas cosas. Uno acá aprende y escucha diferentes enfoques. El eticista, el legista, el psicólogo, nosotros los médicos, tal vez debamos entender cómo convivimos y concertamos desde distintos puntos de vista y cada uno de nosotros analizar el propio.

Cuando comenzamos esta carrera reproductiva teníamos el 8 o el 12 por ciento de embarazos. No era que manejábamos mal las cosas, sino que hacíamos lo que mejor podíamos en ese momento para lograr que esa pareja tenga un embarazo. Hoy en cambio, esos números se unifican y podemos hablar de porcentajes mayores. Lo seguimos haciendo con el mayor respeto, lo mejor que podemos para lograr esos embarazos. Este es nuestro punto.

Creo que como médicos entendemos que el comienzo de la vida es desde que se une un óvulo y un espermatozoide y luego hacemos procedimientos tratando de preservarlo de la mejor manera. Ningún término nos va a cambiar o a convertirnos en irresponsables. Es decir no va a cambiar nuestra actitud si se llama persona o no. Siempre vamos a hacer lo mejor que podamos para que ese embrión o esa unión de células siga hacia adelante.

Me parece que aquí estamos cayendo en diferencias se-

mánticas, pero el objetivo es el mismo. Por eso, fundamentalmente desde el campo de la medicina tenemos que respetar la vida y ese comienzo de vida lo mejor que podamos. Esto es algo a recalcar. Cuando escucho otros enfoques no siento que nos libere; al revés, define etapas. Siempre en la medicina nos enfrentamos a la vida, cuando abrimos un paciente para operarlo o cuando le sacamos algo que está enfermo. Siempre son métodos que ponen en riesgo la vida de la persona y buscan el mal menor y el bien mayor. De la misma manera procedemos siempre con ese óvulo y el espermatozoide fuera o dentro del cuerpo humano. Claramente, esto es lo que debemos hacer.

Adhiero a lo expresado por el doctor en cuanto a que tenemos que pensar en el comienzo de la vida. Estos términos de “persona” son cosas distintas que deberían ser analizadas por otra ciencia que no es la nuestra.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Recuerden que las preguntas no son todas necesariamente reproductivas. Por ejemplo, hay una que se refiere a cultivar stem cells. Es decir, no debemos tener presente solamente al hijo, porque estamos debatiendo la posibilidad de otras cosas.

Tiene la palabra el doctor Botti.

Dr. Botti.- Voy a hablar un poco de la teoría evolutiva. ¿Cuál es? Definir el comienzo de la vida que es la unión de los pronúcleos, es decir, la singamia. Allí se forman 46 nuevos cromosomas que son únicos en la humanidad. Pueden ser euploides o aneuploides, pero desde la singamia es vida potencial. A lo mejor, en el mundo exista otra opinión (que es respetable) pero si el final de la vida es cuando termina la actividad neurológica, en consecuencia y por analogía, ¿el comienzo de la vida no debería ser cuando comenzó el primer esbozo de actividad neurológica, es decir, a los 14 días? Por eso, hasta ese momento se lo denomina conceptus.

Personalmente avalo la idea que comienza la vida cuando se produce el nuevo genoma en la unión de los pronúcleos. ¿Cuándo es una persona? Para ponerle un punto, el comienzo de la vida. Definirlo como persona cuando adquiere derechos, puede ser cuando se produce la implantación y sería una persona por nacer, tampoco con todos los derechos que conocemos que tiene una persona. Devendría como persona cuando nace; entonces sí adquiriría completamente todos los derechos.

Para mí, el comienzo de la vida se da con la unión del pronúcleo masculino y femenino, cuando se forma un nuevo genoma. Desde el comienzo de la vida, se podría decir que es vida potencial, no persona, sino persona por nacer desde el momento de la implantación. Si se le dan las condiciones adecuadas podrá nacer y, desde el momento del nacimiento, será una persona con todos los derechos que jurídicamente tiene una persona.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la doctora Silvia Rivera.

Dra. Rivera.- Soy Silvia Rivera, provengo del campo de la Filosofía y mañana vamos a tener ocasión de conversar un poquito más. Simplemente, quisiera retomar algunos conceptos.

Lamento quizás hacerlos salir de la tierra y de la realidad, para remontarlos un poquito más a la Filosofía, pero me parece importante destacar algo que dijo una doctora. No es cuestión de si se trata de abogacía o de medicina, sino que éste es un debate que incluye a la sociedad en su conjunto. Entonces, es cuestión de llegar a un acuerdo. Pero yo quería agregar que ese acuerdo no es ingenuo; siempre va a ser perspectivo y va a estar en relación con algunas prácticas que no estamos dispuestos (creo) a resignar. Pienso que eso debe quedar bien claro. Justamente por lo que escuché decir aquí, parecía como si desesperadamente estuviéramos buscando autoridades en lo legal, en lo religioso o en lo filosófico, para formular una definición contundente.

Hay un filósofo argentino, que se llama Ernesto Laclau, que nos recuerda que toda definición es un hecho político. En definitiva nosotros estamos decidiendo, y eso no está ni bien ni mal; es así. Pero tenemos que soportar el peso de la decisión. Es decir, no podemos patearlo para algún tipo de autoridad.

El hecho de establecer una definición es importante, porque (y ustedes lo han dicho) habilita prácticas. Entonces, nuestras acciones no van a ser idénticas según como definamos lo que hay en eso que llamamos realidad. Por eso creo que apareció ese concepto de pre-embrión, que tampoco es ingenuo. Y creo que tampoco es ingenuo cuando en algún momento aquí se habló de concepción “liberal o democrática”, porque a esa “o” yo no la entendí como exclusiva, sino como alternativas para lo mismo. Sabemos, ya desde los griegos, que había otra posibilidad de democracia que apuntaba a promover valores y no sólo a resguardar derechos.

Entonces, quizás, la pregunta sería qué sentido le queremos dar a nuestras prácticas y de ahí va a derivar el sentido que les demos a nuestras palabras.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Gracias, doctora Rivera.

Tiene la palabra la doctora Arzuaga.

Dra. Arzuaga.- Gracias.

Soy abogada y coordinadora de la Comisión Asesora en Terapias Celulares y Medicina Regenerativa del Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación.

Cuando Vélez Sársfield escribió el Código Civil, la fertilización in vitro no existía. Cuando él definió a la persona por nacer como aquella que, no habiendo nacido, está concebida en el seno materno, la posibilidad de que fuera creada en una probeta era impensada. Por lo tanto, la fertilización in vitro es un hecho nuevo, una categoría que no está contenida en el derecho actual.

Nosotros hacemos esfuerzos por “estirar” y acomodar las

normas actuales para dar alguna solución o interpretación a este hecho nuevo, pero evidentemente se trata de una nueva categoría que trae implícitas cuestiones positivas y negativas desde el punto de vista de lo que es el desarrollo del procedimiento en relación con el proceso de selección. Es decir, si no se hace una buena selección y no se arriba al nacimiento de un niño sano, no es considerado una buena práctica; la selección en sí misma es considerada un hecho moralmente reprochable por alguna parte de la doctrina. Pero por otro lado, despierta también grandes posibilidades en términos de la investigación; por ejemplo, la derivación de líneas celulares a partir de los embriones sobrantes.

Quiere decir que este hecho nuevo necesita ser considerado por el derecho y requiere de una convención. Sin lugar a dudas, la determinación respecto de cuándo comienza la persona en términos jurídicos, obedece a un acuerdo social.

Muchos países (aquí se mencionó algo sobre el Reino Unido) han tomado una postura que llaman utilitarista o pragmática. De ninguna manera han negado que la vida comienza con la unión de las gametas, pero sin embargo han reconocido una postura gradual y establecido que en determinado momento, ante la posibilidad del descarte y de que se pierda la alternativa de investigación, es mejor considerar el inicio de la persona a partir del día 14 y aprovechar los embriones que han quedado como sobrantes, o que no se van a utilizar, con el previo consentimiento de los padres, para desarrollar líneas de investigación.

Éstas son posturas que han establecido algunos países tomando como base una escala de valores y considerando que es mejor utilizar los embriones sobrantes para investigación y para generar nuevas terapias o curaciones en relación con enfermedades que hoy no tienen cura, que directamente descartarlos y tirarlos.

El Reino Unido ha avanzado un poco más y ha establecido inclusive, la posibilidad de creación de embriones para investigación bajo ciertas condiciones, con un control muy estricto. En este sentido, legislaciones que aparentemente parecen muy permisivas, también tienen un sistema de control muy adecuado, es decir los permisos y las licencias. Las líneas embrionarias no son derivadas por cualquiera, así como los embriones no están en manos de cualquier profesional para hacer la derivación de línea, sino que el proceso está centralizado en el UK Stem Cells Bank y luego lo derivan a Roslin Cells, una institución que aprovisiona un banco de células que están disponibles para investigación.

Creo que este debate, como muchos otros que deberán generarse, forma parte de la construcción de un conocimiento y un acuerdo colectivo para que nuestro país determine hasta qué punto queremos que se desarrolle la investigación y abrir las puertas a las nuevas tecnologías.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias, doctora. Tiene la palabra la Licenciada Mariana Hernández.

Dra. Hernández.- Muchas gracias Santiago por la invitación.

Soy bióloga y estoy de acuerdo con lo que he escuchado decir a los colegas. Creo que, si bien estamos frente a un proceso continuo, uno no puede pensar que el embrión que tenemos en el laboratorio va a adquirir derechos que luego va a perder cuando sea feto y que luego va a volver a adquirir cuando sea niño. Es decir, si considero que hay alguna circunstancia en la que el aborto es aceptable, no puedo pensar que no habrá circunstancias en las que descartar un embrión sea aceptable. Algún punto tiene que haber que conecte los derechos del feto hacia atrás con los derechos del embrión, y que el embrión no tenga más derechos que el feto.

La verdad es que el feto tiene más potencialidad de ser persona que el embrión, y aún así esa potencialidad está ligada a muchas circunstancias que incluyen nuestra intención y nuestra voluntad de que sea persona. Y en esto de que haya una intención uno puede empezar a pensar cómo asignarle derechos a ese estadio anterior al feto. Es decir, una persona tiene derecho a la vida; bien. A lo mejor ese embrión tiene derecho a que yo, si tengo la intención de que sea una persona, maximice esa potencialidad con buenas prácticas de laboratorio que van a incluir congelarlo, hacerle PGD o remoción de fragmentos. Me pregunto si le tengo que dar el derecho a que yo le maximice esa posibilidad.

Ahora bien, la pregunta que me queda es: ¿existe en este derecho ligado a nuestra intención la posibilidad de un derecho intrínseco, propio del embrión a la vida? Porque si es así uno no podría, por ejemplo, crear un banco de embriones para investigación, porque deberían tener un derecho intrínseco a que su potencialidad se maximice para que sea una persona. Y creo que ése es el punto que tendríamos que discutir, no si es una persona o no, que me parece que en la sala todos estamos de acuerdo en que no. Ya sabemos que en la etapa que lo tenemos en el laboratorio no lo es. Entonces, discutamos si tiene un derecho intrínseco a no ser otra cosa que una persona.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Por eso aclarábamos que no estábamos hablando siempre de fines reproductivos.

Tiene la palabra Laura Kopcow.

Dra. Kopcow.- Creo que aquí estamos en un debate y no vamos a llegar a la verdad única. Creo que muy pocos estamos respondiendo la pregunta, que era a partir de cuándo consideramos que se es persona. También creo que la mayoría de los que estamos acá consideramos que un embrión no es persona; de lo contrario, no haríamos lo que hacemos y no trabajaríamos en fertilidad. Asimismo, creo que todos acordamos que un bebé es persona y que si lo matamos, cometemos un asesinato. Sin embar-

go, consideramos que un embrión no es persona, porque (reitero) de ser así no estaríamos haciendo lo que hacemos.

El punto de la pregunta es a partir de cuándo se es persona. Es una cuestión personal, y creo que en el debate cada uno tendría que exponer su opinión para saber dónde estamos parados en relación con lo que piensan los demás.

Coincido con la postura de Marcos en el sentido de que se es persona a partir de la viabilidad. Todos dijimos que un embrión tiene un potencial no sólo hasta la implantación, porque a partir de la implantación también es vida en potencia. Puede dar lugar a un aborto, a una mola o bien a un embarazo gemelar. Por eso, mi opinión es que la viabilidad es el punto en el cual se empieza a ser persona, y que irá cambiando en la medida que la tecnología vaya permitiendo que la viabilidad se adelante.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Gracias.

Tiene la palabra la doctora Laura Elberger.

Dra. Elberger.- Gracias.

Yo no puedo responder cuándo se es persona. La verdad, excede a mi conocimiento. Como médica especialista en fertilidad sé que hay procesos que necesariamente tienen que ser cumplidos.

Tal vez lo que quería agregar, desde el punto de vista más afectivo, es que yo tuve a mis dos hijos con tratamiento de fertilidad, y tengo la foto del embrión que hoy es mi hijo. Si ese embrión se hubiera tirado o descartado, no sería mi hijo. Sólo quería agregar eso, que ya lo han dicho varios. Simplemente tenemos que cuidarlos. Y si tienen que ser usados para investigación, es porque realmente no tienen chance de convertirse en hijos. Estoy completamente de acuerdo con ello. Pero debemos ser responsables cuando los manipulamos porque eventualmente, llegan a ser personas.

Por otra parte, si uno deja solo a un bebé recién nacido, no evoluciona; se muere. En consecuencia, la afirmación no solamente vale para un embrión después del quinto día.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias Laura.

Tiene la palabra el doctor Claudio Bisioli.

Dr. Bisioli.- Mi comentario ya pasó la fecha de vencimiento. No sé si entendí mal, pero en relación con el hecho de que una persona puede ser potencialmente Presidente de la Nación, quería decir que ése es un argumento de los grupos pro-vida.

Dr. Arribère.- ¡No!

Dr. Bisioli.- Bueno, entonces, además de vencido, mi comentario estaba equivocado...

Dr. Rivera López.- No tiene los derechos de un Presidente. Un embrión es potencialmente Presidente.

Dr. Arribère.- Lo que dije fue lo siguiente: si bien soy potencialmente Presidente de la República, en este momen-

to no soy Presidente de la República. El embrión, potencialmente es persona. Si anida, se desarrolla y nace con vida, entonces será persona. Pero en el momento en el que ustedes lo tienen en el laboratorio, no es persona. Por eso, no formo parte de los grupos pro-vida. Por favor, no me metan en eso. (Risas)

Dr. Bisioli.- Igualmente, mi confusión me hizo recordar lo siguiente: hay un argumento de los grupos pro-vida, que se ha transmitido en forma de cuentito contra abortista. Dice algo así como que si hiciste un aborto, mataste a una persona. Y luego pregunta: ¿quién era esa persona? Esa persona iba a ser Beethoven. Entonces, eso significa “Esta persona es Beethoven”. Lo era antes, lo es ahora y lo iba a ser. El argumento que usamos los que pensamos que hay un estatus intermedio es distinto; por ejemplo, esta persona no es Beethoven, no es el presidente, y de ahí viene mi comentario.

Por otro lado, el concepto de “cambio continuo” es cierto, pero hay que tomarlo con pinzas porque todos los cambios son continuos; lo que se nos ocurra pensar es un proceso continuo. Por ejemplo, el despegue de un avión: seguramente los técnicos lo separarán en carreteo, despegue y alcance de altura de vuelo. De la misma manera, la mitosis es un cambio continuo, pero cuando la estudiamos está dividida en fases. Es necesario dividirla porque de lo contrario no la entenderíamos ni apreciaríamos. Me imagino que las leyes se construyen así. Por eso estoy de acuerdo con las preguntas iniciales porque, de lo contrario, no lo podríamos manejar.

Por último, respecto de la pregunta número cinco, referente a que en un embrión de 48 a 72 horas todavía no se ha expresado el genoma del espermatozoide, tengo entendido (y acá hay muchos que me pueden corregir) que hay mínimas expresiones de ADN paterno antes de ese momento. Ése es uno de los argumentos que utilizó Rabinovich para decir que eso es una persona. Entonces no es sólo una expresión del genoma materno y por lo tanto no es un embrión porque todavía no se han fusionado los genomas. Para mí sigue siendo no persona, más allá de lo que exprese. Es una cuestión química. Lo contrario, me suena ridículo y no lo puedo entender.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Kuperman.

Dr. Kuperman.- Dada la riqueza y la importancia de todo lo que estamos discutiendo y teniendo en cuenta que esto quedará por escrito, creo que tendrá más potencialidad en el futuro de lo que quizás tenga una ley que nos regirá a todos.

Por otro lado, quiero presentar formalmente la moción para reemplazar, en las seis primeras preguntas, “si es una persona” por “si constituye el comienzo de la vida”. Entonces, aprovechando que quedará por escrito: propongo que se reemplace “si es una persona” (que de hecho todos consideramos que no lo es, a partir de la unión óvulo-

espermatozoide) por “si constituye el inicio de la vida”.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Después lo pensamos, pero el comienzo de la vida es algo poco concreto, el conflicto pasa más por si es o no persona humana.

Tiene la palabra la doctora Mirta Albamonte.

Dra. Albamonte.- Buenos días.

En primer lugar, quiero felicitarlos por la organización de esta reunión.

Soy médica con formación netamente clínica, pero hace diez años que formo parte del Laboratorio de Investigación Básica de la Universidad Maimónides en Biología de la Reproducción. Por eso, quiero levantar esta bandera y retomar algunos puntos que tienen que ver con lo que dijo la doctora representante de la Organización de Investigación de Stem Cells.

En primer lugar no debemos olvidar que la mayoría de los que estamos aquí hacemos clínica. La conjunción entre la clínica y la ciencia básica debe seguir siendo el estandarte dentro de la especialidad. En este sentido coincido con el doctor Morente en que, desde el punto de vista clínico, todos tratamos de hacer lo mejor en cada momento. Tácitamente (aunque no lo digamos) pensamos que el embrión es una persona cuando tenemos que decidir si congelamos o no, o si transferimos o no.

Las conclusiones que saquemos en limpio, aunque queden algunas, definirán las prácticas. Éste es un punto a tener en consideración para los que hacemos investigación en el área. Hoy, el estudio de embriones y de Stem Cells marcará el futuro de las investigaciones en todos los institutos o lugares de investigación básica.

Es importante definir situaciones y status que marquen y determinen qué es lo que podremos hacer o no. De esa manera, le damos la posibilidad y dejamos la puerta abierta para que la investigación siga generando crecimiento dentro de la especialidad, porque no podrá desarrollarse, en tanto y en cuanto, no se definan todas las cuestiones que hoy conversamos.

Considero que la actividad multidisciplinaria junto con los abogados y los eticistas es importante, pero no olvidemos que la clínica debe ir siempre de la mano de la investigación básica y hoy esta es la bandera de cada lugar de trabajo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Miechi.

Dr. Miechi.- Voy a ser breve.

Estoy totalmente de acuerdo con la postura del doctor Horton: debemos tener en cuenta que es un proceso continuo.

Asimismo, no entiendo por qué se refieren al derecho al aborto. Creo que son cosas totalmente distintas. Siempre se nos pregunta si estamos de acuerdo con determinadas cuestiones vinculadas con el aborto. Me parece que lo

mezclamos con lo que hacemos, porque es distinto decidir qué hacer con el embrión cuando parte del laboratorio (es decir, si lo transferimos o no) que pensar cuándo tiene derechos o cuándo no.

Estoy totalmente en desacuerdo con el aborto, pero hago reproducción asistida y estoy de acuerdo con que es un proceso continuo: el embrión es una potencial vida por nacer y como tal la debemos respetar. Hacemos lo mejor que podemos, como dijo Carlos. Cuando es viable, lo sigo lo mejor que puedo. Por eso no entiendo por qué se habla siempre del aborto cuando en realidad estamos hablando de otra cosa.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Gracias doctor.

Tiene la palabra el doctor Parera Deniz.

Dr. Parera Deniz.- Me parece que debemos tener cuidado con el término “viabilidad”, porque es bastante complejo. La viabilidad ha cambiado por el avance de la tecnología y esto es lo más peligroso, sobre todo, en nuestro país, porque los diferentes sectores sociales tienen acceso a distinto grado de tecnologías. ¿A qué consideramos digno de derecho? Porque en algunos lugares se aplica a una entidad que tiene 20 semanas y en otros cuando tiene 25 ó 30 semanas. Es peligroso que usemos la viabilidad; lo debemos discutir con más cuidado.

Por otro lado creo que las preguntas que nos hacemos son de carácter ético, en términos de qué es correcto y qué no. Si buscamos las respuestas en la ciencia vamos por mal camino, porque allí no encontraremos las respuestas a una pregunta que no es científica. Es importante marcarlo.

La Ética es una rama de la Filosofía que trata acerca de lo que es correcto y de lo que no lo es. La Filosofía nada tiene que ver con la ciencia: las metodologías son totalmente distintas; se llega a la verdad de una manera diferente. Entonces, buscar respuestas en la ciencia nos conduce a discusiones estériles.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Roberto Coco.

Dr. Coco.- Claudio Bisioli expresó que su opinión podía ser sesgada, quiero decirle que es la opinión respetable de un especialista con muchos años de experiencia y sabe muy bien cómo es el manejo del laboratorio.

Hasta ahora, hemos tratado de esquivar el bulto y (retomando lo que dijo Mariana), nos tenemos que preguntar: ¿siempre que propiciamos la fecundación es para su transferencia? Creo que es una pregunta clave y tengo mis dudas al respecto. Además deberíamos ser más cuidadosos y claros cuando trasladamos conceptos a la sociedad, de lo contrario cada uno entenderá de acuerdo al vuelo de su imaginación.

Dr. Bisioli.- No tengo dudas de eso.

Dr. Coco.- Me parece que tu opinión es muy calificada.

Dr. Bisioli.- Te lo agradezco. Pero las opiniones de una persona que no conoce el tema pecan de ignorancia; todas tienen algún defecto. Sin embargo, la nuestra es esencialmente valiosa, porque sabemos de qué estamos hablando. No quería descalificarla.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Cuando planeamos este simposio con Roberto, nos pareció que el término “persona humana” era mucho más conflictivo que “vida humana”. Por eso lo elegimos. Creo que los conflictos legales y éticos se dan a partir de la persona humana.

Nunca es posible ser moneda de dos caras. A partir de estas preguntas, siempre a alguien se le va a ocurrir una respuesta que no está. Las pensamos durante muchísimo tiempo e hicimos lo mejor que pudimos. En conclusión, le vamos a dar un premio al que se le ocurra una respuesta que no esté entre las alternativas. (Risas.)

Son muchas preguntas, vamos a probar dándoles veinte segundos para contestar y si podemos acortar el tiempo, mejor; así llegamos para terminar como corresponde.

CUESTIONARIO Y VOTACION

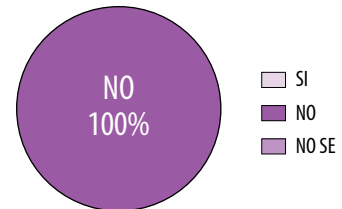
STATUS MORAL DEL PRE-EMBRION HUMANO IN VITRO

1 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 1:

¿Piensa usted que un ovocito humano penetrado por un espermatozoide mediante fecundación in vitro (FIV), previo a la formación de los pronúcleos, es una persona?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



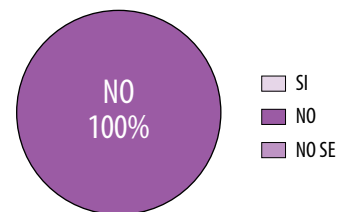
Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 100 por ciento votó que no.

2 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 2:

¿Piensa usted que un ovocito humano penetrado inyectado con un espermatozoide (ICSI), previo a la formación de los pronúcleos, es una persona?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

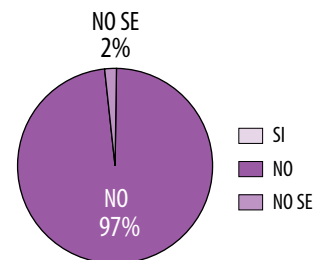


3 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 3:

¿Piensa usted que un ovocito humano que presenta dos pronúcleos y dos cuerpos polares es una persona?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

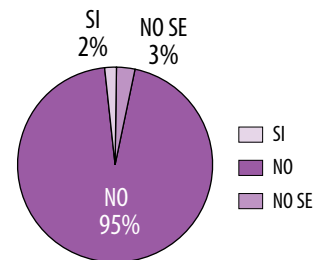


4 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 4:

¿Piensa usted que un ovocito humano fertilizado, en estadio de singamia (en el que previamente se habían visualizado dos pronúcleos), es una persona?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



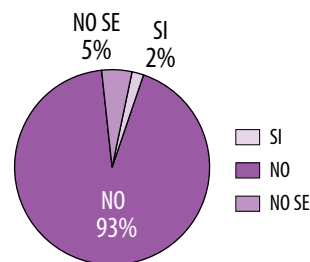
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es interesante que un 2% de la audiencia piensa que la fusión de los pronúcleos dando origen a la singamia tiene entidad de persona humana.

5 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 5:

¿Piensa usted que el pre-embrión humano in vitro de 28 a 62 horas de desarrollo, en el cual aún no se ha expresado el genoma del espermatozoide, es una persona?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



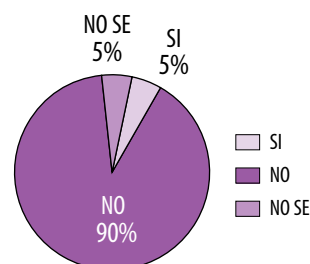
6 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 6:

¿Piensa usted que el pre-embrión humano in vitro de entre 62 a 144 horas (6 días) de desarrollo, en el cual ya se ha expresado el genoma embrionario y con un grado de desarrollo adecuado, es una persona?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 90 por ciento de la audiencia está de acuerdo con que el pre-embrión humano in vitro de hasta 6 días no es una persona humana todavía. Esto es muy importante

- El resultado de la votación es el siguiente:



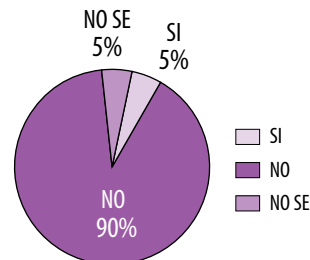
7 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 7:

Quien pensó que el pre-embrión humano in vitro o alguno de los estadios reproductivos previos es una persona, ¿también piensa que lo es aunque provenga de un ovocito mal fecundado (1 ó más de 2 pronúcleos)?

Esta pregunta sólo la deben contestar quienes piensan que el pre-embrión humano in vitro es persona.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



8 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 8:

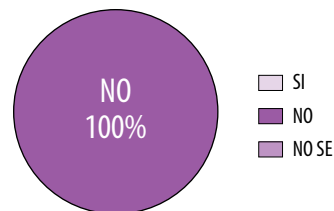
Si usted piensa que el pre-embrión humano in vitro o alguno de los estadios reproductivos previos es una persona, el que presenta un grado de desarrollo inadecuado (detención o polifragmentación) que lo convierte en no viable, ¿es persona?

Esta pregunta la deben responder los mismos que contestaron la anterior.

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 100 por ciento de los especialistas que piensan que el pre-embrión humano in vitro o alguno de los estadios reproductivos previos es una persona, consideran que si se ha detenido su clivaje o presenta polifragmentación no es persona.

- El resultado de la votación es el siguiente:



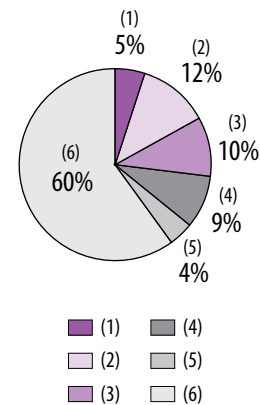
9 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 9:

Si usted considera que el pre-embrión humano in vitro no es persona, ¿en qué momento posterior a la transferencia embrionaria considera usted que es aplicable el concepto de persona? Las opciones son las siguientes:

- 1) En el momento inmediato posterior a la transferencia embrionaria;
- 2) Implantación (día 14 del desarrollo);
- 3) Iniciación de la cresta neural (día 15 del desarrollo);
- 4) Registro de actividad cardíaca (día 42 del desarrollo);
- 5) Aparición de sensibilidad (día 51 del desarrollo);
- 6) En un momento posterior.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



10 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 10, que sólo deben contestar 4 personas:

Si usted piensa que el pre-embrión humano in vitro es persona.

- a) es persona pero con diferentes derechos de una persona nacida;
- b) es persona con los mismos derechos de una persona nacida;
- c) no sé.

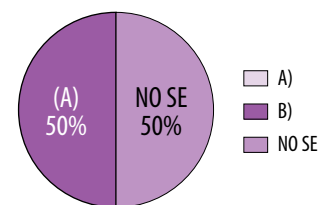
Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Cada uno tiene derecho a pensar lo que quiere. Pero deben votar todos los presentes.

Doctor Coco: éste es un problema que luego vamos a tener que arreglar.

En la próxima serie de preguntas, les pedimos que nos avisen si no van a votar, porque si no es imposible sacar conclusiones válidas.

- El resultado de la votación es el siguiente:



CUESTIONARIO Y VOTACION

CONDUCTAS REFERIDAS AL PRE-EMBRIÓN HUMANO IN VITRO

1 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 1:

La criopreservación/vitrificación es una metodología efectiva para mantener con vida pre-embriones y gametos. ¿Es lícita la existencia de un laboratorio de Embriología Clínica sin programa de criopreservación/vitrificación?

¿0 es un laboratorio que no debería existir, porque no puede hacerse una fertilización in vitro donde no haya chances de congelar? Ésa es la idea.

Dr. F. Neuspiller.- El problema que tiene esta pregunta es que hay clínicas que terciarizan ese servicio.

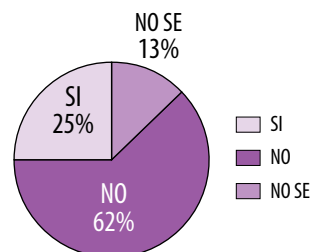
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Si lo terciarizan, creo que entran en la consideración de que están de acuerdo, y lo terciarizan. El tema es si hay un laboratorio que dice: “Yo hago in vitro pero no congelo, por un tema personal, y no lo terciarizo. No congelo.”

Una participante.- Hay otro problema, que no es el congelado, sino si descarta o no descarta.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No te adelantes. No te preocupes, eso viene después.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo). El 25% de los asistentes considera que un laboratorio de fertilización in vitro en 2011 puede no contar con el programa de criopreservación de embriones. Pero más de la mitad de la audiencia piensa que no es conveniente que existan laboratorios que no tengan programas de criopreservación/vitrificación.

2 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 2:

La buena práctica de la FIV implica necesariamente la selección de los mejores pre-embriones. ¿Es lícito no seleccionar pre-embriones humanos in vitro?

Dr. Parera Deniz.- Eso es como decir ¿Es lícito no hacer buena práctica de FIV?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Veamos si estamos todos de acuerdo en que es lícito o en que no lo es.

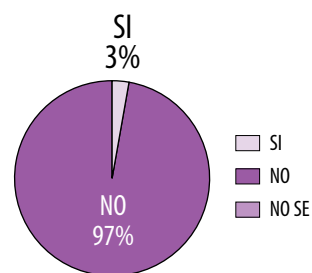
Dr. F. Neuspiller.- Obviamente, decir “es lícito” no es lo mismo que decir que es bueno.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- “Lícito” lo hemos puesto como sinónimo de “correcto”. En una biología bien hecha, ¿es lícito (o es correcto) no seleccionar embriones y poner lo que sea, porque yo tengo el concepto de no seleccionar? ¿Considero que está bien hacer “Ta-Te-Ti” porque no puedo erigirme en seleccionador? Ésa es la idea.

- Murmullos en la Sala.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Repito con “lícito” quisimos expresar que es correcto, en una biología bien hecha, una práctica médica, o lo que sea. Después le podemos cambiar el término más adelante, pero igual entendemos lo que queremos decir.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es interesante resaltar que el 97% de los asistentes, es decir prácticamente todos, opinan que no es buena práctica de un laboratorio de embriología no seleccionar los mejores pre-embriones. Es decir que hay que seleccionar pre-embriones humanos antes de transferir.

3 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 3. Propongo que la dividamos en dos partes, y hagamos dos votaciones.

En principio, se va a votar la primera parte de la pregunta, que dice lo siguiente:

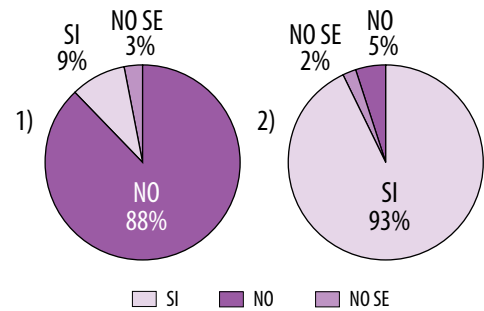
¿Es buena práctica criopreservar todos los pre-embryones humanos in vitro no seleccionados para transferir?

Y luego se pasará a votar la segunda parte, que dice:

¿Es lícito criopreservar solamente aquellos con potencialidad de sobrevivir al descongelamiento?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

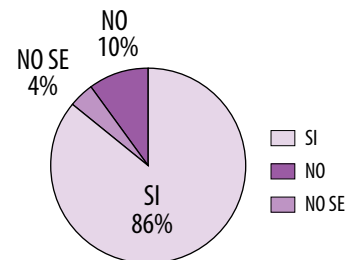


4 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 4:

Si la pareja no quiere criopreservar pre-embryones humanos in vitro ni ovocitos, ¿es lícito limitar el número de ovocitos a fecundar?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



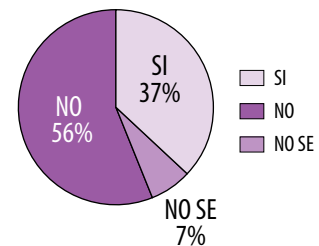
5 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 5:

Si la pareja no quiere criopreservar pre-embryones humanos in vitro ni ovocitos, ¿es lícito descartar los pre-embryones humanos in vitro no transferidos?

Dr. Bisioli.- Quiero hacer una aclaración: la pareja puede no querer congelar, pero no tener problemas en descartar y firmar un consentimiento. Igualmente, sería una situación rara, porque si no congela es porque los va a descartar.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

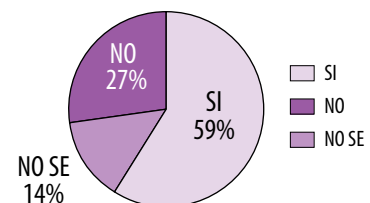


6 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Vamos a la pregunta número 6:

Si la pareja no quiere criopreservar pre-embryones humanos in vitro ni ovocitos, ¿es lícito utilizarlos para investigación?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Más de la mitad de la audiencia opina que sí es lícito, entendido como correcto, utilizarlos para investigación.

Dr. Bisioli.- No es correcto hacerlo sin consentimiento.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Obviamente es con consentimiento. Nunca podríamos hacer algo con un embrión si no tenemos el consentimiento; ni congelarlo, ni descartarlo, ni usarlo para investigación, absolutamente nada.

Dr. Parera Deniz.- Las últimas dos preguntas me pusieron incómodo en el mismo sentido, porque no dan una opción que dependa de la decisión de los pacientes, y no de uno. Podría decir: si los pacientes quieren o no quieren hacer tal cosa, ¿es correcto que usted haga tal otra? Hay que preguntarle a la pareja qué quiere hacer con los embriones no transferidos.

7 **Sr. Director (Brugo Olmedo).-** Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 7:

Si la pareja no quiere criopreservar pre-embriones humanos in vitro ni ovocitos, ¿es lícito utilizarlos para obtener células madre? Se va a votar:

Aclaro nuevamente que no debe existir un laboratorio de embriología que funcione sin el consentimiento expresado de los pacientes que han entendido y comprendido en que consiste todo el procedimiento y que en la eventual situación de no querer congelar los embriones que no se transfieren decidan ellos qué hacer.

Dr. Bisioli.- Entonces, la pregunta está enfocada a si es correcto usar un embrión para obtener células madres.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Una cosa es originar “ex profeso” un embrión para obtener células madre, y otra cosa es tener un embrión que sobra y que la pareja no tiene problemas en que se lo utilice para obtener células madre.

Dr. Arribère.- Yo creo que la pregunta está mal formulada, porque si la pareja te dice “haga lo que usted quiera”, tiene que haber un consentimiento. Entonces, eso debería estar expresado en la pregunta. Tal como está, puede ser entendida como que directamente utilices lo que sobró por tu cuenta.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Pero esa posibilidad no existe.

Dr. Bisioli.- Teniendo en cuenta eso, creo que habría que formular nuevamente las preguntas 4, 5, 6 y 7, porque la situación es distinta.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- La posibilidad se plantea si la pareja no tiene inconvenientes en que se utilicen los embriones supernumerarios. Por lo tanto, firma un consentimiento que dice eso claramente. La pregunta es si nos parece bien, de buena práctica, y que no es anti-ético, tomar un embrión y obtener células madre. O quizás creemos que, importando lo que la pareja quiera, nosotros no estamos de acuerdo con crear una línea de stem cells, porque nos parece que no corresponde, ya que no es reproductivo y se trata de otra cosa. Ésa es la pregunta.

Dra. Napolitano.- Parecería que estamos hablando sólo de estimulaciones altas. En ningún momento se considera que si la pareja plantea de antemano que no está de acuerdo con congelar o con que le sobre algo, también se puede hacer estimulación baja. Ésa es otra posibilidad que no se tuvo en cuenta.

Además, por lo menos en nuestro caso, la edad promedio de las pacientes que tenemos actualmente es muy elevada. Lamentablemente, las pacientes que responden bien son pocas. Me parece que nos estamos quedando en la excepción.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Aun en las bajas respondedoras lo lógico sería inyectar menos óvulos y descartar los pronucleados. A veces sucede que en lugar de tener tres, tiene cinco y sobraron dos o tres embriones...

Dra. Napolitano.- Muchas veces la pareja produce uno o dos ovocitos, los cuales son transferidos una vez fecundados.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sí, pero éste no es el caso. Cuando no se puede seleccionar, obviamente se transfiere lo que se originó.

Dra. Napolitano.- Sólo es una aclaración. Aquí hay gente de muchos ámbitos; los del ambiente médico lo sabemos, pero también hay abogados. Si no se aclara, parecería que siempre se obtiene una cantidad excesiva de óvulos y/o embriones.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Además, si la pareja no quiere congelar, se baja la dosis de medicación.

Dra. Napolitano.- Sí, y no sobra nada.

Dr. Coco.- Nos estamos yendo del tema, porque estas preguntas y la votación son para los profesionales que hacen reproducción asistida. No son para todo el público, queremos conocernos nosotros.

Queremos saber qué se hace si una pareja que no está decidida a criopreservar embriones y en el momento de la transferencia tiene una intercurencia y no puede ser transferida, ¿les damos la opción? Y si, por ejemplo, no pueden llegar porque se accidentaron. ¿Qué hacemos? ¿Les preguntamos si siguen con la misma idea de no criopreservar?

Ahora bien, supongamos que de todas maneras responden que no quieren criopreservar, ¿se les puede preguntar si los quieren dar para investigación? . También le podemos preguntar si lo quieren descartar?

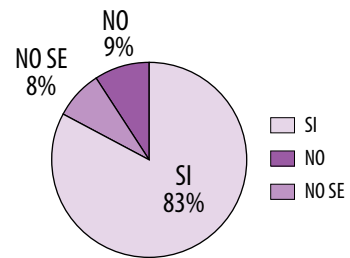
Me parece que el cuestionario fue hecho para saber como actuamos nosotros.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 7: - El resultado de la votación es el siguiente:

Si la pareja no quiere criopreservar pre-embryones humanos in vitro ni ovocitos, ¿es lícito utilizarlos para obtener células madre?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- La mayoría opina que en caso que la pareja no quiera criopreservar pre-embryones humanos in vitro ni ovocitos, es correcto utilizarlos para obtener células madre. Tiene la palabra el Dr. Bisioli



Dr. Bisioli.- Me pregunto si es lícito utilizar embriones para hacer células madre. Si suponemos todo lo demás, me parece más claro preguntar si puedo utilizarlos o no.

Porque como dijo Roberto, con relación a la pregunta número 9, si la pareja no quiere congelar estoy obligado a transferir todos. Está influyendo la decisión de la pareja. Si yo fuera médico diría que no, porque les haré un daño. Pero las otras preguntas se podrían simplificar diciendo: ¿Usted usaría embriones para investigación? Queda en la decisión íntima.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Básicamente, es lo mismo. Queremos saber quién de los presentes estaría de acuerdo.

Tiene la palabra la doctora Silvani

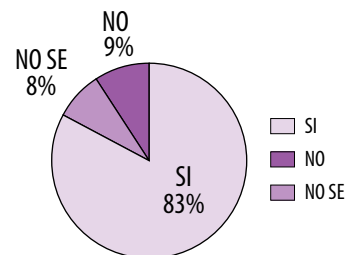
Dra. Silvani.- La idea es hacer la diferencia y no sólo especificar si se pueden utilizar embriones para cualquiera de estas prácticas. Porque alguien podría pensar que usaría embriones que sobraron de un tratamiento, pero no usaría embriones específicamente creados para ese fin.

8

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 8: - El resultado de la votación es el siguiente:

Si la pareja no quiere criopreservar pre-embryones humanos in vitro ni ovocitos, ¿es lícito utilizarlos para donación?

Se va a votar.



9

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 9:

Si la pareja no quiere criopreservar pre-embryones humanos in vitro ni ovocitos, ¿usted transferiría todos los pre-embryones humanos in vitro originados?

Si por un accidente hay cuatro, la pregunta es: ¿Qué se hace? Es decir, si la pareja no quiere congelar, ¿transfero todos o los descarto?

Dr. Morente.- Si la pareja no quiere congelar y no quiere descartar, no tenemos que poner más de tres; si no, estamos cometiendo un exceso.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Pero si se ponen tres, puede ser que se dé lugar a un embarazo de trillizos..

Dr. Morente.- Pero hasta tres se pueden transferir.

Dr. Coco.- Nos estamos yendo del tema.

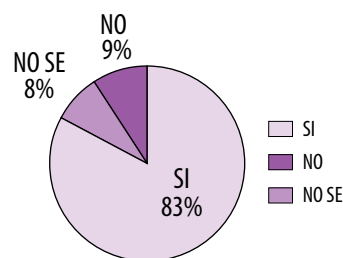
Tratemos, sin irnos tanto del tema, de responder qué pensamos acerca de estas preguntas. Por supuesto que todo lo vamos a hacer con consentimiento y que se respeta la autonomía de la pareja. Así nos venimos manejando.

No podemos dejar de pensar en lo que aconseja la Red Latinoamericana acerca de que el 60% de las transferencias tienen que ser de dos embriones. Sin embargo, esta pregunta fue formulada pensando en si hay más de dos, tres o diez embriones: ¿Se transfieren todos? Me parece que de lo contrario perdemos la esencia de lo que queríamos conocer.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Diez no, pero presuponemos que hay tres o cuatro.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- La mayoría piensa que no transferiría todos los embriones; es más riesgoso poner cuatro que poner dos y descartar.

10

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 10, que es más conflictiva. Dice:

¿Está de acuerdo con la embriorreducción en los casos de embarazos múltiples originados por FIV, ICSI?

Aquí deberíamos haber hecho dos preguntas: una es la que acabo de leer y la otra, en caso de embarazos patológicos. Es decir, con embriones con cromosopatías, etcétera. Pero vamos a dejarlo así, con embriones múltiples, porque la norma en muchos centros americanos es transferir seis o siete; total no importa, porque después ellos hacen embriorreducción.

Dr. Neuspiller.- ¿Con cuánto se considerar múltiples, tres o más?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Lo que te parezca. Yo diría que tres, pero pueden ser cuatro. Lo lógico sería que haya un bebé o dos. Entonces, un embarazo múltiple podría ser a partir de tres.

De todas maneras no importa el número, lo que consideres; quizás para vos es lícito transferir seis embriones. Además, si hay un embarazo múltiple es porque se transfirió más de lo que se debería. Quizás se está buscando una tasa de embarazo mayor a costa de un embarazo múltiple, total no importa porque después se le hace una embriorreducción. Es la práctica habitual de muchos lugares.

Dr. Bisioli.- Pero eso supone que se está de acuerdo con transferir cinco o seis.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Hay muchos centros en el mundo que transfieren más embriones porque están buscando mayor éxito en la tasa de embarazo. Además cuentan con la posibilidad de la embriorreducción y las parejas están de acuerdo.

Dr. Parera Deniz.- Entonces, se trata de determinar si estamos de acuerdo con la tecnología completa, le pongo mucho y después...

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Silencio, por favor.

Esto es para embarazos que pueden darse por un accidente, pero igual me parece que es interesante que lo pensemos como accidente o como plan.

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Silencio, por favor.

Tiene la palabra el Dr. Neuspiller.

Dr. F. Neuspiller.- Existe la eventualidad de que a una paciente le transfiramos dos embriones, se gemelen y tenga un embarazo trigemelar. En ese caso, se tiene determinada consideración. Ahora bien, si se ponen cuatro o cinco embriones es otra historia; son historias diferentes. Entonces, ¿a dónde va dirigida esta pregunta? ¿Al embarazo en el que uno hizo lo que debería hacer? Porque puede suceder que se transfieren dos embriones y uno se gемеle.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Va dirigida a la situación más concreta. Respecto de lo que vos comentás, a lo largo de mi carrera creo que me pasó una sola vez, y a todos nos habrá pasado alguna vez.

Dr. F. Neuspiller.- El año pasado me pasó en dos oportunidades.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Me parece que has tenido mala suerte, porque es excepcional.

Vamos al caso más común, que no es el del embrión gemelado sino el que se da cuando transferimos más embriones de los que correspondían, adrede o no, por impericia o por lo que fuere, sea de quien fuere. La acción de la embriorreducción es la misma: ¿estamos de acuerdo con hacer embriorreducción?

Parera Deniz.- Entonces, tengo que decidir si estoy o no de acuerdo con la embriorreducción.

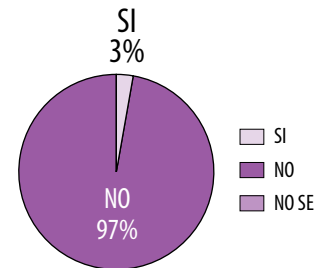
- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Pero en este caso es en embarazo múltiple. No voy a hacer embriorreducción cuando hay uno solo. La excepción sería el embarazo patológico, o cuando tiene un bebé con una enfermedad genética complicada. Estamos hablando de lo más frecuente, es decir, del embarazo muy múltiple: cuatrillizos, quintillizos o más.

Se va a votar.

- **Esta votación se reconsiderará en la página 47.**

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Un 97 por ciento de los presentes piensan que, si hay un embarazo muy múltiple, estaría bien hacer embriorreducción.



CUARTO INTERMEDIO

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Pasamos a realizar un break para almorzar.

- *Es la hora 12 y 46.*

- A la hora 14 y 7. **REANUDACIÓN**

ASPECTOS ÉTICOS DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTATORIO

Dra. Florencia Luna

Sr. Director (Coco)

Ya estamos con todas las energías para escuchar a la doctora Florencia Luna, a quien le agradecemos el esfuerzo realizado para estar aquí hoy y hablar sobre los aspectos éticos del diagnóstico preimplantatorio.

La doctora Florencia Luna es filósofa, egresada de la Facultad de la UBA, investigadora del CONICET, ex Presidenta de la Asociación Internacional de Bioética, Directora del Área de Bioética de la FLACSO y Directora de los cursos presenciales y virtuales de la misma entidad.

Dra. Florencia Luna.- Tengo que hacer un switch, porque estuve dos días hablando de usuarios de drogas en investigaciones preventivas con HIV, así que es un trampolín pasar al tema de la reproducción asistida y el diagnóstico preimplantatorio.

Aunque Roberto me dijo que usara lo mismo que utilicé el año pasado en una conferencia, realmente sentí que era una conferencia que tenía que ver básicamente con la genética. Por eso, quiero enmarcar los diagnósticos preimplantatorios en la reproducción asistida.

A mi criterio, voy a hacer bastante hincapié en una visión coherente del tema.

En diversos ámbitos de la bioética, se considera que hay problemas específicos para países específicos. Así, se señala que los países industrializados deben preocuparse por los “avances de la ciencia”, por ejemplo el uso de células madres o de embriones en investigación; mientras que los denominados países en desarrollo deben estudiar problemas de distribución de recursos o la falta de respeto de ciertos derechos básicos. Se señala que cada uno de estos corresponde con la “realidad” de tales países.

Efectivamente, se puede hacer una distinción entre diferentes tipos de cuestiones en las que trabaja la bioética. Sin embargo, la división de problemas por países resulta controvertida. En un artículo que publicamos con Arleen L.F.Salles en 1996 en la revista *Perspectivas Bioéticas* señalamos la existencia de estos dos tipos de asuntos. Y los denominamos como “problemas sexies” y “problemas aburridos”.

Un primer tipo de problemas corresponde, por ejemplo, a las técnicas de reproducción asistida, el proyecto genoma humano o la clonación de embriones humanos. Son cuestiones que seducen, que inmediatamente atraen y llevan a una toma de decisión a favor o en contra. Tienen una especial conexión con la ciencia, la tecnología y sus últimos adelantos. Están inmersas en el hechizo de las realizaciones científicas: de un lado, generan fascinación y curiosidad y, del otro, asustan. No sucede lo mismo con el segundo tipo de problemas, éste encuadra cuestiones

tales como la relación médico-paciente, los comités y los códigos de ética, la noción y práctica del consentimiento informado, el respeto a los derechos reproductivos o la distribución de recursos. Son problemas “aburridos”. Se trata de planteos comunes, no rimbombantes, problemas que se presentan a diario, como lo es la falta de camas para atender a una persona o un médico o médica que engaña o no da el diagnóstico a su paciente. Estos son problemas que están alejados de la ciencia y representan la vulnerabilidad de las relaciones humanas, las dificultades para mejorarlas, las fragilidades humanas. Nos muestran el flanco débil del ser humano y nos enfrentan con nuestros límites.

Como se intentará mostrar en este trabajo, lo más cuestionable de este tipo de propuesta no es la distinción entre problemas, sino identificar cada conjunto de problemas con el grado de desarrollo de ciertos países así como negar que existen fuertes interacciones entre ellos.

Un primer punto a considerar es que no es cierto que los desarrollos tecnológicos no tengan impacto en países en vías de desarrollo. La tecnología no reconoce fronteras y sus desarrollos son rápidamente adoptados por todo el mundo. Un claro ejemplo de esto se puede encontrar en las tecnologías de reproducción asistida. Por ejemplo, el ICSI (Intracytoplasmatic sperm injection) fue exportado a Latinoamérica en sólo tres años. Por lo tanto, pensar que nuestros países están exentos de ciertas problemáticas tecno-científicas es ilusorio.

Aún si se concediera tal división de problemas por países, y se concediera que los países que desarrollan la tecnología son aquellos que deben brindar pautas éticas, la propuesta falla porque la respuesta de determinados países no es aplicable a otros. Así, la respuesta e implementación que se brinda en EEUU o Europa al problema de las tecnologías de reproducción asistida difieren de las de otras sociedades. Es imposible “transplantarlos asepticamente”. En este sentido, tanto problemas “sexies” como “aburridos” deben estudiarse a la luz del contexto en el que se insertan y los problemas que allí surgen.

En este trabajo, entonces, me propongo analizar la influencia sutil del contexto social a la hora de implementar las nuevas técnicas de reproducción asistida. Supondré que la justificación moral de estas técnicas ya ha sido dada.

Mi objetivo es mostrar la interrelación entre problemas “sexies” y “aburridos” para evaluar las consecuencias que esto tiene en nuestras sociedades. Tendré, particularmente en cuenta la prevalencia de la infertilidad secundaria en la región y sus principales causas. A la luz de esta situación, defenderé la importancia de considerar a las técnicas de reproducción asistida como parte integrante de la salud reproductiva, en la cual prime una actitud totalizadora y de respeto hacia la mujer.

Contexto

Esta propuesta toma como marco de referencia la experiencia de la autora en la Argentina, aunque gran parte de lo que aquí se presenta es válido para varios de los países de Latinoamérica.

Sin embargo, se debe comenzar con una aclaración y advertencia. América Latina abarca una amplia variedad de países que difieren en diversos sentidos, desde el tamaño y los recursos naturales que poseen (considérese la situación de Brasil y Uruguay) hasta la configuración de su población (con mayoría indígena, con una gran influencia de población africana y origen multi-étnico o principalmente con inmigración europea). Éstas son diferencias que determinan a cada cultura e influyen en las concepciones de fertilidad e infertilidad. América Latina no constituye una región homogénea. Así pues, las generalizaciones que se formulen en este trabajo deben considerarse como sujetas a estos límites.

Por otro lado, algunos aspectos relevantes son compartidos por estos países: la amplia brecha que existe entre aquéllos sin recursos y los sectores medios o altos de la población, así como una fuerte presencia de la religión católica. Aunque la Iglesia varíe de un país a otro, la religión ha tenido siempre una fuerte influencia en los temas relacionados con la reproducción. Y, como se verá, las tecnologías de reproducción asistida no son la excepción.

Secreto y embriones a transferir

Antes de comenzar con los problemas con mayor impacto local, es importante señalar que existen una gran cantidad de puntos en la implementación de estas técnicas que todavía son discutibles y que tienen suma relevancia. Sólo me detendré en dos de ellos con el objetivo de exhibir algunos de tales planteos.

Una primera cuestión es si se debe mantener el secreto en las técnicas que implican material genético heterólogo. Por ejemplo, cuando se utiliza semen, óvulos o embriones donados. Existe una tradición basada en el secreto y

el silencio. “En países como Chile, menos del 10% de las parejas con bebés nacidos como resultado de las técnicas de reproducción asistida desean expresar públicamente sus visiones de la tecnología que les permitió ser padres. Mas aún, ninguna de las parejas que fueron padres con la asistencia de donantes de gametos les informó esto a sus hijos.” Esto puede resultar problemático para el niño, no sólo por la inclusión del secreto en la familia, o por el descubrimiento inesperado del niño de cierta información que se le ha negado, sino también por posibles diferencias genéticas con sus padres (suponer o descartar ciertas enfermedades de base genética). Más aún, con el avance y popularización de los tests de ADN hasta resulta una actitud anacrónica que posiblemente deberá ser reconsiderada. Así existen varios países que cuestionaron este tipo de política y favorecen la información veraz, rechazando el anonimato de los donantes. Mientras Suecia (1984), Austria (1992) y el Estado de Victoria en Australia (1995) adoptaron una legislación que permite el acceso a esta información, Noruega (1987) y España (1996) legislaron el anonimato.

Otro punto que genera fuertes controversias es la cantidad de embriones a transferir por ciclo. Mientras EEUU privilegia el éxito en el logro de embarazos y para ello sostiene la política de transferir alrededor de cuatro embriones por ciclo, obtiene con ello el altísimo índice del 38% de embarazos múltiples. Esto es analizado con horror por los especialistas europeos que abogan por la transferencia de uno o a lo sumo dos embriones dentro del marco de medicinas socializadas que proveen gratuitamente este tipo de procedimiento. Los porcentajes de embarazo múltiple son muy diferentes en cada país. Característicamente son muy bajos en Europa del Norte, Australia y Nueva Zelanda y altos en Latino América, Estados Unidos y Europa del Sur y del Este. Los especialistas europeos no sólo apuntan a las dificultades de un embarazo múltiple, a la morbilidad neonatal y a la crianza de dos o más bebés en sociedades en las que es muy difícil tener una infraestructura de ayuda mínima o cuando ésta es posible resulta sumamente cara. Sino que también consideran los costos económicos y sociales para el sistema de salud y para las familias en los casos de nacimientos múltiples de niños prematuros o con serios problemas de salud. Problemas relativamente frecuentes en los embarazos múltiples sobre todo a medida que aumenta la cantidad de bebés gestados.

Estos y otros cuestionamientos generan encendidas polémicas que forman parte del debate internacional. Los mismos conviven con otro tipo de problemas básicos que se vinculan todavía más directamente con el contexto local. Este contexto en algunas circunstancias produce respuestas adaptativas que pueden resultar nocivas para algunos de sus miembros. Intentaré mostrar esto en los próximos apartados.

Los límites y sus criterios

En muchos países de Latinoamérica estas tecnologías casi no están reguladas. Esto hace que la práctica “de hecho” de los médicos que trabajan en reproducción asistida, tenga mucho peso. Una primera influencia del contexto se percibe en una posición, al menos pública, de autolimitación de las técnicas con el objetivo de evitar resquemores o críticas sociales.

Respecto de países con legislación el Surveillance Study de 1998, un estudio internacional sobre el estado del arte, sólo considera a México y Brasil como los países de la región que efectivamente tienen este tipo de regulación. Sin embargo no es cierto que Brasil tenga legislación nacional, tal como lo señalan Guilhem y Machado do Prado. Actualmente en Brasil solo hay resoluciones como la del Consejo Federal de Medicina y proyectos de ley. En dichos países las técnicas de reproducción asistida se ofrecen a matrimonios o a parejas estables y la criopreservación de embriones está permitida. En ambos la donación de espermia u ovocitos está permitida. En el caso de Brasil, se acepta el alquiler de vientres sólo si un pariente está dispuesto a someterse a dicho procedimiento. No se admite, en principio, la comercialización de este procedimiento. En este sentido, la posición de Brasil, es una de las más “abiertas” de la región. Costa Rica, por el contrario, a través de una Enmienda Constitucional prohíbe todas las prácticas de la reproducción asistida in vitro y también la inseminación artificial con donante. Sólo permite la inseminación homóloga. Una de las técnicas más simples y menos eficaces. Los problemas de infertilidad deben ser muy leves para que esta técnica brinde buenos resultados lo cual genera “turismo reproductivo” fundamentalmente hacia Colombia.

Los países con una regulación de tipo “informal” (esto es, sin una regulación legal) sufren problemas diferentes. Al no haber una prohibición explícita, estas técnicas están permitidas, éste, por ejemplo, es el caso de la Argentina y de la mayoría de los países de la región. Uno de los desafíos que enfrentan los médicos de estos países -en el nivel de la práctica privada- son dificultades relativas a la imposición de límites. ¿Cuáles son los límites en las intervenciones médicas? ¿Deben los médicos proveer las técnicas de reproducción asistida a mujeres solteras? Y ¿a las parejas de lesbianas u homosexuales? ¿La edad debe determinar el límite? ¿Las mujeres post-menopáusicas deben tener acceso a estas técnicas?

La falta de una ley que establezca los usos admitidos y los usos prohibidos de estas técnicas implica una presión para los “proveedores”. Ellos deben tomar decisiones al respecto, sin una regla externa que fije los límites...

Y más relevante aún, en sociedades en las cuales la Iglesia Católica ejerce una gran influencia, cualquier mínima intervención que se aleje de lo normalmente aceptado corre el riesgo de ser criticada. La Iglesia Católica está en contra

de estas técnicas. Pero, incluso católicos que no son tan estrictos y aceptan estas nuevas técnicas, pueden llegar a tener problemas con algunos de sus procedimientos y con quienes sean los que las utilicen (por ejemplo, mujeres solteras, post-menopáusicas, etc.). Por lo tanto, los médicos tienen que “autorizar” estas prácticas, deben decidir lo que se debe hacer basándose en la consideración de cada caso particular... En este contexto, la fuerte presencia de ciertas ideologías genera una actitud de auto-restricción en los médicos, los cuales desean ejercer su profesión sin perturbar el status quo. Establecer límites es una tarea difícil. Lo que se quiere destacar es que debido a la presión del contexto, esto no se realiza de manera racional, con criterios o razones claramente especificadas. En este sentido, existe una sutil influencia de la religión en los límites que se presentan al acceso que no se hace explícita.

Mandatos y prácticas efectivas

La religión generalmente se percibe como una barrera para ciertos usos de las tecnologías de reproducción asistida. Sin embargo, sólo las vertientes religiosas más conservadoras comparten esta concepción. Los representantes de esta posición extrema son los católicos apostólicos romanos practicantes que se oponen a cualquiera de estas técnicas por la artificialidad que implican (incluido el caso de la inseminación homóloga u heteróloga). Una de las razones que ofrecen es la inseparable conexión entre el significado unitivo y procreativo del matrimonio. A los católicos practicantes no les está permitido disociar estos dos sentidos. Otro de los problemas que señalan las posiciones religiosas es la manipulación de embriones humanos. Estos son considerados personas y por lo tanto se cuestiona la criopreservación, la pérdida de embriones durante los diferentes procesos y, sobre todo, el descarte de los mismos.

Parece una verdad de perogrullo que la religión no debería ser un obstáculo para la práctica de las técnicas de reproducción asistida. Los religiosos, sin duda, deben seguir las enseñanzas y dogmas de su fe, pero esto no implica que todos los ciudadanos de un país deban regirse por tales mandatos. El problema surge cuando existe la presión de imponer el dogma religioso en la legislación de un país secular, como es el caso de los países de Latinoamérica. En este sentido, es comprensible que el modelo de prohibición total de Costa Rica genere aprensión. En el caso de Argentina, algunos proyectos de ley son tan restrictivos que habrían hecho imposible la implementación de estas técnicas.

En relación con este rechazo radical y absoluto de las técnicas de reproducción asistida es interesante señalar el amplio uso de un “doble standard moral”. Una cosa es lo que dice la religión y otra, lo que la gente hace. La gran mayoría de la población educada en el catolicismo (el 84.4% afirma ser católica) no sigue las enseñanzas del catolicismo. Este fenómeno no sólo se observa en el

caso de las tecnologías de reproducción asistida; las actitudes son las mismas con respecto a la anticoncepción y el aborto. Por ejemplo, en la Argentina, la legislación sobre el aborto es muy restrictiva. No se acepta el aborto por serios problemas genéticos, ni en la mayoría de los casos de violación. A pesar de ello constantemente se realizan abortos ilegales. En Argentina, se llevan a cabo entre 350.000 y 500.000 abortos por año. Proporcionalmente, este país quintuplica la cantidad de abortos que se realizan en Francia, en donde la práctica está largamente legalizada y se provee una adecuada educación sexual a la población.

Con respecto a las técnicas de reproducción asistida, la situación parece ser la misma. El Dr. Zegers-Hochschild señala lo siguiente:

“Instrucciones específicas dirigidas a legisladores, agentes de salud y pacientes que contienen éstas y otras directivas (las enseñanzas de la Iglesia Católica) han sido ampliamente diseminadas. Sin embargo, es difícil entender cómo la anticoncepción, la inseminación artificial con donación de espermatozoides y la reproducción asistida constituyen prácticas tan ampliamente realizadas en Latinoamérica. Durante 1995, 7000 ciclos de reproducción asistida que incluyen 351 ciclos con ovocitos donados se practicaron en 59 centros en Latinoamérica.”

En el año 2000 se incrementó el número de centros registrados en Latinoamérica a 95. Podría pensarse, entonces, que la solución a la presión ideológica está dada por el ejercicio de esta doble moral. Pareciera que si bien hay una supuesta condena social, ciertas técnicas reproductivas se practican sin mayores problemas. Sin embargo esta respuesta es engañosa...

Doble moral y esterilidad secundaria

La condena social y ciertas ideologías tienen influencia en la práctica e implementación de estas técnicas. Aceptar o promover una doble moral tiene efectos nefastos en la salud reproductiva en general y la reproducción asistida en particular. Tal es el caso de la infertilidad secundaria. En esta sección intentaré mostrar ciertas cuestiones básicas que habitualmente se pasan por alto al analizar la implementación de las técnicas de reproducción asistida.

En primer lugar, la falta de una adecuada educación y provisión de técnicas anticonceptivas tiene como consecuencia una gran cantidad de embarazos no deseados y abortos ilegales. Particularmente preocupante es la cantidad de embarazos adolescentes o madres-niñas. Y en algunos países como Brasil, se suma a lo anterior, la sesgada difusión de las ligaduras tubarias muy precoces, que luego generan la necesidad de tratamientos para superar la infertilidad.

En segundo lugar, debe considerarse la gran cantidad de abortos ilegales realizados en muy malas condiciones con serias consecuencias en la salud de las mujeres. Por ejem-

plo, en la Argentina, el 40% de las camas de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos están ocupadas por las complicaciones de tales abortos. En México, se calcula que 600.000 mujeres requieren hospitalización por esta causa. En América Latina se estima que se realizan 4 millones de abortos clandestinos por año. Tampoco deben olvidarse las altas tasas de mortalidad materna relacionadas directamente con esta causa. Finalmente, y en relación al tema que nos concierne, tales abortos en malas condiciones no resultan un hecho aislado e independiente, constituyen gran parte de las causas de los problemas de infertilidad en la región.

En tercer lugar, la falta de educación sexual y prevención conlleva también a una gran cantidad de enfermedades de transmisión sexual. Este tipo de enfermedad es una de las causas más importantes de la infertilidad secundaria. Este es el caso de la gonorrea no tratada. La investigadora María Yolanda Makuch cita un estudio brasileño en el cual el 42% de las mujeres que consultan por infertilidad padecen de obstrucción tubaria debido a infecciones del tracto reproductivo.

Sumado a esto hay que contabilizar también los tabúes, los problemas ideológicos así como los recursos escasos en el sistema público de salud implican una mala atención de la salud y complicaciones posteriores que repercuten en serios problemas de infertilidad. Makuch describe los problemas de información inadecuada en el área de las enfermedades de transmisión sexual. En su estudio señala que las mujeres entrevistadas eran incapaces de entender la relación que existe entre las infecciones del tracto reproductivo previas y su infertilidad tubaria presente. Y todavía peor, había coincidencias cuando se comparaba la información que recordaban las mujeres con la que los médicos reportaban haber provisto. Esto sugiere que los mismos médicos no brindaban la información relevante.

Este tipo de infertilidad no es el prevalente en los países industrializados. Nótese que tanto América Latina como África comparten altos índices de infertilidad secundaria, a diferencia de Europa y Estados Unidos. Mientras éstos últimos tienen sólo un 24% de infertilidad secundaria, en África corresponde a un 55% y en Latinoamérica a un 40%. Indudablemente las causas de este tipo de infertilidad están relacionados con la falta de recursos y la falta de respeto del derecho a la salud reproductiva.

Así pues, la solución no se encuentra en una doble moral. Aun si dejamos de lado el invaluable respeto por las decisiones informadas de las mujeres y las parejas respecto de cuando concebir un hijo; las prácticas actuales de “supervivencia” tienen altos costos en la vida y salud de nuestras mujeres, altos costos en el sistema de salud público y en la sociedad en general.

La falta de conciencia de este tipo de problemas y su interrelación con la reproducción asistida creo que surge a raíz de una mirada que desconoce el contexto y se nubila con los aspectos científicos y tecnológicos a incor-

porar. Nótese como situaciones que, a primera vista, parecen alejadas, como es una adecuada educación y salud reproductiva inciden en los problemas de la reproducción asistida. Y, como nuevamente la resolución y respuesta a uno de los “problemas aburridos” (la salud reproductiva) tiene incidencia en los “problemas sexies” (las técnicas de reproducción asistida). En este sentido, creo que se puede comenzar a ver más claramente de qué manera estos problemas están íntimamente relacionados y que si efectivamente se desea lograr modificaciones de base, éstas no dependerán únicamente de implementar sofisticadas técnicas, sino de prevenir, respetar, educar y cuidar la salud reproductiva.

Embriones y personas

A partir de aquí querría señalar ciertos puntos que aparecen específicamente en la implementación de las técnicas de reproducción asistida. Así como en el apartado anterior se destacaba la falta de respeto a las mujeres y sus parejas en sus decisiones reproductivas al no dar una adecuada educación así como métodos efectivos para ejercer estos actos. Ahora querría centrarme en otro aspecto íntimamente relacionado y éste es el estatus que se brinda a los embriones en la región. Un elemento que no se debe pasar por alto es la importancia que se otorga a los embriones, muchas veces en detrimento de las mismas mujeres. Esta “prioridad” de los embriones está sutilmente presente en algunas actitudes, en la terminología utilizada y en ciertas prácticas que determinan y limitan disimuladamente las opciones que pueden ofrecérsese a una mujer o a una pareja. Tomaré como ejemplo cuatro actitudes y prácticas que ponen esto de manifiesto y que se planteado en centros de reproducción asistida en la Argentina:

- 1) el rechazo a criopreservar embriones cuando no existe ninguna ley que lo prohíba;
- 2) la obligación de donar embriones;
- 3) la terminología que se utiliza: “adopción prenatal”;
- 4) y la paradoja de introducir el diagnóstico genético prenatal cuando no se acepta el descarte de embriones.

Las primeras cuestiones están relacionadas con posibles límites o daños del bienestar de las mujeres para proteger a los embriones.

Para evaluar el primer punto es necesario aclarar la lógica del procedimiento. Las técnicas más complejas como el in vitro o el ICSI necesitan fertilizar los óvulos ex útero para luego transferirlos a la mujer. Este proceso involucra una hiperestimulación hormonal (estimulación ovárica controlada) con el fin de obtener a través de una laparoscopia o una técnica vaginal varios óvulos con los que luego se crearán embriones. Para evitar someter a la mujer a este proceso se incorporó la técnica de criopreservación por la cual se “congelan” los embriones (los óvulos resultan muy lábiles y todavía no se maneja adecuadamente el proceso de criopreservación). De esta manera se seleccionan los mejores embriones y se los transfiere a la mujer. Como

se señalaba, la tendencia europea actual es a limitar la cantidad de embriones a transferir debido a los altos porcentajes y los serios problemas de embarazos múltiples. Así actualmente se está proponiendo transferir uno o dos embriones. Hay que tener en cuenta que el éxito de estas técnicas no es alto y que frecuentemente hay que repetir el proceso durante varios ciclos para lograr el embarazo.

A pesar de que existe consenso acerca de la importancia y los beneficios de la criopreservación, los centros argentinos dedicados a la fertilidad se plantean límites en la cantidad de embriones que se congelan. Existe una tendencia según la cual los centros están criopreservando cada vez menos embriones con el objeto de tener menos embriones y evitar problemas con el status quo. Esto tiene como consecuencia que las mujeres deban someterse más frecuentemente a tratamientos de hiperestimulación con hormonas y medicamentos, con los inconvenientes y daños que ello implica. Los cuales si bien no son sumamente frecuentes, son lo suficientemente severos como para evitarlos cuanto sea posible. Este es el caso del Síndrome de hiperestimulación ovárica así como el posible aumento del riesgo de cáncer de ovario.

Una segunda cuestión es que en general en Latinoamérica, a diferencia de la mayoría de los países industrializados, no se ofrece la posibilidad de descartar los embriones supernumerarios. La única alternativa disponible en los centros argentinos -cuando una persona no quiere utilizar los embriones restantes- es la de donarlos a otra pareja. De modo que esta “donación inducida” prácticamente es una obligación, que puede acarrear serios daños psicológicos. Y puede resultar especialmente dolorosa en el caso en que la donante no pueda quedar embarazada.

Una tercera consideración surge con esta práctica de la “donación de embriones” y su actual denominación: “adopción prenatal”. La terminología tiene mucho peso, implica una determinada manera de interpretar los hechos. La expresión “adopción prenatal” es engañosa y conlleva la idea de una “adopción real”. No se trata de un término neutral, menos aún en una región en la que el embrión muchas veces está más protegido que la mujer. Con esta denominación, los embriones son tratados como “huérfanos”, analogía que conduce a ciertas paradojas: si le concediéramos a los embriones la condición de personas, el proceso de criopreservación resultaría, por lo menos, extraño -¿cómo podríamos congelar personas? Es más, la fertilización in vitro podría ser vista como una masacre, debido a la pérdida de embriones cuando se los transfiera al útero de la mujer; y la misma práctica de “darlos en adopción” (con la evidente intención de protegerlos) podría implicar su muerte o destrucción por las posibles pérdidas y las dificultades en la implantación. De modo que esta terminología resulta muy problemática y debería ser abandonada.

Un último problema está relacionado con el estado de salud del embrión y la prohibición del aborto. Mientras que la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad

estimulan el control de enfermedades graves que pudieran significar una amenaza para la salud del niño, gran parte de los países de Latinoamérica no acepta la eliminación de los embriones sobrantes ni la práctica del aborto. Brasil, en este sentido, es la excepción

Los países que no permiten descartar embriones, incluso en el caso de anomalías genéticas, enfrentan otra paradoja y ése es el caso de Chile y Argentina. Aún en el caso en que los embriones hayan sido investigados y se haya probado que poseen serios problemas genéticos, igualmente deberían ser transferidos (porque no pueden ser descartados). Los centros informan que no descartan embriones. De modo que esto conduciría a la “pesadilla” de que una mujer deba aceptar la transferencia del embrión y llevar adelante un embarazo con el conocimiento de que su futuro hijo padecerá una grave enfermedad, que incluso podría ser fatal.

Por consiguiente, o se prohíbe el diagnóstico genético preimplantatorio -lo cual puede resultar penoso para la pareja y la futura descendencia, especialmente si están siguiendo este procedimiento para evitar la transmisión de una enfermedad genética- o bien se permite su realización, junto con la posibilidad de descartar los embriones con problemas genéticos. Sin embargo, la mayoría de los centros de fertilidad niegan que ofrecen esta última opción -lo cual constituye otro ejemplo de hipocresía y doble standard y supone un daño para la pareja o la descendencia, debido al estatus que se le da al embrión en esta cultura.

Los casos mencionados muestran como sutilmente se privilegia el bienestar de embriones por encima de las mujeres y sus parejas. Algunas de estas prácticas pueden incrementar el riesgo de la salud de las mujeres, pueden dañarlas psicológicamente, fomentar malentendidos o limitar la posibilidad de gestar hijos sanos a parejas con problemas genéticos.

Un problema de salud reproductiva

A la luz de lo que se estuvo examinando, vale la pena finalizar este análisis reflexionando sobre la estructura de atención en el cual se insertan estas técnicas.

Generalmente se piensa que se trata de un problema que únicamente atañe a las clases sociales medias y altas, a mujeres profesionales que dilatan la formación de una familia. Éste es el modelo predominante en las sociedades industriales. Sin embargo, como ya se mencionara, en Latinoamérica tiene fuerte prevalencia lo que se denomina “esterilidad secundaria”. Este tipo de esterilidad, por el contrario, no está asociado a las clases pudientes sino a aquellas carecientes.

¿Qué implica esto? Que la población que puede necesitar estas técnicas es muy diferente de la que mayoritariamente se encuentra en los países industriales y que el modelo de atención a trazar debería ser distinta. Como se ha señalado, existen serios problemas de educación y falta

de atención de la salud reproductiva que llaman a una política de prevención previa. Es necesario combatir ese 40% de infertilidad secundaria y esto se puede lograr, en gran parte, con una adecuada prevención. En este sentido no se puede pensar únicamente en imitar clínicas sumamente sofisticadas. El tipo de respuesta que debe brindarse en Latinoamérica debe ser más amplio, debe comenzar con una adecuada prevención de la enfermedad de transmisión sexual y en una adecuada educación sexual para evitar la gran cantidad de abortos ilegales y sus complicaciones, debería también ampliar el rango de abortos legalmente permitidos, como mínimo, a aquellos que implican graves enfermedades genéticas o malformaciones, si efectivamente se va a permitir incorporar diagnósticos pre-implantatorios.

Este acercamiento al tema aboga por un enfoque abarcativo que incluya la prevención de la infertilidad para evitar mayores perjuicios a las mujeres pobres que ya están excluidas de todo tipo de tratamiento. Esta concepción tiene en cuenta los costos de los procedimientos, la falta de recursos en la región y el porcentaje de esterilidad que surge de la falta de servicios o la atención insuficiente en el área de la salud reproductiva. Si volvemos a nuestro planteo inicial podemos ver como la resolución de los problemas “sexies” involucra tener seriamente en cuenta como se interrelacionan con los problemas aburridos recién mencionados.

Pero, fundamentalmente esta propuesta significa un compromiso con una respuesta comprehensiva: considerar las tecnologías de reproducción asistida en Latinoamérica como un tema completamente diferente de la salud reproductiva básica parece continuar con un modelo esquizofrénico. Si se niega el servicio de anticoncepción, si las enfermedades de transmisión sexual de mujeres y varones no se curan adecuadamente, si los embriones son objeto de adoración, si se rechazan los abortos por serios motivos genéticos y sólo nos centramos en proveer las últimas tecnologías de reproducción asistida estamos perdiendo de vista un punto importante. Las tecnologías de reproducción asistida no pueden conceptualizarse como procedimientos ascéticos, independientes del contexto en el que se insertan. Se presentan como un esfuerzo científico, sin embargo rápidamente se puede percibir como se adaptan para evitar la presión que implican ciertas ideologías o como hay una búsqueda de eufemismos para evitar críticas pseudo morales o religiosas y preservar el “status quo”. No es saludable mantener semejante postura hipócrita. En este sentido considero que aquellos o aquellas que trabajan en reproducción asistida deberían proponer un acercamiento amplio e integral a las tecnologías de reproducción asistida, con un fuerte compromiso con la salud reproductiva de mujeres y varones como cuestión prioritaria.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias, doctora Luna.

ASPECTOS LEGALES DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTATORIO

Dra. Marcelo Feliú

Director (Brugo Olmedo)

El próximo expositor es el doctor Marcelo Feliú, bahiense, abogado, profesor adjunto por concurso de Derecho Constitucional e Internacional Público en la Universidad Nacional del Sur; diputado provincial de Buenos Aires desde el año 2005 y presidente de la Comisión de Asuntos Constitucionales y Justicia de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Además, es co-autor de la Ley de Fertilidad Asistida de la Provincia de Buenos Aires, que tanto ruido y tantos dolores de cabeza nos ha traído a todos.

Muchas gracias por estar con nosotros.

Dr. Feliú.- El agradecido soy yo. Para mí, es un honor y un placer estar aquí. Tal vez sea una consecuencia imprevisible de las tantas que me ha dado el haber participado en el impulso de la Ley de Fertilidad Asistida en la Provincia de Buenos Aires. Jamás pensé que podría estar hablando con los más reconocidos especialistas en medicina reproductiva de la Argentina.

Creo que no tengo ninguna chance de hacer aportes demasiado valiosos. Simplemente, voy a brindarles un poco de experiencia y mi modesto conocimiento sobre derecho. Por eso, el honor es mío. Sin la ley, seguramente no estaría conversando con ustedes y no hubiera tenido la posibilidad de aprender lo que he aprendido, al escuchar a sus colegas y, principalmente, al doctor Aníbal Acosta.

Voy a hacer una referencia que tiene mucho que ver con lo que él señaló, lo que ustedes están haciendo y lo que sucede en la Argentina por ausencia de una ley nacional.

Luego del primer debate, me pareció interesante reenfocar lo que pensaba decir. Uno de ustedes dijo –y con razón– que es un debate de bioéticas y de quienes están vinculados directamente con la reproducción asistida. Por lo tanto, no tiene mucho sentido que los inunde con conceptos jurídicos, porque les voy a dar una visión bastante parcial de algo que es esencialmente multidisciplinario.

Desde mi modesta posición, voy a tratar de abordarlos no tanto con números de artículos y convenciones, sino con conceptos generales del derecho que se aplican directamente al quehacer que ustedes han adoptado como vocación. Además, creo que es muy difícil plasmar en una ley las actividades que ustedes realizan cotidianamente.

En primera instancia, debo hacer una salvedad para que entiendan cuál es el aspecto legal que hoy nos convoca. Si uno tuviera que comparar la diferencia de velocidad entre los tratamientos de fertilidad asistida, la ciencia de la fertilidad asistida o la medicina de reproducción asistida con la ley, sería como comparar a una Ferrari con un

triciclo. La ciencia que ustedes desarrollan le lleva años luz a la ley. Por lo tanto, ésta será una rama nueva del derecho y creo que se convertirá en una rama específica que esencialmente modificará los conceptos tradicionales sobre los temas involucrados.

¿A qué aspiramos los operadores del derecho en general, los legisladores en particular o un profesor universitario? A la existencia de una norma. La norma da estabilidad, previsibilidad y un marco de contención al desarrollo de cualquier actividad. Si uno pretendiese ese concepto tradicional, conservador o clásico de política legislativa en esta materia, caería en un fracaso inmediato. ¿Por qué? Porque lo que legislo hoy estará totalmente desactualizado dentro de un año. Digo un año –ustedes seguramente me van a decir un mes–, porque es tan exponencial el avance que provoca la medicina reproductiva –disculpen si preciso mal los términos–, que los problemas éticos que plantean los nuevos avances generan potenciales nuevas respuestas normativas. Por lo tanto, es un fracaso de inicio pretender esta concepción de estabilidad o de vocación de continuidad, que no esté interrumpida o que durante mucho tiempo sea la ley marco.

¿Por qué digo esto? Uno de los temas que ustedes me plantean hoy es el diagnóstico genético preimplantatorio. Por ejemplo, la propuesta de la SAMeR –que ustedes con muchísimo coraje enviaron hace unos años al Congreso Nacional– no tiene un capítulo especial sobre este tema. Hace muy pocos años que se presentó y no lo preveía. La ley española de hace muy pocos años, tampoco lo tenía. La última versión sí la incluye y estamos hablando de leyes que, en términos jurídicos, son nuevas. Por lo tanto, el nuevo paradigma jurídico en este tema es no esperar que una ley resuelva todo. Si pretendemos que una nueva ley resuelva todo, tenemos garantizado el fracaso, porque en poco tiempo vamos a tener una ley limitante del avance científico que ustedes provocan día a día. Ésta es la primera reflexión. Creo que hay legislación comparada que lo ha resuelto bastante bien. Por supuesto, voy a decir que

es de la Provincia de Buenos Aires, pero no voy a usarla como ejemplo; sí tomaré como base la ley de España.

La ley de España regula dentro de qué marco puede hacerse el diagnóstico genético. En principio, establece que está permitido para la detección de enfermedades graves. El segundo aspecto tiene que ver con aquellas enfermedades que puedan detectarse y que pongan en peligro la viabilidad del embrión. Y hay una tercera categoría, que es la política legislativa inteligente. Se trata de las excepciones que están fundadas en forma científica y que han sido aprobadas por la Comisión Nacional de Reproducción Asistida de España. ¿Qué significa esto? Que si el avance científico del diagnóstico genético preimplantatorio tiene recomendación científica, no tengo que modificar la ley, sino derivarla a un lugar como éste, multidisciplinario, con clara vinculación bioética, cuyas conclusiones le darán legitimidad. Esto hace que exista un marco regulatorio permanentemente actualizado y permita un desarrollo serio, con profundidad científica en todos los ámbitos, y con sustento legal.

¿Por qué dije que ésta iba a ser la primera ley? Porque fue la solución que utilizamos en la Provincia de Buenos Aires. Si tienen la posibilidad de leer la ley de la Provincia de Buenos Aires, podrán observar que poco tiene que ver con la regulación integral de la fertilidad asistida. Esto suena bien desde el punto de vista del marketing político y de la importancia de una ley. Se trata de la Ley de Reproducción Asistida y de Cobertura Integral más importante de la Argentina, y se pretende que sea universal. Es bueno destacar que en Córdoba lo están haciendo en forma muy exitosa para la obra social pública. En realidad, en la Provincia de Buenos Aires no estamos diciendo técnicamente lo correcto, porque no es una ley que regula la actividad o la reproducción asistida, sino que es una ley de cobertura. Ustedes se preguntarán: ¿por qué no avanzaron más? No avanzamos más por la misma razón que no lo hizo el Congreso Nacional. Si pretendiésemos avanzar en una Ley de Reproducción Asistida en la que abordemos todos los temas como lo hacen, por ejemplo, la ley inglesa, la ley italiana, la ley alemana, la ley de Costa Rica o –tal vez la más progresista– la ley española, seguramente no hubiésemos avanzado ni en el Artículo 1° del proyecto que la SAMeR presentó hace unos años. Entonces, optamos por un pragmatismo legislativo: tratar de cambiar el paradigma del “no” por el paradigma del “sí”.

Recién se decía algo muy interesante, que no me permito corregir, pero sí completar. El paradigma más importante en la Argentina con respecto a la reproducción asistida –y ésta es mi opinión, por supuesto, que puede ser rebatible– indicaba que la reproducción asistida no estaba en la agenda pública, es decir, no estaba dentro de las políticas de salud pública. En términos de reconocimiento legal, estábamos en el “no” como política de salud pública y en el “no” de política legislativa. El paradigma era el “no”; la norma vigente era la no regulación, el no estadio en la

agenda de la política del rol del Estado, de la salud pública en general y de este tema en particular.

En la provincia de Buenos Aires, sólo con un artículo se cambió el paradigma. Es lo que los científicos reconocen cuando dicen que “hay una revolución”, porque se pasa del no al sí. Como decía Thomas Kuhn, filósofo estadounidense que describió la estructura de las revoluciones científicas, antes era el no y ahora el sí. ¿Por qué? Porque con sólo haber enunciado en el Artículo 1° que la infertilidad es una enfermedad, cambió sustancialmente el marco dentro del cual se trata a la reproducción asistida desde el punto de vista legal y de la salud pública. Ahora es sí: hay una obligación del Estado y hay una ley que lo reconoce. Con eso se terminan muchísimos debates, aunque no todos. Es como decir que, si antes la carrera era entre una Ferrari y un triciclo, ahora es entre una Ferrari y un Fiat Duna con el motor bueno, pero estamos mejor. Ya avanzamos: es un auto contra un auto, y no un auto contra algo que necesita motorización humana. La pelea es desapareja, pero menos desapareja.

Con el tiempo, nos dimos cuenta que, si abordábamos todos los temas, lo que íbamos a lograr era que ni siquiera votaran el Artículo 1°. Efectivamente, no era posible que nos pusiéramos a discutir cuándo debe entenderse que comienza la vida en términos biológicos y traducirlo en términos jurídicos, y a partir de allí avanzar y decir qué derechos, y luego, quién tiene derecho a defenderlos. Tampoco era viable avanzar con lo que hay que hacer con el fallo Rabinovich, que nos dice que tiene que haber un tutor de cada uno de los embriones criopreservados, aunque el propio Rabinovich reconoció que eso era un fracaso total. El propio fallo que desde lo formal fue festejado en un sector de la sociedad, desde el punto de vista de la práctica fue un boomerang, porque en la envergadura de la esperanza de querer tener un fallo justo, dio lugar a una enorme frustración, al no poder hacer absolutamente nada con ese fallo. Y, en el medio, quedaban miles de parejas que podrían ver frustradas sus posibilidades de ser padres.

Entonces, si nosotros avanzábamos sobre todos esos temas, seguramente no íbamos a llegar siquiera al Artículo 1°. Por eso, utilizamos la fórmula de España, según la cual las cosas que no se pueden resolver, las tiene que resolver un comité de ética multidisciplinario, que esté a la altura de dos cosas: en principio, a la altura de saber que tiene que buscar puntos en común –no tratar de convencer al otro– y, en segundo término, a la altura de saber que estamos regulando una materia esencialmente modificable, como generalmente dicen los fallos que recogen los amparos a favor de las parejas. Estamos frente a una materia esencialmente modificable, porque lo que hasta hace un mes era una utopía, hoy es una realidad.

Otra realidad que quería transmitir es qué pasa en la Argentina. A mí me invitaron para hablar de los aspectos legales, y esto también es interesante. Se los voy a decir,

porque creo que ustedes tienen un rol fundamental en lo que sigue.

Yo me llevo muy mal con las computadoras y, por supuesto, mucho peor con los Power Point, aunque reconozco que son mucho más eficaces para dar a entender lo que uno dice. Pero lo cierto es que yo me llevo espantosamente mal con todo eso. Recién veía a la doctora Luna, muy gráfica, explicando a través de las diapositivas –el hecho de llamarlas así denota un poco mi formación–; y pensaba: si yo tuviera que ejemplificar desde el punto de vista legal qué pasa en la Argentina con la reproducción asistida, lo que pondría como ejemplo, para que no les quede ninguna duda, es el Nahuel Huapi, porque realmente es una laguna total y absoluta. Es más, estuve a punto de decirles a Santiago y a Roberto que mi charla iba a durar un minuto, porque si me piden que hable sobre los aspectos legales sobre la detección genética y preimplantatoria, no hay absolutamente nada. Por lo tanto, les agradezco que hayan venido, pero ésta es mi conclusión de la tesis doctoral.

De todas formas, no es que no haya absolutamente nada sobre esto; en realidad, en la Argentina no hay nada vigente sobre la reproducción asistida. Es una laguna jurídica, como decimos los abogados. ¿Y qué provoca esto? En realidad, quiero cargarlos de expectativas, porque al problema lo tienen que resolver en parte ustedes, y en parte nosotros, los legisladores.

Para que la charla no se agote en un solo minuto –porque no hay ley, y entonces se terminó–, diré que el problema es ponerse en el lugar del que tiene que reemplazar a la ley, es decir, quien tiene que resolver, a pesar de que no hay ley. Porque el problema sería muy fácil si no hubiera en la vida cotidiana necesidad de resolver algo nada más y nada menos que para ser padres, resolver una cuestión de una enfermedad hereditaria, etcétera. Eso existe, y hay alguien que –de acuerdo con lo establecido en la Constitución– tiene que resolver, a pesar de que tiene al “Nahuel Huapi” como marco jurídico. Me estoy refiriendo a los jueces. Y los jueces, en este tema, tienen infinidad de problemas.

Voy a citar un ejemplo para que podamos entender lo que ocurre cuando a un juez se le plantea una cuestión vinculada con la reproducción asistida. Se trata de un ejemplo bien práctico: un fallo reciente de la Cámara en lo Contencioso de La Plata, donde se pedía la cobertura del diagnóstico genético a una obra social, como una práctica necesaria para poder curar una enfermedad que se le había detectado a un hermano ya nacido. Entonces, se necesitaba realizar la práctica *in vitro* para poder hacer el diagnóstico genético y así intentar curar la enfermedad del hermano vivo.

Eso llegó a la Cámara en lo Contencioso. Cuando el juez tiene que resolver casos como éste, por obligación tiene que respetar lo que los abogados llamamos un plexo normativo: es decir, de algún lado debe sacar la solución

y buscar algún fundamento legal para resolver el caso. ¿Cuál es la ley concreta que debe aplicarse a ese caso? La ley concreta es la sentencia, que para ese caso va a ser una ley, pero sólo para ese caso.

En realidad, uno debería buscar la solución en la Constitución Nacional, y poder encontrarla allí, claramente. Ahora bien, a la Constitución Nacional le tiene que sumar lo que por suerte nuestra Argentina ha incorporado, que son los distintos tratados internacionales, que tienen la misma jerarquía que la Constitución. Ustedes podrán decir: bueno, si la solución está en la Constitución, es muy fácil. Pero no es fácil. ¿Por qué? Porque se da la colisión de derechos. Y quiero llegar a esto, porque tiene mucho que ver con el tema que se plantea en el panel.

Cuando se trata de un tema de fertilidad asistida, colisionan varios derechos. El primero de ellos es el derecho a la vida; el segundo, es el derecho a la salud; y el tercero, el derecho a la procreación. Algunos fallos están hablando del derecho a formar una familia, no sólo a cuidar el bienestar de una familia. Algunos jueces comenzaron a hablar de que todo ciudadano tiene derecho a que el Estado lo ayude, no a mantener a su familia, sino a formarla. Éste tal vez sea uno de los fundamentos más audaces desde el punto de vista jurídico, que ha servido de fundamento de los amparos favorables a los tratamientos de fertilidad asistida.

Además de eso, existen principios generales del derecho, que en muchos casos tienen una jerarquía importante, como por ejemplo el que dice que todo lo que no está prohibido está permitido. Fíjense ustedes cuántos derechos constitucionales –o sea, los de mayor rango– y qué principios funcionan y deben resolverse en un único caso. En ese momento, al juez le empieza a colisionar lo que nos colisiona a todos: sus propias concepciones filosóficas, sus propios prejuicios, así como también la influencia por la presión social o mediática que pueda tener su fallo. Y eso lleva a lo que sucede hoy en la Argentina, y por eso digo que la situación es grave.

Un ciudadano argentino que plantea a un juez una cuestión que no está resuelta por la ley, debido a la ausencia de ley, debe saber que su resultado depende directamente del juez que lo toque. Y eso es tremendo. Si bien no tiene tanta repercusión social, es un escándalo jurídico. No puede ser que, ante igualdad de circunstancias, una pareja tenga la posibilidad de que se le cubra un tratamiento de fertilidad asistida o un tratamiento donde se le autoriza el diagnóstico genético porque le tocó un juez determinado; y que, si lo hubiese intentado el mes anterior, le tocaba otro juez, y tal vez el otro juez, por sus acepciones personales –que no las puede dejar de lado y las impregna en las sentencias–, dictaba una sentencia por la cual la pareja se quedaba sin el derecho a la posibilidad de curar a un hijo o de tenerlo, por citar esta situación, entre otras tantas.

Ésa es la situación que hoy tiene la Argentina. Es una situación delicada, porque si uno lo pudiera cuantificar

–ustedes lo deben saber mucho mejor que yo–, entre un 10 y un 15 por ciento de las parejas en edad fértil pueden tener problemas para la concepción natural. Por lo tanto, estamos hablando de un 10 ó un 15 por ciento de los ciudadanos argentinos en edad de procrear que están hoy expuestos a cuestiones totalmente aleatorias, que no tienen nada que ver con el derecho que se les pretende resguardar.

Ésa es la consecuencia directa e inmediata de que en la Argentina no exista un marco regulatorio serio.

Ahora bien, ustedes podrán decir que estoy dando un diagnóstico espantoso. Pero yo prefiero decir la verdad, porque me parece que es la mejor forma de buscar la solución. Ciertamente, hay soluciones; en verdad, yo no lo había pensado, pero la charla del doctor Aníbal Acosta y lo que ustedes están haciendo me hace reflexionar y mucho, y aquí va la responsabilidad que tienen ustedes. En verdad, los legisladores somos producto de la sociedad. No salimos de un repollo, sino que somos los emergentes de la sociedad argentina, con las ventajas y desventajas que tiene esa sociedad. Y con respecto a temas tan importantes y trascendentes, también los legisladores tenemos distintas posiciones.

Lo que sucede –y esto sí se los digo como un dato político; no partidario, pero sí político– es que la causa principal por la cual no se sancionó una ley nacional tiene que ver con el profundo desconocimiento del tema del que se está hablando. Cuando uno desconoce un tema, por temor a equivocarse, no avanza. O bien por temor a equivocarse y a la repercusión del error de una decisión, prefiere frenar. Respecto de lo que sigue, en el fondo –y para no aburrirlos–, tengo una visión optimista, porque la fertilidad asistida, hoy producto de la ley de la Provincia de Buenos Aires, ha trascendido la individualidad de los afectados. Creo que ya está en la agenda pública debido a esta ley de la Provincia de Buenos Aires, pero también está en la agenda mediática.

En segundo lugar, si quienes están especializados en esto, que son ustedes, pudiesen desarrollar un código de ética lo suficientemente consensuado y profundo, nos obligarían a los legisladores a empezar una carrera con los primeros cien metros ya corridos; y pasar del Duna a un Ford Focus. Estaríamos más cerca, porque habría temas que no tendríamos casi derecho a discutir, porque ya lo habrán hecho los que saben, es decir, los que llevan treinta años desarrollando esta práctica. Por ejemplo, la regulación de la actividad de la abogacía es varios siglos posterior al desarrollo del Código de Ética de la profesión de abogado; y el ejercicio legal de la profesión de abogado tiene como base mínima el funcionamiento ético de la función de abogado.

Por lo tanto, quienes tienen el consenso científico del desarrollo de la técnica de la fertilidad asistida deben desarrollar un consenso mínimo en materia ética, que será la base necesaria –tal vez no suficiente– para que la Ar-

gentina tenga en el corto plazo una ley de reproducción asistida, con un criterio de movilidad que creo que es imprescindible, y que les permita a ustedes seguir desarrollando su ciencia.

No los quiero aburrir, pero les podría leer textualmente la legislación de España, que es la más avanzada. Sin embargo, rescato que permite la detección genética en los pre embriones, principalmente, para el caso de detección de enfermedades graves o hereditarias. En el caso de que no exista viabilidad de los embriones, hay una “ventanita” para seguir avanzando en la medida que el Comité Ético de Fertilidad Asistida así lo autorice.

Por otro lado, el fallo que les reseñé de la ciudad de La Plata resolvió favorablemente a la obligación de cobertura, entendiendo que no se utilizaba al

pre-embrión como un medio. La sentencia, además, ordena el tratamiento, siempre que no afecte la viabilidad del embrión utilizado y sirva, científicamente probado, para la curación de la enfermedad del hermano vivo.

Los temas que hoy estamos discutiendo desde el punto de vista jurídico

–y quiero tratar de abocarme a lo que me pidieron– en materia de fertilidad asistida es jurisprudencia, porque la única ley de cobertura integral es la de la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, no significa que sea “la ley” de reproducción asistida. Por lo tanto, si hablamos de qué es lo que rige, uno debería expresarse como lo hacen los norteamericanos: “La ley no es lo que la ley dice, sino lo que los jueces dicen que la ley dice”. Los jueces en la Argentina, por poner una fecha, desde hace seis años a esta parte se están volcando mayoritariamente a una apertura interesantísima en materia de fertilización asistida, a tal punto que el Presidente de la Corte Suprema actual está hablando de un concepto de persona desde la implantación del embrión en el útero, y no antes. Esa postura de un miembro de la Corte hace quince años era absolutamente impensable.

Entonces, si tengo que avanzar como lo hacen quienes estudian Derecho Internacional, o lo que se llama el Derecho Progresivo, y pensar hacia dónde va el derecho y –más concretamente, audaz e irresponsable– hacia dónde va el derecho de Argentina, debería tomar como base lo que ha pasado con la última jurisprudencia, y tengo que decir que es una ley similar en espíritu a la de España. No va a ser una ley restrictiva, como la de Alemania o Italia, porque los jueces están “corriendo” bastante cerca de la Ferrari. Éste es un aliciente importantísimo para obligar a los actores políticos a sancionar una ley.

Además –y esto lo digo como experiencia personal–, hay un elemento que funcionará como catalizador para avanzar en una norma. Se trata de la difusión que hay con cada nuevo embarazo como producto de las técnicas de fertilidad asistida, o de que hay un niño sano como producto de técnicas de fertilidad asistida. Ésa es la mejor propaganda

y el mejor sustento de legitimidad para que la Argentina se ponga a la altura de donde debería estar.

Muchas gracias.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias Dr. Feliú. Tiene la palabra la Doctora Luna.

Dra. Luna.- Quiero agregar algo en relación con lo que dijo el doctor. Quizás mi postura tenga que ver con llevarlos al límite. Al respecto, pensaba por qué no disintimos demasiado.

Hace unos quince días asistí a una reunión sobre la investigación. Éste es un tema que yo trabajo mucho y hace unos diez o quince años que estoy trabajando en temas de investigación y sobre la ética de la investigación. Recuerdo que unos de los primeros planteos que hice tenían que ver con la necesidad de que hubiera un fondo que se cobrara para que se volviera a reinvertir en investigación en el país. Esta idea me parecía que era imposible de lograr, por la dificultad de conseguir que las compañías farmacéuticas, que hacen muchísima investigación en el país, aceptaran. Sin embargo, se acaba de implementar una ley en la Ciudad de Buenos Aires sobre investigación. Es decir, hay un 20 por ciento de lo que se gasta en la investigación que tiene que volver a la carrera del investigador para que fomente la investigación nacional. Esto tiene que ver sólo con la Ciudad de Buenos Aires, pero a veces (y por eso también les di el ejemplo de Irán) hay cuestiones que parecen imposibles y utópicas, pero que se pueden lograr; es cuestión de animarse.

Me parece que la visión tiene que ser total e integral res-

pecto del tema. Además, creo estamos frente a una tendencia internacional. Por ejemplo, les decía que colaboré en este juicio en el que Costa Rica está fuertemente cuestionada porque prácticamente ha prohibido toda la reproducción asistida. En realidad, como decía el doctor, hay derechos humanos involucrados para defender y para estar en contra de la situación que promueve Costa Rica. Principalmente, podemos mencionar la violación al derecho de formar una familia, la violación al derecho de la intimidad, la violación a la no discriminación, la violación al derecho de la salud y la violación del derecho de gozar de los beneficios del progreso científico. Esto era impensable antes.

En ese sentido, uno percibe una mirada muy sesgada en la que por un lado –por eso, les decía cuáles son los aliados– las feministas están en contra de muchas de estas prácticas en lugar de buscar una visión más consensuada, en la que haya una visión más coherente y uno no tenga tantos frentes. El punto es: ¿por qué no pensar de una manera más coherente, más transparente de todas estas prácticas, para lograr una visión más integral y más coherente? El derecho a la reproducción es tanto para tener un hijo como para no tenerlo, y también para poder acceder a un aborto legal y seguro o a una técnica de reproducción asistida. Es lo mismo, están en el mismo espectro. Corresponde a la posibilidad de tener un hijo cuando se desea tenerlo. Me parece que eso es lo que está en juego, pero a veces hay miradas demasiado particulares y sesgadas que terminan jugando en contra.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias Florencia.

CUESTIONARIO Y VOTACION

CONDUCTAS REFERIDAS AL PRE-EMBRIÓN HUMANO IN VITRO

Continuación

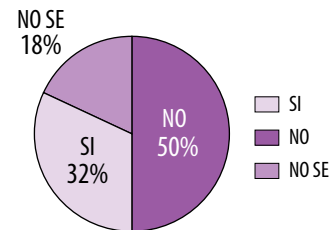
- 10 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- La idea es terminar con el cuestionario que habíamos comenzado con esta pregunta polémica acerca de la embrioreducción, para después seguir con las preguntas referentes al diagnóstico preimplantatorio y el debate respectivo.

Entonces, corresponde votar nuevamente la pregunta número 10:

¿Está de acuerdo con la embrioreducción en los casos de embarazos múltiples originados por FIV/ICSI?

Se va a votar nuevamente.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 32% votó por el sí, y el 50% por el no, y el 18% restante no sé. Recuerden que estamos considerando las conductas referidas al embrión humano, y una de las conductas de la que íbamos a hablar era la donación.

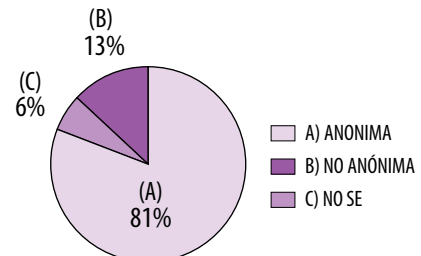
- 11 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 11:

Si usted piensa que la donación de pre-embriones humanos in vitro es correcta, cree que debe ser: anónima, no anónima o no sabe.

Ya dijimos que la palabra "lícito" tal vez sea una palabra equivocada.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

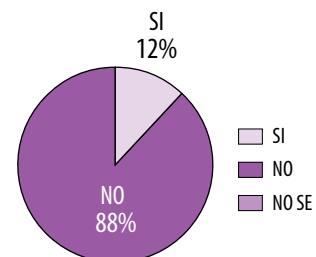


- 12 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Ahora, sólo para aquellos pocos que votaron que la donación no debe ser anónima. Corresponde pasar a votar la siguiente pregunta, la número 12:

Si usted piensa que la donación de pre-embriones humanos in vitro no debe ser anónima, ¿piensa que debe permitirse la donación de pre-embriones humanos in vitro entre familiares?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



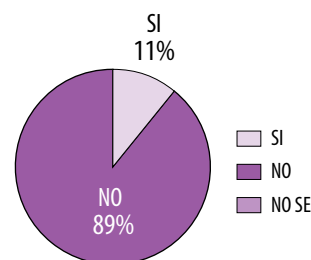
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Claramente, la mayoría opina que no debe ser entre familiares, pero hay un 12 por ciento que piensa que es correcto que sea la hermana o la tía.

13 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Para los que votaron que podría no ser anónima ni entre familiares pasamos a votar al pregunta número 13:

Si usted opina que la donación de pre-embriónes humanos in vitro no debe ser anónima, ¿piensa que debe permitirse la donación de pre-embriónes humanos entre amigos o conocidos?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



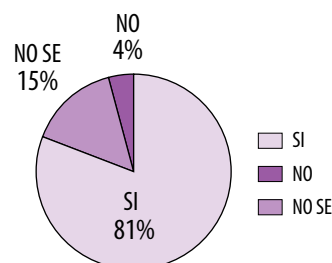
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Debemos tener en cuenta que hay culturas diferentes. lugares en que no son iguales. Por ejemplo, con la idiosincrasia Finlandesa posiblemente no importe que sean amigos.

14 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 14:

¿Piensa usted que es un derecho del niño saber que ha sido concebido mediante la donación de pre-embriónes humanos in vitro?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

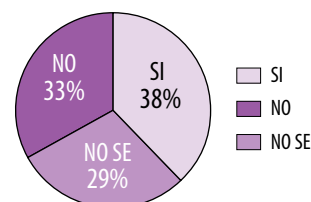


15 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 15:

¿Piensa usted que es un derecho del niño concebido mediante la donación de pre-embriónes humanos in vitro, conocer la identidad de los donantes? Es decir, no sólo saber que es producto de una donación, sino saber quién fue la persona donante.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sería muy complicado para nuestra idiosincrasia que los niños tuvieran derecho a conocer la identidad de los donantes, porque de esa manera disminuiría drásticamente en numero de donantes, tal como ocurrió en Inglaterra.

Dr. Bisioli.- Eso no tiene nada que ver.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Está bien, lo quería remarcar.

Dr. Bisioli.- El acceso a la identidad genética es un derecho universal de cualquier persona. Por supuesto, hay diferentes opiniones. O tal vez lo puedo hacer libremente, pero la legislación establece otra cosa.

El concepto por el cual se hace una ley no puede depender de si vamos a conseguir donantes o no. Es absolutamente independiente.

El acceso a la identidad genética, no sé si acá está legislado, pero es algo que se reconoce como un derecho universal de cualquier persona. Es decir, tengo derecho a conocer quiénes fueron mis padres genéticos, aunque no hayan sido los que me criaron.

Dr. Parera Deniz.- Es un derecho implícito de otros ante el derecho a la identidad.

Dr. Bisioli.- Acá hay jurisprudencia de sobra.

Dr. Parera Deniz.- Hace muy poco tiempo, Inglaterra modificó la ley obligando a que las identidades de los donantes fueran públicas. Eso está provocando una migración reproductiva en Europa.

Dr. Bisioli.- Eso es otra cosa. Es pasar de la intimidad de la relación entre dos personas, aunque no haya ningún tipo de relación, a que se haga público.

Dr. Parera Deniz.- En España, un chico de determinada edad tiene derecho a saber que es producto de la donación y solamente tiene derecho a conocer datos generales del donante. No habla de la identidad particular. Hubo un gran debate sobre lo que debe entenderse por datos generales. El Pacto de San José de Costa Rica, en general, defiende la vida desde la concepción. En el término “general” está el gran arbitrio judicial. No se sabe bien qué debe entenderse por “derecho a conocer los datos generales”. Se apunta a que no se conozca el nombre y apellido.

Dra. Luna.- Igualmente, parece totalmente fuera de época que no se puedan conocer los datos genéticos, porque vamos hacia un mundo en el que cada vez más se obtiene más información genética. En este aspecto, el anonimato plantea ciertos problemas. En cuanto a los chicos que se están concibiendo ahora, es probable que dentro de 20 años, cuando entren en un hospital, les hagan un test genético con todas las marcaciones.

De hecho, ya hay estudios privados en Internet. Tengan cuidado con esto.

Dra. Rolando.- En el dictamen de mayoría que salió en diciembre de la Comisión de Salud se trata de una ley muy amplia, que cubre todas las necesidades de los pacientes, ya sea congelación o donación, y regula específicamente el derecho a conocer la identidad de los donantes, ya sea por donación de semen, de óvulos o de embriones.

Dr. Beltramone.- Respecto de este tema, mientras haya una donante, hay tres actores: quien dona, la pareja receptora y el potencial niño, es decir, el producto de ese tratamiento.

Hay conflictos de intereses y de derecho, porque el donante probablemente tenga derecho a permanecer en el anonimato, como también el niño tenga derecho a su identidad genética. Probablemente, ése sea el tema a discutir y a resolver. El conocimiento de la identidad genética implica saber personalmente quién es la persona, por cuestiones generales, en cuanto a la salud. Porque es padre quien permitió la existencia de esa persona, pero también quien actuó como padre, por más que no se trate de su gameta. Es el padre porque su deseo permitió que existiera ese niño. Es indiscutible el derecho a la identidad genética, siempre y cuando no menoscabe el derecho al anonimato de quien dona.

Por eso, no desconozco que el tema es delicado, pero hay que discutirlo claramente.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- En el plan de conseguir mayor protección para los derechos del niño, ¿vamos a conseguir menos? Si el niño tiene derecho a conocer la identidad del donante, lo más probable es que en unos años no haya donantes. En conclusión, el más perjudicado sería el niño, porque no va a existir.

La identidad genética interesa, por si hay enfermedades; otra cosa es conocer a la persona, es decir, si se llama Juan Pérez; además, no sé si esa persona tiene interés en ser conocida por el producto de la donación o sea su descendiente. Justamente, no sea que terminemos perjudicando al niño por defender sus derechos.

Dr. F. Neuspiller.- Dirijo una clínica española en la Argentina que se llama Instituto Valenciano de Infertilidad. Particularmente, en España estas clínicas les ofrecen a las madres de hijos generados por donación de gametas realizar un carnet, que se llama DNI Genético. Ese carnet alberga un chip del cual se puede obtener muchísima información genética con un micro array. Esto acorta esa distancia y se pone en el medio para conocer la identidad del donante y los riesgos genéticos que podría padecer ese niño nacido como producto de la donación de gametas.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Edgardo Rolla.

Dr. Rolla.- La condición de derechos que se mencionó aquí me pareció muy lúcida.

Quiero decir que puede existir el derecho del donante a conocer la identidad de su descendiente y esto puede traer conflictos patrimoniales, por ejemplo, en casos de herencia. Podría ocurrir con chicos nacidos en familias ricas y donantes pobres. La experiencia del no anonimato de los dinamarqueses y suecos perjudicó esta práctica, porque desaparecieron los donantes. Y es lógico que eso ocurra. También podrían desaparecer los que quieran recibir gametas donadas, por miedo a demandas de herencias o a requerimientos patrimoniales.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Continuamos con la próxima pregunta.

16

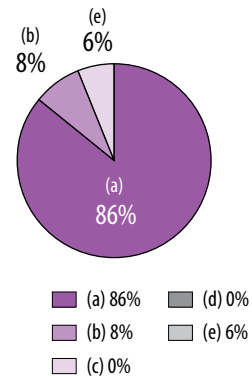
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 16:

¿Cuál debe ser el límite de edad de la mujer receptora de pre-embriones humanos in vitro donados? Las opciones son las siguientes:

a) Menor de 50 años; b) Menor de 55 años; c) Menor de 60 años; d) No debería haber límite de edad; e) Ninguna de las anteriores; importa la salud psico-física.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sigue vigente la propuesta que la receptora no supere los 50 años. Esto merece una reflexión: Hoy, la mujer de 50 años es igual a la de muchos años atrás?

Dra. Mata.- Voté que el límite sea de 50 años, no porque esté pensando que una mujer de 50 años sea vieja, sino porque un chico de 18 años tiene derecho de tener una madre de menos de 80 años. Creo que un adolescente no tiene la madurez mental ni económica para hacerse cargo de unos padres viejos. Ésta es la realidad, y nos pasa a todos. Debemos mantener a nuestros padres y colocarlos en un geriátrico, con todo el dolor del alma.

Dra. Luna.- ¿También fijan un límite de edad para la donación de espermatozoides? Tenemos a Menem que, muy campante, a los 74 años tuvo un hijo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- La intención de este simposio es que esto algún día termine en un Código de Ética. Todos hemos tenido en consulta a alguna mujer de 52 años que está mucho mejor, física y psíquicamente, que una mujer de 45 años. No sería más acertado el criterio de la salud psico-física que el de la edad?

Dra. Jadur.- Biológicamente, se pasó bastante en edad.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Reproductivamente?

Dra. Jadur.- Sí.

Pero, ¿cuáles son los criterios de rigidez o de flexibilidad que uno aplica entre el interlocutor y el paciente que tiene enfrente? Es verdad que uno actúa situacionalmente, sobre la base de ciertos lineamientos. Si se le pasó la edad, es porque realmente hay una serie de cuestiones. Hoy por hoy, vivimos en una sociedad en la que nuestro desafío como agentes de salud física y psíquica es promover y dar información de estas técnicas y sobre cuándo devienen, a partir de las posibilidades que ofrece la biología, tanto a varones como a mujeres. Varias veces nos encontraremos con situaciones en las que nos dé lástima, o no; si bien hay que tener un criterio flexible, la biología manda.

Dra. Gallo.- No quiero decir que las mujeres de 50 años no tengan “pilas”, pero a las mujeres de más de 50 años, en primer lugar, se les acaba la paciencia para criar un chico. Es una opinión personal.

En segundo lugar, realmente me parece que es una posición egoísta en una mujer de 60 años querer tener un chico, porque hay que pensar un poco en el hijo por venir. Una mujer que ahora tiene 60 años puede dejar huérfano a un chico de 18...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Está bien. Igualmente, hablábamos de ser un poco más flexibles.

Tiene la palabra José Ordoñez.

Dr. Ordoñez.- Lo que quería decir es que el último ítem, que habla de la importancia de la salud psico-física, es importante. Porque no solamente interesa la edad que va a tener la mujer para criar ese chico, si no también si va a soportar bien el embarazo; digo esto porque sabemos que hay más riesgo cardiovascular, pre-eclampsia, eclampsia y también más riesgo de mortalidad materna. Entonces, en vez de solucionar un problema, por ahí traemos al mundo un chico huérfano, que después no va a tener madre.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el señor Beltramone.

Dr. Beltramone.- La diferencia cuando uno actúa frente a una donación de gametas, sea cual fuere, con respecto a la fertilización in vitro, es que la responsabilidad de uno como profesional no termina en el acto del embarazo de la paciente; por el contrario, queda “pegado” toda la vida. Y eso es lo que uno tiene que pensar. En Estados Unidos el límite de edad es de 50 años, y en algunos centros es de 47. Y estamos hablando de un país que está mucho más avanzado que el nuestro, donde calculo que las mujeres de 47 años tienen mayor índice de supervivencia que las de nuestro país.

- *Murmullos y manifestaciones en la Sala.*

Dr. Beltramone.- La realidad parte desde el punto de vista de la posibilidad de manutención de ese chico a lo largo de la vida. No se trata de que la mujer logre el embarazo y se acabó la historia.

- *Murmullos y manifestaciones en la Sala.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- En realidad, no estábamos buscando un consenso. La idea era que pensáramos, y que no nos atengamos siempre a lo que pensábamos hace diez años, sino que nos demos cuenta de que podemos llegar a cambiar.

Tiene la palabra Silvia Jadur.

Dra. Jadur.- En relación con la edad de los padres, es decir, de las personas que desean ser padre y madre, la cuestión se vincula fundamentalmente con lo que le va a pasar a ese niño. Tenemos que empezar a pensar en ese futuro niño, en qué situaciones va a estar creciendo y se va a desarrollar como persona humana. Me parece que sí es importante hacer hincapié en estos temas, con respecto a la identidad y a la edad de los genitores.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Edgardo Rolla.

Dr. Rolla.- No leí todo el cuestionario, pero si vamos a elaborar alguna norma ética, yo incluiría también la edad del papá.

- *Murmullos y manifestaciones en la Sala.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Justamente, ya sabemos que los hombres tenemos otra resistencia, pero igual algunos también nos ponemos viejos... *(Risas.)*

- *Murmullos y manifestaciones en la Sala.*

17

Sr. Director (Brugo Olmedo).- En realidad, parece que hubo un “subconsciente machista”, porque las opciones que plantea la pregunta respecto de los hombres son diferentes de las que figuraban respecto de las mujeres. Vamos a hacer que queden iguales, a partir de menores de 50 años.

Por lo tanto, la pregunta sería la siguiente:

¿Cuál debe ser el límite de edad del varón receptor de pre-embriones humanos in vitro donados?

1) Menor de 50 años; 2) Menor de 55 años; 3) Menor de 60 años; 4) No debería haber límite de edad; 5) Ninguna de las anteriores; importa la salud psico-física.

Se va a votar.

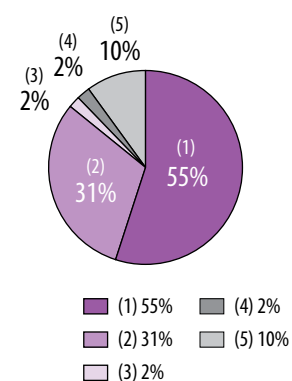
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Florencia Luna.

Dra. Luna.- Perdón, pero tal vez hubiéramos tenido que considerar las posibilidades de edades discordantes. Quizás la madre es más joven, o al revés. Siempre va a haber uno que es más joven y se puede hacer cargo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Efectivamente, es una pregunta bastante lógica, porque tenemos casos de parejas formadas por una mujer de 44 y un varón de 30...

Dra. Luna.- Claro, quizás el padre se puede hacer cargo, o viceversa.

- El resultado de la votación es el siguiente:



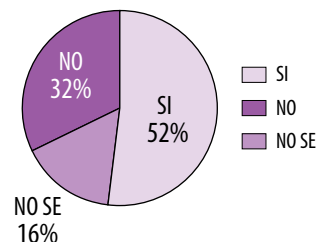
18 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 18:

¿Piensa usted que debería permitirse la donación de pre-embriones humanos in vitro a parejas lesbianas?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Ese resultado debería ser parecido al de la votación sobre donación de óvulos o de semen.

- El resultado de la votación es el siguiente:



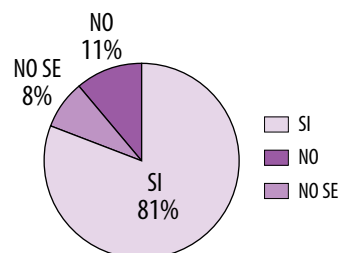
19 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 19:

¿Debería permitirse la donación de pre-embriones humanos in vitro a mujeres solas?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- A mujeres solas, sí; lesbianas, no tanto. Si pensamos en los niños indudablemente no es lo mismo.

- El resultado de la votación es el siguiente:



20 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 20:

¿Las parejas donantes de pre-embriones humanos in vitro deben ser evaluadas y asesoradas psicológicamente?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Carlos Morente.

Dr. Morente.- En el caso de una pareja que se embarazó y tiene embriones congelados, pero decide donarlos, ¿vamos a subordinar esa donación a la evaluación psicológica?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sería bueno estar seguros de que esa gente sabe qué es lo que está por hacer.

Dr. Morente.- Distinto sería el caso como donante puro, pero la pareja que satisfizo su necesidad de paternidad y tiene embriones excedentes que desea donar, pienso que podría donarlos sin necesidad de una evaluación psicológica previa.

- *Murmullos en la Sala.*

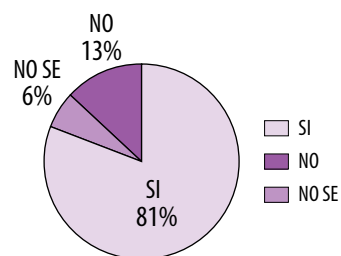
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Edgardo Andreatta.

Dr. Andreatta.- Todos tenemos la experiencia de embriones criopreservados de parejas que satisficieron su deseo de paternidad, pero que cuando les preguntás no saben qué quieren hacer. Por eso los siguen teniendo y se niegan a una evaluación psicológica.

Así, nosotros seguimos teniendo “pueblos” enteros (como dijo una vez un cura) criopreservados que sabemos que no van a tener un destino razonable. Por lo tanto, creo que sí es necesaria una evaluación psicológica.

Tenemos que acostumbrarnos a que la psicología nos ayuda. Yo soy médico, pero estoy convencido de eso. A veces encauza ideas que ni siquiera nos habíamos planteado. Yo he mandado pacientes por ovodonación (de hecho, lo hago de rutina) para que pasaran por el gabinete de Psicología, y en varios casos volvieron con una opinión diferente de la que habían previsto aunque les parecía que ya tenían todo resuelto. Luego me pidieron tiempo para pensar lo que iban a encarar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Obviamente, es algo que nos cuesta. De hecho en la práctica de todos los días tenemos un volumen de trabajo que por ahí nos distrae, y sólo nos abocamos a las cosas del día a día. Pero la vida sigue y las parejas después vienen con replanteos. Creo que a todos nos habrá pasado. Hay parejas que, luego de hacer el tratamiento, después vienen a decirnos que se van a divorciar, que no estaban tan seguros, que se equivocaron al pensar que ese hijo tan buscado les iba a resolver los problemas...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Gracias Edgardo.

Tiene la palabra Silvia Jadur.

Dra. Jadur.- Hay otra cosa. Y voy a pasar un “chivo”, que tiene que ver con un artículo que hemos publicado en la revista de SAMeR, justamente, sobre los efectos emocionales de la pre-transferencia de embriones criopreservados y qué hacer con los embriones criopreservados una vez que se ha conseguido el embarazo. Realmente, es una situación compleja y dilemática que se da en todos los sectores.

Hay muchos artículos escritos (incluso, de bioeticistas europeos), donde se habla que en momentos de decisión realmente se necesita un tratamiento psicológico, sobre todo para aceptar la donación, donarlos para otras parejas o darlos directamente para investigación. Hay distintas posibilidades y creo que a eso hay que contemplarlo. Hay mucha bibliografía al respecto y creo que por ahí sería bueno acercarnos a ella.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Me parece que hay muchas preguntas y dudas sobre esta cuestión, pero en verdad quedan muchísimas preguntas más. De todos modos, el 80 por ciento de nosotros piensa que es bueno que haya un psicólogo así que me parece que podríamos pasar a otra pregunta. Disculpen pero es que si no avanzamos no vamos a llegar a completar el cuestionario.

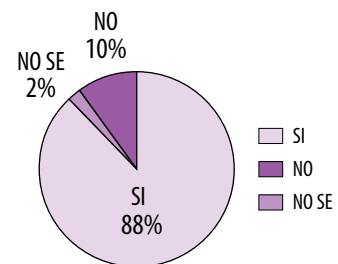
21

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 21:

¿Las parejas receptoras de pre-embiones humanos in vitro deben ser evaluadas y asesoradas psicológicamente?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la licenciada Rut Willner.

Dra. Willner.- Personalmente yo haría una moción para cambiar parte de la consigna, porque la palabra “evaluación” es un tanto persecutoria. En definitiva, cuando evaluamos recabamos información para tomar decisiones. Y yo creo que en este contexto, la decisión que pudiéramos tomar como psicólogos no debiera ser vinculante. Podrá ser una indicación, o una sugerencia de desaconsejar la transferencia de los pre-embiones congelados a las parejas. Pero nada más.

No sé si está claro, pero pienso que la pregunta debería apuntar a saber si tendrían que recibir asesoramiento psicológico como para que, de alguna manera...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No es esa la intención. Es sencillo: estoy delante de la pareja que consiguió su embarazo in vitro, congeló embriones, firmó una fórmula que dice que los dona pero, cuando los llamo tres años después, comienzan a dudar.

Creo que el consejo del psicólogo en general es vinculante. Para eso están ustedes, los psicólogos, justamente.

Dra. Willner.- Creo que en definitiva, no deberíamos ser los únicos que decidiéramos, sino que deberíamos hacerlo en conjunto con la pareja o con el paciente que consulta. Si no, estamos generando, entre otras cosas, un “fantasma persecutorio” entre los pacientes.

Dr. Coco.- Se me hace muy difícil pensar que uno accedería a un tratamiento para obtener embriones que potencialmente van a ser donados a otra familia. Me parece que es muy injusta la posibilidad de tratarla incluso cuando están consultando los pacientes para tener su propio hijo.

Acá, la pregunta es si esas parejas quisieran tener hijos fuera de sus senos familiares, y después se agrava porque si esas parejas consiguen hijos, van a tener hermanos en otra familia. Yo lo veo mal, sobre todo, porque la mayoría de los centros que hacen fertilización in vitro son privados y los pacientes pagan por ese servicio.

Entonces, me parece perfecto que si hay embriones congelados o abandonados se tome una decisión acerca de lo que se podría hacer con ellos. Obviamente, hay que actualizar ese consentimiento, porque no es lo mismo cuando la pareja viene buscando ayuda para tener un hijo...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es totalmente diferente.

Dr. Baccini.- ¿Por qué tiene que ser evaluación psicológica o asesoramiento y no puede ser información adecuada y decisión libre de esa pareja? ¿Por qué necesitan asesoramiento psicológico para tomar una decisión adulta, si la información que tienen es amplia y detallada y saben que esos hijos genéticos estarán en la misma ciudad?

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Silencio, por favor.

Dr. Coco.- Respecto a la pregunta número veinte, nos podemos sincerar?. Teniendo en cuenta que la mayoría de los Institutos hace embrio-donación o tiene programas de embriodonación, se debería hablar de los embriones congelados abandonados o de la creación de embriones específicamente para la pareja que lo solicita? Me parece que estamos algo confundidos. Nosotros no podemos atribuirnos la facultad de darlos a determinadas parejas, es más nosotros en Buenos Aires no lo podríamos hacer gracias a Ravinovich, pero si podemos originar embriones a partir de donantes anónimos o no.

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Dr. Neuspiller.- Personalmente, en mi clínica se ofrecen las dos alternativas, sabiendo que una es más barata y la otra es más cara. La diferencia es que tengo una clínica muy nueva, que tiene tres años; por lo tanto, casi no tengo embriones remanentes. Entonces, la mayoría de las embrio-donaciones son “a la carta”.

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Silencio por favor.

En realidad, estamos hablando de embriones congelados y abandonados. Es cierto, y creo que eso está en la experiencia de todos; cuando el paciente llega por primera vez firma que si sobran embriones, los va a donar. Pero cuando llega el momento es distinto, sobre todo cuando se los llama después de cuatro años y se les dice que tenemos candidatos para sus embriones. Nuestra experiencia es que el 90 por ciento de las parejas, y no menos de ese porcentaje, nos dice que no, y deciden continuar pagando el mantenimiento.

Dra. Kopcow.- No me queda claro si un tratamiento en el cual la pareja no tiene óvulos ni espermatozoides, y se le propone hacer una ovodonación, más donación de semen, está considerado dentro de este grupo. Eso no es embriodonación. Embrio-donación es cuando ya hay un embrión formado por una pareja que lo dona.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Si tenes razon, esa opción es originar embriones.

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Silencio, por favor.

La pregunta se refiere a los congelados abandonados.

Dra. Kopcow.- Entonces, tienen que venir de embriones congelados o de alguna otra fuente. La otra fuente es la donación de óvulos más la donación de semen.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- La pregunta es: si tenemos embriones abandonados y estamos de acuerdo con la embrio-donación, ¿podrían provenir de este banco de embriones abandonados, o no?

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Dr. Rolla.- En vez de poner “estos deben” deberíamos poner “estos pueden”, porque es distinto. Si es “deben” significa que se están excluyendo otras opciones. Si ponemos que “pueden”, estamos abriendo el abanico.

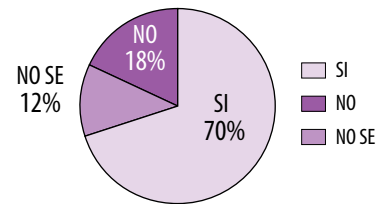
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Quizás en la pregunta siguiente donde dice deben cambiar por pueden.

22 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde votar la pregunta número 22:

Si está de acuerdo con la donación de pre-embriones humanos in vitro: ¿estos deben provenir de los pre-embriones humanos in vitro congelados abandonados por sus progenitores?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Veamos si la duda de Eduardo queda resuelta con la próxima pregunta.

23 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 23:

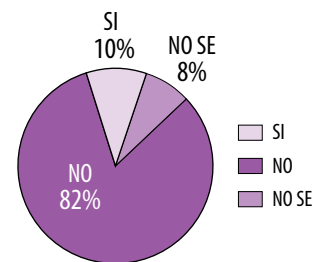
Si está de acuerdo con la donación de pre-embriones humanos in vitro, ¿estos pueden provenir de un banco de pre-embriones humanos creado para tal fin?

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- El "deben" podría implicar que en realidad yo estaría de acuerdo con las dos donaciones; entonces, voy a votar en las dos, aunque va a quedar como raro, porque es "deben". En verdad, lo que quizás suceda es que se superpongan los números cuando los analicemos y veamos que mucha gente que piensa que se pueden donar embriones abandonados también piensa que se puede originar embriones para esa pareja.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



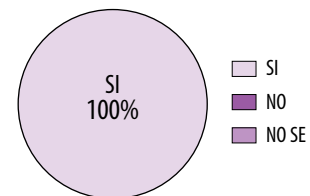
Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 82 por ciento dice que no.

24 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 24:

¿Está de acuerdo con la creación de un banco de espermatozoides?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

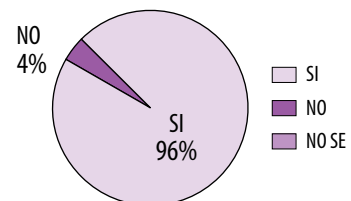


25 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 25:

¿Está de acuerdo con la creación de un banco de ovocitos?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Bisioli.

Dr. Bisioli.- Para mí, es muy interesante el resultado de la votación de la pregunta 21, que dice que si usted está de acuerdo con la donación, usaría embriones abandonados. Unos cuantos respondieron que no, pero después, en la siguiente, que pregunta si está de acuerdo y no quieren usar abandonados, contestaron que están de acuerdo con usar los originados ex profeso. Sólo quiero decir que me pareció interesante. No están de acuerdo con usar abandonados, pero sí con los diseñados a medida.

Dr. Parera Deniz.- Hoy en día, a mi juicio, la congelación de ovocitos no ha demostrado ser segura, como sí lo ha demostrado la congelación de semen. Mi respuesta tuvo que ver con eso.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Quiere decir que sería una cuestión técnica. Pero, filosóficamente hablando, probablemente estarías de acuerdo si la vitrificación fuese cien por ciento efectiva.

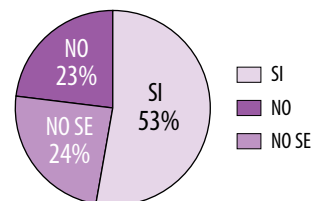
27 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta 27:

¿Está de acuerdo con el útero alquilado en una pareja heterosexual?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Acá nos vamos a encontrar con problemas legales. La doctora Silvani dice que mañana vamos a hablar sobre ese tema.

- El resultado de la votación es el siguiente:



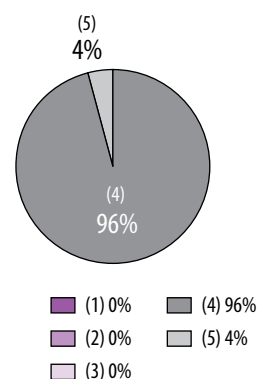
28 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 28:

Si la respuesta es sí, ¿en cuál de las siguientes situaciones?

1) Una mujer en edad reproductiva que perdió su útero pero conserva sus ovarios; 2) Una mujer que tiene serio riesgo de muerte si queda embarazada; 3) Una mujer que no desea portar un embarazo, pero quiere un hijo con sus óvulos. 4) En las situaciones 1) y 2); 5) En todas las situaciones.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



29 Sr. Director (Brugo Olmedo).- La pregunta 29 es igual a la 27.

Hubiera sido interesante conocer si la existencia de intercambio de dinero para llevar a cabo la subrogación, cambiaría la valoración ética de la práctica, o sea el porcentaje de la votación

30 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 30:

¿Está de acuerdo con el alquiler de útero en una pareja de hombres homosexuales?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 60 por ciento opina que no.

Dr. Ordoñez.- En la votación anterior me llamó la atención que para una mujer sola, sí; pero para una mujer en pareja, no; y, ahora, hombres no, teniendo una ley tan nueva y suponiendo que tenemos un deber científico.

Quiero hacer referencia a un informe de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva del año 2006, que expresa que todas las personas tienen el derecho natural a ser padre o madre y también el derecho a ser asistidos. Por lo tanto, ¿por qué no debiéramos atender a una pareja que quiere ser padre o madre?

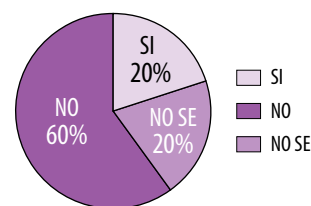
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tal vez haya diferencias para algunos de nosotros, en que el niño tenga mamá mamá y papá papá.

En el caso de una mamá sola, no hay problema, porque casi todos dijeron que sí.

Dr. Ordoñez.- En Estados Unidos hay 14 millones de niños nacidos en un núcleo familiar en el que uno de los integrantes de la pareja es homosexual, o bien son parejas homosexuales.

La Sociedad Norteamericana de Psicología y de Pediatría estudió que los chicos de parejas homosexuales tenían el mismo riesgo que cualquier otro chico en su desarrollo. Inclusive, tienen más beneficios, porque son más estimulados; pero eso es otra cosa.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Dra. Arzuaga.- Me pregunto si eso significaría que el 60 por ciento de los centros de fertilización –no sé si están todos representados aquí– no le prestaría el servicio a una pareja homosexual, ya sea de mujeres u hombres.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Aquí no están representados todos los centros de la Argentina, aunque sí hay muchos. Considero que debemos analizar la respuesta y conversarlo mucho más. Lamentablemente, no hay tiempo y es probable que la respuesta no sea la misma.

Dr. Coco.- Creo que a este tema lo vamos a tratar mañana. Hay que hacer la distinción entre las parejas de lesbianas y los varones homosexuales. El compromiso del centro es totalmente diferente.

La pareja de lesbianas consulta porque una de ellas quiere embarazarse con sus propios óvulos o con los de su pareja, y recurre a un banco de semen. El varón como no tiene útero, no puede embarazarse, entonces tiene que recurrir al alquiler de un útero. Estos temas los trataremos mañana. Si los consideramos ahora, nos vamos a extender y no vamos a terminar con este programa.

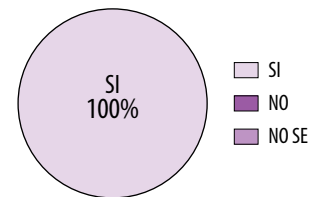
CUESTIONARIO Y VOTACION DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTATORIO

1 **Sr. Director (Cocco).-** Pasamos al punto del diagnóstico genético preimplantatorio. - El resultado de la votación es el siguiente:

Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 1:

¿Está de acuerdo con la técnica de diagnóstico genético preimplantatorio en pre-embiones humanos in vitro (PGD)?

Se va a votar.



2 **Sr. Director (Coco).-** Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 2:
¿Está de acuerdo con el descarte de los pre-embiones humanos in vitro anormales detectados por PGD?

Dr. Andreatta.- ¿El descarte no implica que sean para investigación?

Sr. Director (Coco).- Esa pregunta viene después.

Dra. Luna.- Se trata de no transferir y destruir.

Sr. Director (Coco).- Se va a votar.

- Esta votación será reconsiderada en la página 58.

Dr. Rolla.- Roberto: fui uno de los que votó por “no” al descarte, porque no estoy convencido del 100 por ciento de la eficacia de los métodos actuales, ni siquiera de los chips que todavía no están difundidos en nuestro medio.

Considero que hay un margen de error demasiado grande en el diagnóstico genético pre-implantacional como para condenar a un embrión al descarte sobre la base del método de FISH, con cuatro o cinco cromosomas.

Sr. Director (Coco).- Tenés razón. Deberíamos haber hecho una aclaración. Aquí estamos considerando al PGD como una alternativa de diagnóstico pre-natal, nada más que a nivel pre implantacional. Es decir, nos dirigimos a las parejas con riesgo aumentado para tener descendientes afectados.

Si uno analiza la literatura, los resultados son bastante halagüeños y la certeza diagnóstica es elevadísima, exactamente igual al diagnóstico pre-natal en el segundo trimestre del embarazo.

La pregunta estaba dirigida al PGD y no al PGS para selección del mejor embrión.

Dr. Neuspiller.- Voté igual que el doctor Rolla, porque hay algunos estudios (por ejemplo el PGD, y ya lo saben) en los que se evidencia el arreglo por trisomía, con lo cual me quedan dudas respecto de si el PGD con FISH es un método 100 por ciento eficiente como para decir que el embrión va mal..

Sr. Director (Coco).- Tomando los datos de los últimos ensayos clínicos controlados y randomizados publicados, tenemos que decir que el screening de aneuploidías para determinados cromosomas, así sean 5, 8, 12 ó 20, no aumenta la tasa de nacidos normales, incluso en algunos casos la disminuye. Sin embargo, para aprender eso tuvieron que transcurrir unos 10 años. La hipótesis de trabajo era buena, pero con la metodología empleada no se obtuvieron los resultados esperados.

Ahora, tenemos todas las pilas puestas en el Array del CGH, pensando que un cariotipado molecular será mucho mejor. Obviamente que es mucho más robusto que un test por FISH.

Dr. Neuspiller.- Entonces, a esta pregunta la tendríamos que hacer dentro de cinco años. Hoy, para mí, con el FISH...

Sr. Director (Coco).- No, porque era más general. Repito: no podemos desconocer los 10 mil ciclos del PGD que se realizaron por riesgo genético para enfermedades monogénicas. En realidad, la certeza diagnóstica es muy alta. En esos casos, obviamente, se originan embriones que son anormales y la pregunta que se formuló es saber si están de acuerdo o no con el descarte de los anormales.

Dr. Neuspiller.- La pregunta debiera ser para enfermedades monogénicas; no el PGD en general. Son cosas diferentes.

Sr. Director (Coco).- Lo otro es PGS de acuerdo con la nomenclatura internacional.

Dr. Neuspiller.- En eso tenés razón.

Dra. Kopicow.- Voy a ejemplificar. Tenemos una pareja que consulta por hemofilia. Y tenemos embriones diagnosticados con el gen de la hemofilia. ¿Los congelamos o los descartamos? ¿A esto apunta la pregunta?

Dr. Brugo Olmedo.- correcto doctora ¿se descarta o no?

Sr. Director (Coco).- Vamos a votar nuevamente

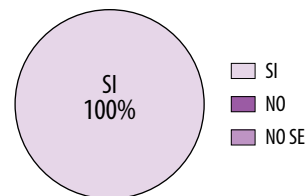
Reconsideración de la votación correspondiente a la Pregunta N° 2 del tercer cuestionario

Sr. Director (Coco).- Se va a votar nuevamente la pregunta número 2 del tercer cuestionario:

¿Está de acuerdo con el descarte de los pre-embryones humanos in vitro anormales detectados por PGD?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



3

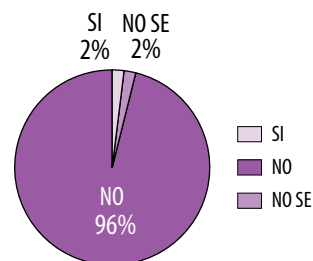
Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 3:

¿Piensa usted que los pre-embryones humanos in vitro diagnosticados como anormales mediante PGD deben ser transferidos?

a) Sí; b) No; c) No sé.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Coco).- Cabe destacar que la finalidad del diagnóstico preimplantatorio es, precisamente, seleccionar aquellos embriones que no tienen la anomalía en riesgo.

- *Murmullos en la Sala.*

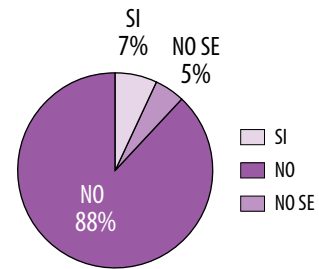
Dr. Brugo Olmedo.- Votemos nuevamente, por las dudas.

Reconsideración de la votación correspondiente a la Pregunta N° 3 del tercer cuestionario

Sr. Director (Coco).- Vamos a votar nuevamente la pregunta número 3 del tercer cuestionario.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Segunda reconsideración de la votación correspondiente a la Pregunta N° 3 del tercer cuestionario

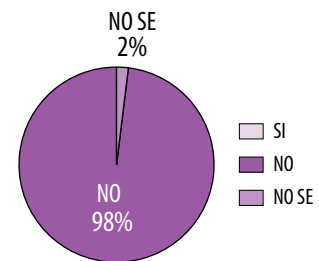
Dr. Brugo Olmedo.- Votemos por tercera vez la pregunta número 3, para ver si alguien realmente está dispuesto a transferir pre-embriones humanos in vitro diagnosticados como anormales mediante PGD.

Sr. Director (Coco).- Se va a votar nuevamente la pregunta número 3 del tercer cuestionario. La reitero, para que no queden dudas:

¿Piensa usted que los pre-embriones humanos in vitro diagnosticados como anormales mediante PGD deben ser transferidos?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



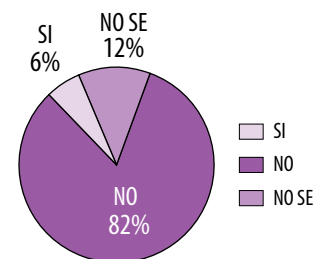
Sr. Director (Coco).- todos piensan que no de deben transferir.

4 **Sr. Director (Coco).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 4:

¿Piensa usted que debe ser obligatorio que los pre-embriones humanos in vitro diagnosticados como anormales mediante PGD sean criopreservados, esperando que algún día sea posible su curación?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

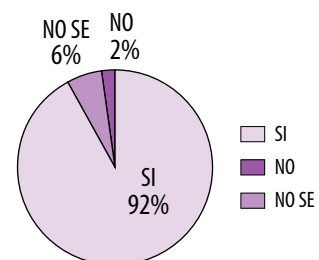


5 **Sr. Director (Coco).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 5:

¿Piensa que debe permitirse que los pre-embriones humanos in vitro diagnosticados como anormales mediante PGD sean utilizados en investigación?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



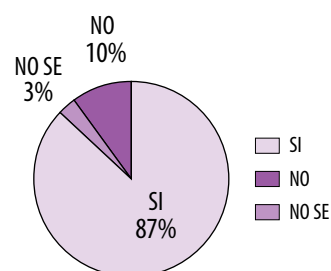
6 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 6:

¿Utilizaría el PGD para detectar enfermedades graves o letales que recién se manifestarán en vida adulta? ejemplo la Corea de Huntington.

Se va a votar.

Sr. Director (Coco).- EEs difícil, para aquellos casos que no tienen ese riesgo, entender el beneficio de este tipo de PGD. Pero particularmente con la corea la mayoría de los interesados se enteran de la enfermedad del progenitor cuando ellos son jóvenes y muchos no desean saber si la van a padecer, pero si quieren asegurarse que sus hijos no la padecerán sin necesidad de revelar su status de portador. De todas maneras, casi un 90% está de acuerdo.

- El resultado de la votación es el siguiente:



7 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 7:

Si el pre-embrión está afectado por una patología grave que se manifestará en vida adulta, ¿usted lo descartaría?

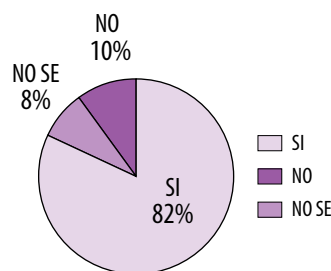
Se va a votar.

Sr. Director (Coco).- Ese 6 por ciento que ha opinado que no sabe, ¿qué haría?

Dr. Beltramone.- Yo respondí que no sé, porque hay cosas sobre las cuales uno no tiene manejo en la vida. Una cosa es una enfermedad que claramente te acorta la vida y que tiene, por ejemplo, alta mortalidad en la niñez. Y otra cosa es una que tiene manifestación en la vida adulta. Seamos realistas: ese niño puede morir en un accidente a los 12 años, porque en la vida uno no tiene nada comprado. Entonces, mi respuesta honesta es que no sé, porque no creo que pueda determinar la vida o no de un embrión sobre esa base. En otros casos, creo que sí.

Sr. Director (Coco).- Siempre seguimos con el estatus del embrión.

- El resultado de la votación es el siguiente:

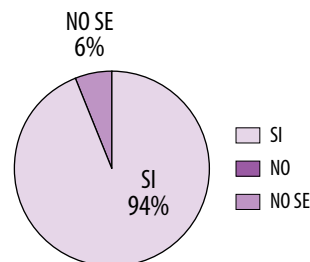


8 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 8:

¿Debe permitirse el sexado de pre-embriones para evitar enfermedades ligadas al sexo?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



9 **Sr. Director (Coco).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 9:

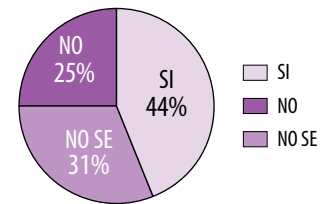
En el caso de PGD para enfermedades ligadas al sexo, ¿debería permitirse el descarte de pre-embryones del sexo que no será transferido, sabiendo que el 50% pueden ser sanos?

Se va a votar.

Sr. Director (Coco).- En cuanto a las enfermedades ligadas al sexo, siempre que se conozca la mutación, obviamente es preferible detectar la misma en los embriones. De esta manera no se descartaría embriones de sexo masculino sanos.

Dra. Kocow.- La pregunta decía si debe permitirse el descarte de embriones; no decía que hay que descartarlos, que es distinto.

- El resultado de la votación es el siguiente:



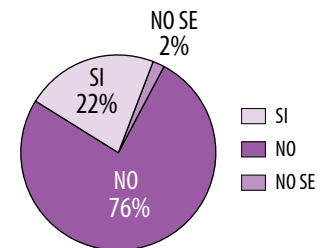
10 **Sr. Director (Coco).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 10:

¿Debe permitirse el sexado de embriones por razones no médicas?

Se va a votar.

Sr. Director (Coco).- Es la misma postura de nuestro programa en Fecunditas.

- El resultado de la votación es el siguiente:



11 **Sr. Director (Coco).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 11:

¿Es éticamente aceptable el uso del PGD para buscar un donante compatible con un hijo preexistente de la pareja?

Éste sería el caso que el doctor Feliú mencionó respecto del fallo del juez a favor de la familia que vive en La Plata.

Dra. Luna.- Tendría que haberse especificado que se trata de un hijo enfermo, porque es diferente.

Dr. Brugo Olmedo.- De todos modos ésa era la idea de la pregunta aunque no se lo incluyó.

Dr. Bisioli.- ¿Qué puede donarle el hermano, si no está enfermo?

Dra. Luna.- Se trata de que sean compatibles, por cualquier cosa.

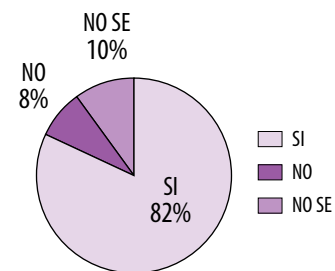
Dr. Bisioli.- Ah, por las dudas.

Dra. Luna.- Hay parejas muy previsoras...

Sr. Director (Coco).- Generalmente solicitan esta práctica aquellas familias que tienen un hijo que necesita de trasplante de médula ósea para salvar su vida y que en los bancos de médula no haya alguna compatible.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

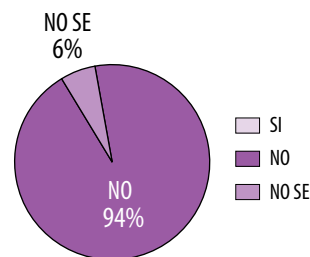


12 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 12:

Es conocido que individuos con determinadas afecciones tienden a formar pareja con personas que padecen la misma afección; por ejemplo, sordomudos, acondroplásicos, etcétera. ¿Está de acuerdo con la realización de un PGD para seleccionar y transferir los pre-embriónes con la misma afección que los progenitores?

Se va a votar

- El resultado de la votación es el siguiente:



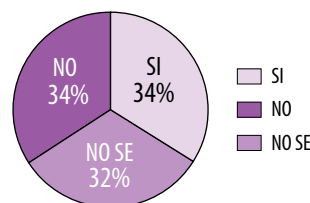
Sr. Director (Coco).- Qué conflicto entre la autonomía de los pacientes y nuestro juramento de no maleficencia!

13 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 13:

Es conocida la agregación familiar del cáncer de mama como así también la mayor incidencia de las mutaciones BRACA 1 y 2. ¿Está de acuerdo con hacer PGD por mayor predisposición a padecer cáncer de mama, descartando los pre-embriónes humanos in vitro con dicha mutación?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



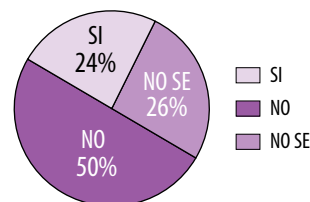
Sr. Director (Coco).- El resultado es lo esperable.

14 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 14:

¿Está de acuerdo con el PGD para sexado pre-embriónario en familias con antecedente familiar de cáncer de próstata, descartando los pre-embriónes humanos in vitro afectados?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Dra. Kopcow.- Este último caso no es lo mismo que el anterior, porque el cáncer de próstata no tiene una relación con la herencia como el de cáncer de mama en las hijas cuando es una relación de primer grado. Con lo cual, no evita ningún riesgo al ser sexado.

Sr. Director (Coco).- Al respecto, existen propuestas en internet de sexado para evitar la posibilidad de desarrollo de un determinado tumor según el género. Simplemente prefieren sexo de varón para no tener riesgo de cancer de mama y de mujer para no tener riesgo de cancer de próstata. Tal vez si no sobredimensionamos el status del embrión se podría satisfacer esa demanda en casos de familias muy traumatizadas por la experiencia vivida con algún familiar afectado. Si la esencia de la embriología clínica es la selección, por qué no hacerlo?

Dr. Morente.- Roberto: ¿qué es selección embrionaria?

Sr. Director (Coco).- Desde que empezamos con la FIV estamos realizando selección embrionaria.

Seleccionamos a los ovocitos, a los espermatozoides, a los ovocitos fecundados normalmente, a los ovocitos clivados multinucleados o multipronucleados, a los polifragmentados, a los detenidos, etc. Si uno no hiciera esta selección, estaríamos ejerciendo mal la especialidad y estaríamos perjudicando a los pacientes. Con el desarrollo de la genética hoy es factible conocer el status genético del embrión y de su sexo genético. Si uno admite como correcta la selección morfológica y el grado de desarrollo por qué sería incorrecto seleccionarlo de acuerdo con su constitución cromosómica o genica? Vos no descartás los ovocitos y espermatozoides anormales?, a los ovocitos triprounucleados?, monoprounucleados?, etc.

Cuando comenzamos la verificación de los pronúcleos, estábamos convencidos de que no existirían abortos espontáneos por tri o tetraploidías. Sin embargo, a pesar de ser una labor importante en los laboratorios de fecundación in vitro, no asegura que ello no ocurra. Nosotros no hace mucho documentamos por biología molecular seis casos de triploidías en abortos espontáneos logrados en FIV/ICSI, cuatro de origen digínico y dos diándricos que no habían evidenciado tres pronucleos en la fecundación. Revisando el video de la verificación de los pronucleos nos permitió distinguir que los embriones transferidos provenían de ovocitos que evidenciaban dos pronucleos asimétricos y más de dos cuerpos polares. Antes no le dábamos importancia, pero hoy cuando se puede seleccionar si lo hacemos. Cuando hacemos un ICSI, también seleccionamos aquellos que tienen un solo cuerpo polar y de tamaño adecuado, porque podrían originar triploidías a pesar de mostrar dos pronucleos. Y cuando hacemos un ICSI no seleccionamos al espermatozoide que tiene mejor aspecto y movilidad? No estás de acuerdo ?

Dr. Morente.- La verdad es que el tema me preocupó, sobre todo cuando escuché en la charla anterior el término de selección embrionaria. Hasta donde sabemos (y somos muchos los grupos que hacemos esto con una capacidad variable en el diagnóstico genético) siempre se tenía el criterio de que al embrión que se consideraba no viable, porque no desarrollaba, no se lo transfería. Sin embargo, al embrión que sí desarrollaba (fuera de óptimo grado o no tan bueno) se lo transfería. Si no se lo transfería, se lo preservaba para transferirlo después. Cuando nosotros empezamos con la discriminación, porque aumenta la metodología diagnóstica, ahí estamos seleccionando. O sea, indicamos el descarte de un embrión que tiene una clara anomalía. De todas maneras, estamos hablando de cuestiones en las que la incidencia de una posible anomalía es mucho menor al 15 ó 20 por ciento.

Entonces me preocupa hasta dónde llegamos con esta selección. Estamos utilizando una metodología para permitir un embarazo, pero no estamos siendo tan finos en selección, sino en selección reproductiva. Yo creo que el término de una sordera o del posible gen de un tumor son cosas sobre las que todavía tenemos que madurar. Por ahora, tenemos que ser lo más eficientes posible para lograr un embarazo. Sin embargo, hay cosas que la naturaleza tendría que seleccionar por sí.

Por eso digo que este tema me preocupa.

Dr. Brugo Olmedo.- Me parece que está muy bien que te preocupe. Sin embargo, me parece que si nosotros pensamos que el pre-embrión humano in vitro no es una persona y pretendemos que esa pareja tenga un hijo, partiendo del supuesto de que no es una persona (aunque sea un conjunto de células con un fin mucho más importante que un linfocito), creo que no deberíamos tener muchas dudas en intentar llegar a la selección de un muy buen embrión que dé como resultado el embarazo único de un chico sano. Aún cuando estén a 20 por ciento de chances de un probable cáncer de mama o de próstata, o de lo que fuera, si otro embrión no presenta esa mutación, y si parto del supuesto de que no es una persona, voy a elegir el conjunto de células que me parezca, para que me dé un chico más sano, con más seguridad.

Dr. Beltramone.- A eso iba el comentario que te había hecho anteriormente respecto del portador del RBS o un gen que determine algún cáncer. ¿Por qué digo esto? Porque empieza a verse la línea entre selección embrionaria y posible eugenesia. Y creo que en el futuro vamos a tener que discutirlo.

Dr. Director (Coco).- Si evitamos el riesgo a la pareja que tiene mayor predisposición de poseerlo, no creo que sea eugenesia... Nosotros no mejoramos la raza, solo hacemos diagnóstico.

Dr. Beltramone.- Mayor predisposición no significa padecerlo. Son dos cosas distintas. De hecho puede ser que no lo tenga nunca. Creo que lo que le preocupa a Carlos es lo que me preocupa a mí. Una cosa es descartar un embrión porque yo tengo alta certeza de que no se va a implantar y otra cosa es descartarlo porque posiblemente, a los cincuenta años, tenga cáncer de mama. Ahí, mi papel cambia. Creo que tendríamos que discutirlo. Estoy de acuerdo con no convertir en persona o no sobrevalorar al pre-embrión, pero tampoco hay que banalizarlo, porque debe tener un lugar de cierta importancia. En el momento de discusión de estas cuestiones, seguramente, en un futuro van a aparecer...

Dr. Director (Coco).- La medicina predictiva tiende a ello. Obvio que si no existieran embriones para seleccionar sería más cuestionable el descarte de los que probablemente tengan o no tengan una enfermedad en vida adulta.

Dra. Luna.- Quizás debería hablarse con la pareja, explicarle que si se ve que tiene tal predisposición, de todas maneras se transferirá y ver si la pareja está dispuesta. Me parece que es parte del juego en el que ustedes están embarcados.

Dr. Parera Deniz.- Me parece que si cultivamos un embrión hasta el día tercero ya lo estamos seleccionando.

Dr. Director (Coco).- No sé qué quisiste decir.

Dr. Parera Deniz.- Que hacemos selección, tomemos más o menos conciencia. Cuando hace años tomamos la decisión de no cultivar hasta el día segundo sino hasta el tercero, ya estábamos haciendo selección, nos guste o no nos guste...

Dr. Neuspiller.- El problema que implica este tipo de tecnologías, como se ve en la película Gattaca (que les recomiendo que vean), es que van a existir, dentro de algún tiempo, dos sociedades diferentes: aquellos que pudieron ser genéticamente diagnosticados y aquellos que, porque los padres no tenían una posición económica determinada y no pudieron acceder a esos beneficios. Entonces la gente genéticamente mejor diagnosticada ocupará los lugares jerárquicos y la gente que lamentablemente no tuvo el nivel adquisitivo para llegar a eso, ocupará otros lugares. Yo opino lo mismo que ellos, en principio; no sé si descartaría un embrión BRACA 1 positivo porque si es mujer podría tener cáncer de mama, ya que lo puede prevenir de otra manera, por ejemplo, si se hace una mastectomía bilateral.

Sr. Director (Coco).- Hay sociedades que ya lo han admitido. Entonces, realmente es una pregunta para ver cuál es la posición. Creo que la respuesta, para mí, siempre depende de la valoración del status moral del pre-embrión. Si todos estuviésemos de acuerdo en que el pre-embrión no es nada más que un conjunto de células con la potencialidad de terminar en un nacido y si la pareja tiene la suerte de producir varios embriones por qué no seleccionar los normales?. Acá Fernando le sumó otro condimento. Seguramente, debería imperar el principio de justicia o equidad para todos, pero eso no depende tanto de nosotros sino de las políticas sanitarias de los gobiernos. Claro que estoy totalmente de acuerdo con Fernando: me parece totalmente injusto que una pareja o un individuo tenga descendientes afectados porque no tiene dinero para que puedan acceder a estas técnicas sofisticadas que lamentablemente son costosas. Existen otras menos costosas, pero lamentablemente conducen al aborto genético y en nuestro país está penalizado.

Dr. Daniel Estofán.- Creo que es muy importante que reflexionemos si estamos haciendo un acto médico, brindando excelencia a ese acto médico, y contamos con estos elementos. Bajo ningún concepto transferiría un embrión que sé que está enfermo. Así como usted planteó que desde un primer momento hacemos una selección de algo que estamos convencidos que no es una persona, hoy contamos con más elementos. Estoy totalmente de acuerdo con que bajo ningún concepto se debe transferir. El ingrediente que agregaba el doctor Neuspiller está fuera del contexto de la excelencia del acto médico. Ése será otro problema a resolver desde el punto de vista social.

Dr. Beltramone.- En primer lugar, coincido con la doctora respecto de que en la información también tienen que participar los padres. Estamos hablando de lo que vamos a hacer nosotros, pero los padres están generando una vida.

En segundo término, no tenemos que hacer futurología. Hoy en día, en este país, estamos hablando de lo que expresó el diputado en cuanto a la Ley de Fertilización In Vitro, pero todavía no se está hablando de la cobertura. Hay dos sociedades: una que tendrá acceso al PGD y otra que no. Recién estamos es esta instancia, vayamos paso por paso; no puede haber dos sociedades diferentes.

Dra. Kopicow.- Quiero tocar tres puntos que se mencionaron.

Uno, es la selección embrionaria, que está en discusión si siempre se hace la selección o no. Además, hay dos selecciones distintas. Una cosa es cuando seleccionamos en un día tres y tenemos dos embriones Clase 4 y dos embriones Clase 3. Seleccionamos las Clase 4 y no descartamos los Clase 3.

Cuando hablamos de selección embrionaria por diagnóstico genético preimplantatorio hacemos una selección embrionaria que, en la mayoría de los casos, nos lleva al descarte. En primer lugar, son selecciones distintas.

Segundo, respecto de qué tipo de enfermedades o hasta dónde se llega con la selección embrionaria, creo que va a depender de si es correcto el asesoramiento que recibe la pareja. Si a la pareja que se asesora por el BRCA se le explica que no siempre la penetrancia es completa, que quizás en el futuro tenga 100 mil genes que predispongan tumores, y si los puedo detectar probablemente me quede sin ningún embrión para transferir, aquí comenzará a pesar qué tiene sentido evaluar y qué no. De eso depende que los asesoramientos sean correctos. Luego, la pareja decidirá si los quiere testear o no; es su decisión.

Con respecto a lo expresado por Fernando, si en una situación extrema hay dos distintas, es decir, si tienen acceso al PGD o no, esa es otra instancia. Acá estamos decidiendo...

Sr. Director (Coco).- Hasta ahora, sí.

Dra. Kopcow.- Si una pareja consulta con neurofibromatosis puede hacer el PGD y no entra en discusión si la pareja tiene un hijo con neurofibromatosis y no quiere tener otro con la misma enfermedad.

Dr. Brugo Olmedo.- Es como si hace muchos años se pensara en no utilizar la técnica in vitro, porque habría mucha gente que no podría tener hijos. Es ridículo; lo digo con todo respeto. Esto es el avance.

¿Vamos a negar el futuro de la reproducción? Eso ya pasó, ya fue, y es una tarea de rutina. Queremos mejorar la práctica con ayuda de la metabolómica, la genómica, la proteómica y todas las ómicas. Vamos a seguir seleccionando y cada vez más, no para hacer niños perfectos, sino para que no padezcan enfermedades incurables. Si algunas personas pueden acceder y otras no, se debe a la injusticia que impera en el mundo. Con legisladores como Marcelo Feliú, trataremos de que todos puedan acceder. No podemos dejar de avanzar en el conocimiento, debemos transmitirlo a la sociedad para que aquellos que crean que se pueden beneficiar con el PGD accedan con toda la libertad. No conviene que seamos tan estrictos.

Sr. Director (Coco).- Creo que los que ayudamos a establecer el embarazo tenemos mayor responsabilidad. Es de buena práctica describir la calidad de los embriones producidos transferidos, desde muy bueno, bueno, regular y malo. Obviamente los detenidos no se transfieren...¿Cómo se traduce en el imaginario de las parejas que reciben embriones muy buenos? Muy probablemente sobredimensionen nuestra sapiencia y crean que tienen asegurado un hijo supernormal. Insisto: no es lo mismo cuando nos consulta una mujer embarazada que no requirió de nuestra ayuda. Ellos, si no lo planificaron responsablemente, no pudieron tomar medidas preventivas, pero nosotros sí tenemos que tomar todas las precauciones. Los que fuimos pioneros en la especialidad, nos hemos preocupado siempre por la buena práctica de la misma, y a pesar de existir un vacío legal, hemos hecho el esfuerzo en crear comités de acreditación, para asegurar la excelencia de la prestación. Hemos logrado que para ser acreditado debemos mantener una buena tasa de embarazo con un porcentaje mínimo de embarazos múltiples. La tasa de embarazo múltiple en estos 25 años disminuyó de más de 50% a menos de 25% de mellizos y prácticamente a 0% los embarazos muy múltiples. Y en nuestro país tenemos 22 centros acreditados por la RedLara que cumplen con la exigencia de una buena tasa de embarazo único.

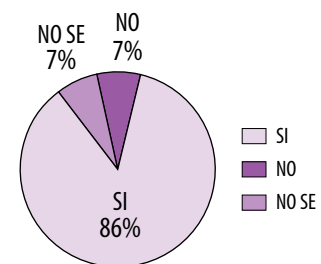
15 **Sr. Director (Coco).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 15:

Existen ciertos tumores familiares con patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia completa (MEN1, MEN2, Neurofibromatosis, Van Hippel Lindau, etcétera). ¿Está de acuerdo con el PGD por el riesgo de 50 por ciento que tiene la descendencia para padecerlo, descartando los pre-embriónes humanos in vitro afectados?

Se va a votar.

Dr. Director (Coco).- Sorprende ya que son tumores de herencia mendeliana.

- El resultado de la votación es el siguiente:



16 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 16:

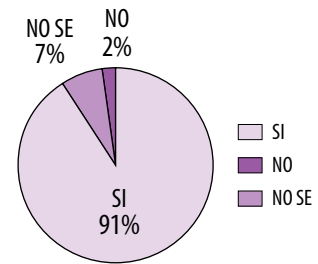
Existen enfermedades genéticas que afectan a la médula ósea y los afectados son candidatos para el trasplante de médula ósea. También es conocido que en los bancos internacionales de médula ósea, debido a la poca disponibilidad de muestras, existen prioridades para aquellos pacientes con más posibilidades; por lo tanto, estos pacientes siempre figuran al final de las listas de espera.

¿Está de acuerdo con el PGD para evitar la afección y al mismo tiempo seleccionar a los histocompatibles con el afectado que necesita el trasplante?

Vamos a poner un ejemplo: anemia de Fanconi o talasemia. Esta familia recurre al diagnóstico preimplantatorio porque ya tienen un hijo afectado y muy probablemente necesitará un trasplante de médula ósea y, al mismo tiempo, quiere que sea histocompatible el chiquito enfermo para poder curarlo.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



17 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 17:

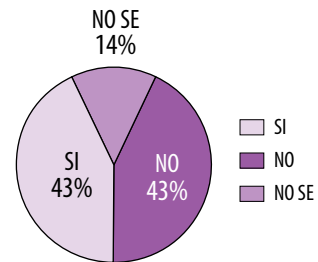
Las parejas con enfermedades autosómicas recesivas tienen riesgo de 25 por ciento para afectados, 50 por ciento para portadores normales y 25 por ciento normales.

¿Está de acuerdo con realizar PGD para descartar los pre-embriones humanos in vitro que sean portadores normales, además de los afectados?

Esto es para erradicar la mutación de uno los progenitores.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



18 Sr. Director (Coco).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 18:

¿Está de acuerdo con la transferencia de pre-embriones con anomalías genéticas o cromosómicas causantes de enfermedades, en la eventual situación de no existir pre-embriones normales para transferir?

La pregunta se basa en la existencia de casos reales, que por suerte no nos ocurrió a nosotros.

La finalidad del PGD es la elección de los embriones normales para transferir para evitar el riesgo de ser afectado. En el caso de que todos resulten enfermos y no haya para transferir y la pareja quiere ser transferida igualmente. Ojalá que nunca tengamos que atravesar por una situación así.

Dra. Luna.- Aquí se plantea un conflicto: uno cree que no debe transferir esos embriones, pero la pareja igualmente lo pide.

La mejor opción, por supuesto, es tratar de persuadirlos a hacer un nuevo intento. De última, está la objeción de conciencia del profesional y decir que no puede llegar hasta ese punto.

Dr. Gómez Giglio.- Pero la acabás de punzar unos días antes.

Dra. Luna.- Es su conciencia y hay una parte de la responsabilidad del médico de decir: "Me hice cargo y lo transferí sabiendo que iba a ser un niño muy enfermo". También depende del tipo de enfermedad.

Dr. Arribère.- Si la pareja decidió inicialmente someterse al PGD es porque quería saber y le importa el tema. Me parece que no estará de acuerdo con tener un embrión con problemas, porque de esa manera no le hubiera hecho el PGD.

Dra. Luna.- Comienzan a rodar los casos como la sordera o la acondroplasia. ¿Qué hace con eso? Creo que no es ilimitada la autonomía de las personas ni de las parejas.

Dr. Rivera.- Considero que este caso es fácil de resolver. Esta pregunta no tendría sentido si hubiera un consentimiento informado a la pareja antes del procedimiento. Con ese consentimiento ya está especificado qué hacer si todos los embriones tienen anomalías.

Sr. Director (Coco).- Claro que se informa sobre la posibilidad de que todos resulten anormales, incluso antes de que accedan al procedimiento tratamos de predecir la posibilidad de la transferencia de normales, dependiendo fundamentalmente de la cantidad de embriones que puedan originar. Pero una cosa es una información teórica previa y otra la consumada. Sería similar cuando se pregunta sobre la conducta que tomaría la pareja frente a un resultado no deseado al efectuarse un diagnóstico prenatal convencional. Claro la pareja elige y puede optar por un camino clandestino, pero no debemos desconocer que hay entre uno y dos por ciento que deciden seguir con el embarazo.

19 **Sr. Director (Coco).-**Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 19:

En la realización de un PGD existe la posibilidad de diagnosticar pre-embryones con anomalías cromosómicas que no expresen fenotipos particulares (Ej. XXX, XYY). En la eventual situación de no hallarse pre-embryones normales, ¿transferiría esos pre-embryones con anomalías menores?

Siempre es con consentimiento de la pareja. Creo que es similar al caso anterior, pero un poco menos comprometido, porque sabemos que no expresan fenotipos tan particulares. De todos modos, deberíamos estar expuestos a un futuro pleito si nace ese varón XYY, que no debería tener ningún fenotipo particular, pero fortuitamente tiene un retraso mental.

Se va a votar.

Sr. Director (Coco).- Es un resultado lógico, siempre que la pareja tuviera ese único embrión para transferir.

Cuarto intermedio

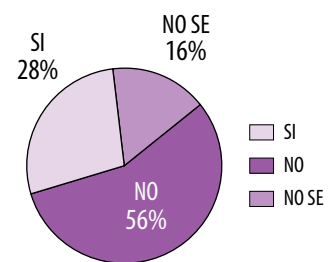
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Vamos a tomar un café, que lo tenemos bien merecido. Luego volveremos un ratito para las conclusiones. Es importante que no olviden sus cuestionarios, para traerlos mañana, ya que no hay otros nuevos para darles. Así que le pido a cada uno que lo tenga consigo.

Nuevamente, agradezco a Florencia Luna y a Marcelo Feliú, por habernos dejado tan buenos datos.

Pasamos a un breve cuarto intermedio.

- Es la hora 17 y 21.

- El resultado de la votación es el siguiente:



- A la hora 17 y 45: **REANUDACIÓN**

Sr. Director (Brugo Olmedo).- A continuación, Roberto Coco va a mostrar dos o tres diapositivas que son interesantes, porque parecieran ser mínimamente contradictorias. Si hubiera algún tipo de comentario o debate, daremos lugar a ello; después, pasaremos dos anuncios y nos despediremos hasta mañana, a las 8 horas.

Sr. Director (Coco).- Llegamos al fin de la jornada. Quedamos cansados pero entusiasmados no?.

Mientras tomábamos el café, seleccionamos tres transparencias para que vean los números de las votaciones, porque creemos que hay cierta contradicción.

Hoy a la mañana tratamos de establecer el verdadero estatus moral y legal del pre-embrión. Como no es un sujeto de derecho significaría que son correctos la selección y el PGD en los mismos.

Se trata del resultado de la votación de la pregunta número 9 del primer cuestionario, que decía lo siguiente:

Si usted considera que el pre-embrión humano in vitro no es persona, ¿en qué momento posterior a la transferencia embrionaria considera usted que es aplicable el concepto de persona? Y había seis opciones:

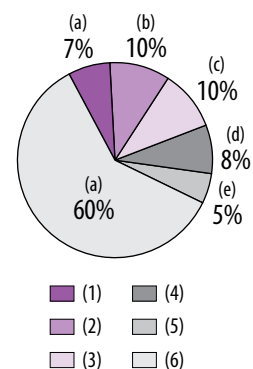
- a) En el momento inmediato posterior a la transferencia embrionaria;**
- b) Implantación (día 14 del desarrollo);**
- c) Iniciación de la cresta neural (día 15 del desarrollo);**
- d) Registro de actividad cardíaca (día 42 del desarrollo);**
- e) Aparición de sensibilidad (día 51 del desarrollo); y**
- f) En un momento posterior.**

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Más de la mitad opinó que el embrión es persona en un momento posterior.

Dr. Coco.- Vale la pena tenerlo en cuenta.

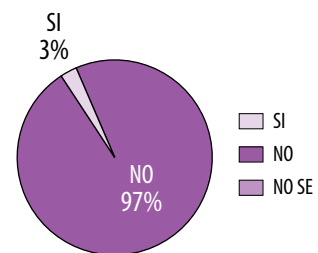
- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Veamos el resultado de la pregunta número 2 del segundo cuestionario, que decía:

La buena práctica de FIV implica necesariamente la selección de los mejores pre-embriones. ¿Es lícito no seleccionar pre-embriones humanos in vitro?

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 97 por ciento opinó que no es lícito no seleccionar. O sea que casi todos dijeron que hay que seleccionar.

Y luego Carlos Morente comenzó con el tema de la eugenesia. Digo esto porque es interesante. Debe ser por la tradición cultural judeo-cristiana que tenemos todos, que decimos que no es persona, pero en el fondo creemos que sí es persona. Tiene la palabra Ariela Mata.

Dra. Mata.- Creo que la diferencia surge del hecho de que los que estaban preocupados por la selección no se preocupaban por el estatus moral del embrión. Por lo que dijeron, pienso que se preocupaban más por lo que podía pasar en un futuro con los bebés nacidos de esos embriones seleccionados. Me parece que su negación no está centrada en el estatus moral del embrión, sino en otra cosa. Me dio esa sensación.

Dr. Coco.- Me gustaría dejarles para el hogar la tarea de pensar si siempre que propiciamos el encuentro de las dos gametas la cigota resultante es para su transferencia o podría ser para otros fines como el de la obtención de células madre.

¿Alguien quiere hacer una pregunta?

Dr. Neuspiller.- El punto de la discusión era otro: una cosa es la selección embrionaria para transferencia embrionaria, desde el punto de vista de la morfología, lo que ya sabemos; otra historia era la relacionada con el PGD, y otra muy distinta, la vinculada con la detección de determinados genes que implican mayor susceptibilidad patológica.

Por mi parte, pensé: ¿en qué momento vamos a dividir las aguas? Porque en algún momento va a ocurrir eso. Sabemos que hay una miríada de genes, que todos tenemos (porque todos tenemos genes recesivos), que en algún momento, por distintas razones ambientales, se pueden activar y producir una determinada patología.

Entonces, ¿de acuerdo con qué tipo de genes vamos a decir cuáles transferimos? Esto es parte de la normalidad y de nuestras limitaciones como seres humanos imperfectos que somos. Ése es un poco el punto de la discusión.

Dr. Coco.- Nunca se va a poder evitar la existencia de mutaciones. El material genético muta constantemente. Existen mutaciones beneficiosas y otras que originan enfermedad en estado homocigótico. Ahora es diferente la situación de un gen que se transmite en forma dominante y de acuerdo a su penetrancia originar o no una enfermedad. Se están haciendo muchos esfuerzos en conocer los genes intervinientes en las enfermedades comunes.

Tiene la palabra Fabiana Jadur.

Dra. Jadur.- Yo quería preguntar si alguien tuvo la experiencia de algún paciente calificado que conozca del potencial de derivar líneas celulares de los embriones sobrantes y, una vez que haya logrado el embarazo, les haya pedido que deriven líneas celulares de los embriones sobrantes para uso propio.

Sr. Director (Coco).- Buena pregunta.

¿Alguien puede contestar?

Dr. Ordoñez.- Yo tengo el caso de una paciente cuyo hijo nació muy prematuro; aparentemente, por una impericia, la nena quedó ciega, y la única posibilidad de recuperación sería derivando líneas celulares embrionarias para la regeneración de la retina. Eso se está haciendo en algunos lugares, como por ejemplo Brasil y Alemania. Pero nosotros no hemos tomado ninguna decisión al respecto.

Sr. Director (Coco).- En el almuerzo comentábamos la experiencia presentada en el congreso de ESHRE en Barcelona años atrás sobre la derivación de células madre a partir de 4 células individuales obtenidas al disociar a un embrión de cuatro células. Esto significa que existe la posibilidad de biopsiar una o dos células de un embrión, obtener una línea de células madre de ese embrión y transferir el embrión biopsiado. Sería parecido al seguro biológico que ofrecen los que guardan sangre de cordón para una eventual regeneración de un órgano o tejido que necesitara ese bebé, con la gran diferencia que estas últimas son células pluripotentes con plasticidad de originar algunos tejidos y/u órganos, en cambio las primeras serían células madre embrionarias totipotenciales que tienen la potencialidad de originar a todas las células que componen al organismo.

Sr. Parera Deniz.- Perdón, la pregunta se refiere a crear embriones sólo con el objetivo de derivar células madre o para investigar?

Sr. Director (Coco).- No, en este caso es como que el chico que nace puede tener una reserva de células madre.

Dr. Parera Deniz.- Me refiero a la pregunta que tenemos que pensar para mañana.

Sr. Director (Coco).- Sí, esa pregunta apunta si la formación de embriones siempre es para transferir, o si a veces uno puede originar un embrión histocompatible porque se requiere de células madre compatibles a un hijo enfermo que se curaría con el trasplante del tejido u órgano dañado. Y la pareja no desea tener otro hijo.

CUARTO INTERMEDIO

Dr. Director (Coco).- Bien, esto ha sido todo por hoy. Los esperamos mañana, a las 8 horas, para compartir el desayuno.

- Es la hora 18.

- A la hora 8 y 45 del día 30 de abril de 2011: **REANUDACIÓN**

Dr. Director (Coco).- Buenos días a todos.

Continuamos con el Simposio sobre aspectos éticos y legales de las técnicas de reproducción asistida y las diferentes alternativas terapéuticas.

ASPECTOS ÉTICOS REFERIDOS A LA DONACIÓN DE GAMETOS Y PRE-EMBRIONES; REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN PAREJAS DEL MISMO GÉNERO Y EN FAMILIAS MONOPARENTALES. ALQUILER DE ÚTERO

Dra. Silvia Rivera

Director (Brugo Olmedo)

Hoy tenemos dos oradoras de lujo. En primer lugar, va a hacer uso de la palabra la doctora Silvia Rivera, que es filósofa, egresada de la Universidad de Buenos Aires; especializada en Epistemología y Axiología de la Ciencia; profesora asociada regular de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Lanús; codirectora del Centro de Investigaciones Éticas y miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría. Además, es autora de varios libros de la especialidad y es miembro del Comité de Bioética de Fecunditas.

Dra. Rivera.- Agradezco la invitación a todos ustedes, porque este encuentro me parece muy interesante.

El tema previsto para esta exposición es en verdad complejo y amplio, y para ello tengo que elegir una clave de abordaje. Elijo entonces comenzar con una serie de distinciones que me parece van a servir para ir luego al núcleo de la cuestión.

La primera distinción que quiero hacer es que frecuentemente se habla de “ética”, de “bioética” y de “moral”, pero a veces no se les da el sentido justo a estas palabras. Ricardo Maliandi – conocido eticista y maestro– distingue entre ética y moral. La moral es dogmática, ya que se trata del conjunto de creencias que internalizados en nuestra vida personal, familiar y social. Pero además de una moral personal, tenemos también una moral profesional. Con esto no me estoy refiriendo a los que se conoce como buenas prácticas, sino a los valores, sentidos y creencias que hemos internalizado en el curso de nuestra formación y que forman parte del sustrato sobre el que podemos ejercitar nuestra práctica. Se trata de creencias y valores que no siempre estamos dispuestos a cuestionar.

La ética, por el contrario, no es dogmática sino reflexiva y crítica. A veces se ve sólo como crítica o reflexión de la moral personal, de aquellos valores adquiridos por nuestra formación religiosa, cultural y familiar. Pero también tenemos una moral profesional, un conjunto de valores y sentidos que hemos internalizado con nuestra formación y que por supuesto también requiere revisión y crítica. Por último identificamos una moral institucional, es decir, el conjunto de reglas y de sentidos de la institución en la que trabajamos, que varían si ésta es pública, pri-

vada, mixta, laica, confesional, etcétera. Lo más difícil es cuestionar estas morales y me animo a decir que la moral profesional en el caso de ustedes, que tienen formación científica, es complicada.

Por eso, señalaré a continuación algunas de las creencias que nos acompañan como científicos, como investigadores o como biotecnólogos, y que tienen que ver con esos supuestos tanto profesionales como institucionales.

Una de esas creencias es que la realidad “habla” el lenguaje de la ciencia. Es decir, que el lenguaje de la ciencia es la mejor manera de dar cuenta de lo que son las cosas en verdad y que no se trata meramente de una perspectiva o una clave particular para abordar una realidad compleja.

Otra creencia, aceptada casi con unanimidad, es que en ciencia todo cambio significa progreso. Sin duda la ciencia cambia, pero la cuestión es por un lado si además progresa y en qué sentido lo hace. Porque otro de los supuestos que manejamos es que el progreso se mide en términos tecnocientíficos y no en términos sociales, tales como equidad o justicia social. Es importante entonces preguntarse si puede haber otra clave para medir el progreso. Preguntarnos, por ejemplo, si de una mayor complejidad tecnocientífica necesariamente se deriva un incremento en la equidad o en la justicia distributiva.

Asociada a este supuesto de que todo cambio es progreso, se presenta la creencia de que el progreso de la ciencia está determinado por una lógica interna. Es decir, que hay un motor interno que guía la actividad tecnocientífica y que tiene que ver con la dinámica propia de la investigación, razón por la cual cualquier reorientación implicaría un

retroceso. Si aceptamos que el objetivo o fin último de la actividad tecnocientífica responde a una lógica propia de la ciencia, entonces los expertos estarían en mejores condiciones para proponer preguntas y responderlas. Entre estas preguntas están aquellas que tienen que ver con la ética. Por ejemplo: ¿qué sentido y qué valor vamos a darle a nuestra práctica? Si consideramos que esta cuestión se dirime en el ámbito interno de la ciencia, obviamente son los expertos las personas indicadas para decidir. Por el contrario, si estamos convencidos que el sentido y el valor exceden la racionalidad instrumental de la ciencia, entonces necesariamente tenemos que integrar al debate a la sociedad en su conjunto, porque ser legos no hace a las personas menos aptas para decidir sobre cuestiones éticas, tales como el sentido y el valor que se otorgará a prácticas tecnocientíficas que necesariamente impactarán en su vida, en la de su familia y su comunidad.

Es decir que así como nos manejamos con supuestos en materia científica, también lo hacemos en el campo de la ética. ¿Cuáles son estos supuestos éticos que, a veces, no nos animamos a revisar? Circula con frecuencia un modelo de bioética que yo llamo “bioética estándar” y que elige no avanzar sobre las cuestiones que acabo de exponer. Precisamente esa bioética que va de la mano del cientificismo profesional es la posición que intenté delinear.

Ocurre con frecuencia que se considera posible llegar en cuestiones de conflictos éticos a definiciones precisas, utilizando modelos de racionalidad semejantes a los que maneja la ciencia. Pero la racionalidad de la ética es argumentativa y deliberativa, y esto significa que podemos problematizar, abrir el debate, tomar decisiones y ofrecer argumentos razonables que apoyen esas decisiones, pero no podemos dar pruebas contundentes. Esto es así porque, en el terreno de la ética, nos movemos –como dicen varios autores, entre ellos Ernesto Laclau– en un espacio de “indecibilidad estructural”. ¿Qué quiere decir eso? Que nos faltan siempre elementos de juicio, aunque a veces los busquemos desesperadamente. En algún momento hay que tomar una decisión y saber que, en cierto punto, puede ser injusta para algunos y no para otros, porque no nos estamos manejando con materia pasible de ser avalada por deducciones formales o experimentaciones contundentes. Dado que se trata de debatir en torno a sentidos y valores, el modelo de racionalidad no es demostrativa sino argumentativa, y esto permite apoyar con buenas razones nuestras decisiones, pero no acercar pruebas absolutas.

Otro de los supuestos de la ética es que se limita al plano deontológico, es decir, que conforma con repartir derechos y deberes. Si este es el caso, entonces quedamos encerrados en un plano abstracto, universal y formal. Es como cuando decimos: “los sujetos son libres e iguales”. Esto es característico de un nivel de reflexión vacía de contenido, típica de una teoría del derecho de tono formal, alejada de la materialidad de las prácticas sociales. Al respecto,

podemos fijarnos en las declaraciones internacionales de principios, como la Declaración de Helsinki, que constituye un buen ejemplo del modelo deontológico.

En el campo de la investigación biomédica, la ética está –casi en su totalidad– formulada en un lenguaje deontológico. Por ejemplo cuando decimos: “Es deber del profesional o del investigador...”. Ahora bien, ¿qué pasa si pasamos estas normas a un lenguaje que tenga que ver con los valores? Tendríamos que decir: “es importante, es bueno, es justo y valioso”; y lo que es importante, bueno, justo y valioso para algunos, puede no serlo para otras personas o para otras comunidades. Se desmorona así la universalidad que es preciada en nuestra cultura, a pesar que empobrece nuestros marcos éticos de referencia, dado que nos restringe a una “ética de mínima”. Una “ética de mínima” consiste en sostener ciertos acuerdos básicos, casi siempre resguardados por el Estado, que funciona como mero garante de derechos y deberes.

En lo personal, aspiro por el contrario a una “ética de máxima”. Pero resulta que para expandir la ética necesitamos animarnos a hacer preguntas que sin duda pueden ser incómodas. ¿Cuáles son algunas de estas preguntas que emergen cuando queremos ir más allá de los supuestos de una ética de mínima? Por ejemplo, en primer lugar, nos tenemos que preguntar por el lugar que le vamos a dar a estas tecnologías reproductivas en nuestra sociedad. Se trata de un lugar complejo, porque estas tecnologías se emplazan en la intersección de prácticas y conceptos. Por tratarse de tecnologías que están vinculadas con la salud, tenemos que pensar si las relacionaremos directamente con indicaciones médicas, como condición necesaria para realizar estos procedimientos. ¿Cuáles podrían ser estas indicaciones? Sin duda ustedes las conocen mejor que yo: la menopausia precoz en las mujeres o la falta de espermatozoides en los hombres, por citar sólo dos casos. Es decir que, de aceptarse este criterio, los procedimientos deberían realizarse de forma gratuita en hospitales públicos y deberían ser cubiertos sin más trámites por obras sociales y sistemas prepagos de salud.

Sin embargo, un gran número de personas que consulta por estas tecnologías no responde a indicaciones médicas. Esto significa que, con frecuencia, estas tecnologías no vienen a suplir un “déficit” en ciertas funciones fisiológicas en hombres y mujeres, sino a satisfacer otras necesidades que con dificultad logran encuadrarse en la esfera de “la salud”. Podemos pensar a la salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social; es tan amplio que alguien bien podría considerar que necesita un hijo para completar su estado de bienestar. Pero claro, entonces es difícil diferenciar al objeto “hijo” de otros bienes de consumo que también podemos necesitar. El repertorio de motivos que impulsan a la consulta es amplio, pero destaco entre ellos a personas solas, parejas homosexuales, mujeres en pareja que han dejado pasar su edad reproductiva por cuestiones profesionales, o por las que

fueren; hay quienes apelan a algún argumento de balance familiar para determinar el sexo del nuevo hijo o aquellos que exigen garantías en relación con las características genéticas de la descendencia en función de poder realizar diagnósticos preimplantatorios con alto grado de precisión.

La pregunta es, entonces: ¿a quiénes vamos a realizarles estos procedimientos? Yo creo que en un país con un sistema único de salud, de modalidad pública, en el que tenemos que administrar los recursos, la respuesta es más sencilla. Pero en un sistema de salud mixto, a veces utilizamos recursos para cuestiones que pueden no ser prioritarias. No me refiero a la apreciación personal. No estoy haciendo un juicio de valor acerca de la importancia que puede tener para una pareja o para una persona; estoy planteando esto en un nivel de análisis macro, es decir, poblacional o de salud comunitaria.

Esta es la primera cuestión a considerar, pero no es la única, porque ocurre que en gran parte de los procedimientos realizados se requiere de la donación de gametas. Es decir, se requiere de material genético que proviene de personas anónimas, cuyo anonimato debe ser resguardado por el principio de confidencialidad, y que pasa a integrar bancos de células germinales. Aquí vemos que tenemos un conflicto ético importante, porque el derecho a la confidencialidad de los donantes entra en colisión con el derecho de conocer la identidad genética. Alguien podría decir que la identidad genética quizás no resulte demasiado importante, frente a cuestiones de pertenencia familiar, afecto o crianza. A pesar de esto estoy convencida que la importancia tiene que ver con la historia social compartida y, por lo tanto, en nuestro país es importante. Esto es así en función de la apropiación de niños durante la dictadura militar. Considero entonces que debemos defender ese rasgo de importancia, y elegir argumentar en favor de la identidad genética en función de una historia compartida que hace a nuestra memoria como sociedad.

Ocurre además que, por lo general, las personas que donan sus gametos lo hacen por necesidad económica. En el caso puntual de las mujeres, la situación es más compleja, porque son sometidas a una medicalización que no necesitan y que para peor no están exentas de riesgo. Se trata de tratamientos complejos que incluyen tomar hormonas, hiperovular, entrar al quirófano y someterse a una anestesia a cambio de dinero para que otra persona u otra pareja consigan un hijo “propio”. Este es el resultado de la precarización del trabajo en una sociedad en la que la tecnociencia nos ha llevado, casi sin darnos cuenta, a nuevas formas de explotación económica del cuerpo, mucho más sofisticada que la explotación de los trabajadores en las minas, por ejemplo. Sin embargo la sofisticación tecnocientífica no le saca el carácter de explotación. ¿Podemos pensar que es ético realizar procedimientos que requieran de la venta de material biológico por necesidad económica?

El problema es que los sujetos proveedores de gametas resultan necesarios para que funcione la maquinaria tecnocientífica. Sin donación de gametos, caen muchos de los procedimientos. Me pregunto entonces si esto de la “donación” no es un eufemismo. Si sacáramos la parte económica, ¿la gente donaría sus gametos?

Por otro lado, creo que es importante destacar que a veces necesitamos mantener la opacidad de esos cuerpos para que no se empañen los destellos de la tecnología, en todo su brillo y esplendor omnipotente. Aquí hay un recurso retórico claro. Se habla de “gametos”, de “banco” y de “ovodonación”, para esconder esas vidas e historias que se elige borrar. Quizás, si me permiten, podríamos decir incluso que asistimos a una suerte de “fetichización” de los gametos.

Una tercera cuestión, de igual o mayor complejidad, es la del útero alquilado. Esto merece una comunicación especial. Por un lado, considero que en el caso del útero alquilado mantener la privacidad es más difícil y, por el otro, está claro que el carácter comercial se vuelve más difícil de disimular, a menos que quienes prestan su útero sean parientes próximos. En función entonces del carácter francamente comercial de la transacción, pasa a ocupar un primer lugar una figura que tiene que ver con la lógica económica jurídica: el contrato. En la figura del contrato todo se establece en el ámbito privado como un acuerdo entre partes.

¿Cómo modifican la imagen de familia estas nuevas tecnologías reproductivas? Tenemos por ejemplo familias de hombres solos o mujeres solas. Otras con dos papás o con dos mamás. El matrimonio igualitario abrió muchas posibilidades. Pero me pregunto, ¿modifican todas estas variaciones la raíz misma de la familia en sus aspectos más profundos? Pero ¿cuál es la raíz y el eje de la familia moderna? La respuesta es clara: la propiedad privada y el contrato. Se advierte así una continuidad entre estas nuevas tecnologías y la tradición de la familia moderna –en términos históricos y filosóficos– atenuando la disrupción de la emergencia de nuevos modelos familiares. En apariencia, existen organizaciones familiares diferentes, pero en su base mantenemos las figuras clave que en ese sentido, son funcionales a un modelo de sociedad que organiza su producción sobre la base de la propiedad privada y el contrato.

Ocurre además que, ante la ausencia de una normativa explícita, la legitimidad de estas tecnologías se concreta a nivel mediático. Emergen en la pantalla personajes que son referentes de ciertos sectores de la población, haciendo ostentación de dinero y poder, atributos estos que les otorgan la posibilidad de tener lo que quieran sin límite alguno. Por ejemplo, hombres solos que tienen a sus hijos comprando mujeres para que les den sus óvulos y los alojen en sus úteros, en la fantasía de completa omnipotencia.

Ahora bien, en el caso del útero alquilado, ¿dónde estamos poniendo el acento de la maternidad o la paternidad? ¿En el material genético o en el proceso de gestación? Si aceptamos el alquiler de útero, obviamente parece que no son demasiado relevantes esos nueve meses de intercambio con el feto. Sin embargo, cuando recurrimos a la donación de gametas –en este caso óvulos– todo indica que estamos decidiendo que lo que acredita a alguien en su rol maternal es el proceso de gestación. La contradicción es evidente.

Ustedes recordarán el caso de la mujer austríaca de 63 años que dio a luz. Dicho caso fue muy comentado, porque tuvo que ir a Italia a realizar el procedimiento debido a que los médicos austríacos no aceptaban pacientes que superaran cierto límite de edad. Esto hizo que el especialista italiano a cargo del procedimiento calificara como “talibanes” a los médicos austríacos, porque ponían al poder hacer de las mujeres. Me pregunto, sin embargo, quién es el “talibán”, por supuesto en un uso por completo metafórico de la palabra. ¿Los médicos austríacos o nuestro italiano fundamentalista de una tecnología que cosifica mujeres en nombre del progreso y la libertad de elección?

Una cosa está clara: la mujer austriaca ofició de cómo “madre portadora”, sin embargo se dice que el hijo sí es para ella. ¿Por qué sería la madre en detrimento de la que proporciona el óvulo? Vemos una clara diferencia en la consideración de quién es la madre entre esta situación y aquellas de alquiler de útero, si bien los hechos tecnocientíficos son los mismos. Esto indica que nos manejamos con criterios desiguales. Por supuesto se puede recurrir a una explicación de tipo afectiva, es decir, identificando de quién es el proyecto de hijo (voluntad procreacional) para dirimir la cuestión. Sin desmerecer este criterio, les pregunto si nos podemos animar a decir que, en definitiva, lo que marca la diferencia es quien paga el procedimiento. Porque parece que el hijo es de quien lo paga y dejo esto como inquietud, ya que no advierto mucha diferencia en los aspectos físico-biológicos entre una madre portadora que debe entregar al bebé que gestó y la austriaca que se queda con el hijo que llevó en su vientre, producto de una donación de gametas.

Pensemos en todo lo que acontece para que una persona pueda realizar su fantasía de tener un hijo propio, aunque sea con material genético ajeno y útero alquilado o prestado. La consecuencia de todo ese proceso es que, de un modo u otro ese hijo resulta ubicado en el lugar de una mercancía. Por eso, creo que el verdadero desafío que enfrentamos es resignificar los conceptos de maternidad y de paternidad, sacándolos del circuito comercial de una tecnociencia que extrema las diferencias sociales, para explorar otras formas de ser padre o madre.

Este planteo es, a mi juicio, el mismo para las parejas heterosexuales que para las homosexuales; no hago diferencia. Si hay algo que me parece no es ético, no lo es ni en

un caso ni en el otro.

Celebro el matrimonio igualitario y considero que debe permitirse a estas parejas la posibilidad de adopción. Es decir que no dejo de lado a parejas homosexuales de la posibilidad de tener hijos por cuestionar la donación de gametos. Lo que debemos hacer es analizar a fondo todo lo que implica la donación, más allá de los aspectos psicológicos que sin duda, son importantes y que nos ilustrarán los especialistas. Si bien ése no es mi tema, me parece que debe ser tomado en consideración. Lo que sí puedo afirmar es que desde el punto de vista ético, la donación de gametos es cuestionable, tanto como el llamado “alquiler de útero”.

Ayer por la tarde no pude estar presente, pero sé que se disertó sobre la Ley de la Provincia de Buenos Aires, que se llama de “Reproducción Artificial” que establece criterios para tratamientos a realizarse en el sector público. Me parece que es un nombre extraño el de la ley. Más allá del nombre, preguntaría al disertante si no contempla procedimientos de donación de gametos, porque en la ley se habla sólo de parejas heterosexuales que cuentan con material genético propio. Ahora bien, ¿esta restricción obedece a cuestiones éticas o simplemente a la carencia de la complejidad tecnológica requerida para este tipo de tratamientos? Está claro que no es lo mismo. Si fuera lo primero, es decir que se trata de una cuestión ética, entonces deberíamos habernos dado un debate abierto como ciudadanos. En el otro caso, el límite no es ético, sino que lo imponen los recursos tecnológicos o económicos disponibles. Esta es a mi juicio una cuestión clave para trabajar en relación con esa ley que fue sancionada, porque si consideramos que la donación tiene reparos éticos, entonces tampoco debería realizarse en el ámbito de la medicina privada.

Otro punto que me llamó la atención de la ley en cuestión, es el hecho de que se establezcan normativas específicas o locales para cuestiones de salud para las que carecemos de marco normativo a nivel nacional. Es decir que no tenemos un Programa de Salud Pública y esta es una deuda importante. Es al menos extraño esto de ir legislando bajo la modalidad de “tapar agujeros”. Porque todo esto cobra sentido –ya que hablamos de sentido y de valores– sólo en el marco de un proyecto a nivel nacional. Esta lógica de “tapar agujeros” no se ve sólo con las leyes que dan el marco para las nuevas tecnologías reproductivas, sino también con las leyes de investigación biomédica. Lo llamativo es que deciden reglamentar o sancionar estas leyes sin que haya un debate acerca de qué sistema de salud queremos, deseamos o aspiramos.

Judith Butler escribió un libro muy interesante llamado *Vida precaria*. En él expresa cómo necesitamos generar vida precaria para que el sistema funcione, no sólo para que esos “seres precarios” aporten gametas, sino también en el campo de la investigación biomédica, para que proporcionen cuerpos a la hora de probar fármacos. Invisi-

bilizar esta cuestión sin duda coloca un signo de interrogación acerca de la eticidad de las prácticas y nos obliga a un debate serio y profundo acerca de la modalidad de progreso que elegimos.

Por último, quiero comentar algo que advertí ayer en la modalidad de votación que se implementa en estas jornadas. Las preguntas son interesantes, al igual que el sistema de votación. Pero cabe destacar que cada pregunta establece ya sus opciones. Pensado esto desde los aportes del filósofo austriaco Ludwig Wittgenstein algo resulta inquietante. Wittgenstein dice que siempre que nos podemos plantear una pregunta, es porque sin duda alguna vamos a encontrar una respuesta para ella. Si nuestro marco conceptual y discursivo, si nuestro sistema económico y social, nos deja formular un interrogante, un poco antes o un poco después, vamos a encontrar una respuesta. Lo que en verdad tenemos que pensar es cuáles son las preguntas que no nos estamos formulando, porque nuestro marco de referencia no nos permite ni ver ni expresar. Cuáles son las zonas más “oscuras” de todas estas prácticas. Quizás allí tengamos la clave para seguir pensando, porque los filósofos sólo abren caminos para pensar. No creo que un filósofo pueda decirnos cuál es el estatus moral de un embrión y no sé si alguien lo pueda hacer. Sí podemos señalar los límites de esos discursos para comenzar a abrir nuevos caminos a partir de su conocimiento.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que es muy interesante saber qué opina la mayoría de los ciudadanos. Creo que este debate tendría que ampliarse, porque debemos tener conciencia de que en esta sala hay una minoría. Somos una minoría, y cuando votamos, aquello que esa votación expresa no es más que lo que piensa la mayoría de una minoría. La minoría directamente comprometida con la realización de las prácticas de reproducción asistida.

Éstas son sólo algunas de las cuestiones a plantear. Cuestiones que nos impulsan hacia una reflexión ética potencialmente superadora de esa “ética de mínima”, de derechos y deberes formales y abstractos, que comenté en el comienzo. Es posible que ese tipo de ética formal logre tranquilizarnos y además imponga un orden en el horizonte de la reproducción asistida. Pero es nuestro deber ir más allá y preguntarnos siempre por los sentidos y los valores que elegimos para guiar nuestra actividad profesional. (Aplausos).

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias, Dra. Rivera. Clarísima tu exposición.

Nos has dejado varias preguntas en el aire y algunas fueron convenientemente contestadas; por ejemplo, la de la ley. De todas formas, las podemos comentar más tarde y las otras podrán ser utilizadas en el debate de esta mañana.

ASPECTOS LEGALES REFERIDOS A LA DONACIÓN DE GAMETOS Y PRE EMBRIONES: REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN PAREJAS HOMOSEXUALES, EN FAMILIAS MONOPARENTALES. ALQUILER DE ÚTERO

Dra. Claudia Silvani

Director (Brugo Olmedo)

Invito a la doctora Claudia Silvani para que dé comienzo a su exposición.

Claudia es abogada recibida en la UBA y especialista en aspectos legales en la reproducción humana asistida. Fue Presidenta del Comité de Bioética del CEGyR, es Profesora del Departamento de Filosofía del Derecho en la UBA, y es autora y co-autora de diversos libros y artículos publicados sobre el tema.

Muchas gracias, Claudia, por estar con nosotros.

Dra. Silvani.- Muchas gracias a ustedes, por estar tan temprano aquí.

Con respecto a mi charla, la modifiqué un poco anoche, después del día arduo pero muy productivo que tuvimos ayer, porque si bien los temas que voy a tocar son los mismos, también pude ver que hubo gran acuerdo en las votaciones respecto de algunos puntos sobre los que pensé que habría más discusión. Entonces, me parece más interesante pasar a otros temas, en los que supuse que podría haber más conflicto.

Voy a tomar los temas de donación de gametas y embriones, y subrogación de útero. Podemos hablar de útero subrogado o alquiler de útero. Vamos a ver los distintos nombres con que lo conocemos los abogados, los médicos y la sociedad en general.

Como primer conflicto incluí el tema de las edades, sobre lo que hablamos ayer, y la situación de la dadora. Ustedes verán que hablo de donante y dadora, de donación y dación, refiriéndome a lo mismo, porque en el mundo jurídico consideramos que, en realidad, la donación debería llamarse dación, para llevar implícita en ese concepto la característica de gratuidad. De todas maneras, como es conocida como donación, me voy a referir a ello de ambas maneras.

Con respecto a la donante o dadora familiar o conocida, no sé si recuerdan que ayer en las preguntas había un amplio consenso sobre el no acuerdo.

En relación con las gametas como bienes disponibles en el mundo jurídico, todavía hay una parte de la doctrina que se pregunta si en realidad las gametas podrían donarse o no. Todos están seguros de que no pueden venderse. ¿Pero pueden donarse?. Ésta es una pregunta que se hace. De hecho, la mayor parte de los proyectos de ley en nuestro país prohíben la donación.

Por otra parte, está el acceso a las técnicas, la dadora o

donante, y el riesgo que esto implica.

Recuerdan que ayer hablamos de la potencialidad de vida del embrión, de cómo una gameta puede potencialmente formar un embrión y potencialmente ser una persona. Entonces, hay quienes dicen: tenemos que traer esa restricción mucho antes, hasta la gameta. Y piensan: “La gameta es un bien personalísimo, nace y muere conmigo, y no lo puedo donar.” Ésta es una parte pequeña, pero aún existe.

Por otro lado, la teoría contraria dice que es tejido humano que se separa del cuerpo; sin embargo, no se rige por la Ley de Trasplante de Órganos. Entonces, si hay un derecho a disponer del propio cuerpo, por lo tanto, es posible disponer de las propias gametas.

Con respecto a quiénes tienen acceso a las técnicas en general, y en particular a las de donación, ayer hablamos mucho también sobre el derecho a procrear, que en la Argentina está adosado a nuestra Constitución, a través de pactos internacionales a los cuales Argentina suscribió.

Entonces, decimos: cuando hay un derecho de una persona, también tenemos un obligado. Aquí el obligado sería el Estado. Por un lado, el obligado puede tener una obligación de hacer o de no hacer. Una obligación de hacer sería la de proveer los tratamientos y pagar por ellos. Por otro lado, está la posibilidad de no hacer o, al menos, no obstaculizar. Se trata de hacer que, aun reglamentándolos –porque los derechos deben ser reglamentados– sea posible el cumplimiento de esos derechos.

Cuando hablamos del derecho a procrear, que no se ha dado en los pactos internacionales, nos referimos también al derecho a procrear que tienen las parejas unidas en matrimonio o las personas de determinado sexo, las parejas heterosexuales u homosexuales o igualitarias. En realidad, es el derecho de una persona. Entonces, aquí viene el punto: el Estado puede regular los derechos. Los

regula, en este caso, diciendo en una ley quiénes pueden tener acceso a una técnica.

Para ello, normalmente, el espíritu de esa ley dice que tiene en cuenta el bienestar del menor. Y considera, entonces, qué sería lo mejor para el menor que va a nacer: que las personas que puedan acceder a los tratamientos sean parejas unidas en matrimonio. Eso es lo que dicen los proyectos más restrictivos: parejas heterosexuales unidas en matrimonio o parejas estables, dicen otros, sin la necesidad de unión matrimonial, pero con un determinado tiempo de convivencia en años, arbitrario, de dos o tres años.

Por otro lado, está el tema de las mujeres solas y también el caso de las parejas igualitarias u homosexuales. En nuestro país, en este momento, el tema se reaviva después de tener la Ley de Matrimonio Igualitario, porque aquí hemos dado un gran paso con respecto al derecho al matrimonio. Pero el matrimonio es fuente de muchos otros derechos. Por ejemplo, el derecho a adoptar. Una pareja heterosexual, por estar unida en matrimonio, puede adoptar. Por supuesto, las parejas igualitarias quieren tener los mismos derechos que los matrimonios heterosexuales.

Ayer en una de las preguntas me pareció interesante ver cuán distinto fue el resultado de la votación con respecto a parejas lesbianas y parejas homosexuales hombres, con la idea de ser más restringidos al acceso para los hombres. Desde el punto de vista jurídico, esto tendría alguna explicación, porque las parejas de mujeres pueden utilizar el útero de una de ellas, más allá del óvulo, por supuesto; pero en el caso de los hombres, necesitan sí o sí una subrogación, es decir, un útero externo. Y a esta cuestión la vamos a volver a tomar en el tema de la subrogación, que sería mucho más complicado.

Con respecto a las donantes, es importante que nos preguntemos cómo llegamos a ellas. Éste es otro tema, desde el punto de vista jurídico.

En la imagen podemos ver propagandas de otros países, que están en Internet o que se pueden ver por televisión en España, donde el tema es absolutamente abierto a la sociedad, y no algo scuro y escondido. Ustedes mejor que yo sabrán que ésta no es la forma en que las donantes llegan a las clínicas, a través de hacer publicidad abierta. Y ése es otro punto importante: ¿cómo llegan las donantes a la clínica?

¿Y por qué me importa también eso? Por el tema del riesgo, que habíamos mencionado anteriormente. En realidad, estamos tomando a una mujer sana, joven, altamente fértil, con o sin hijos, y vamos a darle medicación e implicar ciertos riesgos en ella, que no hubiera tenido si no fuera donante. Por supuesto que ella accede a tomar este riesgo, tiene información suficiente, firma el consentimiento y lo hace por motivos que son altruistas. Pero, en realidad, existen muchas otras motivaciones. Enton-

ces, por más diligencia médica con la que se actúe sobre la mujer, siempre existe la posibilidad del riesgo. Y a ese riesgo, ¿cómo lo vería un juez? Ésa es otra pregunta. Especialmente cuando sucede sobre esa mujer, que no necesitaba ninguna medicación ni que se le extrajeran los folículos, entre otras cosas.

Aquí menciono otros conflictos: uno es el de la instrumentación jurídica, es decir, cómo se plasma la donación. El de la filiación y la identidad los voy a tomar por separado.

Con respecto a la instrumentación, tanto para embriones como para gametas, normalmente se hacen intra-clínicas, a través de consentimientos informados, que firma tanto el o la donante como los receptores. Una discusión jurídica se da respecto de si es suficiente el consentimiento informado o si se trata de algo demasiado débil como para algo tan importante. ¿Debería hacerse a través de un contrato entre partes? ¿Debería hacerse por instrumentación pública, como para que un escribano dé fe?

En el caso de los embriones, como decíamos ayer: ¿Es una persona? ¿No es persona? Entonces, tenemos las dos posturas: los que dicen que los embriones se pueden asemejar a las gametas, porque son un conjunto de células –entonces, ¿por qué los vamos a diferenciar de la donación de gametas?, tendría que dárseles igual tratamiento-. En cambio, quienes dicen que los embriones in vitro son personas, afirman que las personas se adoptan. Yo no puedo donar a mi hijo, o dárselo a alguien sin más, firmando un consentimiento entre partes; tampoco puedo hacerlo por medio de un contrato, ni siquiera con un escribano. Entonces, allí tendría que haber una intervención judicial y seguirse todo el camino de la adopción también para los embriones.

Por más que nosotros normalmente hablemos de “adopción pre-natal”, en realidad, no existe en la Argentina un instituto que se llame “adopción pre-natal”. Además, la adopción de ninguna manera incluye a los embriones. En este caso, sí va a haber necesidad de una legislación que establezca cómo se va a llevar a cabo todo eso.

Mencioné lo del consentimiento informado porque es, hasta donde sé, la forma en que se está llevando adelante hoy. El consentimiento informado es una manera de cuidar tanto a los profesionales como a los pacientes, teniendo en cuenta que el consentimiento no es la hojita que se les da –yo siempre pongo mucho énfasis en esto, para el cuidado de todas las partes–, no es el formulario pre-escrito que se les da para firmar al señor o a la señora a quienes, al entrar en el quirófano, se les pregunta si van a donar, y firman. Eso no sirve para nada. Ese tipo de información no le sirve a la persona, ni le sirve al médico y tampoco sirve como modo de prueba en un juicio, donde se va a tirar abajo muy fácilmente.

El consentimiento es, en realidad, todo un proceso de información y de intercambio entre los profesionales y

los pacientes. Seguramente, ustedes verán que hoy los pacientes están mejor informados, hacen más preguntas y tienen más interés. Y yo creo que, aunque quizás sea más tedioso, porque tienen que dedicarles más tiempo, en realidad es en beneficio de todos. Un paciente que sabe exactamente a qué riesgos se está exponiendo y cuáles son sus posibilidades ciertas, es el paciente que probablemente menos conflicto traiga en el futuro. En cambio, no ocurre lo mismo con el paciente que se sienta delante de ustedes viéndolos como a un dios que les va a traer un hijo.

Yo soy ex paciente, así que no lo digo sólo porque lo he visto, sino porque me he sentado frente a un especialista viéndolo como al señor que va a hacer posible que yo tenga un hijo. Después, uno se pone a medir las posibilidades. De hecho, el profesional me habló del porcentaje de entrada, pero yo estaba segura de que iba a quedar embarazada en el primer tratamiento. Esto suele pasar. Y uno tiene la seguridad de que va a tener un hijo, no muchos, y que además ese hijo va a ser sano.

Cuando todo eso no sucede y las expectativas estaban puestas en ustedes a manera de dioses, es cuando se produce el conflicto. Pueden decir: “me engañaron”, “algo hicieron mal”, “mi amiga fue a otra clínica y quedó embarazada en el primer tratamiento, así que “si yo llevo tres acá, seguramente algo está mal”, etcétera. Probablemente, ustedes conozcan situaciones similares, aunque no con juicios – hasta donde sé–, por suerte.

Con respecto a la filiación, es un gran tema en relación con la donación. En nuestro país, según el Código Civil, la filiación puede ser por naturaleza o por adopción. Como dijimos ayer, Vélez Sársfield, a fines del 1800, no pudo tener en cuenta la donación de embriones in vitro, pero sí se tuvo en cuenta la adopción, es decir, cuando hay una sentencia judicial que dice que tal hijo pertenece a tal persona.

Estamos en un momento nuevo en el que nuestro Código establece como último modo de prueba, es decir, como realidad biológica, al ADN: y acá puede surgir el conflicto.. Hay una situación interesante, que ya fue mencionada, pero la quiero señalar desde el punto de vista jurídico. Cuando hablamos de donante de óvulos podríamos preguntarnos, por ejemplo, qué pasaría si la donante se arrepintiera y quisiera la maternidad del chico que nace. Bueno, va a ir a juicio y, como no hay una ley, el que va a decidir será el juez. En ese sentido, nos parece altamente posible, si no obvio, que el juez vaya a tener en cuenta que esa mujer sólo dio la gameta y que, en realidad, fue la otra mujer quien portó el embarazo. El Código establece que es madre quien pare al niño. Entonces, basados en esos principios, es obvio que el resultado va a ser que la portadora será la madre.

Me pregunto qué pasaría si hubiera subrogación. En ese caso, no parece tan obvio. En realidad, parece obvio lo contrario. Nos parece que la madre tendría que ser la mu-

jer que aportó la gameta.

Entonces, como decía ayer el diputado: ¿es justo que dependamos del juez que va a tomar una causa? Esto suele pasar muy frecuentemente.

Por otro lado, existe el principio de voluntad procreacional, que podría ser tenido en cuenta por un juez, y se espera que lo tenga en cuenta. Es decir, que se averigüe quién fue el que tuvo la voluntad de ser padre. En el caso de los donantes, más allá de que hay una conexión genética, no existe la voluntad de paternidad. En el caso de la subrogación, existe la voluntad procreacional en la pareja receptora, que es la que quiere al niño, y no en la mujer que llevará adelante el embarazo.

Como se darán cuenta, uso todas estas palabras porque no tenemos vocabulario. Creo que en ningún otro idioma, pero seguro que no en castellano. Trato de no hablar de “madre” porque, en realidad, la madre portadora es la mujer portadora, pero no es la madre. La madre genética no es la madre, sino que es la mujer que aportó la gameta. Ni siquiera tenemos vocabulario para hablar de estas cosas, así que lo vamos creando.

En ese sentido, el principio de voluntad procreacional puede llegar a tenerse en cuenta, y eso sería maravilloso. Sin embargo, la realidad es que nuestro Código habla de ADN como última prueba, y eso es algo objetivo.

Con respecto a estos temas, se han dado casos judiciales en el mundo. ¿Será que somos tan distintos como para que los juicios que se dan en todo el mundo no se den en Argentina? No lo sé. Creo que existen varios motivos. Uno de esos motivos podría ser la información que tienen los pacientes, que creo que es realmente buena en la mayor parte de los casos. Otro podría ser que se trata de un tema muy íntimo; muy pocas personas lo dan a conocer y, cuando hay un conflicto, es muy difícil hacerlo. Normalmente, prefieren solucionarlo entre ellos o intra-clínica. En el caso de no ponerse de acuerdo respecto del embrión, si la pareja se separa, hay todo un problema con qué se hace con los embriones congelados; los dejan ahí por siempre y no se toca más este conflicto.

Además, no hay tantos abogados especialistas en el tema. Ésta es otra realidad. Me han llamado abogados que se dedican a las cuestiones de familia diciéndome que tenían una pareja que se estaba divorciando en muy malos términos y un miembro de la pareja, que había aportado la gameta, quería la tenencia, alegando que el otro no había aportado la gameta y, por lo tanto, no era el padre o la madre; además, lo podían demostrar con un ADN. Entonces, los abogados me preguntaban si eso podía ser así. Quizás sea otra la razón por la que no hay juicios al respecto.

La realidad es que existen casos en el mundo en los cuales los donantes de esperma se arrepienten y en los que las mujeres que llevan adelante el embarazo para subrogación se arrepienten y deciden no dar al niño. Hubo casos

en los que había gametas donadas, o sea, un embrión, una madre portadora y una pareja; es decir, había varias personas y todas reclamaban al niño.

También puede suceder que más de uno se arroge la paternidad, o bien que ninguno reconozca la paternidad. Por ejemplo, el peor caso es el *leading case* en los Estados Unidos. Había gametas donadas, una mujer portadora y una pareja receptora que se divorció durante el proceso de embarazo, y ninguno quería reconocer al niño. La decisión fue tremenda, se dio a la chiquita en adopción al Ministerio de Menores para que fuese adoptada por otra pareja. Sin embargo, la Cámara en la segunda instancia revocó intimando a que la pareja receptora se hiciera cargo, porque habían firmado un contrato. Entonces, haciendo valer el contrato, ellos tenían que ser los padres de esa niña.

Se trata de una zona oscura y, como no la tenemos en nuestra realidad, a veces ni la vemos. Sin embargo, creo que es bueno hacerse preguntas y ver que se puede evitar estas circunstancias con una buena información hacia los pacientes y hacia los donantes.

Ayer hablábamos acerca del derecho al anonimato –y lo hemos estado discutiendo–; el derecho a la identidad del niño; el conflicto de los derechos; el derecho a la identidad que tiene el niño frente al derecho a la intimidad que tienen los donantes; y cómo juegan todos ellos.

La realidad es que las legislaciones más modernas tienen una tendencia hacia la apertura. No me parece extraño, porque esto lo hemos vivido muchos años atrás con la adopción. La adopción en principio no se aceptaba. En el 1800 no se la quería incluir en el Código Civil, porque no estaba bien visto adoptar. En principio, lo hacían algunas personas para continuar su linaje, o para tener herederos. Después de las guerras, se comenzó a adoptar niños porque quedaban huérfanos; entonces, la imagen de la adopción se revirtió. Hoy nadie se atrevería a decir que es un instituto que no debería estar contemplado porque es altamente conflictivo y tiene que ser secreto.

Por eso, creo que con la donación de gametas y de embriones también recorreremos este camino; en este sentido, soy optimista. Quizás, para que la ley lo refleje, necesitamos recorrer un camino como sociedad. Llegado el momento, alguien va a estar sentado aquí diciendo: “En algún momento la donación era altamente conflictiva; quién se atrevería hoy a decir que es un instituto que no debería estar contemplado por la ley”. Sin embargo, hoy, la realidad es que se trata de un tema altamente controvertido.

Por supuesto que ustedes saben muchísimo del tema, pero cuando un periodista sale a preguntarle a la gente por la calle para saber qué opinan sobre estas cuestiones, suelen no tener conocimiento al respecto. Por eso, me parece bueno que ustedes salgan los medios a hablar y a explicar. Sé que lo hacen mucho y que la recepción es muy

poca porque, normalmente, la información también está un poquito torcida.

Otro tema conflictivo es el de la gratuidad. Hablábamos de la dación, porque tiene características de gratuidad. Los lineamientos internacionales establecen en las leyes la posibilidad de donación con compensación de gastos.

Ayer, Florencia Luna habló de una doble moral que suele existir en las sociedades. Sin duda, en la nuestra también, y se refleja hasta en el vocabulario que utilizamos. En este caso, a mí me parece muchísimo mejor establecer en una ley que la donación también incluye una compensación de gastos. Porque cuando se hace de manera solapada, oscura, es cuando se tergiversa la información. Entonces, la gente cree que lo que pasa es que las mujeres pobres están vendiendo sus óvulos a mujeres ricas que quieren hijos y, sin duda, siempre puede haber algún punto de realidad en esto. Ustedes saben bien, porque están frente a muchas pacientes, que no estamos hablando de mujeres ricas que quieren comprarles óvulos a mujeres pobres.

Entonces, como sociedad, deberíamos ser lo suficientemente adultos como para tomar esta problemática y decir: “Esto es lo que aceptamos, pero aquello otro, no”. Tal vez haya que decir que no. Quizás en mi cabeza lo ideal sería una mujer que se acercara a donar sus óvulos porque quiere que otras mujeres sean madres. Pero no sé si va a funcionar en la realidad y no sé si funcionaria; por lo menos, no es así en ningún lugar del mundo.

Creo que necesitamos sentarnos y hablar con todas las palabras. Necesitamos hablar de esta compensación de gastos unida a la forma en que llegan las donantes a la clínica y de la nueva entidad de la “reclutadora”, que todos conocemos. Además, las clínicas viven y también padecen. Yo diría que todo surge del anonimato, de lo poco claro, y de lo que no se dice. Esto trae hasta conflicto desde el punto de vista administrativo y contable pero tenemos que sentarnos y buscar la forma.

Además, la gratuidad, la compensación de gastos y el pago están unidos a la subrogación, por supuesto. Aquí directamente estamos hablando de un contrato en el que se establece un pago para que una mujer porte un embarazo y luego entregue al niño. Las consultas que verán ustedes por subrogación, así como lo veo yo, son cada vez más.

Para nosotros, el alquiler de útero, sería un contrato nulo, porque el objeto del contrato, es decir, lo que se va a entregar, es una persona. Es como la venta de una casa, que luego del pago pertinente, se entrega la casa. En este caso, sería: hay un pago, te entrego al niño. No le doy una connotación moral, de ninguna manera; tiene una connotación meramente de contrato para saber cómo vamos a llevar esto a la práctica.

Los conflictos son: ¿cómo hacemos cumplir ese contrato y qué sucede con la filiación? Con respecto a la filiación, la adopción directa en la Argentina no existe. Por eso, se modificó la Ley de Adopción a fines de los '90. Antes, una

mujer podía ir a un escribano con otra mujer y manifestar que quería que el bebé fuese de la otra. Después, venía la cuestión de la guarda y todo el proceso judicial hasta la adopción. Esto ya no se puede hacer. Según la ley de adopción, cuando una mujer va a dar a su hijo en adopción éste va a una lista que es general. Sin embargo, después de firmado el contrato y si todo sale bien, la mujer que portó el embarazo tiene el ánimo de entregar al niño a la otra mujer ¿cómo hacen con el tema de la filiación? No se lo puede dar en adopción específicamente a determinada persona.

Lamentablemente, esta restricción jurídica –como decía, nada desde lo moral, es estrictamente jurídico– hace que muchas veces la gente opte por cometer un delito, que es el de anotar al niño bajo otro nombre. Es muy común escuchar esto: “En el hospital que trabaja mi prima de enfermera de no sé qué, lo podés anotar directamente”, y eso está salvado. Entonces, yo me pregunto lo mismo que con el cumplimiento: ¿Hasta dónde llega la responsabilidad del médico?

Con respecto al cumplimiento del contrato, los abogados estamos para pensar qué hacemos si las cosas salen mal. Porque ustedes quizás me dicen que conocen gente que hizo subrogación, que entregó el niño, que salió todo bien y ahora son felices. Pero puede no salir bien. Un caso bastante común es el de una mujer que porta el embarazo y cuanto tiene al niño dice que lo quiere y que no se lo quiere dar a nadie. De hecho, algunas legislaciones prevén un período “ventana” después de tener al niño, de 30 ó 60 días, depende de la legislación, en el que la mujer todavía tiene la posibilidad de revocar el contrato.

Imagínense en nuestro país un conflicto en el que dos partes llevan a juicio un caso donde el contrato está firmado, se pagó todo y ahora no se quiere entregar al hijo. Es imposible que el juez haga prevalecer los términos del contrato; es decir, el derecho comercial sobre un tema de filiación. Eso nunca sucedería. Y lo sabemos ahora. Cuando un paciente llega a una clínica para preguntar por la subrogación, realmente ésta es la información que necesita tener para tomar una decisión legítima basada en hechos reales.

Estamos viendo ahora en una imagen la palabra “responsabilidad”, justamente, porque es la idea fuerza que me disparó el debate de ayer. ¿Hasta dónde llega la responsabilidad médica? Ustedes dirán que tomaron los gametos, realizaron el embrión con toda la diligencia absolutamente necesaria y lo transfirieron. La mujer quedó embarazada y se la deriva al obstetra, y allí terminó su participación médica. Realizamos todo bien. Yo les pregunto: ¿hicieron todo bien, o esto continúa? Lo que hicieron fue brindarle a esa persona la posibilidad de cometer un delito anotando al chico con su nombre, ya que es la única opción que tienen. O de saber que están firmando un contrato que, en realidad, puede no cumplirse, y que no tienen forma de solucionar.

Mi opinión personal es que la responsabilidad no sólo es del médico. Me incluyo, porque hace muchos años que trabajo con médicos y muchas veces me he sentado delante de parejas a decirles lo mismo que les estoy expresando a ustedes y terminé llorando junto con ellos. No fue muy profesional, pero la realidad es que cambia la historia cuando uno los tiene enfrente. Ellos dicen, por ejemplo, que es la hermana y que no puede decirles a último momento que no va a darles el niño; o que “es mi amiga de toda la vida” y ya tiene chicos. Entonces, cuando las personas nos cuentan sus casos llorando, nos conmueven. Pero prefiero que lloren ahora y no con un niño que, además, terminará llorando con ellos por el resto de sus vidas.

Creo que el médico también es responsable cuando tiene a los pacientes enfrente con esa situación.

Puse “responsabilidad” en grande, porque es con la que está trabajando la comunidad médica en reproducción asistida.

No se trata de adularlos, porque cuando comencé a trabajar en esto, hace unos quince años, decía que debía haber una ley, porque no hay forma de parar esto, no hay forma de regularlo. Sin una ley se va a hacer cualquier cosa. Mi visión hoy es absolutamente distinta. Ayer mencionábamos muchas veces que no hay juicios con respecto a la filiación. En general, no hay conflictos con la comunidad médica por el hecho de que se trabaje mal, no se han cometido excesos; sin embargo, se ha avanzado muchísimo. Por eso, quiero decir que la autorregulación funcionó, y que sin duda existe la responsabilidad médica.

Para el futuro, espero que su responsabilidad –no lo dudo– continúe como hasta ahora. Con todas mis ansias y mi optimismo, espero que los legisladores puedan acompañarlos con la misma responsabilidad.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Claudia: muchas gracias. Tu relato fue súper claro y muy bueno, como siempre.

Con el doctor Coco pensamos que podríamos cambiar un poco la metodología, porque se nos ocurre que debe haber varias preguntas hacia las expositoras. Como tenemos el debate y luego debemos responder las preguntas, para comenzar el debate se nos ocurrió colocar la primera pregunta del cuestionario, que viene al caso.

Vamos a colocar la primera pregunta, porque queremos saber si la audiencia está de acuerdo o no con la donación de gametos. Contestemos esta primera pregunta y luego daremos lugar a las preguntas, las respuestas y el debate.

Hago un breve paréntesis para anunciarles que me acaban de decir que falleció Ernesto Sabato, un intelectual importantísimo.

(Aplausos).

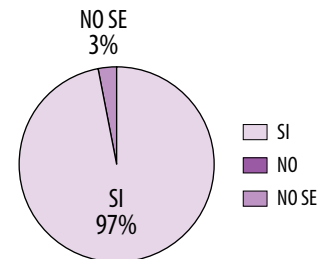
CUESTIONARIO Y VOTACION DONACIÓN DE GAMETOS

1 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 1:

¿piensa usted que debe permitirse la donación de gametos?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).-Tiene la palabra el doctor Pablo Rodríguez Faraldo.

Dr. Rodríguez Faraldo.- Más que una pregunta, quiero hacer una reflexión. No sé si a todos les pasó que cuando leyeron el título del simposio antes de venir se sintieron un poco reticentes respecto de qué podríamos aportar a partir de la formación que uno posee en el aspecto profesional. En teoría, uno cree que no está tan ligado a la actividad que hacemos diariamente. Sin embargo, me parece que nos ha despertado a todos el hecho de mostrarnos temas que, a veces, dentro de la rutina, no los podemos analizar tan profundamente, por la rapidez con la que uno trabaja en función de los resultados e informes.

Me parece que esto sirve –ésta es mi apreciación personal– para pensar. Creo que el hecho de pensar, a su vez, nos hace ser más reflexivos; por su parte, el hecho de ser más reflexivos nos hace más críticos. Y el ser más críticos nos hace tener un aporte mayor y enriquecer la actividad que desarrollamos.

El hecho de compartir nuestra actividad con otras actividades profesionales, en un futuro va a devenir en algo enriquecedor para toda la sociedad, que es lo que estamos buscando. Ayer, con la charla del doctor y del profesor filósofo, creíamos que no sabíamos nada, pero en realidad sí sabemos, en otros términos, de lo que se habla. Es bueno que se nos muestre cómo nos ven a nosotros, que somos, según la doctora, una minoría dentro de la mayoría, una realidad a la que no estamos acostumbrados; y que así podamos navegar en esta oscuridad, si se puede hablar de oscuridad, con una pequeña lucecita que nos ayude a ser un poco más democráticos entre nosotros.

Si el objetivo del curso era buscar este stop en la actividad de cada uno y hacernos pensar –repito, es una opinión personal–, se logró con creces. Muchas gracias.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Los objetivos del curso fueron tres. Uno precisamente el de promover el debate, otro conocer los diferentes criterios de valoración de los especialistas y como es la distribución de los mismos.

Es bueno saber si el doctor Bonina que está en Bariloche piensa igual que alguien que está en Salta, o donde fuera. Está bueno conocer las distintas opiniones. En tercer lugar, para que esto no quede en una charla interesante pensamos plasmarla en un cuadernillo, y estas chicas maravillosas, las taquígrafas, se han comprometido concretarlo en pocos días. Esto lo usaremos para hacerle un poco de push a las sociedades científicas, para que cristalicen lo que todos estamos buscando: un Código de Ética de la Especialidad.

Tiene la palabra el doctor Daniel Estofán.

Dr. Estofán (D.).- Excelente la conferencia.

La exposición de la doctora Silvani me despertó un interrogante en cuanto a la subrogación. ¿Cuál sería la postura? No lo había pensado así, hoy por hoy, ante la vigencia del ADN y el problema de la filiación. En el

caso de una madre subrogada está bien claro –y usted lo expuso– que, de acuerdo con el Código de Vélez Sarsfield, el niño sería de la madre que lo tuvo. Pero si los padres reclamaran el ADN, se demostraría que no pertenece a ella. Entonces, ¿cuál sería la postura en esta situación?

Dra. Silvani.- Repitiendo las palabras del doctor, sería la postura del juez que lo tenga en su despacho, que es quien va a determinar qué tiene más peso. En eso estamos absolutamente expuestos y vulnerables. ¿Qué va a tener en cuenta? ¿La voluntad procreacional? ¿El ADN? Éstas son sólo las posibilidades de lo que tendrá en cuenta. Después, el juez elegirá si es el ADN, o si prima la mujer que dio el gameto o el *parto de un fetus sequitur ventrem*. Entonces, es madre quién pare y, por lo tanto, la mujer que portó el embarazo.

Otra opción es si la mujer que porta el embarazo utilizó su propio óvulo; en ese caso está dada la realidad biológica y genética, ya que las dos son de la portadora, y es peor.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Natalio Kuperman.

Dr. Kuperman.- Muy claras las exposiciones. Fueron excelentes.

Quiero hacerle una pregunta a las dos expositoras para saber si pueden hacer un resumen, aunque después estén las preguntas.

En cuanto al anonimato desde el punto de vista filosófico y legal, la tendencia es que si el anonimato se levanta, tenderán a desaparecer los donantes. ¿Cuál es la opinión desde ambos puntos de vista?

Dra. Rivera.- En principio, estoy un poco apabullada por la “mayoría aplastante” dentro de este grupo. Es decir, no es lo mismo plantear la cuestión frente a un grupo que está permeable a cuestionar la donación de gametas –llamada donación, aunque yo no estoy convencida de que sea donación; no digo que en términos jurídicos no lo sea, sino filosóficamente–; a veces, yo no hablo de hechos, porque la consonancia no es entre lo que decimos y los hechos, ya que los hechos ya son una construcción. Hay prácticas, y son prácticas sociales lo que confrontamos con el mundo, en función no sé si de hechos objetivos, sino de cómo se dan las prácticas en nuestro contexto histórico.

La doctora Silvani decía muy bien que quizás podemos tender a una transparencia o clarificación de todo esto. Por supuesto que esto es importante si nosotros pensamos que estas cosas ayudan cuando algo sale mal, pero cuando algo sale mal dentro de un procedimiento que estamos aceptando como legítimo. Yo sigo con el interrogante de si es legítimo. Sin embargo, detrás del anonimato, es como que seguimos en este tren. De todos modos, yo quiero dejar una interrogación, aunque me doy cuenta de que ustedes no la tienen.

Me parece que, si vamos a aceptar la donación, el anonimato es un derecho de los donantes. Además, de esto no sé si hay trabajo empírico, o si se puede comparar la realidad de otros países para saber si disminuiría el número de donantes. Nosotros pensamos que sí. Pero me parece que así se completaría y tendríamos muchos más elementos, que veo que faltan.

Aquí tenemos dos representantes antropólogos, pero faltan las ciencias sociales. Creo que muchas veces hablamos de lo que suponemos, de lo que vemos en la práctica o de lo que filosóficamente pensamos, pero nos faltan datos precisos. Es decir: ¿hay un estudio realizado acerca de la clase social, el nivel educacional y las motivaciones de las donantes? ¿Hay un estudio social realizado acerca de cómo impactaría el cambio si se levanta el anonimato? Creo que eso es importante, y me parece que tendríamos que convocar a científicos sociales, antropólogos, sociólogos, y que entonces nosotros podríamos decidir, más allá de nuestras convicciones filosóficas o decisiones, que yo digo que son ético políticas; en realidad, no son filosóficas. Se trata de ver qué tipo de sociedad queremos, qué lugar le vamos a dar a la maternidad y a la paternidad, qué lugar le vamos a dar al hijo. No va a haber una respuesta única, pero la elegimos, en función del modelo de sociedad y de vínculos a los que aspiramos para nosotros y nuestra descendencia.

Entonces, me parece que es difícil si no procedemos a completar, porque podemos hacer suposiciones. Yo también puedo suponer que las personas que son sujeto, o en realidad son objeto –yo trabajo mucho en el campo de la investigación biomédica–, de pruebas de fármacos, pertenecen a cierta clase social. Pero, en realidad, no están los estudios sociales hechos. Y creo que eso nos daría mucha información, y es muy importante que lo tengamos en cuenta.

Por otro lado, si aceptamos la donación, creo que abrir el anonimato sería un problema para los donantes y para las personas que hacen los procedimientos. Además, el derecho a conocer la identidad genética es un derecho que no podemos desconocer de ningún modo. Y allí veo un conflicto que me parece muy importante y muy radical frente a estos procedimientos.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la doctora Claudia Silvani.

Dra. Silvani.- Desde el punto de vista jurídico, cuando hay dos derechos en conflicto, lo que se va a ver es cuál pesa más que otro. Aquí está el derecho a la identidad del niño frente a la intimidad del paciente. Es probable –en realidad, no lo sé– que cambiará el tipo de donante. No lo sabemos muy bien. En Nueva Zelanda lo que pasó fue que cambió el tipo de donante; me refiero al target del donante.

Hay algo que podría, tal vez, solucionar este tema. En ese caso, siendo no anónima la donación, sí o sí debería establecerse en la ley que no existen derechos ni obligaciones entre donantes y niños nacidos, ni entre los receptores y los donantes. Ésa sería la piedra fundamental. Entonces, en el caso de la adopción para los niños, con esta modificación estaríamos abriendo el abanico de posibilidades. A partir de los 18 años, el hijo tendría acceso a su registro, donde encontraría la identidad de su genitor, pero no tendría derecho a reclamarle nada, y esa persona tampoco podría reclamarle nada a él.

Entonces, tal vez, en la seguridad de esta situación, los donantes existan igual. Si yo estoy dispuesta a donar mis óvulos, porque estoy segura de que no es mi hijo, sino una célula que doné, es como cuando dono sangre. Soy consciente de que me va a poder conocer; estoy dispuesta. No me va a pedir nada, no voy a poder heredarle, ni pasarle alimentos, ninguna de esas cosas. Estoy dispuesta a conocerlo. Por ahí, esa posibilidad puede existir.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la doctora Silvia Rivera.

Dra. Rivera.- Aquí se habló de la intimidad de los pacientes. Pregunto: ¿Los donantes son pacientes?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Guillermo Ponce.

Dr. Ponce.- Seré breve.

Con respecto al útero subrogado, no sé si en el país se está efectuando ese procedimiento, pero si se establece un contrato y luego, cuando el bebé nace, no hay ninguna manera –sin cometer fraude– de que pase al matrimonio receptor, ¿cuál es el mecanismo, en el caso de que hubiere? ¿Se inscribe apócrifamente el certificado de nacimiento? Porque es hijo de otra persona.

Dra. Silvani.- Claro, es así. No hay otra forma.

Se hace así, al no poder entregarlo específicamente a una persona con nombre; porque si yo quiero dar en adopción a mi hijo a tal señora, debo saber que eso no se puede hacer. No hay forma de hacerlo. Por eso digo que es un camino que no tiene salida y nosotros lo sabíamos desde el comienzo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Concretamente, quienes lo hacen, cometen delito.

Dr. Coco.- ¿En todas las provincias de Argentina es así?

Dra. Silvani.- La Ley Nacional de Adopción establece que los niños se anotan en un registro. Si bien ha habido casos en los cuales acuden a un juzgado con un escribano para realizar esto, la realidad de todos los días y las parejas que yo he entrevistado muestran que tienen esta solución final. La realidad es que me dicen, hasta con toda inocencia: “No se preocupe por este tema, porque ya lo hablamos con mi tía, o con quien sea”. No es un invento. Normalmente, ésa es la respuesta.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Les pido por favor que tratemos de sintetizar las respuestas o los comentarios, porque hay mucha gente que quiere opinar.

Tiene la palabra el doctor Marcelo Feliú.

Dr. Feliú.- Muchas gracias.

Voy a hacer tres aclaraciones, lo más puntuales posibles.

Quisiera aclarar dos conceptos a la doctora Rivera. La Ley de la Provincia de Buenos Aires es ley de cobertura de reproducción asistida. Lo planteábamos ayer. Se repetía el mismo problema que tiene la ley nacional, de abordar temas que tienen tantos vericuetos bioéticos, personales, religiosos, etcétera, que impiden consensos mínimos para avanzar. De hecho, ése es el factor fundamental por el cual no avanza la ley nacional. Entonces, entendimos que lo que debíamos hacer era tratar de buscar un consenso mínimo jurídico –en este caso, de cobertura– y tratar de no abordar los otros temas; si no, lo que íbamos a lograr era la frustración de no tener al menos una mínima ley.

Uno de los temas que más problemas traía –y que expuso brillantemente la doctora– es precisamente éste, que es la posibilidad de permitir los tratamientos de fertilidad heterólogos, es decir, que permitan la donación de gametos.

Si bien hay una justificación que tiene que ver con que no había consenso mínimo sobre esto, el principal fundamento para no permitirlo en la provincia de Buenos Aires en esa primera etapa era una cuestión legal.

La provincia de Buenos Aires está imposibilitada de legislarlo, porque es materia privativa del Congreso Nacional. Entonces, por una cuestión de no poder tener consenso mínimo y luego por una cuestión estrictamente jurídica, no podíamos nosotros legislar, por ejemplo, en materia de adopción de embriones o de donación de gametas, porque es materia privativa de la ley nacional. Por eso, en la ley se permiten, en esta primera etapa, tratamientos de fertilidad homólogos esperando –hasta tanto exista una legislación nacional– que podamos avanzar sobre esto.

Dra. Rivera.- Mi duda era si se trataba de una cuestión de complejidad técnica, o si era una cuestión de debate moral. Pero ahora me doy cuenta de que es por no contar con el marco jurídico. Es decir, lo que ustedes quieren es ver cómo resuelven problemas puntuales. Pero yo me cuestiono: mientras tanto, se están haciendo en el ámbito privado cosas que no se hacen en el ámbito público. Hay una incoherencia.

Dr. Feliú.- Porque ahí rige otro principio. Ésa es una ley de cobertura. El segundo principio es que lo que no está prohibido, está permitido.

Dra. Rivera.- Pero mantenemos una desigualdad importante.

Dr. Feliú.- Por supuesto. La ley de la provincia de Buenos Aires avanza sobre un punto, pero deja aristas que se tienen que resolver. Pero bienvenido que se tengan que resolver, porque eso es producto de un avance.

En segundo término, al no estar legislado el alquiler o subrogación de úteros, quien tiene que resolver esto es un juez. Como bien decía la doctora Silvani, es un contrato nulo desde el punto de vista jurídico. Cuando un juez tenga que resolver esto –me permito dar una información estrictamente jurisprudencial–, en primera instancia, pareciera que objetivamente resolverá que es madre quien pare, es decir, quien da nacimiento al chico. Ésa es, si se quiere, la primera aproximación jurídica análoga del Código Civil. Luego, y éste es el avance, la decisión tiene que ver con el hecho de respetar el origen genético. Por eso digo: primero, el Código Civil tradicional; segundo, la identidad genética.

Es decir, la Corte comienza a reconocer –por cuestiones históricas, jurídicas y de progresismo jurídico– que claramente el origen genético es parte de un derecho constitucional que debe ser garantizado.

Pero ahora hay un tercer derecho, al cual el juez hoy está obligado a tener muy presente en su cabeza al momento de decidir un caso como el que se planteaba. Se trata del caso de una mujer que alquila su vientre, tiene el hijo, se arrepiente de darlo, viola el contrato –que por derecho es nulo, pero es un contrato entre las partes– y se da un conflicto judicial.

El tercer elemento, que la Corte está incorporando por primera vez, es el del pacto de la Convención de los Derechos del Niño. ¿Qué significa esto? Que, al momento de resolver una cuestión vinculada con un niño –según la Convención, se es niño desde el momento de la concepción–, la resolución se toma pensando en ese caso concreto qué es lo que más le conviene al bebé, inclusive en contra del patrón genético o del patrón de la propia parición.

Estos son fallos de hace muy poquito tiempo, que marcan un paso revolucionario, desde el punto de vista de la jurisprudencia. Ya no hay dudas de que, al momento de decidirse el caso concreto, se trata de ver qué es lo que le conviene a ese bebé.

Dra. Rivera.- Voy a mencionar sólo una cuestión, porque la doctora Silvani va a dar las precisiones del caso con la claridad que la caracteriza. Simplemente, como filósofa, me pregunto: es muy interesante, y usted ha dicho que es revolucionario esto del mejor interés del niño...

Dr. Feliú.- Es revolucionario en el sentido de aplicar lo que dice hoy.

Dra. Rivera.- ¿El mejor interés del niño es ponerlo en el lugar de ser objeto de una disputa contractual? Porque eso no es un accidente, ni una eventualidad. Fue algo planeado. Esto es inherente al tipo de práctica.

Dr. Feliú.- Doctora: su pregunta va hacia la causa, pero el juez recibe una consecuencia.

Dra. Rivera.- Está bien. Pero aquí estamos pensando otra cuestión desde el punto de vista ético. Es decir, por un lado, en el caso del niño...

Dr. Feliú.- Yo planteo un caso concreto.

Dra. Rivera.- Claro, el caso del niño.

Dr. Director (Brugo Olmedo).- Perdón, pero si hacemos este diálogo es muy complicado dejar constancia de todas las opiniones.

Les pido que sean muy breves.

Dra. Rivera.- Está bien. Dejo planteada mi inquietud.

En el caso de la madre portadora –fijense qué palabra: hasta semánticamente podríamos hacer una disquisición en torno a esto, porque se ha instalado como “madre portadora”–, me parece que estamos usando a una persona como mero instrumento. Ustedes me dirán que pasa a diario en muchos ámbitos de la vida, y no lo niego; pero me pregunto: ¿deseamos que esto siga así? Muchas veces se legitiman cuestiones alegando que también pasan en la vida. Acá hay una intervención profesional, esto es asunto de la política pública. Entonces, que a veces pasen cosas y que se vaya a discutir en un tribunal la tenencia de un niño y demás, que no fue gestado de un modo determinado, son contingencias de la vida. Otra cosa es que instalemos procedimientos que lo tienen, no como una opción muy poco probable, sino como una opción que es inherente a todo esto.

Me parece que justificar en función de que a veces pasan cosas, no sirve. Creo que hay que pensarlo, porque es objeto de intervención profesional y supone una responsabilidad. Además, es objeto de lineamientos de políticas públicas.

Dr. Feliú.- Yo no estoy haciendo un juicio de valor. Me estoy refiriendo a lo que podría tener que hacer un juez en el caso de que ocurra tal cosa. Como legislador, si se quiere, o como ciudadano interesado en el tema, me gustaría que existiera una legislación que prevea esas situaciones y que, en todo caso, recepte la valoración moral de la media de la sociedad.

En este caso, como también dijo la doctora, quien regula alguna de las consecuencias y las evita es la legislación de España. Por ejemplo, permite, en ciertos aspectos y en algún marco, la donación de gametas. Sin embargo, restringe los derechos y obligaciones filiatorias. En España no se podría dar el reclamo del donante de gametas por tener su identidad genética y reclamar su paternidad. Ni un hijo que ha sido concebido con una gameta de un tercero tendría derecho hereditario del donante de esa gameta. Ésa es una legislación que prevé muchas de las consecuencias que nuestra legislación no tiene. Como no las tiene, llega a un caso crucial y el juez no puede evitar resolverlo, porque lo tiene que resolver.

Lamentablemente, hasta que la Argentina no tenga su legislación, vamos a tener que buscar interpretaciones.

Dra. Silvani.- Yo quiero hacer una adhesión a lo que dice el legislador. Seguimos muy vulnerables, porque aun un juez –teniendo en cuenta cuál es el bienestar del menor– puede llegar a tener en cuenta esto, y creo que es bueno que aquí mismo no estemos tan de acuerdo.

Además, yo estoy de acuerdo con la subrogación, es mi visión personal, pero no voy a ser abogada de las parejas que me lo piden, porque no hay una base jurídica para realizarla, no porque esté en contra.

Por otro lado, pienso: ¿Qué pasa con un juez que va a tomar como bienestar del menor la cuestión de decidir si se va con esa pareja? ¿Se lo compró a esa mujer? ¿Es bueno que yo le dé este niño a esta pareja que, en realidad, tenía intención de comprárselo a una mujer de escasos recursos que decidió pasar el proceso de embarazo?

Seguimos tan vulnerables como siempre, no importa el principio legal que se tenga en cuenta.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la doctora Isabel Rolando.

Dra. Rolando.- Voy a ser muy breve.

Me quiero referir al anonimato o no de la donación. En el mundo estamos estudiando y hacemos talleres de donación, específicamente, respecto del no anonimato, porque los hijos nacidos, sobre todo los de donación de semen, han hecho juicio frente al hecho de no poder conocer su identidad.

Por otro lado, con respecto a la ley de la Provincia, realmente no estoy de acuerdo, pero sólo porque creo que lo tiene que hacer la Nación. De todas maneras –y ya lo hablamos ayer– la ley es un gran avance, es un espaldarazo muy importante para la ley nacional que está muy bien guiada por ahora. Sin embargo, no es muy moderna, porque la congelación no está cubierta.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Isabel: el 70 u 80 por ciento de los jueces, no importa si son o no corruptos, están en contra de la donación, en contra de la ovodonación...

Dra. Rolando.- Yo no estoy hablando de la ovodonación, sino de la ley.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Creo que tenemos que ser justos. La ley puede parecernos absolutamente restrictiva, pero no lo es; si no, se hubiera quedado, como todas las decenas de leyes que se presentaron, en el cajón...

Dra. Rolando.- Pero en la reglamentación, se pudo haber cubierto.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No.

Dra. Rolando.- En la reglamentación, sí.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No.

Dra. Rolando.- ¿Por qué no?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Porque tenían miles de presiones, que vos conocerás igual que yo...

Dra. Rolando.- Por ejemplo, una paciente tiene riesgo al no congelar, si no tiene plata para hacer el tratamiento...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Si se hubiese puesto la criopreservación, la ley no salía. ¿Qué preferís?

Dra. Rolando.- En la reglamentación, sí. Si ya había salido. Participamos en la reglamentación.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Pero empiezan las presiones.

Dra. Rolando.- Nosotros participamos de la reglamentación y de todas las reuniones; nos habían dicho que sí se congelaba y después salió en IOMA que no; y una paciente que no tiene plata y no puede congelar, tiene riesgo...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Por qué cree que el resultado fue “no”?

Dra. Rolando.- Por una cuestión dogmática.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Claro. Hay un montón de presiones. Además, estamos en Argentina, no en Holanda.

Dra. Rolando.- Pero se corre el riesgo de que se estimule mucho menos, dando menos chances a la pareja.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sin duda, tenemos que mejorar la ley, pero creo que es bueno que haya una, al menos, que dé el puntapié inicial.

Tiene la palabra el doctor Bisioli.

Dr. Bisioli.- Me parece que, al margen de que se llame donación o dación, está lejos de ser mujeres ricas que compran óvulos a mujeres pobres, pero también está lejos de ser compensación de gastos. Porque, lo que para alguna persona puede ser compensación de gastos para otra, ciertamente, es un sueldo.

Al respecto, hay algún trabajo hecho por algún centro en Buenos Aires en el que se les preguntó a las donantes por qué donaban, y la mayoría respondió que era por cuestiones altruistas. Igualmente, me parece que no se tiene en cuenta que quizás hubo una presión allí, por miedo a perder su sitio como donantes si respondían otra cosa, por ejemplo, que iban por la plata y nada más.

Por otro lado, respecto de las propagandas que mostró la doctora Silvani, me parecieron, realmente, muy ilustrativas. La verdad es que no ocultan nada, pero a la vez el tema está mercantilizado. Y la propaganda que decía: “un regalo chiquitito”, ni siquiera decía “chiquito”; es tratar a las donantes como si fueran nenitas. Y no son nenitas; por lo tanto, se las está tratando como tontas. Está infantilizado.

Y la propaganda en que aparecía una mujer con un banner justo sobre los pechos, es el más difícil de interpretar...

Dra. Silvani.- Aseguro que no tuve ninguna participación en la realización de la publicidad.

Dr. Bisioli.- Por otro lado, estaba pensando que, en lugar del término “reclutadoras”, a veces se usa el término “madama”; es realmente insólito. Cuando lo mencioné, me protestaron, pero yo lo escuché. En realidad, criticaban al mensajero, porque yo decía lo que había escuchado. Creo que es insólito, porque todos sabemos que es una “madama”. Al respecto, hay algún escrito ético acerca de la relación, porque no es prostitución, pero de alguna forma están vendiendo una parte de su cuerpo. Deberíamos pensarlo.

A su vez, estoy totalmente de acuerdo con los consentimientos porque sé que legalmente son un poco débiles. Me gustaría que en el manual figurara esta recomendación: algunos consentimientos que he leído dicen que, si la paciente no aclara que no dona, entonces se interpreta automáticamente que dona. Me parece que es engañoso. Porque si se lee el consentimiento de algunas hojas, cuando llegué al final me olvidé de esa parte y firmé. Me parece que es poco claro. Debería constar, y no me parece correcto en absoluto.

Por último, en relación con la identidad –al respecto, el doctor Coco tiene un comentario para mí novedoso–, voy a hacer una pregunta a la doctora Silvani. Si alguien pidiera en algún momento la identidad, ¿piensa usted que se debe conservar la información? Es decir, tengo que ir al banco de semen o de óvulos y especificar el año en que fui concebido. No sé si es la manera en que se hace en la Argentina, y si se conserva en todos

lados. La ley legisla para adelante, pero ¿qué pasa con la persona que pregunta el día de hoy? Obviamente, los datos tienen que estar, pero de la fecha que establece la ley para atrás tiro los informes a la basura, total nadie va a preguntar. Me parece un problema grave. No hubo juicios hasta ahora, pero en algún momento alguien va a querer saber y va a ser un problema.

Dra. Silvani.- Es parte de la responsabilidad de la que hablaba anteriormente. La mayor parte de las clínicas lleva dobles registros y lo hacen por si a uno le pasa algo. También hay un backup de la computadora. Lo están haciendo ustedes sin una legislación. Por supuesto, si la legislación prevé el derecho a conocer la identidad, eso tendrá que ir de la mano con un registro nacional.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Arribère.

Dr. Arribère.- Voy a retomar el tema del alquiler de útero o de la subrogación. Hay un principio básico en derecho que establece que cada cual es responsable de sus actos. Eso es ineludible en la Nación, en la Provincia, en los municipios o en una sociedad de fomento. Es decir, en todos los ámbitos y jurisdicciones, todos somos responsable de nuestros actos. Cuando se plantea el problema de que viene la madre genética a cuestionar el principio básico de que es hijo de la madre que lo parió –no tiene ningún contenido peyorativo–, se saca a relucir el superior interés del niño. El niño está metido en el medio de la cancha, peloteando de un lugar al otro. Yo creo que no tenemos que esperar a que se judicialice un problema de este tipo.

Además, si hacemos reproducción, si estamos ofreciendo salud desde el momento en que la infertilidad es una enfermedad, los centros deberían realizar un consenso y pensar qué están haciendo y preguntarse si están dando salud a una pareja de homosexuales masculinos. Los varones, homosexuales o no, no tenemos capacidad de procrear y creo que tanto los homosexuales como los heterosexuales, especialmente los homosexuales, deberán atenerse a su estado, a su situación.

Creo que el centro va a contribuir a generar un problema. El problema es el de una persona, y si a mí, juez, me traen un problema de este tipo, intentaré resolverlo por algún artilugio legal, como es la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, que no es más que un artilugio legal. Entonces, estoy convalidando un acto ilícito, nulo de nulidad absoluta, como es el contrato de subrogación.

El contrato de subrogación, efectivamente, tiene por objeto una persona: el chico nacido; aquí escapa de la discusión si es por nacer o si no es. Dentro de los aspectos nulificantes, implica constreñir a la gestante a terminar su tarea y entregar o no al chico. No hay en el país ningún juez que autorice el aborto del feto que se está gestando en caso de arrepentirse la gestante, porque no quiere seguir adelante, o que los comitentes se hayan arrepentido y no quieran al chico.

Por lo tanto, los jueces no deberían siquiera buscar el más mínimo artilugio para convalidar ese tipo de contratos. Pero antes que a los jueces, apelo a la responsabilidad que les cabe a los centros en la gestión de una situación que puede llegar a comprometer el orden público. Porque, por un lado, estamos abriendo la puerta a la aceptación de las ilicitudes y, por el otro, estamos comprometiendo la vida de la gestante y, eventualmente, la del chico.

Me preocupa la apelación a los centros.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Aprovecho para decir dos cosas que deberíamos contemplar como una posibilidad. Se trata del cambio respecto del concepto de familia en una sociedad, para bien o para mal. Se trata de un hecho concreto y lo será cada vez más.

Por otro lado, estamos hablando de alquiler de vientres y no necesariamente (aunque podamos disentir) de la compra de un niño.

Sr. Director (Coco).- Quiero volver sobre el derecho a la identidad genética. Es algo que siempre trato de preguntarme y no entiendo lo que quiere decir.

En realidad, creo que todos tenemos un genoma humano que pertenece a la humanidad y que mi genoma no es diferente al de todos ustedes. Entonces, no sé por qué estamos siempre detrás de esta cuestión de la identidad genética. Entendí muy bien que forma parte de la historia de los pueblos. Pero nosotros estamos muy sensibilizados con toda nuestra historia. Ayer me preocupó lo que dijo Fernando Neuspiller. No sé si está presente hoy, pero Fernando comentó que forma parte de un centro europeo, el IVI, y que ellos contaban con toda la información genética de los donantes en un chip el cual se entregaba a los pacientes.

Claudia: quiero preguntarte si eso se puede hacer. ¿No sería un abuso apropiarse de datos genéticos, que son individuales por la diversidad particular de cada uno de nosotros? No habría que impedir que eso suceda? y sobretodo la posibilidad de su mal uso. El derecho a la identidad familiar es igual que la identidad genética?

¿Qué aportaría? ¿Es algo tan necesario? Nos podrían ayudar a ayudar a los psicólogos?

Dra. Silvani.- Desde el punto de vista específico del derecho, debemos tener una legislación distinta en cuanto al derecho de la persona a tener esos datos absolutamente privados y que la clínica no se los dé a externos.

Por supuesto, si existe un conflicto, el juez va a determinar cuánto pesa el derecho a la identidad del niño y del paciente.

Todo el tiempo hablamos del derecho a la identidad, pero no necesariamente a la identidad genética, sino que abarca mucho más. Por eso, manifesté el ejemplo de la Ley de Adopción, para saber quiénes fueron las personas que donaron. En la construcción de la identidad, es probable que ayude más un psicólogo que un abogado.

Sr. Director (Coco).- Para mí es como seguir aferrado a la herencia de sangre. Hoy ya nadie quiere transmitir un rasgo nocivo a su descendencia, o sea que es un concepto antiguo. Me parece que habría que restarle importancia a la identidad genética.

Dra. Rolando.- A la identidad.

Dr. Rolla.- Esto lo dijo Marcelo Feliú ayer, cuando hacía apología con los autos, desde la Ferrari y creo que llegó hasta un Duna. *(Risas)*.

Una vez más la ciencia es la que afronta y desarrolla una tecnología que desafía a la ética; es decir, la coloca ante la necesidad de resolver ciertos dilemas y desafía al derecho, en ese orden. Me parece que no tiene mucho sentido que sea la dificultad de normalizar el derecho el que frene todo. Eso está claro, pero tenemos que saber que es una dificultad.

Por otro lado, leí esta similitud que pudiera encontrarse entre la donación –y lo digo como pregunta y duda, no lo estoy afirmando– y la prostitución. Llegamos bastante rápidamente a esa similitud en cuanto a que recibo dinero porque doy una parte de mi cuerpo. En realidad, no encuentro muchas diferencias entre esta situación y un deportista de élite, por ejemplo, un jugador de fútbol de Boca. Considero que debemos revisar este concepto desde el punto de vista de la ética, en cuanto a si es correcto recibir dinero por dar una parte de mi cuerpo. Entonces, no es bueno que la discusión –y lo digo como lo pienso yo– sea con el fantasma de la prostitución dando vueltas. Me gustaría separar las aguas. Un deportista de alto rendimiento hace exactamente lo mismo: vende parte de su cuerpo. Nosotros estamos cansados de ver deportistas infértiles. Es decir, entregan la fertilidad a cambio de dinero.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la doctora Alicia Gallo.

Dra. Gallo.- Quiero retomar la cuestión relativa al altruismo de los donantes.

Durante mucho tiempo realicé entrevistas a los donantes. Al principio, nos parecía que era por cierto altruismo o por algún beneficio a cambio, tales como controles médicos y de laboratorios gratuitos. Hoy me parece que la principal motivación es el dinero, y es mucho más redituable para los donantes, pero a cambio exponen su cuerpo a un tratamiento que no necesitan hacer.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Esos temas están contemplados en las preguntas que vamos a responder ahora.

Tiene la palabra la doctora Silvia Rivera.

Dra. Rivera.- Voy a retomar algunas cosas.

Respecto de lo que decía el doctor, en ética no nos manejamos con los hechos, sino con las prácticas. En ese caso, nos preguntamos si son deseables o si son las que elegimos. No digo que esta cuestión sea semejante o no a la prostitución. Si pasa en otros ámbitos, como en los deportistas y demás, entonces, no hay problema con que pase también en éste. Es algo que tenemos que revisar en otros campos y no los podemos tomar como una manera de legitimar o justificar, porque si pasa en otros, seguimos en la misma vía. No es una legitimidad ética.

El otro punto que me pareció muy importante fue el expresado por el doctor Arribère respecto de la primera pregunta que formulé al inicio. ¿Esto será considerado una cuestión de salud, o no? Aun cuando aceptemos la ovodonación, se nos reduce mucho más el campo. Entonces, vamos a necesitar menos donantes.

Por este motivo, les pregunto algo que en algún momento se hizo: ¿por qué no se trata de propiciar otro tipo de gestión para la obtención de óvulos, si se van a necesitar menos? ¿Por qué pusimos el espectro en personas que exceden a estos tratamientos, que serían por cuestiones médicas? Las mujeres que tienen que pasar por

ese proceso y demás, no sé por qué se habrá abandonado. Luego, ustedes me lo dirán.

Muchas veces pensé que hay algo bueno o malo en sí mismo. Buena o mala también puede ser la gestión que se hace de un procedimiento o de una técnica. Esto es lo que nos tenemos que preguntar. También debemos preguntarnos el modo en que lo estamos gestionando. ¿Es ético o no? ¿O qué objeciones éticas tiene? Porque decir que es bueno o malo es un poco primitivo, y me hago cargo de que no lo expresé muy bien.

Al doctor Roberto Coco quiero decirle que no sé hasta qué punto es importante la identidad genética, sí la identidad. Obviamente, la identidad se construye. Pero vivimos en una tendencia que podemos llamar liberal, si se piensa a las personas como átomos intercambiables. Entonces, el laboratorio nos garantiza una pureza genética y que pertenecemos a la raza humana, cuando también hay otras posiciones que consideran que las personas arraigan su identidad en la historia de una familia en la que se van a criar. Pero también pueden querer saber a qué clase social pertenecían quienes donaron los gametos, o a qué grupo étnico. Acá hay algo raro, porque por un lado decimos que todo es lo mismo; sin embargo, sabemos que se buscan donantes semejantes. Entonces, somos una gran familia humana y nada importa; no vamos a buscar donantes que sean de otro color, de otra raza ni de otra etnia. Veo complicado esto de que si importa o no, porque por algo tratamos de camuflar las diferencias.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- En general coincidimos en muchas cosas, pero si nos ponemos a debatir no vamos a llegar a hacer todo.

Creo que hay mucha historia médica además que deberíamos contarte para que entiendas por qué nos referimos a las donantes voluntarias menores de 30 años. Pero me parece que no nos alcanza el tiempo.

Tenemos dos preguntas más. Todas las preguntas son importantes, porque han dado motivo al simposio.

Tiene la palabra la doctora Jadur.

Dra. Jadur.- Realmente, estoy de acuerdo con todo lo que plantearon en las presentaciones. Como grupo de trabajo, nosotros hemos acuñado una frase: que la ciencia y la tecnología avanzan más rápidamente que la capacidad de los profesionales, de una persona y de una comunidad para poder asimilarlos. Esto implica, por un lado, nuestra responsabilidad como profesionales en las prácticas de la salud, que es el ámbito en el cual estamos trabajando y al que nos dedicamos, de dar una información adecuada, evitando el amarillismo en las informaciones.

Realmente, se pueden debatir en la comunidad muchos aspectos y temas que estamos tratando, sobre todo, por ejemplo, la cuestión relativa al anonimato. Estoy de acuerdo con que la donación no sea anónima, aunque eso tiene sus vericuetos y sus implicancias, pero me parece que la tendencia general en el mundo está marcada hacia ese camino. Todas las investigaciones, no sólo las psicológicas, apuntan a eso.

Por otro lado, quería comentarle al doctor Roberto Coco que realmente la identidad de un sujeto se construye, pero eso ocurre a partir del deseo de los padres que tienen la voluntad procreacional y, además, a través de las palabras que arman el aparato psíquico de una persona. Y en esas palabras está la historia del deseo y del origen de ese problema orgánico que derivó en la dificultad para procrear.

Yo me preguntaría al revés: ¿Por qué no contarle la historia al niño? ¿Cuál es la dificultad de contarle la historia? Porque nuestro interés fundamental es el niño. A mí no solamente me interesan los aspectos científicos y el hecho de dar respuesta a una demanda de las parejas por su derecho a un sujeto o persona.

Aquí veo mujeres solas, pero creo que en realidad son mujeres sin pareja. Es muy distinto hablar de mujer sola, porque cuando la mujer decide tener un hijo sin pareja, es una decisión y un derecho de la mujer a poder procrear, y es un derecho que –me parece– no tiene que ver con que sea sola, porque en realidad no lo está: seguramente, tiene un contexto social que avala esa decisión.

Y en eso me enganchó: en la importancia del apoyo, y en lo que en realidad significa el hecho de pedir ayuda a la ciencia para tener un hijo, tanto en el caso de una pareja heterosexual, de una pareja homosexual, o de una mujer sin pareja. Yo no hablo de homosexualidad o de mujeres lesbianas. Nosotros hablamos de co-maternidad, porque me parece que es diferente, ya que la sexualidad no tiene que ver con las funciones paternas y maternas. Y hago hincapié en esto: si todas las personas que demandan un hijo tienen posibilidades de acceder a la ciencia. Creo que ése tiene que ser un derecho para toda la comunidad, y allí aparecen las leyes, porque se trata de decisiones políticas y económicas, desde el punto de vista político. Estamos inmersos y bañados por lo que, cuando yo era joven, se llamaba “ideología”, y que tiene que ver con las miradas diferentes de la cosmovisión del mundo.

Entonces, me parece que hay cuestiones que tienen que ser repreguntadas y las tenemos que seguir debatiendo entre nosotros, que tienen que ver con las diferentes formas de construir una familia, porque la familia,

en última instancia, sigue siendo la misma. La base común, más allá de todos los paradigmas, es construir una familia. Ése es el deseo y el pedido de la gente.

En ese contexto, la idea es que podamos hablar libre y naturalmente sobre cómo es el origen de las personas. Y eso tiene que ver con la identidad, pero no con la identidad genética, sino con la construcción de un sujeto humano que necesita de su historia, del deseo y de la palabra para pasar a ser realmente un ser humano.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Gracias, doctora Jadur.

Tiene la palabra el doctor Beltramone.

Dr. Beltramone.- Quiero completar la idea planteada por Roberto Coco, sobre la identidad genética. Personalmente, pienso que es una visión muy reduccionista y muy pequeña pretender hablar de búsqueda de la identidad como identidad genética. En realidad, los genes con los que nacemos son como el disco duro que después se va llenando con todo el resto. O sea, pretender que somos el resultado de nuestros genes es una visión demasiado pequeña. ¿A qué quiero llegar con esto? Creo que se confunde el hecho de un niño dado en adopción, o un niño apropiado en la época de la dictadura o en la época que fuere, con respecto a lo que implica la donación de gametos. Son tres cosas totalmente diferentes. Nadie abandona un óvulo.

Un niño, para ser adoptado o apropiado, tiene que ser abandonado o robado por alguien. Entonces, la diferencia esencial está en cómo fue concebido ese niño en esa nueva familia. El motivo de la búsqueda de la madre biológica, cuando se trata de una adopción, es la necesidad de saber por qué me abandonó. Ésa es la razón por la cual se la busca. No tiene ninguna utilidad –pienso yo, aunque me puedo estar equivocando, pero es mi opinión– buscar a la donante para saber por qué donó los óvulos que produjeron que yo exista en el mundo, porque mi carga genética es muy similar a la de cualquiera de los presentes, modificada por todo lo que me fue ocurriendo en la vida.

Vuelvo a decir: creo que es una visión reduccionista pretender que la identidad se debe mirar solamente desde el punto de vista genético. Debería ser una cuestión mucho más inclusiva y amplia.

Dra. Rivera.- Pero la gameta tiene la vida. No es reduccionismo biológico...

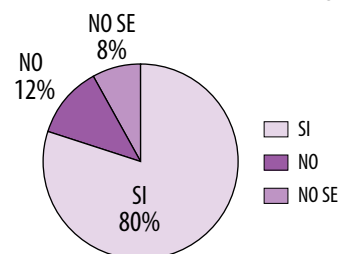
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Bien, vamos a dar por concluido este debate. Nunca vamos a estar todos de acuerdo.

2 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 2:

¿Piensa usted que debe permitirse la donación de gametos a mujeres solas?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

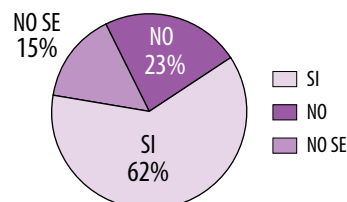


3 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 3:

¿Piensa usted que debe permitirse la donación de gametos a parejas lesbianas?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Más de la mitad de los presentes está de acuerdo con donar gametos a parejas integradas por dos personas del mismo sexo; en este caso, mujeres.

4 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 4:

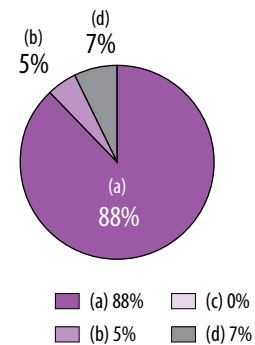
¿Cuál piensa usted que debe ser el límite de edad de la mujer receptora de gametos donados?

- a) Menor de 50 años;
- b) Menor de 55 años;
- c) No debería haber límite de edad;
- d) Es un tema de salud psico-física.

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- En este punto seguimos igual que ayer.

- El resultado de la votación es el siguiente:



5 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 5:

¿Cuál piensa usted que debe ser el límite de edad del varón receptor de gametos donados? a) Menor de 55 años; b) Menor de 60 años; c) Menor de 65 años; d) No debería haber límite de edad; e) Es un tema de salud psico-física.

Si quieren, podemos modificar la primera opción, de modo que sería "Menor de 50 años". El resto quedaría como en la pregunta anterior.

- *Asentimiento.*

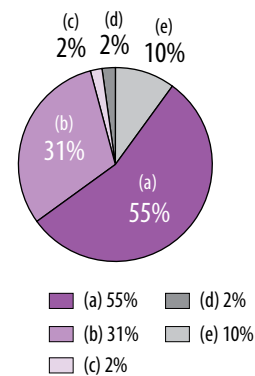
Sr. Director (Brugo Olmedo).- De acuerdo. Entonces, la pregunta quedaría redactada de la siguiente manera:

¿Cuál piensa usted que debe ser el límite de edad del varón receptor de gametos donados?

- a) Menor de 50 años;
- b) Menor de 55 años;
- c) Menor de 60 años;
- d) No debería haber límite de edad;
- e) Es un tema de salud psico-física.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:

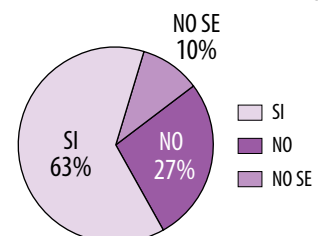


6 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 6:

¿Piensa usted que la donación de gametos debe ser anónima?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Dr. Bisioli.- Habría que distinguir que es anónima, a no ser que el niño quiera saberlo o un juez te obligue a tener el dato. Yo estoy a favor de que sea anónima...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Seguramente. Si el juez te obliga, lo vas a tener que hacer.

Dr. Bisioli.- Exactamente. Es un concepto general.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Creemos que tal vez el hecho de que sea totalmente no anónima va a hacer que el chico se perjudique, porque no va a existir.

Dr. Parera Deniz.- A lo mejor eso tiene que ver, justamente, con que hay un conflicto de derechos que uno todavía no puede resolver. Precisamente, se trata de esto: de que tenemos la duda, porque estamos frente a un conflicto en lo que consideramos correcto o no correcto.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- De acuerdo.

Como dijimos ayer, muchas preguntas podrían ser mejoradas. Pedimos disculpas, pero hicimos lo mejor posible. Justamente, el debate plantea distintas cuestiones y sub-clasificaciones de las preguntas.

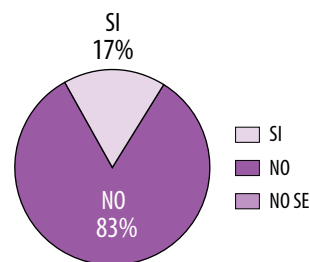
7 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 7:

Si contestó que no debe ser anónima, ¿piensa usted que es lícita la donación de gametos entre familiares?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Después vamos a evaluarlo, pero creo que el resultado es parecido al obtenido en la votación de una pregunta sobre embriones. En consecuencia, está claro que entre familiares no se acepta como buena práctica la donación.

- El resultado de la votación es el siguiente:



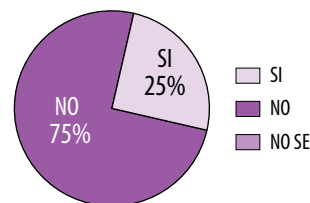
8 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 8:

Si contestó que no debe ser anónima, ¿piensa usted que es lícita la donación de gametos entre amigos o conocidos?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 93 por ciento contestó que sí.

- El resultado de la votación es el siguiente:



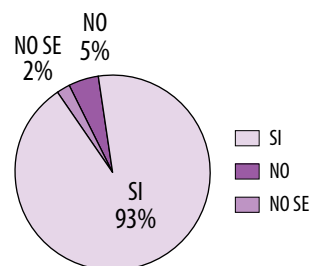
9 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 9:

¿Piensa usted que es un derecho del niño conocer que ha sido concebido mediante el uso de gametos donados?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 93 por ciento contestó que sí.

- El resultado de la votación es el siguiente:

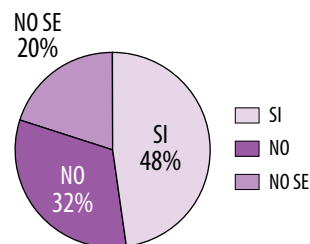


10 Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 10:

¿Piensa usted que es un derecho del niño conocer la identidad del/la donante?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



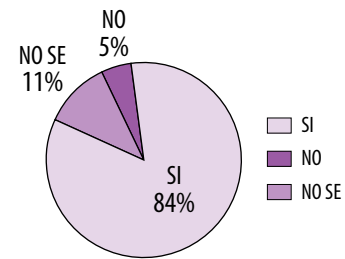
11 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 11:

Aquellos que están de acuerdo con la donación de gametos:
¿Piensan que debe compensarse económicamente a los donantes?

Se va a votar.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Todos sabemos que no es el lucro-cesante. Además sabemos que no hay otra posibilidad; es la realidad.

- El resultado de la votación es el siguiente:



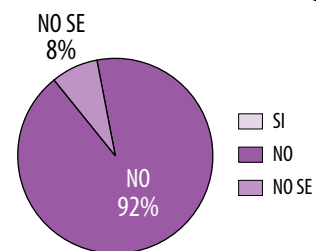
12 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 12, que es una pregunta bastante conflictiva:

¿Piensa usted que puede compensarse económicamente de manera diferente de acuerdo con el fenotipo de la donante?

Esto es muy complicado.

Se va a votar

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 7,5 votó que no sabe; eso serían alrededor de tres personas....

Dr. Ordoñez.- Yo fui uno de los que votó que no sabe. Porque, realmente, no sé si es lo mismo. Depende de las características que se estén buscando.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es complicado, porque estaríamos pagando más o menos por un aspecto fenotípico.

Dr. Coco.- Acá dice pago y no compensación, pagar por la calidad....

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Pero todos estamos de acuerdo en que es pago, Roberto.

Dr. Coco.- Respecto de lo anterior, yo estoy de acuerdo con que es una compensación. Me parece que vale la pena distinguirlo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Qué es “compensación de gasto”?

Dr. Coco.- Compensación de gasto o retribución por el gasto de todo el tratamiento...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Cuál es la diferencia entre la retribución del gasto y pagar?

Dr. Coco.- Si uno tiene que elegir entre una petisa y una alta, la petisa puede costar menos que la alta y viceversa. (Risas)

- Hablan varios participantes simultáneamente.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Independientemente del fenotipo que, realmente, causa escozor, todos hablamos de la compensación, del lucro cesante. Sin embargo, estamos acá, somos una minoría de la mayoría –como se dijo anteriormente–, somos todos “reproductólogos”, y cuando trabajábamos con pacientes que donaban sus óvulos, decidimos no hacerlo más porque la lista de espera era de dos años y la mujer tenía 34 ó 35 años. A veces, le bajábamos el costo a la paciente si donaba. De alguna manera, estábamos “apretándola” y después dijimos basta, porque hay otras que son más seguras, más fértiles. Y se les paga; si no, no dona ninguna.

Dr. Coco.- Además, le quitábamos posibilidad de embarazo a la propia paciente.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sí, se le paga un honorario por los óvulos. ¿Estamos todos de acuerdo con eso?

- Asentimiento.

Dr. Coco.- Pero no es diferente de una donante a otra.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No debería ser diferente.

Dr. Coco.- Claro.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Entonces, la mayoría estuvo de acuerdo, no todos.

Dra. Silvani.- El riesgo que corre la mujer no va a cambiar por el color de ojos o el color de pelo que tenga. Entonces, si lo que le va a ocurrir es lo mismo, ¿en qué vas a basar la diferencia de pago o compensación?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Pero, como decían anteriormente, si en una pareja los dos tienen ojos celestes, no es tan fácil conseguir una donante con esas características. Es la verdad.

Por otro lado, es cierto que el nivel socio-cultural de las donantes no es el mismo que el de las modelos. Son chicas de un nivel más bajo. No sé cómo definirlo, pero no es el mismo nivel.

Dr. Coco.- Hay chicas que quieren donar porque necesitan dinero para hacerse las extensiones, o las “lolas” y otras porque lo necesitan para alimentar a sus hijos.

Dra. Serafin.- Creo que en Argentina, por ejemplo, un óvulo de chino, de una persona con rasgos orientales, tiene otro valor, porque tenemos muchos menos donantes. Si hay una persona de la colectividad oriental que quiere un óvulo oriental, lo más probable es que acá tenga que pagar más o se tenga que ir a la China. Entonces, tendrá que elegir, o paga más acá o paga el viaje. Es una realidad también.

Dra. Silvani.- La realidad es que es más difícil conseguir sangre de determinado tipo. Y me ha sucedido con algún familiar, de decir: “Pago, la necesito”. Pero no es una excusa, no estaría bien que yo pagara por la sangre. Y tampoco está bien pagar por un óvulo...

Dr. Bisioli.- Que sea una realidad no significa que esté bien. De hecho, es tomar los óvulos como objeto de mercado. Entonces, como la demanda es mucha y la oferta es poca, cuesta más. Es lo mismo que la soja o estos vasos de vidrio que están aquí.

Dr. Parera Deniz.- Otra cuestión ética un poco general sobre la que he escuchado discutir es respecto de cuánto de universal puede tener la ética. Por eso, quiero decirles que yo tengo la suerte de trabajar en Bolivia y hay cosas que me llaman poderosamente la atención, aunque no tengo las estadísticas que podemos tener acá, para ver los resultados. Entiendo que hay una diferencia enorme entre lo que serían los resultados acá en la Capital Federal y la que yo creo que veo en Bolivia, en La Paz, donde conviven básicamente dos grupos étnicos importantes. De hecho, si sólo hablamos de la Argentina, porque estamos acá, me preguntaba qué pasará en Salta, en Jujuy o en el sur. Creo que en algunas cuestiones estamos dando una opinión muy de acá, muy local. Tengo esa impresión.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Aquí hay gente de Salta y del sur. Si quieren, pueden decir algo. Tiene la palabra el doctor Aguilera.

Dr. Aguilera.- Mi nombre es Juan José Aguilera, y soy de Salta.

¿Te estás refiriendo al fenotipo de la donante de óvulos?

Dr. Parera Deniz.- Me refiero al peso de la opinión de que quienes donan sean, por ejemplo, familiares o amigos. Allí específicamente veo una diferencia enorme entre los resultados que he visto acá y los que yo creo que vería si hiciera una estadística en Bolivia.

Dr. Aguilera.- Hay muchas pacientes que proponen la ovodonación no anónima, pero la verdad es que no puedo decir si es diferente a lo que ocurre en Buenos Aires. De todas maneras, yo no la recomiendo; creo que debe ser anónima. Cuando digo “anónima”, quiero decir que la receptora no sepa de dónde vienen los óvulos y viceversa. Me parece que eso es lo mismo que pasa acá.

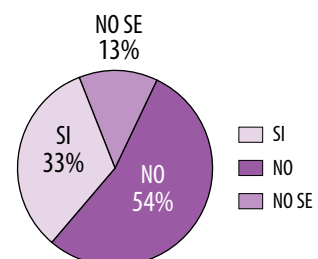
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muy bien.

13 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Continuamos con las preguntas. Ahora, corresponde que pasemos a votar la pregunta número 13:

¿Piensa que es correcto que una paciente con dificultades económicas done una parte de sus óvulos para abaratar su procedimiento? Todos lo hemos vivido alguna vez.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- La mitad de las personas aquí presentes piensan que no es correcto y un 33 por ciento piensa que sí....

Dra. Rivera.- ¿Por qué para abaratar?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Para ayudar a convencerlas. Se usaba en aquellas épocas, que ya no van más, ahora nadie usa este sistema. Hace diez años, o un poco más, si vos decías que es un poco más barato porque....

Dra. Rivera.- ¿No se podría encarar de otro modo?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sí, alguna paciente altruista existe, pero la realidad es que si alguien quiere un óvulo tiene que esperar como un año y medio...

Dra. Rivera.- ¿Por qué no se elimina la figura de quien paga?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- La realidad es que no conseguíamos óvulos.

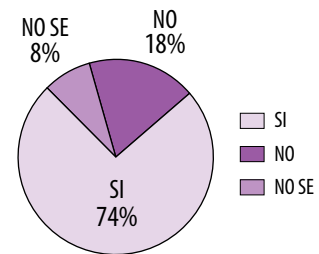
Dr. Coco.- Además, se le está quitando posibilidades a la propia paciente.

14 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 14:

¿Piensa usted que los donantes deben ser evaluados y asesorados psicológicamente?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



15 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Igualmente, hay una cantidad de gente que no está tan de acuerdo. Nos referimos tanto los donantes como los receptores. Pregunta número 15

¿Piensa usted que los receptores deben ser evaluados y asesorados psicológicamente?

Tiene la palabra el doctor Arribère.

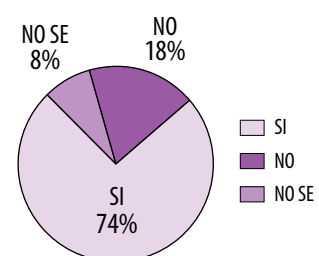
Dr. Arribère.-Asesorado es una cosa; evaluado, es otra.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Algunos creemos que deben ser evaluados y otros, que simplemente deben ser asesorados.

Dr. Coco.- Perdón, Silvia, pero con ese criterio, antes de tener hijos entre las sábanas habría que hacer la misma evaluación.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



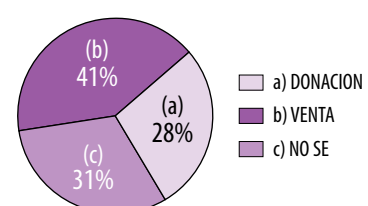
16 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 16:

Viendo que todas las personas que dan sus gametos para ser usados en la obtención de embriones reciben una compensación económica, ¿se trata de una donación o de una venta? Las opciones son las siguientes:

- a) donación de gametos;
- b) venta de gametos;
- c) No sé.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- El 41 por ciento dice que es “venta” de gametos; el 28 por ciento dice que es “donación”, y el 31 por ciento no sabe.

Dra. Silvani.- Ésta es la visión dentro de la comunidad médica: el 40 por ciento piensa que es una venta. Imagínense que si esto se traslada a la sociedad, o a los legisladores, la venta de partes del cuerpo debería estar absolutamente prohibida. Entonces, ahora no parece tan loco, pero hace años todos los proyectos de ley establecían que la donación de gametos estaba prohibida.

Dra. Rolando.- No, debe ser gratuita.

Dra. Silvani.- Pero los médicos van a decir que si es gratuita no tienen donantes.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Los que respondieron la opción 1, ¿creen que la donación de gametos es gratis? ¿Cómo se conjuga la palabra donación con dono, vendo, cobro?

- Hablan varios participantes simultáneamente.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No sé cuánto pagarás, pero no se le paga el colectivo para llegar, sino honorarios. No importa si pagaste 3, 5 ó 15. En el fondo, se le paga una suma de dinero. Le estás pagando por su tiempo, por su predisposición. A una secretaria también se le paga un sueldo por el tiempo que utiliza para trabajar contigo.

Dr. Ordoñez.- A la secretaria la necesito para mí, y esto es para un tercero.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Sí, a la secretaria la necesitás vos, para hacer un trabajo para un tercero que quiere tener un bebé.

Dra. Jadur.- Les sugiero a las autoridades de SAMeR que haya un registro único de donantes.

Sr. Director (Brugo Olmedo).-Podríamos volver a realizar esta pregunta.

Los conceptos “donación” y “pago”, etimológicamente, no van de la mano.

Hay diez personas que piensan que, aunque sólo paguemos lo que gastó y su tiempo, en el fondo la mujer viene porque quiere cobrar y por eso dona o da los óvulos. Entonces, si todos sabemos eso, ¿igual pensamos que son donaciones?

Dra. Hernández.- Soy una de las personas que votó que es una donación o dación de gametos y no una venta, porque no tengo una opción que diga que en algunos casos sí y en otros no. Sé que en algunos casos es una venta y en otros se trata de mujeres a las que no les importa, porque tienen una amiga que está en la lista de espera y sabe que está ayudando a otra, que no es su amiga, pero que recibirá ayuda. Esa posibilidad existe.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Esa es la chica que conociste.

¿Cuántas pacientes altruistas tenemos?

Dr. Ordoñez.- Particularmente, en Córdoba tenemos una lista de espera...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Meses? ¿Años?

Dr. Ordoñez.- Evidentemente, el sistema de manejo de las donantes no es el mismo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Fernando: hay que cambiar.

Dr. Ordoñez.- Me parece que allá hay que pagar más.

Dr. Beltramone.- En primer lugar, uno puede elegir entre usar una donante diez veces y tener una lista de espera más corta, o hacer que una donante tenga cinco receptores para tener una lista de espera más corta, o priorizar la tasa de embarazo y la salud de la donante. Ésa es otra historia.

Personalmente, creo que es una cuestión de montos. Si uno elige que pagará determinado dinero, y le dice a la donante que no va a ganar dinero, que el monto es tal debido a que perderá un día de trabajo, no es el colectivo. El donante gasta dinero y pierde trabajo. Esto se llama lucro cesante. Ésa es la estimación. Es diferente el que paga 2 mil pesos al que paga 10 mil pesos. Es real, es una cuestión de montos. Si le pago 10 mil pesos no hay duda de que es una venta.

Creo que hay que ser realista y honesto. Uno puede elegir una u otra forma de hacer la medicina.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Eso no me gustó, porque la donante puede ser muy bien tratada, con muchísimo respeto; se le paga más, no se trabaja con ella más de equis cantidad de tiempo (que lo vamos a discutir ahora), y no se hacen 75 receptoras. Se embarazan (como creo que te consta) y uno puede tener un sistema de reclutamiento de donantes más aceitado. Esto no es hacer una medicina distinta.

Tiene la palabra el doctor Rolla.

Dr. Rolla.- Evidentemente, han surgido distintas formas de encarar la donación. Estoy de acuerdo con que hay distintas formas. Tengo una lista de espera muy larga, porque mi forma de manejar a las donantes es muy distinta, y la voy a defender.

Realmente, considero que es una compensación por su esfuerzo. Tengo pacientes que han donado anónimamente para que una amiga recibiera de otra donante anónima. Creo que tenemos que hacer disquisiciones. Hay gente que está de acuerdo –podría ser una opción– con tener un mecanismo muy aceitado, más comercial, y hay quienes pensamos que esto debiera ser un poco menos comercial o distinto.

Me gustó la palabra “dación”, pero que sea compensada, que no es igual a la venta. Considero que no se puede vender una parte del cuerpo. Ésta es mi opinión, y estoy de acuerdo con que se prohíba. Acá me van a tirar con todo, pero es una forma de trabajar. Mi manera de hacerlo es distinta, y lo hago público.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- La diferencia es cuánto pagás. Si mil o 3 mil.

Dr. Rolla.- En valores actuales, se está pagando entre 2 mil y 2500 pesos por compensación de lucro cesante, por el tiempo, por someterse a una anestesia general, por una punción, por el riesgo quirúrgico y todo lo demás; no es una compra de óvulos. Pero si pagás 10 mil pesos y después vendés 5 óvulos a cada receptora a 5 mil pesos cada lote de 5 óvulos, eso ya entra dentro de la venta. No lo critico, ya que son sistemas que funcionan bien.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No conozco ningún instituto que pague 10 mil pesos en Buenos Aires.

Dr. Rolla.- No tengo la menor idea. Sólo son distintas formas de manejarse.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Edgardo: no creo que haya algún instituto en Buenos Aires que pague 10 mil pesos. Es importante lo que uno dice, porque queda escrito.

El promedio de lo que se le paga a la donante es de 2.500 a 3000 pesos. Si decís que te manejás con esas cifras, lo hacés igual que el doctor Bisioli.

Sin embargo, creo que el tema no es la cantidad de dinero, sino el manejo para tener una lista de donantes más abundante, por el boca a boca; y otros, quizás menos. Nadie, que yo sepa, paga esas cifras porque, son antieconómicas, entre otras cosas.

Dr. Rolla.- ¿Alguien piensa que una compensación de 2 mil ó 2.500 pesos por todo ese esfuerzo es una compra? Yo duermo tranquilo pensando que no es una compra. Voy a estar más tranquilo pensando que es una compensación.

Dr. Ponce.- Voy a hacer una reflexión en el sentido de lo que expresó Edgardo.

Quiero volver a la pregunta de si a las donantes que fenotípicamente son distintas hay que pagarles de manera diferente. Creo que la pregunta seguramente está hecha para disparar cuál es la postura de los centros que, como dice la doctora Silvani, nos manejamos sin marco y con responsabilidad.

Esta historia es larga, ya que hace años que venimos dependiendo de nuestra responsabilidad en este tema. Esto dispara la pregunta de si pagamos diferente a una china o si fenotípicamente es más alta o más linda.

Mi reflexión es que, en general, y llegando a la parte de si se vende o si se compra, con la donación pasa algo parecido. Me parece que todos no usamos la compra como si se compensara a la donante. No estoy de acuerdo –no lo creo, y ésta es mi postura– con pagarle diferente a la donante que usamos, porque hay una paciente receptora que necesita óvulos, no óvulos a la carta. Me parece que los centros no usan óvulos a la carta y la venta que le asusta a la doctora...

Dra. Rivero.- No me asusta, me produce un franco rechazo.

Dr. Ponce.- Si se transmite el cuadro a la sociedad, como dice la doctora Silvani, posiblemente vaya a los medios, y esto suena muy feo. Me parece que no es el espíritu de los que hacemos programas de ovodonación.

Considero que se utilizan los programas de ovodonación lo más responsablemente posible, no pagando diferente para bebés a la carta, sino recompensando razonablemente por el lucro cesante. Claramente, se paga; no se donan los óvulos.

Dra. Rivero.- Eso en función de la realidad social. En primer lugar, sería lucro cesante si la persona tuviera trabajo; en caso de que no lo tenga, no existe lucro cesante.

Dr. Ponce.- Todo eso lo entiendo, pero se dice “es lo que hay” para hacer programas de ovodonación.

Eso está lejos de que mañana salga a la prensa que compramos y vendemos, que hay bebés a la carta con los programas de ovodonación. Éste no es el espíritu.

Dra. Rivero.- Habría que ver qué es lo que piensan los demás, o cómo lo ven las donantes. Eso es lo que sienten ustedes y es muy respetable. Tenemos que escuchar a la otra parte.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Seamos bien francos: 2.500 pesos para alguien es un sueldo, pero para otros son tres sueldos.

La compensación, el lucro cesante...

Dr. Ponce.- Estoy diciendo que se les paga.

Quiero decirlo con todas las palabras: “compensación”, se les paga. Lo digo en forma clara. Pero no creo cómo podría transmitirse que se les paga.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No estamos de acuerdo en cambiarlo por el fenotipo.

Dr. Ponce.- Creo que estamos más cerca de lo que expresa el doctor Rolla en general: cada uno, con su postura...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Yo hago medicina de esta forma. En medicina, todos tratamos de hacerlo de una forma seria y pensamos que tener menos tiempo en lista de espera no necesariamente deviene de un pago mayor –que tampoco lo veo mal–, sino de trabajar mejor con las donantes.

Dr. Ponce.- El eje pasa más cerca de lo que expresa el doctor Rolla que por la opción de salir a vender bebés a la carta.

Dra. Willner.- Todos estamos de acuerdo con que hay una compensación económica y la mayoría estamos pensando en el concepto de venta. Me preocupa que si hablamos de venta haya alguien que vende, dando por supuesto que hay alguien que compra. Y si hay alguien que vende y alguien que compra, se me complica bastante, como agente de salud mental, pensar en el relato que vamos a brindar a nuestros niños.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Muchas gracias, Rut.

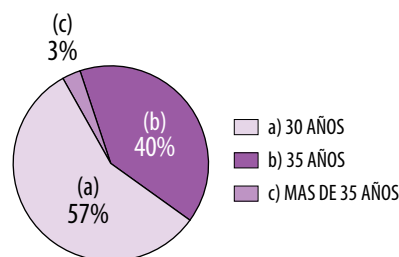
17 **Sr. Director (Brugo Olmedo).-** Vamos a pasar a la siguiente pregunta, que creo que es menos conflictiva, por suerte. Se trata de la pregunta número 17:

¿Cuál debe ser la edad límite máxima de las donantes de óvulos?

- a) 30 años;
- b) 35 años;
- c) Más de 35 años.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Hay un porcentaje importante que opina que la mujer donante puede tener hasta 35 años.

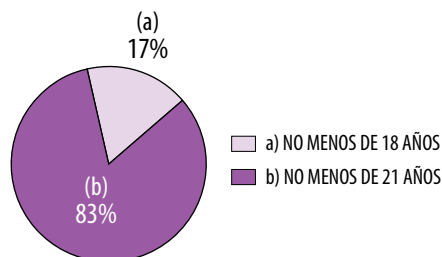
18 **Sr. Director (Brugo Olmedo).-** Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 18:

¿Cuál debe ser la edad límite mínima de las donantes de óvulos?

- a) No menos de 18 años;
- b) No menos de 21 años.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- La mayoría legal de edad se adquiere a los 18 años, pero igualmente aquí la mayoría piensa que la donante no debería tener menos de 21 años.

Hay dos preguntas que nos olvidamos, en relación con la donación de espermatozoides, así que las vamos a agregar ahora. Luego re-numeraremos las preguntas que siguen.

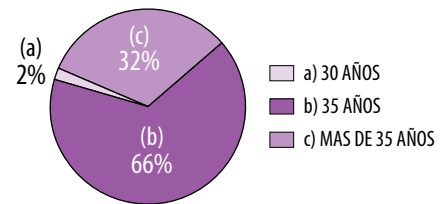
19 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 19:

¿Cuál debe ser la edad límite máxima de los donantes de espermatozoides?

- a) 30 años;
- b) 35 años;
- c) Más de 35 años.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



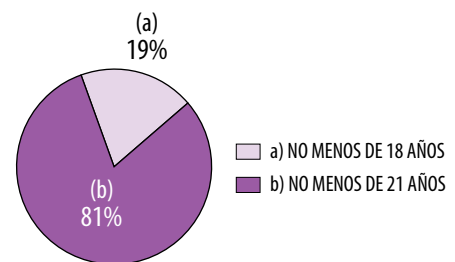
20 **Sr. Director (Brugo Olmedo).**- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 20:

¿Cuál debe ser la edad límite mínima de los donantes de espermatozoides?

- a) No menos de 18 años;
- b) No menos de 21 años.

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Corresponde que pasemos a votar la pregunta número 21:

La donante no debe realizar más de:

- a) 4 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos;
- b) 6 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos;
- c) 8 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos;
- d) 10 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos.

Dra. Rivera.- ¿En un centro o en todos los centros?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Eso es muy importante. Para eso habría que hacer el registro del que habíamos anteriormente.

Dra. Rivera.- Porque si no se hace, puede haber personas que estén viviendo de eso.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es muy probable que eso pase. Creemos que la donante va por los centros, no dice nada, o miente...

Dra. Rivera.- Y la donación termina convirtiéndose en un trabajo.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Exactamente.

Dr. Coco.- Ya que hay abogados presentes, ¿por qué no aprovechamos y les pedimos que nos expliquen si es correcto tener un registro, desde lo legal?

Dra. Silvani.- Los centros pueden tener registros; de hecho, no hay ninguna ley que lo impida. Sin embargo, no van a poder darlo a conocer.

Dr. Coco.- ¿Y cómo hacemos para conocer lo que ocurre en los otros centros?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- La idea era hacer un registro en el que constaran los números de documento de las donantes, con un programa centralizado al que pudiera entrar cada centro. Entonces, cuando llega la donante, se le pide el documento y se puede conocer la cantidad de veces que donó. Si dice que no donó, se la inscribe en el registro, de manera tal que el próximo que vaya a mirar sepa que ya donó. ¿Eso en qué afecta a la identidad?

Dr. Coco.- No entiendo, entonces qué es el documento nacional de identidad.

Dra. Silvani.- Es importante que la donante tenga conocimiento y firme un consentimiento donde diga que sabe que sus datos van a ir a un registro al que tienen acceso todas las clínicas.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es solamente el número de documento.

Dra. Rivera.- Esto refuerza que no hay lucro cesante...

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Eso está clarísimo.

Dra. Rivera.- Y que esto está partiendo de la idea de un centro, que también es un poco utópica.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es un tema ético. En bioética, ¿está bien que a una mujer la estimulemos 10 veces? Independientemente de que haya que hacer el registro.

Dr. Parera Deniz.- ¿Y qué pasa con el anonimato? Ahí se complica.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Y qué otra forma tenemos para proteger a la donante?

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Aclaro que la donante sería pública para los centros.

Tiene la palabra Edgardo Rolla.

Dr. Rolla.- Justamente, hay una manera de no transformar esto en un trabajo. Habría que ser muy restrictivo con respecto al número de ciclos en los cuales la donante puede participar. Yo hubiera puesto como una de las opciones "2 ciclos de estimulación". Pienso que debería ser el mínimo posible como una manera de desalentar que la donación se convierta en una ocupación rentable.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra Sabrina De Vincentiis.

Dra. De Vincentiis.- Primero, voy a referirme a la pregunta anterior –creo que era la número 16– sobre la compra y venta. Yo fui una de las que voté "No sé", pero no porque no supiera, sino porque no me parecía que fuera una compra, ni una venta, ni una donación. Para mí, se trata del pago de un servicio; todos estamos de acuerdo con que a la donante se le paga; en general, todos pagamos la misma cifra, más o menos. Pero es el pago de un servicio. No estamos yendo al mercado para comprar óvulos o espermatozoides. Alguien presta un servicio y alguien necesita de ese servicio. Nosotros somos los intermediarios para permitir que un matrimonio, una pareja o quienes fueren, puedan concebir con la ayuda de lo que necesitan. En ese caso, se trata de óvulos donados. Y no hay otra manera de conseguirlos.

Cuando comenzamos con las donaciones de pacientes, la lista de espera realmente era muy larga. Si bien muchas pacientes tenían intereses altruistas de donar los óvulos, éstos no alcanzaban. Es así: por más que se las estimule bien, los óvulos no alcanzan, teniendo en cuenta la cantidad de óvulos que salen, que no son todos maduros, las tasas de fertilización, y todo lo que los biólogos conocemos bien.

Además, estaba la frustración, porque había que preparar a la receptora en simultáneo con la supuesta donante, y después a la donante no le alcanzaban sus óvulos. La receptora sabía que se suspendían sus ciclos porque los óvulos no habían alcanzado. Los psicólogos podrán hablar bien del impacto que tenía esa simultaneidad de cosas, donde las personas quedaban frustradas. Ahora puede pasar, pero con menos frecuencia, que se cancelen ciclos de receptoras, porque la donante no funcionó lo suficientemente bien o los óvulos no eran de buena calidad. El porcentaje es menor.

De todos modos, no creo –no sé qué opinarán los demás– que se trate de una compra o venta de óvulos o de espermatozoides. Yo no trabajo comprando o vendiendo óvulos. Sí trabajo haciendo donaciones donde estoy pagando por un servicio, porque alguien me da algo que necesito para poder trabajar con otra pareja. Por eso voté "No sé", porque no me sentía identificada con la donación –sé que no es una donación altruista– y tampoco con una compra o una venta, porque realmente no estoy de acuerdo.

Además, con respecto a las donantes, todos sabemos que les preguntamos si donaron y cuántas veces lo hicieron. Si lo hicieron en Fecunditas, Halitus, Procrearte. Sé que pueden mentir, pero todos sabemos que la identidad de la donante no es privada. No digo que no mientan. Muchas dicen que no donaron, aunque sí lo hicieron. Lo que digo es que no veo el sentido de proteger la identidad de la donante entre nosotros mismos. Me parece que es mucho más importante saber que a esa donante la usamos un determinado número de ciclos. Al respecto, tampoco me parece que ésa sea la pregunta correcta, porque deberían ser ciclos con nacidos vivos, por un cálculo poblacional que se hace en relación con el encuentro potencial entre genética de los chicos nacidos. Es como el cálculo que se hace con el semen de banco.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Y si la receptora vive en La Quiaca...?

Dra. De Vincentiis.- Pero hay que tenerlo en cuenta. Se trata de considerar los ciclos con estimulación y con nacidos vivos. Ni siquiera con embarazos. Además, yo estaría a favor, obviamente, de la creación de un registro entre centros.

Dr. Coco.- Me parece que a las donantes también hay que cuidarlas, porque en realidad se convierten en pacientes.

Dra. De Vincentiis.- Sí, por supuesto.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra el doctor Daniel Estofán.

Dr. Estofán (D.)- Hasta donde yo sé, se está armando un registro único, así que no es una utopía que no vamos a alcanzar. Vamos a tener el registro, y se va a manejar por números de documento.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Absolutamente. Por eso les comentaba que se está intentando llevar a cabo y concretar ese registro, que nos parece que no afecta la identidad de nadie, y que es bueno para proteger a la donante, y también a nosotros mismos de un posible juicio.

Dr. Coco.- Quisiera destacar algo en relación con lo que dijo Sabrina De Vincentiis sobre el número de nacidos. A mí me parece que el encuentro de dos medio hermanos forma más parte de las fantasías de las telenovelas más que a la realidad. ¿Por qué? Las estadísticas muestran que por cada millón podría haber 20 nacidos. Si uno divide 20 entre un millón es lo mismo que decir uno en cincuenta mil. La posibilidad de encuentros sería entonces de uno cada 2.500 millones O sea que es más fácil sacarse la lotería que ocurra el encuentro de dos medio hermanos.

Sí me parece importante que uno tiene que asumir que la donante, que no era una paciente, se convierte en una paciente; y hay que cuidarla mucho más, porque se convierte en eso, a pesar de que lo haga como un servicio. Me parece que así en la medida que uno más viaje en avión, auto, moto o en bicicleta incrementa las posibilidades de accidente, también en la medida que más estimulaciones haga la donante más posibilidades de riesgo tiene.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Tiene la palabra la Dra. Rivero.

Dra. Rivero.- Quería aclarar que conozco el caso de dos chiquitos que concurren al mismo jardín de infantes, en Buenos Aires, y que son de la misma donante.

- *Murmullos en la Sala.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Vamos a continuar con las preguntas. En nuestra opinión, intentamos mostrar lo que en un sentido bioético nos parece bueno para la donante. Luego veremos. Ojalá se pueda concretar el famoso registro.

Si pensamos que es cierto lo que la donante dice, ¿cuántos ciclos estaríamos dispuestos y nos parece bien estimular a una donante sin causar daño? ¿4, 6, 8 ó 10? No se nos ocurrió incluir la opción de dos ciclos, porque la Sociedad Americana dice 6; entonces, nos pareció coherente poner 4. De todas maneras, pensando en que las donantes efectivamente lo hacen por lucro, 2 ciclos nos pareció poco.

21

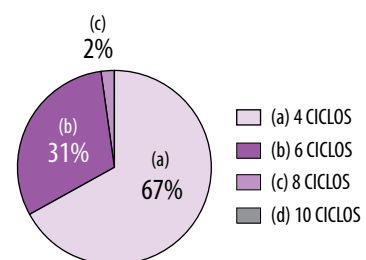
Sr. Director (Brugo Olmedo).- Reitero la pregunta que vamos a votar ahora, que es la número 21:

La donante no debe realizar más de:

- a) 4 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos;**
- b) 6 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos;**
- c) 8 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos;**
- d) 10 ciclos de estimulación y aspiración de óvulos.**

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Sr. Director (Brugo Olmedo).- Hoy estamos muy conservadores. El 67 por ciento piensa que cuatro ciclos es lo lógico. Nosotros creemos que seis.

Dr. Parera Deniz.- Lo importante es que más del 90 por ciento piensa que no más de seis.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Por eso, si hacen el registro, esto va a ser factible.

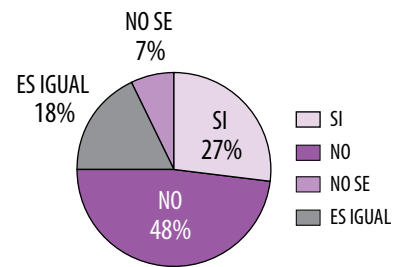
22

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Por último, corresponde que pasemos a votar la pregunta número 22:

¿La donante puede ser nulípara?

Se va a votar.

- El resultado de la votación es el siguiente:



Dr. Coco.- Quiero hacer un breve comentario a raíz de algo que comentaron con respecto a que si las donante de óvulos son genitoras o co-madres. Es conveniente que tenga hijos, ya que si la donante no tiene sus propios hijos, podría llegar a sentir que tiene hijos pero en otras familias. A la donante nulípara no se le podría ofrecer la criopreservación de algunos por si acaso?

Sr. Director (Brugo Olmedo).- ¿Quieren que votemos de nuevo, por la dudas? Porque Roberto plantea la chance de vitrificarle ovocitos a esa donante como una opción de maternidad diferida, por si tuviera algún problema ¿Por las estimulaciones?

Dr. Coco.- No sé si por las estimulaciones, por la vida misma o porque se la pasó donando.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Estamos de acuerdo con que si la donante dona cuatro veces, va a ser estimulada cuatro veces. De todas maneras, está demostrado que, salvo que tenga un accidente, no pasa nada con esa donante, no se la perjudica en su salud reproductiva. Sin embargo, no entendí bien cuál sería el objeto de ofrecerle un servicio, una compensación más.

Dr. Coco.- Quizás le sobreviene una neoplasia y tiene que hacer un tratamiento...

- *Hablan varios participantes simultáneamente.*

- *No se perciben las palabras de la doctora Rolando.*

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Nosotros sí, pero quizás otros centros no. Se trata de que sea reproductivamente sana, pero no necesariamente de que tenga un hijo. Preferimos que tenga un hijo, pero no nos consta que ese hijo sea de ella. Yo no les pido la partida de nacimiento.

Dra. Rolando.- Pensé que era con comprobada fertilidad.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- No es factible, salvo que le pidas la partida de nacimiento del bebé. Y si la chica viene con un chico, uno no sabe si es el hijo, el sobrino o el nieto. Será el hijo, y ojalá que lo sea, porque nosotros preferimos que tenga hijos, pero la verdad es que a las donantes no les creo nada. Si uno les pregunta si fuma, te dicen: "No, doctor", y salís al pasillo y hay un olor a pucho que no se puede creer. Entonces, hay que estudiarlas completamente, porque para hacer buena práctica hay que estudiarlas todas y de esa manera estamos seguros de que esa chica es sana.

Tiene la palabra el doctor Rolla.

Dr. Rolla.- El hecho de la maternidad previa nos da un poquito más de garantía acerca de la potencial fertilidad de esos óvulos. De todas maneras, cualquier obstetra se da cuenta si esa mujer tuvo o no un parto. No es difícil.

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Es verdad.

CUARTO INTERMEDIO

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Vamos a pasar a un coffe breack. Al regreso, tendremos las conclusiones del doctor Coco.

- *Es la hora 11 y 44.*

- A la hora 12 y 3. **REANUDACIÓN**

Sr. Director (Brugo Olmedo)

Quiero agradecer, porque así lo creemos con Roberto y con Liliana Blanco, que es la otra directora del simposio y está ausente con aviso.

Queremos agradecer al comité que ayudó mucho para que este simposio fuera posible; a la empresa Lanzilotta y su gente porque, además de ser muy eficientes, todos son muy amables; a Camila, Andrea y Adriana, que son las responsables de que, por primera vez, podamos tener todas estas discusiones por escrito; no existen todavía en nuestro país, y va a ser la manera de hacer push a las sociedades para que concreten lo que tienen que concretar, que es algo que nosotros no podemos hacer. Me estoy refiriendo al Código de Ética.

Un especial agradecimiento a los expositores: a Eduardo Rivera López, el filósofo, que fue tan claro para hablar, tan concreto, tan fácil de entender y tan bien predispuerto; a la doctora Nelly Minyerski (que tal vez pocos de los presentes conocía), esta mujer ya de cierta edad, que vino y nos dio una charla magistral, con una claridad meridiana y que, además, nos asombró porque, como diríamos nosotros, no es una típica señora para donar óvulos, y sin embargo está allá delante de todos, haciendo y marcando camino; a Florencia Luna, que sabemos que estaba muy complicada con sus horarios y, sin embargo, se hizo un hueco y pudo estar aquí; a mi amigo Marcelo Feliú quien, aunque creo que efectivamente nos ha complicado la vida a todos con su idea maravillosa de que la infertilidad es una enfermedad y ahí se acabaron todos los problemas; aceptó desde el principio y se bancó todas las horas acá, intervino, enriqueció el debate y su charla fue muy buena; a mi amiga Silvia, la doctora Rivera, que hoy casi nos “trompeamos” y está bueno, porque a veces uno está muy habituado a escuchar cosas parecidas a las que uno piensa. Es magnífico que haya diversidad de opiniones. Creo que ha sido una invitada de lujo. Deseo agradecer también a nuestra queridísima amiga Claudia Silvani, que durante tanto tiempo ha colaborado en Seremas, ayudándonos con todos y cada uno de los protocolos y fórmulas de consentimientos; y antes, en CEGyR, siendo allí un puntal. También dio una charla muy clara y que creo que ha sido muy útil para todos.

De la misma manera, queremos agradecer a las sociedades que auspiciaron este simposio, con más o menos presencia. Estuvieron: la Sociedad Argentina de Andrología (SAA), la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) y la Red Latinoamericana. Estas tres sociedades auspiciaron este simposio desde el principio. Queremos agradecer especialmente al laboratorio Serono porque, como siempre –algunos me temo que no lo vivieron, pero sí los más antiguos–, recordamos a Mirta Quintana y a Jorge Coronel que son los que estaban en Serono (y Merck que para nosotros son lo mismo), cuando comenzó la FIV en la Argentina. Ellos fueron desde el principio los que apoyaron a quienes trabajábamos en este tema, que éramos pocos al principio y varios enseguida. Serono siempre, a lo largo de toda esta historia reproductiva en la Argentina, se ha portado maravillosamente con nosotros. Por eso le agradecemos a Daniela, especialmente, porque confió en la idea y dijo sí, y es la que tuvo que poner la plata, a Yael por su colaboración organizativa. A Cristina Oubiña, que siempre estuvo para colaborar y ver qué se podía hacer y cómo ayudar más. A Gimena, por estar siempre dispuesta. Quiero decirte que fuiste absolutamente importante para poder completar este simposio.

La verdad es que con Roberto teníamos dos dudas: si habría gente suficientemente representativa del espectro de la reproducción argentina y además, si querrían interactuar. Gracias a Dios, hubo gente representativa de la mayor parte de los institutos argentinos y todo el mundo interactuó. Les queremos agradecer que hayan venido, que se hayan quedado en Buenos Aires, porque le pusieron muchas “pilas”. Y, a pesar de que hoy hubo un poco de “rabieta”, la verdad es que el simposio transcurrió dentro de un clima muy bueno y creo que ha sido provechoso.

CONCLUSIONES FINALES

Sr. Director (Brugo Olmedo).- Los dejo con Roberto Coco para que exponga sus conclusiones finales.

Sr. Director (Coco).- En primer lugar, agradezco a la audiencia, a los conferencistas y a las taquígrafas que realizaron un trabajo excepcional. No sé cómo hicieron: nadie dijo su nombre y todos hablábamos al mismo tiempo.

Con Santiago queremos decirles que estamos satisfechos con la tarea que emprendimos. Confieso que teníamos nuestras preocupaciones, pero hemos compartido un día y medio en el que comenzamos a abordar temas que nos debíamos hacer mucho tiempo. Creo que fue el inicio de un trabajo que debemos seguir haciendo.

Pensábamos contar con Aníbal Acosta, pero lamentablemente no fue posible. Para aquellos que no estuvieron el jueves en la Academia de Medicina, les comento lo que nos dijo con su fineza muy al estilo cordobés: “Muchachos: por qué no se dejan de ‘jorobar’ y comienzan a trabajar seriamente en la elaboración de un Código de Ética”. En la medida que no tengamos legislación y tampoco queremos que la misma nazca de un repollo, debemos darle mucha importancia a la jurisprudencia que se pueda ir estableciendo y evitar que los jueces se monten en locuras propuestas tal como ocurrió con Ravinovich años atrás cuando presentó el recurso de amparo en defensa de los embriones congelados y se convirtió en el tutor de todos ellos. Obviamente que todos queremos que eso no ocurra más y contar con una legislación adecuada a los tiempos, a los adelantos de la ciencia y por sobre todo para el beneficio de los pacientes que requieren de la especialidad.

Si nosotros no nos reunimos para hablar de estos temas y cada uno acomoda políticamente su discurso cuando debe trasladarlo a la sociedad, lo más probable es que la confundamos y lo grave de ello es que también estamos confundiendo a los jueces y legisladores. Entonces, creo que valió la pena dar este puntapié inicial de reflexiones entre especialistas sobre los principales temas que nos atañe.

Tomamos tres temas para debatir: el estatus moral del embrión, la posibilidad del diagnóstico del embrión que advino de mano de la FIV, y a quienes va dirigida la tecnología reproductiva. Sin duda el debate de los temas nos ha permitido escucharnos y reflexionar al respecto.

Con respecto al tema del estatus moral del embrión, creo que todos los que trabajamos en reproducción asistida, y especialmente los embriólogos, no tenemos ninguna duda de que la idoneidad del laboratorio de embriología radica en elegir al mejor embrión con potencialidad de implantar y culminar en un nacido normal. De hecho las

sociedades de medicina reproductiva que se interesan por la excelencia de la especialidad, acreditan y certifican solo a los centros que cumplen con ese objetivo, ya que el embarazo múltiple es considerado iatrogénico y todos sabemos los inconvenientes psico-medico-social que ocasionan los mismos. No logramos encontrar el término adecuado para denominar al huevo fecundado clivado que manejamos en el laboratorio, pero si todos acordamos que si bien no es una persona lo tratamos como si lo fuera. Tiene la potencialidad de una nueva vida que alcanza el estatus de persona a medida que se va pareciendo a una persona. La mayoría concordó a partir del momento en que el feto puede independizarse de su madre, y prácticamente todos no antes de haberse completado la formación del embrión, la cual ocurre entre las 8 y 9 semanas de gestación.

Un miembro de la audiencia se interrogó, si siempre que se propicia la fecundación de un ovocito el propósito de la misma es indefectiblemente su transferencia a un útero o podría descartarse o usarse en investigación? Muy importante el cuestionamiento, sobretodo por la cantidad de embriones congelados abandonados por sus progenitores, los cuales en lugar de ser dados a terceras partes podrían usarse en la obtención de líneas celulares de células madre. No podemos negar que habrá un futuro cercano muy esperanzador respecto de la medicina regenerativa de tejidos y órganos. Personalmente me cuestionó si es correcto hacer mención en el consentimiento que firman las parejas previo al procedimiento FIV, si están de acuerdo en donar los embriones congelados a otras parejas ante la eventual situación de no quererlos más. Tal vez lo correcto sería preguntarles si están de acuerdo con hacer un procedimiento, por el que tiene que pagar, y que ante la eventual situación de no quererlos más, tengan también hijos en otros senos familiares y que los hijos devenidos de los transferidos en fresco tengan hermanos en otras familias. No sería más correcto, tratar de no sobredimensionar el status de personitas congeladas y que esos pre-embryones fuesen de gran ayuda para la humanidad con los frutos de las investigaciones que se podrían realizar. Sería muy bueno seguir discutiendo este tema y además si pudiese existir también la posibilidad de originar pre-embryones no gaméticos con técnicas de clonación con finalidad terapéutica. No podemos negar que las parejas que tienen la suerte de congelar pre-embryones tienen más posibilidades de concretar su objetivo e incluso de conformar la familia con más de un hijo con un solo intento. Por lo tanto, para no contrariar el principio de no maleficencia que todos hemos jurado, no podemos dejar

de congelar, porque de no hacerlo estaríamos quitándole posibilidades a nuestros pacientes. Y si vamos a seguir congelando habría que volver a considerar que si bien el objetivo de la fecundación es su transferencia posterior, en determinadas circunstancias puede no serlo, de lo contrario debería existir un Banco Nacional de Embiones que maneje el destino de los mismos.

Se abordó el tema del Diagnóstico Genético Preimplantatorio o PGD. Personalmente sostengo que el mismo se viene haciendo desde que se comenzó hacer FIV. Siempre se hizo, de acuerdo con las posibilidades tecnológicas del momento, aunque no se decían, por temor a ser mal interpretados o porque políticamente no convenía. Gran macana!. Hace 25 años que estamos haciendo FIV y recién ahora nos estamos sincerando con la misión principal de la embriología clínica que es la elección del mejor embrión que pueda terminar en un nacido normal. Mientras tanto hubieron infinidad de proyectos de ley, todos inadecuados para las necesidades de los pacientes infértiles.

Cuando adviene la FIV los genetistas se interesaron muchísimo con esta nueva metodología. Primeramente comenzaron a estudiar a los huevos que no fecundaban o fecundaban mal. Con esos resultados aprendimos que hay una tasa importante de aneuploidías ovocitarias que aumenta con el avance de la edad de las mujeres y que esa tasa de aneuploidía explicaba porque la mayoría de los embarazos eran simples a pesar de transferir varios embriones. Nos dimos cuenta también que se podía usar como herramienta diagnóstica, simplemente realizando el estudio genético en una de las células del embrión e inferir el estatus del mismo, no solo en los pacientes infértiles sino además en los fértiles pero con riesgo aumentado para descendencia con trastornos genéticos heredables. En realidad los genetistas vieron su utilidad como otra posibilidad de diagnóstico prenatal, con la ventaja de permitir el establecimiento del embarazo libre de la afección para la cual hay riesgo, por evitar la eventual posibilidad del aborto genético que conduce el diagnóstico prenatal convencional en el segundo trimestre del embarazo cuando se corrobora la existencia de la afección genética. En cambio, los embriólogos clínicos vieron la posibilidad de elegir al embrión libre de las aneuploidías más frecuentes que causan no embarazo o aborto espontáneo. Existe el consenso internacional de llamar PGD cuando se lo utiliza en pacientes con riesgo genético o cromosómico aumentado y PGS cuando se lo utiliza para enumerar determinados cromosomas. Todos estábamos muy esperanzados con la utilidad del PGS como elección del mejor embrión, pero al cabo de casi 10 años de uso llegamos a la conclusión de que no tiene valor clínico. Se trató de encontrar la explicación a la falta de beneficio de su aplicación, sobre todo porque la hipótesis de hacerlo es correcta y sustentada en datos provenientes de las fuentes de investigación citogenética en gametos y/o embriones humanos. Como

ese estudio se lo realizaba con la técnica del FISH y la misma tiene la limitación que enumera solo el locus donde mapea la sonda del cromosoma elegido para enumerar, se piensa que podría ser el motivo de la falta de valor clínico. Ahora con el advenimiento del cariotipado molecular en biopsia de trofoectodermo, la vitrificación y la transferencia en un ciclo con un endometrio preparado fisiológicamente pensamos que podría resolver el inconveniente del PGS por FISH. Habrá que esperar entonces a los ensayos clínicos randomizados y controlados que avalen su utilidad. Pero el inconveniente con su uso frustrado para elegir el mejor embrión nada tiene que ver con el real valor benéfico cuando se lo usa como alternativa de diagnóstico prenatal en pacientes con riesgo genético aumentado o sea como PGD. La posibilidad de que la pareja no se tenga que enfrentar con la decisión de qué hacer con un resultado anormal en un diagnóstico prenatal y la falta de reconocimiento de aborto genético en nuestro país, es la principal ventaja del PGD en pacientes con riesgo. La gran desventaja es que es mucho más costoso que el convencional. Pero este tema lo tendrán que resolver los especialistas en salud pública. Nosotros solo debemos informar de los tests disponibles con reconocido valor clínico.

Se habló también de los bebés medicamentos o diseñados a la carta como dicen los españoles. Se trata de lograr un embarazo que dé lugar a un nacido histocompatible con un hermano que requiere trasplante de médula ósea. Cuando la familia quiere tener otro hijo no creo que se esté usando a ese niño como medicamento sino que viene a este mundo y que además puede ayudar a su hermano. Pero si la familia no desea tener otro hijo, y en los bancos públicos de médula ósea tanto nacionales como internacionales no existe médula compatible no se podría originar embriones para la obtención de células madre?. Si el preembrión no es una persona y se admitiera su formación para no ser transferido, sería una vía correcta originar embriones para elegir los histocompatibles y usarlos en la derivación de células madre.

Se ha comunicado la posibilidad del establecimiento de líneas de células madre a partir de una blastómera de un embrión de cuatro u ocho células. Uno también podría tomar una célula del embrión para obtención de una línea de células madre y el embrión biopsiado transferirlo o vitrificarlo. De esta manera se cumpliría con el objetivo de su formación para ser transferido y al mismo tiempo tener un repuesto de células madre de ese embrión. Seguramente que la terapia regenerativa en años será una realidad y por qué negar esta posibilidad de “repuestos de órganos” para el futuro.

Además, hemos tocado otro tema, para mi gusto frívolo. Se trata del sexado embrionario por motivo social conocido con la sigla PGSS. Obviamente que si es por una enfermedad genética ligada al sexo que no se logró caracterizar molecular o citogenéticamente es una aplicación correcta

del PGD para evitar el nacimiento de hijos varones enfermos. Debemos también reconocer que el PGSS para balanceado de los sexos en la familia no cae tan mal como el de la elección de un sexo sobre otro cuando la pareja aún no tiene hijos. Pero en definitiva, si los pre-embiones no son personas y se pudieran originar no solo para transferir, no habría tantos problemas en complacer a aquellos que desean un determinado sexo. Lo que sí a mi juicio es intolerable que se acepte hacerlo con la condición que los embriones del sexo no deseado sean dados en otras familias. También es verdad que se está usando el PGD para aquellas enfermedades que se manifiestan en vida adulta y también en individuos con mayor predisposición para desarrollar ciertos tumores familiares en algún momento de la vida. Si se puede diagnosticar y favorecer el nacimiento de una persona sin la preocupación de que va a desarrollar una enfermedad gravísima en la última etapa como ocurrió con su progenitor, por qué no hacerlo si se puede evitar.

Nosotros, que ayudamos con el establecimiento del embarazo, tenemos mucha mayor responsabilidad que aquellos profesionales que reciben en consulta a mujeres ya embarazadas para su control o vigilancia del mismo. Nosotros tenemos la obligación de informar a las parejas sobre los riesgos genéticos que poseen y que ellos decidan qué hacer. Por otro lado, como en los laboratorios de embriología se clasifican a los embriones como muy buenos, buenos, regulares y malos, las parejas que reciben a los muy buenos o buenos sobredimensionan el valor de la clasificación y creen que tienen asegurado el nacimiento de un niño normal sin problemas genéticos. Con respecto a este punto, no podemos dejar de mencionar la conocida doctrina del wrongful birth o nacimiento equivocado que se estableció en Francia con el caso Perruche y que se extendió a otros países, sobre todo por la lamentable industria de la mala praxis. El niño Perruche nació con secuelas de una infección por rubéola al principio de su gestación. La mujer tenía la intención de interrumpir ese embarazo cuando le diagnosticaron rubéola a su hija. Pero su tocoginecólogo la convenció de no hacerlo debido a que ella estaba inmunizada. Lamentablemente ocurrió un error en la serología y el niño nació con malformaciones que produce la rubéola. La madre accionó judicialmente contra el tocoginecólogo y el tribunal de Casación terminó fallando a su favor. Navegando por internet este tema, es sorprendente ver la cantidad de juicios por el tema del nacimiento equivocado. Entonces es para reflexionar si los especialistas en medicina reproductiva no estamos de alguna manera empujados a utilizar todos los adelantos diagnósticos disponibles. Si existe esa posibilidad diagnóstica no sería correcto usarla e incorrecto no usarla? No creo para nada que esto sea eugenesia como se mencionó en la audiencia. Una cosa es diferenciar lo que está bien de lo que está mal y otra cosa es la manipulación genética para el mejoramiento. Esto último si es eugene-

sia, nosotros solo hacemos diagnóstico usando nuestra sapiencia y las manos para separar los que darían a un nacido sano de uno enfermo.

Otros temas que abordamos fueron los procedimientos alternativos que derivaron de la FIV o sea los programas de ovodonación y espermodonación, la dación de embriones, la subrogación y alquiler de útero. Casi todos estuvimos de acuerdo que la mayoría de los donantes lo hacen por la recompensa económica que reciben, con el agravante que para muchas de ellas es una fuente de trabajo y se ofrecen en distintos centros. Obviamente que esto tiene sus implicaciones y se debería evitar. Se sugirió un registro de donantes. Pero podemos hacerlo sin las pertinentes consecuencias legales?. No se concluyó nada al respecto. Es un tema que habría que seguir trabajando. Personalmente creo que el tema de reclutamiento de donantes no nos compete a nosotros y que deberíamos dejarlo en manos de las agencias con recursos humanos formados en esos temas. La donante que concreta la dación se convierte indefectiblemente en paciente y nuestro deber es cuidarla como paciente. No podemos hacer infinitos tratamientos de superestimulación en una misma mujer. Fundamentalmente por dos motivos: por la salud de la donante y por las receptoras que acceden a la alternativa de una tercera persona para asegurarse una mejor calidad ovocitaria. Pero la calidad ovocitaria es siempre la misma o empeora con el número de ciclos realizados?. Sostengo que este tema hay que seguir profundizándolo inter-disciplinariamente.

Respecto a los programas de embriodonación habría que diferenciar la dación de embriones congelados abandonados por sus genitores y el originado a partir de donantes voluntarios con fenotipo similar y compatible a la pareja receptora. Con respecto a la primera opción, y admitiendo que los genitores actualicen su voluntad de darlos a otras parejas entendiendo que sus propios hijos tendrán hermanos en otros senos familiares, nosotros deberíamos hacerlo o debería existir un Banco Nacional de Embriones Abandonados?. El equipo biomédico no debería correr con esa responsabilidad. Todos nos quejamos de la existencia del tutor de los embriones congelados en la ciudad de Buenos Aires, pero tampoco nosotros podemos atribuirnos facultades de decidir a quienes vamos a dar esos embriones. Otra cuestión no menos importante es la calidad de los embriones congelados. Hay centros que congelan todo lo que no se transfiere y hay centros que solo criopreservan si los embriones aplican la condición de ser transferidos en fresco. Crear la expectativa de un hijo con la transferencia de esos embriones, aunque fuera totalmente gratuito tendría un gasto emotivo tremendo. Me parece que los argumentos mencionados son suficientes para desalentar la embriodonación con embriones abandonados. Parece entonces más correcto originar embriones para las parejas que lo requieran aplicando los donantes todas las exigencias del buen ejercicio de prácti-

ca o sea con donantes evaluados psico-físicamente y chequeados desde el punto de vista infectológico y genético, que habitualmente no se hace en las parejas que utilizan sus propios gametos. Si se siguiera insistiendo en la utilización de los embriones congelados abandonados habría que pensar entonces en la necesidad del Banco Nacional de Embriones. Como se debería respetar a rajatabla la autonomía de las parejas, ellas tendrían que actualizar sus consentimientos y por supuesto podrían arrepentirse de la decisión que habían tomado cuando no tenían hijos. Estas parejas podrían decidir, en lugar de descartarlos, donarlos para que se utilicen en la investigación, por ejemplo el de las células madre embrionarias.

El último tema tocado fue el del útero subrogado y el alquiler de útero, única alternativa para que las mujeres sin útero y las parejas de varones tengan a sus hijos genéticos. Este es otro tema no estrictamente médico, pero que requiere del compromiso del equipo biomédico para con-

cretarse. Mientras no haya legislación al respecto convendría de abstenerse, ya que el mismo es un contrato ilícito y sino se llegará a cumplir por cualquiera de las partes podría ser catastrófico.

Muy probablemente con los avances de la ciencia que son irrefrenables, los adelantos tecnológicos y el cambio hacia una medicina predictiva, muy probablemente en un futuro no tan lejano la paternidad responsable estaría en manos médicas y la sexualidad a la intimidad de las personas.

Les agradezco a todos por animarse a debatir estos temas y los invitamos a seguir con estos debates ya que nos falta encontrar muchas respuestas. Nosotros tenemos la obligación de transmitir a la sociedad la realidad científica y profesional sin acondicionamientos políticos, de lo contrario sería una traslación a media que conduciría a confusiones y entorpecería en definitiva la labor de los jueces y legisladores.

FINALIZACIÓN DEL SIMPOSIO

Sr. Director (Coco).- Nuevamente, les agradezco a todos por su participación y doy por concluido este simposio.

- *Es la hora 12 y 39.*



AUSPICIADO POR