

**SE BUSCA EMBRIÓN EN BUENAS CONDICIONES PARA
LA APLICACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRE-
IMPLANTACIONAL
Y EL BEBE-MEDICAMENTO**

Vera Lucía Raposo¹

RESUMEN:

El diagnóstico pre-implantacional es una de las posibles modalidades de diagnósticos pre-natal, con la particularidad de tener por objeto embriones extra-uterinos. Por lo tanto, solo puede ser utilizado en el ámbito de un proceso de fertilización in vitro.

No obstante su virtualidad de permitir evitar una posterior interrupción del embarazo acarrea muchos problemas de índole ético y jurídico: el peligro de poder ser utilizado para la selección de sexo del niño, agravando por lo tanto eventuales discriminaciones de género ya existentes; la posibilidad de su instrumentalización en la determinación de las características de los embriones, permitiendo escoger a los que tengan el color de ojos o de pelo preferido, o hasta cierto nivel de inteligencia, llevando, en último término, a la eugenesia privada de los padres; e inclusive determinar para la

¹ Título de Master en Ciencias Políticas y Jurídicas en la Facultad de Derecho de la Universidad de Coimbra; investigadora en biomedicina y derecho en el Instituto Kennedy, en Georgetown, Washington D.C; estudios de postgrado en el curso europeo de Jurisprudencia en Derechos Humanos en la Facultad de Derecho de la Universidad de Coimbra; profesora, investigadora y conferencista en múltiples eventos académicos internacionales con varias publicaciones y participación en cursos relacionados con derechos reproductivos. vera@fd.uc.pt

prole características objetivamente nocivas (la sordera, por ejemplo), con el único interés de acomodar los hijos a particularidades de los padres.

Una de las más problemáticas utilizaciones del diagnóstico pre-implantacional consiste en la selección del embrión adecuado para salvar la vida de otra persona, en regla, un hijo ya existente (niño-medicamento).

En el presente artículo intentaremos deslindar las varias vertientes de esta práctica médica, con el propósito de poder hacer un juicio jurídicamente fundamentado de su aceptación o rechazo jurídico.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico pre-implantacional, embriones extrauterinos, bebé-medicamento.

ABSTRACT:

The pre-implantation genetic diagnosis is one of the possible modalities of prenatal diagnosis, with the particularity of having for object extra-uterine embryos. Therefore, it can only be used in the context of a process of in vitro fertilization.

Despite its capacity to avoid a posterior abortion, it carries with it many ethical and juridical problems: the risk of being used to select the sex of the child, therefore, aggravating the already existing gender discrimination; the possibility of instrumentalization of embryos, by choosing their characteristics, since it allows the choice of the embryo that holds some preferred eye or hair color, or even a certain level of intelligence, consequently conducting to the private eugenics of parents; and even permits picking offspring characteristics that are harmful in an objective point of view (being deaf, for instance), with the solely purpose of accommodating the child to the parents' specificities.

One of the most problematic uses of the pre-implantation diagnosis is the selection of the adequate embryo to save someone else's life, usually, the life of an existing sibling (baby-remedy).

KEY WORDS: Pre-implantation genetics diagnosis, extra-uterine embryos, baby remedy.

In the following article we will try to elucidate the multiple dimensions of this medical practice, with the purpose of being able to formulate a juridical based opinion about its acceptance or refusal in the juridical system.

I - FINALIDADES DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRE-IMPLANTACIONAL

El diagnóstico pre-implantacional es una de las modalidades de diagnóstico pre-natal gracias a la posibilidad de disponer de embriones extra-uterinos.

Por tanto, sólo puede ser utilizado en el ámbito de un proceso de procreación médicamente asistida, la cual en Portugal sólo se justifica en situaciones como las de infertilidad o de riesgo inminente de una patología hereditariamente transmisible. En el segundo caso, el diagnóstico pre-implantacional logrado a través de la fertilización in vitro, si bien no garantiza el nacimiento de un hijo saludable, permite detectar algunas enfermedades como las aneuploidias, el síndrome de Lesch-Nyhan, la hemofilia y la enfermedad de Tay-Sachs, entre otras.

La identificación de embriones portadores de genes indeseables implica la posibilidad de adoptar la decisión de no transferirlos al útero materno, con lo cual se puede prevenir interrupciones voluntarias del embarazo en un momento posterior o abortos espontáneos debidos a la inviabilidad del feto.

Tan importante beneficio ha permitido, por una parte, el desarrollo de la utilización del diagnóstico pre-implantacional y, por otra, es motivo de conflictos éticos, religiosos y jurídicos, particularmente por el riesgo de su intensión eugenésica, como el de seleccionar los genes más apropiados para obtener descendientes que conduzcan a políticas poblacionales segregacionistas, que excluyan a seres que se ubiquen por debajo del nivel promedio de normalidad y seleccionen a los que puedan convertirse en donantes de material genético por considerarles con mayores

posibilidades de perfección (superbebés). A continuación, algunas alternativas de diagnóstico pre-implantacional, su justificación y legitimidad:

a) SELECCION DE SEXO

La selección de sexo de la descendencia, que es hoy posible debido esencialmente al diagnóstico pre-implantacional, puede llevarse a cabo por razones médicas y no médicas: entre las primeras, evitar determinadas enfermedades vinculadas a un cromosoma sexual; y, entre las segundas, básicamente aquellas fundadas en preconceptos culturales y sociales (como en India o China), para sustituir un hijo prematuramente muerto, o para equilibrar familias con demasiados hijos del mismo sexo.

b) SELECCION DE OTRAS CARACTERISTICAS

Además de la selección destinada a evitar enfermedades o malformaciones, existen las llamadas “escogencias frívolas”: color de ojos o de pelo, grado de inteligencia, vigor físico y, en general, cualidades que conducen exclusivamente a la búsqueda de características eugenésicas por intereses económicos, de poder o estéticos.

Estas características, en el estado actual de la ciencia, en su mayoría aun no pueden ser logradas con el diagnóstico pre-implantacional y si, en un futuro próximo pudieran serlo, todavía deberíamos preguntarnos: ¿sería motivo suficiente para utilizar el diagnóstico pre-implantacional?; y, más aún, en el caso de que el diagnóstico pre-implantacional destinado al logro de objetivos terapéuticamente deseados, revelara la misma posibilidad para las características no terapéuticas, después de descartar los embriones mal-formados o enfermos, cuando existan en un número mayor al necesario para su trasplante, ¿se podrá aún utilizar esta técnica para escoger características no terapéuticas? o ¿se justificaría y sería legítimo que los padres decidieran que sus hijos, adicionalmente, nacieran con esas características fútiles?

Teniendo presente las consideraciones expuestas si, por ejemplo, los padres se encuentran ante el caso de que en el proceso de reproducción asistida se obtuvieron seis embriones, tres saludables y los otros tres enfermos, John Harris considera que no hay

quien, en buena consciencia, diga que se implanten los tres últimos². Imaginemos en cambio, que todos los embriones son viables, pero una mitad presenta un nivel superior a la media normal en algunas de sus particularidades (longevidad, robustez), ¿cuál la opinión respecto a la legitimidad de la decisión de los padres si fuera la de que se trasplanten los embriones de la segunda mitad³?

c) LA SELECCION INVERTIDA

Hemos utilizado embriones con la expresión “selección invertida” para designar los casos de padres que escogen para sus hijos características objetivamente nocivas, como el relato de la pareja sorda que pretende un hijo también sordo para una mejor integración familiar⁴.

Condenar a priori esta opción parental podría o no, significar un juicio injusto para las personas que sufren ese tipo de deficiencias, por lo que previamente será necesario considerar los valores en conflicto, como el bienestar del futuro hijo, el criterio con que se califiquen ciertas características como una anomalía o, simplemente, como una particularidad y la libertad o no de los padres para escoger ciertas características de sus hijos.

Se podría recurrir, por analogía, a la solución que se ha encontrado para los Testigos de Jehová: ordenar judicialmente el tratamiento médico con transfusiones sanguíneas de menores que sean hijos de Testigos de Jehová en contra de la voluntad de

² Pronunciándose explícitamente a favor de la selección de los mejores embriones en cualquier de estos dos ejemplos, John HARRIS, “Liberation in Reproduction”, in *Designer Babies: Where Should We Draw the Line?*, (Ellie Lee et al.), Hodder & Stoughton, London, 2002, p. 55.

³ John Harris defiende la legitimidad de esta solución, y aún de forma más extremado que la expuesta en el texto. Su argumento es que se la propia naturaleza se encarga del perfeccionamiento de la especie, porque no puede hacerlo el hombre utilizando técnicas científicas? De forma que, se bien entendemos el autor, defiende inclusive la terapia génica con finalidades eugénicas. Cfr. John HARRIS, “Rights and Reproductive Choice”, in *The Future of Human Reproduction*, (John Harris and Soren Holm, eds.) Clarendon Press, Oxford, 1998, p. 32.

⁴ Sustentando la posibilidad de los padres seleccionaren un embrión portador de deficiencias, Soren HOLM, “Ethical Issues in Pre-Implantation Diagnosis”, in *The Future of Human Reproduction*, (John Harris and Soren Holm, eds.) Clarendon Press, Oxford, 1998, p. 186, 187.

sus padres: Así, también aquí se podría pensar en el control de estas decisiones paternas y de las consecuentes resoluciones judiciales dictadas por el mejor interés del niño⁵.

En nuestro entender podrá adoptarse un principio de responsabilidad parental, según el cual incide sobre los padres el deber de asegurar a sus hijos todas las oportunidades para la mejor vida posible⁶. Pero, en última instancia, la decisión sobre la legitimidad de la selección de los padres deberá ser tomada analizando cada caso concreto.

II - SELECCIÓN DEL EMBRIÓN ADECUADO PARA SALVAR LA VIDA DE OTRA PERSONA

Se trata ahora de escoger un embrión que sea genéticamente compatible con otra persona, en regla un hermano, portadora de una enfermedad que demande el transplante de material genético, queriéndose al mismo tiempo evitar el rechazo del material por parte del cuerpo del enfermo

Este nuevo ser es creado específicamente para la referida finalidad, fruto de un doble proceso de selección: no solamente elegir un embrión saludable sino, también, certificar su histocompatibilidad en relación a la persona enferma.

a) EL CASO NASH

El primer bebé nacido para este exclusivo propósito ha sido Adam Nash, en Estados Unidos. La pareja Nash tenía ya una hija, Molly, que padecía de una enfermedad gravísima, la anemia de Fanconi. Su estado de salud se estaba deteriorando tan rápidamente que la única esperanza era un transplante de médula, sin descartar posibles y muy probables rechazos por parte de su organismo, por lo que la solución más prudente consistía en un transplante de un familiar. Los padres no eran compatibles con Molly, y la niña no tenía hermanos. Entonces la familia decidió generar un hijo

⁵ Solución propuesta por Judith DAAR, "ART and the Search for Perfectionism: On Selecting Gender, Genes, and Gametes", *The Journal of Gender, Race and Justice*, 9, Winter, 2005, p. 263 (todavía, la autora hace notar que prohibir los padres sordos de seleccionar embriones sordos implicaría, para sermos congruentes, que fueran igualmente impedidos de procrear por la vía sexual para que non tuvieran nunca hijos sordos, lo que sería un absurdo).

⁶ Adoptamos en este punto la tesis de Bonnie STEINBOCK, Ronald MCCLAMROCK, "When is Birth Unfair to the Child?", *Hastings Centre Report*, 24, Nov.-Dec., 1994, p. 17.

exclusivamente para servir a tal propósito: posibilitar el trasplante. Por tanto, necesitaban asegurarse de dos hechos: i) primero, que el bebé no padecería anemia de Fanconi, lo que sería difícil en un embarazo natural, una vez que ambos padres eran portadores del gene; por consiguiente, las posibilidades de que su hijo nazca con el mismo gene eran considerables (25%); ii) segundo, que el niño sea un donante compatible con Molly. El diagnóstico pre-implantacional les permitía detectar un embrión con esos atributos.

Al final, Molly se benefició de un trasplante de la médula concedida por su hermano y se conoce que goza de buena salud hasta el día de hoy

Molly no ha sido la primera en beneficiarse de la donación de un hermano expresamente creado para ese efecto. Simplemente, ha sido el primer caso en que el bebé donante se “fabricó” apelando a la biotecnología científica y no, precisamente, en forma puramente aleatoria.

b) EL CASO HASHIMI

En Europa el caso más conocido es el de la familia Hashimi: su hijo Zain era portador de beta talasemia, una enfermedad sanguínea de origen genético. Su sobrevivencia dependía de un trasplante, pero no había familiares compatibles. La madre había quedado embarazada en forma natural, con la expectativa de que el hermano pudiera funcionar como donante para Zain; desafortunadamente, el diagnóstico pre-natal reveló que el embrión también era portador del gene, ante lo cual los padres decidieron el aborto. Ante tal situación, deciden generar otro hijo con el auxilio del diagnóstico pre-implantacional; pero, en el Reino Unido al contrario de Estados Unidos, los procedimientos considerados extra rutina deben contar primero con la aprobación de una autoridad especializada.

Sucede que la ley inglesa (Schedule 2 do *Human Fertilization and Embriology Act*) solamente autoriza los procedimientos necesarios o deseables para que puedan proporcionarse servicios de tratamiento (“treatment services”, según la expresión legal). La solución fue encontrada en una interpretación judicial lata de la expresión “treatment

services”, entendiendo que incluye no solamente los tratamientos que permitan biológicamente el embarazo (la interpretación tradicional y más obvia), sino también aquellos que permiten el embarazo de mujeres que, de otro modo no podrían tener hijos dado el riesgo de graves consecuencias patológicas y que, ante tal situación, decidan tener un niño solamente cuando el diagnóstico prenatal les garantice la detección de esas anomalías.

c) EL CASO WHITAKER

El segundo caso discutido en el Reino Unido fue el de la familia Whitaker, en el año 2003, cuando deseaba un bebé “salvador” para su hijo Jame, que padecía de anemia de Diamond-Blackfan, con una esperanza de vida de tan sólo treinta años en caso de que no se sometiese a un trasplante. El pedido de esta familia fue rechazado por la autoridad inglesa, por considerar que en este caso no se había demostrado que la enfermedad tenía origen genético. En estas condiciones los esposos Whitaker no se arriesgaban a que sus futuros hijos pudieran nacer con la enfermedad. En este caso, la pareja no pretendía recurrir al diagnóstico prenatal para tener un hijo saludable sino, exclusivamente, para obtener un hijo donante. Por tal razón se negó su solicitud al considerar que la utilización del diagnóstico pre-implantacional no traería beneficio alguno para el embrión, sino únicamente para una tercera persona. Ante esta decisión legal en el Reino Unido, recurrieron a una clínica norteamericana, aprovechando que en Estados Unidos la ley al respecto es más liberal.

d) RÉGIMEN LEGAL DEL BEBÉ-MEDICAMENTO EN PORTUGAL

La ley portuguesa 32/2006, en una primera lectura, prohíbe esta situación, empieza por considerar las técnicas como métodos subsidiarios y no alternativos de reproducción (art. 4.º/1⁷) y, consecuentemente, limita su utilización en dos situaciones estrictas (art. 4.º/2)⁸: i) la infertilidad y ii) el peligro de propagación de anomalía genética.

El art. 7.º todavía contribuye a clarificar la cuestión expresando - aunque en un lenguaje dudoso - que denota cierta hesitación legislativa - que admite la utilización del

⁷ “As técnicas de PMA são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação”

⁸ “A utilização de técnicas de PMA só pode verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras”

diagnóstico pre-implantacional. El n.º 2 del artículo prohíbe la selección de embriones (exceptuando la determinación del sexo para evitar una enfermedad relacionada con el sexo) y el n.º 3 textualmente dice: “Exceptuam-se do disposto no número anterior os casos em que haja risco elevado de doença genética ligada ao sexo, e para a qual não seja ainda possível a detecção directa por diagnóstico pré-natal ou diagnóstico genético pré-implantação, ou quando seja ponderosa a necessidade de obter grupo HLA (*human leukocyte antigen*) compatível para efeitos de tratamento de doença grave”. En consecuencia, significa que la prohibición antes expuesta no incluye las situaciones en las cuales se escoge el embrión más apto para utilizarlo en el tratamiento de una determinada enfermedad grave; y, la compatibilidad de que nos habla el legislador se refiere, por lo tanto, a una tercera persona. En suma, el nacimiento de un posible donante compatible con su hermano enfermo, es decir quien se pueda llamar *niño-medicamento*. En Portugal, para aprobar tal procedimiento se requiere autorización previa del Consejo Nacional de Procreación Médicamente Asistida.

Además de esta norma, emanada directamente del legislador portugués, se debe considerar las normas de derecho internacional que son parte integrante del ordenamiento jurídico interno, por tratarse de un tema contemplado en la Convención sobre Derechos del Hombre y la Biomedicina. La única norma susceptible de ofrecer una respuesta posible a nuestro dilema es el art. 14.º de la Convención, no obstante que no trata de manera explícita el problema del bebe-medicamento, porque la Convención omite esta situación. El art. 14.º consta con la siguiente redacción : “No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada a sexo”. Esta disposición, por consiguiente, puede ser entendida de dos maneras distintas: En un sentido más estricto y literalmente apegado a su redacción, según el cual solamente es posible aplicar las técnicas de reproducción asistida para obtener embriones solamente cuando se trate de una selección de sexo con el propósito de evitar la transmisión de una enfermedad hereditaria relacionada con el sexo. En contrapartida, una interpretación más liberal (quizás con poco fundamento en el texto legal) pareciera no establecer una diferencia clara entre utilizar el DPI para impedir el nacimiento de un niño enfermo y la utilización

de esta técnica para obtener el nacimiento de un niño con el objeto de salvar a otro enfermo⁹.

e) APRECIACIÓN CRÍTICA DEL BEBÉ-MEDICAMENTO

Es indudable que aún no se ha podido llegar a un acuerdo a la utilización del DPI. No hay duda que es deseable el caso extraordinario de la obtención de un embrión saludable y compatible, utilizando exclusivamente el material genético de los padres, sin acudir a la manipulación genética. El diagnóstico pre-implantacional, en cambio, ofrece únicamente la posibilidad de detectar cual de los embriones reúne los requisitos, sin adaptarlo a los requisitos requeridos, algo que exigiría otras técnicas sofisticadas de ingeniería genética.

Pero acarrea algunos problemas, por ejemplo, la necesidad de que el trasplante de células del cordón umbilical del recién-nacido tenga éxito, caso contrario aquel niño tendrá que ser sujeto a procedimientos más intrusivos en su integridad física y de mayor riesgo, comparables con el trasplante de médula ósea o de otros órganos.

Después, se debe considerar la posibilidad de que quien nace por DPI se mantenga a lo largo de toda su existencia como un potencial donante para su hermano, soportando el compromiso constante de salvar su vida, responsabilidad de tal gravedad que será legítimo preguntarnos si se justifica.

Por otro lado, el bebé-medicamento demanda la búsqueda de un niño que reúna características específicas, lo cual muchas veces obliga a la obtención desmesurada de embriones y, consecuentemente, a la posterior destrucción de los que no reúnan las características deseadas (en el caso Nash han sido creados 15 embriones hasta encontrar el bebé perfecto). Claro que en un ordenamiento jurídico donde el aborto sea plenamente libre durante las primeras semanas - como es el portugués después de la Ley 16/2007, de 17 de Abril - esta crítica se debilita, al permitir la destrucción de

⁹ Esta segunda interpretación se inspira, de algún modo, en la tarea interpretativa que el profesor Guilherme de Oliveira hace a propósito de una norma distinta, pero con algunas semejanzas con el art. 14.º. Cfr. Guilherme de OLIVEIRA, “Um Caso de Selecção de Embriões”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde* (separata), 2005, p. 11.

embriones en una fase más avanzada de su desarrollo, cuando están ya anidados en el útero materno y no se vislumbra motivos para impedir su destrucción cuando no sobrepasan un escaso número de células que sobrevivan en un medio artificial. No así en aquellos sistemas jurídicos en los que al embrión se considera una persona y, como tal, con la misma protección jurídica, en los que el DPI suscita verdaderos conflictos.

Muchos autores que comparten la segunda alternativa, censuran el diagnóstico pre-implantacional con el argumento de que conduce a la degradación del embrión al estatuto de “cosa”, dado que es utilizado para satisfacer propósitos de otras personas, en violación del principio kantiano de la no instrumentación del ser humano. Personalmente nos parece que este principio, cuando se toma en su pureza, es constantemente violado y, no así, cuando ese niño desde su nacimiento sea amado por su familia, algo imposible de prejuzgar que no ocurra.

Por fin, existe el riesgo de un eugenismo privado, concebido por los padres en su búsqueda de un hijo sano y, más que eso, con características que ultrapasan las del ser humano medio. No se trata, en ese caso, del eugenismo estatal, tan trágicamente manipulado en la búsqueda de la perfección del ser humano en ciertos periodos de la historia de la humanidad.

Otra importante objeción para crear el bebe-medicamento radica es la ausencia del *consentimiento informado* del recién nacido, para ser dador de material genético en beneficio de otra persona. Toda intervención médica, diagnóstica o terapéutica, necesita del *consentimiento libre e informado* de quien se someterá a tal procedimiento. De no existir, en muchos países, el ordenamiento jurídico-criminal ordenará la aplicación de una sanción criminal (en Portugal, por ejemplo, tenemos el tipo de ilícito de intervención y tratamiento médico arbitrarios, en el art. 156.º del Código Criminal portugués, que puede implicar una pena de prisión hasta tres años para el médico).

Todavía, en Portugal, la crítica fundada en la falta del consentimiento del sujeto, carece de todo el rigor legal, en razón de que el régimen del consentimiento libre e informado, aparentemente tan rígido para las intervenciones médicas, aún es muy

flexible en relación a las donación de órganos, para la cual la regla del no-consentimiento admite que todos somos donantes, excepto cuando manifestemos de manera expresa nuestra voluntad en sentido contrario. Es importante destacar que, tratándose de menores se aplica el mismo régimen, con la particularidad que aquí el consentimiento corresponde a los padres.

Según la ley portuguesa, tratándose de un menor, la donación de sustancias no regenerables es prohibida en cualquier circunstancia (art. 6.º/3 de la Ley n.º 12/93, de 22 de Abril), con la aparente posibilidad que sea permitida la donación de sustancias regenerables (art. 8.º/3 de la Ley n.º 12/93), cuando se cumplan los siguientes requisitos: i) consentimiento de los padres (a partir de cierta edad también el menor debe ser oído); ii) reducido grado de gravedad de la lesión a la integridad física cometida por la intervención médica, iii) sufrimiento leve para el menor. O sea que, respetados esos presupuestos, los recién-nacidos pueden ser donantes.

Estas reglas se parecen mucho al art. 20.º de la Convención de los Derechos del Hombre y de la Biomedicina, que trata de la donación de órganos y tejidos por personas sin capacidad para expresar su consentimiento, donde se establecen prácticamente los mismos requisitos que en la ley portuguesa.

Lo que puede cuestionarse en esta situación particular de los niños-medamento es que no se contempla el hecho de que los padres no son neutros, por tener un interés directo en el asunto, puesto que el beneficiario de la donación es su hijo y el donante también lo es o será.

En cierta forma, estos casos son comparables con aquellos en que se discute la donación de órganos por parte de portadores con discapacidades mentales a favor de un familiar, de un hermano por ejemplo, situaciones que han sido objeto de varios pronunciamientos judiciales en Estados Unidos¹⁰, donde ahora mismo se ha empezado a cuestionar los beneficios de estas donaciones para el donante y, por tal motivo, se está

¹⁰ Por ejemplo, los casos *Strunk* (445 S.W.2d 145, de 1969) y *Hart* (289 A.2d 386, de 1972).

exigiendo su propio consentimiento. Algo que, desde luego, no siempre es factible. Por lo que en caso de imposibilidad, se exige la presencia de una relación familiar fuerte entre donante y receptor, que permita tener la certeza de que el daño emocional que el donante sufra con la muerte del familiar enfermo sea menor al saber que contribuyó a un esfuerzo por su supervivencia, criterio no demostrable. para permitir la gestación de un niño con el específico propósito de salvar la vida de otro¹¹.

En contrapartida, una poderosa razón para admitir el bebé-medicamento es la propia noción de derechos reproductivos, concebidos en el sentido de que las personas deben poder decidir libremente no solamente si quieren o no tener hijos, sino también que tipo de hijos. Lo que hay que ponderar son los costos de la realización de ese deseo, y nos parece que esta evaluación hará necesariamente prevalecer los beneficios de salvar la vida de una persona sobre cualquier prejuicio que advenga pero que, muy honestamente, no conseguimos vislumbrar por lo menos en lo que se refiere a daños serios y graves.

Por otra parte, algunos autores defienden que el mero acto de conferir existencia a un nuevo ser es por demás suficiente para conferirle un beneficio, el derecho a la vida, el más fundamental de los derechos. Poco interesa el motivo por el cual nacimos, lo relevante es que de otra forma nunca existiríamos. No obstante, aunque el nacimiento sea considerado, en sí mismo, una dádiva (lo que está lejos de ser una evidencia), no podremos dejar de considerar futuros daños para el niño nacido en estas circunstancias.

Alguna doctrina invoca los daños que ocurran después del nacimiento, debido a las particularidades de ese nacimiento. Este tipo de razonamiento suscita las siguientes cuestiones: ¿Será que el mero hecho del que el niño sepa el motivo por el cual nació es para sí tan penoso? ¿Que daño puede causarle tener conocimiento que ha sido creado para salvar un hermano? ¿Acaso los otros niños nacen por motivos más nobles?

¹¹ Susan WOLF, Jeffrey KAHN, John Wagner, "Using Preimplantation Genetic Diagnosis to Create a Stem Cell Donor: Issues, Guidelines & Limits", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 31, 2003, p. 334 ss.

Los motivos por los cuales nos reproducimos podrán ser los más diversos y hasta extravagantes, tanto que suena insólito decir que alguien ha decidido reproducirse en nombre del bien-estar del futuro hijo ¿se puede actuar en favor de una persona que aún no existe? Es necesario reconocer que, en última instancia, tenemos hijos para satisfacción de nuestros propios intereses y que, generalmente, sirven como medios para nuestros fines personales. Esto sin mencionar los niños que nacen para salvar matrimonios, garantizar patrimonios o perpetrar dinastías familiares. A caso será necesario que tengamos que controlar las motivaciones de cada futuro progenitor y actuar en conformidad a ello, condenando o enalteciendo sus incitaciones, en tal forma que algunos serían impedidos de procrear simplemente porque no lo hacen por ilustres motivaciones. Además, si entramos en esta discusión, en términos de “buenas” y “malas” razones para la reproducción (cuál el motivo para ocasionar alguna perplejidad) el propósito de salvar una vida humana; y, por esa consideración, no podemos admitir que sea una de las razones más legítimas.

La verdad es que cuando una pareja tiene un hijo de manera natural (vía sexual) y luego decide que sea donante para otro hijo previamente existente, no hay quien pueda emitir censura alguna. Consecuentemente, ¿cuál el criterio diferenciador? ¿Por qué se condena tanto a los padres que recurren a las técnicas de reproducción asistida? ¿Será por el hecho de que escogen deliberadamente las características (médicas) del hijo que pretenden? o ¿será porque su intención ha sido manifestada antes de la gestación y no después?

Según creemos, la única posibilidad legítima de prohibir el diagnóstico pre-implantacional en asociación al bebe-medicamento sería la imposición de un control riguroso de las motivaciones individuales de cada persona que pretenda tener hijos, ya sea por reproducción natural o asistida, lo cual sería obviamente una prohibición injustificable, sin razón y violadora del principio de la privacidad individual. Considerando esta realidad y tratando de mantener coherencia lógica y jurídica en este debate, deberíamos admitir que no queda otra solución sino la de aceptar el bebe-medicamento.