

¿Niños medicamento?

2006-12-15 23:12:11 by miguel

Por **Anna Veiga**, doctora en Biología (LA VANGUARDIA, 15/12/06):

Ha sido noticia recientemente que el Ministerio de Sanidad ha aprobado los primeros casos de selección de embriones para conseguir el nacimiento de un bebé que permita salvar a su hermano enfermo. La legislación de Reproducción Asistida de mayo del 2006 contempla esta posibilidad.

Ante todo esto es posible gracias a la aplicación de la técnica de diagnóstico genético preimplantacional (DGP). Cabe recordar que se trata de una técnica que se utiliza con éxito desde 1992, cuando se produjo el primer nacimiento en el mundo. En nuestro país, las primeras niñas nacieron en 1994, en una pareja cuya mujer era portadora de hemofilia y en la que se seleccionó el sexo de los embriones para evitar el nacimiento de descendencia afectada.

Para ello hay que llevar a cabo la extracción de una célula del embrión, conseguido por fecundación in vitro, que se analiza para detectar la posible alteración. Se utiliza principalmente en parejas con elevado riesgo genético para una determinada enfermedad y como alternativa al embarazo espontáneo con posterior interrupción si el feto resulta estar afectado de la enfermedad.

Está disponible hoy en día en múltiples centros de reproducción asistida y para muchas enfermedades de origen genético.

Tal como se ha comentado, la nueva legislación en reproducción asistida permite la utilización de la técnica de DGP para la elección de embriones compatibles, para tratamiento a terceros. Lo que se plantea es la posible utilización de la sangre del cordón umbilical o de la médula ósea, compatibles con el hermano enfermo, con el fin de curarlo de la enfermedad que padece.

Podemos encontrarnos frente a dos situaciones algo diferentes, dependiendo de que la enfermedad que se pretenda curar con el trasplante sea de origen genético o no. En el caso de que así sea, el DGP seleccionará embriones sanos y a la vez compatibles con el hermano enfermo, mientras que tan sólo se seleccionará para la compatibilidad en caso de que la enfermedad sea adquirida. Un ejemplo de la primera situación sería la anemia de Fanconi y en el segundo caso podría tratarse de una leucemia. Los criterios utilizados para autorizar los distintos casos que se plantean se basan en informes exhaustivos de la enfermedad en cuestión, del estado de salud del enfermo al que hay que hacerle el trasplante, de la posibilidad de llevar a cabo un trasplante con cordón umbilical o médula ósea de banco o de tratamientos alternativos.

Esta técnica plantea algunas cuestiones de índole moral y ética que hay que tener en cuenta.

La primera analiza si es moralmente justificable *utilizar* un menor incompetente, que no puede decidir por sí mismo, como fuente de trasplante, y si es así, bajo qué circunstancias. Aquí aparece la diferencia antes descrita de la utilización de células del cordón umbilical o bien de médula ósea. Mientras en el primer caso se trata de un procedimiento no invasivo, la segunda opción implica una técnica más compleja y con más riesgo para el donante.

La segunda cuestión que se plantea es la de considerar como aceptable la concepción de un hijo con la *única* finalidad de llevar a cabo un trasplante. Las objeciones se centrarían en el concepto de la dignidad humana y de los riesgos psicosociales de las partes implicadas. Estaríamos hablando de la instrumentalización del hijo y de su nacimiento como medio para obtener un beneficio para terceros. Es evidente que las expresiones *bebé medicamento* o *nacimiento para donación*, muy desafortunadas desde mi punto de vista, refuerzan estos argumentos. Cuesta imaginar cómo unos padres pueden llegar a valorar al futuro hijo únicamente como fuente de trasplante, siendo evidente que van a quererlo por sí mismo.

Respecto de los riesgos psicosociales, un aspecto que hay que analizar es el hecho de que el hijo pueda sentirse infravalorado. Ello depende en gran medida de la calidad de las relaciones intrafamiliares y no existen motivos por los que haya que temer que este hijo pueda ser menos querido que sus demás hermanos. Los pocos casos que se han realizado hasta ahora han demostrado unas relaciones familiares completamente normales en estas situaciones.

La tercera cuestión estriba en la justificación moral de utilizar el DGP para compatibilidad con el fin de

asegurar la posibilidad de un trasplante.

Hay que considerar la tasa de éxito que se espera obtener. En caso de selección para enfermedad genética y compatibilidad, la posibilidad de disponer de embriones sanos y compatibles se sitúa alrededor del 18%, aunque datos recientes apuntan a tasas algo mayores. A pesar de que se trata de resultados relativamente bajos, representan una gran esperanza para una familia que no tiene otra alternativa para salvar a un hijo enfermo. No sabría cómo describir los sentimientos de unos padres cuando se consigue el embarazo, cuando nace la criatura *salvadora*, cuando se plantea el trasplante. He tenido el privilegio de poder seguir de cerca un procedimiento de este tipo y he comprobado claramente cómo los argumentos contrarios antes descritos pierden todo su valor.

Está claro que nos encontramos frente a una técnica que requiere un análisis caso a caso que evalúe objetivamente cada situación y sus posibles consecuencias. El progreso científico plantea nuevas posibilidades de tratamientos médicos con implicaciones éticas que hay que analizar de forma multidisciplinaria. La normativa legal debe adaptarse a ellas y ha de permitir que pacientes y profesionales adecuen sus demandas y servicios al progreso médico responsable, destinado a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.
