

CAPITULO I.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.1. NACIMIENTO DE LA MATERNIDAD SUBROGADA

La historia de las madres sustitutas comienza en 1975 en California, Estados Unidos, cuando un periódico de esa ciudad publica un anuncio en el cual se solicita una mujer para ser inseminada artificialmente, a pedido de una pareja estéril, que por este servicio ofrecía una remuneración.

Posteriormente, se constituyeron diversas organizaciones profesionales tendientes a contactar a madres portadoras con parejas interesadas y, desde luego, surgieron conflictos que debieron ser resueltos en los tribunales y su consiguiente debate social.¹

Uno de los casos más resonantes fue el denominado “Baby M” ocurrido en 1985 cuando el matrimonio Stern contrató con Mary Whitehead, la gestación para ellos de un niño, producto de una inseminación artificial con semen del señor Stern. El contrato plasmaba el compromiso, por parte de la madre portadora, de no crear una relación materno-filial con él bebe, y la obligación de abortar si de los test de amniocentesis surgía que el feto presentaba anomalías. La contraprestación ofrecida era de US\$ 10.000.

El 27 de marzo de 1986 se produjo el nacimiento de Baby M, pero la madre portadora (además, dueña del óvulo) se negó a entregarla al matrimonio Stern y, el señor Whitehead procedió a reconocer a la niña como hija suya. La madre gestante aducía no poder desprenderse de su hija y, en efecto, un informe psiquiátrico determinó que el consentimiento otorgado al momento de suscribirse el contrato no había sido dado con pleno conocimiento de la situación y de las consecuencias que de

¹<http://www.revistapersona.com.ar/cano.htm> consultado 19-10-2009.

ello derivarían. Asimismo, un estudio de su personalidad, determinó la presencia de ciertas connotaciones psicológicas que le impedirían desprenderse del bebe.

El juez de New Jersey, que actuó en primera instancia, entregó la custodia de la niña al matrimonio Stern y determinó que el contrato era válido. Esta sentencia fue apelada por la madre portadora y el Tribunal Supremo del estado procedió a la revocación del fallo declarando la nulidad del contrato, aunque, mantuvo la tenencia a favor de los Stern alegando razones en virtud de las cuales estos podían proporcionar un hogar con mejores condiciones socio-económicas para Baby M. Luego de diez años, la Corte reconoció a Mary como madre biológica y se le concedió un derecho de visita.

En 1982, en Francia el doctor Sacha Geller fundó el CEFER (Centro de Investigaciones de Técnicas de Reproducción), asociación destinada a vincular a parejas estériles con madres subrogadas. De esta forma, en 1983 en la ciudad de Montpellier, una mujer gestó un niño para su hermana gemela que padecía esterilidad.²

En 1987 en Gran Bretaña la señora Kim Cotton aceptó ser madre portadora, utilizando la técnica de inseminación artificial con semen del marido de la pareja comitente. El acuerdo se efectuó merced a las gestiones realizadas por la agencia Surrogate Parenting Association que cobró la suma de 14.000 libras. Un funcionario del Servicio Social Gubernamental realizó la denuncia ante los tribunales, los cuales decidieron que el menor permaneciera bajo la custodia del hospital hasta tanto el Tribunal de menores se expidiera. Posteriormente, la Corte Superior Civil de Londres decidió que la niña debía ser entregada a la pareja contratante mediante el correspondiente trámite de adopción.

²Guitrón Fuentecilla, J. *La genética y el Derecho familiar*. Rev. Tapia, Año VII, N 36, oct. 1987, pág. 73.

En Australia, en el Estado de Nueva Gales del Sur, acaeció un caso en el cual la madre gestante se negó a entregar al niño a la pareja comitente³. Para comprender en todos sus aspectos la problemática planteada y lograr un mínimo de introspección en las consecuencias experimentadas por quien actúa como madre portadora, transcribiremos las palabras expresadas por aquella al diario El País (España) el 6 de agosto de 1984: “Al principio es fácil ser idealista. Creo que empecé a lamentarme cuando noté sus primeros movimientos (...). A veces los hombres están desesperados por tener hijos, tienen grandes planes para su hijo y heredero (...). No quiero que mi hijo tenga que cumplir estas expectativas o se sienta presionado para cumplir los deseos y sueños de otro”.

A raíz de este caso, en el Estado de Victoria se ha aprobado una ley que veda a los donantes de espermatozoides u óvulos reclamar el estado de paternidad o maternidad.⁴

En 1994, un matrimonio japonés al que por edad y problemas de salud se les había negado la posibilidad de adoptar un niño, contrató el vientre de una mujer norteamericana para gestar un embrión concebido in vitro producto del óvulo de una donante y del espermatozoides del marido contratante. Cabe acotar que la legislación nipona prohíbe este tipo de prácticas y, por ello, el espermatozoides debió viajar desde Tokio a San Francisco donde fueron fertilizados 17 óvulos donados por una estudiante norteamericana para ser transferidos a una mujer de 30 años. Los costos por la aplicación de esta técnica ascendieron aproximadamente a 80.000 dólares.⁵

La experiencia en Italia nos presenta el singular caso de una mujer que dio a luz a su hermano, ante la imposibilidad física (fundada en problemas de salud) de su madre para sobrellevar el embarazo y que deseaba tener un hijo de su nueva pareja.⁶ Acerca de este tema, la doctrina de ese país expresa que, en virtud de los principios instituidos en su código civil, la maternidad exige el presupuesto del parto y, por ello,

³Martínez Calcerrada, Luis. *La nueva inseminación artificial*. Editorial Civitas, Madrid. 1989 pág. 80

⁴Martínez Calcerrada, L. Op. Cit. pág. 81

⁵Matozzo de Romualdi, Lilitiana. *Volviendo a la cuestión de la maternidad subrogada... ¿Puede reconocerse un derecho al hijo?*. Ed. Lancaster. Tomo 182-1663.

⁶Martínez-Pereda Rodríguez. Op. Cit. pág. 37

madre será quien ha llevado a cabo la gestación. Empero, algunos autores se inclinan por considerar tal a aquella mujer que ha deseado tener al hijo (maternidad psicológica) en franca oposición con quienes remarcan con la mayor de las trascendencias la relación que se establece entre madre e hijo durante la gestación, siendo esta circunstancia la que debe primar en caso de conflicto entre madre gestante y madre biológica⁷.

Recientemente, el 17 de febrero de 2000 una jueza del tribunal Civil de Roma autorizó a una pareja a utilizar los servicios de una madre de alquiler. En el caso, nos encontramos frente a una mujer que debido a una malformación en su aparato genital se encontraba impedida para llevar adelante un embarazo, aunque sí podía producir ovocitos. Ello así, en 1995 la pareja mediante el método de la fecundación artificial, procedió a congelar sus embriones a la espera de encontrar una mujer a quien implantárselos; una amiga se ofreció a cumplir este cometido en 1999. Sin embargo, durante este tiempo, la Federación de Médicos Italianos, sancionaba un código deontológico que prohibió expresamente la “maternidad subrogada”. Ante esta circunstancia, y debido al vacío legislativo en la materia, la pareja recurrió a la justicia solicitando autorización para que los embriones sean implantados en la madre sustituta. El fallo hizo lugar a la petición aduciendo que la intervención se llevaba a cabo “por amor y no por dinero” y porque los embriones ya hacía cuatro años que estaban congelados. No obstante, según la ley italiana, el nacido será hijo de quien lo ha dado a luz, esta mujer procederá a no reconocerlo y de este modo los padres genéticos podrán adoptarlo.⁸

Mención aparte merece el tratamiento de la llamada “maternidad póstuma”. Me refiero al caso de Julie Garber, una joven estadounidense que en 1995 y, a raíz de la detección de un cáncer, decidió congelar sus óvulos e inseminarlos con espermatozoides de un donante anónimo, a los efectos de preservar una futura maternidad que podría resultar

⁷García Rubio, Mari Paz. *La experiencia jurídica italiana en materia de fecundación asistida. Consideraciones respecto del derecho civil español* Rev. Tapia, año VII, N 36.España. Octubre 1987, pág. 73

⁸Diario El Mundo, España, 1 de abril de 2000.

dañada. Los embriones se congelaron; pero en 1996 Julie falleció dejando expresa autorización en su testamento, para que dichos embriones fueran implantados en el vientre de alguna mujer; la elegida por los padres de la causante fue la Sra. Velloff.

La polémica judicial instaló su epicentro en la circunstancia de que, dos meses antes la Corte de Apelación del Estado de California había declarado que los embriones, así como el espermatozoides y los óvulos, no eran bienes asimilables a un trozo de tierra, un cheque u otros bienes; estableciendo, de este modo la indisponibilidad de los mismos por vía testamentaria.

Según la autora Eva Gilberto, con referencia a esta situación, la psicología moderna se cuestiona los efectos que podría producir en un niño el saberse hijo de una madre muerta antes de engendrarlo.⁹

1.2. DIMENSIÓN BIOÉTICA

Se nos presenta ahora que el abuso del alcohol, el tabaco y las drogas unidas al estrés de la vida moderna, los matrimonios tardíos, los antecedentes de abortos y enfermedades venéreas, además del uso de dispositivos intrauterinos han influido decisivamente en la esterilidad de nuestra especie.

Sabemos que la moral y la religión van regularmente de la mano, pues la mayor parte de personas basan sus valores e ideas de tipo moral en su religión.

La religión que predomina es la católica y dentro del clérigo y sus feligreses, existen tanto los que se oponen, como los que están a favor de la inseminación artificial, ya que han encontrado en sus técnicas una opción útil para subsanar el problema de no poder tener hijos.

⁹Giberti, Eva. *¿Adopción de embriones? En Los Hijos de la Fertilización Asistida*. Buenos Aires. 2001. Pág. 37

Según Carlos E. Colautti, en términos generales podemos decir, que los que se oponen consideran básicamente que el fin no justifica los medios; en donde al realizarse este tipo de prácticas lesiona la moral social y degrada la honestidad del acto sexual, ya por la injerencia extraña en su realización, ya por la masturbación inicial que supone el trámite de la fecundación *in Vitro*.¹⁰ Sobre todo se oponen a que los gametos provengan de un donante, lo cual es visto como algo incuestionable en cuanto a ir en contra de la moral, guardando por consiguiente este tipo de posturas como que, si en realidad se hiciera de la concepción un experimento de laboratorio, o que el hombre pasaría a ser alguien destinado a la manipulación quitándole sus características individuales que los distinguen, para formar objetos; series de humanos asemejados a máquinas; o simplemente aquellas ideas que se manifiestan en el sentido de que con este tipo de tratamientos el hombre iría poco a poco perdiendo los valores primordiales que se gestan dentro de un núcleo familiar, que decaerían a causa de quien los cultiva y proporciona. Estas ideas que se han opuesto han marcado en algunos momentos posturas firmes, para que en algunos países se busque la regulación de la inseminación artificial. En los códigos penales sería tratado desde luego como un delito; para que, de esta manera poder frenar y prohibir rotundamente estos nuevos caminos, sin embargo algunos proyectos y códigos fueron menos rígidos y solo limitaron este campo, pues como todo, no sólo implica perjuicios a la sociedad.

Las ideas a favor de las prácticas de inseminación artificial consideran que el procedimiento para obtener el semen que se utiliza en la inseminación artificial, no implica una masturbación, sino que es un comportamiento encaminado hacia la procreación, así que si la voluntad de una pareja o de una persona no implica un conflicto con otros valores éticos, más relevantes, entonces debe ser valorado como altamente positivo, señalándose la importancia que tiene la falta de hijos en algunas parejas en donde implica un gran obstáculo para su realización como personas y como matrimonio, pues el dar vida es la consecuencia del amor que se prolonga también hacia el nuevo ser. De esta manera se le da importancia a la voluntad de los cónyuges,

¹⁰ Carlos E. Colautti, Reflexiones acerca de la regulación legal de la reproducción asistida. La ley 1997 España, pág. 1452

sobre todo en una inseminación homóloga que visto desde este punto de vista, diferente al punto de vista médico consiste en que los gametos aportados son del cónyuge a diferencia de la inseminación heteróloga, la cual consiste en utilizar el semen de un donador (semen congelado de banco).

En este sentido bien podemos decir que DIOS, determina el mundo y que si esto es así, él está determinando que el hombre descubra nuevos avances científicos, que le permite utilizarlos como instrumentos para modificar algo no concebido en forma natural, o bien en este caso para manipular el proceso de procreación y así poder realizar la concepción, visto desde esta perspectiva por todos aquellos que basen su moral en DIOS, sólo habría que establecer ciertos límites, para hacer de esto un verdadero aporte y evitar que por su mala utilización se pierdan rubros más valiosos .

Tampoco hay que perder de vista que en algunas regiones tenemos un nivel altísimo de sobrepoblación, de desempleo que impide una educación y desarrollo adecuado de las familias y sobre todo que hay un recurso como la adopción, y estos puntos también revisten gran consideración, pues sería muy egoísta que por tener un hijo propio o supuestamente propio en el caso más extremo como en el de la fecundación in Vitro, se le niegue la oportunidad a un inocente de poder hacer de su vida algo valioso y útil.

1.3. DIMENSIÓN BIOMÉDICA

Denominase fertilidad a “la capacidad fisiológica del ser humano para reproducirse”,¹¹ habiendo sido definida la reproducción como “la propiedad que poseen los seres vivos de dar origen a otros seres de características semejantes a sí mismos, orientada a la conservación de la especie”, propiedad que -como se verá- adquiere en el ser humano “una dimensión que trasciende los límites de lo puramente biológico”.¹²

¹¹ Soto Lamadrid, Miguel A.: *Biogenética, filiación y delito*, Astrea, Buenos Aires, 1990, p. 3.

¹² Martínez, Antonio R.: “La infertilidad y sus tratamientos”, en *El derecho ante la procreación artificial*, varios autores, Ábaco, Buenos Aires, 1997, p. 19.

Luego, puede decirse que la fertilidad hace a la reproducción, como que dicha capacidad fisiológica permite dar origen a nuevos seres, de las características y a los fines indicados. Y ya aquí comienzan los problemas terminológicos que abundan en la temática abordada, pues ni siquiera en el ámbito médico existe consenso acerca de algunas expresiones comunes.

En efecto, advirtiendo que “cada padre sólo aporta la mitad de la información (genética) que posee” y que en “el niño estas dos mitades se yuxtaponen sin mezclarse, para reconstruir un conjunto completo” que, “como colección de informaciones, es además enteramente nuevo, difiere tanto de un padre como de otro”, Jacquard ha dicho que “así pues no existe reproducción. Esta palabra implica la realización de una imagen lo más cercana posible al original. Tal es el caso de las bacterias capaces de desdoblarse fabricando una imagen de sí mismas, y, en general, de todos los seres no sexuados. Pero la invención de la sexualidad, es decir, de un mecanismo que necesita la colaboración de dos seres para fabricar un tercero, ha suprimido esta capacidad de reproducción. Un ser sexuado no puede reproducirse. El niño, al no ser la reproducción de nadie, es de hecho una creación definitivamente única”.¹³

Por lo tanto, tal vez la palabra más adecuada sea aquí procreación, si bien desprovista de toda referencia teológica.¹⁴ Pero como no es nuestro objetivo entrar en disquisiciones tales -sino así, advertir del cuidado que se requiere en la terminología que se utiliza en esta materia-, las emplearemos indistintamente, en el sentido antes apuntado: la generación de un nuevo ser humano -un individuo de la especie humana-, generación que, como se sabe, no siempre es posible de lograr por vías naturales,

¹³ Jacquard, A.: ob. cit., p. 21.

¹⁴ Según Ratzinger, Kardinal Joseph: “El hombre entre la reproducción y la creación. Cuestiones teológicas acerca del origen de la vida humana”, en *Bioética. Consideraciones filosófico-teológicas sobre un tema actual*, varios autores, Rialp, Madrid, 1992, p. 49, con la palabra procreación “se alude al creador, a quien todo hombre debe en última instancia su existencia”. Sobre lo mismo, señala Kottow, M. H.: *Introducción...*, cit., p. 102, que para las “doctrinas que aceptan el origen divino de la vida (...), los seres humanos no se reproducen sino que procrean, es decir, participan en el proceso divino de la creación de vida humana”, y así, al decir de Santos Ruiz, Ángel: *Instrumentación genética*, Palabra, libros MC, Madrid, 1987, p. 275, “tres personas intervienen en el surgir de un ser humano: el hombre, la mujer y Dios. Por eso, la generación humana se llama pro-creación: el Creador interviene directamente”.

entendiendo aquí por naturales las relaciones sexuales (fecundantes) entre un varón y una mujer fértiles, originantes de ese nuevo ser.

No siempre es ello posible de lograr así, decíamos, porque tanto el varón como la mujer pueden padecer determinadas afecciones que no les permitan procrear por esas vías naturales. Y aquí se habla de esterilidad.

Tradicionalmente, suele distinguirse entre la “esterilidad” y la “infertilidad” humana. En términos generales, esterilidad es, en el varón, la incapacidad para fecundar, y en la mujer, “la incapacidad para concebir”, llamándose infertilidad a “la incapacidad de desarrollar en el seno materno un feto viable”.¹⁵ Pero también se ha dicho que “esterilidad significa que nunca se puede concebir”, en tanto que “la infertilidad significa la incapacidad de concebir, pero este término es ciertamente elástico, ya que una pareja puede parecer no fértil durante un año o más, y luego concebir”,¹⁶ o bien, que “se denomina infertilidad a la incapacidad para concebir, si bien ésta puede ser una situación no definitiva”, en tanto que “la esterilidad, en cambio, es la incapacidad definitiva o irreversible para concebir, aunque en algunos casos esta imposibilidad natural puede corregirse por procedimientos médico-quirúrgicos”, acotándose que “cuando tales tratamientos de la esterilidad resultan ineficaces, puede recurrirse a la inseminación artificial o la fecundación «in vitro»”.¹⁷

Y aún se emplean ambos términos indistintamente, “para referirse a la incapacidad para reproducirse”, advirtiéndose que esto no es exacto y diciéndose -en forma conteste con los conceptos recién apuntados en primer lugar- que “desde el punto de vista médico cabe diferenciar el concepto de esterilidad, que indica imposibilidad de efectuarse la fecundación, e implica que esta alteración es irreversible, del de infertilidad, que expresa la imposibilidad de tener hijos vivos, siendo posible la

¹⁵Nicholson, Roberto (comp.): “Esterilidad en la mujer”, en *Soluciones médicas y psicológicas de los problemas del matrimonio*, Paidós, Buenos Aires, 1971, p. 195.

¹⁶Wood, Carl y Westmore, Ann: *Fecundación “in vitro”*, Fontanella, Barcelona, 1983, p. 23.

¹⁷Vidal, Marciano, Elizari, Javier y Rubio, Miguel: *El don de la vida. Ética de la procreación humana*, PS Editorial, Madrid, 1987, pp. 9/10.

fecundación y, por tanto, el desarrollo del embrión o feto (equivale a esterilidad relativa)”.¹⁸

Sin embargo, aun así la problemática en cuestión no se encuentra completamente definida, pues existen casos clínicos que han sido denominados con la voz subfertilidad, en los cuales no existe una “esterilidad” ni una “infertilidad” en los términos arriba apuntados, sino que tal término se utiliza “para describir un reducido estado de fertilidad” -agregándose que, en tales casos, “algún factor o factores, como un reducido número de espermatozoides o el bloqueo de las trompas de Falopio limitan las posibilidades de que se produzca la fecundación”-, lo cual, obviamente, incide negativamente en el aspecto pro creacional del individuo afectado (y, con ello y de tenerla, de su pareja heterosexual).

Por otra parte, se ha distinguido entre las otras voces indicadas, brindando diferentes conceptos de ellas, explicando que “la esterilidad implica incapacidad para engendrar el varón o para concebir la mujer. La subfertilidad describe un estado reducido de fertilidad; algún factor -reducción del número de espermatozoides o bloqueo de trompas- limita las posibilidades para que se produzca la fecundación. La infertilidad se asocia con la incapacidad de concebir pero su aplicación tiene un carácter relativo ya que puede referirse a una pareja que durante cierto tiempo -un año- no pueda concebir luego de relaciones regulares, lo que logra después de dicho término”, aclarándose que “la infertilidad puede deberse a factores tales como operación reciente, embarazo anterior, infección de pelvis, todos los cuales difieren en tiempo la posibilidad de gestación”.¹⁹

¹⁸Loyarte, D. y Rotonda, A. España. ob. cit., p. 83

¹⁹Yungano, Arturo R.: *Manual teórico práctico de derecho de familia*, Ediciones Jurídicas, Buenos Aires, 1989, pp. 316/7, donde agrega que “algunos autores señalan como presupuestos de infertilidad el uso de dispositivos, de píldoras anticonceptivas, la disponibilidad del aborto -legal o ilícito-, retardo del primer embarazo, etc. A estos podemos agregar el cansancio (reducción de la frecuencia sexual); el excesivo aumento de peso o su pérdida; ausencia de períodos; el tabaco (en predispuestos puede alterar la actividad del útero y adelantar la menopausia); el alcohol (afecta los conductos genitales, bloquea la actividad uterina, debilita el sistema nervioso, incapacidad de erección); las drogas (la marihuana impide la eyaculación); algunos medicamentos (ciertos antidepresivos ocasionan aumento de prolactina, la que tiende a suprimir la ovulación); el ejercicio físico excesivo, etc.”. Por su parte, Barri, Pedro N.: “Aspectos médicos de las nuevas tecnologías en reproducción humana”, en Lacadena, Juan J. y otros: *La fecundación artificial. Ciencia y ética*, PS Editorial, Madrid, 1985, pp. 25/6, dice que las razones del “incremento de la esterilidad son varias: stress, difusión de las enfermedades de transmisión sexual, efectos secundarios de

Pero también se ha dicho que “se define como infertilidad o esterilidad la incapacidad de lograr un embarazo luego de un año de vida sexual de la pareja sin protección anticonceptiva. Se llama infertilidad primaria cuando no hubo embarazos previos, y secundaria si existen antecedentes. Cuando el problema no radica en lograr el embarazo sino que, en forma repetida, estos no llegan a buen término, se habla de aborto habitual”.²⁰

Y así, diferenciando todos estos conceptos y con mayor claridad expositiva, se ha señalado que, en términos médicos aceptados, “la infertilidad supone una disminución o ausencia de fertilidad con carácter reversible” -caracterizándola como “aquella situación en la que tras un año de relaciones sexuales continuadas y sin ningún tipo de método anticonceptivo, no se produce el embarazo deseado” (Organización Mundial de la Salud.), plazo que “se amplía a dos años según el criterio de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia”-, “mientras que la esterilidad es una situación irreversible”, llamándose estéril “a la mujer que es incapaz de concebir, e infértil a la que tiene problemas para ello, aborta repetidamente o no llega a celebrar el nacimiento de un bebé vivo” (la O.M.S. “define el aborto habitual como aquella situación en que se producen tres pérdidas seguidas o bien cinco alternas”). “Las situaciones primarias no sólo hacen referencia a las parejas que tras año y medio de relaciones sexuales sin protección no logran concebir (esterilidad primaria), sino también a los casos en que la gestación no llega a término” (infertilidad primaria). “Las situaciones secundarias son términos aplicados a dos tipos de parejas diferentes: a las que, tras haber obtenido algún hijo, no consiguen algún nuevo embarazo en los dos años siguientes (esterilidad secundaria); y a aquellas que, después de un embarazo y parto normales, no consiguen de nuevo llevar a término una gestación con recién nacido normal” (infertilidad secundaria). “Por último, y aunque

determinados métodos anticonceptivos, complicaciones de interrupciones del embarazo efectuadas en malas condiciones y la tendencia actual a retrasar el primer embarazo”, todo lo cual “hace que la esterilidad sea un fenómeno en aumento, y ese aumento se ha visto acompañado de una disminución en el número de niños disponibles para adopción, probablemente debido a una mayor aceptación de la madre soltera, así como a una mayor difusión de sistemas anticonceptivos y del aborto”.

²⁰Martínez, A. R.: ob. cit., p. 20. En cuanto al “aborto habitual”, cfr. Kaufman, Sherwin A.: *Respuestas de un ginecólogo*, Grijalbo, Barcelona, 1978, p. 89, cuya causa “debe ser investigada antes de nuevos intentos para concebir”.

existen otras subdivisiones dependiendo del país y de criterios profesionales específicos, queda definir la subfertilidad como la disminución de la capacidad para concebir. Este vocablo, para algunos poco preciso y auténtico cajón de sastre, sirve para englobar a parejas con pocos años de relaciones sexuales sin protección y que, a falta de diagnóstico, deben ser denominadas de algún modo”.²¹

Por lo tanto, teniendo presente que merced a las técnicas de FMA (Fecundación Medica Asistida) la frontera entre la esterilidad y la infertilidad tiende a desplazarse²² y en aras de una adecuada precisión terminológica, a los efectos de esta Tesis -dado que se ha destacado que las técnicas de FMA “tienden básicamente a resolver los problemas de esterilidad o subfertilidad de las parejas”,²³ evitando el empleo del término esterilidad -el cual, sin perjuicio del sentido médico que se la atribuya, socialmente conlleva un cierto carácter discriminatorio, sino peyorativo-, nosotros llamaremos infertilidad a la incapacidad procreativa en general, distinguiéndola, cuando corresponda, de la subfertilidad, según su concepto arriba indicado (disminución de la capacidad para engendrar o concebir).

Ello así, no viene al caso desarrollar aquí las diversas causas de infertilidad, masculina²⁴ y femenina,²⁵ u originada por factores mixtos, o bien, sin causa aparente (infertilidad SCA) -suficientemente tratadas por otros autores, a los que nos remitimos,²⁶ sin perjuicio de lo cual a ellas nos referiremos en ocasión de exponer las indicaciones médicas propias de cada técnica de FMA, a fin de mantener metodológicamente un cierto orden temático plausible.

²¹ Álvarez, Mayda: *Combatir la infertilidad*, Aguilar, Madrid, 1996, pp. 24/5.

²² ²² Ídem, p. 24. Ejemplificando, señala aquí -con razón- esta autora que “mientras hace diez años una mujer sin ovarios (afectada por el síndrome de Turner) podía ser calificada sin más de estéril, ahora es perfectamente posible que su estado cambie al menos dramático de infértil, y que incluso pueda llegar a ser madre como cualquier otra mujer con un aparato reproductor normal”.

²³ Gafo, J.: *10 palabras...*, cit., p. 170.

²⁴ Lavieri, Juan C.: “Esterilidad en el hombre”, en *Soluciones médicas...*, cit., pp. 210 y ss.

²⁵ Nicholson, R.: “Esterilidad en la mujer”, cit., pp. 195 y ss.

²⁶ V.gr., ver Loyarte, D. y Rotonda, A. E.: ob. cit., pp. 85/9; y más específicamente, Vidal, M., Elizari, J. y Rubio, M.: ob. cit., pp. 9/14; Wood, C. y Westmore, A.: ob. cit., pp. 33/42.

Pero sí nos interesan y mucho los aspectos psicosociales de la infertilidad humana, como que cabe ver en ellos el principal motivo determinante del origen, auge y empleo de las técnicas de FMA. A ellos pasamos a referirnos.

Se ha dicho que la llamada medicina del deseo o medicina desiderativa “constituye el nuevo sesgo de la tecno ciencia médica, tradicionalmente restaurativa o fisiológica y cada vez más transformadora o remodeladora de la naturaleza humana (...), cuyo objetivo ya no se limita a recuperar el orden natural reparando el daño, sino que aspira a instaurar otro orden superando los condicionamientos biológicos”, señalándose que ella presenta hoy cinco formas o figuras principales: predictiva, psiconductiva, paliativa, permutativa y perfectiva,²⁷ de las cuales nos interesa aquí la penúltima, dado que “en la línea sustitutiva o de reemplazo de las diferentes funciones u órganos del cuerpo se inscriben las mayores innovaciones en el progreso de la medicina, como la bioingeniería, los trasplantes y la procreación artificial”, medicina que es revolucionaria -tecnológica y éticamente- y que plantea los mayores dilemas morales de la tecnociencia biomédica, encarnando particularmente la “revolución reproductiva” -junto con la trasplantológica- un “sentido antropoplástico de la técnica como transformación de la naturaleza humana e historia de un nuevo cuerpo”.²⁸

Ello así, es claro que tales conceptos importan una descripción de la “medicina desiderativa” y de esa especie suya que se ha dado en denominar permutativa, atendiendo también a la problemática ética que genera. Pero la cuestión se complica cuando la “medicina del deseo” es entendida de otra forma, esto es, como prestaciones médicas destinadas a satisfacer los “deseos” de la gente, cualesquiera que sean ellos: “Antes el médico preguntaba a su paciente: «¿dónde le duele?» y trataba de interpretar los síntomas. Hoy el médico pregunta más bien «¿qué desea usted?» Ya no se trata de curar, sino de responder a deseos. Y el público, al menos un sector del público, espera que el médico represente este nuevo papel: ser un técnico que responda a la demanda. De esta manera, los deseos tienden a ser percibidos como derechos. Y nos rebelamos contra la discriminación desde el momento en que se nos niega la

²⁷Mainetti, José A.: *Bioética ilustrada*, Quirón, La Plata, 1994, pp. 17/8. Cfr. Loyarte, D. y Rotonda, A. E.: ob. cit., pp. 25/6.

²⁸Mainetti, J. A.: *Bioética ilustrada*, cit., pp. 24/6. Lo destacado es nuestro.

realización de nuestros deseos. El problema es que, en una lógica del deseo, no existen límites posibles”.²⁹

Como se advierte, la cuestión es entonces muy distinta, y su dimensión sociológica, referente a ese modo de ver (o entender) a la medicina y las consecuencias que de ello se siguen -buscar la satisfacción del deseo, aun entendiéndolo como “derecho”- suscita ciertas inquietudes, referidas precisamente a los “límites” -dados por la propia medicina, o bien, por los criterios éticos del galeno, sino por alguna disposición legal-, todo lo cual, de una forma u otra, resulta de esa “lectura” que se le da a la evolución de la medicina. Entiéndase bien: más que un deseo de los pacientes, se trata aquí de una demanda de ellos, destinada a satisfacer sus apetencias, las cuales no necesariamente se fincan en deseos en el sentido psicológico en el que antes los hemos descrito al referirnos al deseo de hijo, al cual, así entendida, la “medicina del deseo” -mejor aún, lo querido por quienes recurren al médico excede.

Ahora bien, extrañamente esa pregunta que formularía el médico (“¿qué desea usted?”) es también una oferta (“pídame lo que quiera”) que le retorna al paciente. “Se supone que el deseo viene del paciente: deseo ilimitado, incongruente, que la medicina tendría cada vez más dificultad en conjurar, en contener. Sin duda la fábula no resiste el examen, pero por medio de ella se introduce tanto la limitación «ética» como el llamado a los especialistas en deseo”: los psicoanalistas.³⁰ Lo segundo es una obviedad (si bien no siempre reconocida). Y lo primero -el establecimiento de límites éticos- nos parece clave, pues si bien “es cierto que nada libra a los médicos de enfrentar ciertos casos de conciencia que son su patrimonio diario”,³¹ en verdad, la cuestión es saber qué límites provienen de la deontología y cuándo corresponde estarse a ellos, todo lo cual requiere de un análisis bioético serio y, a la postre, de su determinación legal.

²⁹Durand, G.: ob. cit., pp. 95/6. Lo destacado es nuestro.

³⁰Tort, M.: ob. cit., pp. 19/20.

³¹Ídem, p. 236.

Recapitulando, esa visión trasnochada de la medicina desiderativa “invierte y desvía la realidad que expresa”, pues “le imputa a los sujetos un deseo allí donde, para colmo, sólo muestran demanda, reprimiendo por otra parte el hecho de que el destinatario de la demanda es el mismo que hace la oferta” (el médico).³² Clarificado esto, va de suyo que no es esta la descripción de la medicina del deseo antes recordada, sino una equívoca situación emergente de la oferta biomédica y de la demanda de cualquier prestación -también biomédica- formulada por las personas, en forma circular y descontextuada, y en este sentido es obvio que no hay ni puede haber medicina desiderativa -bien entendida- alguna, sino, como mucho, peticiones cuya moralidad, en ocasiones, puede ser más que discutible, y prestaciones médicas, también en ocasiones, contestes con las anteriores, todo lo cual requiere, a los fines de establecer límites claros a ambos polos -que se retroalimentan recíprocamente-, en definitiva -lo reiteramos- de la determinación legal. Porque no es lo mismo el respetable deseo psíquico de intentar lograr un hijo mediante alguna técnica -médicamente indicada- de FMA, que el pretender la fisión gemelar artificial de un embrión y la gestación por encargo de los embriones así obtenidos (una demanda éticamente “cuestionable”), así como tampoco lo es el acceder algún galeno a una u otra prestación. Obviamente, tampoco es lo mismo -vale aclarar-, desear un hijo como tal (y aquí el deseo es respetable) que desearlo para fines determinados (dónde el deseo es más que cuestionable), tal como lo pretendió judicialmente aquella mujer española, madre de cinco varones, que solicitó la selección de esperma en laboratorio para ser inseminada artificialmente con espermatozoides XX a los exclusivos fines de concebir una niña,³³ alegando que esta última “le serviría para curar su depresión por no tenerla, y también como compañía en su vejez”³⁴ (alegó depresión “por no poder alumbrar a

³²Idem, p. 166.

³³Elena Postigo Solana Miércoles, 04 de Enero de 2006
Elena Postigo Solana M^aCruz Díaz de Terán Velasco I. INTRODUCCIÓN HISTÓRICO-CIENTÍFICA Tras la II Guerra Mundial hasta casi finales del siglo XX, las medidas eugenésicas tendentes a fomentar el nacimiento de individuos con caracteres genéticos favorables, se canalizaban a través de dos vías. Por un lado, -y con ... Elena Postigo Solana M^aCruz Díaz de Terán Velasco. Cabe recordar que la ley española 35/1988 admite la selección del sexo sólo con fines terapéuticos autorizados (se entiende por tales evitar la transmisión de enfermedades hereditarias ligadas al sexo).

³⁴Kletnicki, A.: ob. cit., p. 202. En términos psicológicos, se pregunta este autor si, en este caso, en el argumento de dicha mujer, “si el lugar al que destina a la niña, promueve la constitución de los simbólico, o se presenta como una modalidad de su aplastamiento: lo que resulta indudable es que se erige en marca subjetivante. Hay que agregar, sin embargo, que aun cuando lo aquí confesado devela algo que en otras ocasiones permanece oculto (por no

una niña, que la cuidara en su vejez, tal como ella había hecho con su progenitora”, y se sostuvo que “el padecimiento se agravó ante un diagnóstico prenatal erróneo, con el que nació el último hijo”). “El Auto (favorable) del Juzgado de Mataró fue revocado por la Audiencia Provincial de Barcelona (12 de noviembre de 1990), afirmándose que «la madre es para el hijo y no el hijo para la madre»”.³⁵

En este sentido, en materia de técnicas de FMA y sus posibles desviaciones, la demanda de que se trate y la “voluntad procreacional” -resultante del derecho a la procreación- se confunden a los fines de su regulación, y así, como ni esa voluntad ni tal derecho pueden ser reputados absolutos, de igual modo, los “deseos” (demandas) al efecto corren igual suerte. Luego, tales “deseos” (demandas) y las prestaciones médicas “desiderativa” que a ellos atiendan serán, única y exclusivamente, los que la ley admita. Lo cual obviamente requiere que se legisle, con prudencia y sin misoneísmo, actividad parlamentaria y extremos al parecer difíciles de lograr en esta materia en nuestro país.

sabido o por inconfesable), no puede ignorarse que el deseo no debe ser confundido con su enunciado, ya que la puesta en escena de lo inconsciente incluye un corte, una distancia entre lo que se demanda y lo que se desea. Por esta razón, y aunque parece quedar signado el lugar al que el sujeto es destinado por este deseo que habita en el Otro, las conclusiones no pueden cerrarse *a priori*: la plena determinación encuentra límite en lo imprevisible, en una respuesta del niño que no queda explicada acabadamente apelando al deseo inconsciente de los padres”. Por nuestra parte, sin pretender invadir incumbencias profesionales (Kletnicki es psicólogo psicoanalista), reconociendo que es cierto que no corresponde cerrar conclusiones *a priori* en supuestos tales, si tuviéramos que emitir opinión profesional en algún caso similar, optaríamos por desaconsejar la solicitud de selección espermática para la IA (selección de sexo del hijo a engendrar, en definitiva), pues, omitiendo expresamente aquí toda argumentación a tal efecto -nos llevaría varias páginas, y no es el objeto específico de esta Tesis analizar en detalle casos particulares como el aquí citado, máxime contando tan sólo con el dato transcrito-, diremos que, ante pretensiones que parecen ser “como agua para chocolate”, preferimos entender -tal vez *a priori*- que el “destino” de los hijos -en la especie, el lugar para ese hijo en el deseo explícito de esa mujer- no debe ser el que resulte de “deseos” tales, porque -como decía Gibrán, Khalil: “El profeta”, en *El profeta-La tempestad-El precursor-Lázaro y su amada*, Editores Mexicanos Unidos, México, 1992, p. 121-, “Vuestros hijos no son hijos vuestros. Son los hijos y las hijas de la Vida, deseosa de sí misma. Vienen a través vuestro, pero no vienen de vosotros. Y, aunque están con vosotros, no os pertenecen. Podéis darle vuestro amor, pero no vuestros pensamientos”, máxime si, como en este caso, tales “pensamientos” importan darle un lugar en el deseo del Otro, con lo cual tales hijos no serían “de la Vida”, sino de ese Otro, y así, en definitiva -al entender de Ribes, B.: ob. cit., p. 118-, como “no debería nunca concebirse un hijo sin que se respete esa condición fundamental de la vida humana que consiste en ser otro y ser libre”, reiteramos que creemos que acceder a este tipo de reclamos no se justifica.

³⁵Botteri, María L. y Laborde, Daniel M.: “Derecho penal y manipulación genética humana”, LL, ejemplar del 12/3/99, p. 4.

1.4. DIMENSIÓN MORAL

Modalidades

“Se trata de lograr la unión de los gametos masculinos (espermatozoides) y femenino (óvulo) mediante procedimientos técnicos. Esa unión puede darse dentro del cuerpo de la mujer (inseminación artificial o fecundación intracorpórea) o fuera (fecundación extracorpórea).

Comienzo de la existencia de la persona .

La existencia de la persona humana comienza desde su concepción, es decir, desde el instante en que el espermatozoide humano penetra al óvulo humano y lo fecunda, momento en que comienzan el conjunto de fenómenos biológicos que conducen a la singamia (unión de pronúcleos masculino y femenino) donde queda definitivamente organizado el genoma propio de cada ser humano, el que es inalterable. En la unión del óvulo con el espermatozoide queda establecida la naturaleza del nuevo ser y en ese mismo momento se establece también el sexo genético. (Dr. Rafael Pineda, comentarios sobre los proyectos consensuados de fertilización asistida.)

El PAPA Juan Pablo II dijo en su encíclica “ Evangelium Vital “ (n° 60)³⁶ :

“Desde el momento en que el óvulo es fecundado se inaugura una nueva vida que no es la del padre, ni la de la madre, sino la del nuevo ser humano que se desarrolla a si mismo ... Por lo demás está en juego algo tan importante que, desde el punto de vista de la obligación moral, bastaría la sola posibilidad de encontrarse ante una persona para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar un embrión humano ... el ser humano debe ser respetado y tratado como una persona desde el instante de su concepción y por eso, a partir de ese mismo momento se le

³⁶Evangelium Vital n° 60; cf. Discurso al XVIII Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes, 28-8-2000

deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida .”³⁷

Manipulación de embriones

Las técnicas que actúan sobre la reproducción humana implican una manipulación indebida de la vida humana inocente. La persona del hijo es tratada como un mero producto o resultado de una técnica, a ella se aplican términos como “sobrante”, “congelada”, “ transferida “ y se les somete a controles de calidad. Se toma a la persona como un objeto de producción o experimentación, un medio para alcanzar un objetivo, un objeto de manipulación meramente instrumental y no como un sujeto personal. La fecundación artificial no es un modo digno de nacer de la persona humana, ya que se subordina “la llegada al mundo de un niño a las condiciones de eficiencia técnica mensurables según parámetros de control y de dominio“ (Instr. DonumVital,II,4, c.)

Fecundación heteróloga .

En algunos casos los gametos utilizados no son propios del matrimonio que accede a las técnicas, sino que “pertenece” a un tercero extraño a los cónyuges. En este supuesto se violenta, el derecho del niño a nacer de un padre y una madre conocidos de él y ligados entre si al matrimonio.

Se quebranta su derecho a llegar a ser padre y madre exclusivamente el uno a través del otro. (Cfr.Catecismo de la Iglesia Católica, nº 2376.) Es moralmente injustificable además, la fecundación artificial de una mujer no casada, soltera o viuda, sea quien sea el donador. (intr. “ Donum Vital “ 11.a.2)

³⁷ Soraya Nadia R. Hidalgo, Congelamiento y destrucción de embriones ¿Avance o retroceso? La ley 12 de octubre de 1993; Los derechos sucesorios del hijo póstumo en la inseminación post mortem. El derecho 14 de mayo de 1993.

Carácter abortivo de las técnicas

Admitir que la fecundación extracorpórea implica autorizar no solo que las personas concebidas por este procedimiento sean objetos de manipulación, sino que, en la mayoría de los casos se produzcan abortos, que aunque no fueran directamente queridos, son previsibles y por lo tanto moralmente ilícitos.

La técnica “eficaz” si logra un embarazo exitoso. Ahora bien planteado este objetivo la técnica está exigiendo para su “eficacia” que se conciban por ejemplo embriones (así lo sostiene diversos proyectos de la ley). En tanto nadie recurre a estas técnicas pensando tener un embarazo múltiple, es claro que se espera que dos de los embriones mueran antes del nacimiento. Estamos por tanto ante procedimientos que prevén que el 60% de las personas que traen a la vida, mueran en forma “espontánea” y sólo un 33% pueda llegar a nacer.

No se asimilan el aborto espontáneo. Estos abortos provocados por la FIVET (Fecundación In vitro Con Transferencia de Embrión) son injustificables, ya que no son, como se pretende equiparable ni el aborto que se produce naturalmente de modo indirecto, ni el aborto espontáneo. En el caso de los abortos producidos por la FIVET, éstos no son requeridos como fin, pero si como medio.

El medio empleado para alcanzar la implantación de un embrión es la utilización de un número mayor de embriones, sabiendo con certeza que algunos de ellos morirán.

Incluso si fuera implantado un solo embrión, estaríamos ante una técnica médica que presenta riesgos muy grandes, que son previsibles en términos estadísticos y que posiblemente lo induce a causa, al menos en parte, sin que exista para ello una necesidad proporcionada, dado que no se da el caso de una vida ya amenazada de muerte, sino de la satisfacción del deseo de paternidad y maternidad. Este deseo no puede justificar el peligro para la vida de interceso.

Problemas sin solución

También se debe tomar en cuenta que la fecundación extracorpórea, al generar una vida fuera de su lugar natural, acarrea el problema que se agrava hasta límites insospechados, en caso que la madre que recurrió a la técnica muera o se niegue a recibir a su hijo en su seno. Es este un problema sin solución ¿Por qué autorizar entonces la concepción extracorpórea de un ser humano?

La crio conservación de embriones

Con el fin de aumentar las posibilidades del embarazo, quienes aplican estas técnicas aumentaron la cantidad de óvulos que son fertilizados. De esta forma son concebidos, fuera del cuerpo de la madre numerosos embriones planteándose el siguiente dilema:

Si todos son “transferidos” en una misma oportunidad, se corre el riesgo de un embarazo múltiple, mientras que si se transfieren “algunos” de esos (seleccionados por el médico), surge el interrogante de qué hacer con los “sobrantes”. Estos embriones son hoy “congelados” para disponer así de un “lote de reserva” para proceder a nuevos intentos de transferencia si el primero fracasaba. ¿Por qué debe haber embriones “sobrantes”? ¿Se justifica que en la búsqueda de una “mayor eficacia” se fertilicen tantos óvulos, sabiendo que algunos de los embriones así concebidos deberán ser congelados?

Es un grave atentado contra la dignidad de una persona someterla a congelamiento o cualquier otro proceso que detenga su normal desarrollo. ¿Cuál sería la razón que impida que el día de mañana esta posibilidad de congelar a una persona prevista en algunos proyectos de ley no se extienda a los recién nacidos o a cualquier otra persona que “la reglamentación” determine?

Derecho al hijo

El matrimonio no confiere a los cónyuges el derecho a tener un hijo, sino solamente el derecho a realizar los actos naturales que de su “yo” se ordenan a la procreación. “El hijo no es algo de propiedad: es más bien un don, el más grande y el más gratuito del matrimonio”.

Y es el testimonio de vida de la donación recíproca de sus padres. (Ins.Donum Vitae II B.8)

Las técnicas no solucionan la esterilidad

La fecundación artificial no es una técnica para el tratamiento de la esterilidad, la misma existe y subsiste. La preocupación asistida no puede enjuiciarse como un remedio terapéutico más, porque no cura, sino suplanta sustituye el acto que naturalmente da origen a la vida por un acto técnico, al final del proceso, el matrimonio seguirá siendo estéril. Sería entonces hacia el desarrollo de auténticos medios de curación de la esterilidad, como la cirugía reparadora etc.

Disociación del acto sexual del acto procreador

Estas técnicas (inseminación artificial, fecundación intra o extracorpórea) aun en el caso que se practiquen con gametos propios del matrimonio, privan a la procreación de su perfección propia, desde el punto de vista moral, en tanto no es querida como el fruto del acto conyugal, es decir, del gesto específico de la unión de los esposos (Congregación para la doctrina de la fe, “Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación“ “Donum Vital “ 11 B. 4 B) son por tanto, moralmente inaceptables desde el momento en que se separan la procreación del contexto integralmente humano del acto conyugal.³⁸ También se plantean reparos

³⁸ (EvangeliumVital , nº 14 , Catecismo de la iglesia Católica nº 2377 . La persona no puede ser querida ni concebida como el producto de una intervención de técnicas médicas y biológicas: esto equivaldría a ser objeto de una tecnología científica

morales cuando, para la obtención de los gametos, se recurre a actos intrínsecamente inmorales, como por ejemplo la masturbación.

Por la defensa de la vida y dignidad de la persona por nacer

La autoridad política tiene el deber de defender la vida desde la concepción, prohibiendo el empleo de las técnicas de procreación artificial, por ser atentatorias contra la dignidad de la persona por nacer y por poner en grave riesgo su vida.

El legislador debe tener en cuenta que, como sostiene el Papa Juan Pablo II, no es posible construir el bien común sin reconocer y tutelar el derecho a la vida, sobre el que se fundamentan y desarrollan todos los demás derechos inalienables del ser humano.

(Instr. "Donum Vitae" II. B 4.c)

No puede haber verdadera democracia, si no se reconoce la dignidad de cada persona y no se respetan sus derechos (Evangelium Vital n, 101).

"Donde los derechos del hombre son profesados realmente y reconocidos y defendidos públicamente, la paz se convierte en la atmósfera alegre y operante para la jornada mundial de la paz, 1977.

La enseñanza del catecismo de la iglesia Católica sobre la reproducción artificial

Las investigaciones que intentan reducir la esterilidad humana deben alentarse, a condición de que se pongan "al servicio de la persona humana, de sus derechos inalienables, de su bien verdadero e integral, según el plan y la voluntad de Dios" (CDF, Instr. "Donum Vitae" intr. 2.)

Las técnicas que provocan una disociación de la paternidad por intervención de una persona extraña a los cónyuges (donación del esperma o del óvulo, préstamo del útero) son gravemente deshonestas, estas técnicas (Inseminación y fecundación artificiales heterólogas) lesionan el derecho del niño a nacer de un padre y una madre conocidos de él y ligados entre sí por el matrimonio. Quebrantan “su derecho a llegar a ser padre y madre exclusivamente el uno a través del otro.”³⁹

Practicadas dentro de la pareja estas técnicas (inseminación fecundación artificiales homólogas) son quizá menos perjudiciales, pero no dejan de ser moralmente reprobables. Disocian el acto sexual del acto procreador. El acto fundador de la existencia del hijo ya no es un acto por el que dos personas se dan una a otra, sino “confía la vida y la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos e instaura un dominio de la técnica sobre el origen y el destino de la persona humana , una tal relación de dominio es en si contraria a la dignidad e igualdad que debe ser común a padres e hijos (Cf . CDF, Instr. “Donum vitae“ 2.5 “ La procreación queda privada de su perfección propia , desde el punto de vista moral , cuando no es querida como el fruto del acto conyugal, es decir , del gesto específico de la unión de los esposos ... solamente el respeto de la conexión existente entre los significados del acto conyugal y el respeto de la unidad del ser humano , consiente una procreación conforme con la dignidad de la persona” (CDF , Instr. “Donum vitae“ 2,4). ⁴⁰

De este capítulo podemos concluir que los que se oponen consideran básicamente que el fin no justifica los medios; en donde al realizarse este tipo de prácticas lesiona la moral social y degrada la honestidad del acto sexual, ya por la injerencia extraña en su realización, ya por la masturbación inicial que supone el trámite de la fecundación in Vitro. La visión médica que define a la esterilidad implica incapacidad para engendrar el varón o para concebir la mujer. La visión moral señala “Desde el momento en que el óvulo es fecundado se inaugura una nueva vida que no es la del padre, ni la de la madre, si no la del nuevo ser humano que se desarrolla a si

³⁹ (CDF. Instr. “Donum vitae. “ 2,1)

⁴⁰ Catecismo de la iglesia Católica # 2375,2376 y 2377, Publicado por Human Life Internacional – Vida Humana Internacional C. Vaticano 1998.

mismo ... Por lo demás está en juego algo tan importante que, desde el punto de vista de la obligación moral, bastaría la sola posibilidad de encontrarse ante una persona para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar un embrión humano... el ser humano debe ser respetado y tratado como una persona desde el instante de su concepción y por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida”, por lo tanto las visiones médicas, la moral como la católica, señalan desde sus muy particulares puntos de vista que la problemática existe y ya sea que nos neguemos a verla como lo señala la iglesia católica o a aplicarla como lo señala la ciencia médica, debemos sancionarla legalmente, el Código de Familia del Estado de Sonora debe en un principio denominar a la maternidad subrogada.