

DILEME ETICE ALE FERTILIZĂRII IN VITRO

Dr. Ingrid-Laura FIRULEASA¹, drd.,
medic primar, medicină de familie

Dr. Silvia FLORESCU¹, dr.șt. med., CSIII,
medic primar SPMS

Dr. Mona MOLDOVAN¹, dr.șt. med., CSII,
medic primar SPMS

¹ Școala Națională de Sănătate Publică, Management și
Perfecționare în Domeniul Sanitar, București

Moto: Și Dumnezeu i-a binecuvântat, zicând: "Creșteți și vă înmulțiți și umpleți pământul și-l supuneți; și stăpâniți peste peștii mării, peste păsările cerului, peste toate animalele, peste toate vietățile ce se mișcă pe pământ și peste tot pământul!" (Geneza, cap I, al.28)

Înmulțirea speciei umane, aspectele extrem de variate ale fertilității și sterilității, oprobriul public, căruia cuplul infertil și mai ales femeia infertilă le-au (a) fost victimă secole la rând, dogmele religioase care au reglementat sau influențat major aspectul reproducerii în viața societății, au născut, cel puțin în epoca modernă, dezbateri ample asupra subiectelor ce derivă din acestea, precum dreptul că oricine să poată avea sau nu urmași, în ce condiții, când, până când, oricum sau câți.

Se consideră ca oportună o astfel de abordare a subiectului în condițiile în care, și în România, avem un Proiect al Legii Reproducerii Umane Asistate și Embriologiei propusă de Asociația Embriologilor care ține cont de:

- Directiva 2004/23/EC a Parlamentului European și a Consiliului din 31 martie 2004 cu privire la stabilirea standardelor de calitate și siguranță pentru donarea, procurarea, testarea, procesarea, conservarea, stocarea și distribuirea țesuturilor și celulelor umane;
- Directiva Comisiei 2006/17/EC din 8 februarie 2006 cu privire la implementarea Directivei 2004/23/EC a Parlamentului European și a Consiliului referitoare la anumite cerințe tehnice pentru donarea, procurarea și testarea țesuturilor și celulelor umane;
- Directiva Comisiei 2006/86/EC din 24 octombrie 2006 cu privire la implementarea Directivei 2004/23/EC a Parlamentului European și a Consiliului referitoare la cerințele de trasabilitate, notificările asupra reacțiilor și incidentelor adverse grave și anumite cerințe tehnice pentru codarea, procesarea, stocarea și distribuția țesuturilor și celulelor umane,

precum și un Program național de susținere a cuplurilor care recurg la fertilizare in vitro cu demarare preconizată chiar din acest an. (sursa: Ministerul Sănătății)

Acest proiect de lege a apărut din necesitatea de a aduce în matca legislativă procesul de reproducere

Articolul trece în revistă problematica fertilizării in vitro și dilemele etice care se nasc din impactul medical, social, moral și juridic al acestei metode de reproducere umana asistată, pornind de la proveniența gameților, statutul embrionilor și al părinților biologici sau purtători, vârsta mamei, orientarea sexuală a părinților, soarta embrionilor, experimentele pe embrioni, luând în considerare cadrul legislativ, dar și cel moral și religios. Dilemele sunt pe rând supuse analizei, dorind a evidenția aspectele pozitive și negative ale proceselor, considerând just necesitatea acestor tehnici și beneficiile pe care utilizarea lor cu discernământ le-ar aduce societății.

Cuvente cheie: fertilizare in vitro, etică, embrion, legislație medicală, genetică

umană asistată, după ani de zile în care a avut loc oarecum haotic, desfășurarea lui făcându-se orientativ după reglementările internaționale existente sau după bunul simț al clinicienilor.

Este necesar să existe o abordare mai largă, din punct de vedere social, medical, juridic și chiar religios a problemelor etice ale acestui subiect. O limitare majoră a dezbaterii rezultă din faptul că nu se recunoaște, uneori nici de către specialiști, că este necesar să privim noua tehnologie a reproducerii omului ca o variabilă independentă, ea însăși fiind un produs social strâns legat de alți factori sociali extinși mult dincolo de limitele medicinei.

Istoricul propriu zis al fertilizării umane in vitro reușite debutează o dată cu primul copil conceput în eprubetă, născut la 25 iulie 1978, la Old Ham General Hospital din Manchester, celebra Louise Brown, sute de mii de copii fiind apoi creați pe aceasta cale. În Marea Britanie, unul din 80 de copii născuți în 1997 era rezultatul unui tratament de fertilizare in vitro. În Danemarca, aceasta rată era mult mai mare, 1 la 38, adică 2,6%. [1]

În România, primul centru de fertilizare in vitro a început să funcționeze la Timișoara, în 1995, în Clinica Universității de Obstetrică și Ginecologie "Bega" din Timișoara, sub conducerea profesorului Ioan Munteanu. Datele Agenției Naționale de Transplant arată o cifră în creștere a numărului de procedee de fertilizare in vitro realizate, 6.363 de transferuri embrionare fiind efectuate în 2007 și 2008, în urma acestora născându-se mai mult de 6000 de copii. (sursa Mediafax)

Fertilizarea in vitro (FIV) este o tehnică de reproducere umană asistată la care se apelează după ce toate tratamentele clasice au eșuat (inclusiv cealaltă procedură de reproducere umană asistată – inseminarea artificială) sau în cazuri de infertilitate mai grave, unde se recomandă ca metodă de elecție.

Noua tehnologie de reproducere asistată a apărut într-un moment în care soluția tradițională a problemei infertilității, adopția, conducea la schimbarea modelelor de contracepție, o mai mare disponibilitate juridică asupra avortului, și schimbarea atitudinilor la și față de familiile monoparentale.

Presiunile personale în ideea dezvoltării acestui capitol și-au avut rolul lor. Practic, această metodă →

este rezultatul previzibil al schimbărilor pe scară largă din societățile industriale moderne, care a cerut o rezolvare pentru cazurile de infertilitate mai greu de rezolvat.

Astfel, noua tehnologie a reproducerii umane a fost proiectată pe presupunerea că noul membru al familiei ar trebui să fie o chestiune de alegere controlată a părinților, mai degrabă decât un produs al activității sexuale sau o urmare a deciziei divine, ca până nu demult.

În același timp, tehnologia a luat avânt pentru că medicina nu mai este limitată la remedierea bolii și handicapului, ci trebuie să joace un rol activ în facilitarea vieții oamenilor.

Introducerea de noi tehnologii, precum cele în domeniul FIV, poate avea repercusiuni sociale încă neanticipate. FIV, deși a fost parțial un răspuns la schimbarea modelului de familie de viață în anii 1960 și 1970, aplicarea sa a fost o prima concretizare tehnică apărută pentru a ajuta oamenii care au fost în imposibilitatea de a avea o familie convențională. Astfel, posibilitățile de "închiriere a pântecului", mamele "virgine", "familiile" homosexuale sau utilizarea selectivă a "spermei de înaltă calitate", nu au fost luate în considerare, în ziua în care Louise Brown s-a născut din doi părinți obișnuiți. Cu toate acestea, posibilitatea folosirii FIV și în cazurile sus-enumerate a devenit implicită de la început în contextul social pe atunci mai "larg" în occident.[2]

Punerea în aplicare a tehnicilor FIV ridică o serie întregă de probleme, dileme și dezbateri, de la cele legate de științele biologice, la cele legate de etică, sociologie și drept.

- **Proveniența gameților** naște una dintre cele mai mari dileme etice. În cazul în care ovocitul și spermatozoidii provin de la părinții biologici, problemele de natură etică apar începând de la inexistența raportului sexual dintre soți până la viața embrionilor. Prin modul în care se prelevează sperma pentru FIV nu mai este realizată dimensiunea afectivă a actului conjugal, mizându-se doar pe aspectul fizic al procreației și, problematic, intervine o a treia parte în acest act, medicul și/sau mama surrogat.

- Se discută între eticieni despre **dezumanizarea și medicalizarea** procesului de sănătatea reproducerii, care atacă direct demnitatea divină a înmulțirii umane, prin dispariția unirii emoțional-fizice între parteneri. Există voci care afirmă că astfel, valorile familiale clasice sunt subminate și există o inversare a balanței între autoritatea patriarhală și noua autoritate tehnocrată.

- **Soarta și numărul embrionilor.** În marea majoritate a cazurilor de FIV se lucrează cu mai mulți embrioni, căci, ținând cont de procentul redus de reușită, nu se poate cunoaște de la început numărul necesar. De obicei, mai mulți embrioni sunt transferați în uterul mamei, în speranța că cel puțin unul din ei se va implanta cu succes. Necesitatea transferului de embrioni multipli duce la apariția sarcinilor multiple. Sarcinile multiple, realizate prin această metodă implică și reducția embrionară ulterioară. Asta înseamnă că mai mulți embrioni sunt

eliminați ca să se îmbunătățească șansele de supraviețuire ale unuia sau doi embrioni restanți, prin acest sacrificiu practic, realizându-se un avort, iar din punct de vedere religios, un homicid.

- **Statutul embrionului și al părinților.** Problemele se înmulțesc atunci când se recurge la o mama surrogat, pentru că mama biologică poate fi fertilizată, dar nu reușește, din motive de sănătate, să ducă sarcina până la capăt. În asemenea situații, gameții proveniți de la un cuplu, care-și dorește un copil, sunt transferați în uterul altei femei, rezultând un embrion, care se va dezvolta în mamă "de împrumut". În toate aceste cazuri, mai întâi, statutul cuplului, ai cărui membri nu pot concepe copii sau susține o sarcină, este pus în pericol de interferența unei a treia părți: a medicului care asistă sau a mamei surrogat, prin faptul că fecundația are loc în afara uterului matern. Apoi pot apărea și dificultăți legate de identitatea noul-născutului. Statutul său biologic nu corespunde celui social. Sunt consemnate din ce în ce mai multe cazuri când gestația unui copil, comisionat unui cuplu steril, a avut loc în uterul unei rude sau al unei surori, în cel mai fericit caz, și rarism, chiar al propriei mame a donatoarei de ovule. La limita legalității, încă nesuficient de bine pusă la punct, este și calea prin care, din punct de vedere juridic, copilul ajunge în familia celor care îi sunt părinți biologici.

Mama surrogat, după naștere, trebuie să „abandoneze” copilul, permițând astfel părinților biologici să-l înfieze, după ce aceștia l-au luat în îngrijire. Abandonul, însă, este pasibil să se supună consecințelor legale, iar potențialii părinți adoptivi, de fapt cei biologici, trebuie să fie oficial căsătoriți pentru a-l putea înfia. [3]

- **Incidente.** În cazul utilizării spermei conservate în azot lichid în băncile de spermă, pot apărea confuzii legate de donatorii de spermă. De asemenea, în majoritatea cazurilor în care concepția s-a făcut cu sperma provenind din bănci, copilul nu poate să își cunoască tatăl. În cazul unui control deficitar al acestor bănci (care trebuie să asigure protecția identității donatorului) se pot naște mai mulți copii din același tată. Există riscul ca, prin căsătoria acestora, destul de puțin probabil, totuși, dar supusă unui grad de risc, să apară boli genetice la posibila urmași. Pornind de la selectarea materialului seminal - un criteriu care se află din ce în ce mai mult în atenția celor care utilizează FIV - apare riscul eugenismului.

- **Copiii postumi.** De discutat sunt cazurile când au fost folosiți embrioni congelați. Embrionii au fost implantați după moartea tatălui, născându-se așa-zisii "copii de după moarte, postumi, copii de dincolo,, proveniți din sperma prelevată de la un barbat care suferea de o boală incurabilă sau aflat în moarte cerebrală, de obicei la cererea soțiilor, logodnicelor sau părinților acestora, problema etică ridicată fiind dacă cel care moare are dreptul să aibă urmași postumi sau, dacă, nu cumva, cei în viață care solicită acest lucru dau dovadă de egoism față de viitorul copil care va crește fără tată.

Medicul clinician este pivot cheie în procesul eticii FIV, el este cel care trebuie să determine motivul real pentru care pacienta sau cuplul a ales fertilizarea in vitro și dacă această tehnică este potrivită pentru ea (el). Evaluând corect toate problemele psihologice, cele legate de resurse, efort, pe care le implică fertilizarea in vitro, medicul trebuie să se intereseze în ce măsură aceste proceduri sau urmările lor vor afecta viața pacientei sau a cuplului și să orienteze corect procedurile următoare, toate sub regula de aur a consimțământului informat. [4]

FIV presupune costuri mari care afectează familiile ce fac apel la această metodă, de asemenea, implică riscuri fizice și psihice pentru donori și, în special, pentru femeile implicate în acest proces. Procesele FIV sunt invazive în viața privată a femeii și aduc breșe în continuitatea proceselor reproductive ale acesteia. De asemenea presupun riscuri mai mari decât în mod obișnuit, în special pentru embrioni.

- Altă dilemă etică este legată de **orientarea sexuală a părinților**, a mamelor în general, în ultimii ani, FIV fiind o metodă preferată de homosexuali și lesbiene pentru a avea urmași. În occident un procent însemnat dintre cei ce apelează la aceasta metodă, nu sunt heterosexuali. Deși contravine regulilor religioase, se consideră că, etic, o persoană are dreptul să aibă urmași, chiar dacă orientarea sexuală nu i-ar permite acest lucru pe cale naturală.

Cum același lucru este etic și pentru persoanele **fără posibilități financiare**, dar care nu pot avea copii altfel, Din nefericire, procesul FIV este unul încă deosebit de costisitor. Sunt țări unde o parte dintre aceste tehnici sunt suportate de către stat pentru cazuri care se încadrează în cerințele prevăzute de lege. Dar, în majoritatea cazurilor, sunt suportate financiar de către mame sau cupluri.

- **Vârsta mamei.** O lungă serie de dezbateri, care încă nu s-au finalizat, a început de mai bine de 13 ani când s-a descoperit că tratamentele pentru infertilitate pot fi aplicate și în cazul femeilor aflate în postmenopauză, permițându-le să aibă copii după ce, biologic, acest lucru nu ar mai fi fost cu putință.

Întrebările care se pun sunt dacă menopauza nu ar trebui să fie o "barieră" în calea aplicării acestor tratamente sau care ar fi vârsta maximă la care ar trebui să se accepte FIV. Unii specialiști sunt de părere ca o sarcină la o vârstă înaintată ridică probleme morale majore câtă vreme mama nu are șanse să trăiască (de cele mai multe ori) pentru a putea asigura stabilitatea emoțională și materială necesară unui copil. Au existat oameni de știință care au contrazis această idee, spunând că nu ar trebui să existe bariere de vârstă în aceste situații. [5]

Din păcate, moarte celei cândva considerate cea mai vârstnică mamă din lume care a conceput prin FIV, Maria del Carmen Bousadara, readuce această problemă în actualitate. Femeia a născut gemeni la 66 de ani, în urma fertilizării in vitro și apelând la o donatoare de ovule. A murit trei ani mai târziu, la 69 de ani, lăsând gemenii în grija unor rude.

- **Experimentele pe embrioni.** O dată cu diversificarea metodelor FIV, s-au înmulțit și tipurile de experimente

pe embrioni, asupra ADN-ului uman, asupra multor aspecte de compatibilitate imunologică. Legislația permisivă sau absentă îngăduie utilizarea embrionilor și chiar a feților obținuți prin avort spontan sau provocat în scopuri experimentale, în multe țări, fiind invocat caracterul terapeutic al cercetării în scopul rezolvării unor boli incurabile, în special a celor de natură genetică. De aici apar cele mai delicate și, totodată, furtunoase probleme etice.

Să nu uităm, totuși, că apare o permanentă îmbunătățire a tehnicilor, implicând totodată și distrugerea unui mare număr de embrioni, adeseori modificarea, comercializarea și chiar exploatarea proceselor și persoanelor.

Pentru a discuta despre cercetarea și manipularea embrionilor umani, trebuie să știm ce sunt aceștia. Să luăm în considerare forma cea mai simplă din punct de vedere biologic și, prin urmare, moral, zigotul – celula ou, produsul concepției sau embrionul, putând fi descrise ca "material genetic uman". Putem să identificăm esența embrionului ca "produs uman sau produs al concepției" atrăgând atenția asupra potențialului pentru maturizare, în condițiile adecvate, într-o ființă umană individualizată.

Un embrion uman, chiar și în forma sa de bază, este o formă de viață din specia Homo sapiens. S-ar putea răspunde că zigotul are o cale lungă de parcurs până să devină o persoană pe deplin dezvoltată și că statutul său moral trebuie să fie, în anumite aspecte, mai redus decât cel al unei persoane mature.

Deși relațiile morale cu embrionii sunt limitate prin simplitatea lor structurală statutul lor moral este determinat de capacitatea acestora de a deveni pe deplin ființe umane dezvoltate și de a intra, la timpul potrivit, în comunitatea umană. [6]

Există teorii care afirmă că embrionii umani trebuie să fie tratați, din punct de vedere moral, în conformitate cu aceleași principii ca alte persoane fizice umane, pentru că ei conțin aceeași capacitate umană esențială.

În recunoașterea statutului de egalitate a tuturor membrilor familiei umane, este de dorit să adoptăm principiul respectului egal pentru toate persoanele umane. Aceasta înseamnă că respectul nostru esențial pentru persoanele fizice umane trebuie să fie absolut.

Dar este important să subliniem că, în timp util, cercetarea de acest fel va permite să înțelegem, să detectăm și să controlăm, cel mai probabil, multe forme de boli congenitale. Aceasta va duce, de asemenea, la reducerea frecvenței avorturilor și, aproape sigur, la dezvoltarea de noi tehnici de contracepție. În cele din urmă, nu trebuie să uităm că cercetarea pe embrioni umani este ea însăși în stadii incipiente și că, așa cum se vede trendul, se poate spera în beneficiile, încă puțin intuite, care vor rezulta din acest domeniu.

Asupra statutului embrionului, au fost exprimate puncte de vedere importante în Raportul Warnock, în anul 1984. Documentul a stabilit o distincție clară între fecundare și momentul apariției vieții umane. Raportului Warnock susține că "produsul imediat al concepției" nu este o ființă umană, începutul vieții umane fiind, mai degrabă, o problemă de etică decât una biologică, dar nu s-a ținut cont de faptul că dezvoltarea umană trebuie privită ca un proces continuu, →

de la formarea zigotului și până la nașterea propriu-zisă, fiecare stadiu fiind la fel de important, ca cel al unui adult, stadiu recunoscut ca model asociat cu statutul de persoană umană. Raportul Warnock a stabilit că, înainte de a 14-a zi de la concepere, embrionul nu poate fi considerat un organism individual. În preajma acestui moment, apare forma primitivă a tubului neural al embrionului, moment ce constituie debutul dezvoltării sistemului nervos. Începutul vieții umane individuale, coincide, cu momentul pierderii capacității embrionului de a se divide, pentru a forma organismul distinct. Aceasta teză nesocotește faptul că embrionul uman, atât înainte, cât și după a 14-a zi, se află pe parcursul desfășurării unui proces continuu, propriu unei persoane umane.[7]

Asociația Medicală Mondială (Helsinki, 30 octombrie 1983) susține că aceste metode ar trebui să urmărească doar promovarea "omului fără să-i amenințe integritatea". Punctul de vedere al lumii medicale se suprapune cu cel al tradiției creștine. Au fost exprimate poziții diverse la nivelul întregii societăți, mai ales în perioada introducerii Legii fertilizării și embriologiei umane (1990), foarte restrictive, de altfel, în Marea Britanie, țara care a avut prima instituție investită cu competențe în acest domeniu, respectiv Autoritatea pentru Fertilizare și Embriologie Umană.

Folosirea în cercetare a embrionilor și a feților a fost limitată prin Recomandarea 1046 a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei (24 septembrie 1986), prin care se specifică faptul că sunt autorizate toate intervențiile cercetătorilor și medicilor, care sprijină copilul și contribuie la dezvoltarea sa.

Punctele de vedere religioase diferă, dar nu foarte mult. În tradiția ebraică, de exemplu, ființa concepută este considerată "simplă apă", până în a 40-a zi. Eliminarea embrionului, până în acest moment, nu echivalează cu un avort. Acest principiu stă la baza dreptului ebraic rabinic. Este pedepsită doar persoana care suprimă viața unui embrion, după a 40-a zi.

Marea majoritate a bisericilor creștine a considerat totdeauna că ființa umană își începe viața în momentul concepției ei. În felul acesta, embrionul are statut de persoană umană, cu toate drepturile care derivă de aici. Fertilizarea in vitro, având drept scop unic cel al experimentării, încalcă, în această viziune, principiile fundamentale ale moralei creștine. În același fel este înțeleasă și distrugerea embrionilor supranumerari, rezultați din aplicarea tehnicilor FIV, fiind permise doar intervențiile care nu pun în pericol viața și integritatea trupească a ființei umane.

Controlul asupra reproducerii umane este transferat, în mod constant, de la societate, în general, către comunitatea științifică medicală.

Prima revoluție pe scară largă în reproducerea umană, care rezultă din întâlnirea dintre reproducerea in vitro și genetică, a depășit, deja, etapa planificată. Preocuparea inițială a acestei revoluții a fost diagnosticul genetic al embrionilor rezultați din FIV înainte de transplant, pentru cupluri care sunt cunoscute ca având potențial să aibă urmași cu anomalii genetice, începând astfel să devină posibil pentru om, nu

numai să amelioreze caracteristicile de reproducere proprie, dar și să controleze calitatea descendenților lui.

Să nu uităm că există mai mult de trei mii de anomalii genetice cunoscute la oameni și cel puțin una dintre ele este prezentă la aproximativ 1 %0000 din toți născuții vii. Mixul dintre FIV și analiza genetică ne permite să identificăm boli, cum ar fi fibroza chistică, distrofia musculară Duchenne, talasemia, siclemia, sindromul Down, Boala Huntington, fenilcetonuria și multe altele, într-o etapă timpurie în dezvoltarea embrionilor "și să lase în uter doar embrionii sănătoși, fără aceste afecțiuni. În timp, și dispunând de resurse, știința va fi capabilă să elimine cele mai multe, poate toate, aceste teribile boli. [8]

Lumea de azi se confruntă cu frica de a nu ajunge să se "aleagă" copiii ce se vor naște, în viitor, în funcție de anumite calități, dincolo de evitarea bolilor genetice.

Este sigur că, știința nu se va opri când va avea complet controlul asupra bolilor genetice.

Știința medicală nu mai este preocupată doar de patologie, dar, mai nou și important, cu înlăturarea barierelor inutile în realizarea dorințelor umane. În mod specific în cadrul subiectului de față, cu dorința oamenilor de a avea urmași și altfel decât natural, și nu orice urmași, ci urmași sănătoși, trecând barierele de vârstă, sexualitate, sociale sau religioase, care, cândva erau prohibitive, creeând o nouă elasticitate granițelor etice de până acum. Parțialele restricții, interdicții legale, vor limita, în continuare, cercetarea care va face posibilă satisfacerea acestei dorințe, fără a o frâna. Dar, o dată ce există cunoștințele de bază, se va dovedi inutil să se încerce menținerea unei atitudini generale deliberate de ignoranță. Prin urmare, societatea modernă se poate angaja, pas cu pas, în a construi, dar **cu discernământ**, lumea reală a reproducerii umane perene perfecte, punând capăt unei serii nesfârșite de compromisuri etice.

Poate, până la urmă, sensul căpătat de evoluția omenirii, va fi spre îndeplinirea Cuvântului Divin.

Bibliografie

1. OAKLEY DYSON, A., - The ethics of IVF, Biddles, Guilford and King's Lynn, London, first ed. [21-23], 1995.
2. OAKLEY DYSON, A., -The ethics of IVF, Biddles, Guilford and King's Lynn, London, first ed. [28-37], 1995.
3. OAKLEY DYSON, A., -The ethics of IVF, Biddles, Guilford and King's Lynn, London, first ed. [70-73], 1995.
4. ASTARASTOAE, V.*, UNGUREANU, M. C. **, STOICA, O.,***- Probleme etice și legale ale noilor tehnologii reproductive, Revista Bioetica Vol. 1, nr. 2.
5. ASTARASTOAE, V.*, UNGUREANU, M.C., ** STOICA, O.***- Probleme etice și legale ale noilor tehnologii reproductive, Revista Bioetica Vol. 1, nr. 2.
6. OAKLEY DYSON, A.-The ethics of IVF, Biddles, Guilford and King's Lynn, London, first ed. [88-98], 1995.
7. MULKAY, M. J.-The embryo research debate: science and the politics of reproduction, Press syndicate of University of Cambridge, first ed [43-48], 1997.

Resurse electronice,

The American Journal of Bioethics www.ajobonline.com,
Bioethics and Human Dignity www.bioethics.org,
Center for Bioethics and Human Dignity www.cbhd.org.