



UNIVERSIDAD
DE PIURA

FACULTAD DE DERECHO

**Análisis de las implicancias ético-jurídicas de la utilización
de los llamados bebés medicamento**

Tesis para optar el Título de
Abogado

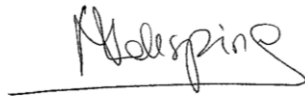
Ana Lucía Acurio Godiño

Asesor(es):
Dra. María Laura Malespina

Lima, marzo de 2026

Aprobación

La tesis titulada "Análisis de las implicancias ético-jurídicas en la utilización de los llamados bebés medicamento", presentada por la bachiller Ana Lucía Acurio Godiño en cumplimiento con los requisitos para obtener el Título de Abogada, fue aprobada por la Dra. María Laura Malespina.



Director de tesis



Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

Yo, Ana Lucía Acurio Godiño, egresado del Programa Académico de Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI: 70326898, declaro que:

Soy autor del trabajo final titulado:

“Análisis de las implicancias ético-jurídicas de la utilización de los llamados bebés medicamento”

El mismo que presento bajo la modalidad de Tesis para optar el Título profesional de abogada.

El texto de mi trabajo final es original y no vulnera los derechos de terceros o, de ser el caso, derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para lo cual, he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas. Asimismo, el texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico; y que la investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.

En caso de detectarse el incumplimiento de lo declarado asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

La asesoría del trabajo estuvo a cargo de los siguientes docentes de la Universidad de Piura:

- Dra. María Laura Malespina, identificado con Carné de extranjería: 000230157

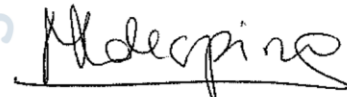
Declaro: (declaramos) que:

Luego de haber empleado el software de coincidencia Turnitin, revisado las fuentes de información señaladas por el autor, y en razón de mi (nuestra) experiencia como investigador(es), declaro (declaramos) que las ideas expuestas en el trabajo final alcanzan las condiciones de calidad, integridad y originalidad acorde a los objetivos institucionales y estándares en materia de investigación. Finalmente, no asumo (asumimos) responsabilidad por la posible vulneración de derechos de autor en el trabajo final referido, pues tal responsabilidad es exclusiva del autor.

Fecha; 19/02/2026.

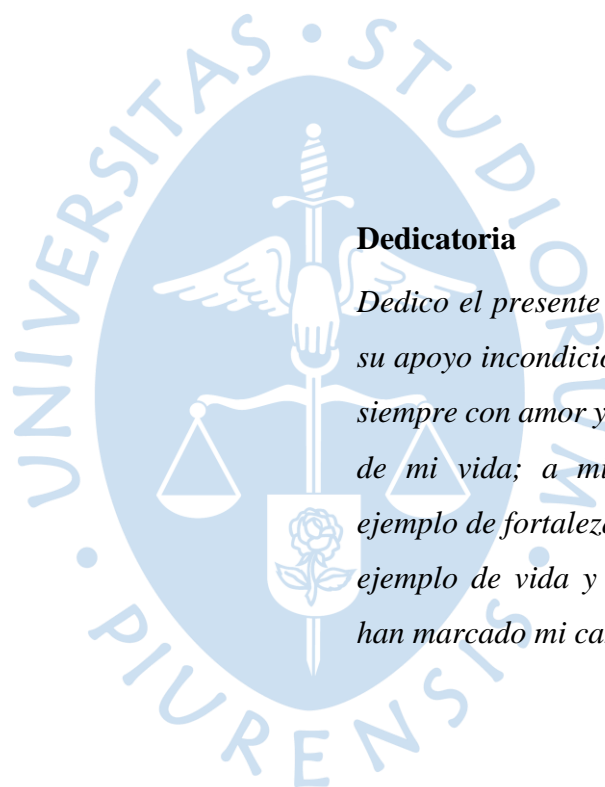


Firma del autor¹



Firma del asesor¹

¹ Firma idéntica al DNI. No se admite digital, salvo certificado.



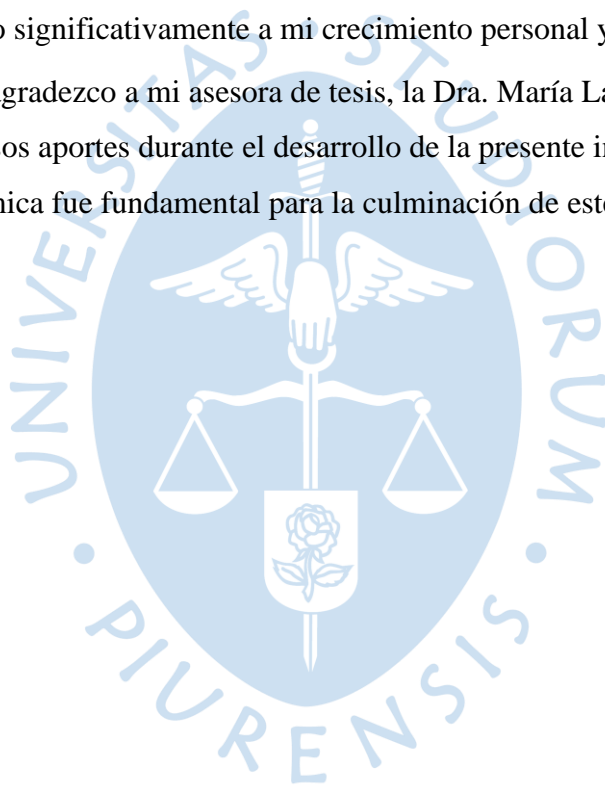
Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi mamá, por su apoyo incondicional y por acompañarme siempre con amor y confianza en cada etapa de mi vida; a mi hermana, por ser un ejemplo de fortaleza; y a mi abuelita, por su ejemplo de vida y por las enseñanzas que han marcado mi camino.

Agradecimiento

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad de Piura, por brindarme no solo una sólida formación académica, sino también una formación humana y en valores que han contribuido significativamente a mi crecimiento personal y profesional.

De manera especial, agradezco a mi asesora de tesis, la Dra. María Laura, por su orientación, dedicación y valiosos aportes durante el desarrollo de la presente investigación. Su guía académica fue fundamental para la culminación de este trabajo.



Resumen

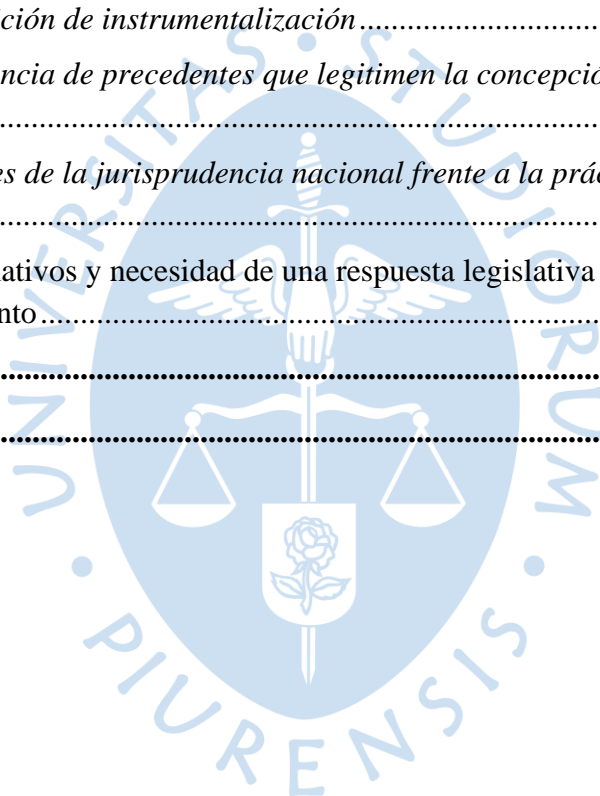
Los denominados “bebés medicamento” constituyen una práctica biomédica que surge como respuesta a enfermedades genéticas graves que requieren tratamientos altamente complejos, como el trasplante de médula ósea. Mediante la fecundación in vitro y el diagnóstico genético preimplantacional, se seleccionan embriones no solo libres de determinadas anomalías genéticas, sino además compatibles con un hermano enfermo, con la finalidad de utilizar su material biológico para fines terapéuticos. Esta técnica, aunque presentada como una alternativa médica esperanzadora, plantea profundos dilemas éticos y jurídicos. El problema central radica en determinar si la selección y concepción de un ser humano con la finalidad específica de servir como donante vulnera su dignidad intrínseca y lo reduce a un medio para alcanzar un fin ajeno. En este contexto, se analiza el concepto de autonomía desde la perspectiva filosófica kantiana, así como la noción de persona desarrollada por Engelhardt en el marco de la bioética contemporánea, con el propósito de contrastar los fundamentos que justifican o cuestionan esta práctica. El estudio sostiene que la dignidad humana no depende del ejercicio actual de la autonomía, sino de la condición ontológica del ser humano desde su concepción. En consecuencia, la instrumentalización del embrión, incluso bajo el argumento de la autonomía parental o del consentimiento sustituto, resulta incompatible con el principio de tratar al ser humano siempre como un fin en sí mismo y nunca exclusivamente como un medio. Se concluye que la práctica de los llamados “bebés medicamento” implica una cosificación de la vida humana en sus primeras etapas y exige una reflexión jurídica más rigurosa que garantice la protección efectiva de la dignidad y el derecho a la vida desde su inicio.

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| Introducción..... | 8 |
| Capítulo I. Bebés medicamento, nacidos para salvar | 10 |
| 1.1. Bebés medicamento: Definición y cuestiones que dan origen a la generación de estos | 10 |
| 1.2. Técnicas de reproducción humana asistida aplicables a los bebés medicamento | 10 |
| 1.2.1. <i>Fecundación in vitro y diagnóstico genético preimplantacional.....</i> | <i>10</i> |
| 1.3. Consecuencias del DGP | 13 |
| 1.3.1. <i>Embriones con anomalías genéticas.....</i> | <i>13</i> |
| 1.3.2. <i>Embriones sanos no compatibles.....</i> | <i>13</i> |
| 1.3.3. <i>Embriones sanos compatibles.....</i> | <i>13</i> |
| 1.4. Instrumentalización de vidas compatibles..... | 14 |
| 1.4.1. <i>La autonomía.....</i> | <i>14</i> |
| 1.4.2. <i>El ser humano como fin en sí mismo según Kant.....</i> | <i>15</i> |
| 1.4.3. <i>Engelhardt y la autonomía.....</i> | <i>16</i> |
| 1.4.4. <i>Noción de persona en Engelhardt.....</i> | <i>18</i> |
| Capítulo II. La concepción de la persona humana..... | 20 |
| 2.1. Dignidad de la persona humana | 20 |
| 2.1.1. <i>Noción antropológica de la vida y el ser humano.....</i> | <i>21</i> |
| 2.1.2. <i>Defensa de la persona humana desde el inicio de la vida.....</i> | <i>23</i> |
| 2.1.3. <i>Cosificación de los embriones a través de su obtención y pérdida.....</i> | <i>25</i> |
| 2.2. Obtención de embriones: Instrumentalización..... | 25 |
| 2.3. Embriones descartados: una negación de la dignidad humana | 26 |
| Capítulo III. El interés superior del niño..... | 28 |
| 3.1. Definición..... | 28 |
| 3.2. Naturaleza y alcance del principio del interés superior del niño..... | 28 |
| 3.3. El uso de los bebés medicamento y el interés superior del niño | 30 |
| 3.4. Interés superior del hermano enfermo..... | 32 |
| 3.5. Derechos del hermano enfermo y del bebé medicamento..... | 33 |
| Capítulo IV. Marco jurídico internacional..... | 35 |
| 4.1. Naturaleza jurídica del bebé medicamento en el derecho internacional contemporáneo..... | 35 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 4.1.1. | <i>Fundamento conceptual y naturaleza jurídica internacional del bebé medicamento</i> | 35 |
| 4.1.2. | <i>Alcance biojurídico y proyección normativa del fenómeno en el sistema internacional</i> | 37 |
| 4.1.3. | <i>Tensiones estructurales: conflictos con la dignidad, integridad y límites de intervención biomédica en el derecho internacional</i> | 40 |
| 4.2. | Parámetros internacionales aplicables a la intervención biomédica en menores | 44 |
| 4.2.1. | <i>Surgimiento, fundamento y evolución del marco internacional sobre intervenciones biomédicas en menores</i> | 44 |
| 4.2.2. | <i>Prohibición de instrumentalización del menor y estándares de integridad física en el derecho internacional</i> | 45 |
| 4.2.3. | <i>Proporcionalidad clínica y el riesgo permitido en intervenciones biomédicas sin beneficio directo para el menor en el derecho internacional</i> | 47 |
| 4.2.4. | <i>Límites del consentimiento por representación en intervenciones biomédicas sin beneficio directo para el menor en el derecho internacional</i> | 50 |
| 4.2.5. | <i>Obligaciones positivas de los Estados frente a intervenciones biomédicas sin beneficio directo en menores</i> | 54 |
| 4.2.6. | <i>La ley española 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida</i> | 57 |
| 4.3. | Consejo de Europa y el Convenio de Oviedo: límites éticos y jurídicos a la manipulación embrionaria | 63 |
| 4.4. | Derecho de la Unión Europea: principios biojurídicos y límites a la concepción instrumental del ser humano en el caso del bebé medicamento | 65 |
| 4.5. | Convención sobre los Derechos del Niño como parámetro interpretativo internacional frente a la selección embrionaria con fines terapéuticos | 68 |
| 4.6. | Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO): principios aplicables al caso del bebé medicamento | 70 |
| 4.7. | Lectura integrada del marco jurídico internacional frente a la figura del bebé medicamento..... | 72 |
| Capítulo V. Protección del concebido en el ordenamiento jurídico peruano ante la práctica de los bebés medicamento | | 75 |
| 5.1. | Delimitación del problema biojurídico del concebido en el ordenamiento peruano | 75 |
| 5.2. | Bloque constitucional peruano y parámetro interamericano aplicable | 75 |
| 5.3. | Marco legal ordinario peruano y estatuto jurídico del concebido | 78 |
| 5.4. | Derechos biojurídicos fundamentales del concebido en el ordenamiento jurídico peruano | 81 |
| 5.5. | Principios biojurídicos personalistas como criterios de interpretación del ordenamiento jurídico peruano | 83 |

| | | |
|---------------------------|--|------------|
| 5.5.1. | <i>Principio de respeto y defensa de la vida física del concebido</i> | 84 |
| 5.5.2. | <i>Principio de libertad y responsabilidad: límites del consentimiento parental</i> | 84 |
| 5.5.3. | <i>Principio terapéutico o de totalidad</i> | 85 |
| 5.5.4. | <i>Principio de sociabilidad y subsidiariedad: protección reforzada del más vulnerable</i> | 85 |
| 5.5.5. | <i>Dignidad humana como principio biojurídico matriz</i> | 86 |
| 5.6. | Jurisprudencia nacional relevante sobre la protección del concebido..... | 86 |
| 5.6.1. | <i>Caso anticoncepción oral de emergencia (Exp. N.º 02005-2009-PA/TC)</i> | 88 |
| 5.6.2. | <i>Caso aborto terapéutico y desarrollo normativo-administrativo del MINSA.</i> | 90 |
| 5.6.3. | <i>Donación de órganos y tejidos en menores de edad: límites a la representación parental y prohibición de instrumentalización</i> | 92 |
| 5.6.4. | <i>Inexistencia de precedentes que legitimen la concepción de seres humanos con fines terapéuticos</i> | 94 |
| 5.6.5. | <i>Alcances de la jurisprudencia nacional frente a la práctica de los bebés medicamento</i> | 95 |
| 5.7. | Vacíos normativos y necesidad de una respuesta legislativa frente a la práctica de los bebés medicamento..... | 97 |
| Conclusiones | | 99 |
| Referencias | | 100 |



Introducción

El avance de la biomedicina y de las técnicas de reproducción humana asistida han permitido importantes progresos en el tratamiento de enfermedades graves, ofreciendo nuevas alternativas a familias que enfrentan situaciones médicas complejas. Sin embargo, estos desarrollos también han dado lugar a prácticas que plantean serias interrogantes éticas y jurídicas, especialmente cuando el uso de la tecnología incide directamente sobre la concepción y el estatuto jurídico de la persona humana. Entre ellas se encuentra la figura del denominado “bebé medicamento”, que consiste en la concepción deliberada de un nuevo ser humano con la finalidad principal de servir como recurso terapéutico para un tercero.

El problema que suscita esta práctica no se limita a su eficacia médica ni a las legítimas expectativas de los padres, sino que plantea una cuestión jurídica de fondo: si resulta admisible que la existencia de un niño quede condicionada desde su origen a una finalidad instrumental ajena a su propio bienestar. Desde el derecho de la persona, esta situación obliga a reflexionar sobre los límites del progreso científico, el alcance de la autonomía reproductiva y la vigencia real del principio de dignidad humana en las primeras etapas de la vida.

La cuestión adquiere especial relevancia cuando el sujeto involucrado es un menor de edad, titular de una protección reforzada dentro del ordenamiento jurídico. El derecho reconoce que los niños se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad, lo que exige que toda intervención que los afecte se encuentre orientada a su propio beneficio. En este contexto, la figura del bebé medicamento interpela directamente el principio del interés superior del niño y los límites jurídicos del consentimiento otorgado por representación.

La presente investigación adopta una postura crítica frente a la utilización de los denominados bebés medicamento, al considerar que dicha práctica introduce una lógica de instrumentalización incompatible con una concepción personalista del derecho. La ausencia de una prohibición expresa en determinados ordenamientos no implica neutralidad jurídica, sino que exige una interpretación conforme a los principios estructurales del sistema jurídico, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Con este objetivo, la tesis analiza el problema desde una perspectiva integral, abordando sus implicancias bioéticas y jurídicas. A través del examen del derecho internacional de los derechos humanos, del ordenamiento jurídico español y del marco constitucional y legal peruano, el trabajo busca demostrar que la figura del bebé medicamento no puede ser entendida como una simple consecuencia del avance científico, sino como una práctica que tensiona los fundamentos axiológicos del derecho y exige una respuesta jurídica clara que priorice la dignidad y el valor intrínseco de toda persona humana.



Capítulo I.

Bebés medicamento, nacidos para salvar

1.1. Bebés medicamento: Definición y cuestiones que dan origen a la generación de estos

Numerosas familias se ven profundamente afectadas por la aparición de enfermedades genéticas hereditarias, muchas de ellas de carácter grave e incluso con riesgo de muerte. En estos casos, los tratamientos suelen ser altamente complejos, y uno de los más frecuentes es el trasplante de médula ósea. Un ejemplo paradigmático se observa en la leucemia, donde dicho procedimiento puede constituir la única alternativa real de recuperación.

Sin embargo, la posibilidad de encontrar un donante compatible con el paciente representa uno de los mayores retos médicos y emocionales, aun cuando se recurre a miembros de la propia familia.

Ante esta situación compleja, la ciencia ofrece la posibilidad de generar "bebés medicamento". Este término se refiere a niños concebidos con la intención específica de ser genéticamente compatibles con un familiar que sufre una enfermedad genética grave o potencialmente mortal.

El propósito principal de concebir un "bebé medicamento" es utilizar su material genético para realizar procedimientos médicos, como trasplantes de médula ósea, con el objetivo de tratar o curar al afectado por la condición genética.

¿Cómo se generan los bebés medicamento?

Dentro de las técnicas fundamentales en la producción de los "bebés medicamento", destacan la fecundación in vitro (FIV) y el diagnóstico genético preimplantacional (DGP). Estas son dos tecnologías que, al combinarse, posibilitan la selección genética de embriones con el propósito de concebir descendientes que sean genéticamente compatibles con quienes sufren enfermedades genéticas hereditarias.

1.2. Técnicas de reproducción humana asistida aplicables a los bebés medicamento

1.2.1. Fecundación in vitro y diagnóstico genético preimplantacional

La FIV como técnica, requiere de una serie de etapas que se aplican a continuación:

Estimulación ovárica y recolección de óvulos:

a. La estimulación ovárica es el primer paso del proceso de FIV. La mujer recibe medicamentos hormonales para estimular la producción de múltiples óvulos en sus ovarios. Esto aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento.

- b. Durante aproximadamente dos semanas, la mujer se somete a controles regulares de ultrasonido y análisis de sangre para monitorear la respuesta ovárica y ajustar la dosis de medicación según sea necesario.
- c. Una vez que los folículos ováricos alcanzan un tamaño adecuado, se administra una inyección de HCG (gonadotropina coriónica humana) para inducir la maduración final de los óvulos.
- d. La recolección de óvulos se realiza aproximadamente 36 horas después de la inyección de HCG, mediante un procedimiento quirúrgico llamado aspiración folicular bajo sedación¹.

Fertilización in vitro:

- e. Después de la recolección de óvulos, estos se colocan en una placa de cultivo junto con los espermatozoides del donante o de la pareja en el laboratorio. La fertilización puede ocurrir mediante fecundación convencional (colocación de espermatozoides junto a los óvulos) o mediante inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), donde un espermatozoide se inyecta directamente en el óvulo.
- f. Los óvulos fertilizados se incuban en el laboratorio y se monitorean durante varios días².

Desarrollo embrionario:

- g. Los embriones se desarrollan en el laboratorio durante aproximadamente 5 a 7 días hasta alcanzar el estado de blastocisto, que es una etapa avanzada del desarrollo embrionario caracterizada por la formación de una cavidad llena de líquido y la diferenciación de las células en diferentes capas.

Biopsia embrionaria:

- h. En la etapa de blastocisto, se realiza la biopsia embrionaria, donde se extraen una o varias células del embrión para su análisis genético.
- i. La biopsia puede realizarse mediante la extracción de células del trofoectodermo (el futuro tejido de la placenta) sin dañar la masa celular interna (el futuro feto). Esta técnica minimiza el riesgo de daño al embrión.

¹ Santos, M. J. (2015). *Biopsia de embriones humanos antes de su implantación (Proyecto VRI-Pastoral N.º 4467/DPCC2015)* [Informe de investigación, universidad no especificada].

² Ventura-Juncá, P., & Santos, M. J. (2011). The beginning of life of a new human being from the scientific perspective and its bioethical implications. *Biological Research*, 44(2), 201–207.

Análisis genético:

- j. Las células biopsiadas se someten a análisis genéticos para detectar anomalías cromosómicas o genéticas específicas, como la aneuploidía o mutaciones genéticas hereditarias.
- k. Los métodos comunes de análisis incluyen la técnica de hibridación in situ fluorescente (FISH), la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y el análisis de microarrays de alta resolución.

Selección de embriones sanos:

- l. Una vez completado el análisis genético, se seleccionan los embriones sanos para la transferencia al útero de la mujer. Se priorizan aquellos que no presentan anomalías genéticas detectables.

Transferencia embrionaria:

- m. Los embriones seleccionados se transfieren al útero de la mujer en un procedimiento similar a una inseminación artificial. Este paso se realiza con la esperanza de lograr un embarazo saludable.

Criopreservación:

- n. Los embriones adicionales, si los hay, se pueden criopreservar para uso futuro. Esto implica almacenar los embriones a muy bajas temperaturas en nitrógeno líquido para mantener su viabilidad.
- o. Cada una de estas etapas es crítica para el éxito del diagnóstico genético preimplantacional y la posterior FIV³.

En el caso concreto de los bebés medicamento, la clave radica en la capacidad del DGP para discernir con precisión entre los embriones portadores de la mutación genética y aquellos que no la poseen. Además, se evalúa la compatibilidad genética con el hermano afectado, asegurando que el embrión seleccionado no solo esté libre de la mutación genética específica, sino que también sea un donante genéticamente compatible.

No obstante, para llevar a cabo este proceso, es necesario producir una gran cantidad de embriones mediante el procedimiento de fecundación in vitro y una vez encontrado el embrión

³Santos, M. J. (2006). Manipulación genética de seres humanos. *Ars Médica*, 13(1), 91–102.
<https://doi.org/10.11565/arsmed.v13i1.466>

que cumple con la mayoría de las características deseables, se procede a su inserción en el útero de la mujer.

1.3. Consecuencias del DGP

Como se ha mencionado, el DGP permite la selección de embriones libres de anomalías genéticas antes de su implantación en el útero materno. Esta técnica empleada en contextos donde existe riesgo de transmitir enfermedades hereditarias graves, no está exenta en absoluto de cuestionamientos éticos y jurídicos. Los bebés medicamento son ejemplo de ello. En estos casos, los embriones son seleccionados no solo por su salud, sino por su potencial compatibilidad genética con un hermano enfermo, lo cual plantea serios dilemas que requieren una reflexión profunda desde la perspectiva de la dignidad humana y el respeto a la vida desde su concepción.

1.3.1. Embriones con anomalías genéticas

Una de las principales preocupaciones éticas del DGP, cuando se utiliza para la creación de bebés medicamento, es el futuro de los embriones diagnosticados con enfermedades genéticas graves. Son descartados o destinados a investigaciones médicas, lo que suscita serios cuestionamientos sobre el valor intrínseco de la vida humana en sus primeras etapas. Las decisiones que se toman respecto a dichos embriones confrontan directamente principios fundamentales como la dignidad y el respeto por toda vida, independientemente del estado de salud o utilidad terapéutica.

1.3.2. Embriones sanos no compatibles

Otro cuestionamiento ético del DGP en la creación de bebés medicamento se relaciona con los embriones sanos que no son compatibles con el receptor del tratamiento médico. Aunque estos embriones no presentan anomalías genéticas, son descartados por no cumplir con el criterio de compatibilidad. En otros casos, se conservan criopreservados de manera indefinida, sin que exista un destino claro o éticamente aceptable. Esta práctica pone en cuestión el respeto por la vida humana desde su concepción, al reducir al embrión a una condición de “utilidad”, subordinando su valor intrínseco a su potencial terapéutico.

1.3.3. Embriones sanos compatibles

Entre los embriones obtenidos mediante el DGP, algunos pueden ser sanos y compatibles con el hermano enfermo. En estos casos, suele seleccionarse uno solo para la implantación, mientras que los demás, aunque también podrían ser compatibles, son criopreservados o descartados, dependiendo de la normativa del país y la decisión de los

progenitores. Esta decisión selectiva, incluso entre embriones viables y genéticamente adecuados, plantea un grave cuestionamiento ético: ¿puede justificarse moralmente la vida de uno solo, mientras se posterga o elimina la posibilidad de vida de los demás, únicamente por razones utilitarias?

1.4. Instrumentalización de vidas compatibles

El inicio de la vida humana tiene lugar en el momento de la fecundación. Esto significa que el embrión humano, formado por la unión de un óvulo y un espermatozoide, es una entidad con dignidad y derechos desde el mismo instante en que se fusionan sus materiales genéticos. El embrión posee un potencial completo y único para desarrollarse como un ser humano plenamente formado, y, por lo tanto, debe ser protegido y respetado como tal desde su concepción.

Por lo tanto, solo se deben autorizar procedimientos médicos que tengan como objetivo principal el cuidado y la preservación de la vida y la integridad del embrión. Esto implica que las acciones médicas deben dirigirse hacia la curación o la protección de éste. Siendo así, las prácticas médicas deben estar al servicio de la persona y no deben tener la autoridad para tomar decisiones o disponer sobre la vida humana.

Evidentemente, crear un ser humano mediante técnicas artificiales, y además seleccionarlo a través del diagnóstico genético preimplantacional, supone reducir su existencia a una finalidad previamente determinada: ser compatible con un hermano enfermo. En este contexto, el embrión es elegido por sus características genéticas específicas y termina siendo tratado como un instrumento útil para alcanzar un fin terapéutico, lo que vulnera su dignidad intrínseca. Esta práctica no responde al deseo genuino de tener un hijo por sí mismo, sino a una necesidad médica impuesta, lo cual plantea cuestionamientos éticos de gran envergadura.

En este punto, resulta pertinente introducir el análisis del concepto de autonomía, no como una justificación absoluta de cualquier acción, sino como una noción que debe ser comprendida dentro de límites éticos y jurídicos que protejan toda vida humana desde su concepción.

1.4.1. La autonomía

Para referir a la autonomía, es preciso conocer su definición etimológica. La palabra autonomía está compuesta por dos vocablos de raíz griega; por un lado, AUTOS, que significa

“por sí mismo” y NOMOS significa “ley”, entendiéndose su significado dentro del ámbito del estado, ya que estos se auto gobiernan⁴.

La autonomía, entendida en su acepción filosófica, implica la capacidad de una persona para gobernarse por sí misma, actuando conforme a principios racionales propios y no por imposición externa. Según Kant, esta capacidad moral de autodeterminación es lo que otorga al ser humano su dignidad, al ser considerado un fin en sí mismo y no un medio para satisfacer fines ajenos.

Sin embargo, en el caso de los llamados “bebés medicamento”, no es el nuevo ser humano quien decide nacer ni con qué fin, sino que es concebido con el propósito específico de curar a otro. En consecuencia, su vida queda instrumentalizada desde el inicio, negándole toda posibilidad futura de autodeterminación. Si bien un embrión aún no ejerce autonomía en términos prácticos, la dignidad que posee por ser persona en sus primeras etapas de desarrollo exige que no sea reducido a un recurso terapéutico para otros.

En este contexto, resulta éticamente inadmisibles que los progenitores invoquen su propia autonomía para tomar decisiones que afectan la existencia y destino de otro ser humano, cuyo valor intrínseco debería ser igualmente reconocido y respetado desde el momento de su concepción.

1.4.2. El ser humano como fin en sí mismo según Kant

En la filosofía moderna, Immanuel Kant ocupa un lugar central al introducir con precisión el concepto del ser humano como fin en sí mismo. Su planteamiento, contenido en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (1785), constituye uno de los aportes más influyentes a la ética y al derecho, pues establece la base racional de la dignidad humana. A diferencia de otras corrientes, Kant no define al ser humano por criterios empíricos, sino por su racionalidad y autonomía, lo que le otorga un valor absoluto que no admite equivalentes⁵.

En este marco, Kant denomina *persona* a todo ser que, por su naturaleza racional, es capaz de darse a sí mismo la ley moral. Esta capacidad de autonomía distingue a la persona de las cosas: mientras estas poseen un valor relativo y pueden ser usadas como medios, la persona

⁴Patiño Gonzales, I., & Cuauhtémoc Mayorga, M. (2016). *Autonomía: De su concepción a su concreción en ética biomédica*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras.

⁵Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (L. E. Chávez, Trad., 4.ª ed.). Editorial Porrúa. (Obra original publicada en 1785).

posee dignidad, entendida como aquello que está “por encima de todo precio”⁶. Así, la persona no puede ser instrumentalizada ni subordinada a fines ajenos, sino que debe ser siempre tratada como un fin en sí misma.

Desde esta base, Kant formula el imperativo categórico. La primera formulación ordena obrar únicamente conforme a máximas que puedan convertirse en leyes universales⁷. Esta exigencia de universalización supone que nuestras acciones deben poder ser imitadas por todos sin contradicción. Aplicado al caso de los llamados “bebés medicamento”, la decisión de concebir un hijo con la finalidad de salvar a otro no resiste dicha prueba: universalizar tal conducta significaría normalizar que la vida humana pueda planificarse bajo criterios de utilidad, lo que contradice la dignidad de la persona.

La segunda formulación del imperativo categórico ordena: “obra de tal modo que uses a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre al mismo tiempo como un fin y nunca simplemente como un medio”⁸. Este mandato prohíbe reducir a la persona a un instrumento. En el caso de los embriones seleccionados para ser “bebés medicamento”, se evidencia la instrumentalización: aquellos no compatibles son descartados y los concebidos bajo este fin son tratados como medios terapéuticos, lo que vulnera de forma directa la dignidad humana que Kant reconoce como incondicional.

En consecuencia, la filosofía kantiana permite afirmar que la práctica de concebir “bebés medicamento” resulta contraria a la noción de dignidad y a la exigencia de respetar al ser humano como fin en sí mismo. Desde la perspectiva jurídica, esta conclusión coincide con el mandato constitucional de proteger la vida desde su inicio y con la prohibición de cosificar a la persona en cualquier etapa de su existencia.

1.4.3. Engelhardt y la autonomía

Tras el análisis kantiano, que coloca a la dignidad humana como valor absoluto y a la persona como fin en sí misma, resulta necesario examinar la propuesta de Tristram Engelhardt, uno de los principales referentes de la bioética contemporánea. Engelhardt introduce un enfoque distinto, de carácter secular y contractual, que busca responder al problema de la convivencia en sociedades plurales donde no existe un consenso moral único. Para ello formula el principio

⁶ Kant, I. (1996), p. 103.

⁷ Kant, I. (1996), p. 91.

⁸ Kant, I. (1996), p. 96.

de permiso, que se convierte en la base mínima de moralidad aceptable entre individuos que sostienen convicciones diversas⁹.

El principio de permiso sugerido por Engelhardt, parte de una idea sencilla: una acción sólo puede considerarse legítima si cuenta con el consentimiento de la persona afectada. Engelhardt sostiene que, en ausencia de un consenso sobre valores morales objetivos, el consentimiento se erige como el criterio que permite a los individuos coexistir sin imponerse unos a otros. Así, el consentimiento se transforma en el punto de partida de la ética, desplazando cualquier apelación a verdades universales. Este principio implica que, si alguien autoriza una acción, esa autorización basta para conferir validez moral, incluso si desde otras perspectivas dicha acción pudiera considerarse inadecuada¹⁰.

En este marco, Engelhardt propone el concepto de “extraños morales”, con el que se refiere a los sujetos que, dentro de una sociedad plural, sostienen normas, convicciones y sistemas éticos diferentes. La dificultad surge porque, al no existir un contenido moral común, no es posible apelar a un fundamento universal de validez compartido. El Principio de Permiso busca precisamente superar esa dificultad: en lugar de recurrir a un acuerdo sobre lo que es bueno o malo, basta con el consentimiento recíproco para legitimar las interacciones entre estos “extraños morales¹¹”.

Este planteamiento conduce a una noción particular de persona. Engelhardt define como persona en sentido estricto al agente moral capaz de otorgar consentimiento y asumir responsabilidades. Quienes carecen de esa capacidad, como los embriones, los niños pequeños o personas con graves deterioros cognitivos, no son considerados personas en este sentido estricto, aunque sí sean seres humanos. En otras palabras, para Engelhardt la condición de persona no deriva de la naturaleza humana en sí, sino de la aptitud para ejercer autonomía actual¹².

Aplicado al caso de los llamados “bebés medicamento”, el principio de permiso lleva a una conclusión significativa: dado que los embriones no tienen la capacidad de consentir, no son reconocidos como personas en sentido estricto. Por ello, son los progenitores quienes asumen la facultad de decidir sobre su selección, uso o descarte. Bajo esta lógica, el valor del

⁹ Engelhardt, H. T. (1995). *The foundations of bioethics* (2.^a ed.). Oxford University Press.

¹⁰ Engelhardt, H. T. (1995), pp. 6–12.

¹¹ Engelhardt, H. T. (1995), pp. 150–155.

¹² Engelhardt, H. T. (1995), pp. 138–140.

embrión queda subordinado a la voluntad de terceros, lo que evidencia los límites de un concepto de persona basado únicamente en la capacidad funcional de autonomía¹³.

1.4.4. Noción de persona en Engelhardt

Engelhardt desarrolla una noción particular de persona que se aparta de la tradición que reconoce la dignidad de todo ser humano desde su concepción. Para este autor, “persona” es aquel individuo que posee la capacidad de otorgar consentimiento y de actuar como agente moral. En consecuencia, los seres humanos que no cuentan con dicha capacidad, como los embriones o los niños pequeños, no serían personas en sentido estricto, puesto que carecen de autonomía efectiva¹⁴.

Para sostener esta tesis, Engelhardt establece una separación entre *ser humano* y *persona*. Afirma que persona es un ser humano, pero no todo ser humano llega a ser una persona. Retoma a Kant para señalar que la persona es un fin en sí mismo y no un medio, pero interpreta esta idea de manera restrictiva: considera que solo quienes pueden razonar y ser conscientes de sí mismos alcanzan la condición de persona. Bajo este criterio, lo relevante no es cuándo inicia la vida humana, sino en qué momento el ser humano adquiere conciencia moral, pues solo entonces se le reconoce como persona¹⁵.

A partir de esta base, Engelhardt distingue dos categorías: la persona en sentido estricto y la persona en sentido social. La primera se refiere al individuo que, por su racionalidad y autonomía, es titular de derechos y deberes morales. La segunda comprende a aquellos seres humanos que todavía no han desarrollado tales capacidades, o que las han perdido por enfermedad o accidente. Estas “personas en sentido social” carecen de un estatuto moral independiente y dependen de las decisiones que adopten las personas en sentido estricto¹⁶.

Tal planteamiento tiene consecuencias profundas. Según Engelhardt, el valor de los embriones, fetos o niños pequeños no es intrínseco, sino relativo, en función del significado que representen para quienes sí pueden consentir. De este modo, la vida humana queda reducida a una categoría subordinada, lo que equivale a equiparar a ciertos seres humanos con simples objetos.

¹³ Engelhardt, H. T. (1995), pp. 135–140.

¹⁴ Engelhardt, H. T. (1995). *The foundations of bioethics* (2.ª ed.). Oxford University Press.

¹⁵ Engelhardt, H. T. (1995), pp. 142–145.

¹⁶ Engelhardt, H. T. (1995), pp. 141–145.

En el caso de los “bebés medicamento”, Engelhardt concluiría que los embriones concebidos con fines terapéuticos no son personas en sentido estricto, sino únicamente en sentido social. De allí que su destino quedaría bajo el control de los padres, quienes sí son considerados agentes morales¹⁷. No obstante, esta tesis sostiene lo contrario: los embriones son personas desde el inicio de su existencia, por lo que poseen una dignidad intrínseca que no depende de su desarrollo ni de su capacidad de consentir. Reconocerlos solo como “personas sociales” y usarlos como medios para un fin constituye una negación de su condición de fines en sí mismos.



¹⁷ Engelhardt, H. T. (1995), pp. 146–150.

Capítulo II.

La concepción de la persona humana

2.1. Dignidad de la persona humana

La palabra “dignidad” proviene del latín *dignitas*, que a su vez deriva de *dignus*, término que significa “que merece”. En griego, la palabra equivalente se traduce como “valioso” o “apreciado”¹⁸.

Pero ¿qué es la dignidad? La dignidad es una condición inherente al ser humano y constituye la base de los derechos fundamentales. No es un atributo añadido ni un reconocimiento externo que se adquiere al cumplir determinados requisitos, sino un valor intrínseco e inseparable de la naturaleza humana.

La dignidad significa, entonces, que todo ser humano, independientemente de sus características o capacidades, debe ser respetado por el simple hecho de existir. Esto implica que cada persona debe ser cuidada, valorada y protegida en todo momento, sin que dicha condición se vea afectada por la enfermedad, la discapacidad o la falta de conciencia de su propio valor. Por ello, la dignidad se reconoce de igual manera en los niños, en las personas con discapacidad mental, en quienes se encuentran en estado vegetativo y, en general, en todos los seres humanos.

Decir que una persona es digna equivale a afirmar que es sujeto de derechos y, por tanto, debe ser tratada siempre como tal. La dignidad humana excluye toda posibilidad de reducir al ser humano a la categoría de cosa u objeto, como se haría con una casa o una pelota, pues su valor no depende de su utilidad, sino de su condición intrínseca de persona. En otras palabras, la persona constituye un fin en sí misma y nunca un medio para alcanzar otros fines. Esta concepción se sustenta en la filosofía moral de Immanuel Kant, quien sostiene que la dignidad implica reconocer en cada ser humano un valor absoluto que impone el deber de tratarlo siempre como fin y jamás como instrumento. En consecuencia, la ciencia, la tecnología y la política deben orientarse al servicio de la persona humana, subordinándose al respeto por su dignidad y no utilizándola como medio para otros propósitos.

No obstante, en los últimos años se ha evidenciado que, en muchos casos, es la persona la que parece estar al servicio de la tecnología. En este contexto, la dignidad humana se ve amenazada.

¹⁸ Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). <https://dle.rae.es/dignidad>

Los bebés medicamento son un ejemplo claro de ello: seres humanos creados mediante procedimientos tecnológicos con el objetivo de curar a otra persona enferma. Quienes defienden esta práctica argumentan que no se trata de personas, sino de simples conglomerados de células que pueden ser desechadas si no cumplen el propósito para el cual fueron concebidas.

Este razonamiento pone de manifiesto la necesidad de reafirmar que la dignidad humana es un concepto esencial e inalienable, que no puede ser reducido ni despojado de su significado intrínseco.

2.1.1. Noción antropológica de la vida y el ser humano

La comprensión de la vida humana exige partir de una noción fundamental: ¿qué significa estudiar al ser humano como realidad biológica, cultural y moral? La antropología ofrece la respuesta más completa a esta pregunta, pues, según la Real Academia Española, es el “estudio de la realidad humana” y la ciencia que analiza los aspectos biológicos, sociales y culturales del ser humano¹⁹. Esta disciplina debe su nombre al latín *anthropologia*, “estudio del hombre”, derivado a su vez del griego ἀνθρωπολόγος (*anthrōpológos*), que designaba a quien reflexiona o habla sobre el ser humano²⁰. Desde este punto de partida, la antropología no se limita a describir estructuras físicas o patrones culturales, sino que intenta comprender la totalidad del ser humano y aquello que lo hace único entre los vivientes.

A lo largo del tiempo, la antropología filosófica ha desarrollado una perspectiva profunda en torno a la dignidad humana, señalando que la esencia del ser humano no se agota en su dimensión biológica, sino que implica una racionalidad interior, una vida moral y una apertura relacional que lo convierten en un sujeto irrepetible²¹. Esta visión sostiene que la dignidad no es un atributo que se adquiere con el desarrollo de facultades cognitivas, sino una característica intrínseca derivada de la estructura ontológica de la persona. La antropología, por tanto, proporciona el marco para comprender por qué la vida humana, aun en sus etapas más tempranas, exige ser respetada en su totalidad.

El siglo XX introdujo un giro decisivo con los avances de la biología moderna. En 1944, Erwin Schrödinger propuso que lo característico de los seres vivos es su capacidad para mantener un orden interno y transmitirlo a través de lo que él denominó un “código” físico de organización²². Su planteamiento sugería que la vida no podía entenderse solo como materia

¹⁹ Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). RAE.

²⁰ *Ibidem*

²¹ Polo, L. (1991). *Antropología trascendental* (Vols. I-II). EUNSA.

²² Schrödinger, E. (1992). *¿Qué es la vida?* Tusquets. (Obra original publicada en 1944).

animada, sino como un sistema complejo que conserva información y la utiliza para perpetuarse. Esta idea encontró su confirmación nueve años después, cuando Watson y Crick describieron la estructura de doble hélice del ADN en 1953, demostrando que dicho ácido nucleico es el soporte material de la información genética que hace posible la existencia, diferenciación y continuidad de cada organismo²³. Con ello se hizo evidente que cada ser humano posee un código genético propio desde su origen, lo que marca el inicio de su identidad biológica.

A partir de estos descubrimientos, la embriología moderna desarrolló descripciones cada vez más precisas sobre el comienzo de la vida humana. Hoy se reconoce científicamente que esta inicia con la fecundación, momento en el cual el ovocito y el espermatozoide se fusionan para formar un cigoto con un genoma humano único, completo e irrepetible²⁴. Este cigoto no es una célula indiferenciada, sino una célula totipotente capaz de originar todos los tejidos y estructuras del organismo humano²⁵. Desde ese instante comienza un proceso continuo, gradual y autónomo en el que el nuevo ser dirige internamente su desarrollo sin intervenciones externas que determinen su esencia. La biología, en consecuencia, describe la vida humana como un continuum que no experimenta cambios de especie ni saltos ontológicos: el embrión, el feto, el recién nacido, el niño y el adulto son etapas sucesivas del mismo individuo²⁶.

Esta continuidad biológica tiene consecuencias directas en el plano antropológico. Si desde el inicio existe un organismo humano con unidad interna y un desarrollo orientado, no resulta coherente describirlo como un simple conglomerado celular carente de identidad. La filosofía permite precisar este punto desde una perspectiva conceptual. Boecio definió a la persona como “sustancia individual de naturaleza racional”²⁷, una definición que no vincula la condición personal al ejercicio efectivo de la racionalidad, sino a la naturaleza del individuo. En este sentido, la racionalidad no es una capacidad que deba estar operativa para que exista persona, sino una propiedad constitutiva del ser humano. Por ello, el embrión, aun cuando no manifieste funciones mentales, no queda excluido de la condición personal por el solo hecho de encontrarse en una etapa inicial de desarrollo.

²³ 4 Watson, J. D., & Crick, F. H. C. (1953). Molecular structure of nucleic acids: A structure for deoxyribose nucleic acid. *Nature*, 171(4356), 737–738. <https://doi.org/10.1038/171737a0>

²⁴ Moore, K. L., & Persaud, T. V. N. (2019). *Embriología clínica* (10.ª ed.). Elsevier.

²⁵ *Ibidem*

²⁶ Carlson, B. M. (2014). *Embriología humana y biología del desarrollo* (5.ª ed.). Elsevier.

²⁷ Boecio. (2001). *Tratado sobre la persona y las dos naturalezas contra Eutiques y Nestorio* (Trad. esp.). Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. (Obra original publicada ca. siglo VI).

Esta comprensión ha sido retomada y desarrollada por la filosofía contemporánea. Xavier Zubiri distinguió entre *personalidad*, entendida como la dimensión esencial del individuo humano presente desde el primer instante de su existencia, y *personalidad*, que se despliega progresivamente a lo largo de la vida mediante actos, decisiones y relaciones²⁸. Robert Spaemann retoma esta distinción para subrayar que la persona no “aparece” en un momento posterior del desarrollo, sino que constituye la unidad que atraviesa todas las etapas de la vida humana²⁹. Lo que cambia con el tiempo no es el ser personal, sino la forma en que este se manifiesta.

Los avances científicos recientes refuerzan esta lectura antropológica. En 2002, Helen Pearson informó en *Nature* que investigaciones embriológicas realizadas en el Instituto Wellcome/Cancer Research del Reino Unido demostraron que la primera división del embrión humano deja patrones de memoria molecular que influyen en su desarrollo posterior³⁰. Este hallazgo pone de manifiesto que, desde su estadio unicelular, el embrión presenta una organización interna coherente con la identidad de un organismo humano en desarrollo, descartando la idea de un inicio biológico carente de unidad o dirección.

En conjunto, estos aportes permiten afirmar que la vida humana constituye un proceso unitario y continuo que se inicia con la fecundación y se extiende a lo largo de toda la existencia. Lo que varía con el tiempo no es la identidad del individuo, sino la forma en que esta se expresa. Este fundamento antropológico y biológico resulta esencial para comprender por qué la dignidad del ser humano no depende de la etapa de desarrollo ni del grado de capacidades que haya alcanzado.

2.1.2. Defensa de la persona humana desde el inicio de la vida

La defensa de la persona humana desde el inicio de la vida exige comprender, ante todo, la naturaleza del ser humano en su etapa embrionaria. Lejos de tratarse de una cuestión meramente científica, el debate involucra dimensiones filosóficas, antropológicas y jurídicas que se entrelazan para responder una pregunta fundamental: ¿qué es lo que hace que un ser humano sea persona y, por tanto, titular de dignidad? A lo largo de la historia, distintas concepciones han intentado responder esta pregunta, algunas de las cuales han conducido a interpretaciones reduccionistas que separan la condición biológica del ser humano de su estatuto personal. Sin embargo, la tradición filosófica occidental ofrece bases sólidas para sostener que

²⁸ Zubiri, X. (1986). *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza Editorial.

²⁹ Spaemann, R. (2000). *Personas: Acerca de la distinción entre “algo” y “alguien”*. Pamplona: EUNSA.

³⁰ Pearson, H. (2002). Your destiny, from day one. *Nature*, 418(6893), 14–15. <https://doi.org/10.1038/418014a>

la persona existe desde el primer instante de su desarrollo biológico, argumento que la ciencia moderna confirma y que sirve de fundamento para la protección jurídica de la vida en todas sus etapas.

Una de las raíces de estas posiciones se encuentra en el dualismo moderno, particularmente en la distinción cartesiana entre lo material y lo racional. René Descartes identificó la esencia de la persona con la capacidad de pensar, lo que llevó a algunos autores posteriores a sostener que solo quien ejerce racionalidad de modo operativo puede ser considerado persona³¹. Este enfoque ha influido en corrientes utilitaristas contemporáneas, como la representada por Peter Singer, para quien el valor moral de un embrión no sería superior al de un animal con un nivel equivalente de conciencia. Frente a estas posiciones, la tradición filosófica clásica ofrece un fundamento más consistente para comprender la identidad personal desde la concepción³².

Reconocer esta identidad ontológica del embrión tiene consecuencias bioéticas inmediatas. Si todo ser humano es persona, entonces es titular de dignidad y no puede ser reducido a objeto de experimentación, selección o descarte. La negación de la personalidad del embrión abre la puerta a prácticas que lo instrumentalizan: selección genética para cumplir fines externos, criopreservación indefinida, investigación destructiva y creación de hijos concebidos para servir como recurso terapéutico.

En este contexto, resulta ilustrativo el conocido caso del niño Javier, ocurrido en España en 2008. Javier fue concebido mediante diagnóstico genético preimplantatorio y tipificación HLA para ser compatible con su hermano Andrés, quien padecía una enfermedad hematológica. Para lograr esta compatibilidad, se crearon múltiples embriones y solo se implantó aquel que cumplía los criterios genéticos necesarios; los demás fueron descartados. Aunque el procedimiento permitió salvar la vida de Andrés, el caso reveló un dilema profundo: la vida humana considerada como medio terapéutico, y no como fin en sí misma. Desde la perspectiva personalista, y desde cualquier concepción jurídica que reconoce la dignidad como atributo inherente al ser humano, esta instrumentalización resulta inadmisibles. La dignidad del embrión no depende de su utilidad, de su viabilidad o de su estado funcional, sino de su ser: de su pertenencia a la especie humana³³.

³¹ Descartes, R. (1996). *Meditaciones metafísicas*. Alianza Editorial.

³² Singer, P. (2011). *Practical ethics* (3rd ed.). Cambridge University Press.

³³ Devolder, K. (2005). Preimplantation HLA typing: Having children to save our loved ones. *Journal of Medical Ethics*, 31(10), 582–586. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.012039>

El reconocimiento del embrión como persona humana permite establecer un criterio claro de protección jurídica. Si la dignidad es inherente a todo ser humano, entonces toda acción que lo reduzca a objeto constituye una violación a ese principio. La defensa de la persona desde el inicio de la vida no es solo un imperativo ético o religioso, sino una conclusión racional derivada de la antropología, la biología y la filosofía del derecho. Proteger la vida embrionaria no implica imponer una visión particular, sino asegurar la coherencia del sistema jurídico, que reconoce la dignidad como fundamento de todos los derechos fundamentales.

2.1.3. Cosificación de los embriones a través de su obtención y pérdida

La cosificación de los embriones refiere al tratamiento de éstos como objetos o medios para alcanzar ciertos fines, en lugar de considerarlos como seres con valor intrínseco. La obtención y pérdida de embriones en la reproducción asistida, especialmente en técnicas como la fecundación in vitro (FIV) y la creación de "bebés medicamento", ejemplifican esta problemática.

2.2. Obtención de embriones: Instrumentalización

En la fecundación in vitro, se crean múltiples embriones humanos en un laboratorio con el objetivo de seleccionar los más viables para la implantación en el útero. Este proceso implica una visión utilitarista de la vida, donde los embriones son producidos, evaluados y seleccionados en función de su calidad biológica y su potencial para desarrollar un embarazo exitoso. Esta selección instrumentaliza a los embriones, tratándolos como meros medios para alcanzar el fin deseado: un embarazo exitoso.

En la creación de "bebés medicamento", esta instrumentalización se lleva a un nivel aún más preocupante. Aquí, los embriones son concebidos con un propósito terapéutico específico: proporcionar células madre o tejidos compatibles para tratar a un hermano enfermo. Este enfoque reduce al embrión a una fuente de recursos biológicos, ignorando su dignidad y valor intrínseco como ser humano. La vida del embrión es valorada no por su propio derecho a existir, sino por su utilidad para otro individuo.

La instrumentalización de embriones viola la dignidad humana, un principio fundamental en bioética. Hans Jonas argumenta que utilizar a un ser humano como medio para un fin, incluso con intenciones benévolas, es éticamente inaceptable. La creación de embriones para seleccionar los "mejores" o los que cumplen con ciertos criterios genéticos específicos

perpetúa una visión utilitarista de la vida humana, donde el valor de un ser humano se mide por su funcionalidad y no por su mera existencia³⁴.

2.3. Embriones descartados: una negación de la dignidad humana

La pérdida de embriones es una consecuencia inherente a las técnicas de reproducción asistida. Los embriones que no se utilizan para la implantación son descartados o utilizados para investigación. Esta práctica plantea una cuestión ética fundamental: ¿es moralmente aceptable tratar a los embriones como desechos biológicos?

Cada embrión humano posee un valor intrínseco por el hecho mismo de ser un ser humano desde la concepción. El descarte de embriones constituye un claro ejemplo de cosificación, en el que se les reduce a simples objetos cuando no cumplen con los criterios técnicos establecidos. Esta visión de corte utilitarista contrasta con concepciones filosóficas que reconocen la dignidad del ser humano por lo que es y no por la función que pueda desempeñar.

En este sentido, Alasdair MacIntyre, en *After Virtue* (2007), advierte que las acciones humanas deben evaluarse no por sus resultados inmediatos, sino por su coherencia con las virtudes que orientan la vida hacia el bien humano integral. Como él mismo señala: “*No podemos identificar los bienes de la vida humana sino en función de las virtudes; y no podemos definir las virtudes sino en función de los bienes de la vida humana*” (MacIntyre, 2007, p. 222)³⁵. Aplicado al caso, los embriones no pueden ser instrumentalizados ni descartados sin vulnerar principios éticos fundamentales, pues su valor no depende de la utilidad que puedan ofrecer, sino de su condición misma de seres humanos.

Siendo así, la instrumentalización de embriones deshumaniza y reduce la vida humana a un objeto de selección y descarte. Este enfoque puede erosionar los principios éticos fundamentales de nuestra sociedad, que se basan en el respeto y la dignidad de cada individuo.

Además, la cosificación de los embriones puede desvalorizar la vida en otras etapas y contextos. Si aceptamos que los embriones pueden ser creados, seleccionados y descartados como objetos, corremos el riesgo de aplicar la misma lógica a otros aspectos de la vida humana, deshumanizando a las personas en diferentes circunstancias.

³⁴Jonas, H. (1979). *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Herder.

³⁵MacIntyre, A. (2007). *After virtue: A study in moral theory* (3.^a ed., p. 222). University of Notre Dame Press.

Finalmente, desde una perspectiva antropológica, la instrumentalización de embriones altera nuestra comprensión de la procreación y la familia. La creación de vida humana en un laboratorio, seguida de selección y descarte, desnaturaliza el proceso de procreación, transformándolo en una serie de decisiones tecnológicas y comerciales alejadas de los valores tradicionales de la familia y la comunidad.



Capítulo III.

El interés superior del niño

3.1. Definición

El concepto del interés superior del niño es un principio fundamental en el derecho internacional y nacional que busca asegurar que todas las decisiones y actuaciones que afecten a un menor se realicen teniendo en cuenta su bienestar integral. Este principio está consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989. Según el artículo 3 de la CDN, "en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"³⁶.

El interés superior del niño implica que las necesidades físicas, emocionales, sociales y educativas del menor deben ser prioritarias en cualquier decisión que le concierne. Este principio se aplica en diversos contextos, como en la adopción, la custodia, el bienestar infantil y, en el caso que nos ocupa, en el uso de los denominados "bebés medicamento".

3.2. Naturaleza y alcance del principio del interés superior del niño

La naturaleza del principio del interés superior del niño se configura como un criterio rector y de carácter transversal dentro del derecho de la niñez. No se trata de un derecho autónomo ni aislado, sino de un principio interpretativo y aplicativo que orienta la creación, ejecución e interpretación de todas las normas y políticas que afecten a los menores. En este sentido, constituye un parámetro de valoración que guía la actuación de jueces, legisladores, autoridades administrativas y particulares en todas las decisiones que involucren a un niño, tanto en el ámbito internacional como en los ordenamientos internos³⁷.

Aplicado al caso de los denominados "bebés medicamento", este principio exige que las decisiones relacionadas con su concepción y utilización no se reduzcan a una visión meramente utilitarista, orientada exclusivamente a salvar la vida de un hermano enfermo. Por el contrario, demanda que el nuevo niño concebido sea reconocido como sujeto de derechos plenos, con una dignidad propia e independiente de la finalidad terapéutica que motivó su existencia. De lo contrario, se corre el riesgo de cosificarlo, tratándolo como un medio para un

³⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

³⁷ Ibidem

fin, lo que resulta contrario tanto a su dignidad como a la esencia del principio del interés superior del niño.

En cuanto a su alcance, el interés superior del niño es un concepto multidimensional que se fundamenta en varios derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, tales como el derecho a la vida y a que los Estados adopten medidas para favorecer su supervivencia y desarrollo, así como el derecho a ser oído y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta en todos los asuntos que le afecten, de acuerdo con los artículos 6 y 12 de la CDN³⁸. Autores como Hodgkin y Newell destacan la necesidad de un enfoque holístico en la implementación de este principio, considerando la totalidad de los aspectos que conforman el desarrollo del niño, incluyendo su bienestar físico, emocional, educativo y social³⁹.

Desde un punto de vista jurídico, este principio se traduce en la obligación de los Estados y de todas las entidades que interactúan con menores de asegurar que sus actuaciones estén dirigidas a promover y proteger el bienestar integral de los niños. Ello no solo implica proveer los recursos materiales necesarios para su desarrollo, sino también garantizar que los entornos en los que se desenvuelven sean seguros, afectivamente estables y propicios para su crecimiento sano y equilibrado.

El interés superior del niño se aplica en diversas áreas del derecho y las políticas públicas. En el ámbito de la adopción, exige que las decisiones sobre la colocación de un niño en una familia adoptiva se basen en su bienestar integral, evaluando factores como la estabilidad emocional y económica del hogar, la capacidad de los padres adoptivos para proporcionar cuidado y afecto, así como la compatibilidad cultural y social. En el contexto de la custodia y el bienestar infantil, este principio orienta las decisiones sobre la guarda y el régimen de visitas en casos de divorcio o separación, de modo que se prioricen las necesidades emocionales y psicológicas del menor por encima de los intereses de los adultos involucrados.

A pesar de su aceptación generalizada, la implementación del principio no está exenta de desafíos. Uno de los principales obstáculos es la inevitable cuota de subjetividad al determinar qué constituye el “interés superior” en situaciones concretas. Las diferencias culturales, sociales y económicas influyen en su interpretación y pueden conducir a respuestas diversas ante casos semejantes. No obstante, dicha diversidad no autoriza decisiones arbitrarias:

³⁸ Comité de los derechos del niño. (2013). *observación general núm. 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (art. 3, párr. 1)*. Naciones Unidas.

³⁹ Hodgkin, R., & newell, P. (2007). *Implementation handbook for the convention on the rights of the child* (3.^a ed.). unicef.

el marco normativo de la Convención y de la Observación general N° 14 establece un núcleo mínimo de protección que impide utilizar este principio como una cláusula abierta para justificar medidas que, en realidad, responden a otros intereses, familiares, institucionales o incluso estatales, ajenos al bienestar real del niño.

En suma, el principio del interés superior del niño, aplicado al caso de los “bebés medicamento”, exige que se considere a ambos menores, el concebido con fines terapéuticos y el hermano enfermo, como sujetos de derechos plenos. De esta forma, se evita que el primero quede reducido a un instrumento al servicio del segundo y se afirma que cualquier decisión médica, jurídica o familiar relativa a ambos debe fundamentarse en la dignidad humana y en la protección integral de cada uno, sin sacrificar a uno en beneficio del otro.

3.3. El uso de los bebés medicamento y el interés superior del niño

El caso de los bebés medicamento plantea un dilema complejo que combina cuestiones jurídicas, éticas y médicas en relación con el principio del interés superior del niño. Se trata de niños concebidos mediante técnicas de reproducción asistida con el propósito deliberado de salvar la vida de un hermano enfermo, por lo general a través de la compatibilidad genética para la donación de células madre de cordón umbilical o, en algunos supuestos, mediante procedimientos médicos adicionales más invasivos.

El problema central de esta práctica radica en el carácter instrumental que se atribuye al nuevo niño desde el mismo momento de su concepción. Aunque la finalidad de salvar la vida de otro hijo pueda parecer legítima y comprensible desde la perspectiva de los padres, jurídica y éticamente se plantea la pregunta crucial: ¿se está reconociendo al nuevo concebido como un fin en sí mismo, sujeto de derechos plenos y con una dignidad intrínseca, o se le está reduciendo a un medio subordinado a las necesidades de un tercero? Esta disyuntiva entre la finalidad terapéutica perseguida y el reconocimiento pleno de la dignidad del nuevo niño constituye el eje del debate.

Desde la perspectiva del interés superior del niño, no basta con alegar que la práctica persigue un supuesto “bien mayor”, como la eventual curación del hermano enfermo, si al mismo tiempo se expone al nuevo concebido a una instrumentalización de su propia existencia. Este riesgo no desaparece en el escenario en que el tratamiento resulte exitoso y, con mayor razón, se agrava si dicho objetivo terapéutico no llega a cumplirse.

En este último caso, el niño concebido con fines instrumentales continúa existiendo, pero queda marcado por el hecho de haber sido generado en función de una finalidad ajena, sin que esta haya podido alcanzarse. La justificación de su nacimiento en términos de utilidad

médica lo coloca en una situación de especial vulnerabilidad, tanto respecto de su desarrollo emocional como de la percepción de su propio valor dentro del núcleo familiar. Crecer bajo la idea de que su vida fue planificada para servir a otro, independientemente del resultado obtenido, puede generar consecuencias psicológicas profundas vinculadas a la identidad, la autoestima y el sentido de pertenencia.

Además, es necesario considerar que, más allá del simbolismo de su concepción, el “bebé medicamento” puede ser objeto de procedimientos médicos que comporten riesgos físicos reales, desde la extracción de células madre de cordón hasta eventuales donaciones posteriores de médula ósea o tejidos.

Aunque estas intervenciones puedan presentarse como clínicamente seguras, implican una afectación directa sobre la integridad corporal del menor. En ordenamientos como el peruano, la donación de órganos y componentes anatómicos por parte de menores de edad está sometida a límites estrictos, a controles reforzados de consentimiento y a la exigencia de que toda decisión responda efectivamente a su propio interés superior, lo que refuerza la necesidad de un escrutinio ético y jurídico particularmente riguroso en estos casos⁴⁰.

En este sentido, el principio del interés superior del niño exige un análisis integral que valore no solo la situación del hermano enfermo, sino también la condición del nuevo concebido como persona en desarrollo, titular de una dignidad propia y de derechos que no dependen de su funcionalidad terapéutica. Reconocer al “bebé medicamento” como sujeto de derechos implica asegurar que no quede reducido a un rol utilitario dentro de la dinámica familiar y que las decisiones tomadas en su nombre respeten su dignidad, su bienestar físico y su estabilidad emocional.

Con estas consideraciones, se abre paso al examen del interés superior del hermano enfermo, cuyo análisis, sin embargo, no puede entenderse de manera aislada, pues la tutela de un menor jamás puede implicar la vulneración de otro. Solo una mirada conjunta permite aplicar de manera coherente el principio del interés superior del niño en contextos tan delicados como el de los “bebés medicamento”, evitando que la protección de uno se convierta en la instrumentalización del otro.

⁴⁰ Perú. Congreso de la República. (2004). *ley n.º 28189, ley general de donación y trasplante de órganos y/o tejidos humanos*. diario oficial *el peruano*.

3.4. Interés superior del hermano enfermo

Desde la perspectiva del hermano enfermo, podría pensarse que el nacimiento de un “bebé medicamento” responde plenamente a su interés superior, en tanto se busca preservar su vida mediante la obtención de material biológico compatible⁴¹. Sin embargo, este planteamiento resulta equivocado y peligroso. El interés superior del niño no se reduce a la mera satisfacción de una necesidad médica inmediata, sino que exige garantizar un desarrollo integral, en un entorno familiar y social libre de presiones, instrumentalizaciones o cargas indebidas⁴². El hermano enfermo, al crecer, puede verse expuesto a una fuerte presión psicológica y emocional derivada de la conciencia de que la vida de su hermano fue planificada en función de su propia enfermedad.

Ello genera una dinámica de culpabilidad y dependencia que vulnera su derecho a un desarrollo sano y equilibrado. El peso de saberse responsable de la existencia de otro ser humano concebido para salvarlo puede afectar su identidad, su autoestima y su autonomía futura, contradiciendo la esencia misma del principio del interés superior⁴³. Además, cuando la vida del niño enfermo depende de procedimientos reiterados sobre el hermano concebido, se coloca al primero en una situación de permanente angustia y ansiedad: su bienestar queda ligado a la cosificación del otro⁴⁴.

En este contexto, lejos de proteger su interés superior, se lo desnaturaliza, pues se le hace partícipe de un esquema en el que su derecho a la salud se garantiza a costa de vulnerar la dignidad ajena⁴⁵. Por ello, el interés superior del hermano enfermo tampoco puede ser invocado para legitimar la creación de “bebés medicamento”. Una comprensión plena de este principio exige reconocer que su bienestar integral no se alcanza mediante soluciones que impliquen la instrumentalización de otro ser humano⁴⁶, sino mediante estrategias terapéuticas que respeten la dignidad de todos los involucrados y que le permitan desarrollarse sin la carga moral de haber condicionado la vida de un hermano a su propia supervivencia.

⁴¹ Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Artículo 3.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

⁴² Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación general N.º 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*, párrs. 4–6. Naciones Unidas.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9229.pdf>

⁴³ Shalev, C. (2002). *Birth power: The case for surrogacy*. Yale University Press.

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre la salud del niño y del adolescente*. Organización Mundial de la Salud.

⁴⁵ Habermas, J. (2003). *El futuro de la naturaleza humana: ¿Hacia una eugenesia liberal?* Paidós.

⁴⁶ Unesco. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>

3.5. Derechos del hermano enfermo y del bebé medicamento

Los derechos del hermano enfermo se insertan en el marco general de los derechos humanos y, en particular, bajo el principio del interés superior del niño. Entre ellos se destacan el derecho a la vida, a la salud y a recibir los tratamientos médicos necesarios para preservar su integridad física y asegurar su supervivencia⁴⁷.

Sin embargo, la protección de estos derechos no puede ejercerse a costa de la vulneración de los derechos de otro menor. En el caso de los denominados “bebés medicamento”, esta problemática se manifiesta de manera concreta: la satisfacción del derecho a la salud del hermano enfermo se intenta garantizar mediante la concepción y selección de un nuevo niño cuya existencia queda determinada por fines terapéuticos ajenos⁴⁸.

De esta forma, el derecho de uno se coloca en una posición de superioridad que anula la dignidad y autonomía del otro, lo que contradice los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos.

El Comité de los Derechos del Niño ha advertido que todos los menores deben ser protegidos frente a formas de explotación, incluidas aquellas que puedan derivarse de contextos médicos o científicos. En la práctica de los “bebés medicamento”, dicha explotación se materializa al convertir la vida y la identidad de un niño en un recurso utilitario para satisfacer una necesidad médica, generando un escenario en el que el interés superior del hermano enfermo queda desnaturalizado. En efecto, un derecho que se pretende ejercer a través de la negación de la dignidad de otro no alcanza la plena tutela exigida por el derecho internacional.

En consecuencia, los derechos del hermano enfermo, aunque legítimos e inalienables, no encuentran verdadera protección cuando se pretende garantizarlos a través de la instrumentalización de un bebé medicamento. En lugar de constituir una salvaguarda integral, esta vía introduce una contradicción jurídica y ética que compromete la coherencia del principio del interés superior del niño. La adecuada protección de ambos menores exige, por tanto, rechazar cualquier práctica que suponga la cosificación de uno en beneficio del otro,

⁴⁷ Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 6. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

⁴⁸ Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación general N.º 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*, párr.6. Naciones Unidas. <https://www.refworld.org/es/docid/51ef9b444.html>

reafirmando que la dignidad humana constituye el fundamento irreductible de todo orden jurídico⁴⁹.



⁴⁹ Unesco. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>

Capítulo IV.

Marco jurídico internacional

4.1. Naturaleza jurídica del bebé medicamento en el derecho internacional contemporáneo

4.1.1. *Fundamento conceptual y naturaleza jurídica internacional del bebé medicamento*

La figura del bebé medicamento constituye una categoría biojurídica que emerge de la convergencia entre técnicas avanzadas de reproducción asistida, particularmente el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) y la selección embrionaria por compatibilidad histocompatible (HLA matching), y decisiones parentales orientadas a buscar un beneficio médico para un tercero, generalmente un hijo previamente enfermo. Aunque el término surge en el ámbito biomédico, su configuración como problema jurídico se produce cuando el procedimiento implica someter al nuevo niño, desde el mismo instante de su nacimiento e incluso desde su concepción, a intervenciones médicas cuya finalidad no es proteger o promover su propia salud, sino la de otra persona. En consecuencia, el análisis jurídico internacional debe partir de un fundamento conceptual claro: el bebé medicamento no es únicamente un producto de la innovación tecnológica, sino una práctica que interpela los pilares del derecho internacional de los derechos humanos, especialmente cuando se refiere a menores de edad.

Desde el punto de vista técnico, la práctica comprende dos etapas inseparables: (1) la selección embrionaria mediante DGP y análisis de compatibilidad HLA, que tiene por objeto identificar un embrión genéticamente apto para ser un potencial donante, y (2) la extracción de material biológico del recién nacido, ya sea sangre del cordón umbilical, células madre hematopoyéticas o, en algunos casos, médula ósea, destinadas a tratar una enfermedad grave del hermano receptor. Ambas fases introducen una estructura jurídica compleja: la selección embrionaria plantea interrogantes de compatibilidad con los límites internacionales a la manipulación del embrión humano, mientras que la intervención médica postnatal abre un debate sobre consentimiento, integridad física y finalidad terapéutica.

El derecho internacional contemporáneo reconoce que la naturaleza jurídica de esta práctica no se agota en el ámbito biomédico, sino que se vincula estrechamente con el estatuto jurídico del menor de edad. Ello se debe a que, desde una perspectiva estrictamente jurídica, el bebé medicamento no puede ser analizado solo como una técnica de reproducción, sino como una intervención biomédica que afecta directamente a un sujeto especialmente protegido por el sistema internacional: el niño. Como ha señalado el Comité de los Derechos del Niño, todo

procedimiento médico realizado en un menor debe orientarse al beneficio directo del propio niño, y no de terceros, incluso cuando estos terceros formen parte del núcleo familiar⁵⁰. Esta premisa permite delimitar el núcleo de la controversia: la finalidad primaria de la práctica no es terapéutica respecto del sujeto intervenido, lo que la coloca fuera del marco de protección establecido por los parámetros internacionales aplicables.

La construcción conceptual del bebé medicamento en el derecho internacional exige, además, distinguirlo de otras prácticas de selección embrionaria. A diferencia del cribado genético orientado a evitar enfermedades hereditarias graves en el propio futuro hijo, la selección utilizada para la compatibilidad HLA persigue un objetivo externo al embrión seleccionado. No está destinada a mejorar su salud ni prevenir patologías propias, sino a convertirlo en un donante idóneo para un tercero. Esta diferencia resulta jurídicamente decisiva porque determina el régimen normativo aplicable: las prácticas cuyo fin es asegurar la salud del futuro nacido se enmarcan usualmente en el principio de beneficencia, mientras que aquellas orientadas a fines ajenos se enfrentan al principio de no maleficencia, la prohibición de instrumentalización y a los límites estrictos del consentimiento por representación.

Autores como Carlos María Romeo Casabona y Roberto Andorno⁵¹ han resaltado que el análisis jurídico de la figura debe centrarse en su finalidad, no en la magnitud del procedimiento. Incluso cuando la intervención médica al recién nacido parezca de bajo riesgo, como la extracción de sangre del cordón umbilical, el derecho internacional evalúa la legitimidad de la práctica no solo por el riesgo físico, sino por el propósito al que se destina. Diversos organismos internacionales han reiterado que la integridad física del niño no puede ser utilizada como medio para alcanzar un fin terapéutico respecto de un tercero⁵². Esta regla se desprende de un principio estructural del derecho internacional de los derechos humanos: la indisponibilidad del cuerpo del menor cuando la intervención no produce un beneficio directo para su bienestar.

En esta línea, la naturaleza jurídica del bebé medicamento debe comprenderse como un fenómeno que sitúa al niño en una posición de vulnerabilidad reforzada frente al sistema internacional. Desde la perspectiva del derecho internacional contemporáneo, el bebé

⁵⁰ Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación General N° 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*. Naciones Unidas.

⁵¹ Romeo Casabona, C. M. (2007). *Diagnóstico genético preimplantacional y derechos humanos*. Universidad de Deusto; Andorno, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona*. Tecnos.

⁵² Consejo de Europa. (1997). *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo)*. Consejo de Europa.

medicamento constituye una práctica que se ubica *en el límite* de lo jurídicamente permisible, pues involucra la creación de un nuevo ser humano mediante técnicas altamente especializadas con una finalidad instrumentalizada. No toda finalidad familiar o emocionalmente legítima se traduce en legitimidad jurídica internacional. La finalidad terapéutica a favor del hermano enfermo, aunque comprensible y socialmente valorada, no transforma la intervención en una acción permitida sobre el nuevo niño. La legitimidad emocional de los padres no equivale a un fundamento jurídico válido.

El fundamento conceptual del bebé medicamento en el derecho internacional, por tanto, se articula en torno a tres ejes principales:

(1) es una práctica biomédica que afecta directamente a un menor,

(2) su finalidad no es la salud del propio intervenido,

(3) y su ejecución implica riesgos físicos y jurídicos que el derecho internacional reconoce como especialmente sensibles. Estos tres elementos permiten sostener que el fenómeno no es simplemente un avance tecnológico, sino una práctica que desafía principios centrales del derecho internacional: la dignidad humana, la integridad física del menor, la prohibición de instrumentalización y el carácter limitado del consentimiento parental en el ámbito biomédico.

Como consecuencia, la naturaleza jurídica internacional del bebé medicamento no puede ser descrita como una técnica neutra, sino como una práctica que exige una valoración reforzada por parte del sistema internacional. La protección de niños y niñas frente a intervenciones médicas que no reportan un beneficio directo para su propio bienestar se ha configurado como un principio firmemente asentado en el derecho internacional contemporáneo, aun en ausencia de normas específicas referidas expresamente al bebé medicamento. Este marco permitirá, en los subapartados siguientes, analizar la compatibilidad de la práctica con los distintos instrumentos del derecho internacional.

4.1.2. Alcance biojurídico y proyección normativa del fenómeno en el sistema internacional

El alcance biojurídico del bebé medicamento en el derecho internacional contemporáneo no se limita a la descripción técnica del procedimiento, sino que exige comprender cómo esta práctica se inserta dentro de un entramado normativo complejo, compuesto por tratados de derechos humanos, declaraciones éticas, directrices de organismos internacionales y jurisprudencia regional. Cada uno de estos instrumentos contribuye a configurar criterios jurídicos de valoración que permiten determinar si la práctica resulta compatible o incompatible con las obligaciones asumidas por los Estados en materia de

protección del menor y regulación de las intervenciones biomédicas. Por ello, el análisis del alcance normativo no consiste en una mera enumeración de fuentes, sino en una interpretación sistemática de cómo estas normas interactúan a la luz del principio de protección reforzada de niños y niñas.

El sistema internacional parte de una premisa estructural: cualquier intervención biomédica que involucre a un menor debe evaluarse bajo un examen riguroso en atención a su condición de sujetos en situación de particular vulnerabilidad. Este principio, consolidado en tratados universales y regionales, exige analizar la práctica del bebé medicamento bajo una lógica de proporcionalidad reforzada, considerando tanto la finalidad de la intervención como el impacto que esta produce sobre un sujeto que no puede expresar voluntad ni comprender consecuencias. La ONU ha destacado que la protección del niño en contextos biomédicos debe interpretarse de forma expansiva, atendiendo no solo al riesgo físico inmediato, sino a los efectos simbólicos, psicológicos y futuros que puedan derivarse de utilizar su cuerpo como recurso terapéutico⁵³. Este enfoque transforma el análisis jurídico en un ejercicio que excede la dimensión puramente médica.

En este marco, el alcance normativo internacional delimita con claridad el tipo de intervenciones que se consideran legítimas. El consenso jurídico internacional establece que una intervención sobre el cuerpo de un menor solo puede justificarse cuando existe un beneficio médico directo para él mismo. Este principio, recogido de manera uniforme por instrumentos como el Convenio de Oviedo, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y diversas recomendaciones de organismos europeos y latinoamericanos, configura un límite infranqueable: el cuerpo del menor no puede ser utilizado para fines terapéuticos dirigidos a terceros⁵⁴. La práctica del bebé medicamento, al orientarse al tratamiento de un hermano enfermo, se sitúa fuera del margen permitido, independientemente de que la intervención sea técnicamente sencilla o clínicamente segura.

El alcance biojurídico del fenómeno se extiende también a la fase embrionaria del proceso. La selección de embriones mediante DGP y compatibilidad HLA plantea interrogantes sobre el estatuto jurídico del embrión humano y sobre los límites internacionales a la manipulación genética con fines no terapéuticos. El derecho internacional no ofrece una

⁵³ Naciones Unidas. (2013). *Observación General N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Comité de los Derechos del Niño.

⁵⁴ Consejo de Europa. (1997). *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo)*.

definición unificada del embrión, pero sí establece líneas claras respecto de su protección mínima y de la prohibición de intervenirlos con finalidades ajenas a su propio bienestar. El artículo 13 del Convenio de Oviedo, por ejemplo, prohíbe modificaciones del genoma humano que no tengan un propósito preventivo, diagnóstico o terapéutico para el propio sujeto⁵⁵. Si bien la selección embrionaria no constituye una modificación genética en sentido estricto, la interpretación teleológica del artículo confirma que el sistema internacional solo admite intervenciones orientadas al beneficio del embrión o del futuro nacido. En este marco, seleccionar un embrión para cumplir una función instrumental futura se aparta del sentido normativo de la disposición y del fin protector que la inspira.

El alcance normativo internacional también comprende obligaciones positivas de los Estados. Los Estados no solo deben abstenerse de autorizar prácticas que vulneren la integridad del menor, sino que deben establecer marcos regulatorios que eviten abusos derivados de los avances biomédicos. Organismos como el Consejo de Europa y UNESCO han subrayado que las tecnologías reproductivas deben estar sometidas a controles estrictos, especialmente cuando existe el riesgo de instrumentalización del cuerpo humano⁵⁶. La práctica del bebé medicamento, al basarse en una lógica utilitaria, pone de relieve la necesidad de que los Estados desarrollen normativas específicas que impidan que las motivaciones afectivas o la desesperación familiar conduzcan a decisiones biomédicas contrarias al interés superior del nuevo niño.

Asimismo, el alcance jurídico internacional proyecta efectos sobre el ámbito del consentimiento. La doctrina internacional ha señalado reiteradamente que el consentimiento por representación es excepcional y limitado en el campo biomédico⁵⁷. Su validez depende de que la intervención esté destinada al bienestar del propio niño, tenga un riesgo mínimo y responda a criterios médicos reconocidos. Ninguna de estas condiciones se cumple plenamente en el caso del bebé medicamento:

- La finalidad es ajena al menor,
- el riesgo, aunque bajo en algunos procedimientos, no es inexistente,
- y la práctica no constituye un tratamiento médico necesario para el intervenido.

⁵⁵ Consejo de Europa. (1997). *Convenio de Oviedo*, art. 13.

⁵⁶ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

⁵⁷ Comité de Bioética de España. (2010). *Informe sobre el uso de la selección embrionaria con fines terapéuticos*.

Por tanto, el consentimiento parental para la extracción de material biológico del bebé medicamento enfrenta un límite jurídico estructural: la imposibilidad de autorizar intervenciones sin beneficio propio.

La proyección normativa del fenómeno en el derecho internacional demuestra que el bebé medicamento no es una cuestión meramente médica, sino un caso paradigmático de colisión entre avances tecnológicos y principios jurídicos de larga tradición. La dignidad humana, la prohibición de instrumentalización, el carácter limitado del consentimiento, la protección reforzada de los menores y el principio de no maleficencia actúan de forma conjunta para delimitar un espacio jurídico en el cual la práctica difícilmente puede considerarse compatible con el marco internacional vigente. En este sentido, la práctica se convierte en un punto de referencia que desafía la capacidad de los Estados y organismos internacionales para ajustar sus regulaciones sin comprometer valores fundamentales.

Finalmente, la proyección normativa del fenómeno permite comprender que el bebé medicamento no solo plantea cuestiones jurídicas inmediatas, sino que también anticipa desafíos futuros en materia de biotecnología, autonomía reproductiva y derechos del menor. La incorporación de nuevas técnicas de edición genética, el aumento de bancos de células madre y las presiones emocionales asociadas a enfermedades graves incrementarán la necesidad de una respuesta normativa internacional clara. Por ello, el análisis del alcance biojurídico no se limita al examen del presente, sino que sienta las bases para interpretar los retos estructurales que serán abordados en los siguientes subapartados de este capítulo.

4.1.3. Tensiones estructurales: conflictos con la dignidad, integridad y límites de intervención biomédica en el derecho internacional

La figura del bebé medicamento altera el esquema de protección del sistema internacional de derechos humanos, en la medida en que introduce una práctica biomédica cuya finalidad excede los parámetros clásicos de protección del menor. Esta alteración no proviene únicamente del uso de tecnologías reproductivas avanzadas, sino del modo en que dichas tecnologías se combinan con decisiones que sitúan al niño como medio para un fin terapéutico ajeno. Este desplazamiento teleológico, el bienestar propio hacia la utilidad para un tercero, se aparta de principios que el derecho internacional reconoce como pilares fundamentales: la dignidad humana, la integridad física del menor y el carácter limitado del consentimiento por representación.

La primera tensión estructural se manifiesta en el principio de dignidad humana, reconocido de manera uniforme por los sistemas universales y regionales. La dignidad, entendida como valor intrínseco que impide tratar a una persona como instrumento para fines externos, permea toda regulación biomédica internacional. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos establece que las aplicaciones de la biomedicina deben respetar la dignidad y los derechos humanos como eje rector de cualquier intervención⁵⁸. Este principio adquiere especial relevancia cuando se trata de menores, dado que su especial vulnerabilidad impide atribuirles autonomía decisoria. En la práctica del bebé medicamento, la propia finalidad del procedimiento incorpora una lógica instrumental, pues el niño es concebido para satisfacer una necesidad terapéutica de un tercero, lo que revela una incompatibilidad estructural entre la racionalidad biomédica aplicada y el modelo jurídico de protección reforzada que caracteriza al sistema internacional.

La segunda tensión se refiere a la integridad física del menor, un derecho que el derecho internacional protege de manera reforzada. El Convenio de Oviedo y diversas observaciones del Comité de los Derechos del Niño han enfatizado que cualquier intervención médica sobre un menor debe tener un propósito directamente vinculado a su propio bienestar, siendo inadmisibles someterlo a procedimientos que no ofrezcan un beneficio médico personal⁵⁹. Aunque las intervenciones asociadas al bebé medicamento pueden variar en su nivel de riesgo, el punto crítico no reside en la magnitud del procedimiento, sino en la ausencia de finalidad terapéutica para el niño intervenido. El cuerpo del menor no puede ser objeto de disposición para satisfacer intereses familiares, por legítimos que estos puedan parecer desde una perspectiva afectiva o moral. El sistema internacional rechaza evaluar la integridad física en función de un cálculo utilitarista orientado a maximizar el bienestar global de la familia, porque el sujeto de protección es el menor y no el contexto emocional del grupo familiar.

Un tercer eje de tensión emerge del carácter estrictamente limitado del consentimiento por representación. En el ámbito biomédico, el consentimiento otorgado por los padres constituye una excepción al principio general de autonomía, y su validez se encuentra supeditada a condiciones rigurosas. Conforme al derecho internacional aplicable, los padres no pueden autorizar intervenciones que no respondan al beneficio del propio hijo, ni someterlo a

⁵⁸ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

⁵⁹ Consejo de Europa. (1997). *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo)*.

riesgos que no resulten razonables en relación con la ganancia clínica esperada⁶⁰. El bebé medicamento rompe esta regla estructural: el procedimiento tiene como destinatario final a otra persona, generalmente un hermano, y la intervención sobre el menor no persigue un fin terapéutico propio. En consecuencia, el consentimiento parental carece de sustento jurídico en el marco del derecho internacional, aun cuando los padres actúen movidos por la desesperación o el deseo de salvar la vida de otro hijo. La intención emocional de los progenitores no convierte una intervención sin beneficio directo en jurídicamente válida.

La cuarta tensión estructural se vincula con los límites internacionales a la manipulación embrionaria. Aunque el derecho internacional no prohíbe expresamente la selección embrionaria, sí establece restricciones claras respecto a las intervenciones sobre el embrión humano con fines no terapéuticos. El artículo 13 del Convenio de Oviedo, interpretado en clave teleológica, confirma que las intervenciones biomédicas deben orientarse al beneficio del sujeto intervenido, lo cual excluye prácticas motivadas por fines utilitarios externos⁶¹. La selección embrionaria del bebé medicamento no está orientada a mejorar la salud del embrión ni a prevenir una enfermedad genética futura, sino a convertirlo en un recurso biológico para tratar a un tercero. Este desplazamiento de la finalidad médica convierte la práctica en una forma de instrumentalización genética, incompatible con el marco protector del derecho internacional.

Una quinta tensión deriva de la asimetría de vulnerabilidad aplicada a esta figura. El bebé medicamento es vulnerable en dos etapas: como embrión seleccionado en función de criterios no terapéuticos, y como recién nacido sometido a procedimientos médicos sin beneficio propio. Esta doble vulnerabilidad opera como un factor agravante en el análisis internacional, pues refuerza la obligación de los Estados de aplicar un escrutinio más riguroso. Diversos órganos internacionales han advertido que la adopción de decisiones biomédicas que afectan a sujetos altamente vulnerables, como embriones y recién nacidos, debe regirse por criterios de prudencia extrema, transparencia, control regulatorio y prohibición de cualquier práctica que suponga explotación o instrumentalización del cuerpo humano⁶². El bebé medicamento, al situarse precisamente en este punto de confluencia entre tecnología reproductiva y extracción de material biológico, se convierte en una figura especialmente crítica para el sistema internacional.

⁶⁰ Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación General N° 14 sobre el interés superior del niño*. Naciones Unidas.

⁶¹ Consejo de Europa. (1997). *Convenio de Oviedo*, art. 13.

⁶² Comité de Bioética de España. (2010). *Informe sobre selección embrionaria con fines terapéuticos*.

Una sexta tensión surge del riesgo de normalización de prácticas utilitarias. La aceptación del bebé medicamento dentro del sistema internacional podría abrir la puerta a prácticas basadas en criterios de utilidad biomédica familiar, erosionando gradualmente los límites normativos que separan la protección del menor de los intereses de terceros. La biomedicina ha avanzado con tal rapidez que las fronteras antes consideradas infranqueables, como el uso de embriones con fines no terapéuticos, se han vuelto más difusas. Sin embargo, el derecho internacional reitera que los avances tecnológicos no pueden justificar la reducción de la protección jurídica de los menores ni transformarlos en instrumentos al servicio de objetivos terapéuticos ajenos. El principio de precaución, ampliamente aceptado en la bioética internacional, refuerza esta conclusión al exigir que, ante la falta de certeza científica o ética, debe adoptarse la opción más favorable a la protección del ser humano⁶³.

Finalmente, la séptima problemática estructural se vincula con la proyección simbólica y jurídica del precedente que sentaría permitir esta práctica. La incorporación del bebé medicamento dentro del sistema internacional podría constituir una excepción que, en la práctica, debilite los niveles consolidados de protección del menor. El derecho internacional opera en buena medida sobre la base de precedentes normativos que sirven para interpretar y aplicar los principios de protección de la persona. La aceptación de intervenciones sin finalidad terapéutica sobre menores podría debilitar el sentido mismo de la prohibición de instrumentalización, afectando no solo al caso del bebé medicamento, sino a intervenciones futuras que puedan surgir en el contexto de nuevas tecnologías genéticas y biomédicas. Por ello, la figura no solo presenta problemas intrínsecos, sino también riesgos estructurales para la coherencia del sistema internacional.

En síntesis, el bebé medicamento afecta de manera sustantiva el sistema de garantías del derecho internacional contemporáneo. Esta afectación no puede resolverse mediante interpretaciones expansivas de los marcos normativos vigentes, pues la finalidad de la intervención desnaturaliza el sentido mismo de la protección reforzada del menor. La práctica obliga a ponderar la tutela reforzada del niño frente a finalidades terapéuticas ajenas, cuestión que el derecho internacional no resuelve mediante la admisión del uso instrumental del cuerpo humano. Esta constatación fundamenta el análisis que se desarrollará en los subcapítulos siguientes.

⁶³ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, principio de precaución.

4.2. Parámetros internacionales aplicables a la intervención biomédica en menores

4.2.1. Surgimiento, fundamento y evolución del marco internacional sobre intervenciones biomédicas en menores

El marco internacional aplicable a las intervenciones biomédicas en menores no surgió para regular casos extremos como el bebé medicamento, sino para establecer límites infranqueables frente a cualquier práctica que colocara al niño en una situación de disponibilidad corporal sin beneficio propio⁶⁴. Desde sus orígenes, este marco se estructuró bajo la premisa de que el menor es un sujeto especialmente protegido, cuya integridad no puede ser tratada como variable técnica dependiente de los avances biomédicos, sino como un límite previo que condiciona la legitimidad misma de esos avances⁶⁵.

Con el desarrollo de técnicas de reproducción asistida, el derecho internacional se vio ante un desafío conceptual: estas prácticas no solo introducían intervenciones corporales posteriores al nacimiento, sino que reorganizaban la propia lógica de la procreación humana, introduciendo selecciones, descartes y manipulaciones previas al desarrollo del niño⁶⁶. Aunque la aparición de estas técnicas fue presentada como un progreso biomédico, desde la perspectiva ética y jurídica implicaron un desplazamiento relevante: el surgimiento de decisiones médicas centradas en la utilidad de embriones y recién nacidos, y no en su dignidad intrínseca.

Este desplazamiento obligó a interpretar de manera estricta los principios de protección del menor, porque por primera vez la intervención biomédica comenzaba antes de su nacimiento y podía decidir incluso cuál embrión merecía desarrollarse y cuál no, según criterios de compatibilidad genética o utilidad terapéutica⁶⁷. En consecuencia, el marco jurídico internacional no respondió ampliando tolerancias, sino reafirmando límites: la integridad del niño no depende del grado de riesgo clínico, sino de la finalidad y estructura de la intervención. En este sentido, las técnicas que introducen selección o descarte embrionario plantean una problemática previa al análisis clínico: la reducción del embrión humano a un objeto de decisión técnica⁶⁸.

⁶⁴ Alderson, P. (2017). *Medical ethics, children and the law*. Routledge.

⁶⁵ Fortin, J. (2009). *Children's rights and the developing law* (3rd ed.). Cambridge University Press.

⁶⁶ Devolder, K. (2015). Procreative beneficence and selection against disability. *Journal of Medical Ethics*, 41(1), 9–12.

⁶⁷ Dickenson, D. (2013). *Me medicine vs. we medicine: Reclaiming biotechnology for the common good*. Columbia University Press.

⁶⁸ Gómez Sánchez, Y. (2012). *Bioética y derechos humanos: límites jurídicos de la intervención médica*. Dykinson.

La evolución de este marco reveló que, frente a menores, el derecho internacional actúa mediante un escrutinio reforzado, según el cual la posibilidad de autorizar intervenciones se reduce estrictamente a aquellas orientadas al propio beneficio del niño. Esto supuso rechazar cualquier práctica que sustituyera la lógica terapéutica por una lógica funcional. Desde este enfoque, la idea de permitir intervenciones sobre un menor en beneficio de terceros, por más dramática que fuese la situación del destinatario, resultaba incompatible con la estructura jurídica internacional⁶⁹.

Este desarrollo culminó en la formulación de una regla estructural: el niño no puede ser transformado en un medio clínico sin alterar su estatuto de sujeto protegido. Por ello, el derecho internacional comenzó a examinar de manera crítica aquellas prácticas biomédicas que, aun presentadas como avances tecnológicos, introducían mecanismos de selección embrionaria, manipulación previa al nacimiento o intervenciones corporales sin beneficio para el propio menor⁷⁰. Tales prácticas fueron comprendidas como vulneraciones al núcleo mismo del sistema de protección, no como casos particulares sujetos a excepciones.

Finalmente, la evolución del marco internacional permitió comprender que la protección del menor frente a intervenciones biomédicas no es un campo abierto a balances utilitarios, sino un espacio normativo de límites definidos. Cualquier práctica que sitúe al niño, o al embrión destinado a serlo, en una posición de utilidad instrumental rompe con esa estructura protectora. De allí que, desde su surgimiento, el derecho internacional haya interpretado con especial cautela aquellas técnicas que reorganizan el proceso reproductivo de forma que la existencia del nuevo niño se planifica en función de fines externos a su propio bienestar⁷¹.

4.2.2. Prohibición de instrumentalización del menor y estándares de integridad física en el derecho internacional

La prohibición de instrumentalizar al menor constituye uno de los pilares más estrictos del derecho internacional contemporáneo, pues impide que el niño, o el embrión destinado a serlo, sea reducido a un recurso disponible para fines ajenos a su propio bienestar⁷². Esta regla no es un complemento ético, sino un límite estructural que condiciona la legitimidad de cualquier intervención biomédica, independientemente de los avances técnicos o de la gravedad

⁶⁹ Kopelman, L. (2007). The best interests standard for incompetent or incapacitated persons of all ages. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 187–196.

⁷⁰ Hübner, D. (2018). The limits of parental authority in medical decision-making. *Journal of Medical Ethics*, 44(7), 464–469.

⁷¹ Romeo Casabona, C. (2010). *El derecho y la bioética ante los límites de la biomedicina*. Comares.

⁷² Alderson, P. (2017). *Medical ethics, children and the law*. Routledge.

de las circunstancias familiares⁷³. Bajo esta perspectiva, la instrumentalización no se concibe como un riesgo eventual, sino como una vulneración esencial que se produce cada vez que la existencia o el cuerpo del menor se subordinan a objetivos externos.

Las técnicas reproductivas que permiten concebir un bebé medicamento revelan esta problemática con especial intensidad. Desde la etapa embrionaria, la selección basada en criterios de compatibilidad genética no busca proteger al futuro niño, sino evaluar su utilidad dentro de una estrategia terapéutica orientada a otro miembro de la familia⁷⁴. En este punto, la instrumentalización se manifiesta antes de cualquier intervención corporal: el embrión es valorado no por su dignidad intrínseca, sino por su capacidad funcional. Este desplazamiento teleológico, de la persona hacia la función, es incompatible con el estatuto jurídico del menor en el sistema internacional, que exige tratarlo siempre como fin en sí mismo⁷⁵.

Una vez nacido el niño, la instrumentalización adopta una segunda dimensión: el sometimiento a procedimientos biomédicos que no tienen finalidad terapéutica para él, sino para un tercero. Este tipo de intervenciones no pueden justificarse apelando al bajo riesgo técnico o al vínculo afectivo entre hermanos, porque el derecho internacional no pondera la legitimidad emocional de la familia, sino la posición jurídica del niño como sujeto especialmente protegido⁷⁶. En consecuencia, cualquier actuación médica que no busque preservar su propia salud es vista como un acto de disponibilidad corporal incompatible con su integridad.

La protección internacional de la integridad física del menor no se agota en la prohibición de daños severos, sino que impone límites claros a la disponibilidad del cuerpo del niño frente a decisiones parentales o médicas ajenas a su interés propio⁷⁷. Incluso aquellos procedimientos considerados mínimamente invasivos adquieren otra configuración jurídica cuando la finalidad es externa, porque lo que se discute no es el nivel de riesgo, sino el fundamento de la intervención. La integridad del menor no puede sacrificarse para satisfacer necesidades clínicas de terceros, aun cuando dichas necesidades sean dramáticas o socialmente comprensibles⁷⁸.

⁷³ Fortin, J. (2009). *Children's rights and the developing law* (3rd ed.). Cambridge University Press.

⁷⁴ Devolder, K. (2013). Imposing genetic diversity: An ethical analysis. *Bioethics*, 27(6), 293–300.

⁷⁵ Dickenson, D. (2013). *Me medicine vs. we medicine: Reclaiming biotechnology for the common good*. Columbia University Press.

⁷⁶ Brazier, M., & Cave, E. (2016). *Medicine, patients and the law* (6th ed.). Manchester University Press.

⁷⁷ Kopelman, L. (2007). The best interests standard for incompetent or incapacitated persons of all ages. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 187–196.

⁷⁸ Herring, J. (2018). *Medical law and ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Esta estructura normativa impone una distinción fundamental entre intervenciones terapéuticas y funcionales. Las primeras se encuentran permitidas en la medida en que buscan restaurar o preservar la salud del menor; las segundas, en cambio, se dirigen a fines ajenos y exponen al niño a cargas corporales que no le reportan beneficio. En estas últimas, el derecho internacional no aplica criterios flexibles de proporcionalidad, porque el límite se activa antes del análisis clínico: la utilización del cuerpo del niño como medio es incompatible con su estatuto de sujeto protegido⁷⁹. El bebé medicamento encarna de manera paradigmática esta problemática, pues su intervención corporal está diseñada desde su origen para beneficiar a un tercero y no al propio niño.

Asimismo, la función representativa de los padres no tiene capacidad para alterar este marco. El consentimiento por representación no habilita a los progenitores a disponer de la integridad corporal del niño, porque la representación jurídica no implica dominio sobre el cuerpo del menor, sino un deber de protección orientado exclusivamente a su interés propio⁸⁰. Cuando se autoriza una intervención con un fin ajeno al niño intervenido, el consentimiento parental pierde su validez jurídica, aun cuando sea emitido desde el dolor, la desesperación o la esperanza de salvar a otro hijo.

Así, la convergencia entre la prohibición de instrumentalización y la protección reforzada de la integridad física conduce a una conclusión categórica: ningún menor puede ser concebido, seleccionado o intervenido médicamente como parte de un proyecto terapéutico dirigido a un tercero⁸¹. La estructura técnica del bebé medicamento no solo infringe este límite en el momento de la intervención, sino que lo vulnera desde su concepción misma al subordinar la existencia del nuevo niño a su utilidad biológica. Por ello, en el derecho internacional contemporáneo, estas prácticas no encajan dentro del marco de protección del menor, pues trasladan al niño cargas y funciones incompatibles con su condición de sujeto de derechos.

4.2.3. Proporcionalidad clínica y el riesgo permitido en intervenciones biomédicas sin beneficio directo para el menor en el derecho internacional

El análisis del riesgo permitido en intervenciones biomédicas sobre menores no constituye un examen flexible no sujeto a balances utilitarios, sino un límite jurídico rígido que

⁷⁹ Hübner, D. (2018). The limits of parental authority in medical decision-making. *Journal of Medical Ethics*, 44(7), 464–469.

⁸⁰ MacDougall, D. (2014). Parental consent and pediatric ethics: Limits of representation. *Clinical Ethics*, 9(2), 39–47.

⁸¹ Romeo Casabona, C. (2010). *El derecho y la bioética ante los límites de la biomedicina*. Comares.

se activa cuando el niño es expuesto a una carga corporal sin obtener un beneficio propio⁸². En estos casos, el derecho internacional no admite que la valoración del riesgo se module en función de las necesidades de terceros, porque la protección del menor se sustenta en su condición de sujeto especialmente resguardado y no en la urgencia emocional o médica del entorno familiar⁸³.

Desde esta perspectiva, la proporcionalidad clínica no opera como un mecanismo para justificar intervenciones neutrales, sino como un instrumento para identificar prácticas que, por su estructura, resultan radicalmente incompatibles con el estatuto jurídico del menor. Una intervención solo puede superar este escrutinio cuando su finalidad y sus efectos están orientados exclusivamente al bienestar del niño intervenido. Cuando la intervención es funcional, esto es, dirigida a obtener un beneficio para otra persona, la proporcionalidad pierde sentido, porque la primera condición para su aplicación ya no se cumple⁸⁴.

En el caso del bebé medicamento, la ruptura del principio de proporcionalidad es total, porque la finalidad de la intervención no reside en el niño que será sometido a los procedimientos biomédicos, sino en el hermano enfermo. Este desplazamiento teleológico convierte cualquier análisis clínico en un ejercicio insuficiente, pues el criterio jurídico decisivo no es la magnitud del riesgo, sino la ausencia absoluta de beneficio directo para el menor intervenido⁸⁵. Aun cuando algunos procedimientos puedan calificarse como de bajo riesgo, el derecho internacional no evalúa su admisibilidad desde parámetros técnicos, sino desde su estructura finalista, que en este caso es incompatible con la protección reforzada del menor.

El principio de proporcionalidad exige, además, una relación directa entre el riesgo asumido y la finalidad terapéutica perseguida. Cuando el menor es paciente y beneficiario, este vínculo es claro; cuando la intervención tiene como destinatario final a un tercero, el vínculo se rompe completamente, dejando al niño en una posición de exposición corporal que no puede justificarse jurídicamente. La proporcionalidad, en este escenario, no admite grados: se

⁸² Buchanan, A., & Brock, D. (1989). *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making*. Cambridge University Press.

⁸³ Feinberg, J. (1986). *Harm to self*. Oxford University Press.

⁸⁴ Dickenson, D. (2013). *Me medicine vs. we medicine: Reclaiming biotechnology for the common good*. Columbia University Press.

⁸⁵ Diekema, D. (2004). Parental refusal of medical treatment: The harm principle as threshold for state intervention. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 25(4), 243–264.

desactiva de inmediato porque falta el elemento esencial que permite iniciar el examen, es decir, el beneficio propio del menor⁸⁶.

A ello se suma la asimetría inherente de vulnerabilidad. El menor no posee autonomía para consentir ni capacidad para comprender el alcance de las intervenciones, por lo que el derecho internacional exige el máximo nivel de protección, excluyendo cualquier posibilidad de imponer riesgos corporales que no estén directamente vinculados a su propia salud. La protección de la integridad del menor se ve especialmente comprometida frente a prácticas biomédicas que, como el bebé medicamento, organizan la intervención en función de la utilidad del cuerpo del niño⁸⁷.

En esta lógica, el consentimiento por representación no puede suplir la ausencia de beneficio directo. La representación parental no autoriza decisiones que introduzcan riesgos corporales destinados exclusivamente a favorecer a un tercero, ya que el deber jurídico de los progenitores consiste en proteger la integridad del hijo, no en disponer de ella. Cuando la intervención se orienta hacia la salud del hermano enfermo, el consentimiento representativo deja de ser jurídicamente válido, aun si los padres actúan movidos por el amor, el dolor o la desesperación⁸⁸.

Por ello, el bebé medicamento constituye un caso paradigmático de quiebre estructural del principio de proporcionalidad. No es que la técnica no “supere” el examen, sino que no puede ser analizada mediante proporcionalidad, porque carece desde su origen del elemento que permite iniciar el análisis: un beneficio para el menor intervenido. La estructura misma del procedimiento, concebir un niño para asumir un riesgo clínico destinado a salvar a otro, muestra que la práctica es incompatible con los límites internacionales que rigen la intervención biomédica en menores⁸⁹.

En consecuencia, la proporcionalidad clínica no opera como un mecanismo para ajustar esta práctica, sino como un criterio que evidencia su incompatibilidad con el derecho internacional. La intervención no puede justificarse en ningún escenario, porque el riesgo, aunque pueda ser técnicamente moderado, se impone sin finalidad terapéutica propia. En este

⁸⁶ Kopelman, L. (2007). The best interests standard for incompetent or incapacitated persons of all ages. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 187–196.

⁸⁷ Ross, L. F. (2010). *Children, families, and health care decision-making*. Oxford University Press.

⁸⁸ MacDougall, D. (2014). Parental consent and pediatric ethics: Limits of representation. *Clinical Ethics*, 9(2), 39–47.

⁸⁹ Malmqvist, E. (2014). Reproductive beneficence and the baby-making obligation. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 35(5), 353–367.

marco, el bebé medicamento no constituye una excepción difícil o un caso límite, sino una vulneración estructural de la integridad y la posición jurídica del menor⁹⁰.

4.2.4. Límites del consentimiento por representación en intervenciones biomédicas sin beneficio directo para el menor en el derecho internacional

El consentimiento por representación en el ámbito biomédico nace históricamente como una excepción estricta al principio general de autonomía personal, y no como una habilitación amplia para que padres o tutores dispongan del cuerpo del menor en función de intereses familiares, médicos o sociales⁹¹. El derecho internacional de los derechos humanos, y en particular el sistema de protección de la infancia, ha construido progresivamente la idea de que la representación legal en materia de salud solo es jurídicamente válida cuando se ejerce para salvaguardar el interés superior del niño y su propio bienestar clínico, y no cuando la intervención persigue objetivos externos, por más dramáticos que estos sean⁹². En esa lógica, el consentimiento por representación no es un sustituto ilimitado de la voluntad del menor, sino una función de garantía: el representante debe decidir como custodio del derecho del niño a la integridad, no como administrador de su cuerpo al servicio de terceros⁹³.

La Convención sobre los Derechos del Niño fija el punto de partida de este régimen: reconoce a los padres la responsabilidad de orientar y dirigir al niño en el ejercicio de sus derechos, pero subordina esa función al respeto de la evolución de sus facultades y, sobre todo, a la exigencia de que el interés superior sea una consideración primordial en toda decisión que le afecte⁹⁴. El Comité de los Derechos del Niño, al desarrollar esta cláusula en su Observación general núm. 14, ha precisado que el “interés superior” no constituye una fórmula abierta susceptible de ser llenada con el sufrimiento del grupo familiar, sino un criterio objetivo de protección centrado en la persona concreta del niño sobre el que recae la intervención⁹⁵. Esto implica que los padres no pueden invocar su condición de representantes legales para autorizar procedimientos invasivos que no reporten un beneficio médico directo al menor, porque en ese

⁹⁰ Romeo Casabona, C. (2010). *El derecho y la bioética ante los límites de la biomedicina*. Comares.

⁹¹ Comité de los Derechos del Niño. (2013a). *Observación general núm. 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial* (CRC/C/GC/14). Naciones Unidas.

⁹² Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Naciones Unidas, Serie de Tratados, 1577, 3.

⁹³ Hodgson, D. (1997). The child's right to be heard in legal proceedings. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 11(3), 289-305.

⁹⁴ Comité de los Derechos del Niño. (2009). *Observación general núm. 12 (2009) sobre el derecho del niño a ser escuchado* (CRC/C/GC/12). Naciones Unidas.

⁹⁵ Comité de los Derechos del Niño. (2013b). *Observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud* (CRC/C/GC/15). Naciones Unidas.

supuesto el interés protegido dejaría de ser el del niño para transformarse en el de un tercero, aunque se trate de un hermano gravemente enfermo⁹⁶.

Sobre esta base, el mismo Comité ha sido especialmente claro al analizar intervenciones médicas y de investigación en menores: el consentimiento por representación solo es legítimo cuando la intervención se orienta a la prevención, el diagnóstico o el tratamiento del propio niño, bajo riesgos proporcionados y con las máximas salvaguardas posibles. La Observación general núm. 15, relativa al derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, refuerza esta lógica señalando que las decisiones médicas deben evaluarse desde la perspectiva del paciente infantil, y que ningún procedimiento puede justificarse exclusivamente por las necesidades de la familia, de la institución sanitaria o del equipo médico. En consecuencia, en el plano internacional se configura una regla de cierre: cuando la finalidad principal de la intervención no es la salud del menor intervenido, el consentimiento por representación deja de operar como herramienta válida y se convierte en una forma de disposición ilegítima sobre su integridad corporal⁹⁷.

Los instrumentos bioéticos con vocación universal han consolidado esa misma idea desde una óptica más amplia. La Declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO establece que, en caso de personas incapaces de consentir, toda intervención debe estar directamente orientada a su beneficio y no puede fundarse únicamente en el consentimiento otorgado por terceros⁹⁸. El texto insiste en que la vulnerabilidad de estos sujetos exige una protección reforzada, que se traduce en la prohibición de utilizarlos como medio para alcanzar objetivos científicos o terapéuticos ajenos. Esta concepción no se limita a la investigación biomédica, sino que se proyecta sobre cualquier práctica clínica en la que el cuerpo de una persona sin capacidad decisoria pueda ser instrumentalizado, de modo que el consentimiento por representación funciona como un requisito necesario, pero nunca suficiente, y en ningún caso legitima intervenciones carentes de beneficio propio.

La jurisprudencia regional en materia de derechos humanos ha desarrollado criterios claros sobre la protección de la integridad personal de sujetos en situación de especial vulnerabilidad. En el ámbito europeo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha sostenido

⁹⁶ Comité de los Derechos del Niño. (2013a). *Observación general núm. 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial* (CRC/C/GC/14). Naciones Unidas.

⁹⁷ Comité de los Derechos del Niño. (2013b). *Observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud* (CRC/C/GC/15). Naciones Unidas.

⁹⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. UNESCO.

que las intervenciones médicas sobre menores deben respetar de manera estricta su integridad física y psíquica, y que el consentimiento otorgado por los padres no puede ser considerado automáticamente válido cuando no se ha evaluado de forma adecuada el interés y los derechos del niño. En el caso *Glass vs. Reino Unido*⁹⁹, el Tribunal declaró que la administración de un tratamiento médico sin un consentimiento debidamente informado y sin un control efectivo de su adecuación al interés del menor constituyó una violación del derecho al respeto de la vida privada, protegido por el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos¹⁰⁰.

En una línea convergente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado de manera reiterada que los Estados tienen la obligación reforzada de proteger la integridad personal de niños y personas en situación de vulnerabilidad, y que el consentimiento por representación no puede ser utilizado para legitimar intervenciones que resulten contrarias a la dignidad humana o que impliquen un sacrificio desproporcionado de derechos fundamentales¹⁰¹. En este sentido, la jurisprudencia interamericana ha subrayado que ni los profesionales de la salud ni las autoridades estatales pueden ampararse en la voluntad de terceros cuando ello conduce a la vulneración de la integridad personal del sujeto protegido.

Ambas líneas jurisprudenciales coinciden en un punto esencial: el consentimiento por representación encuentra límites claros en la dignidad, la integridad personal y el interés superior del sujeto vulnerable, y no puede operar como justificación automática de intervenciones médicas que beneficien primordialmente a terceros.

Si esta estructura normativa se traslada a la figura del bebé medicamento, la incompatibilidad resulta evidente. En este contexto, el acto de “consentir” por parte de los progenitores no se dirige a autorizar una intervención necesaria para la salud del nuevo niño, sino a habilitar la extracción de material biológico destinado al tratamiento de un tercero, generalmente el hermano enfermo¹⁰². La finalidad primaria del consentimiento no es la protección del menor intervenido, sino la obtención de un recurso terapéutico para otra persona, lo que invierte completamente la lógica protectora que el derecho internacional atribuye al

⁹⁹ *Glass v. United Kingdom*, no. 61827/00, European Court of Human Rights (2004).

<https://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-61856>

¹⁰⁰ Consejo de Europa. (1950). *Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales* (Convenio Europeo de Derechos Humanos), art. 8. Roma.

https://www.echr.coe.int/documents/convention_spa.pdf

¹⁰¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2006). *Ximenes Lopes vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_esp.pdf

¹⁰² De Miguel Beriain, I. (2010). El llamado “niño medicamento” y los límites del principio de autonomía. *Revista de Bioética y Derecho*, (18), 3-17.

consentimiento por representación¹⁰³. Desde la perspectiva jurídica internacional, un consentimiento cuyo objeto es permitir que el cuerpo del niño sea utilizado como medio, aunque sea para salvar la vida de un hermano, excede los márgenes de lo admisible y vacía de contenido el concepto mismo de representación orientada al interés superior. Aceptar esta ampliación equivaldría a transformar un mecanismo de garantía en un instrumento de disposición patrimonial sobre la corporalidad del menor.

Además, en la práctica del bebé medicamento la vulnerabilidad del niño se ve acentuada por una doble circunstancia: primero, porque se le concibe y selecciona bajo parámetros de utilidad biológica; segundo, porque las decisiones médicas relevantes se adoptan en un momento en el que el propio sujeto no existe todavía como persona capaz de ser escuchada, lo que impide cualquier forma de participación progresiva en las decisiones que le afectarán de por vida. El derecho internacional ha insistido en que, incluso cuando el niño no pueda expresar una voluntad madura, debe garantizarse una consideración progresiva de su opinión y una protección reforzada frente a decisiones que puedan marcar de manera irreversible su trayectoria vital. Esto es sencillamente imposible en el caso del bebé medicamento, donde el consentimiento por representación se extiende no solo a intervenciones puntuales, sino a la configuración misma de las condiciones de existencia del futuro niño, reduciéndolo desde el inicio a un rol funcional dentro del proyecto terapéutico familiar.

La experiencia comparada demuestra, además, que los ordenamientos que han intentado regular la figura del bebé medicamento tienden a presentar el consentimiento parental como el eje legitimador de la práctica, apoyándose en comités de ética o autorizaciones administrativas para reforzar la apariencia de corrección jurídica¹⁰⁴. Sin embargo, desde la lógica del derecho internacional de los derechos humanos, estas construcciones resultan problemáticas, porque desplazan el centro de gravedad desde la protección del menor hacia la satisfacción de un objetivo sanitario respecto de otro paciente, y porque utilizan el consentimiento por representación más allá de su función genuina, que es custodiar la integridad del niño, no ponerla al servicio de terceros. En un marco como el que asume esta investigación, el consentimiento de los progenitores no puede convertir una práctica esencialmente instrumentalizadora en jurídicamente aceptable, ni transformar una intervención sin beneficio directo en un acto compatible con la dignidad y los derechos del menor.

¹⁰³ Palazzani, L. (2012). *Etica e diritto di fronte alla biomedicina*. Studium.

¹⁰⁴ Santos, M. J. (2015). Menores, consentimiento informado y decisiones médicas complejas. *Persona y Bioética*, 19(2), 142-158.

En suma, el derecho internacional contemporáneo configura el consentimiento por representación como una institución de alcance estrictamente limitado en el ámbito biomédico, diseñada para salvaguardar la salud y la integridad del propio niño, y no para habilitar intervenciones sin beneficio directo a su favor. La figura del bebé medicamento desborda por completo esos límites, al utilizar el consentimiento parental para justificar intervenciones que convierten al menor en un medio para un fin terapéutico ajeno, lo cual contradice tanto la Convención sobre los Derechos del Niño como los principios bioéticos y la jurisprudencia regional en materia de derechos humanos. Desde esta perspectiva, la práctica no solo es incompatible con un enfoque de protección reforzada de la infancia, sino que también erosiona la función garantista del consentimiento por representación y abre la puerta a una lógica utilitarista que el derecho internacional ha tratado precisamente de excluir del tratamiento jurídico de los menores.

4.2.5. Obligaciones positivas de los Estados frente a intervenciones biomédicas sin beneficio directo en menores

Las obligaciones positivas de los Estados en materia de protección biomédica de menores constituyen uno de los pilares más exigentes del derecho internacional contemporáneo, porque no basta con impedir activamente la vulneración de sus derechos, sino que se requiere una intervención estructural del Estado para prevenir riesgos previsible derivados de prácticas clínicas que podrían instrumentalizar al niño o disponer de su integridad sin beneficio propio¹⁰⁵. Estas obligaciones no surgen únicamente cuando existe daño consumado, sino desde el momento en que una técnica biomédica, como la selección embrionaria o la extracción de material biológico sin finalidad terapéutica, presenta un riesgo inherente para la dignidad del menor, lo que obliga al Estado a regular, fiscalizar y prohibir prácticas incompatibles con su estatuto de sujeto especialmente protegido¹⁰⁶. En el caso del bebé medicamento, esta exigencia resulta particularmente evidente, porque las decisiones biomédicas que lo generan son suficientemente previsible, recurrentes y tecnológicamente accesibles como para que el Estado no pueda alegar desconocimiento ni neutralidad frente a la posibilidad de que se utilice el cuerpo del niño como medio terapéutico para terceros.

La primera obligación positiva consiste en establecer un marco normativo claro, exhaustivo y restrictivo que impida la realización de intervenciones biomédicas sobre menores

¹⁰⁵ Fortin, J. (2009). *Children's rights and the developing law* (3rd ed.). Cambridge University Press.

¹⁰⁶ Alderson, P. (2017). *Medical ethics, children and the law*. Routledge.

sin beneficio directo para ellos. El Estado debe identificar expresamente aquellas prácticas que, por su estructura y finalidad, podrían vulnerar la integridad del niño, entre ellas la selección embrionaria basada en criterios de compatibilidad genética con un tercero o la extracción de células, tejidos o sangre del cordón umbilical sin finalidad terapéutica propia¹⁰⁷. Esta obligación se basa en la imposibilidad jurídica de que la voluntad de los padres, por legítima o dolorosa que sea su motivación, pueda habilitar intervenciones que tengan por finalidad el bienestar de un tercero, razón por la cual el legislador debe cerrar cualquier vacío normativo que permita justificar la utilización del cuerpo del menor como recurso biomédico¹⁰⁸. La falta de regulación específica no solo constituye una laguna técnica, sino una omisión incompatible con el deber internacional de protección reforzada de la infancia.

Una segunda obligación positiva recae en el establecimiento de mecanismos de control ex ante, basados en evaluaciones estrictas por parte de órganos independientes que integren criterios jurídicos, clínicos y bioéticos al analizar cualquier intervención que pueda implicar un uso no terapéutico del cuerpo del menor¹⁰⁹. Esta supervisión no puede limitarse a confirmar la existencia de un consentimiento parental, porque la representación legal tiene un alcance limitado en el ámbito biomédico y no puede validar intervenciones carentes de beneficio directo. Por ello, los Estados deben garantizar que los comités de ética, autoridades sanitarias o instancias equivalentes apliquen principios internacionales, como el interés superior del niño, la proporcionalidad clínica y la prohibición de instrumentalización, que conduzcan, en la mayoría de los casos, a la imposibilidad jurídica de admitir prácticas como el bebé medicamento¹¹⁰. Un sistema de autorizaciones que funcione como simple formalidad o como validación automática de decisiones familiares incumple las obligaciones internacionales y convierte al Estado en partícipe de la vulneración de la integridad infantil.

En tercer lugar, el derecho internacional exige a los Estados la supervisión permanente y efectiva de las instituciones que participan en procedimientos reproductivos y biomédicos con menores, lo que implica inspecciones, auditorías, registro obligatorio de prácticas y un régimen de sanciones que disuada cualquier forma de utilización funcional del cuerpo del niño¹¹¹. Esta obligación incluye la responsabilidad estatal de prevenir el turismo reproductivo y la derivación

¹⁰⁷ Gómez Sánchez, Y. (2012). *Bioética y derechos humanos: límites jurídicos de la intervención médica*. Dykinson.

¹⁰⁸ Hübner, D. (2018). The limits of parental authority in medical decision-making. *Journal of Medical Ethics*, 44(7), 464–469.

¹⁰⁹ Comité de los Derechos del Niño. (2013b). *Observación general núm. 15 (CRC/C/GC/15)*.

¹¹⁰ Brazier, M., & Cave, E. (2016). *Medicine, patients and the law* (6th ed.). Manchester University Press.

¹¹¹ Devolder, K. (2015). Procreative beneficence and selection. *Journal of Medical Ethics*, 41, 9–12.

de pacientes hacia jurisdicciones permisivas, ya que eludir las propias restricciones mediante desplazamientos transfronterizos constituye una vulneración indirecta de las obligaciones positivas asumidas internacionalmente¹¹². En el caso del bebé medicamento, la existencia de centros que ofrecen la técnica en otros países no libera al Estado de responsabilidad; por el contrario, incrementa su deber de actuar para evitar que la práctica se realice de manera encubierta, desplazada o importada.

Una cuarta obligación positiva es la de proporcionar a las familias información adecuada, completa y éticamente orientada, especialmente en contextos donde la enfermedad de un hijo genera una presión emocional significativa que podría conducirlos a considerar alternativas biomédicas que comprometen la dignidad de un nuevo niño¹¹³. El Estado debe garantizar que los profesionales sanitarios brinden asesoramiento claro sobre los límites jurídicos y éticos de las intervenciones sin beneficio directo, explicando que la tecnología disponible no legitima el uso del cuerpo del menor como herramienta terapéutica y que existen alternativas que no implican instrumentalización, como los bancos de médula ósea, la búsqueda de donantes externos o el acceso a cuidados paliativos integrales¹¹⁴. La falta de información precisa, o la presentación de la tecnología como solución neutral, puede inducir decisiones contrarias al interés del nuevo niño, lo cual convierte la omisión informativa en una forma de vulneración estatal.

Por último, los Estados tienen la obligación de garantizar mecanismos efectivos de reparación y protección judicial, tanto para impedir intervenciones indebidas como para sancionar a los responsables cuando se haya vulnerado la integridad del menor¹¹⁵. Esta protección incluye medidas dirigidas al niño ya nacido mediante técnicas de selección embrionaria, pues su vulnerabilidad no termina con la extracción inicial de material biológico: el riesgo de nuevas intervenciones, la presión familiar y el impacto psicológico son elementos que exigen salvaguardas continuas¹¹⁶. El deber estatal no se limita al momento de la intervención biomédica, sino que se proyecta sobre el desarrollo integral del niño, asegurando que no se perpetúe un rol funcional que condicione su identidad o su autonomía progresiva.

¹¹² Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2004). *Glass v. United Kingdom*.

¹¹³ Santos, M. J. (2015). Menores, consentimiento informado y decisiones médicas complejas. *Persona y Bioética*, 19(2), 142–158.

¹¹⁴ Diekema, D. (2004). Parental refusal and the harm principle. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 25(4), 243–264.

¹¹⁵ MacDougall, D. (2014). Parental consent and pediatric ethics: Limits of representation. *Clinical Ethics*, 9(2), 39–47.

¹¹⁶ Palazzani, L. (2012). *Etica e diritto di fronte alla biomedicina*. Studium.

De este modo, las obligaciones positivas de los Estados revelan que prácticas como el bebé medicamento no pueden ser evaluadas como cuestiones médicas aisladas, sino como fenómenos que requieren una respuesta estatal firme basada en la protección estructural del menor. La suma de los principios internacionales, indisponibilidad del cuerpo del niño, interés superior como límite, proporcionalidad estricta, protección reforzada y prohibición de instrumentalización, conduce a la conclusión de que el Estado no solo debe abstenerse de autorizar esta técnica, sino que tiene el deber activo de impedirla y sancionarla, porque permitiría representar una renuncia expresa al mandato internacional de proteger la dignidad e integridad del niño sin excepciones¹¹⁷.

4.2.6. La ley española 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida

Contexto normativo, finalidad y estructura general de la Ley 14/2006

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, surge en el ordenamiento jurídico español como respuesta a la acelerada evolución de la biomedicina reproductiva y, en particular, al desarrollo de técnicas genéticas aplicadas a la reproducción humana que no se encontraban adecuadamente previstas en la legislación anterior¹¹⁸. Esta norma deroga y sustituye a la Ley 35/1988, incorporando un marco regulatorio más amplio que pretende armonizar la práctica clínica, la investigación científica y la intervención administrativa del Estado en un ámbito especialmente sensible, como es el origen de la vida humana y la manipulación de material embrionario.

Desde la perspectiva de la finalidad legislativa, el legislador español parte de la premisa de que el desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida responde a una lógica eminentemente sanitaria y científica, en la que el progreso tecnológico es asumido como un valor prioritario del sistema jurídico, siempre que se encuentre sometido a controles formales y a criterios de seguridad médica¹¹⁹. El legislador parte de la premisa de que las técnicas de reproducción asistida constituyen un instrumento legítimo para garantizar el ejercicio de la libertad reproductiva, así como para prevenir la transmisión de enfermedades graves, lo que

¹¹⁷ Romeo Casabona, C. (2010). *El derecho y la bioética ante los límites de la biomedicina*. Comares.

¹¹⁸ España. (2006). *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*. Boletín Oficial del Estado, núm. 126.

¹¹⁹ Romeo Casabona, C. M. (2011). *Derecho biomédico y bioética*. Granada: Comares.

justifica la habilitación legal de procedimientos que implican la creación, selección y descarte de embriones humanos en fases tempranas de desarrollo.

La estructura normativa de la Ley 14/2006 refleja con claridad esta orientación teleológica. La norma regula de manera detallada las técnicas de reproducción humana asistida, el régimen jurídico de los gametos y preembriones, los supuestos de diagnóstico genético preimplantacional, así como los sistemas de autorización, supervisión y sanción administrativa¹²⁰. Sin embargo, en ningún punto del texto legal se reconoce al embrión humano un estatuto jurídico personal, sino que se le atribuye una protección instrumental y condicionada, dependiente de los fines médicos o reproductivos que justifican su utilización dentro del proceso técnico.

Este tratamiento normativo evidencia una concepción funcional del embrión humano, entendido no como un sujeto portador de dignidad intrínseca, sino como un objeto de regulación técnica cuya relevancia jurídica varía en función de su utilidad terapéutica o investigativa¹²¹. En este sentido, la Ley 14/2006 adopta un enfoque gradualista que permite distintos niveles de intervención sobre el embrión, siempre que dichas prácticas se enmarquen dentro de los objetivos definidos por la propia norma y cuenten con respaldo científico y autorización administrativa.

La consecuencia jurídica de este planteamiento es la relativización del principio de dignidad humana como criterio rector del ordenamiento, al menos en las etapas iniciales de la vida humana. Si bien la dignidad es reconocida formalmente como valor superior del sistema constitucional español, su aplicación concreta queda subordinada, en este ámbito, a consideraciones de eficacia médica, interés terapéutico y autonomía reproductiva de terceros¹²². Esta configuración resulta especialmente problemática, pues la dignidad humana, por su propia naturaleza, no admite graduaciones ni condicionamientos funcionales, sino que opera como un límite material indisponible frente a cualquier intervención que afecte al ser humano.

En este marco normativo, la Ley 14/2006 crea las condiciones jurídicas necesarias para prácticas que, aun cuando no sean expresamente denominadas en el

¹²⁰ Atienza, M. (2014). *Bioética, derecho y argumentación*. Madrid: Trotta.

¹²¹ Pérez Luño, A. E. (2010). *Derechos humanos, Estado de derecho y Constitución*. Madrid: Tecnos.

¹²² De Miguel Beriain, I. (2013). *La selección genética de embriones humanos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

texto legal, se derivan lógicamente de su diseño estructural y de su finalidad declarada. Entre ellas se encuentra la posibilidad de seleccionar embriones no solo para evitar enfermedades genéticas, sino también para obtener compatibilidad inmunológica con terceros, lo que abre paso a la figura del denominado bebé medicamento¹²³. Esta práctica no aparece como una excepción marginal, sino como una consecuencia coherente de un sistema jurídico que prioriza la finalidad terapéutica sobre la consideración del embrión como fin en sí mismo.

Por tanto, el análisis sistemático y teleológico de la Ley 14/2006 permite advertir que la norma no es neutral desde el punto de vista ético-jurídico, sino que incorpora una determinada concepción del valor de la vida humana en sus fases iniciales. Dicha concepción resulta central para comprender las implicancias jurídicas del bebé medicamento, las cuales serán abordadas de manera específica en los apartados siguientes.

El diagnóstico genético preimplantacional y la selección embrionaria en la Ley 14/2006

El diagnóstico genético preimplantacional constituye uno de los ejes centrales de la Ley 14/2006, en tanto se configura como una técnica que permite analizar genéticamente los embriones obtenidos mediante fecundación in vitro antes de su implantación en el útero materno¹²⁴. Desde el punto de vista normativo, esta técnica es presentada como un mecanismo preventivo orientado a evitar la transmisión de enfermedades genéticas graves, lo que, en apariencia, responde a una finalidad terapéutica y protectora de la salud tanto del futuro nacido como de su descendencia.

La Ley 14/2006 autoriza expresamente el uso del diagnóstico genético preimplantacional no solo para detectar enfermedades hereditarias de especial gravedad, sino también para identificar alteraciones genéticas que puedan comprometer la viabilidad del embrión o el éxito del tratamiento reproductivo¹²⁵. Este marco normativo amplía significativamente el margen de intervención sobre los embriones humanos, pues habilita su análisis, clasificación y posterior selección

¹²³ Andorno, R. (2012). *La dignidad humana como principio biojurídico*. Madrid: Civitas.

¹²⁴ España. (2006). *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*. Boletín Oficial del Estado, núm. 126.

¹²⁵ Romeo Casabona, C. M. (2011). *Derecho biomédico y bioética*. Granada: Comares.

en función de criterios genéticos previamente definidos, desplazando la consideración del embrión desde una lógica de protección hacia una lógica de evaluación técnica.

Desde una perspectiva conceptual, el diagnóstico genético preimplantacional introduce una distinción jurídica relevante entre embriones “aptos” y “no aptos”, basada exclusivamente en parámetros biomédicos¹²⁶. Esta categorización implica que el valor jurídico del embrión no es intrínseco, sino contingente, pues depende de su adecuación a determinados modelos genéticos considerados aceptables por la práctica médica y legitimados por la norma. En consecuencia, los embriones que no cumplen con dichos criterios son excluidos del proceso reproductivo, lo que puede traducirse en su crioconservación indefinida, su utilización para fines de investigación o su descarte definitivo.

La selección embrionaria que deriva del diagnóstico genético preimplantacional no constituye, por tanto, una consecuencia accidental del avance científico, sino una práctica jurídicamente estructurada y normativamente autorizada por la Ley 14/2006¹²⁷. El legislador asume que la eliminación o no implantación de embriones genéticamente seleccionados es una etapa inherente al proceso técnico, y no un problema jurídico autónomo que requiera una ponderación específica desde el principio de dignidad humana.

Este enfoque revela una clara priorización del criterio de eficacia terapéutica sobre cualquier consideración ontológica o personalista del embrión humano. La ley no se interroga por el estatuto moral o jurídico del embrión sometido a diagnóstico, sino que se limita a regular los procedimientos y controles administrativos que garantizan la correcta aplicación de la técnica¹²⁸. De este modo, la protección del embrión queda subordinada a su funcionalidad dentro del proceso reproductivo y a su utilidad para alcanzar los fines perseguidos por los progenitores o por el sistema sanitario.

Resulta particularmente relevante señalar que la Ley 14/2006 no establece límites sustantivos claros respecto de los criterios de selección embrionaria, más allá

¹²⁶ De Miguel Beriain, I. (2013). *La selección genética de embriones humanos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

¹²⁷ Atienza, M. (2014). *Bioética, derecho y argumentación*. Madrid: Trotta.

¹²⁸ Andorno, R. (2012). *La dignidad humana como principio biojurídico*. Madrid: Civitas.

de la exigencia genérica de finalidad terapéutica o preventiva. Esta indeterminación normativa permite una interpretación expansiva del diagnóstico genético preimplantacional, abriendo la puerta a supuestos en los que la selección embrionaria no se orienta únicamente a evitar patologías, sino a garantizar determinadas características genéticas compatibles con intereses de terceros¹²⁹.

En este contexto, la selección embrionaria deja de ser una herramienta excepcional para convertirse en un elemento estructural del modelo reproductivo diseñado por la Ley 14/2006. El embrión es sometido a un proceso de evaluación que determina su viabilidad jurídica y médica, consolidando una lógica de aceptación o exclusión que resulta difícilmente compatible con una concepción del derecho de la persona fundada en la dignidad inherente a todo ser humano, con independencia de su estado de desarrollo.

Así, el diagnóstico genético preimplantacional, lejos de ser una técnica neutral, se erige como el presupuesto jurídico indispensable para prácticas posteriores de mayor complejidad ética y jurídica. Entre ellas destaca la selección de embriones con fines de compatibilidad genética, que constituye el fundamento técnico y normativo de la figura del bebé medicamento, la cual será analizada de manera específica en el siguiente apartado.

El bebé medicamento como consecuencia jurídica de la Ley 14/2006: instrumentalización del ser humano y conflictos con el principio de dignidad

La figura del denominado bebé medicamento no aparece de manera expresa en la Ley 14/2006; sin embargo, su posibilidad jurídica surge como una consecuencia directa, lógica y estructural del modelo normativo que dicha ley establece en materia de reproducción humana asistida y diagnóstico genético preimplantacional¹³⁰. La combinación de ambas técnicas permite no solo seleccionar embriones libres de determinadas patologías, sino también identificar aquellos que presentan compatibilidad genética con un tercero enfermo, generalmente un hermano, con el fin de utilizar su material biológico como medio terapéutico.

Desde una perspectiva jurídica, el bebé medicamento no constituye una práctica marginal o excepcional, sino el resultado coherente de un sistema normativo

¹²⁹ Santosuosso, A. (2010). *Diritto, scienza e nuove tecnologie*. Milano: Giuffrè.

¹³⁰ España. (2006). *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*. Boletín Oficial del Estado, núm. 126.

que prioriza la finalidad terapéutica y la eficacia biomédica por encima de la consideración del embrión y del futuro nacido como fines en sí mismos¹³¹. La Ley 14/2006, al habilitar la selección embrionaria basada en criterios genéticos amplios y al no reconocer un estatuto personal al embrión humano, crea un espacio normativo que permite concebir al nuevo ser humano desde su origen en función de la utilidad que puede representar para la salud de otro.

Este planteamiento introduce una ruptura sustancial con uno de los principios estructurales del derecho de la persona: la dignidad humana. La dignidad, entendida como valor intrínseco e incondicionado de todo ser humano, exige que la persona nunca sea tratada exclusivamente como medio para un fin ajeno¹³². Sin embargo, en el caso del bebé medicamento, la razón determinante de su concepción no es su propia existencia como sujeto, sino su potencial funcionalidad terapéutica, lo que implica una instrumentalización desde el momento mismo de su selección embrionaria.

La instrumentalización del ser humano se manifiesta de manera particularmente grave en el hecho de que la identidad genética del bebé medicamento es evaluada y validada jurídicamente en función de su compatibilidad con un tercero. El valor del nuevo ser humano queda así condicionado a su capacidad de cumplir una finalidad médica previamente definida, lo que supone una subordinación ontológica incompatible con una concepción personalista del derecho¹³³. Aunque el discurso jurídico intente justificar esta práctica en términos de solidaridad familiar o beneficio terapéutico, ello no elimina el carácter de la selección realizada.

Desde el punto de vista del derecho, resulta problemático que la Ley 14/2006 no establezca límites sustantivos claros frente a esta forma de utilización del ser humano. La norma se centra en regular los procedimientos técnicos y las autorizaciones administrativas, pero omite un análisis profundo sobre las implicancias jurídicas de concebir a una persona con una finalidad predeterminada que no se agota en su propio proyecto vital¹³⁴. Esta omisión no es neutra, sino que

¹³¹ Romeo Casabona, C. M. (2011). *Derecho biomédico y bioética*. Granada: Comares.

¹³² Andorno, R. (2012). *La dignidad humana como principio biojurídico*. Madrid: Civitas.

¹³³ Pérez Luño, A. E. (2010). *Derechos humanos, Estado de derecho y Constitución*. Madrid: Tecnos.

¹³⁴ Atienza, M. (2014). *Bioética, derecho y argumentación*. Madrid: Trotta.

refleja una opción legislativa que relativiza el alcance del principio de dignidad humana en favor del progreso biomédico.

Asimismo, la figura del bebé medicamento plantea serias interrogantes respecto del derecho a la identidad personal y a la autonomía futura del nacido. Al ser concebido bajo una finalidad terapéutica específica, el individuo carga desde su origen con una expectativa funcional impuesta por terceros, lo que condiciona su relación familiar y su desarrollo personal¹³⁵. Aunque la ley no obligue jurídicamente al nacido a someterse a intervenciones médicas posteriores, el condicionamiento moral y familiar resulta difícilmente evitable, configurando una forma indirecta de instrumentalización continuada.

En términos teleológicos, la Ley 14/2006 revela así una orientación normativa que, bajo la apariencia de protección de la salud y promoción del bienestar, termina habilitando prácticas que desdibujan los límites entre el uso legítimo de la biotecnología y la cosificación del ser humano. El bebé medicamento no es una desviación del sistema, sino una expresión paradigmática de un modelo jurídico que concibe la vida humana temprana como material disponible para fines terapéuticos, siempre que estos sean considerados socialmente valiosos.

En consecuencia, desde una perspectiva biojurídica y desde el derecho de la persona, la figura del bebé medicamento resulta incompatible con una comprensión robusta del principio de dignidad humana. La Ley 14/2006, al permitir indirectamente esta práctica, pone de manifiesto un desajuste persistente entre el progreso biomédico y los fundamentos axiológicos del ordenamiento jurídico, desajuste que no puede ser pasado por alto sin comprometer la coherencia interna del sistema de derechos fundamentales.

4.3. Consejo de Europa y el Convenio de Oviedo: límites éticos y jurídicos a la manipulación embrionaria

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, conocido como Convenio de Oviedo, constituye el principal instrumento jurídico vinculante en el ámbito europeo destinado a establecer límites claros a la utilización de la biomedicina cuando esta entra en conflicto con

¹³⁵ De Miguel Beriain, I. (2013). *La selección genética de embriones humanos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

la dignidad humana¹³⁶. A diferencia de legislaciones nacionales que priorizan la regulación técnica de los procedimientos biomédicos, el Convenio de Oviedo se articula desde una lógica axiológica, en la que la dignidad del ser humano se erige como fundamento y límite de toda intervención científica.

Desde su formulación, el Convenio de Oviedo parte de una premisa central: el ser humano debe ser protegido frente a posibles abusos derivados del progreso científico, especialmente cuando las técnicas biomédicas afectan al origen de la vida y a la integridad genética¹³⁷. En este sentido, el instrumento no se limita a reconocer derechos individuales, sino que establece un marco de principios orientados a prevenir la instrumentalización del ser humano, incluso en fases tempranas de desarrollo. Esta orientación resulta particularmente relevante frente a prácticas como la selección embrionaria con fines terapéuticos para terceros.

Uno de los aportes más significativos del Convenio de Oviedo es la afirmación expresa de que el interés y el bienestar del ser humano deben prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia¹³⁸. Este principio, recogido de manera transversal en el texto del Convenio, introduce un límite sustantivo al uso de técnicas biomédicas que, aun siendo científicamente viables o socialmente aceptadas, implican tratar al ser humano como un medio para alcanzar un fin externo. Desde esta perspectiva, la creación de un ser humano con la finalidad principal de servir como recurso terapéutico para otro se aparta del criterio de primacía del ser humano que articula el Convenio.

En relación con la manipulación genética, el Convenio de Oviedo establece restricciones específicas destinadas a evitar usos eugenésicos o utilitaristas de las técnicas genéticas. Si bien admite determinadas intervenciones con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos, condiciona su licitud a que no tengan por objeto la modificación del patrimonio genético de la descendencia ni la instrumentalización del ser humano¹³⁹. Este enfoque contrasta con modelos normativos que permiten una interpretación expansiva del diagnóstico genético preimplantacional, como ocurre en la Ley española 14/2006.

Desde un análisis sistemático, el Convenio de Oviedo introduce una diferencia sustancial respecto del tratamiento jurídico del embrión humano. Sin atribuirle explícitamente la condición de persona, el instrumento reconoce que el embrión merece una protección jurídica

¹³⁶ Consejo de Europa. (1997). *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo)*. Oviedo.

¹³⁷ Andorno, R. (2012). *La dignidad humana como principio biojurídico*. Madrid: Civitas.

¹³⁸ Consejo de Europa. (1997). *Convenio de Oviedo*, artículo 2.

¹³⁹ Romeo Casabona, C. M. (2011). *Derecho biomédico y bioética*. Granada: Comares.

que no puede quedar supeditada exclusivamente a criterios de utilidad biomédica¹⁴⁰. Esta protección se justifica no por el grado de desarrollo, sino por la pertenencia del embrión a la especie humana, lo que impide su reducción a mero objeto de selección o descarte técnico.

En este marco, la figura del bebé medicamento resulta difícilmente conciliable con los principios del Convenio de Oviedo. La selección de un embrión basada en su compatibilidad genética con un tercero supone, en los hechos, concebir al nuevo ser humano como un medio terapéutico, subordinando su existencia a una finalidad ajena a sí mismo¹⁴¹. Aunque dicha práctica pueda estar motivada por razones compasivas o familiares, ello no elimina el conflicto jurídico que se produce con el principio de primacía de la dignidad humana.

Asimismo, el Convenio de Oviedo refuerza la idea de que la biomedicina debe estar al servicio del ser humano y no a la inversa. Esta afirmación adquiere especial relevancia cuando se analizan prácticas que generan expectativas funcionales sobre el nacido, como ocurre en el caso del bebé medicamento, donde la finalidad terapéutica precede y condiciona el proyecto vital del individuo desde su origen¹⁴². Desde esta óptica, el Convenio actúa como un límite normativo frente a legislaciones nacionales que, bajo una lógica de eficiencia terapéutica, relativizan la centralidad de la dignidad humana.

En consecuencia, el análisis del Convenio de Oviedo permite afirmar que, en el ámbito del Consejo de Europa, existe un marco jurídico claramente orientado a contener los riesgos de instrumentalización del ser humano derivados del uso de técnicas biomédicas avanzadas. Este marco pone de relieve las insuficiencias del enfoque adoptado por la Ley 14/2006 y refuerza la necesidad de interpretar las prácticas de selección embrionaria y del bebé medicamento a la luz de principios jurídicos superiores que priorizan la dignidad y el valor intrínseco de todo ser humano.

4.4. Derecho de la Unión Europea: principios biojurídicos y límites a la concepción instrumental del ser humano en el caso del bebé medicamento

Desde el marco de los principios fundamentales del ordenamiento jurídico de la Unión Europea¹⁴³; en particular la dignidad humana, la integridad física y psíquica de la persona y el

¹⁴⁰ De Miguel Beriain, I. (2013). *La selección genética de embriones humanos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

¹⁴¹ Santosuosso, A. (2010). *Diritto, scienza e nuove tecnologie*. Milano: Giuffrè.

¹⁴² Pérez Luño, A. E. (2010). *Derechos humanos, Estado de derecho y Constitución*. Madrid: Tecnos.

¹⁴³ Unión Europea. (2012). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (2012/C 326/02), arts. 1, 3 y 24. *Diario Oficial de la Unión Europea*, C 326, 391–407.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>

interés superior del niño, no existe una regulación unificada sobre las técnicas de reproducción humana asistida ni una referencia expresa a la figura del bebé medicamento. Sin embargo, estos principios, recogidos principalmente en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proporcionan parámetros normativos y jurisprudenciales suficientes para evaluar la compatibilidad de determinadas prácticas biomédicas a la luz del ordenamiento jurídico europeo. En el caso del bebé medicamento, la cuestión jurídica central no radica en la licitud general de la reproducción asistida, sino en determinar si el ordenamiento jurídico europeo tolera que un ser humano sea concebido y seleccionado primordialmente en función de una finalidad terapéutica dirigida a un tercero, esto es, bajo una lógica de instrumentalización de la vida humana.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea sitúa la dignidad humana como valor inviolable y fundamento del sistema jurídico europeo, al establecer que debe ser respetada y protegida en todo momento¹⁴⁴. Este reconocimiento no opera como una simple declaración axiológica, sino como un criterio interpretativo vinculante que condiciona la aplicación del Derecho de la Unión y de los ordenamientos nacionales cuando estos actúan en su ámbito de aplicación. Desde esta perspectiva, la dignidad humana impone un límite material frente a cualquier práctica que trate al ser humano como objeto de gestión técnica o como recurso funcional para alcanzar fines ajenos a su propia existencia.

Aplicado al caso del bebé medicamento, el principio de dignidad se ve comprometido, pues la selección embrionaria por compatibilidad genética presupone que el valor determinante del nuevo ser humano reside en su utilidad terapéutica para otro. Aunque el objetivo perseguido sea salvar o mejorar la vida de un tercero, el ordenamiento jurídico europeo impone cuestionar si la finalidad terapéutica puede justificar una concepción en la que el ser humano es diseñado y seleccionado en función de su capacidad de servir como medio, y no como fin en sí mismo.

Un aporte particularmente relevante del Derecho de la Unión Europea para este análisis se encuentra en el ámbito de la biotecnología, a través de la Directiva 98/44/CE sobre la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas¹⁴⁵. Si bien esta norma regula el derecho de patentes, su contenido resulta jurídicamente significativo porque expresa un límite biojurídico frente a la cosificación de la vida humana incipiente. La Directiva excluye de la

¹⁴⁴ Unión Europea. (2012). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, artículo 1.

¹⁴⁵ Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (1998). *Directiva 98/44/CE, de 6 de julio de 1998, relativa a la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas*. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, L 213, 13–21.

patentabilidad aquellas invenciones cuya explotación sea contraria al orden público o a la moral y considera expresamente que se incluyen en dicha prohibición los usos de embriones humanos con fines industriales o comerciales.

La lógica subyacente a esta exclusión no es técnica ni económica, sino axiológica: el Derecho de la Unión reconoce que existen ámbitos en los que la vida humana temprana no puede ser absorbida por una lógica de utilidad, apropiación o explotación funcional. Este razonamiento resulta extrapolable al análisis del bebé medicamento, en la medida en que la selección embrionaria por compatibilidad genética implica valorar la existencia humana en función de un fin externo, aun cuando dicho fin sea terapéutico.

Esta orientación se consolidó a nivel jurisprudencial en el caso *C-34/10, Brüstle vs. Greenpeace*, en el cual el Tribunal de Justicia de la Unión Europea adoptó una interpretación amplia del concepto de embrión humano con el fin de evitar que se eludan los límites ético-jurídicos mediante construcciones técnicas o definiciones restrictivas¹⁴⁶. El Tribunal sostuvo que la protección otorgada al embrión responde a la necesidad de preservar el respeto a la dignidad humana frente a prácticas que requieren su utilización instrumental. Aunque el pronunciamiento se produce en el contexto de la patentabilidad, su razonamiento es relevante para evaluar otras prácticas biomédicas que descansan sobre la lógica de la instrumentalización embrionaria.

Posteriormente, en el asunto *C-364/13, International Stem Cell Corporation*, el Tribunal de Justicia precisó los alcances de dicha doctrina, atendiendo a la capacidad inherente de determinadas entidades biológicas para desarrollarse en un ser humano¹⁴⁷. Este matiz jurisprudencial no debilita el principio de dignidad, sino que busca dotarlo de coherencia técnica, evitando prohibiciones indiferenciadas sin renunciar al límite de fondo frente a la cosificación de la vida humana. Para el análisis del bebé medicamento, este enfoque resulta metodológicamente relevante, pues permite sostener que no es necesario atribuir personalidad jurídica plena al embrión para reconocer la existencia de límites biojurídicos claros frente a su utilización instrumental.

Desde esta perspectiva, el Derecho de la Unión Europea ofrece criterios claros para cuestionar la compatibilidad del bebé medicamento con sus principios fundamentales. La

¹⁴⁶ Tribunal de Justicia de la Unión Europea. (2011). *Sentencia de 18 de octubre de 2011, asunto C-34/10, Oliver Brüstle vs. Greenpeace eV*.

¹⁴⁷ Tribunal de Justicia de la Unión Europea. (2014). *Sentencia de 18 de diciembre de 2014, asunto C-364/13, International Stem Cell Corporation vs. Comptroller General of Patents*.

selección embrionaria orientada a garantizar compatibilidad genética con un tercero configura una forma de intervención que asigna valor al ser humano en función de su utilidad funcional, estructura finalista que colisiona con el núcleo del principio de dignidad tal como es entendido en el ordenamiento europeo. Aunque el Derecho de la Unión no prohíba expresamente la figura del bebé medicamento, sí establece un marco normativo que exige una justificación reforzada frente a prácticas que convierten al ser humano en medio terapéutico.

El Derecho de la Unión Europea, interpretado a la luz del principio de dignidad humana y de los límites biojurídicos establecidos en materia de biotecnología, se presenta como un marco supranacional de referencia que introduce límites a los modelos nacionales más permisivos y refuerza la crítica jurídica a la selección embrionaria con fines terapéuticos para terceros. Este marco no ofrece una respuesta definitiva al problema del bebé medicamento, pero permite advertir que dicha práctica no encaja plenamente con los principios estructurales del ordenamiento jurídico europeo.

4.5. Convención sobre los Derechos del Niño como parámetro interpretativo internacional frente a la selección embrionaria con fines terapéuticos

La Convención sobre los Derechos del Niño constituye el principal instrumento internacional de protección jurídica de la infancia y resulta relevante para el análisis del bebé medicamento no por regular directamente las técnicas de reproducción asistida, sino por establecer criterios interpretativos obligatorios para toda decisión que afecte a un niño como sujeto de derechos¹⁴⁸. En ese sentido, este apartado no desarrolla nuevamente el contenido del interés superior del niño, ya analizado de manera exhaustiva en el capítulo anterior, sino que examina cómo dicho principio opera, a nivel internacional, como límite frente a prácticas de selección embrionaria con finalidad terapéutica externa.

Desde la lógica de la Convención, el niño es reconocido como sujeto pleno de derechos desde una perspectiva integral, lo que implica que cualquier medida que incida sobre su existencia, identidad o desarrollo debe ser evaluada desde su propia condición de titular de derechos y no desde intereses ajenos, aun cuando estos sean legítimos o socialmente valorados¹⁴⁹. Aplicado al caso del bebé medicamento, este enfoque internacional obliga a desplazar el análisis desde la eficacia terapéutica hacia la situación jurídica del niño concebido bajo una finalidad predeterminada.

¹⁴⁸ Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 44/25.

¹⁴⁹ Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*, artículo 3.

En este marco, el principio del interés superior del niño, entendido como criterio interpretativo transversal del derecho internacional de la infancia, adquiere una función limitadora frente a prácticas que subordinan al niño a finalidades externas¹⁵⁰. La selección embrionaria orientada a garantizar compatibilidad genética para beneficiar a un tercero revela una colisión con este principio, en la medida en que el interés del niño concebido no constituye el criterio rector de la decisión reproductiva, sino que queda subordinado a la necesidad terapéutica de otro miembro de la familia.

Asimismo, la Convención reconoce el derecho del niño al desarrollo integral y a la preservación de su identidad, lo que implica que el niño no debe ser concebido ni tratado como un instrumento para alcanzar fines ajenos a su propio proyecto vital¹⁵¹. En el caso del bebé medicamento, la finalidad terapéutica que motiva su concepción introduce un condicionamiento estructural que acompaña al niño desde su origen y que resulta difícilmente conciliable con la lógica de autonomía progresiva y desarrollo libre que subyace al sistema de protección internacional de la infancia.

La doctrina del Comité de los Derechos del Niño ha reforzado esta interpretación al señalar que el interés superior del niño exige una evaluación concreta del impacto de cualquier medida sobre el niño afectado, evitando decisiones que prioricen intereses familiares, científicos o sociales por encima de los derechos del propio niño¹⁵². Aunque el Comité no se ha pronunciado expresamente sobre la figura del bebé medicamento, sus criterios interpretativos permiten cuestionar jurídicamente una práctica en la que el niño es concebido bajo una finalidad funcional definida por terceros.

Por lo tanto, la Convención sobre los derechos del niño, leída como parámetro interpretativo internacional, no legitima una concepción instrumental del niño, aun cuando esta se presente bajo la forma de una intervención terapéutica altruista. Desde este enfoque, la selección embrionaria con fines terapéuticos para terceros se sitúa en una situación de incompatibilidad jurídica con los principios estructurales del derecho internacional de la infancia, reforzando la crítica al bebé medicamento como práctica incompatible con la centralidad del niño como sujeto de derechos.

¹⁵⁰ Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación general n.º 14: El derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial* (CRC/C/GC/14).

¹⁵¹ Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*, artículos 6 y 8.

¹⁵² Andorno, R. (2012). *La dignidad humana como principio biojurídico*. Madrid: Civitas.

4.6. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO): principios aplicables al caso del bebé medicamento

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la UNESCO en 2005, representa un esfuerzo normativo internacional orientado a establecer principios comunes que guíen la aplicación de la biología y la medicina en contextos de rápido avance científico¹⁵³. Aunque se trata de un instrumento de soft law, su importancia jurídica radica en la formulación de parámetros biojurídicos que articulan de manera explícita la relación entre ciencia, ética y derechos humanos, ofreciendo criterios interpretativos relevantes para el análisis de prácticas biomédicas complejas como la selección embrionaria con fines terapéuticos.

La Declaración parte de una concepción antropocéntrica del derecho biomédico, en la que la ciencia y la tecnología deben estar al servicio del ser humano y no a la inversa¹⁵⁴. Esta afirmación adquiere particular relevancia frente al fenómeno del bebé medicamento, en tanto dicha práctica se estructura sobre una finalidad previa a la existencia del nuevo ser humano: su utilidad terapéutica para un tercero. Desde esta perspectiva, la Declaración introduce un marco axiológico que obliga a interrogarse no solo por los beneficios médicos obtenidos, sino por la forma en que estos beneficios se alcanzan y por el impacto que generan sobre la persona concebida.

El principio de dignidad humana, reconocido como eje estructural de la Declaración, establece que toda intervención biomédica debe respetar el valor intrínseco del ser humano, con independencia de su estado de desarrollo o de su capacidad de autodeterminación¹⁵⁵. Aplicado al bebé medicamento, este principio entra en conflicto con dicha práctica, ya que la selección embrionaria por compatibilidad genética implica valorar la vida humana desde una lógica funcional, en la que el rasgo decisivo no es la persona en sí misma, sino su capacidad para cumplir un rol terapéutico previamente definido. La dignidad, entendida en estos términos, no admite que la existencia humana sea diseñada o condicionada por su utilidad para otros.

La Declaración también desarrolla de manera expresa la prohibición de tratar a los seres humanos como meros medios, incluso cuando la finalidad perseguida sea considerada legítima desde una perspectiva médica o social¹⁵⁶. Esta prohibición resulta central para el análisis del

¹⁵³ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Conferencia General de la UNESCO.

¹⁵⁴ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, preámbulo.

¹⁵⁵ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, artículo 3.

¹⁵⁶ Andorno, R. (2012). *La dignidad humana como principio biojurídico*. Madrid: Civitas.

bebé medicamento, pues la práctica supone concebir a un ser humano con una finalidad instrumental que antecede a su propio proyecto vital. El hecho de que la finalidad sea terapéutica y esté orientada a salvar la vida de otro no elimina el problema jurídico de fondo, consistente en la reducción del nuevo ser humano a un recurso biológico disponible.

Otro principio relevante es el de autonomía y responsabilidad individual, que reconoce el derecho de toda persona a tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y su propia vida¹⁵⁷. Si bien este principio se formula pensando en sujetos capaces de consentir, su proyección al análisis del bebé medicamento permite evidenciar una asimetría estructural: la decisión de concebir, seleccionar y eventualmente utilizar material biológico del niño es adoptada íntegramente por terceros, sin posibilidad de participación ni consentimiento del sujeto directamente afectado. Esta situación plantea interrogantes sobre la legitimidad de decisiones biomédicas cuyos efectos recaen sobre personas que no han podido expresar su voluntad.

La Declaración incorpora además el principio de justicia y equidad, exigiendo que los beneficios de los avances científicos no se obtengan a costa de la vulneración de los derechos de personas o grupos en situación de especial vulnerabilidad¹⁵⁸. El bebé medicamento se sitúa claramente dentro de esta categoría, al tratarse de un individuo concebido en una etapa de absoluta indefensión, cuya selección y eventual utilización responden a intereses ajenos. Desde esta óptica, la práctica plantea un problema de distribución de cargas y beneficios, en el que el sacrificio potencial recae sobre el niño concebido, mientras que el beneficio terapéutico se proyecta sobre un tercero.

La Declaración refuerza esta preocupación al subrayar la necesidad de otorgar protección especial a las personas vulnerables frente a aplicaciones biomédicas que puedan afectar su dignidad o integridad¹⁵⁹. Esta exigencia de protección resulta especialmente pertinente en el caso del bebé medicamento, donde la vulnerabilidad no es circunstancial, sino estructural, pues deriva del modo mismo en que el niño es concebido y del rol que se le asigna dentro del proyecto terapéutico familiar. La expectativa funcional que acompaña al niño desde su origen puede generar presiones morales, emocionales y sociales difíciles de conciliar con una concepción del ser humano como sujeto libre y autónomo.

¹⁵⁷ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, artículo 5.

¹⁵⁸ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, artículo 10.

¹⁵⁹ UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, artículo 8.

Desde una lectura sistemática, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos no avala un modelo de intervención biomédica basado exclusivamente en la maximización de beneficios terapéuticos. Su lógica normativa exige que los avances científicos se sometan a un control biojurídico que tenga como eje la dignidad humana, la no instrumentalización y la protección reforzada de los más vulnerables. En este marco, la selección embrionaria con fines terapéuticos para terceros desborda los criterios de legitimidad establecidos por los modelos internacionales de bioética y derechos humanos.

La utilidad de la Declaración UNESCO para el análisis jurídico del bebé medicamento reside, precisamente, en su capacidad para ofrecer un lenguaje común de principios que trasciende los ordenamientos nacionales y permite evaluar críticamente prácticas biomédicas que, aun siendo técnicamente posibles y legalmente permitidas en determinados Estados, comprometen la centralidad del ser humano como fin en sí mismo. Desde este marco, el bebé medicamento no puede ser analizado únicamente como una solución terapéutica, sino como un fenómeno que interpela los límites éticos y jurídicos del uso de la biomedicina en sociedades democráticas.

4.7. Lectura integrada del marco jurídico internacional frente a la figura del bebé medicamento

El análisis desarrollado a lo largo del presente capítulo ha permitido examinar la figura del bebé medicamento desde diversos niveles normativos, nacional, europeo e internacional, revelando un patrón jurídico común que trasciende las particularidades de cada instrumento y que resulta determinante para la comprensión del problema jurídico planteado. Aunque ninguno de los marcos analizados regula de manera expresa y directa la práctica del bebé medicamento, todos ellos aportan criterios normativos que permiten evaluar críticamente su compatibilidad con los principios estructurales del derecho contemporáneo.

La legislación española, representada por la Ley española 14/2006, evidencia cómo un enfoque centrado en la eficacia terapéutica y en la regulación técnica de la biomedicina puede generar espacios normativos que habilitan la selección embrionaria con fines funcionales. Esta habilitación no se produce de manera explícita, sino como resultado de un diseño normativo que prioriza la finalidad médica y relativiza el estatuto jurídico del embrión y del futuro nacido. El bebé medicamento surge así no como una excepción, sino como una consecuencia jurídicamente posible dentro de un modelo permisivo.

Frente a este enfoque, los instrumentos de carácter supranacional introducen límites conceptuales que cuestionan la lógica funcional sobre la que se apoya dicha práctica. El

Convenio de Oviedo, el Derecho de la Unión Europea, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aun con naturalezas jurídicas distintas, convergen en un núcleo común: la afirmación de la dignidad humana como valor intrínseco y la prohibición de tratar al ser humano como mero medio para la consecución de fines ajenos. Este núcleo no opera como una prohibición técnica específica, sino como una guía de interpretación y control frente al uso instrumental de la biomedicina.

Desde esta lectura integrada, el bebé medicamento aparece situado en una zona de fricción jurídica permanente. Por un lado, la práctica se presenta como una respuesta terapéutica eficaz frente a enfermedades graves y como una manifestación de solidaridad familiar; por otro, entra en conflicto con principios jurídicos que exigen que la persona sea considerada como fin en sí misma desde su origen, con independencia de los beneficios que su existencia pueda generar para terceros. Esta contradicción no queda resuelta por la mera ausencia de una prohibición expresa, pues el derecho internacional contemporáneo opera cada vez más a través de principios estructurales que condicionan la legitimidad de las prácticas científicas.

Un elemento transversal identificado en todos los instrumentos analizados es la resistencia normativa a la instrumentalización del ser humano, especialmente cuando esta se produce en contextos de vulnerabilidad extrema. El embrión y el niño concebido mediante selección genética se encuentran en una posición de absoluta indefensión frente a decisiones adoptadas por terceros, lo que activa un nivel reforzado de protección jurídica. En este sentido, la finalidad terapéutica, aun siendo legítima y comprensible, no neutraliza automáticamente el reproche jurídico que surge cuando la existencia humana es concebida bajo un diseño funcional previo.

Asimismo, el análisis conjunto permite advertir que el derecho internacional y supranacional no exige necesariamente reconocer al embrión como persona en sentido pleno para imponer límites a su utilización. Los criterios examinados operan desde la dignidad, la moralidad pública, la protección de los vulnerables y la centralidad del ser humano como sujeto de derechos, configurando un marco normativo que cuestiona la reducción de la vida humana a recurso terapéutico. Esta aproximación resulta especialmente relevante para el debate sobre el bebé medicamento, pues desplaza la discusión desde categorías ontológicas cerradas hacia principios jurídicos operativos.

En este capítulo, se pone de manifiesto que la figura del bebé medicamento no puede ser comprendida únicamente como un problema médico ni como una opción regulatoria aislada, sino como un fenómeno que interpela los fundamentos axiológicos del ordenamiento jurídico.

La coexistencia de marcos normativos permisivos a nivel nacional y exigencias restrictivas en el plano internacional revela una falta de armonización que genera incertidumbre jurídica y plantea interrogantes sobre los límites del progreso biomédico en sociedades comprometidas con los derechos humanos.

Esta lectura integrada no pretende cerrar el debate ni formular conclusiones definitivas, sino dejar planteado el problema jurídico en toda su complejidad. El contraste entre la habilitación normativa y los límites principistas prepara el terreno para un análisis ulterior, orientado a determinar si la figura del bebé medicamento puede ser jurídicamente compatible con una concepción robusta del derecho de la persona o si, por el contrario, representa una ruptura con los principios que informan el sistema contemporáneo de protección de la dignidad humana.



Capítulo V.

Protección del concebido en el ordenamiento jurídico peruano ante la práctica de los bebés medicamento

5.1. Delimitación del problema biojurídico del concebido en el ordenamiento peruano

El debate en torno a los bebés medicamento revela un conflicto biojurídico de especial complejidad, en la medida en que presupone la selección embrionaria mediante diagnóstico genético preimplantacional y, con ello, la creación de vida humana condicionada a su utilidad terapéutica para un tercero. En este escenario, la discusión trasciende el ámbito estrictamente biomédico y se proyecta hacia el derecho de la persona, pues obliga a determinar hasta qué punto el ordenamiento jurídico puede tolerar prácticas que inciden directamente sobre la dignidad, la vida y la integridad del ser humano desde sus primeras etapas de desarrollo.

A partir de esta premisa, el análisis se traslada al ordenamiento jurídico peruano con el propósito de identificar el conjunto de normas, principios y criterios interpretativos que delimitan la protección del concebido frente a eventuales prácticas de instrumentalización genética. No se trata de reiterar los desarrollos internacionales o comparados previamente examinados, sino de construir el marco normativo interno que permite evaluar si el sistema jurídico peruano ofrece una tutela coherente y suficiente frente a la posible utilización del concebido como medio terapéutico.

En este sentido, el capítulo se estructura a partir del examen del bloque constitucional y legal peruano, de la jurisprudencia nacional relevante y de los principios biojurídicos que informan la protección del concebido. Este recorrido permitirá, posteriormente, identificar los vacíos normativos existentes y valorar si estos pueden ser afrontados mediante criterios interpretativos o si requieren una intervención legislativa expresa, siempre bajo la premisa de que el concebido constituye un fin en sí mismo y no un instrumento al servicio de intereses ajenos.

5.2. Bloque constitucional peruano y parámetro interamericano aplicable

El análisis de la protección del concebido en el ordenamiento jurídico peruano exige partir del bloque constitucional, entendido no solo como un conjunto de normas supremas, sino como un sistema axiológico que orienta la interpretación de todo el ordenamiento jurídico. En materia biojurídica, este bloque cumple una función decisiva: establecer los límites

infranqueables frente a prácticas científicas o médicas que puedan comprometer la dignidad de la persona humana desde sus primeras etapas de desarrollo¹⁶⁰.

El artículo 1 de la Constitución Política del Perú consagra a la dignidad de la persona humana como el fin supremo de la sociedad y del Estado¹⁶¹. Esta disposición no tiene un carácter meramente declarativo, sino que constituye el eje interpretativo del sistema constitucional. Desde una perspectiva personalista, la dignidad no se fundamenta en la autonomía, en la funcionalidad ni en la utilidad social del individuo, sino en su condición ontológica de persona. En consecuencia, todo ser humano posee dignidad por el solo hecho de serlo, con independencia de su grado de desarrollo, estado de salud o capacidad de autodeterminación¹⁶². Bajo esta lógica, el concebido no puede ser tratado como un objeto de intervención científica ni como un medio para la satisfacción de fines ajenos, por más legítimos o solidarios que estos se presenten.

Este principio se ve reforzado por el artículo 2, inciso 1, de la Constitución, que reconoce el derecho a la vida y establece expresamente que este derecho se protege desde la concepción¹⁶³. La norma constitucional adopta así una concepción amplia de la titularidad del derecho a la vida, que no se supedita a criterios de viabilidad, implantación, desarrollo neurológico o reconocimiento legal posterior. El concebido es reconocido como sujeto de tutela constitucional desde el inicio mismo de su existencia, lo que excluye cualquier interpretación que relativice su valor jurídico en función de criterios utilitarios o técnicos.

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha desarrollado este mandato constitucional, afirmando de manera reiterada que la vida humana constituye un presupuesto indispensable para el ejercicio de los demás derechos fundamentales y que su protección se extiende al concebido con un grado reforzado de tutela¹⁶⁴. En este sentido, el Tribunal ha precisado que la dignidad humana actúa como un límite material frente a políticas públicas o prácticas médicas que pretendan disponer de la vida humana como si se tratara de un bien disponible o susceptible de ponderaciones ordinarias¹⁶⁵.

Un precedente particularmente relevante es el recaído en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC, referido a la distribución de la anticoncepción oral de emergencia por parte del Estado.

¹⁶⁰ Andorno, R. (2013). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.

¹⁶¹ Constitución Política del Perú [CPP]. (1993). Artículo 1.

¹⁶² Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

¹⁶³ Constitución Política del Perú [CPP]. (1993). Artículo 2, inciso 1.

¹⁶⁴ Tribunal Constitucional del Perú. (2009). Sentencia del Expediente N.º 02005-2009-PA/TC.

¹⁶⁵ Tribunal Constitucional del Perú. (2003). Sentencia del Expediente N.º 00008-2003-AI/TC.

En dicha sentencia, el Tribunal Constitucional sostuvo que, mientras subsista una duda razonable sobre un posible efecto antiimplantatorio, el Estado no puede promover políticas que pongan en riesgo la vida del concebido, reafirmando que este goza de protección constitucional desde la concepción¹⁶⁶. Este criterio resulta plenamente trasladable al análisis de los bebés medicamento, pues en el diagnóstico genético preimplantacional el descarte de embriones no compatibles no es una posibilidad eventual, sino una consecuencia estructural del procedimiento.

Asimismo, en el Expediente N.º 00008-2003-AI/TC, relativo al aborto terapéutico, el Tribunal Constitucional reconoció que la vida del concebido no es un bien jurídicamente disponible y que solo en situaciones estrictamente excepcionales puede admitirse una intervención que la afecte, siempre bajo parámetros de necesidad extrema y proporcionalidad¹⁶⁷. Este razonamiento resulta especialmente relevante para el presente análisis, pues si el ordenamiento solo tolera la afectación de la vida del concebido en escenarios límite de conflicto vital, con mayor razón debe rechazar prácticas que, como los bebés medicamento, suponen la creación y selección deliberada de embriones en función de su utilidad genética para terceros.

Ahora bien, el bloque constitucional peruano no puede analizarse de manera aislada del sistema interamericano de derechos humanos. En este punto, resulta inevitable referirse a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*, en la que el tribunal sostuvo que la protección del derecho a la vida prevista en el artículo 4.1 de la Convención Americana no es absoluta y que el término “concepción” debe entenderse, a efectos de dicho instrumento, a partir de la implantación del embrión en el útero¹⁶⁸. Esta interpretación fue utilizada para cuestionar la prohibición absoluta de la fecundación in vitro en Costa Rica.

Sin embargo, la recepción de este criterio en el ordenamiento peruano no es automática ni acrítica. En primer lugar, porque la Constitución peruana reconoce expresamente la protección de la vida desde la concepción, sin introducir distinciones entre fecundación e implantación. En segundo lugar, porque el Tribunal Constitucional peruano ha desarrollado una línea jurisprudencial consistente que reconoce al concebido como sujeto de derechos con tutela

¹⁶⁶ Tribunal Constitucional del Perú. (2009). Exp. N.º 02005-2009-PA/TC, fundamento jurídico pertinente.

¹⁶⁷ Tribunal Constitucional del Perú. (2003). Exp. N.º 00008-2003-AI/TC.

¹⁶⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*. Sentencia de 28 de noviembre de 2012.

reforzada, lo que evidencia una opción constitucional clara por un modelo de protección personalista¹⁶⁹. En este contexto, la sentencia *Artavia Murillo* no puede ser utilizada para desarticular el bloque constitucional interno ni para justificar prácticas que instrumentalicen al concebido, sino que debe ser interpretada de manera compatible con los principios y valores fundamentales del ordenamiento peruano.

Esta posición encuentra sustento en la doctrina constitucional peruana, particularmente en el criterio desarrollado por Castillo Córdova, quien sostiene que los derechos fundamentales y el derecho en general deben estar siempre al servicio de la persona humana, entendida como un fin en sí misma y no como un medio para la realización de intereses ajenos¹⁷⁰. Desde esta perspectiva, cualquier interpretación del derecho internacional de los derechos humanos que relativice la protección del concebido en función de consideraciones utilitarias resulta incompatible con el núcleo axiológico de la Constitución peruana.

En consecuencia, el bloque constitucional peruano, interpretado de manera sistemática y conforme a una bioética personalista, establece un parámetro claro frente a la práctica de los bebés medicamento: la vida humana es inviolable desde la concepción, la dignidad es inherente a toda persona y no admite graduaciones, y ningún avance científico puede justificar la creación, selección o descarte de seres humanos en función de su utilidad genética. Este referente constitucional resulta determinante para el análisis del marco legal ordinario y de la respuesta jurídica frente a los vacíos normativos existentes.

5.3. Marco legal ordinario peruano y estatuto jurídico del concebido

El bloque constitucional peruano encuentra concreción normativa en un conjunto de disposiciones de rango legal que, aunque no regulan de manera expresa las técnicas de reproducción humana asistida ni el diagnóstico genético preimplantacional, configuran un estatuto jurídico del concebido incompatible con cualquier forma de instrumentalización genética. Estas normas, interpretadas de manera sistemática y conforme a una bioética personalista, permiten afirmar que el ordenamiento jurídico peruano reconoce al concebido como sujeto de derecho y no como objeto de disposición técnica¹⁷¹.

¹⁶⁹ Tribunal Constitucional del Perú. Jurisprudencia reiterada sobre la protección del concebido.

¹⁷⁰ Castillo Córdova, L. (2007). *El derecho y la persona: una reflexión desde la filosofía del derecho*. Revista de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 61, 45–68.

¹⁷¹ Andorno, R. (2013). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.

El punto de partida lo constituye el artículo 1 del Código Civil, que establece que la vida humana comienza con la concepción y que el concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece¹⁷². Esta disposición no introduce una protección condicionada o gradual, sino que afirma una continuidad ontológica y jurídica de la persona humana desde su inicio. Desde esta perspectiva, el concebido no es un bien jurídico eventual ni una expectativa de persona, sino un titular real de derechos, cuya existencia no puede subordinarse a criterios de utilidad genética o conveniencia terapéutica.

Esta protección se refuerza en el ámbito sanitario a través de la Ley General de Salud, Ley N.º 26842. Dicha norma reconoce que toda persona tiene derecho al respeto de su integridad física, psíquica y moral, y que toda intervención médica debe orientarse al beneficio directo del paciente¹⁷³. Este principio resulta central para el análisis de los bebés medicamento, pues en estos supuestos el concebido no es el beneficiario de la intervención médica que da origen a su existencia, sino el medio para curar a un tercero. Desde la lógica de la ley sanitaria, una práctica médica que instrumentaliza a un ser humano para beneficiar a otro carece de legitimidad jurídica.

En la misma línea, el Código de los Niños y Adolescentes reconoce en el artículo I de su Título Preliminar que niño es todo ser humano desde su concepción, y que el Estado debe garantizar su protección integral en todo cuanto le favorece¹⁷⁴. Aunque esta norma suele ser invocada principalmente en contextos de niñez ya nacida, su redacción expresa impide excluir al concebido de su ámbito de tutela. En consecuencia, el interés superior del niño, correctamente entendido, no puede utilizarse para justificar la creación de un nuevo ser humano con el propósito de servir como donante, pues ello implicaría anteponer el interés de un tercero sobre los derechos del propio concebido.

Un desarrollo normativo especialmente relevante es el introducido por la ley N.º 31935 (2023), que fortalece la protección jurídica del concebido al reconocerlo expresamente como sujeto de derechos y establecer un catálogo específico aplicable desde la concepción¹⁷⁵. Esta norma no se limita a una proclamación genérica, sino que consolida un auténtico estatuto jurídico que incluye, entre otros, el derecho a la vida, a la salud, a la integridad moral, psíquica y física, a la identidad y al libre desarrollo. En el contexto de los bebés medicamento, este

¹⁷² Código Civil del Perú. (1984). Artículo 1.

¹⁷³ Ley General de Salud, Ley N.º 26842. (1997). Artículos 1 y 7.

¹⁷⁴ Código de los Niños y Adolescentes, Ley N.º 27337. (2000). Artículo I del Título Preliminar.

¹⁷⁵ Ley N.º 31935. (2023). Ley que reconoce y protege los derechos del concebido.

reconocimiento adquiere una dimensión sustantiva, pues cada uno de estos derechos se ve directamente comprometido cuando la vida es concebida bajo un criterio de utilidad genética.

El derecho a la vida, como presupuesto ontológico y jurídico de todos los demás derechos fundamentales, resulta comprometido cuando la existencia del concebido queda condicionada a su compatibilidad genética con un hermano enfermo y cuando los embriones no compatibles son descartados o sometidos a crioconservación indefinida. De igual modo, el derecho a la salud del concebido se desnaturaliza cuando la decisión médica que da origen a su existencia no está orientada a su propio bienestar, sino primordialmente al beneficio terapéutico de un tercero. Esta lógica instrumental resulta incompatible con el enfoque personalista que informa el ordenamiento jurídico peruano en materia de salud, particularmente el recogido en la Ley General de Salud¹⁷⁶, así como en sus normas modificatorias más recientes, las cuales reafirman la protección integral de la persona humana desde su concepción.

La integridad moral, psíquica y física del concebido también se ve comprometida desde el momento en que su identidad queda predefinida por una finalidad terapéutica ajena. Concebir a un niño con la expectativa de que actúe como donante implica imponerle un rol previo que afecta su dignidad y su desarrollo personal, incluso antes de que pueda ejercer autonomía alguna. En este sentido, la instrumentalización no es un efecto posterior, sino una condición originaria que vulnera el núcleo de sus derechos personalísimos.

En el ámbito penal, el ordenamiento peruano refuerza esta protección mediante la tipificación de conductas que afectan al concebido. El artículo 124-A del Código Penal sanciona a quien cause daño en el cuerpo o en la salud del concebido, reafirmando la obligación del Estado de tutelar su integridad desde la concepción¹⁷⁷. Asimismo, la legislación penal prohíbe determinadas formas de manipulación genética, como la clonación humana. Sin embargo, esta protección resulta parcial, pues no contempla de manera expresa la creación deliberada de embriones con fines terapéuticos para terceros, lo que evidencia un vacío normativo relevante.

En conjunto, el marco legal ordinario peruano confirma la opción constitucional por una protección personalista del concebido, al reconocerlo como sujeto de derechos y al prohibir, directa o indirectamente, su cosificación. No obstante, la ausencia de una regulación específica

¹⁷⁶ Congreso de la República del Perú. (1997). *Ley General de Salud*, Ley N.º 26842. Diario Oficial *El Peruano*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/244631-26842>; Congreso de la República del Perú. (2023). *Ley N.º 31935, ley que modifica diversas disposiciones en materia de salud*. Diario Oficial *El Peruano*. <https://www.elperuano.pe>

¹⁷⁷ Código Penal del Perú. (1991). Artículo 124-A.

sobre el diagnóstico genético preimplantacional y las técnicas de reproducción humana asistida genera un espacio de incertidumbre jurídica que podría ser interpretado de manera expansiva en favor de prácticas incompatibles con la dignidad humana. Este escenario justifica la necesidad de analizar la jurisprudencia nacional y los criterios administrativos relevantes, a fin de determinar si el ordenamiento cuenta con mecanismos suficientes para cerrar estos vacíos sin sacrificar la tutela del concebido.

5.4. Derechos biojurídicos fundamentales del concebido en el ordenamiento jurídico peruano

La protección jurídica del concebido en el ordenamiento peruano no se limita a una afirmación abstracta de su existencia biológica, sino que se concreta en el reconocimiento de un conjunto de derechos fundamentales que conforman su estatuto biojurídico desde la concepción. Este estatuto se sustenta de manera convergente en el bloque constitucional, en la legislación civil y especial, así como en una interpretación sistemática del derecho orientada por la dignidad de la persona humana como valor supremo del ordenamiento jurídico¹⁷⁸.

Desde una perspectiva biojurídica personalista, el concebido es reconocido como sujeto de derechos, y no como un mero objeto de tutela o una expectativa de persona futura. Esta concepción se encuentra expresamente recogida en el artículo 1 de la Constitución Política del Perú, que reconoce a la persona humana como fin supremo de la sociedad y del Estado, así como en el artículo 2, inciso 1, que protege el derecho a la vida desde la concepción. Dichas disposiciones constitucionales configuran un marco axiológico que impide subordinar la existencia humana a criterios de utilidad, funcionalidad o conveniencia técnica¹⁷⁹.

En primer lugar, el concebido es titular del derecho a la vida, entendido no solo como la prohibición de suprimir arbitrariamente, sino como un límite material frente a decisiones técnicas que condicionen su existencia a parámetros ajenos a su propia dignidad. Este derecho constituye el presupuesto ontológico y jurídico de todos los demás derechos fundamentales, y excluye cualquier práctica que introduzca una lógica selectiva basada en criterios genéticos o terapéuticos orientados al beneficio de terceros. En el contexto de los bebés medicamento, el derecho a la vida se ve directamente comprometido cuando la técnica presupone la creación de múltiples embriones y el descarte de aquellos que no cumplen con los requisitos de compatibilidad genética.

¹⁷⁸ Naranjo Ramírez, g. p. *implicaciones jurídicas de la investigación en genética humana*. revista facultad de derecho y ciencias políticas, n.º 103, 2004, pp. 125-151.

¹⁷⁹ Castillo Córdova, l. *derechos fundamentales y persona humana*. lima: ara editores, 2007.

Asimismo, el concebido es titular del derecho a la integridad física, psíquica y moral, el cual impide comprenderlo como un objeto de intervención biomédica orientada a fines distintos de su propio bienestar. Este derecho, reconocido de manera transversal en la legislación peruana, se ve vulnerado cuando la existencia del concebido es concebida desde su origen como un medio para la obtención de beneficios terapéuticos respecto de un tercero. La integridad personal no se reduce a la ausencia de daño físico inmediato, sino que comprende la protección frente a formas estructurales de cosificación que afectan la dignidad del sujeto desde el inicio de su existencia.

A ello se suma el derecho a la identidad, particularmente relevante en el análisis de prácticas que implican selección genética. La identidad del concebido no puede quedar predefinida por una finalidad terapéutica ajena, ni puede ser configurada desde una lógica instrumental que lo reduzca a su compatibilidad biológica. La práctica de los bebés medicamento introduce una finalidad heterónoma que condiciona la existencia del nuevo ser humano a un rol previamente asignado, lo que resulta incompatible con una concepción personalista del derecho de la persona.

El concebido se encuentra, además, comprendido en la tutela del derecho a la salud y del libre desarrollo, en cuanto el ordenamiento jurídico protege su existencia y dignidad sin subordinarla a resultados terapéuticos externos. Desde esta perspectiva, no resulta jurídicamente admisible que la decisión médica que da origen a la vida del concebido no esté orientada a su propio beneficio, sino a la satisfacción de necesidades sanitarias de un tercero. El derecho a la salud del concebido se desnaturaliza cuando la intervención genética no persigue su bienestar, sino que instrumentaliza su existencia como medio terapéutico.

Este conjunto de derechos biojurídicos fundamentales ha sido reforzado de manera expresa por la Ley N.º 31935 (2023), que reconoce al concebido como sujeto de derechos y establece un catálogo aplicable desde la concepción, incluyendo el derecho a la vida, a la salud, a la integridad moral, psíquica y física, a la identidad y al libre desarrollo¹⁸⁰. Esta norma consolida normativamente una opción legislativa coherente con el enfoque personalista del ordenamiento peruano y refuerza la incompatibilidad jurídica de prácticas que subordinan la vida humana a criterios de utilidad genética.

En consecuencia, la práctica de selección embrionaria por compatibilidad genética, cuando incorpora el descarte o la crioconservación indefinida de embriones no compatibles, no

¹⁸⁰ Ley n.º 31935, ley que reconoce derechos al concebido desde la concepción, 2023.

solo plantea un dilema ético, sino que compromete directamente el núcleo de los derechos biojurídicos fundamentales del concebido. Desde el derecho peruano, interpretado conforme a una bioética personalista, estos derechos operan como límites jurídicos sustantivos frente a la introducción de técnicas biomédicas que, aun siendo técnicamente posibles, resultan incompatibles con la dignidad de la persona humana desde la concepción.

5.5. Principios biojurídicos personalistas como criterios de interpretación del ordenamiento jurídico peruano

La ausencia de una regulación expresa en el ordenamiento jurídico peruano sobre técnicas de reproducción humana asistida y diagnóstico genético preimplantacional no implica la inexistencia de límites jurídicos frente a prácticas que afectan directamente al concebido¹⁸¹. En estos supuestos, el derecho recurre legítimamente a principios biojurídicos que permiten interpretar la Constitución, la legislación ordinaria y la jurisprudencia de manera coherente con la protección de la persona humana, especialmente cuando se encuentran comprometidos bienes jurídicos fundamentales como la vida y la dignidad.

En el caso peruano, estos principios no son ajenos al sistema jurídico, sino que se desprenden del propio bloque constitucional, particularmente del reconocimiento de la dignidad de la persona humana como fin supremo de la sociedad y del Estado, así como de la opción normativa que reconoce al concebido como sujeto de derecho desde la concepción¹⁸². En este contexto, la bioética personalista ontológicamente fundada se presenta como el marco más adecuado para interpretar el ordenamiento jurídico peruano, en tanto concibe a la persona humana como un fin en sí mismo y establece límites claros frente a su instrumentalización por la ciencia o la técnica¹⁸³.

Desde esta perspectiva, los principios biojurídicos personalistas cumplen una función jurídico-interpretativa: permiten delimitar el alcance de los derechos del concebido, cerrar vacíos normativos y evaluar la compatibilidad constitucional de prácticas biomédicas no expresamente reguladas. Aplicados al caso de los bebés medicamento, estos principios evidencian que la selección embrionaria con fines utilitarios no constituye únicamente un dilema ético, sino una práctica incompatible con los fundamentos del derecho de la persona tal como ha sido configurado en el ordenamiento jurídico peruano.

¹⁸¹ Alexy, R. (2002). *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.

¹⁸² Constitución Política del Perú. (1993). Artículos 1 y 2, inciso 1.

¹⁸³ Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

5.5.1. Principio de respeto y defensa de la vida física del concebido

El primer principio biojurídico personalista es el respeto y la defensa de la vida física de todo ser humano, entendido como el presupuesto material de todos los demás derechos¹⁸⁴. La vida humana no constituye un bien disponible ni susceptible de graduación en función de criterios de desarrollo, calidad o utilidad. Desde esta perspectiva, la protección jurídica de la vida se extiende al concebido desde el inicio mismo de su existencia, sin admitir excepciones fundadas en consideraciones técnicas o utilitaristas.

En la práctica de los bebés medicamento, este principio se ve comprometido de manera estructural, pues la técnica presupone la creación de múltiples embriones y su posterior selección conforme a criterios de compatibilidad genética. Aquellos embriones que no cumplen con los requisitos técnicos son descartados o sometidos a crioconservación indefinida, introduciendo una lógica de exclusión incompatible con la defensa incondicionada de la vida humana¹⁸⁵. Cuando la vida del concebido queda condicionada a su utilidad terapéutica, se produce una ruptura del principio biojurídico fundamental que reconoce a todo ser humano como un fin en sí mismo.

5.5.2. Principio de libertad y responsabilidad: límites del consentimiento parental

La bioética personalista reconoce la libertad como un valor central, pero inseparable de la responsabilidad y de límites objetivos derivados de la dignidad de la persona humana¹⁸⁶. En el ámbito reproductivo, este principio impide concebir la libertad parental como una potestad absoluta para disponer de la vida o la integridad de otro ser humano.

En el caso de los bebés medicamento, la decisión reproductiva de los padres se encuentra condicionada por la finalidad terapéutica que se persigue respecto de un tercero. Aunque esta motivación pueda resultar comprensible desde el plano emocional, no legitima jurídicamente la instrumentalización del concebido. El consentimiento parental opera únicamente dentro de un marco de representación que encuentra su límite infranqueable en los derechos fundamentales del representado¹⁸⁷. En consecuencia, la libertad reproductiva no puede justificar la creación de un nuevo ser humano con una función predefinida de donante, pues ello supone disponer de su vida y de su identidad sin posibilidad de consentimiento propio.

¹⁸⁴ Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

¹⁸⁵ Romeo Casabona, C. M. (2011). *Genética y derecho*. Granada: Comares.

¹⁸⁶ Andorno, R. (2012). El principio de libertad y responsabilidad en bioética. *Persona y Derecho*, 66, 41-60.

¹⁸⁷ Tribunal Constitucional del Perú. (2004). Sentencia del Expediente N.º 2333-2004-HC/TC.

Cabe precisar que los enfoques bioéticos de corte principialista, como el desarrollado en el Informe Belmont, resultan insuficientes para abordar situaciones que involucran embriones humanos, en la medida en que fueron concebidos para contextos de investigación con sujetos capaces de consentir. En estos supuestos, la protección del concebido no puede articularse en torno a la autonomía, sino que exige una tutela reforzada basada en la dignidad inherente de la persona humana desde la concepción¹⁸⁸.

5.5.3. Principio terapéutico o de totalidad

El principio terapéutico, estrechamente vinculado al principio de totalidad, establece que toda intervención sobre el cuerpo humano solo es legítima cuando tiene como finalidad directa el beneficio del propio sujeto intervenido¹⁸⁹. Este principio cumple una función garantista en biojurídica, pues impide que la persona sea utilizada como medio para fines ajenos, aun cuando estos persigan objetivos sanitarios o solidarios.

Aplicado al caso de los bebés medicamento, el problema no se reduce a las eventuales intervenciones posteriores al nacimiento, sino que se configura desde el origen mismo del proyecto procreativo. La selección genética y la concepción del embrión no se orientan al bien del concebido, sino a la obtención de compatibilidad biológica con un hermano enfermo. En consecuencia, la intervención genética carece de finalidad terapéutica respecto del nuevo ser humano y vulnera el principio de totalidad al subordinar su existencia al beneficio de un tercero.

5.5.4. Principio de sociabilidad y subsidiariedad: protección reforzada del más vulnerable

El principio de sociabilidad y subsidiariedad impone a la sociedad y al Estado el deber de proteger prioritariamente a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad¹⁹⁰. El concebido representa el grado máximo de vulnerabilidad jurídica y fáctica, al carecer de voz, de capacidad de decisión y de medios para defender sus propios derechos.

Desde esta perspectiva, el ordenamiento jurídico no puede permanecer neutral frente a prácticas biomédicas que trasladan los costos éticos del progreso científico al concebido. La creación de un bebé medicamento implica asignar al nuevo ser humano un rol instrumental desde su origen, desplazando sobre él el peso del tratamiento y de la expectativa terapéutica. El

¹⁸⁸ National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report*. Washington, D.C.

¹⁸⁹ Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

¹⁹⁰ Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

principio de subsidiariedad exige, por el contrario, que el sistema jurídico actúe como garante de sus derechos, cerrando interpretaciones permisivas que normalicen su cosificación¹⁹¹.

5.5.5. Dignidad humana como principio biojurídico matriz

La dignidad humana constituye el principio biojurídico matriz del ordenamiento jurídico peruano y atraviesa todos los principios anteriormente desarrollados. La dignidad no depende de la autonomía, de la funcionalidad ni de la utilidad social del individuo, sino que es inherente a la persona humana por el solo hecho de serlo¹⁹². En el caso del concebido, esta dignidad se predica desde la concepción y no admite graduaciones ni condicionamientos.

La práctica de los bebés medicamento vulnera directamente este principio, pues concibe al nuevo ser humano como un medio terapéutico y no como un fin en sí mismo. La instrumentalización no se produce de manera accidental o posterior, sino que constituye el presupuesto mismo del procedimiento. Por ello, aun en ausencia de una prohibición legal expresa, la dignidad humana opera como un límite jurídico material que impide legitimar la selección embrionaria con fines utilitarios dentro del ordenamiento jurídico peruano¹⁹³.

5.6. Jurisprudencia nacional relevante sobre la protección del concebido

La jurisprudencia nacional cumple una función estructural en la determinación de los límites jurídicos aplicables a prácticas biomédicas que inciden sobre la vida humana en sus primeras etapas, especialmente cuando el legislador no ha desarrollado una regulación específica sobre técnicas como el diagnóstico genético preimplantacional¹⁹⁴.

En el ordenamiento peruano, esta función es particularmente intensa, porque el Tribunal Constitucional ha reconocido de manera constante que la vida humana se protege desde la concepción y que la dignidad humana opera como parámetro material de validez para toda actuación estatal y privada¹⁹⁵.

En ese marco, el análisis jurisprudencial no se presenta como un complemento meramente ilustrativo, sino como una vía jurídicamente necesaria para reconstruir pautas interpretativas capaces de cerrar, por interpretación conforme, espacios de incertidumbre que

¹⁹¹ Castillo Córdova, L. (2007). *El derecho al libre desarrollo de la personalidad*. Lima: Palestra.

¹⁹² Kant, I. (2009). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Alianza.

¹⁹³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*. Sentencia de 28 de noviembre de 2012.

¹⁹⁴ Tribunal Constitucional del Perú. (2009, 16 de octubre). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC*.

¹⁹⁵ Tribunal Constitucional del Perú. (2009, 16 de octubre). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC*.

podrían ser invocados como “silencios permisivos” frente a prácticas que, en realidad, colisionan con el núcleo axiológico del sistema¹⁹⁶.

En materia de bebés medicamento, la importancia de la jurisprudencia es aún mayor por una razón técnica: el problema jurídico central no radica únicamente en la ausencia de una prohibición expresa, sino en la existencia de un conjunto de precedentes que ya fijan criterios sobre (i) tutela reforzada del concebido, (ii) indisponibilidad de la vida humana, (iii) límites del consentimiento y de la representación legal, y (iv) prohibición de instrumentalización del ser humano como medio¹⁹⁷.

Por ello, el objetivo de este apartado no es “forzar” analogías, sino identificar decisiones jurisdiccionales en las que se hayan resuelto conflictos constitucionales o legales análogos respecto de la vida del concebido, la integridad personal y los límites de intervención médica, extrayendo de ellas criterios de aplicación directa al caso de bebés medicamento¹⁹⁸.

En esa misma línea, debe precisarse que, aunque el Tribunal Constitucional no ha conocido un caso específico sobre bebés medicamento, sí ha desarrollado sí ha construido líneas jurisprudenciales consolidadas que permiten evaluar su compatibilidad constitucional, especialmente en precedentes vinculados a la protección de la vida humana desde sus primeras etapas y a la exigencia de cautela reforzada cuando existe riesgo de afectación del concebido¹⁹⁹.

Metodológicamente, el análisis se centra primero en pronunciamientos del Tribunal Constitucional por su rol de intérprete supremo de la Constitución y por su capacidad de fijar contenido esencial de derechos fundamentales con efectos que se proyectan sobre la interpretación de todo el ordenamiento jurídico²⁰⁰.

Dentro de ese bloque, se examinan: (a) el caso de la anticoncepción oral de emergencia, por la construcción de una tutela reforzada del concebido y del criterio de cautela frente a escenarios de incertidumbre; (b) el caso de aborto terapéutico, por la delimitación constitucional de supuestos excepcionalísimos que no habilitan lógicas utilitaristas; y (c) el caso sobre

¹⁹⁶ Pinto, P. T. (2010). Comentarios a la sentencia del Tribunal Constitucional peruano que prohíbe la distribución de la anticoncepción oral de emergencia. *Derecho & Sociedad / Revista de la Universidad de Piura (UDEP)*.

¹⁹⁷ Tribunal Constitucional del Perú. (2009, 16 de octubre). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC*.

¹⁹⁸ Tribunal Constitucional del Perú. (2004). *Resolución recaída en el Expediente N.º 02333-2004-HC/TC*.

¹⁹⁹ Tribunal Constitucional del Perú. (2009, 16 de octubre). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC*.

²⁰⁰ Tribunal Constitucional del Perú. (2004). *Resolución recaída en el Expediente N.º 02333-2004-HC/TC*.

integridad personal y consentimiento, por la precisión de límites a intervenciones corporales y al consentimiento por representación²⁰¹.

Luego, se incorporan criterios de la jurisprudencia ordinaria en materia de donación y extracción de tejidos en menores, porque allí se delimita con particular claridad que la representación parental no es absoluta y que el interés del propio representado constituye un límite jurídico no negociable, incluso dentro del ámbito familiar²⁰². Finalmente, con base en ese conjunto de criterios, se determina el alcance de la jurisprudencia nacional frente a los bebés medicamento, identificando si el derecho peruano cuenta con herramientas jurídicas suficientes para rechazar la instrumentalización del concebido aún antes de una eventual reforma legislativa, o si, además, resulta jurídicamente exigible una intervención normativa expresa para evitar interpretaciones expansivas del silencio regulatorio.

5.6.1. Caso anticoncepción oral de emergencia (Exp. N.º 02005-2009-PA/TC)

El pronunciamiento del Tribunal Constitucional recaído en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC constituye un referente central para el análisis de la protección del concebido en el ordenamiento jurídico peruano frente a intervenciones biomédicas que generan riesgos para la vida humana en sus primeras etapas de desarrollo. Aunque el proceso se originó en el cuestionamiento de la política estatal de distribución gratuita de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), la relevancia jurídica de la sentencia trasciende dicho ámbito específico, en la medida en que el Tribunal fijó criterios constitucionales de alcance general sobre el inicio de la vida, la condición jurídica del concebido y los límites del actuar estatal cuando se encuentra comprometido el derecho fundamental a la vida²⁰³.

El problema jurídico central abordado por el Tribunal Constitucional consistió en determinar si la entrega gratuita de la AOE por parte del Estado vulneraba el derecho a la vida del concebido, en un contexto de controversia científica respecto de un posible efecto antiimplantatorio del fármaco. Frente a este escenario, el Tribunal no optó por una lectura restrictiva del derecho a la vida ni por una deferencia automática hacia la política sanitaria, sino que asumió una interpretación constitucional sustantiva, afirmando que la vida humana se encuentra protegida desde la concepción y que el concebido debe ser considerado sujeto de

²⁰¹ Ministerio de Salud del Perú. (2014, 27 de junio). *Resolución Ministerial N.º 486-2014-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado..."*.

²⁰² Tribunal Constitucional del Perú. (2009, 16 de octubre). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC*. [Tribunal Constitucional](#)

²⁰³ Tribunal Constitucional del Perú. (2009). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC*.

derechos con una tutela reforzada. Esta afirmación resulta relevante porque descarta enfoques gradualistas o funcionales de la vida humana y reafirma que el ordenamiento constitucional peruano reconoce la protección del derecho a la vida desde la concepción como criterio estructural de interpretación²⁰⁴.

Uno de los aportes más significativos de esta sentencia es la construcción de la “duda razonable” como regla de cautela constitucional en favor del concebido. El Tribunal sostuvo que, mientras subsista una duda razonable sobre la posibilidad de que una intervención afecte la vida humana en su etapa inicial, el Estado se encuentra constitucionalmente impedido de promoverla de manera activa. Este razonamiento introduce una lógica de cautela reforzada en materia biojurídica, según la cual la incertidumbre científica no puede resolverse en perjuicio del concebido, sino que debe inclinarse a favor de la protección de la vida humana desde su inicio²⁰⁵.

Desde una perspectiva jurídica, este enfoque reorienta el análisis desde la finalidad declarada de la intervención hacia sus efectos estructurales sobre la vida del concebido. El Tribunal no exige la acreditación de un daño cierto o consumado, sino que considera suficiente la existencia de un riesgo razonable para activar el deber de protección constitucional. De este modo, la vida del concebido deja de ser tratada como un bien disponible o susceptible de ponderación ordinaria frente a intereses estatales o sanitarios, y se consolida como un límite material frente al avance técnico y a la implementación de políticas públicas.

Este razonamiento resulta directamente aplicable al análisis de la práctica de los bebés medicamento. A diferencia del caso de la AOE, donde el debate se centraba en la posibilidad de un efecto antiimplantatorio discutido científicamente, en el diagnóstico genético preimplantacional la selección y el descarte de embriones no compatibles no constituyen un riesgo eventual, sino una consecuencia inherente y necesaria del procedimiento. La técnica presupone la creación de múltiples embriones y su posterior selección conforme a criterios de compatibilidad genética orientados al beneficio terapéutico de un tercero, lo que implica aceptar de manera directa la exclusión deliberada de vidas humanas en función de su utilidad²⁰⁶.

La línea jurisprudencial establecida por el Tribunal Constitucional en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC conduce a rechazar prácticas biomédicas que incorporan estructuralmente

²⁰⁴ Congreso Constituyente Democrático. (1993). *Constitución Política del Perú*. Diario Oficial *El Peruano*. <https://www.gob.pe/institucion/pcm/informes-publicaciones/306645-constitucion-politica-del-peru>

²⁰⁵ Tribunal Constitucional del Perú. (2009). Exp. N.º 02005-2009-PA/TC, fundamento jurídico 33.

²⁰⁶ Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética* (Vol. I). Biblioteca de Autores Cristianos.

la selección y el descarte embrionario como parte de su diseño. Si el Estado se encuentra constitucionalmente impedido de promover una intervención ante la existencia de una duda razonable sobre la afectación de la vida del concebido, con mayor razón no puede tolerar técnicas que suponen de manera directa la creación y eliminación de embriones conforme a criterios de conveniencia genética. Esta lógica resulta incompatible con la dignidad humana entendida como valor inherente a toda persona desde la concepción²⁰⁷.

Asimismo, este precedente permite descartar interpretaciones que pretendan justificar la práctica de los bebés medicamento bajo el argumento del silencio legislativo. La sentencia deja claro que la protección constitucional de la vida desde la concepción opera con independencia del desarrollo normativo específico y que corresponde al intérprete constitucional cerrar el paso a prácticas que, aun siendo técnicamente posibles, resultan incompatibles con los derechos fundamentales. En consecuencia, la ausencia de una prohibición legal expresa sobre el diagnóstico genético preimplantacional no puede ser entendida como una habilitación implícita para la creación y selección de embriones con fines utilitarios.

5.6.2. Caso aborto terapéutico y desarrollo normativo-administrativo del MINSA

El análisis jurisprudencial de la protección del concebido en el ordenamiento jurídico peruano exige revisar el tratamiento que el Tribunal Constitucional ha otorgado al aborto terapéutico, en tanto constituye el único supuesto en el que el propio sistema jurídico admite, de manera excepcional, una afectación directa a la vida del concebido. Este examen resulta relevante no para equiparar dicha figura con la práctica de los bebés medicamento, sino precisamente para evidenciar los límites estrictos que el ordenamiento impone incluso en contextos de conflicto vital extremo.

El Tribunal Constitucional se pronunció sobre la constitucionalidad del aborto terapéutico en el Expediente N.º 00008-2003-AI/TC, proceso de inconstitucionalidad interpuesto contra el artículo 119 del Código Penal. En dicho pronunciamiento, el Tribunal partió de una afirmación categórica: la vida humana constituye un derecho fundamental protegido desde la concepción y el concebido es sujeto de derechos con tutela constitucional reforzada. Esta premisa no fue relativizada ni abandonada por el Tribunal, aun cuando reconoció la validez constitucional de la excepción penal prevista para el aborto terapéutico²⁰⁸.

²⁰⁷ Castillo Córdova, L. (2007). *El derecho al libre desarrollo de la personalidad*. Palestra.

²⁰⁸ Tribunal Constitucional del Perú. (2003). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 00008-2003-AI/TC*.

El razonamiento central del Tribunal consistió en reconocer que el aborto terapéutico solo resulta constitucionalmente admisible en situaciones límite, cuando constituye el único medio para salvar la vida de la madre o evitarle un mal grave y permanente en su salud. Esta admisión no se fundamenta en una ponderación ordinaria entre bienes jurídicos equivalentes, sino en un contexto de necesidad extrema que impide cualquier alternativa menos lesiva. En este sentido, el Tribunal dejó en claro que la vida del concebido no se convierte en un bien disponible, sino que su afectación se tolera únicamente bajo parámetros de estricta excepcionalidad²⁰⁹.

Este criterio resulta jurídicamente relevante porque reafirma que el ordenamiento peruano no adopta una lógica utilitarista frente a la vida humana en gestación. La excepción del aborto terapéutico no responde a una valoración de conveniencia ni a un juicio de utilidad social, sino a la imposibilidad material de proteger simultáneamente ambos bienes jurídicos en conflicto. De este modo, el Tribunal Constitucional establece que la protección de la vida del concebido solo cede ante un escenario de colisión trágica, y no frente a decisiones programadas o planificadas orientadas a maximizar beneficios para terceros²¹⁰.

Este razonamiento fue desarrollado posteriormente en el ámbito administrativo mediante la Resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA, que aprobó la *Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas*. Si bien esta norma generó un amplio debate jurídico y bioético, resulta relevante destacar que el propio MINSA delimitó el aborto terapéutico como un procedimiento excepcional, sujeto a estrictos requisitos médicos, comités evaluadores y control institucional²¹¹.

Esta delimitación resulta fundamental para el análisis de los bebés medicamento. A diferencia del aborto terapéutico, la práctica de concebir un nuevo ser humano con la finalidad de servir como donante no responde a una situación de conflicto vital inevitable ni a una necesidad médica extrema que afecte directamente al concebido o a la gestante. Se trata, por el contrario, de una decisión planificada, técnicamente diseñada y orientada a obtener un beneficio terapéutico para un tercero, mediante la selección embrionaria y el descarte de vidas humanas no compatibles.

²⁰⁹ Tribunal Constitucional del Perú. (2003). Exp. N.º 00008-2003-AI/TC, fundamentos jurídicos 11–14.

²¹⁰ Castillo Córdova, L. (2007). *El derecho a la vida en la Constitución peruana*. Palestra.

²¹¹ Ministerio de Salud. (2014). *Resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA*.

El contraste entre ambos supuestos permite advertir que el ordenamiento jurídico peruano no solo tolera excepcionalmente la afectación de la vida del concebido en contextos límite, sino que rechaza implícitamente cualquier práctica que introduzca una lógica instrumental o programada de disposición sobre la vida humana. Si ni siquiera en el ámbito del aborto terapéutico se admite una ponderación abierta basada en conveniencia o utilidad, resulta jurídicamente inviable justificar la creación y selección de embriones con fines terapéuticos para terceros, aun en ausencia de una prohibición legal expresa.

En consecuencia, la jurisprudencia constitucional y el desarrollo normativo-administrativo en materia de aborto terapéutico confirman que el ordenamiento jurídico peruano opera bajo un paradigma de protección reforzada del concebido, en el que las excepciones solo se admiten ante conflictos insuperables y no pueden extenderse, por analogía, a prácticas que instrumentalizan la vida humana desde su origen.

5.6.3. Donación de órganos y tejidos en menores de edad: límites a la representación parental y prohibición de instrumentalización

El régimen jurídico de la donación de órganos y tejidos en menores de edad constituye un referente normativo y jurisprudencial imprescindible para analizar la compatibilidad de la práctica de los bebés medicamento con el ordenamiento jurídico peruano. Ello se debe a que ambos supuestos plantean un problema común desde la perspectiva del derecho de la persona: la posibilidad de intervenir sobre el cuerpo de un ser humano que carece de capacidad plena de autodeterminación, mediante decisiones adoptadas por terceros en ejercicio de la representación legal.

En el Perú, esta materia se encuentra regulada por la Ley N.º 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos²¹². Dicha norma admite, de manera excepcional, que los menores de edad puedan participar como donantes, pero establece límites estrictos orientados a la protección de su dignidad, integridad y desarrollo personal. En particular, el artículo 9 de la ley dispone que la autorización otorgada por los padres o representantes legales no es suficiente por sí sola, sino que debe garantizarse que la donación no perjudique la salud del menor ni reduzca su expectativa de vida, introduciendo así un límite material expreso al ejercicio de la patria potestad.

²¹² Congreso de la República. (2004). *Ley N.º 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos*, art. 9.

Este diseño legal evidencia que el ordenamiento jurídico peruano no concibe la representación parental como una facultad absoluta para disponer del cuerpo del menor, incluso cuando la finalidad perseguida sea terapéutica respecto de un tercero. Por el contrario, la ley parte del reconocimiento del menor como sujeto de derechos propios, cuya protección no puede quedar subordinada al interés familiar global ni a la urgencia médica de otro individuo. Esta lógica se inscribe en una concepción personalista del derecho, en la que la persona humana es considerada siempre como un fin en sí misma y no como un medio para la satisfacción de fines ajenos.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la República ha desarrollado y precisado estos límites en la aplicación concreta de la Ley N.º 28189. En la Casación N.º 3045-2012-Lima²¹³, la sala civil permanente examinó un supuesto de intervención médica en un menor de edad con fines de donación, y estableció que el consentimiento otorgado por los padres no opera como una habilitación irrestricta. La corte sostuvo que toda autorización de este tipo debe ser sometida a control judicial efectivo, con una evaluación concreta de los riesgos para la salud del menor, de la proporcionalidad de la intervención y de su compatibilidad con el interés propio del sujeto intervenido.

Este pronunciamiento resulta jurídicamente relevante porque delimita con claridad el alcance de la patria potestad en el ámbito biomédico. La Corte Suprema afirmó que los padres no pueden disponer del cuerpo del menor como si se tratara de un bien disponible, aun cuando la finalidad perseguida sea la protección de la vida o la salud de un tercero. De este modo, el tribunal reafirmó que la dignidad y los derechos fundamentales del menor constituyen un límite infranqueable frente a decisiones que impliquen su instrumentalización.

Desde esta perspectiva, el análisis de la donación de órganos y tejidos en menores permite establecer una distinción jurídicamente decisiva para el estudio de los bebés medicamento. En los supuestos regulados por la Ley N.º 28189²¹⁴, la intervención sobre el menor es sobrevenida, excepcional y evaluada ex post bajo criterios estrictos de protección y control judicial. En cambio, en la práctica de los bebés medicamento, la instrumentalización del concebido no es una consecuencia accidental, sino una condición estructural del proyecto procreativo, pues la vida humana es concebida desde el inicio con una finalidad terapéutica predeterminada para un tercero.

²¹³ Corte Suprema de Justicia de la República. (2013). *Casación N.º 3045-2012-Lima*. Sala Civil Permanente.

²¹⁴ Congreso de la República. (2004). *Ley N.º 28189*, art. 9.

Esta diferencia cualitativa impide cualquier traslación automática de criterios de legitimidad desde el régimen de donación hacia la selección embrionaria con fines terapéuticos. Mientras que en el primer caso el ordenamiento tolera una intervención excepcional para minimizar un daño en una situación límite, en el segundo se introduce una lógica programada de creación y selección de seres humanos basada en criterios de utilidad genética. Esta lógica resulta incompatible con los principios que informan el derecho peruano de la persona, al transformar al concebido en un medio para la satisfacción de intereses ajenos.

En consecuencia, el régimen jurídico de la donación de órganos y tejidos en menores de edad confirma que el ordenamiento peruano rechaza la instrumentalización del ser humano incluso en contextos de finalidad terapéutica legítima. Aplicado al análisis de los bebés medicamento, este criterio permite afirmar que la concepción deliberada de un nuevo ser humano bajo una finalidad instrumental predeterminada no encuentra respaldo jurídico ni en la legislación ni en la jurisprudencia nacional, y resulta incompatible con la dignidad humana y con el régimen de protección reforzada del concebido reconocido por el sistema jurídico peruano.

5.6.4. Inexistencia de precedentes que legitimen la concepción de seres humanos con fines terapéuticos

Un aspecto jurídicamente relevante en el análisis de la práctica de los bebés medicamento es la ausencia total de precedentes jurisdiccionales en el ordenamiento peruano que legitimen la concepción deliberada de un ser humano con fines terapéuticos para terceros. Esta inexistencia no constituye un vacío interpretativo neutro, sino que debe ser comprendida a la luz de los modelos ya desarrollados por la jurisprudencia constitucional y ordinaria en materia de protección del concebido, dignidad humana y límites a la instrumentalización del cuerpo humano.

En efecto, los pronunciamientos del tribunal constitucional examinados en los apartados anteriores han abordado supuestos en los que la vida o la integridad del concebido se ven afectadas de manera indirecta o excepcional, como ocurre en el caso de la anticoncepción oral de emergencia o del aborto terapéutico. En ninguno de estos escenarios el tribunal ha avalado decisiones orientadas a planificar, seleccionar o condicionar la existencia de un nuevo ser humano en función de su utilidad para otros. Por el contrario, ha reafirmado de manera constante que la vida del concebido constituye un bien jurídico indisponible, cuya protección solo puede ceder ante conflictos vitales extremos y no reproducibles por analogía.

La misma constatación se verifica en la jurisprudencia ordinaria vinculada a la donación de órganos y tejidos humanos. Como se ha desarrollado, incluso en los supuestos en los que el ordenamiento admite de manera excepcional la intervención sobre el cuerpo de un menor ya nacido, los tribunales han impuesto límites estrictos a la representación parental y han exigido control judicial efectivo para evitar cualquier forma de cosificación. En este contexto, resulta jurídicamente significativo que no exista pronunciamiento alguno que extienda estos criterios a la creación deliberada de vida humana con fines instrumentales, lo que confirma que el sistema jurídico no reconoce dicha posibilidad como jurídicamente aceptable.

La inexistencia de precedentes favorables a la práctica de los bebés medicamento no puede ser interpretada como una laguna permisiva. En un Estado constitucional de derecho, el silencio jurisprudencial frente a determinadas prácticas biomédicas debe ser interpretado de manera coherente con los principios y valores que estructuran el ordenamiento jurídico. En el caso peruano, estos principios se encuentran claramente orientados a la protección de la persona humana desde la concepción, al rechazo de la instrumentalización del cuerpo humano y a la afirmación de la dignidad como límite material frente al avance científico.

Aceptar que la ausencia de pronunciamientos específicos habilita la práctica de los bebés medicamento implicaría invertir la lógica de protección del sistema jurídico, trasladando al concebido el costo ético y jurídico de la innovación biomédica. Esta interpretación resultaría incompatible con el enfoque personalista que informa tanto la Constitución como la legislación ordinaria, pues convertiría al ser humano en un objeto de experimentación o de utilidad terapéutica, precisamente en la etapa en la que se encuentra en mayor situación de vulnerabilidad.

Desde esta perspectiva, la inexistencia de precedentes que legitimen la concepción de seres humanos con fines terapéuticos refuerza la conclusión de que la práctica de los bebés medicamento se sitúa fuera de los márgenes de juridicidad reconocidos por el ordenamiento peruano. No se trata de una zona gris carente de regulación, sino de un ámbito en el que la jurisprudencia vigente actúa como un límite excluyente, impidiendo que la vida humana sea creada, seleccionada o descartada en función de su utilidad genética para terceros.

5.6.5. Alcances de la jurisprudencia nacional frente a la práctica de los bebés medicamento

El examen sistemático de la jurisprudencia constitucional y ordinaria peruana permite delinear con precisión los alcances del control jurídico frente a prácticas biomédicas que afectan la vida humana en sus etapas iniciales. Aunque el ordenamiento no cuenta con un pronunciamiento específico sobre los bebés medicamento, los criterios desarrollados por los

tribunales nacionales fijan parámetros normativos suficientes para evaluar su compatibilidad con la Constitución y con el derecho de la persona. Estos parámetros se articulan en torno a tres ejes: la indisponibilidad de la vida humana desde la concepción, los límites a la representación legal cuando se comprometen derechos fundamentales de sujetos vulnerables y la prohibición de instrumentalización del cuerpo humano.

Desde la jurisprudencia del tribunal constitucional, el punto de partida es la afirmación reiterada de que la vida humana constituye un bien jurídico fundamental protegido desde la concepción y que el concebido es sujeto de derechos con tutela reforzada. En los casos analizados, anticoncepción oral de emergencia y aborto terapéutico, el tribunal ha admitido afectaciones únicamente en escenarios excepcionales y no programables, caracterizados por la inexistencia de alternativas menos lesivas y por conflictos vitales extremos. Esta exigencia jurídica, por su propia naturaleza, descarta cualquier legitimación de prácticas que planifiquen la creación y selección de vida humana en función de su utilidad para terceros, como ocurre en los bebés medicamento.

La jurisprudencia ordinaria, por su parte, ha reforzado este marco protector al precisar que la representación legal de los padres no opera como una autorización irrestricta cuando se encuentran comprometidos derechos fundamentales de menores de edad. En aplicación de la Ley N.º 28189, la corte suprema ha establecido que incluso las intervenciones con finalidad terapéutica para terceros requieren control judicial, evaluación de riesgos y proporcionalidad estricta, priorizando el interés propio del menor²¹⁵. Este criterio adquiere especial relevancia para el análisis de los bebés medicamento, pues evidencia que el derecho peruano no tolera la cosificación del ser humano ni siquiera en contextos de finalidad sanitaria legítima.

La integración de ambos planos jurisprudenciales revela una línea coherente: el ordenamiento peruano no admite la instrumentalización del ser humano como técnica ordinaria de solución a problemas médicos. La creación deliberada de un nuevo ser humano con una finalidad terapéutica predeterminada introduce una lógica programada de selección y descarte que la jurisprudencia ha considerado incompatible con la protección de la vida humana. A diferencia de los supuestos excepcionales tolerados por la jurisprudencia, los bebés medicamento suponen una afectación estructural y originaria de la dignidad del concebido, pues su existencia queda condicionada desde el inicio a un criterio de utilidad genética.

²¹⁵ Corte Suprema de Justicia de la República. (2013). *Casación N.º 3045-2012-Lima*. Sala Civil Permanente; Congreso de la República. (2004). *Ley N.º 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos*, art. 9.

Este marco interpretativo permite afirmar que el silencio jurisprudencial específico respecto de los bebés medicamento no constituye una habilitación implícita. En un Estado constitucional de derecho, la ausencia de precedentes debe interpretarse de conformidad con los principios y valores ya afirmados por los órganos jurisdiccionales. En el caso peruano, dichos valores, dignidad humana, protección de la vida desde la concepción y rechazo de la cosificación, operan como límites materiales que excluyen la legitimidad jurídica de prácticas biomédicas orientadas a convertir al concebido en un medio para fines ajenos.

En este sentido, los alcances de la jurisprudencia nacional permiten sostener que la práctica de los bebés medicamento se sitúa fuera de los márgenes de compatibilidad constitucional y legal en el Perú. Los criterios jurisprudenciales existentes no solo resultan suficientes para evaluar críticamente esta práctica, sino que obligan a rechazarla desde una interpretación sistemática del ordenamiento jurídico, aun en ausencia de una prohibición legal expresa. La protección reforzada del concebido, tal como ha sido construida por los tribunales, impide legitimar la creación, selección o instrumentalización de seres humanos con fines terapéuticos para terceros.

5.7. Vacíos normativos y necesidad de una respuesta legislativa frente a la práctica de los bebés medicamento

El análisis del bloque constitucional, del marco legal ordinario y de la jurisprudencia nacional pone en evidencia que el ordenamiento jurídico peruano reconoce al concebido como sujeto de derechos y rechaza, de manera consistente, cualquier forma de instrumentalización de la vida humana. Sin embargo, también revela la existencia de vacíos normativos relevantes en materia de técnicas de reproducción humana asistida y diagnóstico genético preimplantacional, que generan un escenario de riesgo jurídico frente a la eventual introducción de la práctica de los bebés medicamento en el país. Estos vacíos no neutralizan la protección existente, pero sí exigen una respuesta normativa clara para evitar interpretaciones permisivas incompatibles con la dignidad humana.

El primer vacío se manifiesta en la inexistencia de una ley integral que regule las técnicas de reproducción humana asistida. A diferencia de otros ordenamientos comparados, el Perú no cuenta con una norma específica que establezca límites materiales, éticos y jurídicos a estas prácticas. Esta ausencia normativa deja sin regulación expresa procedimientos técnicamente complejos como la fecundación in vitro y el diagnóstico genético preimplantacional, pese a que ambos implican la creación, selección y eventual descarte de embriones humanos. En el contexto de los bebés medicamento, esta omisión resulta

especialmente grave, pues el DGP constituye el presupuesto técnico indispensable para su realización.

Un segundo vacío normativo se relaciona con la falta de regulación específica del diagnóstico genético preimplantacional. Aunque el ordenamiento peruano protege la vida desde la concepción y reconoce al concebido como sujeto de derechos, no existe una norma que prohíba expresamente la selección embrionaria basada en criterios de compatibilidad genética con fines terapéuticos para terceros. Esta laguna normativa podría ser utilizada para sostener, de manera errónea, que la práctica de los bebés medicamento se encuentra jurídicamente permitida por el solo hecho de no estar prohibida de forma expresa, desconociendo los principios ya desarrollados por el sistema jurídico.

Asimismo, se advierte un vacío en la articulación entre las normas sanitarias y el derecho de la persona. La ley general de salud establece que toda intervención médica debe orientarse al beneficio directo del paciente, pero no desarrolla este principio en el contexto de técnicas reproductivas complejas. En el caso de los bebés medicamento, esta omisión permite desdibujar la condición del concebido como paciente y presentarlo como un medio terapéutico, lo que resulta incompatible con la lógica personalista que informa el derecho sanitario peruano

Estos vacíos normativos no pueden ser interpretados como una habilitación implícita para la práctica de los bebés medicamento. Como se ha desarrollado en los apartados precedentes, el ordenamiento jurídico peruano cuenta con criterios constitucionales, legales y jurisprudenciales suficientes para excluir la legitimidad de esta práctica desde una interpretación sistemática. No obstante, la ausencia de una regulación expresa incrementa el riesgo de soluciones casuísticas, decisiones administrativas discrecionales o importación acrítica de modelos normativos extranjeros incompatibles con la protección reforzada del concebido reconocida en el Perú.

En este contexto, la necesidad de una respuesta legislativa no se justifica para “crear” límites donde no existen, sino para reforzar, precisar y hacer operativos los límites ya implícitos en el sistema jurídico. Una regulación clara permitiría cerrar el espacio a interpretaciones utilitaristas de la vida humana, garantizar seguridad jurídica y reafirmar el compromiso del Estado peruano con la dignidad de la persona desde la concepción. Desde una perspectiva biojurídica personalista, dicha intervención legislativa debe orientarse a prohibir expresamente la concepción de seres humanos con fines terapéuticos para terceros, regular de manera estricta el uso del diagnóstico genético preimplantacional y asegurar que toda innovación biomédica se someta al principio de primacía del ser humano sobre la ciencia.

Conclusiones

De lo desarrollado a lo largo de la presente investigación, se concluye que la práctica de los denominados “bebés medicamento” plantea serias objeciones desde el punto de vista biojurídico, en la medida en que supone la instrumentalización del concebido desde su fase embrionaria. La utilización de técnicas de reproducción asistida, particularmente el diagnóstico genético preimplantacional y la selección embrionaria por compatibilidad genética, no se orienta en estos casos al beneficio del nuevo ser humano, sino a la satisfacción de una finalidad terapéutica externa, vinculada a la curación de un tercero. Esta orientación finalista resulta incompatible con el reconocimiento de la persona humana como fin en sí misma y con el valor intrínseco que le es propio desde el inicio de su existencia.

Asimismo, se ha determinado que la dignidad humana constituye un principio estructural del orden jurídico y no un atributo condicionado al desarrollo de capacidades funcionales, cognitivas o de autonomía. Desde una concepción antropológica personalista, la persona humana existe desde la concepción y mantiene su identidad ontológica a lo largo de todas las etapas de su desarrollo. En consecuencia, cualquier práctica que reduzca al concebido a un medio para alcanzar un fin terapéutico ajeno vulnera directamente dicho principio, al subordinar el valor de la vida humana a criterios de utilidad o funcionalidad, incompatibles con la noción de dignidad como valor absoluto.

En relación con el principio del interés superior del niño, se concluye que este no puede ser interpretado de manera fragmentaria ni utilitarista. La protección reforzada que dicho principio dispensa a los menores exige que toda decisión que los afecte considere su bienestar integral y su condición de sujetos de derechos plenos. La práctica de los bebés medicamento desnaturaliza este principio al establecer una ponderación indebida entre dos menores, en la que el interés superior del niño concebido queda subordinado a las necesidades médicas de su hermano enfermo. Tal enfoque resulta incompatible con el carácter indivisible de los derechos del niño y con la exigencia de que ninguno de ellos sea sacrificado en beneficio de otro.

Referencias

- Boecio. (1999). *La consolación de la filosofía* (A. Cortijo, Trad.). Gredos. (Obra original publicada en el siglo VI).
- Carlson, B. M. (2014). *Embriología humana y biología del desarrollo* (5.ª ed.). Elsevier.
- Castillo Córdova, L. (2007). *Los derechos constitucionales y su contenido esencial*. Palestra Editores.
- Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación general n.º 14 (2013): Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*. Naciones Unidas.
- Congreso de la República del Perú. (2004). *Ley N.º 28189, Ley general de donación y trasplante de órganos y/o tejidos humanos*. Diario Oficial El Peruano.
- Congreso de la República del Perú. (2004). *Ley n.º 28189, ley general de donación y trasplante de órganos y/o tejidos humanos*. Diario Oficial El Peruano.
- Descartes, R. (1996). *Meditaciones metafísicas*. Alianza Editorial.
- Devolder, K. (2005). *Preimplantation HLA typing: Having children to save our loved ones*. *Journal of Medical Ethics*, 31(10), 582–586.
<https://doi.org/10.1136/jme.2005.012039>
- Engelhardt, H. T. (1995). *The foundations of bioethics* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Habermas, J. (2003). *El futuro de la naturaleza humana: ¿Hacia una eugenesia liberal?* Paidós.
- Hodgkin, R., & Newell, P. (2007). *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child* (3rd ed.). UNICEF.
- Jonas, H. (1979). *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Herder.
- Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (L. E. Chávez, Trad., 4.ª ed.). Porrúa. (Obra original publicada en 1785).
- MacIntyre, A. (2007). *After virtue: A study in moral theory* (3rd ed.). University of Notre Dame Press.
- Ministerio de Salud del Perú. (2011). *Reglamento de la Ley N.º 28189*. Diario Oficial El Peruano.
- Moore, K. L., & Persaud, T. V. N. (2019). *Embriología clínica* (10.ª ed.). Elsevier.

- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre la salud del niño y del adolescente*. OMS
- Patiño Gonzales, I., & Cuauhtémoc Mayorga, M. (2016). *Autonomía: De su concepción a su concreción en ética biomédica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pearson, H. (2002). *Your destiny, from day one*. *Nature*, 418(6893), 14–15.
<https://doi.org/10.1038/418014a>
- Polo, L. (1991). *Antropología trascendental (Vols. I–II)*. EUNSA.
- Santos, M. J. (2006). *Manipulación genética de seres humanos*. *Ars Medica*, 13(1), 91–102.
<https://doi.org/10.11565/arsmed.v35i2.178>
- Santos, M. J. (2015). *Biopsia de embriones humanos antes de su implantación*.
- Schrödinger, E. (1992). *¿Qué es la vida? Tusquets*. (Obra original publicada en 1944).
- Shalev, C. (2002). *Birth power: The case for surrogacy*. Yale University Press.
- Spaemann, R. (2000). *Personas: Ensayo sobre la distinción entre “algo” y “alguien”*. EUNSA.
- Tribunal Constitucional del Perú. (2006). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 00008-2003-AI/TC*.
- Tribunal Constitucional del Perú. (2010). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 02005-2009-PA/TC*.
- Tribunal Constitucional del Perú. (2014). *Sentencia recaída en el Expediente N.º 00141-2012-PA/TC*.
- UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*.
- Ventura-Juncá, P., & Santos, M. J. (2011). *The beginning of life of a new human being from the scientific perspective and its bioethical implications*. *Biological Research*, 44(2), 201–207.
- Watson, J. D., & Crick, F. H. C. (1953). *Molecular structure of nucleic acids: A structure for deoxyribose nucleic acid*. *Nature*, 171(4356), 737–738.
<https://doi.org/10.1038/171737a0>
- Zubiri, X. (2006). *El hombre y Dios*. Alianza Editorial.