

Reproducción

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA REPRODUCTIVA



SAMeR
Sociedad Argentina de
Medicina Reproductiva

Reproducción

Volumen 30 - Nº 4 - Diciembre de 2015

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR)

Comisión Directiva 2015-2016

Presidente

A. Gustavo Martínez

Vice-Presidente

Gustavo Botti

Secretario

Stella Lancuba

Pro-Secretario

Edgardo Young

Tesorero

Gustavo Estofán

Pro-Tesorero

Martín Vilela

Comité Científico

Presidente

Sebastián Gogorza

Vocales Titulares

Gabriel Fiszbajn

Juan Aguilera

Gastón Rey Valzacchi

Alicia Pené

Vocales Suplentes

Marcela Irigoyen

Fabián Lorenzo

Comité de Fiscalización

Titulares

Edgardo Andreatta

Fernanda Raffo

Matías Marconi

Comité de Fiscalización

Suplentes

Marco Vitale

Adriana Grabia

Luciano Sabatini

Comité Editorial

Editores en jefe

Guillermo Terrado - Silvia Ciarmatori

Editor en jefe honorario

Anibal Acosta[†]

Editores

Valeria Basconi

Marisa Geller

Adriana Grabia

Laura Mittelberg

Alicia Pené

Martín Vilela

Sandra Miasnik

Colaboradores Internacionales

Marcelo J. Barrionuevo

Claudio Benadiva

Juan Antonio García Velasco

Isaac Kligman

J. Ricardo Loret de Mola

Sergio Oehninger

Carlos Simón Vallés

Carlos Sueldo

Secretario Editorial

Marcelo Garcea

Encargado de Edición y Publicidad

Raúl Groizard

Diseño y armado digital

Candela Florencia Córdova

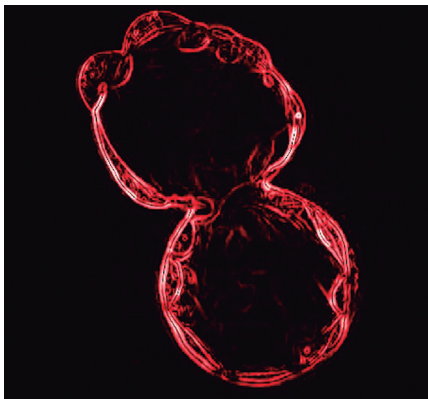
Corrector

Hernán Sassi

Administración

Secretaria Ejecutiva

Fernanda Alemán



Blastocisto humano eclosionando, foto procesada digitalmente.

*Gentileza Lic. Iván Anđuaga Marchetti
director de Laboratorio Nascentis.*

SAMeR es la Sociedad Científica del área que representa a la República Argentina ante ALMER (Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva), REDLARA (Red Latinoamericana de Medicina Reproductiva), ASRM (American Society of Reproductive Medicine) y otras, tanto en el plano nacional como internacional.

Para comunicar cambios de dirección, reclamar números no recibidos, solicitar reimpresiones de artículos, solicitar números adicionales o colocar avisos; dirigirse por correo o e-mail a las direcciones mencionadas.

Las opiniones y afirmaciones expresadas en artículos, editoriales u otras secciones de *Reproducción* corresponden a los respectivos autores.

Ni el Comité Editorial de la publicación ni la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) se hacen cargo de ellas.

ISSN: 0327-9294



ÍNDICE

ARTÍCULOS COMENTADOS POR EXPERTOS	Extendiendo la vida reproductiva: estudio de costo-efectividad sobre la criopreservación de ovocitos 129 <i>Comentado por Guillermo Terrado</i>
ACTUALIZACIÓN	El rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA) 131 <i>Lic Natacha Salomé Lima</i>
REVISIÓN	La regulación de las técnicas de reproducción humana asistida en la actualidad 143 <i>Mariana Rodríguez Iturburu</i>
	Argumentos jurídicos a favor de la postura según la cual el embrión <i>in vitro</i> o no implantado no es persona humana 161 <i>Marisa Herrera</i>
NOVEDADES DE SAMeR	XVII Congreso Argentino de Medicina Reproductiva SAMeR 2016 165
CENTROS ACRED	Listado de centros acreditados 166

En esta sección se citarán trabajos de diversos temas de la especialidad publicadas en revistas del exterior. La publicación se citará en forma completa con título, autores, revista en la que fue editada y fecha de edición. Se brindará un resumen del mismo, destacando los aspectos relevantes del trabajo de investigación, y al final una opinión personal sobre el mismo.

Deberá ser escrito con tamaño de letra 12, a doble espacio, y no deberá superar las 5 carillas de hoja tamaño A4.

En todos los casos, el envío de trabajos, comentarios y publicaciones deberá hacerse por correo electrónico a la dirección de la secretaria de SAMeR: info@samer.org.ar

Expanding reproductive lifespan: a cost-effectiveness study on oocyte freezing

LL van Loendersloot, LM Moolenaar, BWJ Mol, S Repping, F van der Veen, M Goddijn

Center for Reproductive Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

Human Reproduction, 2011;26(11):3054-3060

Extendiendo la vida reproductiva: estudio de costo-efectividad sobre la criopreservación de ovocitos

Comentado por Guillermo Terrado

PREGNA Medicina Reproductiva

Reproducción 2015;30:129-130

En los últimos años el promedio de edad de búsqueda del primer embarazo en las mujeres aumentó drásticamente por distintos motivos, lo que conforma hoy por hoy uno de los principales problemas en salud reproductiva. Lamentablemente, con la utilización de ovocitos propios, los resultados de las técnicas de alta complejidad como el FIV no logran revertir la declinación de la fertilidad con la edad. Paradójicamente así, en muchos casos, la edad reproductiva avanzada no sólo es la indicación de la técnica sino el principal motivo de los bajos resultados. Algunos autores incluso cuestionan éticamente la indicación de los tratamientos en estos casos, ya que la tasa de éxito ronda apenas el 5%.

Afortunadamente, los resultados promisorios de la criopreservación ovocitaria con la técnica de vitrificación en los últimos años, permiten afirmar que la preservación de la fertilidad en la mujer podría ser posible. En los casos oncológicos, la vitrificación ovocitaria es una intervención aceptada por todo el mundo prácticamente sin objeciones, pero en los casos de mujeres que desean extender su vida reproductiva el tema es diferente y muchas veces se la critica. Para obtener ovocitos en estas mujeres sanas deben seguirse los pasos habituales de una FIV, con toda la carga y riesgos que esto conlleva, además de los costos.

Para brindar más información a este debate, los autores presentan un análisis de costo-efectividad para determinar si la estrategia de hacer que una paciente criopreserve sus ovocitos a los 35 años y los utilice luego para hacer una FIV a los 40 es costo-efectivo comparándolo con hacer directamente una FIV con ovocitos propios a los 40, o esperar un embarazo espontáneo sin ningún tratamiento a esa edad.

Para esto realizaron entonces un análisis de decisión de acuerdo a un modelo de Markov, donde simularon 3 estrategias para una mujer de 35 años siguiendo las siguientes asunciones:

1. Estrategia 1: La paciente realiza 3 ciclos de hiperestimulación ovárica a los 35 años y criopreserva todos los ovocitos obtenidos. Si no se embaraza entre los 35 y 40, descongela sus ovocitos para hacer una FIV, y si no embaraza

Correspondencia: Guillermo Terrado
Correo electrónico: gterrado@pregna.com.ar

dentro de un año con uno o varios intentos, continúa buscando embarazo espontáneo hasta los 45.

2. Estrategia 2: La mujer no comienza a buscar un embarazo hasta los 40 años y lo continúa haciendo hasta los 45 sin realizar ningún tratamiento.
3. Estrategia 3: Comienza a buscar a los 40 años, pero si no embaraza en 1 año, realiza un máximo de 3 intentos de FIV con sus ovocitos durante un año. Aquella que no lo logra en ese período continúa buscando embarazo espontáneo hasta los 45.

El modelo de Markov asume que existe un número limitado de “estados de salud” (estados de Markov) y que en cualquier momento los pacientes pueden ser asignados a uno solo de esos estados. El horizonte modelo del Markov se divide en iguales incrementos de tiempo (ciclos de Markov) que representan el mínimo lapso disponible en el que un paciente puede estar en determinado estado. Al finalizar un ciclo el paciente se mueve de un estado de salud a otro y estas transiciones se definen en términos de probabilidades. Los autores construyen este modelo de Markov para determinar las chances de embarazo dentro de un período definido (horizonte observacional).

Este modelo queda así constituido por 4 estados:

- a. Pacientes que realizan una FIV con ovocitos que pueden ser criopreservados/descongelados o frescos.
- b. Mujeres con embarazo a término después de una FIV con ovocitos criopreservados/descongelados o frescos.
- c. Mujeres con embarazo a término después de concepción espontánea.
- d. Pacientes que no se embarazan.

El punto de inicio del modelo es a los 35 años y cada ciclo es de un año. El horizonte de tiempo

es de 10 años ya que la posibilidad de embarazo por encima de los 45 es cercana a cero.

Las pacientes que no embarazan o sufren un aborto en uno de los ciclos son incluidas en el ciclo siguiente. El embarazo a término, ya sea espontáneo o por FIV, es el estado final del modelo.

Las fuentes a partir de las cuales se estiman cada una de las probabilidades, así como los costos inherentes a cada una de las ramas, se mencionan y referencian detalladamente en el estudio. El análisis de costo-efectividad se realizó desde una perspectiva del cuidado de la salud e incluyó los costos médicos. Las medidas de resultado de la evaluación económica fueron los costos y la efectividad de cada una de las estrategias.

La efectividad se expresó como la tasa de nacido vivo después de 5 años. Tomando como base la costo-efectividad de cada estrategia, se calculó también la razón de costo-efectividad incremental (CEI). La CEI de cada una se determinó dividiendo los costos de la estrategia y la estrategia de referencia. Así en este estudio la CEI expresa los costos extraadicionales por cada nacido vivo adicional. Cuanto menor el CEI, mayor es entonces la costo-efectividad de esa estrategia.

De acuerdo a los resultados de este estudio, la estrategia de criopreservar ovocitos a los 35 años para realizar una FIV a los 40 sería costo-efectiva comparada con la realización de una FIV con ovocitos propios a esa edad.

Si bien en el estudio se describen algunas limitaciones -los valores son expresados en Euros la realidad social y de accesibilidad a los tratamientos no es la misma que en nuestro país-, considero que este análisis es sumamente interesante para sostener y fomentar la estrategia de criopreservar ovocitos con la técnica de vitrificación en aquellas pacientes de hasta 35 años que deseen diferir su maternidad por diferentes motivos, también desde la mirada de la costo-efectividad.

El rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA)

Lic Natacha Salomé Lima

Docencia e Investigación, Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Becaria UBACyT. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Reproducción 2015;30:131-142

Resumen

El presente trabajo se propone indagar el rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías reproductivas. El abordaje será multifocal tomando como punto de partida la experiencia de las autoras en el dictado de la práctica profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA) en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se presenta el análisis de los datos cuanti-cualitativos obtenidos a partir de 106 entrevistas administradas a profesionales de la psicología, escalas de actitudes y observaciones de trabajo con los pacientes, tomando como eje vertebrador una reflexión en torno al derecho a la identidad para el caso de los niños concebidos vía TRHA. En las conclusiones se destaca, por un lado, la necesidad de incluir, en la formación universitaria, conocimientos relacionados con los avances científicos y en especial los producidos en el campo de las tecnologías de reproducción humana asistida, y, por el otro, la importancia del acompañamiento terapéutico con el objetivo de explorar miedos y fantasías sobre el origen del niño.

Palabras claves. TRHA, ADN, filiación, ética.

The role of the psychologist in the field of human assisted reproduction technologies (TRHA)

Summary

This paper aims to investigate the role of psychologists in the field of assisted reproductive technologies. The approach will be multifocal taking as its starting point the experience of the authors in the professional practice: The role of the psychologist in the field of assisted reproductive technologies (ARTs) at the Faculty of Psychology, University of Buenos Aires. We will present the analysis of quantitative and qualitative data obtained from 106 interviews administered to professional psychologist, attitude scales and observations with patients, considering a reflection on the right to identity in the cases of children conceived through ARTs. The need to include at the University training related to scientific breakthrough, especially those produced in the field of assisted reproductive technologies, demonstrating the need for interdisciplinary work in this complex area is highlighted in the conclusions. On the other hand, we stand out the importance of therapeutic support in order to explore main fears and fantasies of families regarding the origin of the child.

Key words. ARTs, DNA, filiation, ethics.

Introducción

Creemos que la realización de las actividades profesionales del psicólogo debe regirse por las

normas científicas y técnicas de la especialidad y fundamentalmente por la ética profesional. Si bien esta última ha sido un área de interés que en Estados Unidos, Francia, Alemania, Gran Bretaña y España se ha desarrollado, principalmente, en la bioética y en las ciencias biométricas, es a fines del siglo XX que se constituyó en un campo significativo de investigación en el orden mundial repercutiendo en la formación profesional de todas las áreas de conocimiento. En América Latina esta dinámica ha tenido un impacto diferencial al de Europa y Estados Unidos, cuyos efectos analizaremos a continuación.

En el ámbito específico de la psicología como profesión existieron grandes reflexiones que ubicaron a la ética en una perspectiva deontológica. En el año 1995 la *European Federation of Psychologists Association* (EFPA) ha elaborado un documento titulado “*Meta Code of Ethics*” que fue firmado en la Asamblea General de Atenas y fue revisado en Granada en el año 2005. En este documento se establecen cuatro principios éticos que los psicólogos asociados a la federación deben cumplir; estos son: respeto por los derechos y dignidad de las personas, responsabilidad, competencia e integridad.

Sabemos que en sentido estricto, la ética es una disciplina filosófica cuyo objeto de estudio es el comportamiento moral de los hombres. Desde una perspectiva aplicada, la ética, es considerada como un instrumento para la toma de decisiones; ésta supone un saber hacer para conducirse de manera racional acompañado de un análisis crítico que le permite, al profesional, reflexionar sobre las consecuencias de sus actos; garantizando una práctica responsable y efectiva al establecer normas que rigen la profesión y regulan el buen uso de las competencias profesionales pero, también, por reconocer la capacidad que tiene el hombre para tomar decisiones.

Somos conscientes de que la pluralidad de prácticas y las diversas formas de pensamiento que coexisten en el seno de la psicología promueven actitudes hacia la ética profesional. Entendemos por actitud a una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto de un objeto social dado. Es por eso que consideramos que las actitudes hacia la ética profesional constituyen el grado

de acuerdo o desacuerdo con el que el futuro profesional responde ante las diferentes dimensiones de la misma.

Un apartado fundamental de la ética profesional interroga nuestras certidumbres cuando nos conmina a responder cómo las distintas transformaciones del campo científico-tecnológico impactan sobre la subjetividad de las personas. En esta oportunidad indagaremos esta perspectiva sobre el escenario concreto de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA) desde un abordaje multifocal: 1) el desarrollo médico y científico tecnológico, 2) el campo normativo y legal, y 3) los avatares de la subjetividad que se desprenden del entrecruzamiento de estos tres campos que representan un saber-hacer propio con prácticas específicas que los distinguen conformando, así, problemáticas complejas.

El paradigma de la complejidad nos auxiliará, en esta oportunidad, para despejar los ideales que representan los distintos discursos con los que trabajaremos, ideales que desde el poder creacionista (más propio del discurso científico-tecnológico) o legalista (en este sentido, el ámbito de la ley social no alcanza a decir plenamente de un sujeto) pueden impedirnos un análisis de las implicancias éticas y subjetivas en el entramado de estas conformaciones discursivas y disciplinares con la que se ven confrontadas los y las profesionales de la psicología.

Actualmente nos encontramos en un momento histórico que ha privilegiado la ampliación de derechos sancionando leyes novedosas e incluso pioneras a nivel mundial. La ley de cobertura en tratamientos de fertilización asistida (Ley N° 26.862, 2013) que tuvo su antecedente en la ley provincial de infertilidad (Ley de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires N° 14.208), la ley de matrimonio igualitario (Ley N° 26.618, 2010), la ley de identidad de género (Ley N° 26.743, 2012) y también la incorporación al texto del nuevo código civil y comercial a las TRHA como una nueva fuente de filiación, agregándose a la natural y a la adopción.

El pasaje de “la familia” a “las familias” constituyó un quiebre ineludible en la regulación de las relaciones familiares. La ficción jurídica de la voluntad procreacional ha permitido disociar el elemento biológico, el genético y el volitivo cobrando éste último especial relevancia. Así, la vo-

luntad procreacional deviene un elemento central cuando se trata de fecundación heteróloga (con donación de óvulo y/o semen) dado que establece que “con el donante sólo habrá un derecho a conocer los orígenes, pero, *nunca un vínculo de padre e hijo*”.¹ También cobra especial relevancia el consentimiento informado, dado que es la forma en que se asienta el hecho de consentir la filiación. Vemos aquí un primer entrecruzamiento entre el ámbito del sujeto autónomo del derecho, aquel que consiente firmando un consentimiento informado, y el ámbito de la lógica subjetiva del deseo de hijo que no se deja aprehender enteramente por esta ficción jurídica.

El derecho a la información de los niños nacidos con material genético de un tercero gira en torno o compromete el derecho a la identidad de los mismos y ha sido uno de los puntos que ha generado acalorados debates en la regulación de las TRHA en el Código Civil y Comercial. “El Código recepta un sistema intermedio, y por ende equilibrado, de conformidad con los derechos en pugna. Para poder comprender con mayor exactitud por qué la reforma pasa el “*test* de convencionalidad-constitucionalidad”, se debe saber que del juego de los arts 563 y 564 se divisan tres facetas que involucran el derecho en análisis: 1) saber que se ha nacido de TRHA con material de un tercero, 2) información no identificatoria (datos genéticos o de salud sobre el donante), y 3) información identificatoria (nombre, apellido y datos que permiten individualizar al donante). ¿Qué permite el Código Civil y Comercial? Las tres facetas con ciertas particularidades”.² Si bien los centros de fertilización guardan la información correspondiente a cada gestación con la posibilidad de dar a conocer los datos según las tres variantes mencionadas más arriba, esta modalidad sigue siendo cuestionada por algunos enfoques que consideran que el dato biológico (la célula germinal) es un factor constitutivo de la identidad que se entiende en términos de un constructo bio-psico-social. Se podrá acceder a ambos tipos de información, una de manera amplia o irrestricta, la otra con ciertas restricciones. La información no identificatoria se puede solicitar en todo momento directamente al centro de salud. En cambio, cuando se trata de identificar al donante, se debe solicitar por petición fundada a un juez, ya

que en este caso se deben dar ciertos fundamentos que ameriten levantar el anonimato del donante, a quien se le prometió reservar su identidad, justamente, para que done. Esta restricción se debe a un interés general mayor: el que haya donaciones y así que nazcan niños por TRHA con material de un tercero, y por ende, que varias personas o parejas puedan ser padres/madres. Además, la reforma dispone expresamente la obligación de incorporar al legajo de inscripción del nacimiento de estos niños el resguardo de que han nacido por TRHA con gametos de un donante; consecuentemente, esta información siempre estará disponible.

Cabe destacar una diferencia entre el derecho a conocer los orígenes en el caso de la adopción y en el caso de los niños nacidos por TRHA con material de donante. En este último caso, se está hablando de conocer la realidad genética que aportó un tercero ajeno al proyecto de maternidad/paternidad; en la adopción, en cambio, nos encontramos con un derecho a conocer los orígenes mucho más amplio, que involucra la “biografía” de un niño, la historia de lo que sucedió con su familia de origen, si tuvo o no años de institucionalización, qué pasó o cómo vivió todos esos años, ya que los niños forjan su identidad en todo tiempo. Estas especificaciones son nominadas en el Derecho como *identidad dinámica* y como tal abarcan muchos aspectos de la persona que no se reducen a la organicidad del cuerpo.

Hay, sin embargo, una serie de dilemas éticos que no han podido ser resueltos aún en el marco legal por presentar desacuerdos conceptuales importantes y una lucha de intereses diversos. Los profesionales de la salud se encuentran tensionados en esta pugna interna del campo.

La donación de gametos nos confronta con el conocimiento de los orígenes. Trataremos de explicitar, si cabe hablar del derecho a la identidad en este escenario y cómo se juega en estos casos la dialéctica identidad-identificación. ¿El niño debe conocer qué parte del material genético no corresponde a sus padres? ¿Se trata en este caso del derecho a la identidad o es un abuso aplicarlo en estos términos? ¿De qué origen se trata? ¿Cómo aborda el psicólogo esta problemática con la familia y con los niños nacidos por estas técnicas?

En relación con el rol del psicólogo, se vuelve relevante pensar el concepto de competencias.

Charría Ortiz, V H, Sarsosa Prowesk, K V, Uribe Rodríguez, A F y col (2011)³ definen las competencias laborales como las habilidades, conocimientos, actitudes y potencialidades de un individuo, así como también a su puesta en práctica. Para Larraín y González (2009)⁴ las competencias profesionales son las actitudes, conocimientos y destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen una función laboral según los estándares definidos por el sector productivo. En síntesis, entendemos por competencias no sólo a las tareas o habilidades que el profesional ejecuta sino que también las incluyen la comprensión de las situaciones problemáticas que éstos deben afrontar, vinculándose así la puesta en práctica, las actitudes y rasgos de la personalidad y los conocimientos adquiridos.

Desde nuestra perspectiva, en sintonía con el marco teórico propuesto por Ana Hirsch Adler, definimos para cada una de las competencias del profesional psicólogo rasgos determinados: a) para las *competencias éticas* (responsabilidad, honestidad, ética profesional y personal, respeto y actuar con sujeción a principios morales y valores); b) para las *competencias cognitivas y técnicas* (conocimiento, formación, preparación y competencia profesional, formación continua, innovación y superación, conocimiento y habilidades técnicas); c) para las *competencias sociales* (compañerismo y relaciones, comunicación, saber trabajar en equipo); d) y para las *competencias afectivo-emocionales* (rasgos que hacen referencia a la identificación con la profesión y a la capacidad emocional).

Las competencias que el psicólogo deberá desarrollar en el ámbito de las TRHA son diversas. Puede operar como un acompañante de las personas que recurren a estas técnicas brindando información y asesoramiento. Sin embargo, esta función es necesaria pero no suficiente. El psicólogo no puede olvidar que está convocado a trabajar con los deseos, fantasías y anhelos de los consultantes, sus estados de ansiedad, sus dudas, con los interrogantes más íntimos de su ser acerca de la maternidad y la paternidad. El ser humano está entramado en un cuerpo simbólico que no se agota en el abordaje médico. Una forma de manifestación del estatuto simbólico del cuerpo es el de la *infertilidad sin causa aparente*. Cuando hay

una causa médica de un trastorno se aborda con las herramientas de la medicina ayudada por la psicología que colabora con el médico en el acompañamiento del paciente para que pueda vivir esta situación traumática de la mejor manera posible. Pero cuando la causa se juega en el escenario de la psicología, el análisis personal puede ser la única vía de acceso a esta situación traumática.

En el marco de un tratamiento a una paciente con el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente,⁵ quien llevaba más de ocho años sin poder tener hijos, se pudieron vislumbrar problemas que remitieron a dos cuestiones que luego se hallaron presentes en el tratamiento de otras mujeres con el mismo diagnóstico:

- La relación a la madre.
- La relación al propio cuerpo.

Para poder tener un hijo esta paciente tuvo que dejar de rechazar el cuerpo, tuvo que tener un cuerpo y escuchar la verdad del síntoma que se jugaba en él. Y después de cinco inseminaciones artificiales infructuosas y dos años de análisis tuvo dos hijos de forma natural.

Muchos son los aportes del psicoanálisis freudiano, pero uno de los primeros y no tan valorados ha sido la separación que hiciera Freud entre el cuerpo biológico y el cuerpo simbólico en el escrito de 1893, *Algunas consideraciones con miras al estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. En las parálisis orgánicas es el cuerpo biológico el que establece las vías de afectación, mientras que en las parálisis histéricas es la concepción popular de los órganos y del cuerpo en general lo que está en juego. “Esta concepción no se funda en un conocimiento ahondado de la anatomía nerviosa, sino en nuestras percepciones táctiles y sobre todo *visuales*. [...] La lesión de la parálisis histérica será, entonces, una alteración de la concepción (representación) de la idea de brazo, por ejemplo.” (Tomo I, pp 207). Esta diferenciación entre cuerpo biológico y cuerpo simbólico será retomada por Lacan en el binarismo entre cuerpo especular y cuerpo orgánico, a la altura del *Estadio del espejo*. Sin embargo, esta diferenciación necesaria en Freud se completa con el papel de la pulsión. En tanto que concepto lindante entre lo somático y lo psicológico, lo pulsional anuda el cuerpo a sus modos de gozar.

Este minucioso y temprano estudio de Freud sobre la diferencia entre las parálisis orgánicas y las histéricas será repensado por nosotros en el ámbito de las TRHA. El comienzo del psicoanálisis se encuentra en los cuerpos histéricos afectados por la verdad del síntoma, cuerpos que hablan de sus modalidades pulsionales. Ahora, los analistas nos encontramos con mujeres de todas las edades que rechazan el cuerpo, que reaparece en la clínica de la infertilidad.

Mientras la ciencia opera sobre el cuerpo sin preguntarse por este otro estatuto del cuerpo que se juega en los seres humanos, el psicoanálisis opera sobre el cuerpo simbólico con las herramientas significantes sin desconocer los límites de esta operatoria.

Materiales y métodos

Como parte de la investigación: *“Las competencias éticas y sociales de los estudiantes de psicología de grado y posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Estudio exploratorio descriptivo en base a una investigación cuali-cuantitativa”*, llevada a cabo entre los años 2013 y 2015, hemos desarrollado una triangulación de instrumentos de recolección de datos: 1) una entrevista semi-estructurada, 2) una escala de medición de actitudes, 3) y la observación participativa de tareas del psicólogo con parejas que recurren a las técnicas de reproducción asistida.

1) La entrevista estructurada buscaba indagar el desempeño del psicólogo en las distintas áreas de las competencias profesionales. La muestra fue integrada por 106 profesionales psicólogos, de ambos sexos, de los cuales el 84% son graduados de la UBA y el 16% restante de otras instituciones de la República Argentina. Si bien la entrevista explora los distintos aspectos de la formación profesional de los psicólogos, la pregunta 18 se proponía indagar qué incluiría el profesional psicólogo en la formación universitaria para abordar problemáticas relacionadas con las TRHA y la pregunta 22 proponía la siguiente situación dilemática:

Una pareja consulta porque su hijo tiene un trastorno atencional en la escuela y ha sido concebido por una fecundación con gametos donados. Ellos creen que puede haber relación entre la enfermedad del niño y el ocultamiento de la forma de concebirlo. Se plantea la disyunción entre contarle al niño que ha sido concebi-

do con material genético donado o no. ¿Cómo cree que tiene que ser la intervención del psicólogo?

2) La escala de medición de actitudes, compuesta por 55 proposiciones que miden competencias afectivo-emocionales, competencias cognitivas y técnicas, competencias éticas y competencias sociales, fue administrada a 86 profesionales psicólogos. De estas 55 proposiciones hemos seleccionado tres que son específicas de este campo. Las mismas son:

- Proposición N° 11. *El ejercicio de la psicología exige un trabajo interdisciplinario.*
- Proposición N° 35. *El psicólogo deberá mantenerse actualizado sobre los avances de las nuevas tecnologías reproductivas.*
- Proposición N° 41. *El ejercicio de la psicología exige una capacitación permanente, en relación con los nuevos avances científicos.*

3) Durante el primer cuatrimestre del año 2015, en el marco de la “Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA”, los alumnos han realizado observaciones en distintos espacios de inserción laboral del psicólogo en este ámbito; entre ellos se encuentran las entrevistas de admisión y orientación a pacientes que apelan a las técnicas de reproducción asistida y los talleres para parejas que recurren a la donación de gametos. Los alumnos, acompañados por sus docentes, realizaron informes de las observaciones señalando problemáticas comunes en las personas que transitan este proceso. De las 20 observaciones nos hemos centrado en el análisis cualitativo de los talleres de donación de gametos.

Resultados

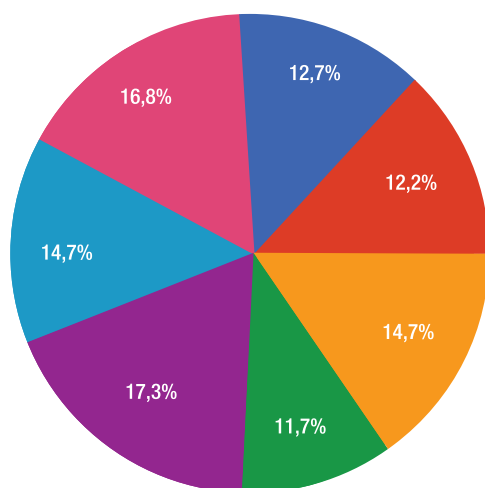
1) Resultados de la entrevista estructurada correspondientes a la pregunta N° 18:

El 17,3 % de los profesionales respondió que es necesario incluir *formación médica-conocimiento de las TRHA*. El 16,8% no contestó la pregunta. El 14,7% considera necesario incluir una *formación clínica (cognitivo-conductual/psicoanálisis/etc) que incluye formación en pareja y familia*. El 12,7% considera importante incluir el trabajo interdisciplinario en la formación de grado, el 12,2% eligió la formación en el área jurídica y el 11,7% restan-

te la formación en nuevas constituciones familiares y nuevas parentalidades (Gráfico 1).

Gráfico 1.

¿Qué incluiría usted en la formación universitaria para abordar problemáticas en las tecnologías de reproducción humana asistida?



- 1. Trabajo interdisciplinario.
- 2. Formación en el área jurídica.
- 3. Formación en pareja y familia.
- 4. Formación en nuevas constituciones familiares y nuevas parentalidades.
- 5. Formación médica – conocimiento de... (no especificado)
- 6. Formación clínica (Cognitivo-conductual).
- 7. No contesta.

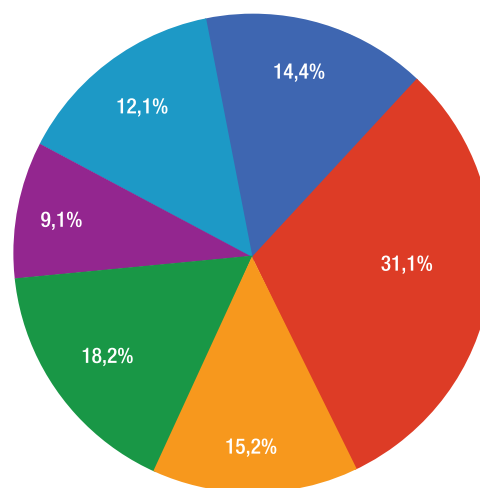
Frente a la situación dilemática (*una pareja consulta porque su hijo tiene un trastorno atencional en la escuela y ha sido concebido por una fecundación con gametos donados; ellos creen que puede haber relación entre la enfermedad del niño y el ocultamiento de la forma de concebirlo*), se plantea la disyunción entre contarle al niño que ha sido concebido con material genético donado o no.

Obtuvimos la siguiente distribución de las respuestas: el 31,1% de los profesionales consideró que la intervención debería situarse en trabajar con los padres las fantasías en torno a la concepción del niño (cómo lo no-dicho se expresa sintomáticamente) y sus miedos al respecto. Poniendo énfasis en un trabajo sobre el por qué del ocultamiento. Luego, el 15,2% propone, como forma de abordaje, trabajar con los padres en torno a la decisión de comunicarle

al niño el modo de concepción (o bien orientar a los padres para que comuniquen esta información). El 15,2% consideró necesario indagar por qué los padres vinculan el problema atencional del niño con la forma de concepción o su ocultamiento. El 14,4% sugiere el trabajo con el niño, ya sea indagando el por qué del síntoma, el problema atencional y sus relaciones, o bien en última instancia contarle al niño. El 12,1% de los profesionales consideró necesario indagar el lugar que ocupa el niño para esos padres dejando la decisión de decirlo en manos de ellos; trabajar la relación vincular. El 9,1% de los profesionales psicólogos proponen esclarecer con los padres la importancia del origen no anclado a la biología sino a la función (materna y paterna), es decir, que priorizan la construcción de la identidad (Gráfico 2).

Gráfico 2.

¿Cómo cree que tiene que ser la intervención del psicólogo?

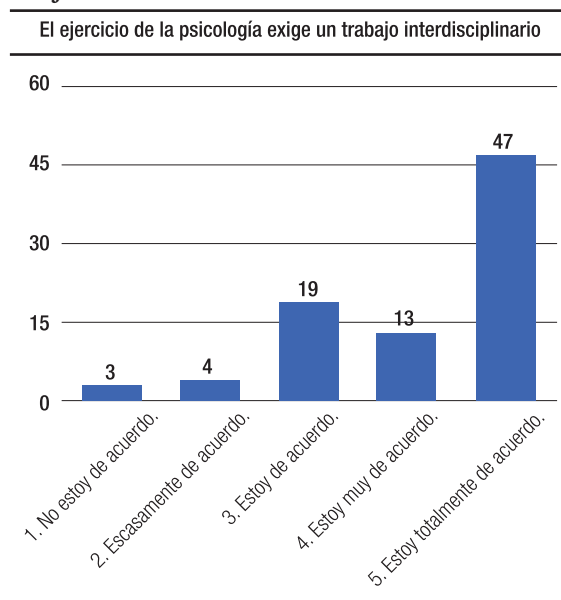


- 1. Se sugiere el trabajo con el niño, ya sea indagando el por qué del síntoma, el problema atencional y sus relaciones, o bien en última instancia contarle al niño.
- 2. Se sugiere trabajar con los padres las fantasías en torno a la concepción del niño (cómo lo no-dicho se expresa sintomáticamente) y sus miedos al... (no especificado)
- 3. Indagar por qué los padres vinculan el problema atencional del niño con la forma de concepción o su ocultamiento.
- 4. Trabajar con los padres en torno a la decisión de comunicarles el modo de concepción al niño (o bien orientar a los padres para que comuniquen...).
- 5. Esclarecer con los padres la importancia del origen no anclado a la biología sino a la función (materna y paterna), construcción de la identidad.
- 6. Indagar el lugar que ocupa el niño para esos padres dejando la decisión de decirlo en manos de ellos, trabajar la relación vincular.

2) Resultados de la escala de medición de actitudes.

Frente a la proposición N°11, que evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo a la siguiente afirmación: *El ejercicio de la psicología exige un trabajo interdisciplinario*, 47 profesionales psicólogos están totalmente de acuerdo, 19 profesionales están de acuerdo, 13 están muy de acuerdo, 4 afirman estar escasamente de acuerdo y 3 afirman no estar de acuerdo (Gráfico 3).

Gráfico 3.



Frente a la proposición N°35, que evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo a la siguiente afirmación: *El psicólogo deberá mantenerse actualizado sobre los avances de las nuevas tecnologías reproductivas*, 36 profesionales psicólogos están de acuerdo con la afirmación, 20 profesionales estar escasamente de acuerdo, 16 están totalmente de acuerdo, 10 están muy de acuerdo y 4 no están de acuerdo (Gráfico 4).

Frente a la proposición N°41, que evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo a la siguiente afirmación: *El ejercicio de la psicología exige una capacitación permanente, en relación con los nuevos avances científicos*, 40 profesionales están totalmente de acuerdo con esta afirmación, 23 están de acuerdo, 16 están muy de acuerdo, 6 están escasamente de acuerdo y 1 no está de acuerdo(Gráfico 5).

Gráfico 4.

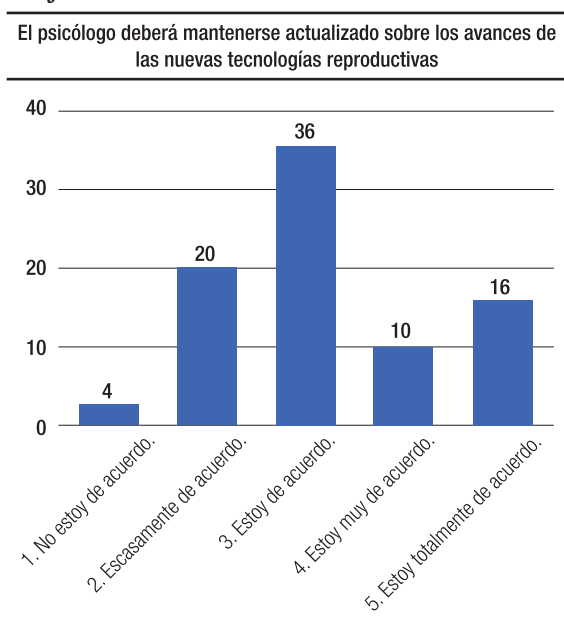
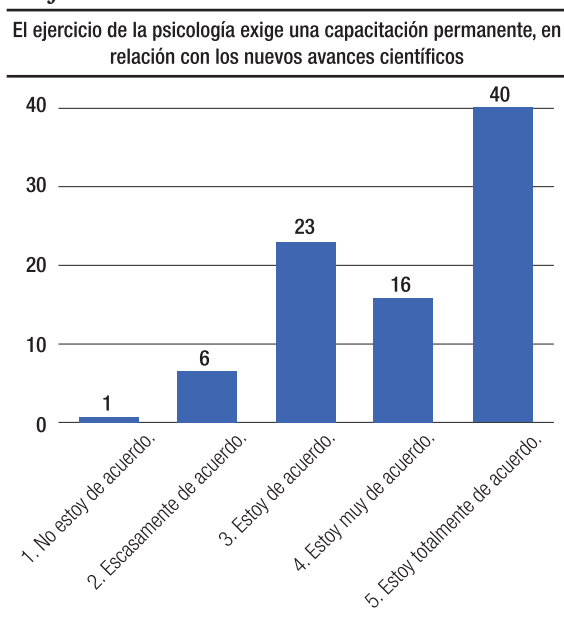


Gráfico 5.



3) Observación cualitativa de los miedos y fantasías más recurrentes de los talleres de donación de gametos.

A partir de nuestra experiencia clínica y de las observaciones realizadas por los alumnos en las

distintas actividades de formación hemos detectado los siguientes temores y fantasías de los pacientes que recurren a la donación de gametos:

- La fantasía de no reconocer al niño como hijo propio, en tanto que los rasgos genéticos que porta no son de los miembros de la pareja.
- El miedo a que la familia sospeche de la filiación del niño o lo rechace por no ser de la propia sangre.
- No saber qué y cómo hablar con el niño cuando éste pregunte sobre su origen.
- Miedo a que el niño quiera conocer al donante.
- La fantasía sobre la consanguinidad.

Discusión

La discusión de los resultados supone, para nosotros, el análisis e interrelación de los tres instrumentos con el eje puesto en el derecho a la identidad del niño, su relación con los miedos y fantasías de los padres sobre cómo, qué y cuándo contarle al hijo que fue concebido por medio de gametos donados y cuál es la formación requerida para que el profesional de la psicología pueda abordar, en su práctica, la problemática filiatoria.

Sobre la importancia de revelar o no el origen al niño nacido mediante la donación de gametos, y en el caso de hacerlo cuánta información sobre los donantes debería ser revelada, en el año 2013, el Comité de Ética de la Asociación Americana para la Medicina Reproductiva reportó que “puede servir mejor, a los intereses del vástago, la revelación al niño de su concepción por donación y, si está disponible, las características del donantes. El Comité también reconoce que la decisión es altamente personal y que las partes pueden disentir en cuanto a los valores de la decisión”.⁶

La Asociación Americana de Medicina Reproductiva aconsejaba, en los años '90 del siglo XX, no revelar el origen del niño en el caso de que éste haya sido concebido vía gametos donados, ya que consideraban que la ignorancia por parte del niño de este conocimiento favorecería su integración social debido a que existe un vacío cultural para nombrar la relación madres-padres-hijos. Álvarez Plaza (2014),⁷ a partir de una investigación llevada a cabo en Madrid y Lisboa, pudo corroborar que, como consecuencia de esto, las parejas heterosexuales preferían no revelar el origen al niño y tampoco se planteaban la existencia del engaño al mantener el secreto sobre su origen.

Esta visión sobre la revelación de su origen al niño ha cambiado; hoy en día el Consejo de Bioética de Nuffield recomienda a los profesionales del entorno de la reproducción asistida que se indique a los padres los beneficios de la revelación, ya que la ocultación genera, en un futuro, desconfianza y deteriora las relaciones vinculares.

Asimismo, existen determinados grupos (ONGs y asociación de pacientes y usuarios) que sostienen la necesidad de que el Estado regule estas prácticas, siguiendo el modelo de la adopción, conformándose así un Registro Único de donantes, donde las personas nacidas por estos medios, puedan obtener, en un futuro, información sobre su bagaje genético. Por el momento en nuestro país las donaciones de gametos son anónimas.

Otro eje de análisis lo situamos en los resultados obtenidos de la situación dilemática abierta que indagaba la problemática filiatoria en torno al caso de niños concebidos por medio de gametos donados vía la utilización de TRHA, viñeta que intentaba explorar los miedos y fantasías de los padres; y sobre todo: cómo, cuándo, dónde y por qué brindar o no información sobre el origen del niño. El análisis de estos resultados supone también rastrear qué necesitaría saber el profesional de la psicología para trabajar en el ámbito de las TRHA.

Obtuvimos así la siguiente distribución de respuestas: Los miedos y fantasías de los padres respecto a la posible pérdida de amor del niño al enterarse tardíamente que ha sido concebido por medio de gametos donados es un temor recurrente. Esta situación intenta indagar las dificultades de poner en palabras estos miedos y fantasías de los padres que podrían afectar el desarrollo simbólico del niño. Podemos destacar que, en su mayoría, los profesionales psicólogos consideran que el ocultamiento y lo no-dicho tiende a expresarse a nivel sintomático de alguna u otra manera. Sin embargo, no ubican una causalidad lineal entre lo no-dicho y la expresión sintomática dado que resulta necesario interrogar el caso en su singularidad.

El análisis de esta problemática nos permitió indagar las representaciones de los profesionales en torno a: a) las fantasías de los padres respecto de la concepción, b) los miedos que pueden surgir al respecto, c) el vínculo que parecen trazar entre la forma de concepción y el trastorno atencional, d) ¿qué quiere decir que lo no-dicho puede expresarse sintomática-

mente?, e) indagar la importancia del saber respecto del origen, ¿de qué saber se trata?, y f) derecho a la identidad vs derecho a la privacidad.*

En este caso, la distribución de las respuestas en la muestra fue la siguiente: el 31,06% de los profesionales contestó que la intervención del psicólogo debería situarse en la exploración de miedos y fantasías. Luego, el 15,15% propone, como forma de abordaje, indagar el vínculo imaginario que estos padres encuentran entre la forma de concebir, el ocultamiento respecto al origen y el trastorno atencional en el niño. Habría que explorar si es posible diferenciar si el vínculo lo establecen entre la forma de concepción con el síntoma, o más bien, el síntoma como expresión de lo no-dicho, es decir, producto del ocultamiento. Otra de las opciones prevalentes fue la propuesta de trabajo terapéutico con el niño (14,39%), siendo también relevante la variable comunicacional: trabajar con los padres la forma de comunicarle el modo de concepción al niño (18,18%).

Pero, ¿qué dicen los padres sobre qué, cómo y cuándo contarle al hijo que fue concebido por medio de gametos donados?

Un espacio de trabajo en el que surgen los miedos y fantasías de los pacientes son los talleres coordinados por psicólogos que funcionan como un ámbito de contención, acompañamiento y socialización de la situación de infertilidad.

El recorrido difícil y exigente que se auto-imponen las personas en búsqueda de un bebé, va desde las consultas médicas, los estudios, la estimulación ovárica, la inseminación artificial, la fecundación *in vitro*, etc, como muestras del amor sin límites por ese hijo anhelado. Si en este proceso los médicos descubren que el material genético, óvulos o espermatozoides que aportan las consultantes no son de la calidad necesaria para que ten-

ga buen curso el tratamiento, se pasa a buscar donantes que puedan aportar su material genético.

A través de la clínica y de talleres realizados⁸ con personas que necesitan recurrir a ovodonación, observamos algunos de los siguientes temores:

1) No reconocer al niño como hijo propio, en tanto que los rasgos genéticos que él porta no son de los miembros de la pareja. La cuestión de los rasgos fenotípicos suele ser cuidadosamente seleccionada por el personal del centro de inseminaciones; no se trata entonces del hecho fáctico de la diferencia, sino más bien de un saber oculto y amenazante. Una mujer decía: “mi miedo es no reconocer a esa persona cuando la mire a los ojos, no ver mi rostro en el de él”. El afán narcisista de mirarse en los ojos del niño funciona como un obstáculo afectivo. “¿Qué voy a ver cuándo mire sus ojos?”. Aparece una imposibilidad de amar algo diferente a sí mismo.

2) Que surjan sospechas de la propia familia de que el niño no es hijo de sus padres o el rechazo del nuevo integrante por no ser de la propia sangre. Un hombre de una pareja consultante decía: “yo lo voy a querer como mi hijo, pero esto para mis viejos es distinto, el nene no es de la misma sangre. Algunos van a decir es hijo tuyo, pero no de ella.” Al tiempo que la esposa agrega: “Voy a perder mi legitimidad como madre ante la mirada del otro”.

3) Que el niño a futuro quiera saber sobre su origen ¿qué decirle? ¿cómo enfrentar sus interrogantes?

4) Que el niño quiera conocer al donante. “Es peligroso que quiera conocer al donante y si es una mala persona y se mete en nuestras vidas... ¿Y si me separa de mi hijo?”.

5) El fantasma de la consanguineidad: “mirá si se enamora de un hermano genético”.

* Corresponde diferenciar las implicancias que el derecho a la identidad puede tener cuando se indague la conformación genética de los niños nacidos por TRHA. Si bien el nuevo Código Civil y Comercial Argentino recepta un sistema equilibrado, donde los niños podrán acceder a cualquier tipo de información, una de modo irrestricto: cuando se trate de información no-identificatoria; mientras que la información identificatoria se podrá acceder de modo restringido vía solicitud judicial. Conviene asimismo tener presente, siguiendo esta perspectiva normativa, que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos reglamenta, en su artículo 16 *Protección de las generaciones futuras*, que “se deberían tener debidamente en cuenta las repercusiones de las ciencias de la vida en las generaciones futuras, en particular en su constitución genética.” Luego de determinar si corresponde hablar de Derecho a la Identidad para el caso de la obtención de la información que corresponde al bagaje genético de los niños concebidos por TRHA, no cabría anteponerlo al Derecho a la Privacidad de los donantes, ya que conocer los datos genéticos no supone reconocer un vínculo filiatorio. Por supuesto que si planteamos esta misma problemática a nivel subjetivo, es indudable que tendrá efectos para todos los involucrados.

Algunas personas en tratamiento psicológico por su infertilidad o la de su pareja, o por tratarse de personas solas o parejas igualitarias, que necesitan recurrir a la donación de gametos expresan estas fantasías en los siguientes términos:

“El problema es que la identidad del bebé va a estar dividida, yo le doy una parte pero otra no se la puedo dar y desde lo legal no hay garantías de que esa información sobre el donante se conserve. Cómo puedo asegurarle a mi hijo que va a tener esa información?”

“Voy a tener un hijo en la panza de una persona de la que no sé nada”.

Estas frases dan cuenta de los temores y fantasías que tapizan la experiencia de acceder a la maternidad/paternidad a través de donación de gametos. Estas ideas pueden constituirse en obstáculos insalvables para acceder a la maternidad/paternidad o pueden ser un punto de pasaje, de tránsito hacia un ejercicio del rol materno/paterno responsable. En este viraje será central la figura del psicólogo que coordine el trabajo del taller para realizar intervenciones que discernan entre la angustia paralizante y el deseo de tener un hijo.

Para ello es necesario que el profesional de la psicología cuente con el desarrollo de ciertas competencias cognitivas y sociales que le garanticen un buen desempeño profesional. En relación con esto la escala de medición de actitudes nos permitió pesquisar que el 91,85% de los profesionales psicólogos están de acuerdo con la necesidad de que el ejercicio de la psicología requiere de un trabajo interdisciplinario. El grado de acuerdo se distribuyó del siguiente modo: el 54,65 % se encuentra totalmente de acuerdo, el 15,11% está muy de acuerdo y el 22,09% está de acuerdo con la afirmación. El 91,85% de los profesionales encuestados considera que el ejercicio de la psicología exige una capacitación permanente en relación con los avances científicos. En este caso el grado de acuerdo con la afirmación quedó distribuido de la siguiente forma: el 46,51% está totalmente de acuerdo, el 18,60% están muy de acuerdo y el 26,74% está de acuerdo. Por último, el 72,08% de la muestra se mostró de acuerdo con que el psicólogo deberá mantenerse actualizado sobre los avances de las nuevas tecnologías reproductivas (41,86% de los entrevistados están de acuerdo, 11,62% están muy de acuerdo y 18,60% están totalmente de acuerdo).

De la correlación de las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a 106 profesionales, se desprende que la mayor parte de los mismos (17,3%) considera que debe incluirse, en la formación universitaria, la formación médica –conocimientos de las TRHA- y un alto porcentaje (12,7%) piensa que el trabajo interdisciplinario debe formar parte de la currícula académica.

De los resultados obtenidos a partir de la toma de la escala de medición de actitudes (administrada a 86 profesionales) de la que seleccionamos tres proposiciones que evalúan la actitud hacia las competencias cognitivas y técnicas (proposiciones 11, 35 y 41) y una proposición que evalúa, en particular, la actitud hacia la competencia social (proposición 11), inferimos que los profesionales de la psicología consideran altamente relevante que la formación universitaria proporcione conocimientos relacionados con los avances científicos y en especial sobre los avances producidos en el campo de las tecnologías de reproducción humana asistida, así como también el desarrollo de habilidades comunicacionales, de trabajo en equipo y de flexibilidad profesional para poder desempeñar exitosamente un trabajo interdisciplinario; indispensable en el campo de las TRHA y del complejo entramado filiatorio que de ellas se desprende.

Conclusiones

En un escrito anterior⁹ se hizo mención a Giorgio Agamben, quien sostiene, siguiendo la dialéctica hegeliana de humanización, que para toda persona el deseo de reconocimiento es un dato fundante ya que el reconocimiento del otro hace posible la existencia humana. El estatuto de persona en lo jurídico y en lo social se encuentra anudado a la identidad ya que “persona significa en el origen “máscara” y es a través de la máscara que el individuo adquiere un rol y una identidad social [...] persona terminó por significar la capacidad jurídica y la dignidad política del hombre libre”.¹⁰ Esta fusión entre persona e identidad en la segunda mitad del siglo XIX se quiebra provocando una transformación decisiva del concepto de identidad. La identidad pasa a quedar ligada a lo biológico, reservando el término persona para el ámbito jurídico. Estos desarrollos que realiza Agamben resultan sumamente interesantes a la hora de pensar la relación entre identidad en tan-

to dato biológico y la construcción de una identidad anudada a la persona. “Lo interesante no gravita en adoptar las posiciones extremas, sino en sostener la tensión entre la identidad como dato biológico y los enclaves identificatorios que sostienen a la persona en su vertiente jurídica y social. La apuesta ética se juega en encontrar las formas de articular la identidad a la noción de persona. En este sentido, cada sujeto deberá construir un saber-hacer-ahí con el dato biológico”.¹¹

En el caso de las parejas que recurren a TRHA y que, durante años, tienen un hijo acunado en sus fantasías, el paso del tiempo invertido en la búsqueda del hijo anhelado y la falta de su presencia en lo real engrosa la dimensión fantasmática idealizada del niño por venir. Este estatuto idealizado del niño por venir y de la maternidad y paternidad soñadas como estados de plenitud funciona como motor de la búsqueda invisibilizando otras cuestiones que pueden ser los verdaderos obstáculos en la asunción de la función materna y paterna.

Los y las profesionales de la psicología, cuando se encuentran en su práctica clínica e institucional con estas complejas dinámicas filiatorias, deben estar atentos a las particularidades de esta búsqueda de hijo que cada persona despliega de un modo singular sin perder de vista que el ADN, en tanto huella genética del origen, será un punto de pasaje desde el cual poder construir un entramado identificatorio ligado a los Otros significativos donde el sujeto no quede reducido a uno u otro extremo sino que emerge en la tensión.

Por último, nos hemos propuesto indagar cuál es el rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA. Resulta muy interesante la correlación de los resultados obtenidos mediante los diversos instrumentos de recolección de datos ya que, correlacionado los datos cuantitativos de la entrevista semi-estructurada y de la escala de medición de actitudes tomadas a los y las profesionales de la psicología, hemos podido detectar la insuficiencia de la currícula académica en relación con las nuevas competencias cognitivas –conocimientos relacionados con los avances científicos, en especial, los producidos en el campo de las tecnologías de reproducción humana asistida, y el trabajo interdisciplinario- requeridos para que los futuros profesionales de la psicología puedan desempeñar su rol con éxito en este ámbito

complejo de inserción laboral que oscila entre las clínicas de reproducción asistida, la organización de talleres y el consultorio privado. Asimismo, de la correlación de los resultados cuantitativos arrojados en las entrevistas semi-estructuradas y del análisis cualitativo de las observaciones participantes de los talleres de donación de gametos se destaca, por un lado, la necesidad de que los profesionales de la psicología desarrollen competencias éticas, sociales y afectivas, además de las cognitivas, para explorar los miedos y las fantasías sobre el origen del niño –entre los que predomina el componente genético (que la familia extendida no reconozca al niño como propio, incluso los fantasmas de la consanguinidad)- y, por el otro, acompañar a los padres, trabajo terapéutico mediante, para encontrar la forma de comunicarle al niño como ha sido concebido.

Tomando como eje vertebrador una reflexión en torno al derecho a la identidad, para el caso de los niños concebidos vía TRHA, podemos concluir que la tarea del profesional de la psicología, cuando se aboca a estas complejas dinámicas filiatorias posibilitadas por el avance tecno-científico, es la de escuchar y entramar ese deseo filiatorio en la particularidad de cada dinámica familiar. Simbolizando el dato genético, que como mero dato, cuenta como materialidad biológica, y como tal debe poder ser recubierto de sentido, entramándose, así, como huella de un sujeto en su conformación más íntima. Esta formulación deja abierto, entonces, el debate en torno a si podemos hablar de Derecho a la Identidad para el caso de niños concebidos vía TRHA.

Referencias

1. Herrera M. Panorama general del derecho de las familias en el Código Civil y Comercial. Reformar para transformar. Sup Especial Nuevo Código Civil y Comercial 39, 2014 (Noviembre).
2. Herrera M. Panorama general del derecho de las familias en el Código Civil y Comercial. Reformar para transformar. Sup Especial Nuevo Código Civil y Comercial 39, 2014 (Noviembre).
3. Charría Ortiz V H, Sarsosa Prowesk K V, Uribe Rodríguez A F y col. Definición y clasificación teórica de las competencias académicas, profesionales y laborales. Psicología desde el Caribe 28: 133-165, 2011. Universidad del Norte, Colombia.

4. Larraín U A M, González F L E. Formación Universitaria por competencias. Sistema centroamericano de Evaluación y Armonización de la Educación Superior. 2009, http://sicevaes.csuca.org/attachments/134_Formacion%20Universitaria%20por%20competencias.PDF
5. Ormart E. Ficha de cátedra: Un caso de infertilidad femenina sin causa aparente desde las coordenadas del psicoanálisis. Inédito, 2015a.
6. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: a committee opinion. *Fertil Steril* 100: 45–49, 2013.
7. Álvarez Plaza C. La diversidad familiar y la divulgación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a partir de donantes y/o gestación subrogada. *IM-Pertinente*, [S.l.], 2: 17-43, julio 2014.
8. Ormart E. Talleres de ovodonación: temores y fantasías en el camino de tener un hijo. Inédito, 2015b.
9. Ormart E. TRHA: Impacto en las constelaciones familiares y la identidad de sus miembros. *Revista Aesthetika*, 11: 86 – 102, 2014.
10. Agamben G. Identidad sin persona. *Desnudez*, 67-78, 2011.
11. Ormart E. TRHA: impacto en las constelaciones familiares y la identidad de sus miembros. *Revista Aesthetika*, 11: 86 – 102, 2014.

El comité editorial encargará al especialista la realización de una publicación original sobre un tema determinado. La revisión tiene como finalidad examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva. El artículo sintetizará los resultados y conclusiones de las publicaciones sobre el tópico encargado.

Mantendrá el siguiente ordenamiento: título de la revisión, autor/es (Apellido y nombre, lugar de trabajo, dirección de correo electrónico del contacto), resumen (en castellano y en inglés) y palabras claves.

Las citas bibliográficas deben presentar la estructura detallada previamente en trabajos originales, y numeradas según aparición en el texto. Las tablas, cuadros y figuras deberán llevar el epígrafe correspondiente y deberán ir adecuadamente referenciados en el texto; si es necesario, el autor especificará en que parte del texto deben ir intercalados.

En todos los casos, el envío de trabajos, comentarios y publicaciones deberá hacerse por correo electrónico a la dirección de la secretaria de SAMeR: info@samer.org.ar

La regulación de las técnicas de reproducción humana asistida en la actualidad

Mariana Rodríguez Iturburu*

Reproducción 2015;30:143-160

**Abogada (UBA) Especialista en Derecho de Familia (UBA), Maestría en Derecho de Familia, Infancia y Adolescencia (UBA). Proyecto de Tesis presentado el 19 de diciembre de 2014, aprobado mediante UBA Resolución del 6/04/2015. "La instrumentación de la voluntad procreacional en la filiación derivada del uso de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida." Efectos, alcances e implicancias del consentimiento informado en el derecho argentino a la luz del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación" dirigido por la Dra Marisa Herrera. Ayudante de 2ª en la materia "Derecho de Familia y Sucesiones", cátedra de la Dra Waigmaster [titular] y la Dra Herrera [adjunta], Facultad de Derecho, UBA. Resolución N°681/10, 849/11, 1.726/12, 2.718/14 y 3.389/15. Docente invitada por la Facultad de Psicología de la Universidad de El Salvador en la asignatura "Práctica Profesional Tutoreada en Intervenciones Jurídicas". Titular de Cátedra: Lic Gabriela Del Río. Integrante del Proyecto de interés institucional bajo la convocatoria 2015 "Lo nuevo y novedoso en el Código Civil y Comercial de la Nación: teoría y práctica en materia de técnicas de reproducción*

humana asistida" de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Integrante del Proyecto de Cooperación Interuniversitaria UAM Santander con América Latina "Presente y Futuro de la Reproducción Asistida en el Derecho de familia del Siglo XXI en España y América Latina (especial referencia a Argentina, Chile y México). Aspectos jurídicos sociales y éticos" bajo la dirección de la Dra Pilar Benavente Moreda de la Universidad Autónoma de Madrid- España. Integrante del Programa de Investigación en Maestría (PIM) 2014-2016 "El derecho a la defensa técnica de los niños, niñas y adolescentes en los procesos judiciales de familia: la figura del "abogado del niño", dirigido por Marisa Herrera, integrante Programación Científica UBACyT 2013-2016 – Grupo en formación Investigadores Jóvenes - "Hacia una ley especial sobre técnicas de reproducción humana asistida. Bioética, derechos humanos y familias". Directora Marisa Herrera. Resolución (CS) N° 6.932/13. Código del Proyecto N°: 20020120200106, entre otros. Miembro de la Comisión de Bioética CPACF (Colegio Público de Abogados de Capital Federal) período 2009-2011.

Introducción

En los últimos 4 años se han producido en la República Argentina múltiples y significativos avances legislativos en materia de técnicas de reproducción humana asistida TRHA, que han impactado de lleno en el campo del derecho de familia, en especial, y con mayor repercusión en el derecho filial, que se reflejan en el Código Civil

Correspondencia: Mariana Rodríguez Iturburu
Correo electrónico: marianaiturburu@gmail.com

y Comercial de la Nación¹ vigente desde el 1 de agosto de 2015.

Las sólidas bases sobre las cuales se edifica la paulatina regulación de las TRHA, y luego de 30 años de vacío legal en la materia, parten obligatoriamente desde la mirada constitucional/convenional, cimentada en la Constitución Nacional y en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos en ella incorporados, conjuntamente con el valioso aporte de la jurisprudencia y doctrina, que no hacen más que corresponderse con el principio de realidad al receptor los principios de igualdad, no discriminación, el derecho a la autonomía personal, derecho a la salud, derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho a la vida familiar y a gozar del desarrollo de la tecnología, acortando la distancia entre el derecho a la realidad social.

Del mismo modo, los cambios más relevantes proyectados en el sistema de filiación, traducen e

interpretan, no solo el imponderable avance de la ciencia, medicina y de la biotecnología en particular, sino también el reconocimiento de otros tipos de familias tal como se fueron sucediendo en la región, y como corolario, el progresivo cambio en las nociones de maternidad y paternidad, centradas hasta no hace muy poco, en la visión heteronormativa, al posibilitar la disociación entre los elementos genético, biológico y voluntario, tal como veremos oportunamente.

Así, la incorporación de una tercera fuente filial,² derivada del empleo de las técnicas de reproducción humana asistida, surge como consecuencia del dato empírico ineludible de la realidad, el uso de estas prácticas en nuestro país y el nacimiento como consecuencia de ello, de una gran cantidad de niños³ que la jurisprudencia de los últimos años ha visibilizado en el aumento de conflictos que se dirimirían en la justicia derivados del uso de las TRHA.

Referencias

1. Ley 26.944 Código Civil y Comercial de la Nación. – Aprobación – sancionada el 01/10/2014, promulgada el 07/10/2014 y publicada en el Boletín Oficial el pasado 08/10/2014 bajo el número: 32.985 Fe de Erratas: (B O 2014/10/10) - AR/LEGI/80Y3.
2. Tal como lo desarrollaremos más adelante, la categorización propia de esta nueva clase filial –tan discutida doctrinariamente (por ejemplo véase Azpiri, Jorge O, “Los matrimonios homosexuales y la filiación”, en DFyP, año 2, N° 9, octubre de 2010, La Ley, pp 3) –se justifica si se advierten las características propias y peculiares que la distinguen de la filiación por naturaleza y de la adopción. Se recomienda compulsar en profundidad Kemelmajer de Carlucci, Aída; Herrera, Marisa y Lamm, Eleonora, “Los criterios de la determinación de la filiación en crisis”, en obra colectiva Maricruz Gómez De La Torre (directora) y Cristian Lepin (coordinador), Reproducción Humana Asistida, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Chile, Santiago, Editorial Legal Publishing. 978-956-346-305-7 Edición 2013 y Kemelmajer De Carlucci, Aída; Herrera, Marisa y Lamm, Eleonora, “Ampliando el campo del derecho filial en el derecho argentino. Texto y contexto de las técnicas de reproducción humana asistida”, Revista de Derecho Privado, Año 1, N° 1, Ediciones Infojus, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, marzo de 2012, pp 6; Herrera, Marisa - Lamm, Eleonora “Una trilogía sobre las bases constitucionales del derecho filial en el Anteproyecto de Reforma al Código Civil: técnicas de reproducción humana asistida (Bleu)”. Fecha: 12-abr-2012 MJ-DOC-5751-AR | MJD5751; Lamm, Eleonora, “La filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida en el Anteproyecto de Código Civil”, Suplemento especial, El derecho de familia en el Anteproyecto de Código Civil, en JA, 2012-II, pp 68. Krasnow, A N “La filiación y sus fuentes en el Proyecto de Reforma al Código Civil y Comercial de la Nación.” DFyP 2013 (octubre).
3. Para mayor información relativa a la frecuencia e importancia de esta práctica en Argentina y en Latinoamérica puede consultarse el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. (REDLARA) disponible on line en http://www.redlara.com/aa_ingles/default.asp.
4. Véase Herrera, Marisa, De La Torre, Natalia y Bladillo, Agustina, “Cubrir y descubrir la lógica de la doctrina jurisprudencial en materia de técnicas de reproducción asistida” en Suplemento Jurisprudencia Argentina, 1/05/2013, SJA 2013/05/01-13, JA 2013-II.
5. Tanto nacional como internacional. Véase en extenso Trib Cont Adm y Trib, CABA, 22/03/2012, DCG y GA M c/GCBA, s/ Amparo. AP/JUR/288/2012; Trib Cont Adm y Trib, CABA, 22/03/2012, GB y MD c/GCBA, s/Amparo; Juzgado de 1a Instancia De Distrito de Familia, San Lorenzo (J Flia) (San Lorenzo). 02/07/2012, “SGEFyGCE” DFyP 2013 (abril), pp 57; Trib Cont Adm y Trib, CABA, 11 – 01- 2013, LRR Y M HJ C/GCBA S/Amparo. Inédito, NN s/ inscripción de nacimiento. Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil num 86. 18 de junio de 2013. MJ-JU-M-79552-AR | MJJ79552 | MJJ79552.; Primer Juzgado de Familia - Mendoza, Mendoza A C G y otros. Medida autosatisfactiva 29/07/2015. Rubinzal Online RC J 5055/15; Juzgado Nacional En Lo Civil N° 102 “C, F A y otro c/ R S, M L s/Impugnación De Maternidad”.
6. Juz Nac Civil n° 3, “K J V c/ Instituto de Ginecología y fertilidad y otros s/ amparo”, 03/11/2014; S, M C s Medida autosatisfactiva /// Tercera Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributario, Mendoza, Mendoza; 07-08-2014, RC J 6303/14. Tribunal de Familia N° 3 de Morón: “G A P S/AUTORIZACION”, 21/11/2011, entre otros.

Conflictos que hasta hace no muy poco tiempo se relacionaban con la cobertura del tratamiento,⁴ sin embargo, más recientemente se han presentado otro tipo de planteos y debates que permiten en el ámbito judicial observar la complejidad del tema y las consecuencias nocivas que se derivaban de la falta de una regulación integral sobre el tema. Nuestra jurisprudencia nacional ha resuelto casos de gestación por sustitución,⁵ como así también de reproducción post-mortem.⁶

Luego de más de 30 años de práctica de este tipo de técnicas y ante el silencio legislativo en la materia, la fuerza del principio de realidad se fue abriendo camino poniendo en jaque el derecho filial tradicional centrado en la visión binaria, filiación por naturaleza o biológica/filiación adoptiva, y nos manifestó otra manera de alcanzar el vínculo filial mediante el uso de las TRHA con una entidad, características, autonomía propia que ameritaba su incorporación a la legislación civil y comercial, como una causa fuente independiente que la hace ser un tercer tipo filial.

Asimismo, estas trascendentes y significativas modificaciones de índole normativo, son también una proyección de la interpretación que realiza la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en particular en el caso *Artavia Murillo* y otros contra Costa Rica, del 28/11/2012,⁷ en el que sostuvo que la prohibición absoluta de acceder a las técnicas de

reproducción humana asistida viola los derechos humanos consagrados en la Convención Americana de Derechos Humanos y otros Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos.

Frente a este contexto, veamos cómo se ha legislado en este sentido en nuestro país.

Bases constitucionales de la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida

En primer lugar y para revisar la reciente legislación sancionada en materia de TRHA, es necesario comprender las bases constitucionales/conventionales que cimentan y fundamentan dicha regulación de las TRHA en el campo del derecho.

Una rápida revisión convencional - constitucional debido a la incorporación a la Constitución Nacional de sendos instrumentos internacionales de derechos humanos en el año 1994 (conf art 75 inc 22), nos circunscribe a afirmar que el derecho de toda persona de acceder a las TRHA se funda en: 1) el Principio de Igualdad ante la ley (art 16 de la CN); 2) el Principio de no Discriminación, como corolario del derecho a la igualdad (CADH art 24; DUDH art 7; PIDCP art 2.1 y 26);⁸ 3) el derecho a fundar una familia (CADH art 17; DUDH art 16 inc 3 y 22; PIDEsYc art 10.1; PDCYP art 23.1, entre otros); 4) el derecho a la salud, que incluye la salud sexual y reproductiva (PIDESC art 12.1; CEDAW y 4^{ta} Conferencia

7. Confr Kemelmajer De Carlucci, Aída; Herrera, Marisa y Lamm, Eleonora en "La decisión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 28/11/2012 y la interrupción del embarazo" del 7/2/2013 - MJ-MJN-69467-AR; Rodríguez Iturburu, Mariana Inés; Culaciati, Martín Miguel "Actualidad de la Corte Interamericana de Derechos Humanos - Asuntos de Familia - período 2011. Derecho de Familia - Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia" Buenos Aires: Abeledo Perrot SA 2012 vol n° pp 275 - 302. issn 1851-1201. Sintéticamente, podemos mencionar que el caso se relaciona con los efectos de la sentencia emitida por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Costa Rica del 15 de marzo del año 2000, que declaró la inconstitucional del Decreto Ejecutivo No 24.029-S, en el cual se regulaba la técnica de Fecundación *In Vitro*, (FIV) en aquel país. Esta sentencia implicó que se prohibiera la FIV en Costa Rica, y en particular, generó que algunas de las víctimas del presente caso debieran interrumpir el tratamiento médico que habían iniciado, y que otras se vieran obligadas a viajar a distintos países para poder acceder a este tipo de tratamientos. El 28 de noviembre de 2012, la Corte IDH declaró a Costa Rica responsable internacionalmente por haber vulnerado el derecho a la vida privada y familiar, y el derecho a la integridad personal en relación con la autonomía personal, a la salud sexual, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico, y el principio de no discriminación, consagrados en los artículos 5.1 (derecho a la integridad personal), 7 (derecho a la libertad personal), 11.2 (protección a la honra y la dignidad) y 17.2 (protección a la familia) en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana (obligación de respetar los derechos) en perjuicio de los peticionantes.

8. Si bien en el dispositivo legal se consagra el criterio de igualdad formal lo que significa que todos los hombres están reconocidos como titulares de derechos y obligaciones, que son iguales bajo las mismas circunstancias y condiciones razonables, frente al poder estatal Badeni, Gregorio, "Tratado de Derecho Constitucional", T I, La Ley, Buenos Aires, 2004, pp 353/355

Mundial de la Mujer de la ONU - Pekín 1995 y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de la ONU, el Cairo 1994); 5) el derecho a la intimidad en relación al derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas (art 16.1 CEDAW⁹ y concordantes); 6) el libre desarrollo de la personalidad, también conocido como derecho a la autodeterminación o a la autonomía personal;¹⁰ 7) el derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación, respecto de la ciencia, el de participar y beneficiarse del progreso científico (art 27 DUDH); 8) el derecho de respetar la indispensable libertad para la investigación científica (art 15.3 del PIDESC); y 9) el derecho de no ser sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos (art 7 PIDCYP); por citar los más relevantes que comprometen el uso de las TRHA.

Sobre esta sólida base, este tipo de técnicas, producto de los avances médicos, científicos y tecnológicos, posibilitaron que el deseo de ser madre y padre, comadre, copadre, adquiriese una re-significación y se ampliará a la comaternidad y copaternidad sin ninguna clase de discriminación en torno al plan de vida de las personas independientemente de su orientación sexual.¹¹

En otras palabras, las TRHA definitivamente posibilitaron ser padres no sólo a quienes sufrían algún problema de esterilidad o infertilidad, sino también a parejas del mismo sexo que no tendrían acceso a la copaternidad/comaternidad de no ser por estos avances,¹² salvo en los casos de adopción (y en los países en los que ella está permitida). Así, estos tratamientos han posibilitado la maternidad de mujeres solas, y/o de mujeres a edades muy avanzadas y abren las puertas a una planificación positiva de la reproducción, que hará posible -en un futuro próximo no muy mediato- evitar las enfermedades congénitas a través del Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP),¹³ etc.¹⁴

9. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer- Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979 y ratificada por Ley 23.179.

10. El principio de autonomía de la persona humana es uno de los ejes principales del sistema de derechos individuales, y por lo tanto, del sistema democrático de gobierno que tienen como fin esencial al ser humano. Se trata de una prerrogativa relacionada directamente con el aspecto más íntimo o personal de un individuo. No se puede dejar de destacar el importante rol que cumple el principio de autonomía personal consagrado en el artículo 19 de nuestra Constitución. Éste implica el derecho que tiene toda persona adulta, mayor de edad, con consentimiento, que posea discernimiento, intención y libertad, de escoger el que considere “mejor” plan de vida para sí misma, aunque implique un daño personal. Sólo el daño a terceras personas opera como límite a la elección del propio plan elegido.

11. Gil Domínguez, Andrés, “La voluntad procreacional como derecho y orden simbólico” 1º edición – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Edit Ediar, 2014. pp 11.

12. Solo para mencionar un ejemplo, la ciencia posibilitó también que la mujer que lleva a cabo la gestación y el parto sea diferente de quien aportó los óvulos con los que el embrión se creó. Esta “disociación” de la maternidad tiene lugar no sólo cuando una mujer, que desea tener un hijo, recurre a la ovodonación, distinguiéndose así entre aquella que aporta el óvulo (donante y “madre” genética) de aquella que lo gesta y desea (maternidad gestacional, de deseo y legal [Art 242 CC]), sino que también nos conduce a la compleja figura de la gestación por sustitución.

13. El DGP, científicamente, es una técnica o un proceso que no implica un tratamiento diferente a todos los procedimientos de técnicas de alta complejidad que conlleva la formación de embriones y la correspondiente criopreservación. Téngase presente que una gran cantidad de países permiten el DGP: Brasil (Resolución N° 1.957, del 15/12/2010 del Consejo Federal de Medicina), Francia, España, Portugal, Dinamarca, Noruega, Suecia, Reino Unido, Alemania, Bélgica, Finlandia, Georgia, Grecia, Países Bajos, República Checa, Federación de Rusia, Serbia, Eslovenia, Bulgaria, Chipre, Malta, Estonia, Irlanda, Letonia, Luxemburgo, Polonia, Rumania, Eslovaquia, Turquía y Ucrania, entre otros. Además, vale aclarar que si bien el DGP se encuentra en fase experimental, situación que no reviste una connotación negativa, es visto de manera positiva en varios ordenamientos jurídicos tal como hemos ejemplificado. La importancia y el uso del DGP va en aumento; tal es así que algunos bioeticistas han comenzado a sostener que determinados padres tienen el deber moral de recurrir al DGP para crear un niño sano. Argumentan tres razones: el aumento del bienestar del niño, la ampliación de su autodeterminación, y la reducción de las desigualdades. Véase en extenso, Malek, J Y Daar, J “The Case for a Parental Duty to Use Preimplantation Genetic Diagnosis for Medical Benefit” *The American Journal of Bioethics*. Vol 12, Issue 4, 2012, pp 3-11. En nuestro país, no obstante la falta de legislación, el DGP (extensivo) ha sido autorizado por los tribunales en diferentes oportunidades. Véase los fallos del Juzgado en lo contencioso administrativo n° 1 de La Plata, 2010/19/08, C A N y otro/a c/ IOMA s/amparo, elDial.com - AA62B7; Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata, 2009/29/12, L, H A y otra vs Instituto de Obra Médico Asistencial y otra, elDial.com - AA4F36; - Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo de San Nicolás (Buenos Aires), 2011/13/09, MGG c/ Ministerio de Salud IOMA s/ amparo, elDial.com - AA715A.

14. Alkorta Idiákez, I. “Regulación jurídica de la medicina reproductiva. Derecho español y comparado”. Thomson Aranzadi. Navarra. 2003. pp 169.

Cuando iniciábamos este comentario hacíamos hincapié en la idea según la cual los cambios que campean el derecho filial, no hacen otra cosa más que visibilizar el paulatino reconocimiento de otros tipos de familiares, toda vez que la noción de “familia tradicional” (matrimonial sobre la cual giraba el viejo Código Civil de Vélez Sarfield) se ha ampliado, de modo tal que éstas deben ser entendidas como familias en plural, en extenso.

La sanción de la ley de matrimonio igualitario 26.618¹⁵ allá por el año 2010, más la Ley 26.743,¹⁶ de Identidad de Género, nos han obligado a revisar nuestra legislación en pos de armonizarla y adecuarla al principio de pluralidad, que se manifiesta en el reconocimiento de una multiplicidad de tipos de organización familiar, garantizando así, el derecho de toda persona a vivir en familia conforme su propio plan de vida¹⁷ independientemente de su orientación sexual, tal como lo prescribe el bloque constitucional federal. Dichos principios internacionales de derechos humanos, han sido receptados en el Código Civil y Comercial,¹⁸ en consonancia con el art 14 bis de la CN que alude a la “protección integral de la familia” sin definir, en su texto, qué se entiende por ella; y cuya interpretación es eminentemente dinámica.

Así, el concepto de familia tiene una resignificación, como consecuencia de su carácter cultural y dinámico. Hoy en día, coexisten muy diversos tipos de familia, por ejemplo la nuclear, la monoparental, las uniones de hecho, familias heterosexuales y homosexuales, las familias ensambladas, familias transexuales, tal como se han receptado

muchos aspectos de ellas, en la actualización y unificación del Código Civil y Comercial.

Y es aquí, frente al derecho de fundar una familia,¹⁹ que cobra relevancia la posibilidad de procrear. En este orden, el Comité de los Derechos Humanos, bajo la Observación General N° 19 sostuvo al respecto: “*El derecho a fundar una familia implica, en principio, la posibilidad de procrear y de vivir juntos. Cuando los Estados Partes adopten políticas de planificación de la familia, éstas han de ser compatibles con las disposiciones del Pacto y sobre todo no deben ser ni discriminatorias ni obligatorias. Asimismo, la posibilidad de vivir juntos implica la adopción de medidas apropiadas, tanto en el plano interno cuanto, según sea el caso, en cooperación con otros Estados, para asegurar la unidad o la reunificación de las familias, sobre todo cuando la separación de sus miembros depende de razones de tipo político, económico o similares*”.

En igual sentido, es importante, señalar la interpretación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, nuestro Tribunal Regional de Derechos Humanos, cuando sostiene que el derecho de protección a la familia conlleva, entre otras obligaciones, a favorecer de la manera más amplia, el desarrollo, la fortaleza del núcleo familiar. Es un derecho tan básico de la Convención Americana que no se puede derogar aunque las circunstancias sean extremas.²⁰

Tal es así que durante el transcurso del año 2012, dicho Tribunal se ha expedido en casos muy significativos en lo atinente al derecho de familia, que sustentan, avalan y obligan a revisar las

15. Ley 26.618. Matrimonio Civil. Código Civil Modificación. BO 22/07/10 Sancionada: Julio 15 de 2010 y Promulgada: Julio 21 de 2010.

16. Ley 26.743 De Identidad de Género. Sancionada el 09/05/2013 Publicada en el Boletín Oficial del 24-may-2012. Número: 32.404. pp 2.

17. Para una lectura más acabada y profunda del tema: ver Gil Domínguez, A, Famá, M V y Herrera, M, “Derecho Constitucional de Familia”, Ed Ediar, Buenos Aires, 2006, capítulos I y II; Lloveras, N y Salomón, M, “La familia desde la Constitución Nacional”, Editorial Universidad, Buenos Aires, 2009, capítulo I; Jelin, E., “La familia en Argentina: trayectorias históricas y realidades contemporáneas”, en “La familia en el nuevo derecho”. Libro homenaje a la Profesora Dra Cecilia P Grosman, directora Kemelmajer De Carlucci, A, coordinadora Herrera, M, Rubinzal- Culzoni, Tomo I, Santa Fe, 2009, T I, pp 135 y ss.

18. Una de las premisas fundamentales sobre las que se asienta el Libro Segundo del CCyC, para proteger y respetar todas las formas de vivir en familia, de intimidad e identidad familiar, es la que emana del art. 402 cuando se refiere a la interpretación y aplicación de las normas. Entiende que ninguna norma puede ser interpretada ni aplicada en el sentido de limitar, restringir, excluir o suprimir la igualdad de derechos y obligaciones de los integrantes del matrimonio, y los efectos que éste produce, sea constituido por dos personas de distinto o igual sexo.

19. Acápito 154.

20. *Ibidem*.

legislaciones en América Latina, especialmente en aquellos países que han suscripto y ratificado la Convención Americana de Derechos Humanos. Más aún en casos como Argentina, que le ha dado jerarquía constitucional a dicha Convención. Pero veamos cuáles han sido estos hitos normativos.

En el caso *Fornerón e hija vs Argentina*,²¹ la CIDH expresamente sostiene que en la Convención Americana no se encuentra determinado un concepto de familia, ni mucho menos se protege solo un modelo de ella. Y también allí, estableció que el término “familiares” debe entenderse en sentido amplio, de modo que abarque a todas las personas vinculadas por un parentesco cercano, y que no hay nada que indique que las familias monoparentales no puedan brindar cuidado, sustento y cariño a los niños, por cuanto la realidad demuestra cotidianamente que no en toda familia existe una figura materna o una paterna, sin que ello obste a que pueda brindar el bienestar necesario para el desarrollo de niños y niñas.²²

Por su parte, en el caso “*Atala Riffo y niñas vs Chile*”,²³ la misma CIDH sostuvo que una determinación a partir de presunciones y estereotipos sobre la capacidad e idoneidad parental de poder garantizar y promover el bienestar y desarrollo del niño no es adecuada para asegurar el interés superior del niño.²⁴

Y ya adentrándonos en el tema que aquí nos ocupa, se ha referido en el famoso caso “*Artavia*

Murillo”, entendiéndose y en muy resumidas cuentas, que el impedimento de acceso a las TRHA también vulnera el derecho a gozar los beneficios del progreso científico.²⁵

Frente a este marco, conjunta y paralelamente se fueron esbozando los lineamientos que siguen hoy, la regulación en materia de TRHA en la República Argentina.

El contexto normativo actual

Lo cierto es que actualmente, en el plano jurídico, los pilares normativos que responden de manera integral complementaria y abarcativa a todos aquellos aspectos relacionados con el uso y empleo de las TRHA en este país, son los que siguen:

En primer lugar, en el año 2013 se sancionó la ley de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida bajo Ley N°26.862 publicada en el Boletín Oficial el 26/06/2013 y reglamentada mediante el decreto 956/2013,²⁶ que básicamente se centra y consagra, a nivel nacional, la cobertura médica integral de este tipo de tratamientos y procedimientos médicos.

En segundo término, en octubre de 2014 se sancionó el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, que puntualmente se interesa, tanto por la existencia de la persona humana, es decir, desde cuándo para la ley se es persona a los efectos del

21. Corte IDH. “*Fornerón e hija vs Argentina*, 27 de abril de 2012: Disponible *on line* en: www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_242_esp.pdf

22. *Ibidem* acápite 98.

23. Corte IDH. “*Atala Riffo y niñas vs Chile*” del 24 de febrero de 2012. Disponible *on line* en: www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf

24. *Fornerón*, acápite 99.

25. Compulsar *Artavia Murillo y otros vs Costa Rica*, acápite 150 cuando dice: “Finalmente, el derecho a la vida privada y la libertad reproductiva guarda relación con el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. El derecho al goce de los beneficios del progreso científico ha sido reconocido internacionalmente y, en el ámbito interamericano, se encuentra contemplado en el artículo XIII de la Declaración Americana y en el artículo 14.1 b del Protocolo de San Salvador. Cabe mencionar que la Asamblea General de Naciones Unidas, en su Declaración sobre este derecho, señaló la relación entre éste y la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales de todos los sectores de la población. Por tanto, y conforme al artículo 29 b de la Convención Americana, el alcance de los derechos a la vida privada, autonomía reproductiva y a fundar una familia, derivado de los artículos 11.2 y 17.2 de la Convención Americana, se extiende al derecho de toda persona a beneficiarse del progreso científico y de sus aplicaciones. Del derecho de acceso al más alto y efectivo progreso científico para el ejercicio de la autonomía reproductiva y la posibilidad de formar una familia se deriva el derecho a acceder a los mejores servicios de salud en técnicas de asistencia reproductiva, y en consecuencia, la prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias *de iure* o *de facto* para ejercer las decisiones reproductivas que correspondan en cada persona”.

26. Publicado en el Boletín Oficial el 19 de julio del 2013.

derecho civil (el cuestionado y controvertido art 19 del CCyC), y regula todo lo relativo al derecho filial de los niños nacidos mediante el empleo de las TRHA.²⁷

Y en último lugar, si bien todavía no es ley vigente, contamos con la media sanción, en la Cámara de Diputados en el Congreso de la Nación bajo el expte CD-101/2014,²⁸ de una ley especial sobre el tema, a la que remite el Código Civil y Comercial de la Nación en varias de sus disposiciones.²⁹ Actualmente se encuentra bajo tratamiento legislativo en la Cámara de Senadores y tiene como objeto regular específicamente los alcances, efectos y aquellas cuestiones atinentes que se derivan del uso e implementación de las TRHA.

Ahora bien, veamos a continuación cuáles son los aspectos principales de la regulación argentina en materia de técnicas de reproducción humana asistida.

Ley 26.862 y su decreto reglamentario 953/2013

Tal como vemos mencionado, la Ley 26.862 y su decreto reglamentario 956/2013, regulan el acceso integral a la cobertura médica de las TRHA siguiendo los lineamientos de los principios internacionales de derechos humanos esbozados al inicio de este trabajo.

Su artículo 7º prescribe el derecho humano de “acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida” en “toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la Ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud,

haya explicitado su consentimiento informado. El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer.”

Tal como advertimos, se desprende del texto de la Ley 26.862 que se acepta el acceso amplio a las técnicas, esto quiere decir, que están abiertas a parejas de igual o distinto sexo, sean éstas casadas o que se encuentren unidas en convivencia de hecho y también para hombres o mujeres que no conforman pareja, tengan o no problemas de fertilidad, se les reconoce a todas ellas los procedimientos de inseminación o fecundación homóloga y/o heteróloga mediante el empleo de técnicas de baja o alta complejidad.

Esta perspectiva amplia, adoptada por ley nacional, es concordante con el Código de Ética de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR), que establece: “*éstas se aplicarán en aquellas personas mayores de edad que deseen tener un hijo, que los procedimientos y decisiones médicas deben respetar los intereses y el beneficio de todos aquellos que estén involucrados en las técnicas*”.³⁰

Si bien la cobertura es integral, el decreto se encarga de reglamentar de qué forma una persona podrá acceder a los tratamientos. De esta manera, se regula que se puede acceder a un *máximo de 4 tratamientos por año con técnicas de baja complejidad, y hasta 3 tratamientos de alta complejidad. Sin embargo, se exige como principio general que el beneficiario comience con técnicas de baja complejidad como requisito previo para poder, ante el fracaso en la consecución del embarazo con las técnicas de alta complejidad*, las que por cierto, deben realizarse con intervalos mínimos de 3 meses entre cada una.

27. Confr Capítulo V dedicado a la “Filiación” en el que se regula la filiación por naturaleza, por adopción y la derivada de las TRHA del Libro Segundo sobre “Relaciones de Familia”.

28. El dictamen de mayoría surgió del consenso y/o fusión de dos proyectos: 1) 0581-D- 2014 firmado por los diputados Bianchi, María del Carmen; Puiggrós, Adriana V; Conti, Diana B; Oporto, Mario; Zamarreño, María Eugenia; Parrilli, Nanci; Nanci, María Agustina; Solanas, Julio R; Arregui, Andrés R; Ciampini, José A; Mendoza, Mayra S y Domínguez, Julián; y 2) 4.058-D-2014 firmado por Brawer, Mara; Gagliardi, José; Linares, María Virginia; Scotto, Silvia Carolina; Ferreyra, Araceli; Carrizo, Carla; Gaillard, Ana Carolina; Junio, Juan Carlos; Guccione, José Daniel y Segarra, Adela.

29. Como por ejemplo, el art. 19 sobre la existencia de la persona humana cuando dispone, tras afirmar que dicha existencia cuando se trata de TRHA comienza con la implantación el embrión en la mujer, “*sin perjuicio de lo que prevea la ley especial para la protección del embrión no implantado*”.

30. En otro acápite del mismo punto también hace hincapié en que todos los participantes tienen derecho a la privacidad y que los centros y/o los profesionales intervinientes deben respetar la confidencialidad de las historias clínicas dentro del marco legal vigente.

Para acceder a las técnicas de mayor complejidad deberán cumplirse como mínimo 3 intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad.

En caso de que se requieran gametos o embriones donados, éstos deberán provenir exclusivamente de los bancos de gametos o embriones debidamente inscriptos. Si la donación se ha efectuado en un establecimiento diferente al de realización del tratamiento, el titular del derecho deberá presentar una declaración jurada original del establecimiento receptor del gameto o embrión en la cual conste el consentimiento debidamente prestado por el donante.³¹

Asimismo, es finalmente, con esta Ley 26.862 que la oncofertilidad tiene recepción legal. Así, conforme el art 8 de la Ley *“También quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo, los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para aquellas personas, incluso menores de dieciocho (18) años, que aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas, puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro”*.

Siguiendo los lineamientos, de las directrices propuestas por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, que en su artículo 5° define al consentimiento informado entendiéndolo como *“la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) su estado de salud;*

b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados”,³² la ley en su art 7° prevé que tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida siempre que previamente haya explicitado su consentimiento informado, el que es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer.

Por su parte, el decreto reglamentario 956/2013 de la ley nacional de igual forma remite a la aplicación de la ley de derechos del paciente y también lo hace a la Ley 25.326 de protección de datos personales, para establecer en definitiva que el consentimiento informado y su revocación deben documentarse en la historia clínica con la firma del titular del derecho expresando su manifestación de voluntad.

De la misma manera, establece especialmente que en los casos de técnicas de baja complejidad, el consentimiento es revocable en cualquier momento del tratamiento o hasta antes del inicio de la inseminación. Mientras que en aquellos casos que las técnicas sean de alta complejidad, el consentimiento es revocable hasta antes de la implantación del embrión en la persona.

En referencia expresa al consentimiento, la ley formula la siguiente aclaración, si se utiliza el material genético en fresco, o sea, directamente luego de su extracción sin que se lo crioconserva, sólo basta ese consentimiento otorgado, sin perjuicio del consentimiento para la extracción; en cambio, si se procede a la crioconservación de los gametos o embriones, ante un nuevo procedimiento para

31. Esta regulación tiene una finalidad implícita que es la de evitar la donación directa o intrafamiliar. La reglamentación, al imponer el requisito de que los gametos provengan siempre y exclusivamente de bancos, impide que, de ahora en más, los usuarios de las TRHA puedan ofrecer su donante.

32. Asimismo, el artículo 6° de la ley antes citada, determina la obligatoriedad de que previamente a cualquier actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, el paciente preste su consentimiento informado. A su vez, la norma dispone como regla general que el mismo será otorgado verbalmente, y determina ciertas excepciones en las que deberá ser por escrito y debidamente suscrito, a saber: a) internación, b) intervención quirúrgica, c) procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, d) procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación, y e) en caso de revocación (conforme artículo 7°).

otra transferencia, el consentimiento debe prestarse una vez más.³³

Esta ley, más conocida como ley de cobertura, se adecua al estándar establecido por la CIDH en el ya citado caso “Artavia Murillo y otros c Costa Rica”.³⁴ Con motivo de este caso, la Corte IDH consideró que es procedente definir, de acuerdo con la Convención Americana, cómo debe interpretarse el término “concepción”, partiendo de establecer la diferenciación entre dos momentos complementarios y esenciales en el desarrollo embrionario: la fecundación y la implantación. En este sentido, el Tribunal observa que sólo al cumplirse el segundo momento se cierra el ciclo que permite entender que existe la concepción. Teniendo en cuenta la prueba científica presentada por las partes en el caso, el Tribunal constató que, si bien al ser fecundado el óvulo se da paso a una célula diferente y con la información genética suficiente para el posible desarrollo de un “ser humano”, lo cierto es que si dicho embrión no se implanta en el cuerpo de la mujer, sus posibilidades de desarrollo son nulas. Si un embrión nunca lograra implantarse en el útero, no podría desarrollarse pues no recibiría los nutrientes necesarios, ni estaría en el ambiente natural adecuado para su desarrollo, que hasta la fecha, no puede recrearse de manera artificial.

Así, en el considerando 264 de dicho fallo se establece que el derecho a la vida consagrado en el art 4.1 de la Convención Americana de Derechos

Humanos comienza una vez que el embrión se implanta en el útero de la mujer.³⁵

El Código Civil y Comercial de la Nación y las técnicas de reproducción humana asistida como una tercera fuente filial

En consonancia con la ya mencionada perspectiva constitucional - internacional, conocida también como la “constitucionalización del derecho privado”, el Código Civil y Comercial Argentino ha incorporado una tercera fuente filial, a las ya conocidas por naturaleza y por adopción.

Así, el art 558 del citado cuerpo legal, dispone expresamente que: *“La filiación puede tener lugar por naturaleza, mediante técnicas de reproducción humana asistida o por adopción. La filiación por adopción plena, por naturaleza o por técnicas de reproducción humana asistida matrimonial y extramatrimonial, surten los mismos efectos, conforme a las disposiciones de este Código. Ninguna persona puede tener más de dos vínculos filiales, cualquiera sea la naturaleza de la filiación”*.

Dicho artículo, establece la igualdad de efectos de la filiación por adopción plena,³⁶ por naturaleza o por TRHA,³⁷ matrimonial y extramatrimonial,³⁸ expidiéndose los certificados de nacimiento sin indicación de la fuente filiatoria.³⁹

Veamos el porqué de esta nueva incorporación. A la filiación por naturaleza o también denominada “biológica” y la filiación adoptiva, estructura general que mantiene del art 240 del Código Civil

33. Herrera, Marisa Lamm, Eleonora; *“Cobertura médica de las técnicas de reproducción asistida. Reglamentación que amplía el derecho humano a formar una familia”*; Publicado en: La Ley 31/07/2013, 31/07/2013, 1 – La Ley 2013-D, 1037 - Cita *On line*. AR/DOC/2899/2013

34. CIDH, 28/11/2012, *“Artavia Murillo y otros c Costa Rica”*.

35. Considerando 264.

36. Medina, Graciela, “La adopción en el proyecto de Código Civil y Comercial de la Nación”, Revista de Derecho Privado y Comunitario, Proyecto de Código Civil y Comercial - I, 2012-2-470 y ss, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2013. Analizando los principios generales sobre adopción, mencionado en Lloveras, Nora, “La filiación: las fuentes y las acciones en el Proyecto de Código Civil y Comercial” RDF 66-153 Sección: Doctrina Abeledo Perrot Nº: AP/DOC/1071/2014.

37. Confr Kemelmajer De Carlucci, Aída - Herrera, Marisa - Lamm, Eleonora, “Ampliando el campo del derecho filial en el derecho argentino. Texto y contexto de las técnicas de reproducción humana asistida”, ob cit pp 3 y ss.

38. Cfr: Barón, Luisa, “Maternidad subrogada: aspectos emocionales de la pareja, la madre subrogada y el niño nacido”, RDF 2014-III-35.

39. El art 559 del CCC mejora el art 241 del viejo Código Civil de Vélez Sarfield, en cuanto elimina la expresión “únicamente”, que no ostentaba andamiaje. También supera la expresión “haber sido o no concebido durante el matrimonio”, en tanto la ley determina la paternidad matrimonial por el nacimiento dentro del matrimonio en el actual art. 243 del Código Civil, con indiferencia en este punto de la época de la concepción.

de Vélez Sarsfield, se le agrega como una tercera fuente filial, aquella derivada por el uso de las técnicas por reproducción humana asistida, con particularidades, características y reglas propias, que ameritan su regulación en forma autónoma.⁴⁰

Tal como lo hemos adelantado, en materia de filiación, históricamente siempre se distinguió entre la filiación biológica y la adoptiva, según a qué elemento de aquélla se le diera preponderancia. En la primera, predominaba el elemento biológico-genético, mientras que en la segunda lo hacía el elemento volitivo, es decir, la voluntad.

La aparición, el avance y el desarrollo de la ciencia, la medicina y la biotecnología, en particular en el empleo de las TRHA, modificaron radicalmente este escenario, puesto que a través de ellas se permitió la disociación de tres elementos: el genético, el biológico y el volitivo.⁴¹

De este modo, en la filiación por naturaleza se atribuye la paternidad sobre la base del matrimonio con la madre o de la prueba genética de que alguien es padre biológico. La segunda, supone una filiación social constituida por sentencia judicial.

Si bien, a grandes rasgos, tanto en la adopción como en la filiación derivada por el uso de las TRHA el vínculo se determina por el elemento volitivo, conforme lo desarrollaremos a continuación, se diferencian porque esa voluntad en la filiación derivada de las TRHA, debe ser manifestada a través de los consentimientos requeridos legalmente, debe prestarse con carácter previo al nacimiento.

Se deriva en consecuencia, que mientras en la filiación derivada de las TRHA el elemento

volitivo está presente desde el mismo origen de la persona, es decir, el niño nace y existe como consecuencia de esa voluntad, en la filiación por adopción el vínculo surge con posterioridad al nacimiento del niño, es decir, el niño ya existe cuando surge la voluntad de adoptarlo.⁴²

Claramente, tal como advertimos, los problemas que surgían en la práctica con el empleo de estos procedimientos médicos, no se identificaban con los de ninguna de estas situaciones,⁴³ ya que inexorablemente debíamos distinguir cuando se utiliza material genético externo a la pareja, es decir, de un donante, sea o no anónimo en la llamada reproducción heteróloga.

Como acertadamente ha puntualizado la jurista Eleonora Lamm: “*Las TRHA permiten la reproducción sin sexo*”, lo biológico ya no comprende necesariamente lo genético y viceversa.

Es por ello que cuando hablamos de la determinación de la filiación en las TRHA, debemos en primer lugar diferenciar y disociar si estos tres elementos que componen un vínculo filiatorio se encuentran presentes en la misma persona o bien sólo uno de ellos.

Piénsese así, por ejemplo en el caso de una pareja que ante dificultades para concebir acude a este tipo de tratamientos, es posible que no esté presente el elemento biológico, y si esa misma pareja acude a donación de gametos para uno o para ambos integrantes, tampoco lo estará el genético.

Es dable destacar, en este sentido, que el nuevo CCYC ha seguido de cerca los diferentes principios constitucionales y de los tratados inter-

40. Asimismo, se mantiene también el máximo de dos vínculos filiales, con una diferencia sustancial: la adecuación al principio de igualdad o la consecuente irrelevancia de la orientación sexual de las personas con quienes se crea vínculo filial de conformidad con lo dispuesto en la Ley 26.618 que introduce al ordenamiento jurídico la posibilidad de que las personas del mismo sexo puedan contraer matrimonio y que el nuevo Código Civil respeta y por lo tanto, recepta la compleja tarea de adecuar el régimen filial a esta manda legal y que está en consonancia con el plexo normativo constitucional-internacional.

41. A grandes rasgos, vale recordar, que el elemento genético está dado por la correspondencia de ADN entre las personas, la identidad de código genético con el otro. El elemento biológico incluye primordialmente el acto sexual, pero también la concepción y la gestación. Y por último, al elemento volitivo lo constituye el deseo de ser padres, de generar descendencia vinculado estrechamente al derecho a la salud, la autonomía personal, privacidad, intimidad y con la protección integral de la familia (y para algunos doctrinarios también con el derecho a ser padres, que se encuentra muy discutido). Aquí aparece entonces la voluntad procreacional como concepto jurídico.

42. Lamm, Eleonora, “La importancia de la voluntad procreacional en la nueva categoría de filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida”. *Revista de Bioética y Derecho*, núm 24, enero 2012, p. 76-91.

43. Roca Trías, E, “Filiación asistida y protección de derechos fundamentales”, DS, 1999, (Volumen N° 7), disponible en: <http://www.ajs.es/downloads/vol0701.pdf>. Compulsada el 27/08/2010.

nacionales de derechos humanos incorporados a nuestro ordenamiento, como por ejemplo: 1) el principio del interés superior del niño (artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño y artículo 3 de la Ley 26.061); 2) el principio de igualdad de todos los hijos, matrimoniales como extramatrimoniales; 3) el derecho a la identidad y, en consecuencia, a la inmediata inscripción (arts 7 y 8 de la Convención sobre los Derechos del Niño y artículo 11 de la Ley 26.061); 4) la mayor facilidad y celeridad en la determinación legal de la filiación; 5) el acceso e importancia de la prueba genética como modo de alcanzar la verdad biológica; 6) la regla según la cual corresponde reparar el daño injusto al derecho a la identidad del hijo; 7) el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y su aplicación; y 8) el derecho a fundar una familia y a no ser discriminado en el acceso a ella.

Va de suyo, que estos principios constitucionales-internacionales son, los que sostienen, en definitiva, con mayor o menor intensidad, el por qué del Código Civil y Comercial, amplían la regulación del derecho filial incorporando, de manera especial, que acontece con la filiación cuando ésta deriva del uso de las TRHA y el modo en que se lo hace, debiéndose respetar el principio de igualdad; el derecho de todo niño a tener vínculo jurídico de manera inmediata y sin discriminarlo por la orientación sexual de sus progenitores; el derecho a la identidad estática (elemento genético) como dinámica (elemento volitivo); el derecho a fundar una familia también con independencia de la orientación sexual de la persona o pareja de quiera formarla; y el derecho a hacerse de los avances y desarrollo de la ciencia médica, siendo las técnicas de reproducción humana asistida no sólo una práctica que permite acceder a la maternidad/paternidad, sino también a prevenir

y curar enfermedades; de esto último dan cuenta algunos precedentes jurisprudenciales en los que se obligó a la obra social a cubrir un tratamiento de fertilización *in vitro* para que una pareja pueda tener un nuevo hijo que sea compatible con su hermano para poder salvarle la vida.⁴⁴

En otras palabras, son tantas las particularidades y rasgos propios que se derivan de esta práctica médica que ameritaban un capítulo especial dentro del vasto campo del derecho filial, cuyo factor determinante, y a modo de adelanto, es la voluntad procreacional debidamente exteriorizada en el consentimiento pleno, libre e informado.

Este concepto, conocido como “voluntad procreacional”, no es nuevo, ya a mediados de los ’60, Díaz de Guijarro la distinguía entre los distintos elementos de la procreación, definiéndola como “el deseo o intención de crear una nueva vida”.⁴⁵ Postulaba por ese entonces, la teoría de la llamada *voluntad procreacional* como herramienta de inteligibilidad jurídica por medio de la cual se procuraba dar cuenta de la nueva realidad filiatoria que introducen las TRHA al establecer, con base en ellas, la separación entre la reproducción humana y la sexualidad.⁴⁶

Por su parte, Rivero Hernández es quien afirma, en igual sentido, que el elemento más relevante en la determinación de la filiación del niño nacido por TRHA “es el de la voluntad o decisión de que ese ser naciera, no solo en cuanto causa eficiente última e infungible (para ese nacimiento concreto), sino porque los demás elementos, biológicos, pueden ser sustituidos todos [...]. Lo que nadie puede suplir en cada caso en concreto, para un determinado nacimiento, es el acto de voluntad en ese sentido de una pareja [...]. El hijo nace precisamente por su exclusiva decisión de que nazca, causa eficiente e insustituible, y por tanto, la más relevante: sin ella ese hijo

44. Juz Cont Adm, N° 1 de La Plata, 2010/19/08, C A N y otro/a c/ IOMA s/amparo, eldial.com - AA62B7; Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata, 2009/29/12, L, H A y otra vs Instituto de Obra Médico Asistencial y otra, elDial.com - AA4F36 y Capel, Cont Adm, San Nicolás (Buenos Aires), 2011/13/09, MGG c/ Ministerio de Salud IOMA s/ amparo, elDial.com - AA715A.

45. Díaz De Guijarro, Enrique, “La voluntad y la responsabilidad procreacionales como fundamento de la determinación jurídica de la filiación”, en JA 1965-III-21.

46. En efecto, la separación del binomio «reproducción/sexualidad», correlativa, en algún sentido de la separación operada en el par «sexo/género» durante los años ’60, ha dado lugar a una verdadera “revolución reproductiva” cuyo mayor impacto se recoge en el instituto jurídico de la voluntad procreacional.

no hubiera existido. En estos casos no deberá tenerse como padre, ni el que demuestra su matrimonio con la madre del nacido [...] ni el que demuestra que es padre biológico [...], sino el que voluntariamente ha querido y asumido esa paternidad”⁴⁷

Del mismo modo, y entre nuestros juristas, se destaca Lamm, quien subraya con elocuencia que: *“Se está ante nuevas realidades que importan una ‘desbiologización y/o desgenetización de la filiación’, y en cuya virtud el concepto de filiación ganó nuevos contornos comenzándose a hablar de ‘parentalidad voluntaria’ o ‘voluntad procreacional’ [...]. Las TRA han provocado una nueva vuelta a la verdad voluntaria en la que la filiación ya no se determina por el elemento genético o biológico, sino por el volitivo*”⁴⁸

Gil Domínguez, avanza un paso más, e incorporando el elemento “psi” a su definición, esgrime que *“desde una perspectiva psico-constitucional-conventional, la voluntad procreacional puede ser definida como el deseo de tener un hijo o hija sostenido por el amor filial que emerge de la constitución subjetiva de las personas. [...] El elemento central es el amor filial, el cual se presenta como un acto volitivo, decisional y autónomo*”⁴⁹

En pocas palabras, podemos decir que la llamada voluntad procreacional, entonces, no es más ni menos que el querer engendrar un hijo, darle afecto y asumir la responsabilidad de su educación y crianza, por ello contiene sin dudas el elemento volitivo que tiene en miras adquirir derechos y obligaciones emergentes de la relación paterno-filial que, justamente, en el campo de la reproducción humana asistida, es la típica fuente de creación del vínculo.⁵⁰

Este concepto de filiación fue abriéndose paso, lenta y gradualmente, tanto en sede doctrinal como a través de la construcción jurisprudencial, entendiéndose la “parentalidad voluntaria” o “voluntad procreacional” como un acto jurídico compuesto de elementos volitivos, sociales y afectivos, y no exclusivamente de características genéticas.

Siguiendo a Gil Domínguez, podemos sostener que la voluntad procreacional se manifiesta de diversas formas según se adopten distintas fuentes de filiación.

Al respecto entiende que en la fuente de filiación biológica, el aporte de gametos masculinos y femeninos es realizado por las mismas personas que posteriormente serán padre y madre (dentro de un marco basado en las presunciones que admiten prueba en contrario). En este supuesto, existe una simetría absoluta entre el hecho biológico y la voluntad procreacional.

En el caso de la filiación adoptiva, quienes revestirán el rol de padre/madre, comadres, copadres no realizan ningún aporte de gametos o material genético. Con lo cual, en estos supuestos existe una asimetría entre el hecho biológico y la voluntad procreacional ejercida de forma posterior al hecho biológico.

Mientras agrega que en la filiación derivada del empleo de las TRHA, pueden observarse dos supuestos. Uno de ellos, aquel en que una de las personas que ejercerá el rol de madre, padre, copadre o comadre realiza un aporte de gametos, dando lugar a una situación de simetría parcial entre el hecho biológico y la voluntad procreacional. Por ejemplo, cuando un matrimonio o pareja de igual o distinto sexo, o bien, puede existir el caso en

47. Rivero Hernández, Francisco, en AA VV, *Comentario del Código Civil*, Paz-Ares, Cándido-Díez Picazo, Luis-Bercovitz Rodríguez Cano, Rodrigo-Salvador Coderch, Pablo (dirs), Madrid, Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica, Centro de publicaciones, 1991, T I, pp 128.

48. Lamm, Eleonora, “La importancia de la voluntad procreacional en la nueva categoría de filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida”, en *Revista de Bioética y Derecho* N° 24, enero 2012, Observatori de Bioética i Dret, Barcelona, pp 76-91, [http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD24_

49. Gil Domínguez, Andrés “La voluntad procreacional como derecho y orden simbólico” ob. cit. pág. 13.

50. Confr. Gil Domínguez, Andrés - famá, María Victoria - Herrera, Marisa, *Derecho constitucional de familia*, T II, Ediar, Buenos Aires, 2006, pp 833 y ss; Krasnow, Adriana N, “La verdad biológica y la voluntad procreacional”, LL 2003-F-1150; Kemelmajer De Carlucci, Aída - Herrera, Marisa - Lamm, Eleonora, “Filiación y homoparentalidad. Luces y sombras de un debate incómodo y actual”, LL del 20/9/2010 citado en: Holzman, Daiana M, “Filiación y voluntad procreacional: cuando el deseo de ser padres y el interés superior del niño se imponen” del 2013-12-03. Fallo Comentado: Juzgado Nacional de 1ª Instancia en lo Civil N° 86 - N N o D G M. B M s/inscripción de nacimiento - 2013-06-18, RDF 2013-VI-69, Abeledo Perrot N°: AP/DOC/2790/2013.

que un hombre o mujer no realizaron el aporte del material genético masculino o femenino, toda vez que lo obtienen de donantes y acuden a la gestación por sustitución, por lo cual y en estos casos, se configura una situación de asimetría absoluta similar a la que existe en la adopción.

De esta forma, observamos, cómo la voluntad procreacional modifica la idea de identidad como sinónimo de vínculo biológico y, en cambio, inspira el contenido del derecho a la identidad en sentido amplio y multifacético, incluso de aspectos que se vinculan con lo que se conoce como identidad en sentido dinámico.⁵¹

Lo cierto, de una u otra forma, es que, el único elemento que encontraremos siempre presente en las TRHA es la voluntad, y de ahí su gran relevancia en la materia que nos ocupa.

En este sentido, es Rivero Hernández quien dice que la paternidad–maternidad no son conceptos sólo biológicos, sino que están cargados de componentes culturales (voluntad, afecto, juridicidad, etc) y que “*corresponde a aquellas personas a quienes el hijo debe la vida por haber nacido por acto de decisión personal de ellos*”.⁵²

En derecho comparado, observamos que varios países reconocen expresamente la filiación a favor de quien hubiera expresado su voluntad procreacional.⁵³ Así, podemos mencionar al respecto, la Ley española 14/2006 (art 6°); el Código Civil de Tabasco, México (art 324); la “*Human Ferti-*

lisation and Embryology Act” inglesa (sección 35); el Código Civil de Brasil (art 1597); el decreto 24029-S de regulación de la reproducción humana asistida de Costa Rica (art 8°); el Código Civil de Portugal (art 1.839); el Código Civil de Venezuela (art 204); el Código de Familia de Bolivia (art 187); el Código Civil holandés (art 201-1); el Código Civil búlgaro (art 32); el Código Civil alemán (art 1.600, ap 1.5); el Código Civil suizo (art 256); el Código Civil belga (art 318); diferentes estados de los Estados Unidos (Nueva York, Connecticut, Georgia, Kansas, Oklahoma, Louisiana); entre muchos otros.

Ahora bien, siguiendo estos lineamientos, la legislación argentina define en el art. 562 del CCyCN qué se entiende por voluntad procreacional, reafirmando que los nacidos por las TRHA son hijos de quien dio a luz y también de quien prestó su consentimiento, siempre que éste se encuentre debidamente inscripto en el Registro Civil.

Tal como lo sostienen Herrera y Lamm, la filiación derivada de las TRHA en el derecho argentino corresponde a quien desea ser “*parent*”,⁵⁴ es decir, a quien quiere llevar adelante un proyecto parental porque así lo ha consentido.

Así lo regula el art 561 del nuevo CCyCN cuando prevé que “*Los hijos nacidos de una mujer por las técnicas de reproducción humana asistida son también hijos del hombre o de la mujer que ha prestado su consentimiento previo, informado y libre*

51. Gil Dominguez, Andrés, Fama, María Victoria, Herrera, Marisa, “Matrimonio igualitario y derecho constitucional de familia”, 1° ed, Ediar, Buenos Aires 2010, pp 229; Famá, María Victoria, “Padres como los demás...”. Filiación y homoparentalidad en la Ley 26.618 de matrimonio igualitario”, RDF N° 48, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2011, pp 55.

52. Rivero Hernández, Francisco “La investigación de la mera relación biológica en la filiación derivada de fecundación artificial”, su ponencia en el II Congreso Mundial Vasco, Congreso de Filiación, 1987, citado en Cecilia P Grosman, Nora Lloveras, Marisa Herrera, 1ª Ed, “Summa de Familia” Doctrina – Legislación – Jurisprudencia, Tomo II, Buenos Aires 2012, Abeledo Perrot, pp 1773.

53. Desde otra perspectiva, descartan la posibilidad de desplazar la filiación de quien ha consentido las TRA, entre otros, el Código de Familia de Panamá (art 286); la Ley española 14/2006 (art 8); el Código de México DF (art 326); el Código Civil de Portugal (art 1.839, inc 3); el Código de Familia de Costa Rica (art 72); el Código Civil de Venezuela (art 204); el Código de Familia de Bolivia (art 287); el Código Civil holandés de 1972 (art 201-1); el Código Civil búlgaro de 1968 (art 32); el Código Civil alemán (art 1.600, ap 1.5); el Código Civil suizo (art 256); el Código Civil belga (art 318); el Código Civil francés (art 311-20); el Código Civil de Québec (art 539); mencionado en Famá, María Victoria, “El derecho a la identidad del hijo concebido mediante técnicas de reproducción humana asistida en el proyecto de Código Civil y Comercial de la Nación”.

54. El término parent es neutral, abarca madres y padres. Las autoras utilizan esta noción neutra. Para mejor recaudo ver en extenso: Herrera, Marisa - Lamm, Eleonora, “Una trilogía sobre las bases constitucionales del derecho filial en el Anteproyecto de Reforma el Código Civil: técnicas de reproducción humana asistida (*Bleu*)” ob cit Otros autores, por ejemplo, Nicholas Bala, académico canadiense, prefieren la expresión *social parents*, ver: “*Who is a Parent? Standing in the Place of a Parent & Canada’s Child Support Guidelines*”, S.5, Queen’s Univ Legal Studies Research Paper 07-11.

en los términos del artículo anterior, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos”.

Se desprenden de este artículo dos consecuencias, la primera, que la identidad de una persona ya no está dada por el elemento biológico sino genético; y la segunda, que la voluntad procreacional que genera el vínculo entre padres e hijos, se exterioriza a través del “consentimiento previo, informado y libre” que deben recabar las instituciones públicas y privadas que realicen las TRHA, estableciendo la formalidad mínima que deben cumplimentar estos instrumentos: ser hechos por escrito, protocolizados ante escribano público o certificado por la autoridad sanitaria correspondiente a cada jurisdicción (el Ministerio de Salud, autoridad de aplicación, sería el organismo encargado de organizar este sistema de “protocolización” por autoridad sanitaria).

Complementa esta norma, el art 560 de la legislación civil y comercial que dispone que el consentimiento debe recabarse antes de cada práctica o procedimiento de reproducción asistida, en el centro de salud interviniente.

Indubitablemente, el elemento central, tal como lo venimos mencionando en la determinación de la filiación de los nacidos mediante el empleo de estas técnicas, es la exteriorización de la voluntad procreacional plasmada en el consentimiento previo, informado y libre.

Para decirlo de otro modo, la paternidad/maternidad genética se ha visto suplida por el consentimiento como fuente concluyente de la filiación legal.⁵⁵

Por último, es dable recordar que los arts 563 y 564 del citado cuerpo legal se ocupan del derecho a la información de las personas nacidas por TRHA, reconociendo la particularidad que ostenta el derecho a la identidad en las TRHA heteró-

logas, y disponiendo, en el art 563 que “*a petición de las personas nacidas a través de las técnicas de reproducción humana asistida, puede: a) obtenerse del centro de salud interviniente información relativa a datos médicos del donante, cuando es relevante para la salud; b) revelarse la identidad del donante, por razones debidamente fundadas, evaluadas por la autoridad judicial por el procedimiento más breve que prevea la ley local*”.

Desde este modo, nuestro CCyC vigente ha adoptado un sistema que podemos definir de anonimato relativo. Es decir, ha asumido un posicionamiento ecléctico entre dos polos opuestos: el anonimato absoluto y el levantamiento total del anonimato. En resumidas cuentas, la línea legislativa adoptada es intermedia y equilibrada, de conformidad con todos los intereses en juego. En particular, porque preserva la posibilidad de que las TRHA heterólogas se realicen y que ellas no se vean conculcadas o dificultadas debido a una disminución en las donaciones⁵⁶ con las consecuencias nocivas para el desarrollo de esta técnica médica y la posibilidad de que varios niños y niñas puedan nacer en virtud de ella, y que en definitiva replican en las parejas de igual o distinto sexo que acceden a este tipo de técnicas.

De esta forma, con este régimen de “anonimato relativo” de nuestra legislación civil y comercial, se garantiza: 1) la existencia de donantes y, consecuentemente, la satisfacción del derecho a formar una familia, a gozar de los beneficios del progreso científico, a la vida familiar, a la igualdad, a la autonomía personal, a la libre elección del plan de vida y a la dignidad; y 2) el derecho del niño nacido por TRHA a conocer su origen genético.

Ahora bien, y en relación al derecho del niños nacidos mediante el empleo de estas técnicas, a conocer su origen genético, la norma en análisis diferencia claramente dos aspectos: a) informa-

55. Herrera, Marisa y Lamm, Eleonora, “Una trilogía sobre las bases constitucionales del derecho filial en el Anteproyecto de Reforma el Código Civil: técnicas de reproducción humana asistida (*Bleu*)”, fecha: 12/4/ 2012, cita: MJ-DOC-5751-AR | MJD5751.

56. Tal como ocurre en Inglaterra, que se registraron en el transcurso del año 2014, sólo hubo 9 donantes de semen. La consecuencia principal de haber eliminado el anonimato de la legislación es la disminución de la donación. Ver en extenso: Symons Xavier, “*No anonymity means fewer UK sperm donors*” del 5 de septiembre de 2015, publicado en BioEdge.org. Disponible *on line* en: <http://www.bioedge.org/bioethics/no-anonymity-means-less-sperm-in-uk/11559>

ción no identificatoria (datos genéticos o de salud sobre el donante); y b) información identificatoria (nombre, apellido y datos que permiten individualizar al donante).

Para el acceso a una y otra arista de este derecho a la información genética del donante como proyección del derecho a conocer su origen, derecho derivado del derecho a la identidad en las TRHA, el código prevé un procedimiento diverso. En el primer caso, en referencia a la información no identificatoria, la persona nacida por TRHA puede recurrir directamente al centro de salud y solicitar los datos médicos y/o de salud de su donante (confr art 564 inc a).

En cambio, respecto al acceso a la información identificativa del donante, el mismo código en el inc b del art 564, dispone que deben existir “razones debidamente fundadas”, evaluadas por la autoridad judicial competente (aquél que entiende en materia de familia) y por el procedimiento más breve que prevea la ley local para ponderar, en el caso concreto, si se debe levantar el anonimato y dar a conocer los datos identificatorios del donante.

De este modo, se asegura a los receptores de gametos de terceras personas ajenas al proyecto parental, que serán ellos quienes han prestado la voluntad procreacional, los padres legales de la persona nacida, otorgándoles la tranquilidad sobre su futuro vínculo legal y disipando cualquier temor a una eventual acción de impugnación de la filiación basada en la ausencia de vínculo genético.⁵⁷ También se protege a los donantes con quienes no se puede establecer vínculo de filiación alguno; es decir, en ningún caso podrían ser considerados padres legales ni exigírseles ningún tipo de obligación económica ni jurídica, toda vez que

de tal acto no resulta ninguna responsabilidad legal para ellos.

Por otra parte, la intimidad del donante queda, en principio, garantizada salvo que se encuentren fuertemente comprometidos derechos humanos del niño nacido por técnicas que ameriten levantar el anonimato del donante.

Es dable señalar lo que sostiene Roca Trías al respecto cuando dice que la cuestión del derecho a conocer el propio origen genético debe basarse en la protección de los derechos de la personalidad y que ello nunca debe provocar una alteración en las relaciones paterno-filiales establecidas con los sistemas que la ley disponga. De aquí se deduce que lo que se propugna es que no existe un derecho fundamental a que la paternidad/maternidad, constatadas con los sistemas que legalmente se establezcan, coincidan con la realidad biológica. El hacer anónima la donación de gametos dificulta el conocimiento de quien fue el donante y puede llegar a impedir el ejercicio de una acción de reclamación de paternidad/maternidad; pero esta dificultad es sólo esto y, dado que los datos médicos deben ser conservados, no puede impedirse el derecho a conocer el propio origen, aunque sin consecuencias para la filiación.⁵⁸

Ley especial

Tal como hemos advertido, el nuevo Código Civil y Comercial solo regula la determinación filial de los niños nacidos mediante el empleo de las TRHA, toda vez que no le corresponde a un código de fondo, profundizar y ahondar sobre una gran cantidad de cuestiones que encierra la práctica y el uso de este tipo de tratamientos, tales como: los derechos y deberes de los centros de

57. Refuerza lo dicho el art 575 del mencionado cuerpo legal al establecer: “Cuando en el proceso reproductivo se utilicen gametos de terceros, no se genera vínculo jurídico alguno con éstos, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales en los mismos términos que la adopción plena”; y el art 577 al disponer que “No es admisible la impugnación de la filiación matrimonial o extramatrimonial de los hijos nacidos mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida cuando haya mediado consentimiento previo, informado y libre a dichas técnicas, de conformidad con este Código y la ley especial, con independencia de quién haya aportado los gametos. No es admisible el reconocimiento ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo alguno de vínculo filial respecto de éste”.

58. Roca Trías, E, “La incidencia de la inseminación-fecundación artificial en los derechos fundamentales y su protección jurisdiccional”, ponencia presentada al II Congreso Mundial Vasco, celebrado en Vitoria (28/9 a 2/10/1987), en Filiación a finales del siglo XX. Problemática planteada por los avances científicos en materia de reproducción humana, Ed Trivium, Madrid, 1988, pp 43.

salud; las funciones de control de la autoridad de aplicación; el modo y limitaciones de las donaciones; el destino de los embriones sobrantes, sean o no viables, etc.

Todas estas cuestiones deben ser abordadas y reguladas en la ley especial, incluso porque la misma legislación civil y comercial en varias disposiciones, impone su remisión y obliga al Congreso de la Nación a sancionar una ley especial, como por ejemplo, al momento de regular de manera expresa y autónoma la filiación derivada de estas técnicas como una tercera causa fuente filial con reglas propias y precisas, como en los arts 575⁵⁹ y 577;⁶⁰ o bien en la disposición transitoria segunda al disponerse que “La protección del embrión no implantado será objeto de una ley especial”, y solo por mencionar algunas.

Es por ello que el 12 de noviembre de 2014 la Cámara de Diputados de la Nación aprobó con media sanción un proyecto de ley especial sobre “técnicas de reproducción médicamente asistida”, que actualmente sigue su trámite legislativo y que se encuentra, tal como hemos referido anteriormente, bajo tratamiento legislativo en el Senado de la Nación (expte CD-101/2014).

Analizar en extenso sus disposiciones excede el marco de este trabajo, sin embargo, haremos referencia a las normas más relevantes.

Conforme los términos del artículo 1° del proyecto con media sanción, la ley tiene por objeto, en concordancia y de forma complementaria con lo dispuesto en el Código Civil y Comercial, y en la Ley 26.862 y su reglamentación, “regular el alcance, los derechos y las relaciones jurídicas derivadas del empleo de las técnicas de reproducción humana asistida” y “la protección del embrión no implantado”.

Dicho proyecto de ley consta de 35 artículos cuyas directrices podríamos sintetizarlas en 6 (seis) ejes:

1) *Aporte de gametos para terceros y embriones*: regla general sobre técnicas con material genético propio o gametos de terceros (art 2); límite de edad para el aporte de gametos (art 3); controles previos a los aportantes de gametos (art 4); consentimiento del aportante de gametos y definición de centro de salud (art 5); carácter no lucrativo del aporte de gametos (art 6); carácter rescindible del convenio de aporte de gametos y uso de los gametos para fines propios (art 7); límite de aportes de gametos para un máximo de 6 personas o parejas (art 8); reglas sobre la confidencialidad del aporte de gametos o embriones (art 16).

2) *Crioconservación y destino de gametos y embriones*: regulación de la conservación de gametos y embriones en los centros autorizados (art 9); posibilidad de conservación de gametos para uso futuro en caso de enfermedad (art 10); límite en el plazo de conservación de gametos aportados para terceros (art 11); límite en la crioconservación de gametos o embriones de los beneficiarios y exigencia de contrato previo sobre el destino de los embriones (art 12); posibilidad de “donar” gametos o embriones a los centros de salud y de abreviar el plazo de crioconservación (art 13).

3) *Prohibiciones y legalizaciones*: prohibiciones y distinción entre embriones viables y no viables (art 14); prohibición de selección fenotípica de gametos o embriones (art 15); criterio médico para la determinación del número de ovocitos a fecundar (art 17); legalización del diagnóstico genético preimplantatorio (art 18).

4) *Disposiciones administrativas*: deber de información de los centros de salud a la autoridad de aplicación (art 19); funciones del Registro Único de Establecimientos establecido por el art 4 de la Ley 26.862 (art 20); el Ministerio de Salud como

59. En su primer párrafo expresa: “En los supuestos de técnicas de reproducción humana asistida, la determinación de la filiación se deriva del consentimiento previo, informado y libre, prestado de conformidad con lo dispuesto en este Código y en la ley especial”.

60. Este articulado se refiere a un principio obvio o propio de la filiación por TRHA: la inadmisibilidad de la acción de impugnación al disponer que “No es admisible la impugnación de la filiación matrimonial o extramatrimonial de los hijos nacidos mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida cuando haya mediado consentimiento previo, informado y libre a dichas técnicas, de conformidad con este Código y la ley especial, con independencia de quién haya aportado los gametos. No es admisible el reconocimiento ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo alguno de vínculo filial respecto de éste”.

autoridad de aplicación (art 21); deber de conformar un Comité Asesor Honorario Ad Hoc (art 22); promoción de las técnicas en el país (art 23); elaboración de protocolos específicos (art 24).

5) *Responsabilidad e infracciones*: responsabilidad de los centros de salud y deber de contratar seguro (art 25); enumeración de infracciones (art 26); competencia de la autoridad de aplicación para sancionar (art 27); criterios para la graduación de las sanciones (art 28); sanciones previstas para las infracciones (art 29); procedimiento para los sumarios por infracciones (art 30); destino de lo recaudado por infracciones (art 31).

6) *Normas finales*: previsión presupuestaria (art 32); entrada en vigencia y derechos adquiridos (art 33); carácter de orden público de la ley e invitación a que las provincias adhieran (art 34); deber de reglamentación en 90 días (art 35).

Si bien, dicho proyecto cuenta con media sanción de la Cámara de Diputados, lo cierto es que ya se encuentra en plena vigencia el Código Civil y Comercial, y muchas disposiciones requieren la inmediata y urgente sanción de la ley a fin de regular todos los aspectos concernientes a la implementación del sistema de determinación de la filiación de los nacidos por TRHA.

Solo por citar algunas materias pendientes, hacemos mención del aseguramiento de las condiciones de posibilidad del derecho de acceso a la información de los nacidos con material genético de personas ajenas al proyecto parental, a fin de garantizar y respetar los derechos reconocidos en el artículos 7º, 8º de la Convención sobre los Derechos del Niño y en el artículo 11 de la Ley N° 26.061; respetando el principio de igualdad y el derecho de todo niño a tener vínculo jurídico de manera inmediata; en consonancia con los principios internacionales de derechos humanos a través del bloque constitucional federal por el receptados.

Cabe traer a colación las conclusiones de las Jornadas Nacionales de Derecho Civil, realizadas el pasado 1, 2 y 3 de octubre, en donde se advir-

tió por unanimidad la necesidad de que “*el Estado (Ministerio de Salud) cree y mantenga actualizado el Registro Único de donantes, eslabón necesario para efectivizar el derecho de acceso a la información contemplado en el art 564 del CCyCN en una ley especial*”.⁶¹

Quizás sea ésta una de las aristas más inmediatas y urgentes que posibilite la articulación e instrumentación de los consentimientos informados a las TRHA heterólogas, que deben constar en el correspondiente legajo base para la inscripción del nacimiento, máxime la creación de Registro Único de donantes que permitirá efectivizar el derecho de acceso a la información, sobre todo teniendo en cuenta que ya contamos con precedentes jurisprudenciales. Nos referimos al caso resuelto por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal, sala V, del 29/04/2014,⁶² en el que los padres de dos personas menores de edad concebidas en virtud de técnicas de reproducción asistida heterólogas, promovieron amparo a fin de que el Estado Nacional cree un registro con toda la información que poseen los centros de fertilidad y bancos de gametas del país legalmente habilitados respecto de los donantes de aquéllas, para preservar esa información a fin de que sus hijas y todas las personas nacidas a través de técnicas de fertilización asistida con material heterólogo, puedan ejercer su derecho a la identidad al cumplir la mayoría de edad, accediendo a esa información con autorización judicial. La Cámara admitió parcialmente el recurso y la acción de amparo a fin de garantizar la posibilidad de ejercicio efectivo del derecho a la identidad reconocido en el art 8 de la Convención sobre los Derechos del Niño, e instó al Estado Nacional mediante el dictado de actos administrativos de alcance particular o general, a asegurar que el centro médico y/o el banco de gametas que posibilitaron la realización del tratamiento de fertilización asistida con material heterólogo respecto de la persona menor de edad que motivó

61. Ver en extenso las conclusiones arribadas en la Comisión 6 sobre “Identidad y Filiación”, disponibles *on line* en: <http://jndcbahia-blanca2015.com/wp-content/uploads/2015/10/CONCLUSIONES-06.pdf>

62. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal, sala V, 29/04/2014, “C, E M y Otros c EN-M. Salud s/ amparo Ley 16.986”, en Abeledo Perrot N°: AR/JUR/30908/2014.

el amparo, preservando la información relativa a la identidad del donante en forma reservada y sin dar acceso a ella, exclusivamente con el objeto de que sea utilizada en las condiciones y modalidades que oportunamente establezca el Congreso de la Nación al dictar la reglamentación legal en la materia. Asimismo, en la sentencia se argumentó que la cuestión relativa a la creación de un registro general a los fines de preservar y mantener la información obtenida por los centros médicos que intervienen en los procedimientos de fertilización asistida realizados con material heterólogo -identidad de los donantes de gametas, determinación de las condiciones y modalidades en las que concretamente la persona nacida en virtud de aquellos podrá tener acceso a ella, constituye un asunto que es de resorte primario del legislador y no puede ser objeto de una acción de amparo, siendo que depende de la política legislativa que el Congreso de la Nación adopte en la materia.

Palabras de cierre

Tras la sanción del matrimonio igualitario en Argentina, a mediados del año 2010, Kemelmajer y Herrera ya señalaban que la regulación de la procreación asistida no podía esperar⁶³ dado los cambios que se introducían en el marco del régimen de matrimonio civil, máxime cuando en materia de filiación se reflejaban las carencias normativas y axiológicas frente a las transformaciones sociales que se fueron sucediendo y que precipitaron una marcada distancia entre norma y realidad, aun después de la reforma constitucional del '94.

Lo cierto es que hemos recorrido un largo camino que fue abierto lenta y progresivamente, tan-

to por la jurisprudencia nacional como regional⁶⁴ como por los valiosos aportes de la doctrina, y que a partir de la sanción de la Ley 26.862 de cobertura médica de TRHA y su decreto reglamentario 956/2013, se visibilizó la complejidad del tema y nos obligó a deconstruir el acceso a las TRHA como un modo de satisfacer el derecho a formar una familia y no circunscripto a la noción de infertilidad clínica, que sólo puede estar en la parejas de diferente sexo, pero no así en las de igual sexo.

En este sentido, la tan esperada reforma, actualización y unificación del Código Civil y Comercial de la Nación, reconstruye con coherencia lógica el sistema de derechos humanos con el derecho privado, traduciendo fielmente el paradigma constitucional familiar⁶⁵ mediante el reconocimiento de todos los tipos de familias.

En este marco, la legislación argentina, al asegurar y garantizar el ejercicio pleno de acceder a las TRHA, sin discriminación alguna, independientemente de la orientación sexual de quienes a ellas se sometan, pudiendo generar ya sea maternidad, paternidad, comaternidad y/o copaternidad, son un claro emergente constitucional y convencional de la aplicación de los principios de igualdad, no discriminación, pluralidad, realidad y solidaridad familiar que plasman verdaderamente la “constitucionalización del derecho privado”, en la que, tal como venimos señalando, se reconoce y protege todas y cada una de las realidades familiares existentes y sus efectos.

Sin embargo, y aún frente a todo este avance legislativo, todavía queda un saldo pendiente, a pesar de los proyectos de ley recientemente presentados:⁶⁶ legislar en materia de gestación por sustitución y reproducción *post mortem*.

63. Para una mejor profundización del tema compulsar: Kemelmajer De Carlucci, Aída y Herrera, Marisa, “Matrimonio, orientación sexual y familias. Un aporte colaborativo desde la dogmática jurídica”, en LL del 4/6/2010.

64. En referencia particularmente a los fallos de la CIDH, Corte IDH “Fornérón e Hija vs Argentina”, “Atala Riffo y Niñas vs Chile” y “Artavia Murillo y Otros S/ Costa Rica”.

65. Lloveras, Nora; Salomón, Marcelo “El paradigma constitucional familiar: análisis a una década de su reformulación” JA, 20-4-2005. Este paradigma postula la unidad y solidaridad familiar, igualdad de los cónyuges, democratización de las relaciones, corresponsabilidad de ambos progenitores, autonomía de niños y adolescentes, libertad, tutela especial a las personas vulnerables, autonomía en las relaciones familiares, etc.

66. La Senadora Laura Montero ha presentado el pasado 8 de septiembre en la Cámara Alta un proyecto de ley ingresado bajo el número 25.74/15, que tiene por objeto regular la gestación por sustitución a los efectos de garantizar el interés superior del niño que nace de esta técnica, proteger jurídicamente a todas las personas que intervienen en él y básicamente brindar un marco jurídico que garantice el pleno ejercicio de los derechos y otorgue seguridad jurídica. Para más información, véase en extenso dicho proyecto en: <http://www.lauramontero.com/wp-content/uploads/2015/08/Proyecto-Ley-gestacion-x-sustituci%C3%B3n-Prensa.pdf>

El comité editorial encargará al especialista la realización de una publicación original sobre un tema determinado. La revisión tiene como finalidad examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva. El artículo sintetizará los resultados y conclusiones de las publicaciones sobre el tópico encargado.

Mantendrá el siguiente ordenamiento: título de la revisión, autor/es (Apellido y nombre, lugar de trabajo, dirección de correo electrónico del contacto), resumen (en castellano y en inglés) y palabras claves.

Las citas bibliográficas deben presentar la estructura detallada previamente en trabajos originales, y numeradas según aparición en el texto. Las tablas, cuadros y figuras deberán llevar el epígrafe correspondiente y deberán ir adecuadamente referenciados en el texto; si es necesario, el autor especificará en que parte del texto deben ir intercalados.

En todos los casos, el envío de trabajos, comentarios y publicaciones deberá hacerse por correo electrónico a la dirección de la secretaría de SAMeR: info@samer.org.ar

Argumentos jurídicos a favor de la postura según la cual el embrión *in vitro* o no implantado no es persona humana

Marisa Herrera

CATRHA, Comisión de Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Reproducción 2015;30:161-163

Los modelos de consentimiento informado elaborados en el marco de la CATRHA parten de la base de considerar que los embriones *in vitro* o no implantados no son personas humanas de conformidad con una gran cantidad de argumentos jurídicos que se pasan a explicitar de manera sintética a los fines de tener un conocimiento básico de carácter jurídico al respecto.

El Código Civil y Comercial define el momento desde el cual se considera que se es persona humana como centro de imputación de efectos –derechos y deberes– jurídicos en el ámbito civil del siguiente modo: «La existencia de la persona humana comienza con la concepción».

¿Qué se entiende por concepción?

El ordenamiento jurídico nacional como internacional (regional) es coincidente en entender que *concepción* cuando se trata de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), acontece cuando el embrión *in vitro* es *implantado* en la persona.

¿Cuáles son los fundamentos jurídicos para tal afirmación? Por orden de importancia jurídica, los argumentos son los siguientes:

Ámbito regional/internacional

El resonado fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso «Artavia Murillo y otros contra Costa Rica» del 28/12/2012, cuya jurisprudencia es obligatoria para la Argentina, so pena de incurrirse en responsabilidad internacional (conf Corte Federal, caso «Mazzeo», Fallos 330:3248, entre otros), considera que la noción de concepción que menciona el art 4.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos acontece cuando se trata de TRHA cuando el embrión es implantado en la mujer. Para arribar a tal conclusión expuso, entre tantos otros argumentos, que la Convención Americana de Derechos Humanos data de 1969, época en la que no existía la posibilidad de la fertilización *in vitro* (fecundación de óvulo y esperma por fuera del cuerpo de una persona) y que dicho instrumento internacional debe ser interpretado de manera dinámica, y en ese sentido, destaca que a la luz de las pruebas rendidas en el proceso surge que el descarte embrionario ocurre tanto en embarazos naturales como cuando se aplica la técnica de la fertilización *in vitro* (FIV), entendiéndose que sería

Correspondencia: Marisa Herrera
Correo electrónico: marisaherrera12@gmail.com

desproporcionado pretender una protección absoluta del embrión respecto a un riesgo que resulta común e inherente incluso en procesos donde no interviene la ciencia. En el fallo se reconoce el derecho de toda persona a formar una familia, a gozar del desarrollo de la ciencia médica y a no ser discriminado por razón socioeconómica (aquellas personas que cuentan con medios materiales para acceder a las TRHA de alta complejidad como la fertilización *in vitro* sí lo pueden hacer, en cambio quienes carecen de los medios económicos no), observando una mirada positiva de las FIV (fertilización *in vitro*), por lo cual se concluye que *“el embrión no puede ser entendido como persona para efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana. Asimismo, luego de un análisis de las bases científicas disponibles, la Corte concluyó que la “concepción” en el sentido del artículo 4.1 tiene lugar desde el momento en que el embrión se implanta en el útero, razón por la cual antes de este evento no habría lugar a la aplicación del artículo 4 de la Convención. Además, es posible concluir de las palabras “en general” que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general”*.

Ámbito nacional: jurisprudencia constitucional

De conformidad con el valor jurídico de los precedentes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, y teniéndose en cuenta que la noción de «concepción» es incorporada por la Ley 23.849 al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño, cabe recordar que en el caso *«F, A L s/ medida autosatisfactiva» del 13/03/12 en el que se interpreta el supuesto de aborto no punible que regula el art 86 inciso 2do del Código Penal, la Corte Federal sostuvo que el art 2 de la Ley 23.849, en cuanto establece que el artículo 1 de la Convención, debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño a todo ser humano desde la concepción «no constituye una reserva que en los términos del artículo 2 de la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados altere el alcance con que la Convención sobre los Derechos del Niño –rige en los términos del artículo 75, inciso 22 de la Constitución–. Esto porque, como sur-*

ge del texto mismo de la ley, mientras que el Estado argentino efectuó una reserva con relación al artículo 21 de la Convención, respecto del artículo 1 se limitó a plasmar una declaración interpretativa (ver al respecto, Anuario de la Comisión de Derecho Internacional, 1999, Volumen II, A/CN.4/SER.A/1999/Add.1, Parte 2, Directrices aprobadas por la Comisión en su período de sesiones N° 51 —1.2; 1.3—)». De este modo, no se trata de una reserva sino de una declaración interpretativa que fue esgrimida anteriormente al fallo Artavia Murillo y a grandes reformas legislativas que han venido años después.

Ámbito nacional: Código Civil y Comercial

El art 20 del Código Civil y Comercial entiende por concepción el plazo que corre entre el mínimo y máximo para el embarazo; es decir, se relaciona la noción de concepción con la de embarazo. Fácil se colige que no puede haber embarazo sin, como mínimo, anidación, es decir, implantación del embrión en la persona. Por su parte, el art 21 es más elocuente al sentar como principio que los derechos y obligaciones se consolidan o quedan sujetos al nacimiento con vida, diciéndose de manera expresa que esta situación de latencia acontece desde la concepción o la implantación del embrión y hasta el efectivo nacimiento con vida. Así, el propio Código Civil y Comercial alude de manera precisa y le da relevancia a la implantación del embrión. En el campo propio de la regulación de la filiación derivada de las TRHA, el art 561 permite de manera expresa que el consentimiento previo, informado y libre al sometimiento a esta práctica médica es revocable «mientras no se haya producido la concepción en la persona o la implantación del embrión». Una vez más, la implantación del embrión tiene un significado de relevancia para el Código Civil y Comercial. Es claro que si el embrión *in vitro* fuera considerado persona humana, jamás podría revocarse consentimiento alguno para que una “persona” pueda seguir su curso o desarrollo. Por último, la disposición transitoria segunda establece la obligación del Congreso de la Nación de sancionar una ley especial en la materia que tenga por objeto la protección del embrión no implantado; si fuera persona humana, debería estar regulado en el Código Civil y Comercial y no en una ley especial en el que se va a determinar los términos de su

protección pero partiéndose de la base de que no es persona humana y por ello no está regulado en el Código Civil y Comercial.

Ámbito nacional: ley especial (no integral) de acceso integral de TRHA

La Ley 26.862 de acceso integral a las TRHA sancionada en el año 2013, como su decreto reglamentario 956/2013, siguen la línea interpretativa que aquí se expone (la única interpretación posible de conformidad con los principios interpretativos que señala el art 2 del Código Civil y Comercial) de entender que el embrión *in vitro* no es persona humana fundado en tres permisiones legales claves o centrales: 1) la donación de embriones, 2) la criopreservación de embriones, y 3) la revocación del consentimiento hasta antes de la transferencia del embrión en la persona. Si las obras sociales y prepagas están obligadas por ley a cubrir diferentes procedimientos de TRHA, entre ellos, la donación y criopreservación de embriones, fácil se concluye que según esta normativa que no ha sido

tachada de inconstitucional, el embrión *in vitro* no es considerado persona.

Ámbito nacional proyectado

Proyecto de ley integral de TRHA aprobado el 12/11/2014 por la Cámara de Diputados y a estudio de la Cámara de Senadores. Esta iniciativa legislativa permite el cese de la criopreservación después de un plazo de 10 años, siempre que los usuarios o beneficiarios de las técnicas no acorten dicho plazo. Además de este destino, se permite: a) la utilización para posteriores tratamientos dentro del mismo proyecto parental, b) donación para proyectos parentales de terceros, y c) donación de embriones para investigación.

En definitiva, diferentes fuentes jurídicas son coincidentes en concluir que la persona humana comienza, en el caso de las TRHA, cuando el embrión se implanta o transfiere a la persona. Es por ello que los modelos de consentimientos informados han sido elaborados tomándose como base esta consideración central de impacto directo en las prácticas de las TRHA.

31 de Agosto, 1 y 2 de Septiembre de 2016 | Tucumán



INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. Marcelo Barrionuevo (MD)

IVF Florida – Reproductive Associates,
Florida (USA)

Dr. Tommaso Falcone (MD)

Cleveland Clinic, Cleveland (USA)

Dr. Paul Turek (MD)

The Turek Clinic, Los Angeles (USA)

Dr. Ricardo Loret de Mola (MD)

Southern Illinois University School of Medicine,
Illinois (USA)

Dra. Catherine Racowsky (PhD)

Department of Obstetrics and Gynecology
Brigham and Women's Hospital Harvard
Medical School, Boston (USA)

Dr. Carlos Simón (MD, PhD)

Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI)
e IGENOMIX, Valencia (ESPAÑA)

Dr. Carlos Sueldo (MD)

University of California San Francisco,
California (USA)

PRIMER LLAMADO A PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

Fecha de apertura para el envío: 1° de diciembre de 2015 (0 horas Argentina)

Fecha límite para el envío: 30 de mayo de 2016 (24 horas Argentina)

Se seleccionarán trabajos para ser presentados en forma oral, mientras que el resto de los trabajos serán presentados en forma de poster. Se seleccionará un trabajo para recibir el Premio Dr. Figueroa Casas. Los resúmenes enviados deben ser originales, no habiendo sido presentados en otro congreso ya sea nacional o extranjero previo al XVII Congreso Argentino de Medicina Reproductiva.

Envío de trabajos a: trabajoscongreso2016@samer.org.ar
Consultar reglamento en: www.samer.org.ar/premios/premio-congreso

A partir del 1° de diciembre de 2015

Informes e Inscripción

Centros de reproducción asistida acreditados al 15 de Abril de 2015, según las Normas de Acreditación aprobadas por SAMeR, marzo de 2014

◆ **CIUDAD AUTÓNOMA DE Bs. As.**

CEGYR

Director: Dr. Sergio Papier
Viamonte 1438
Tel.: 4372-8289 - cegyrc@cegyr.com

CENTRO DE REPRODUCCIÓN DEL HOSPITAL ITALIANO

Director: Dr. Sebastián Gogorza
Gascón 450
Tel.: 4958-4546 - gineco@hitalba.edu.ar

CER INSTITUTO MÉDICO

Director: Dra. Ester Polak de Fried
Humboldt 2263
Tel.: 4778-1587 - consultas@cermed.com

CIMER, CENTRO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA REPRODUCTIVA

Director: Dra. Stella Lancuba
Av. Forest 1166
Tel.: 4551-4318 - cimer@cimer.com

FERTILAB

Directora: Dra. Andrea Marazzi
Riobamba 1205 1º Piso
Tel.: 4811-7575 - info@fertilab.com.ar

IVI: Buenos Aires

Director: Dr. Fernando Neuspiller
Av. del Libertador 5962 (C1428ARP)
Tel.: 54-11 4789-3600
Ext. 44100FX +5411 4789-3610
ivibuenosaires@ivi.es

PREGNA

Director: Dr. Fabio Sobral
Juncal 3490
Tel.: 4831-5900 - info@pregna.com.ar

PROCREARTE

Director: Dr. Gastón Rey Valzacchi
Bulnes 1104 (esq. Tucumán)
Tel.: (54 11) 5530 5700 - info@procrearte.com

SEREMAS

Director: Dr. Santiago Brugo Olmedo
Arenales 1954 – Piso 1
Tel.: 5032-3358/59/60 - consultas@seremas.com

◆ **GRAN BUENOS AIRES**

• **San Isidro**

FERTILIDAD SAN ISIDRO

Director: Dr. Claudio Ruhlmann
Av. Libertador 16958. San Isidro
Tel.: 4743-3456 - unifer@fibertel.com.ar

• **San Martín**

INSTITUTO PREFER

Director: Dr. Mario Gómez Badía
Calle Guemes 2348. San Martín
Tel.: 4752-9311 / 4713-1762 - iprefer@fibertel.com.ar

• **La Plata**

IARA PROCREARTE

Director: Dr. Carlos Carrere
Calle 44 N° 1008 1/2. La Plata
Tel.: 0221-8836147 - iara@procrearte.com

PERINAT

Director: Dr. José Romero
Calle 59 N° 1028. La Plata
Tel.: 0221-5099300 - clinicaperinat@gmail.com

◆ **PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

BAHÍA BLANCA

AMERIS

Director: Dr. Roberto Crowley
Av. Alem 1044 - Bahía Blanca
Tel/Fax: 0291-456220 - ameris@amerisbb.com.ar

IMER

Director: Dr. Eduardo Vincent
Alsina 575 - Bahía Blanca
Tel.: 0291-4562220 - eduardo.vincent@hotmail.com

CÓRDOBA

CIGOR

Director: Dr. Daniel Estofán
Chacabuco 1089
Tel.: 0351-4694433 - estofan@arnet.com.ar

NASCENTIS

ESPECIALISTAS EN FERTILIDAD

Director: Dr. César Sánchez Sarmiento
Montevideo 359 (X5000AXA)
Tel.: 54351-4247351 - info@nascentis.com

Centros de reproducción asistida acreditados al 15 de Abril de 2015, según las Normas de Acreditación aprobadas por SAMeR, marzo de 2014

NEUQUÉN

ALBOR

Director: Dr. Ricardo Luis Cáceres
Santa Fe 475
Tel.: 0299-4489966 / 4435525
caceresnqn@hotmail.com

RÍO NEGRO

FERTILITY PATAGONIA

Director: Dr. Juan Manuel Bonina
Belgrano 100 1° piso
Te.: 02944.426467-435328
info@fertilitypatagonia.com - www.fertilitypatagonia.com

SALTA

SARESA

Director: Dr. Juan José Aguilera
Mariano Boedo 23
Tel.: 0387-4222272 - info@saresa.com.ar

Laboratorios de Andrología

REPROTEC

Directora: Dra. Vanesa Rawe
Humboldt 2433 PB 10 - Tel.: 4773-4889

SANTA FE

• **Rosario**

GESTANZA

Directora: Dra. Georgina Meneghini
Bvd. Oroño 373 - Rosario 2000
Tel.: 0341-424 9925 / 424

Bancos de Semen

(Acreditados bajo las normas SAMeR / SAA)

REPROBANK

Directora: Dra. Vanesa Rawe
Humboldt 2433 - Tel.: 4773-4889

INSTITUTO COLABIANCHI

Director: Dr. Julio Colabianchi
Bvd. Oroño 1520 - Rosario
Tel.: 0341-4240005
colabianchi@institutocolabianchi.com

PROAR

Director: Dr. Carlos Morente
Italia 1225
Tel.: 0341 4476566/ 6600/ 6676
proar@proar.com.ar / secretaria@proar.com.ar