



**FUNDACION H. A. BARCELO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

*Fertilización Asistida en Argentina.*

*Legislación: Avances, Desafíos y Perspectivas.*

*Fundación H. A. Barceló. Facultad de Ciencias Médicas*

*Carrera de especialización - Posgrado de Medicina Legal*

*Director Dr. Roberto Foyo*

*Karina Paula Gez*

*Año 2024*

# Índice:

❖ <a href="#">Resumen</a> .....	Pág 4
❖ <a href="#">Palabras clave</a> .....	Pág 4
❖ <a href="#">Abstract</a> .....	Pág 4
❖ <a href="#">Key Words</a> .....	Pág 5
❖ <a href="#">Introducción</a>	
1-Contexto sobre la sociedad contemporánea.....	Pág 5
❖ <a href="#">Marco teórico. Técnicas de Reproducción Asistida:</a>	
2-Principios básicos.....	Pág 7
3-¿Qué debe entenderse cuando se habla de alta o baja complejidad en tratamientos de reproducción humana asistida?.....	Pág 8
❖ <a href="#">Contexto Histórico y Antecedentes:</a>	
4-Breve reseña histórica en el mundo y Argentina. ....	Pág 10
5-Argumentos que condujeron a la necesidad de una ley. ....	Pág 11
6-Reseña de la legislación argentina sobre reproducción asistida.....	Pág 12
❖ <a href="#">Principales Aspectos de la Legislación:</a>	
7-Fundamentos de la Ley 26.862. ....	Pág 15
8-Objetivos y alcances de la legislación.....	Pág 16
9-Marco para la habilitación de centros especializados. ....	Pág 18

10-Particularidades del consentimiento informado. ....	Pág 19
❖ <a href="#"><u>Impacto Social y Ético:</u></a>	
11-Percepción social y Debate sobre las principales limitaciones éticas. ....	Pág 21
-Selección Genética.....	Pág 22
-Embriones Excedentes: El Embrión No Implantado.....	Pág 25
- Gestación Subrogada.....	Pág 28
-Responsabilidad Parental y Derechos del Niño.....	Pág 30
-Acceso Equitativo y Justicia Reproductiva.....	Pág 31
12-Ejemplos de Casos Emblemáticos del País y Precedentes Legales.....	Pág 33
❖ <a href="#"><u>Datos estadísticos en Argentina.</u></a> .....	Pág 36
❖ <a href="#"><u>Conclusión.</u></a> .....	Pág 39
❖ <a href="#"><u>Metodología.</u></a> .....	Pág 41
❖ <a href="#"><u>Referencias bibliográficas.</u></a> .....	Pág 42

## ❖ Resumen:

En los últimos años, Argentina fue pionera en América Latina en reglamentación y legislación en aspectos relacionados con la salud/medicina y la sociedad en general. Una de estas leyes fue la "*Ley de Reproducción Medicamente Asistida*" que permitió el acceso de toda la población a estas novedosas técnicas a través de la creación de centros especializados en la materia y logrando la incorporación de las últimas innovaciones en el campo de la ciencia y la tecnología mundial.

Sin embargo, si bien hubo temas en los que la ley alcanzó un consenso, hay tópicos que ni la ley ni la reglamentación vigente consiguen abordar, como ser la gestación subrogada o por sustitución, y la donación para fines científicos o descarte (como opciones) de los embriones excedentes obtenidos a través de las técnicas de fertilización asistida. Es por ello que estas cuestiones, junto con las dificultades que aún representa el acceso de distintas zonas del territorio nacional a una institución que provea de estos tratamientos, continúan siendo ejes de discusión y debate tanto social y ético, como político, dado que existen en la actualidad varios impulsos legislativos que intentan tratarlos de forma de lograr así un acuerdo acerca de cómo proseguir frente a distintos conflictos que emergen y que, por el momento, requieren de una vía judicial independiente para su resolución.

El objetivo de este trabajo es analizar los aspectos médico-legales de la ley juntos con las controversias surgidas a partir de su aplicación y el contexto social actual, valorando sus alcances y logros como también los debates y polémicas que devienen de ellos.

## ❖ Palabras clave:

*FERTILIZACIÓN ASISTIDA – LEGISLACIÓN – DEBATE ÉTICO – ACCESO EQUITATIVO.*

## ❖ Abstract:

*In recent years, Argentina was a pioneer in Latin America in regulations and legislation in aspects related to health/medicine and society in general. One of these laws was the "Medically Assisted*

*Reproduction Law" that allowed the entire population access to these new techniques through the creation of specialized centers in this field and achieving the incorporation of the latest innovations in the field of global science and technology.*

*However, although there were issues on which the law reached a consensus, there are topics that neither the law nor the current regulations manage to address, such as surrogacy or surrogate pregnancy, and donation for scientific purposes or discard (as options) of surplus embryos obtained through assisted fertilization techniques. That is why these issues, along with the difficulties that the access of different areas of the national territory to an institution that provides these treatments still represents, continue to be axes of discussion and debate, both social and ethical, as well as political, given that they exist in There are currently several legislative impulses that try to deal with them in order to achieve an agreement on how to proceed in the face of different conflicts that emerge and that, for the moment, require an independent judicial channel for their resolution.*

*The objective of this work is to analyze the medical-legal aspects of the law together with the controversies that have arisen from its application and the current social context, assessing its scope and achievements as well as the debates and controversies that arise from them.*

### ❖ Key Words:

ASSISTED FERTILIZATION – LEGISLATION – ETHICAL DEBATE – EQUITABLE ACCESS.

### ❖ Introducción

#### 1-Contexto sobre la sociedad contemporánea

La infertilidad, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, se caracteriza como un trastorno del sistema reproductivo que se manifiesta como la incapacidad de lograr un

---

<sup>1</sup> Información extraída de la página web de la OMS el día 4 de marzo: [https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1)

embarazo clínico tras un periodo de doce meses. Se estima que en hoy en día afecta a aproximadamente 186 millones de personas en todo el mundo. Se define también como la condición en la cual existe una capacidad disminuida para concebir y llevar a término un embarazo. De hecho, fue la American Society for Reproductive Medicine quien consideró primero la infertilidad como una enfermedad, y posteriormente, a partir de 2009, adquiere carácter de tal para la OMS, estableciendo que el período de imposibilidad para concebir debe ser de doce meses o más antes de iniciar la investigación sobre las causas, a menos que la historia clínica y los hallazgos físicos indiquen una evaluación y tratamiento a seguir.

Fernando Zegers-Hochschild, médico especialista en ginecología y obstetricia; y uno de los impulsores de la iniciativa en la OMS para definir la infertilidad como una enfermedad, menciona dos objetivos principales detrás de esta labor. En primer lugar, buscar que los países reconocieran la infertilidad como tal y la incluyeran en sus agendas de salud, lo que garantizaría el acceso a tratamientos de fertilización asistida, debido a su condición de enfermedad o patología; y en segundo lugar, destacar que la infertilidad puede tener un impacto significativo en la identidad de género, la autoestima, la estabilidad matrimonial, la integración social, el estatus social y el bienestar psicológico, resaltando la importancia de abordarla desde una perspectiva no sólo médica sino social.

Es así que no solamente se trata de una patología en el sentido estricto de la palabra, sino que con el aumento de las oportunidades educativas y laborales a nivel general, muchos eligen posponer la maternidad o paternidad hasta épocas más tardías en la vida. Sumado a ello, actores como el estrés, el estilo de vida, la contaminación ambiental y los cambios en la dieta han contribuido al aumento de los problemas de fertilidad en la población.

También podemos mencionar que el concepto de familia ha evolucionado a lo largo de los años. La estructura familiar ya no constituye solamente el trinomio madre-padre-hijo, sino que dentro de su definición, hoy en día se encuentran englobadas las parejas del mismo sexo y las madres y los padres solteros, promoviendo así, la equidad, la inclusión y el progreso.

Por todo ello es que la fertilización asistida ha ido adquiriendo relevancia en las últimas décadas. Estas técnicas ofrecen una opción para aquellos (tanto hombres como mujeres) que desean tener hijos más allá de la ventana reproductiva natural, por ejemplo; adaptándose así a los

cambios en los roles de género en la sociedad y no centrándose sólo en la infertilidad como concepto. Se traslada así, a la esfera bio-psico-social incrementando su campo de referencia.

Sin embargo, todo lo mencionado no hubiera sido posible de no ser por los avances tecnológicos en la medicina general y reproductiva que han permitido mejorar significativamente las técnicas de reproducción asistida, aumentando las tasas de éxito y reduciendo los riesgos asociados con estos procedimientos; permitiendo de esta forma, fortalecer aún más su papel y relevancia dentro de la sociedad contemporánea.

### ❖ **Marco teórico. Técnicas de Reproducción Asistida.**

#### **2-Principios básicos.**

Los principios básicos de la reproducción asistida se basan en la manipulación de los procesos naturales de fertilización y gestación para facilitar la concepción cuando esta no es posible de manera natural. La operación y conducción cuidadosa de estos procesos es fundamental para garantizar el éxito y la seguridad de los tratamientos. A continuación, se enuncian los principios fundamentales:

**\*\*Estimulación de la ovulación\*\***: En la reproducción asistida, se emplean medicamentos para estimular los ovarios y aumentar la producción de ovocitos. Esto es importante porque la obtención de múltiples muestras aumenta las posibilidades de éxito durante los tratamientos.

**\*\*Obtención de gametos\*\***: Consiste en la recolección de los ovocitos como los espermatozoides para su utilización en los procedimientos posteriores, tanto como para uso particular, o como ser el caso de ovodonación o donación de espermatozoides. Los ovocitos se obtienen mediante la aspiración folicular, un procedimiento que se realiza bajo control ecográfico y anestésico en el sector de quirófano, mientras que los espermatozoides se obtienen a través de la eyaculación o mediante una biopsia testicular en casos de azoospermia (procedimiento que también requiere implementación en área quirúrgica).

**\*\*Fecundación en el laboratorio\*\***: Una vez recolectados los ovocitos y los espermatozoides, se lleva a cabo el proceso de fecundación en el laboratorio. Esto se realiza mediante técnicas específicas como la inseminación artificial o la fertilización in vitro (FIV). En la FIV, por ejemplo,

los ovocitos son fertilizados por los espermatozoides en una placa de cultivo y en etapas posteriores, los embriones resultantes son transferidos al útero de la mujer.

**\*\*Cultivo embrionario\*\***: Después de la fecundación, los embriones se cultivan en el laboratorio durante varios días antes de ser transferidos a la mujer. Durante este periodo, se monitoriza su desarrollo y se seleccionan los embriones de mejor calidad para la transferencia.

**\*\*Transferencia embrionaria\*\***: Una vez que los embriones han alcanzado un cierto grado de desarrollo, se transfieren al útero en un procedimiento ambulatorio realizado en área quirúrgica. Es necesario realizarlo bajo control ecográfico y no requiere anestesia la mayoría de las veces.

**\*\*Seguimiento y apoyo\*\***: Después de la transferencia embrionaria, se realizan controles para monitorear el desarrollo del embarazo (los mismos que en el embarazo natural), y en casos especiales, se pueden administrar medicamentos para apoyar la implantación y el desarrollo del embrión.

### **3-¿Qué debe entenderse cuando se habla de alta o baja complejidad en tratamientos de reproducción humana asistida?**

En este apartado se pretende desarrollar brevemente algunas de las técnicas más comunes utilizadas en la reproducción asistida. Cada técnica tiene sus propias indicaciones, beneficios y riesgos, y la elección de la técnica adecuada dependerá de la situación individual de cada paciente. Es por ello que se las puede dividir en dos grandes grupos: de alta o baja complejidad. La principal diferencia radica en que las técnicas de **baja complejidad** producen la unión entre el ovocito y el espermatozoide dentro del cuerpo de la persona con capacidad de gestar y las de **alta complejidad** realizan esta unión fuera del cuerpo, o cuando se vitrifican tejidos vivos.

El principal exponente de las técnicas de baja complejidad lo constituye la Inseminación Artificial que consta de un procedimiento en el que se coloca una muestra de espermatozoides previamente preparada en el útero de la mujer durante su período fértil. Esta técnica se utiliza en casos de problemas leves de fertilidad o cuando se necesita una ayuda mínima para la concepción. La muestra de espermatozoides puede ser de la pareja o de un donante, dependiendo de la situación.



Las principales Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad (THRA/AC) incluyen:

#### Fertilización In Vitro (FIV):

La FIV es una técnica en la que los ovocitos son extraídos de los ovarios y luego se fertilizan fuera del cuerpo, en un laboratorio, con los espermatozoides. Una vez que los ovocitos son fertilizados y se desarrollan en embriones, estos se transfieren al útero para su implantación y desarrollo. La FIV es una de las técnicas más empleadas en la reproducción asistida y se utiliza para tratar una variedad de problemas de fertilidad, como la obstrucción de las trompas de Falopio, la endometriosis, la infertilidad inexplicada y los problemas de calidad espermática. Hoy en día, el procedimiento utilizado para su realización es la vitrificación, el cual consiste en una técnica de congelación ultrarrápida que ha reemplazado en gran medida a los métodos de congelación lenta anteriores. Esta técnica permite preservar ovocitos y embriones con una alta tasa de supervivencia, lo que ha aumentado las posibilidades de éxito de los tratamientos de reproducción asistida y ha facilitado la criopreservación de ovocitos para uso futuro.

#### Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI):

La ICSI es una técnica utilizada en casos de problemas graves de fertilidad masculina, donde los espermatozoides no pueden fertilizar el ovocito por sí solos. En la ICSI, un solo espermatozoide se inyecta directamente en el interior del ovocito utilizando una aguja especializada. Una vez que el ovocito ha sido fertilizado, el embrión resultante se cultiva en el laboratorio y luego se transfiere para su implantación.

#### Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG):

La TIG es una técnica en la que los ovocitos son extraídos de los ovarios y luego se colocan en las trompas de Falopio junto con los espermatozoides. Esta técnica permite que la fecundación ocurra dentro del cuerpo de la mujer, en lugar de en el laboratorio. La TIG se utiliza a menudo en casos de obstrucción de las trompas de Falopio o cuando la FIV no ha tenido éxito.

#### ### Transferencia Intratubárica de Embriones (TIE):

Similar a la TIG, la TIE implica la colocación en las trompas de Falopio en lugar del útero, de los embriones obtenidos previo manipulación de los gametos. Esta técnica se utiliza en casos en los

que la calidad del espermatozoides es baja o cuando la mujer tiene problemas uterinos que podrían afectar la implantación.

## ❖ Contexto Histórico y Antecedentes

### 4-Breve reseña histórica en el mundo y Argentina

Si bien existen referencias de intentos de inseminación artificial en mamíferos ya en el 1700, a fines del 1800, el ginecólogo estadounidense J. M. Sims publicó su libro sobre esterilidad, tema muy poco difundido para la época, donde incluyó un capítulo sobre la fecundación artificial. Es a partir de ello que a mediados del 1900, comienzan a realizarse las primeras transferencias de embriones en animales. Los estudios se fueron sucediendo y junto con los avances de la época, llevaron a que en 1969, Robert G. Edwards, biólogo inglés, lograra la fecundación de ovocitos in vitro que lamentablemente, no pudieron ser transferidos.

Más tarde, en 1978, Patrick Steptoe, ginecólogo inglés, junto a Robert G. Edwards, y luego de incansables estudios y numerosos fracasos, dieron a conocer el nacimiento de la primera niña nacida a través de la medicina reproductiva. Esta niña, Louise Brown, fue mundialmente reconocida como la primera "bebé de probeta" de la historia de la humanidad.

En el ámbito local, Argentina ha sido marcada por avances significativos en tecnología y regulación, lo que ha permitido a muchas parejas y personas lograr cumplir su aspiración de formar una familia. Como se comentó anteriormente, los primeros intentos de tratamiento de infertilidad se realizaron en la década de 1960, pero fue a mediados de 1980 cuando se introdujeron técnicas de fertilización asistida más avanzadas en el país. En esta época, se realizaron los primeros intentos de fertilización in vitro (FIV) en clínicas privadas, siendo el primer nacimiento registrado en el país mediante esta técnica, en 1986 (en Buenos Aires, nacimiento de mellizos sanos). En los '90, la reproducción asistida comenzó a ganar reconocimiento y aceptación en la sociedad. Se establecieron clínicas especializadas en fertilidad en todo el país, y aumentó el número de parejas que buscaban acceso a este tipo de tratamientos. En los 2000, hubo un crecimiento significativo en la cantidad de instituciones habilitadas, tanto en el sector público como en el privado. Se incorporaron adelantos tecnológicos mundiales en técnicas de reproducción, lo que llevó a mejorar los resultados.

Y es así como en el 2013, se produce uno de los hitos más importantes en la historia de la reproducción asistida en Argentina, que fue la promulgación de la Ley 26.862 "*Reproducción Medicamente Asistida. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida*"<sup>2</sup>, que estableció un marco legal para regular y promover el acceso equitativo a los tratamientos en toda la región. Esta ley garantiza el acceso en el sistema de salud pública y privada, reconociendo la infertilidad como una enfermedad y protegiendo los derechos de las personas que los requieren. De esta forma, nuestro país se convierte el primero en América Latina que sanciona este tipo de reglamentación.

En los últimos años, la reproducción asistida ha seguido evolucionando en Argentina, con continuas innovaciones en el campo y una mayor conciencia pública sobre la importancia de la salud reproductiva. La sociedad ha seguido debatiendo cuestiones éticas y legales relacionadas con el tema, incluyendo la donación de gametos, la gestación subrogada, (este último punto no incluido en la ley), y el acceso equitativo a los tratamientos, monitorizando su adecuada implementación de forma tal que no haya exclusiones ni discriminación en el sistema.

### **5- Argumentos que condujeron a la necesidad de una ley.**

La promulgación de la ley fue el resultado de un proceso complejo que involucró una serie de eventos y debates significativos. En primer lugar, hubo un aumento notable en la demanda de tratamientos de fertilización asistida en la sociedad argentina. Este incremento se debió a una mayor conciencia sobre los problemas de infertilidad y la disponibilidad de opciones de tratamiento. A medida que más personas buscaban estas soluciones, se hizo evidente la necesidad de regular y promover el acceso equitativo a ellos.

Además, los avances tecnológicos en el campo, como las mejoras en la FIV y la ICSI, jugaron un papel crucial en este proceso. Su optimización mejoró significativamente los porcentajes de éxito de los tratamientos y aumentaron su disponibilidad en el país. Sin embargo, también surgieron preocupaciones sobre la necesidad de establecer regulaciones claras para garantizar la seguridad y calidad de estos procedimientos médicos.

---

<sup>2</sup> <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

Los debates éticos y los derechos reproductivos también desempeñaron un papel importante en el camino hacia la promulgación de la ley. La creciente popularidad de los tratamientos de fertilización asistida generó discusiones sobre cuestiones como la donación de gametos y la gestación subrogada, así como el acceso a los tratamientos. Nuevamente, comenzó a denotarse la necesidad de establecer un marco legal sólido para abordar estas cuestiones de manera ética y justa.

Así mismo, los casos judiciales y las demandas de acceso a tratamientos también contribuyeron a la necesidad de regulación. Antes de la promulgación de la ley, la mayoría solicitaban el acceso a ellos a través de vías legales independientes. Estos casos pusieron en relieve la urgencia de establecer un marco legal de forma tal que la vía recursiva no fuese necesaria.

Finalmente, la movilización de organizaciones de pacientes y profesionales de la salud desempeñó un papel fundamental en la promoción de la regulación. Estas organizaciones presionaron al Gobierno y al Congreso para que actuaran en respuesta a las necesidades y preocupaciones de las personas con problemas de infertilidad. Su activismo contribuyó significativamente a la conciencia pública sobre la importancia de regular estos tratamientos y garantizar su cobertura para todos los ciudadanos argentinos.

## **6- Reseña de la legislación argentina sobre reproducción asistida.**

La legislación argentina sobre reproducción asistida, como se mencionó anteriormente, se encuentra regida por la ley 26.862, la cual ha experimentado un constante progreso y desarrollo desde su promulgación, al ser sucedida por la reglamentación de regulaciones y decretos, sumado a otras fuentes del derecho relacionadas, que buscan en conjunto normalizar y promover el acceso a los tratamientos, así como abordar cuestiones éticas y los derechos reproductivos en sí mismos. De esta forma, como reseña legislativa, se cuenta con:

- **Ley 26.862. Reproducción Medicamente Asistida. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida - 2013:**

- Promulgada en mayo de 2013, estableció un marco legal para regular y promover el acceso equitativo a los tratamientos de fertilización asistida en Argentina.

- Reconoce a la infertilidad como una enfermedad y garantiza el derecho de todas las personas a acceder a los tratamientos de reproducción asistida, independientemente de su estado civil, orientación sexual o identidad de género.

- Establece los principios rectores de la fertilización asistida, incluido el consentimiento informado, la confidencialidad y el respeto a la autonomía de las personas.

- Prohíbe la discriminación por motivos de infertilidad y establece la creación de un registro nacional de tratamientos de fertilización asistida para garantizar la transparencia y el seguimiento de estos tratamientos.

- **Decreto 956/13 (07/2013):** Reglamenta la ley 26.862.
- **Resolución 1305/15 (08/2015):** Aprueba las normas de habilitación y fiscalización para la organización y el funcionamiento de los establecimientos de reproducción humana asistida
- **Decreto 931/16 (08/2016):** Designa al coordinador general para el desarrollo y cumplimiento del objeto de la Ley N° 26.862
- **Resolución 2190-E/2016 (12/2016):** Creación del Programa Nacional De Reproducción Médicamente Asistida.
- **Resolución 1-E/2017 (01/2017):** Determina el alcance de lo que se comprende dentro del concepto de Tratamiento De Reproducción Humana Asistida De Alta Complejidad (TRHA/AC). Establece que para cada uno del total de tres (3) tratamientos a los cuales cada paciente tiene derecho, quedarán incluidos los procedimientos médicos y etapas estipuladas para cada tratamiento en forma global, aclarando cómo quedarán definidas dichas etapas y en qué consisten; y cómo y cuándo han de considerarse finalizados o incompletos.
- **Resolución 616-E/2017 (05/2017):** Aprueba los textos de los consentimientos informados que se utilizarán en todos los establecimientos médicos sujetos a habilitación y contralor del Ministerio de Salud de la Nación y el procedimiento de certificación de dichos consentimientos informados por parte de dicho ministerio.

- **Resolución 679-E/2017 (06/2017):** Crea El Comité Científico (Comité Asesor Ad-Hoc) Del Programa Nacional De Reproducción Médicamente Asistida.
- **Resolución 1831-E/2017 (10/2017):** Crea la Red De Establecimientos Públicos De Reproducción Médicamente Asistida, como propuesta de la Secretaría del Ministerio de Salud de la Nación.
- **Resolución 1044/2018 (06/2018):** Establece un límite de edad en las mujeres para acceder a estas técnicas, siendo que se si procede a la utilización de ovocitos propios, el límite será a las 44 años de edad; en caso de recurrir a la ovodonación, 51 años. Y para el supuesto de que la mujer de entre 44 y 51 años hubiera criopreservado sus propios ovocitos antes de cumplir la edad de 44 años, establece que podrá realizar cualquier tratamiento de reproducción médicamente asistida disponiendo de los mismos, mientras se encuentre en este rango de edad.
- **Resolución 1045/2018 (06/2018):** Determina la cobertura del cien por ciento (100%) en medicamentos para tratamientos de reproducción médicamente asistida, los que deberán ser brindados por los agentes de salud.
- **Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (CC y C) (Ley 26.994 - sancionado en 2014)- Artículos 558 al 570:**

- Estos artículos abordan diferentes aspectos relacionados con la filiación, incluyendo la filiación matrimonial, extramatrimonial y adoptiva, e introducen como fuente de filiación la devenida por las THRA. Establecen a su vez, las normativas con relación al consentimiento informado, como también ciertas controversias; ambos temas serán desarrollados posteriormente.

- **Ley de Identidad de Género (Ley 26.743) - 2012:**

- Si bien en su texto no especifica desarrollo en torno a la reproducción asistida, la Ley de Identidad de Género reconoce el derecho de las personas trans e intersexuales a acceder a

tratamientos de fertilización para preservar su capacidad de procrear antes de iniciar tratamientos hormonales o cirugías de reasignación de sexo.

- **Legislación provincial:**

- Además de la legislación nacional, algunas provincias argentinas han promulgado leyes específicas sobre reproducción asistida, que establecen disposiciones adicionales para la regulación y promoción de los tratamientos de fertilización asistida a nivel local. A modo de ejemplo, la Ley 14.208 de la Provincia de Buenos Aires, que establece el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad. A su vez, promueve la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización asistida (fecundación-inseminación gratuita).

- ❖ **Principales Aspectos de la Legislación**

### **7- Fundamentos de la Ley 26.862**

La regulación legal en el campo de la reproducción asistida es de vital importancia por tres razones fundamentales que impactan tanto a nivel individual como social.

En primer lugar, garantiza la protección de los derechos y la seguridad de los pacientes al establecer estándares y protocolos que aseguran un consentimiento informado, confidencialidad médica y prácticas seguras y éticas durante los tratamientos. Esto es esencial para salvaguardar la integridad y el bienestar de quienes buscan ayuda en este ámbito. Además, promueve la igualdad a través del acceso garantizado a los tratamientos de reproducción asistida. Al establecer normativas que aseguren la disponibilidad de estos servicios para todas las personas, sin importar su condición socioeconómica, estado civil u orientación sexual, se fomenta la justicia social y se incentiva a que todos tengan la oportunidad de buscar ayuda en igualdad de condiciones.

Otro aspecto clave es la supervisión y control de la práctica médica. La regulación establece mecanismos para licenciar y supervisar las clínicas de reproducción asistida, así como para

regular las técnicas y los profesionales involucrados. Esto contribuye a mantener altos estándares de calidad y seguridad en la prestación de servicios, protegiendo la salud y el bienestar de los pacientes.

A su vez, la regulación legal ayuda a prevenir prácticas ilegales y éticamente cuestionables, como la explotación de personas vulnerables o la comercialización inapropiada de gametos y embriones. Establece límites claros y sanciones para quienes infringen las normativas éticas y legales, promoviendo así una práctica responsable y ética en el campo de la reproducción asistida.

### **8 - Objetivos y alcances de la legislación.**

La Ley representó un hito importante en el ámbito de la salud reproductiva del país y marcó un avance significativo en la protección de los derechos de las personas, especialmente aquellas que requieren este tipo de tratamientos. Fue pionera en América Latina (ningún país de la región contaba en ese entonces con una legislación similar al respecto) y estableció un marco legal claro para regular y promover el acceso equitativo a estos tratamientos.

La normativa legal en el campo de la reproducción valora distintos aspectos, establece una serie de objetivos y alcances con el fin de regular y promover el acceso equitativo a los tratamientos de reproducción asistida. Estos objetivos y alcances incluyen:

**\*\*Protección de los derechos y la dignidad humana\*\*:** La ley establece un marco de protección para los derechos y la dignidad de todas las personas involucradas en los tratamientos de reproducción asistida, incluyendo a los pacientes, donantes de gametos y embriones, y los niños nacidos como resultado de estos tratamientos. Esto incluye garantizar el consentimiento informado, la confidencialidad, y la seguridad y bienestar de los involucrados. Reconoce a su vez, el derecho de todas las personas, sin discriminación alguna, a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción asistida, independientemente de su estado civil, orientación sexual o identidad de género

**\*\*Seguridad y calidad de los tratamientos\*\*:** La regulación legal establece estándares y requisitos para los centros de reproducción asistida y los profesionales de la salud que realizan estos tratamientos. Esto incluye la capacitación y la acreditación de los especialistas, la supervisión de



los procedimientos y la garantía de la calidad de los servicios ofrecidos. Una regulación adecuada ayuda a prevenir prácticas negligentes, fraudulentas o peligrosas que podrían poner en riesgo la salud de los pacientes.

**\*\*Consentimiento informado y confidencialidad\*\***: La ley requiere que se obtenga un consentimiento informado por parte de los pacientes antes de someterse a cualquier tratamiento en materia de reproducción asistida. También establece medidas para proteger la confidencialidad de la información médica y genética de los pacientes y los donantes.

**\*\*Equidad y acceso\*\***: Pretende garantizar un acceso equitativo a los tratamientos de reproducción asistida, independientemente de factores como la capacidad económica, el estado civil, la orientación sexual o la identidad de género. Esto es fundamental para promover la justicia social y asegurar que todos tengan la oportunidad de acceder a los tratamientos, que deberán promoverse tanto en el Sistema de Salud público o privado. Además, regula los costos asociados con estos tratamientos, en ambos sectores, para evitar prácticas abusivas o injustas.

**\*\*Ética y moralidad\*\***: Procura abordar cuestiones éticas y morales relacionadas con el proceso y etapas impartidas, como la donación de gametos y embriones y la manipulación genética. Establecer límites claros en estas áreas ayuda a proteger los derechos y los intereses de todas las partes involucradas y a promover prácticas que no se consideren éticamente cuestionables dentro del campo de la reproducción asistida.

**\*\*Regulación y supervisión\*\***: Establece normas y procedimientos claros para la práctica de la reproducción asistida, garantizando la seguridad y el bienestar de los pacientes. Asimismo, crea un marco de supervisión y control para los centros y profesionales que los llevan a cabo.

**\*\*Derechos del niño\*\***: La ley reconoce y protege los derechos de los niños nacidos mediante técnicas de reproducción asistida, asegurando su derecho a conocer su origen genético y su filiación. Protege su bienestar y establece medidas para garantizar su cuidado y protección.

**\*\*Promoción de la salud reproductiva\*\***: La legislación fomenta la investigación, la educación y la difusión de información sobre salud reproductiva, promoviendo prácticas seguras y saludables en este ámbito.

En resumen, la normativa vigente en Argentina tiene como objetivos principales proteger los derechos reproductivos de las personas, regular los procedimientos y técnicas de fertilización

asistida, garantizar el consentimiento informado y la confidencialidad, proteger los derechos de los niños nacidos mediante estos tratamientos, y asegurar un acceso equitativo y regulado a los servicios de fertilización asistida.

### 9-Marco para la habilitación de centros especializados.

La habilitación de establecimientos especializados en la materia incluye un conjunto de regulaciones y requisitos establecidos por las autoridades competentes para garantizar que estas instituciones cumplan con los estándares necesarios para ofrecer tratamientos de reproducción asistida de manera segura, ética y efectiva. Esto incluye requisitos de infraestructura, personal calificado, protocolos de atención y procedimientos, control de calidad y seguridad, así como registros y seguimiento de pacientes. En Argentina, el proceso de acreditación se establece acorde a los lineamientos establecidos en las normas vigentes de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR)<sup>3</sup>.

**\*\*Requisitos de infraestructura\*\*:** Los centros de fertilización asistida deben contar con instalaciones adecuadas y equipamiento médico especializado para llevar a cabo los diferentes procedimientos de manera segura y eficiente. Esto incluye laboratorios de fertilización in vitro, salas de procedimientos quirúrgicos, áreas de recuperación postoperatoria, entre otros. Deberá contar con un protocolo para la resolución de emergencias y complicaciones y un contrato con una entidad adecuada para la derivación de estos casos.

**\*\*Personal calificado\*\*:** Se requiere que las instituciones cuenten con un equipo multidisciplinario de profesionales calificados, que incluya médicos especialistas en reproducción asistida, biólogos y especialistas en genética, enfermeros capacitados, técnicos de laboratorio y personal de apoyo. Todos los miembros del equipo deben tener la formación y experiencia adecuadas en el campo de la reproducción asistida. El Director Médico debe acreditar conocimientos y experiencia de al menos dos (2) años como médico en un Centro de reconocida actuación, como también, una especialización certificada en Medicina Reproductiva otorgada por SAMeR. El Director del Laboratorio, a su vez, debe tener un título adecuado, Licenciado o Doctor en Biología,

---

<sup>3</sup> <https://www.samer.org.ar>

Bioquímica, Médico u otra ciencia biológica relacionada y una especialización certificada en Embriología Clínica otorgada por la misma entidad.

**\*\*Protocolos de atención y procedimientos\*\***: Los centros deben establecer protocolos de atención y procedimientos estandarizados para garantizar la calidad y seguridad de los tratamientos. Esto incluye la realización de evaluaciones médicas completas de los pacientes, la preparación de los gametos y embriones, la realización de los procedimientos de fertilización y transferencia, y el seguimiento post-tratamiento.

**\*\*Control de calidad y seguridad\*\***: Se requiere que las instituciones implementen medidas de control de calidad y seguridad para garantizar la integridad de los gametos y embriones, así como la prevención de infecciones y otros riesgos asociados con los tratamientos. Esto incluye la monitorización de la calidad del aire y del agua en los laboratorios, la gestión de la seguridad biológica, y la prevención de la contaminación cruzada. Debe contar con un programa de Control y Mejoramiento de la Calidad que incluya una revisión periódica de las variables del laboratorio (tasa de fertilización y división embrionaria, calidad de los embriones, tasa de implantación, sobrevivencia luego del congelamiento, atresia luego de ICSI) y estadísticas clínicas (número de embriones transferidos, tasa de embarazo y aborto, tasa de embarazo múltiple) para ser comparadas con los estándares mínimos establecidos para la institución.

**\*\*Registros y seguimiento de pacientes\*\***: Los establecimientos deben llevar registros detallados de todos los pacientes y tratamientos realizados, incluyendo información sobre los procedimientos realizados, los resultados obtenidos y cualquier complicación o evento adverso. Deberá guardar la documentación de cada procedimiento por al menos diez (10) años o por el período que especifique la legislación local. Esto permite un seguimiento adecuado de la eficacia y seguridad de los tratamientos, así como la identificación de áreas de mejora.

### **10-Particularidades del consentimiento informado.**

En Argentina, el consentimiento informado en fertilización asistida presenta particularidades específicas debido a las características y complejidades de estos tratamientos. Como norma general, y acorde a lo establecido por Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” (2009) en el Capítulo III “Del Consentimiento

informado“, para la realización de tal documento, los pacientes deben recibir información completa y comprensible sobre todos los aspectos del tratamiento a realizarse (en este caso, fertilización asistida), incluyendo los procedimientos involucrados, los posibles riesgos y complicaciones, las tasas de éxito esperadas y las alternativas disponibles. Se promueve la toma de decisiones compartidas entre los pacientes y los profesionales de la salud, permitiendo que los primeros, participen activamente en el proceso de planificación y debate con cuestiones relacionadas con su tratamiento. Debe garantizar que los pacientes comprendan plenamente sus derechos y opciones, y que tengan la libertad de aceptar o rechazar el tratamiento de fertilización asistida según sus preferencias y valores personales. Además de aquel destinado para los procedimientos básicos, los pacientes también deben otorgar su consentimiento para procedimientos adicionales que puedan ser necesarios durante el curso del tratamiento, como la biopsia embrionaria o la criopreservación de gametos y embriones. Al tratarse de un procedimiento invasivo, como informa la ley previamente mencionada y su modificatoria, la 26.742 en 2012, debe ser registrado por escrito sin excepción, y se deberá firmar el documento en conformidad aceptando los términos y condiciones.

Así como lo formula la ley 26.862 en su artículo 7, y como también se expresa en el Código Civil y Comercial en sus artículos 560-561-562, el consentimiento es libremente revocable en cualquier momento o hasta antes de iniciada la inseminación (para técnicas de baja complejidad), o en el caso de las de alta complejidad, hasta antes de la implantación del embrión. Es decir que, mientras no se arribe a este último escalón, siendo ya iniciadas y finalizadas las instancias previas, se podrá proceder a la interrupción o pausa del tratamiento. La clara reglamentación de este punto, establece los lineamientos de la responsabilidad de las partes intervinientes como así también los protege frente a disputas o discrepancias que puedan surgir a lo largo de proceso, permitiendo la posibilidad de la duda o arrepentimiento hasta esta instancia última; pero no logra esclarecer un tópico que genera un continuo debate en la sociedad científica y en general: establecer la condición del embrión, es decir, cómo definirlo, en calidad de qué, su estatus jurídico.

A su vez, el consentimiento deberá renovarse cada vez que se proceda a utilizar los gametos o embriones, y en el caso de estos últimos, se deberá contar con el consentimiento de ambas partes de la pareja (salvo los casos en los que se ha recurrido a la donación de gametos), dado que se procederá a utilizar un embrión que contiene material genético compartido.

Como se mencionó anteriormente, la Resolución 616-E/2017, establece cómo serán los textos formales de los consentimientos y cómo se procederá a su certificación por el Ministerio de Salud. Es necesario regular la validez y los contenidos de los consentimientos informados otorgados con el fin de asegurar la determinación adecuada de la filiación de las personas nacidas a través de técnicas de reproducción humana asistida, ya que, en estos casos, la voluntad procreacional juega un papel fundamental en la determinación del vínculo filial. En ausencia de una expresión clara de esta voluntad a través de un consentimiento formal, informado y libre, no se puede establecer el vínculo filial por medio de TRHA, siendo que, como se mencionó, el principio fundamental que rige a la filiación derivada de estas técnicas es la primacía de la voluntad procreacional por sobre el factor genético. Esta medida busca garantizar el ejercicio de los derechos establecidos en los artículos 7 y 8 de la Convención de los Derechos del Niño y en el artículo 11 de la ley N° 26.061 (“Ley De protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes” sancionada en 2005), con el objetivo de promover altos estándares de protección y bienestar para todos los niños.

## ❖ *Impacto Social y Ético.*

### *11- Percepción social y Debate sobre las principales limitaciones éticas.*

Los avances en tecnología médica han llevado a una mayor aceptación y uso de la reproducción asistida en la sociedad hoy en día. Anteriormente, este campo era objeto de controversia y estigmatización, pero con el tiempo se ha evolucionado hacia una mayor comprensión de la situación.

Uno de los principales cambios en la percepción social ha sido la normalización de estos tratamientos como una opción legítima para quienes enfrentan dificultades para concebir de manera natural. La apertura y la discusión pública sobre la infertilidad y las opciones de tratamiento han contribuido a reducir el estigma asociado con la reproducción asistida.

Como se mencionó, la diversificación de las estructuras familiares y los cambios en los roles de género han influido en la percepción social de la reproducción asistida. Las parejas del mismo sexo y las personas solteras que desean formar una familia ahora pueden acceder a tratamientos

de reproducción asistida, lo que ha ampliado la comprensión tradicional de la paternidad y la maternidad.

Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten desafíos éticos y sociales en torno a la reproducción asistida, como el acceso equitativo a los tratamientos, la comercialización de la industria de la fertilidad y las preocupaciones sobre la manipulación genética. Estos temas se encuentran en continuo debate generando reflexiones sobre los límites éticos y morales de la tecnología reproductiva, y su análisis es fundamental debido a las complejidades y dilemas éticos que involucra esta área de la medicina general. Algunos de los principales puntos de discusión serán desarrollados a continuación.

### Selección Genética:

Existe preocupación sobre el uso de técnicas de reproducción asistida para seleccionar características genéticas específicas en los embriones, lo que podría conducir a la eugenesia y a la discriminación genética. El debate se centra en dónde trazar el límite entre el tratamiento médico legítimo y la manipulación genética no ética. A pesar de ello, en los últimos años, se puso en discusión las ventajas del uso de técnicas que pudieran detectar enfermedades graves y transmisibles a través del material genético de alguno de los gametos. Es así como surge el denominado "Test Genético Preimplantacional" (PGT), originalmente publicado en 1990 por Alan Handyside en la revista "*Nature*" (revista reconocida mundialmente). El término engloba a una cierta batería de tests utilizados en el campo de la reproducción asistida para evaluar la salud genética de embriones antes de ser transferidos al útero materno. Existen varios tipos de tests: el PGT-A que permite estudiar la presencia de aneuploidías (monosomías, trisomías o poliploidías) en el embrión, como la trisomía del cromosoma 21 que produce Síndrome de Down, que como bien se sabe, cuenta con una buena calidad de vida, pero, también aquellos como la trisomía 13 (Síndrome de Patau), que no cuentan con tal pronóstico y no tienen expectativa de sobrevivida. El PGT-M el cual permite estudiar enfermedades monogénicas, es decir, aquellas que se producen por la presencia de una única mutación, entre ellas: enfermedades autosómicas recesivas como la Fibrosis Quística, o dominantes, como la Corea de Huntington. También se cuenta con el PGT-SR permite estudiar enfermedades por alteraciones estructurales de los cromosomas como las translocaciones, las deleciones, las inversiones, las duplicaciones o las inserciones. Y el PGT-HLA que se realiza para buscar un embrión con HLA compatible,

normalmente con un hermano enfermo. Es decir, en esta última técnica, el fin último no es encontrar patología genética, sino que se trata de un tema de compatibilidad. Un ejemplo de ello sería que los padres tengan un hijo con alguna enfermedad hematológica y este necesite de otra persona histocompatible para oficiar de donante.

En la práctica, el proceso implica la extracción de una o varias células del embrión en desarrollo para su análisis. El objetivo principal, como se mencionó, es identificar anomalías cromosómicas o genéticas que pudieran encontrarse presentes en los embriones antes de la transferencia, lo que implica seleccionar aquellos que no las posean, de forma tal de que un nuevo embarazo no resulte en aborto espontáneo o en el nacimiento de un niño con una enfermedad genética grave. Su implementación se encontraría destinada a: parejas con historial familiar de dichas enfermedades, aquellas con el antecedente personal de un hijo con una anomalía genética heredada, mujeres de edad avanzada que tienen un mayor riesgo de anomalías cromosómicas en los embriones y parejas que han experimentado abortos recurrentes o fallos en ciclos previos de FIV.

En nuestro país, al no estar incluido en ningún decreto o reglamentación, no se encuentra en el Plan Médico Obligatorio (PMO) de las obras sociales y prepagas, como así tampoco se ofrecen en el ámbito público. A modo de ejemplo, en el caso G. L. M. y otro c/ OSDE del año 2022, la Cámara Federal de Apelaciones de San Martín estableció que, si bien el caso no se trataba de una situación de infertilidad que requiriera un tratamiento de fertilización asistida, dicho tratamiento era indispensable para permitir, a través un análisis genético de los embriones obtenidos, la gestación de un hijo sin la mutación presente, aunque latente, en ambos progenitores<sup>4</sup>.

A pesar de ello, se decidió fallar a favor de la empresa de medicina prepaga debido a que en Argentina no existen regulaciones explícitas respecto al empleo del PGT, y por ende, los costos del estudio genético no deberían ser cubiertos sino abonados de forma particular.

---

<sup>4</sup> Cámara federal de apelaciones de San Martín. 06/07/2022. “G. L. M. y otro c/ OSDE s/ leyes especiales” (Amparo de salud: Empresa de medicina prepaga no debe cubrir un estudio genético preimplantacional). MJ-JU-M-137679-AR|MJJ137679|MJJ137679

Por casos como este, es que en 2023 se elevó a instancia de la Cámara de Diputados de la Nación, el proyecto de ley titulado *“Modificación de la Ley 26.862 de Reproducción médicamente asistida. Prevención de enfermedades genéticas”* (apartado N° 10 en la reseña bibliográfica), cuyo objetivo es poner en tela de juicio el tema, estableciendo como los principales beneficiarios aquellos individuos con antecedentes que sugieran riesgo de transmitir una enfermedad poco frecuente y estableciendo el derecho de acceso al Diagnóstico Genético Preimplantacional correspondiente junto con su cobertura integral.

A pesar de lo comprensible de la situación a partir del PGT debidamente justificado, se podría ascender a un escalafón más de complejidad y debate ético, si se tiene en cuenta que no todas las patologías genéticas son conocidas, y algunas presentan un trasfondo de dificultad si se las quiere sortear. Un ejemplo son las patologías relacionadas con el ADN mitocondrial (provisto durante la embriogénesis, por las células maternas). Estas suelen desarrollarse como enfermedades progresivas y de compromiso multisistémico afectando los músculos, el corazón, los riñones, tracto digestivo y el sistema nervioso central y retina (todos órganos con alta demanda energética), para las cuales no existe cura. Por el momento, es técnicamente imposible (e ilegal), sustituir el ADN nuclear pero sí trabajar sobre el mitocondrial. En el año 2000 en Estados Unidos nació la primera niña con 3 progenitores: recibe ADN materno y paterno, pero el mitocondrial proviene de una tercera mujer (que no poseía las alteraciones detectadas en la madre). Es decir, desde una perspectiva técnica, se logra evitar una enfermedad grave mediante la sustitución, pero ahora la niña posee 3 progenitores biológicos. A raíz del debate generado, en 2001 el país decide dar marcha atrás con este tipo de tratamientos y los prohíbe. No obstante, Gran Bretaña, sanciona en el 2015 una ley que lo permite denominada "Ley de los 3 progenitores"<sup>5</sup> y se alza como el primer país en el mundo que la aprueba; siendo recién a mediados del 2023, cuando el país notifica el nacimiento del primer niño mediante la utilización de esta técnica.

A partir de aquí, y si se lograra superar este escalón, podríamos seguir ascendiendo sobre los efectos de la manipulación genética, y el dilema ético sobre su entorno y sus consecuencias, correría proporcionalmente lineal a ella. Como expresa el autor Yuval Noah Harari en su libro

---

<sup>5</sup> <https://www.theguardian.com/science/2023/may/09/first-uk-baby-with-dna-from-three-people-born-after-new-ivf-procedure>



Homo Deus, “no hay una línea clara que separe curar de mejorar” (2015; p65). Es decir, el paso hacia la edición genética no es tan largo ni tan alto, dado que el avance de la tecnología lo ha permitido. Un ejemplo de ello es la edición genética obtenida a través de la técnica Crip-Cas9 que rastrea una secuencia determinada de ADN y la secciona, lo que permite eliminar un gen determinado. Es tan amplio su poder de utilización como los cuestionamientos que trae aparejado su empleo. La diferencia entre el PGT y la edición propiamente dicha, es que el test simplemente detecta una anomalía, y a partir de allí se seleccionan aquellos embriones que no porten la mutación. Ahora en el otro extremo, el problema radica en el hecho de que cualquier modificación genética realizada en esta etapa temprana sería heredada por toda la descendencia de ese individuo. Esto se debe a que toda alteración genética en estas etapas tempranas afectaría también a las propias células germinales del embrión (ovocitos y espermatozoides), en contraste con los procedimientos realizados en niños o adultos, donde sólo se modifican las células somáticas. Y es que, aunque constituye un avance novedoso para la época, aún se desconocen las consecuencias de la intervención humana en nuestra propia evolución. De allí la pregunta que los detractores de estas como otras innovaciones en el campo de la medicina se hacen: ¿Cuál es el límite?

### **Embriones Excedentes: El Embrión No Implantado**

La producción de embriones excedentes durante los tratamientos de fertilización in vitro es una realidad y parte del procedimiento en sí, pero plantea cuestionamientos de índole bioético sobre su conceptualización moral y legal de estos embriones y su destino final. ¿Es ético destruirlos, utilizarlos en investigación o donarlos a otras parejas?

La definición sobre el estatus jurídico del embrión no implantado se basa principalmente en la interpretación del artículo 19 del Código Civil y Comercial (CCyC), que aborda el inicio de la existencia de la persona. Según el mismo, la existencia de la persona humana comienza en el momento de la concepción, sin distinguir si esta ocurre dentro o fuera del cuerpo materno. Sin embargo, el texto no proporciona un criterio definido para determinar con precisión qué se entiende por concepción, lo que mantiene abierto el debate sobre cuándo se considera que tiene lugar dicho proceso e impacta directamente en los casos de TRHA de alta complejidad donde la fecundación es extracorpórea. A su vez, el artículo 561 contempla la posibilidad de revocar el consentimiento otorgado para las TRHA antes de que se produzca la concepción en la persona

o la implantación del embrión. Es decir que ahora y acorde a este artículo del CCyC, se podría inferir que, la concepción que establece el comienzo de la existencia de la persona se entiende que ocurre dentro del cuerpo gestante. Esto implica una distinción entre embriones implantados y no implantados, y es menester la necesidad de una reglamentación especialmente redactada que aborde a estos últimos. En el 2023, la Cámara de Diputados de la Nación, elevó un proyecto de ley titulado “Protección del embrión no implantado”<sup>6</sup>, donde en su artículo 10, establece los posibles destinos de aquellos embriones criopreservados. Comprende como opciones, su utilización en tratamientos posteriores, donación con fines reproductivos o de investigación, o cesar su criopreservación; siendo que, para cualquiera de estos destinos, se deberá contar con el consentimiento de ambas partes, sin excepción.

En referencia a la destrucción del embrión, y de acuerdo con el último proyecto de ley, la autora Sanders Brulletti en su texto “El estatus del embrión no implantado bajo el análisis de la Corte Suprema de Justicia de la Nación” (2023), hace referencia a que, manteniendo el rumbo de la legislación vigente, el país posee sancionada una ley de aborto no punible (Ley 27.610 Acceso A La Interrupción Voluntaria Del Embarazo) y los juristas a favor de esta ley establecen que el debate acerca de si el embrión es o no considerado persona, junto con la falta de normativa expresa en el CC yC, ya estaría resuelto, de forma que profundizar sobre el tema de destrucción de los embriones no utilizados, sería fútil. Sin embargo, en realidad, en el país no hay una ley específica que regule el cuidado de los embriones excedentes y la legislación sobre el aborto no aborda completamente el tema. No hay una clasificación específica para esta acción, lo que crea un vacío legal. Un ejemplo de lo comentado sería el abordaje en conflictos surgidos por divorcios o separaciones de parejas. En estos casos, el destino de los embriones genera divisiones de criterio, lo que significa que las decisiones judiciales pueden variar según el juzgado que tenga a cargo el caso. En este sentido podemos mencionar el fallo del Juzgado de Familia N° 8 de La Plata del 30 de Septiembre de 2019 que autorizó el cese de la crioconservación de embriones solicitado por una pareja que no quería tener más hijos<sup>7</sup>. Asumiendo un fallo positivo como este,

---

<sup>6</sup> En total, se presentaron tres proyectos de ley sucesivos para tratar el tema: años 2019-- 2021—2023. Se adjunta el link en donde se puede acceder a los proyectos del año 2023: <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2023/PDF2023/TP2023/0566-D-2023.pdf>

<sup>7</sup> Juzgado de Familia N° 8, La Plata, Buenos Aires, 30/09/2019. “C. M. L. y otro/a s. Autorización judicial”. 50908, Rubinzal Online, [www.rubinzalonline.com.ar](http://www.rubinzalonline.com.ar). RC J 11023/19

en donde ambas partes de la pareja estarían de acuerdo en el fin último de los embriones criopreservados y ambos brindarían su consentimiento (recordando que es necesaria la firma de un consentimiento informado específico para cada uno de los tratamientos de fertilización como se mencionó anteriormente, y en esta situación, como se procede a utilizar un embrión proveniente de ambos progenitores, es necesaria la autorización y firma de ambos), el debate se centraría ahora en un supuesto en el que una de las partes no estuviese de acuerdo con su descarte o, que de presentarse una eventualidad, uno de ellos pretenda disponer de ellos y no contara con la autorización del otro. Es por ello la importancia de, como cita el artículo 19 del CC y C,: “La protección del embrión no implantado será objeto de una ley especial”, con la que aún no se cuenta.

Ahora bien, las células madre embrionarias son células no especializadas que tienen la capacidad de autorrenovarse y dar origen a todos los tipos celulares del cuerpo humano. Se originan a partir del blastocisto, una estructura embrionaria que se forma pocos días después de la fecundación y antes de la implantación en el útero. Estas células tienen la capacidad única de producir un número ilimitado de células idénticas, también conocidas como líneas celulares, que pueden ser utilizadas en investigación. En otras partes del mundo, se utilizan líneas celulares existentes en estudios ya realizados, aunque en ciertos casos puede ser necesario recurrir a células madre embrionarias provenientes de blastocistos sobrantes de tratamientos de reproducción asistida (mediante el consentimiento explícito, escrito e informado de los donantes). Las aplicaciones son diversas e incluyen ensayos de toxicidad de medicamentos, estudios sobre el desarrollo y preservación de tejidos, así como investigaciones sobre terapias para diversas enfermedades, como Parkinson, Diabetes, entre otras. Si bien la investigación con estas células ha llevado al desarrollo de técnicas para generar células madre pluripotentes inducidas mediante la reprogramación genética de células especializadas de adultos, la utilización de aquellas provenientes de embriones sigue siendo importante a los fines investigativos. El debate en su manipulación caería en el mismo del párrafo anterior: dilucidar si el embrión no implantado es considerado o no, persona; porque de ello dependería el carácter ético de la acción. En nuestro país, el Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología (CECTE) ha reconocido que, aunque el embrión no implantado no tiene la consideración de persona en términos jurídicos, es necesario otorgarle un valor simbólico o un estatus intermedio. En este sentido, este organismo plantea, a su vez, la necesidad de una normativa a futuro, que regule su posible utilización en protocolos de investigación científica debidamente autorizados, reconociendo lo previamente mencionado por el artículo 19 del CC yC.

## Gestación Subrogada

La gestación subrogada plantea desafíos éticos en términos de la autonomía reproductiva, la dignidad de las mujeres gestantes y el riesgo de explotación. En nuestro país, no se encuentra reglamentada ni legislada, pero indirectamente se menciona en, por ejemplo, el artículo 562 del CCyC, que establece que los individuos concebidos mediante técnicas de reproducción humana asistida son considerados hijos tanto de la mujer que dio a luz como del hombre o la mujer que también otorgaron su consentimiento de manera previa, informada y voluntaria. De esta forma, la gestación subrogada no estaría contemplada como tal, aunque en la realidad, no podríamos negar su existencia. Al no estar formalmente prohibida, quienes eligen esta alternativa en Argentina deben hacer una presentación judicial para pedir autorización. Sin embargo, la sala I de la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires revoca, en Agosto de 2017, el rechazo del amparo dispuesto en primera instancia en materia de gestación por sustitución, haciendo lugar a la medida cautelar. Ordena a su vez, al Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas de la Capital Federal que inscriba a las personas nacidas por TRHA en situación de gestación subrogada o por sustitución, sin emplazar como progenitora a la gestante que expresó previamente no tener voluntad procreacional. Es decir que en el territorio porteño actualmente rige un amparo colectivo que permite la inscripción de un niño a nombre de sus padres (por ejemplo, en el caso de parejas masculinas) con el contrato de gestación frente a un escribano y el consentimiento informado de la Clínica de Reproducción, sin necesidad del fallo judicial, aunque se aclara que deberán ser incorporados los datos de la gestante en el legajo base a fin de respetar el derecho de identidad de los niños. Pero la situación es diferente en otras jurisdicciones del país. Fuera de la Ciudad de Buenos Aires es necesario tener un fallo judicial que permita poder inscribir al niño. Es así que a raíz de esta discrepancia Judicial, se entiende que aquella persona/pareja que decida formar una familia en estos términos de TRHA, podría realizarlo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sin mayores inconvenientes legales aunque las leyes superiores no lo permitan formalmente.

En la actualidad se intentan impulsar proyectos que busquen abordar el tema estableciendo una serie de requisitos en común para llevar adelante la práctica, como la provisión de seguro médico para la persona gestante, el derecho a que quien nace a través de este método pueda acceder a la información legal concerniente a cómo fue gestada y la penalización a terceros que pretendan especular monetariamente con el método de gestación subrogada. A su vez, hacen

hincapié en la exigencia de que las personas solicitantes tengan al menos una cierta cantidad de años de residencia en el país, para evitar el arribo de extranjeros que tengan como fin el proceso de gestación por sustitución. Este último concepto forma parte de lo que se denomina mundialmente como “Turismo Reproductivo”, a través del cual las personas migran provisoriamente a países donde se encuentren legalizados los distintos métodos de reproducción asistida, entre ellos la gestación subrogada, siendo que, Estados Unidos y ciertos países de Europa del este como Ucrania, suelen ser los destinos más accesibles para lograrlo.

Tanto en Argentina como en el mundo, existen dos grandes posturas que analizan el tema. La primera, se centra en la explotación de la mujer y su utilización como objeto de prestación, expresando su preocupación o sobre las posibles repercusiones psicológicas y emocionales a mediano y largo plazo para las mujeres que se someten a estas prácticas. Además, resaltan el contexto de vulnerabilidad en la que podría hallarse la gestante, como por ejemplo un mal pasar socioeconómico, que devenga en la necesidad de recurrir a este medio de forma tal de percibir una remuneración monetaria que alivie su situación. Por otro lado, los contratos de gestación subrogada generan, al menos en un principio, una situación de incertidumbre respecto a la determinación de la maternidad, ya que plantean la existencia de una madre biológica y una madre gestante. En este contexto de contratos, el hijo pasaría a ser considerado, además, como un objeto dentro de la relación jurídica contractual entre la gestante y los padres con la intención de procrear. Así, el hijo (una vida humana), se convertiría en el elemento material de una transacción.

Sin embargo, vivimos en una sociedad pluralista y democrática, en la que existen tantos modelos de familias como familias. Facilitar el acceso a una verdadera diversidad familiar implica permitir la gestación por sustitución. Aquellas posturas a favor de la gestación subrogada expresan que la dignidad de la persona gestante está salvaguardada cuando de manera consciente y libre decide gestar, y esto ha sido cuidado y asegurado legalmente. Además, acorde a la reglamentación vigente en temas relacionados como la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, mencionada ya en párrafos anteriores, la mujer tiene derecho a disponer de su propio cuerpo. Los argumentos basados en la libertad reproductiva se sostienen en la autonomía y la libertad de las decisiones relacionadas con la reproducción. Este enfoque defiende el derecho a la autodeterminación personal, lo que implica afirmar el derecho a la elección reproductiva. Esto garantizaría que el individuo tenga la libertad de decidir si desea procrear o no, cuándo hacerlo, con quién y de qué manera. Dado que la libertad del individuo se

considera una norma, cualquier restricción a esta libertad debería ser vista como una excepción. Además, denegar el acceso a los avances de las técnicas de reproducción asistida, que lograron que esta opción sea posible, podría considerarse como una forma de discriminación que no estaría respaldada ni por la Constitución y la legislación ni por las convenciones internacionales de las que Argentina forma parte.

Siguiendo esta postura, en su intento de rebatir la anterior en el tema debatible del resarcimiento económico, o el valor monetario asociado a la maternidad subrogada que mercantiliza a los seres humanos, si bien es cierto que hay un intercambio de dinero en la mayoría de los casos, ver ese aspecto solamente sin mencionar y ponderar todas las circunstancias es simplificar excesivamente el proceso y la práctica. Es fundamental analizar todas las circunstancias involucradas en el proceso, en lugar de simplificarlo únicamente desde una perspectiva monetaria.

Sin embargo, tanto por los argumentos a favor como en contra, y teniendo en cuenta la situación particular de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es que se denota la necesidad de la

existencia de una normativa no sólo que la contemple y regule, sino que equipare el acceso a ella, dado que, en la actualidad, sólo aquellos que tienen la posibilidad de acceso a la Ciudad son los que podrían recurrir a ella sin necesitar una vía judicial engorrosa, apartando así al resto de la población y creando una situación de desigualdad y desventaja para el resto de la población.

### **Responsabilidad Parental Y Derechos Del Niño:**

La reproducción asistida plantea preguntas sobre la identidad y los derechos del niño nacido de estos tratamientos, especialmente en casos de donación de gametos, es decir, material genético de terceros. Como ya se mencionó previamente, lo que prima en el caso de las TRHA es la voluntad procreacional, y es por ello que el tema se encuentra adecuadamente tratado en el CC y C. El artículo 562 destaca la indiferencia de quien haya aportado los gametos, dejando en segundo lugar el factor biológico/ genético. El 563 estipula que en el expediente base utilizado para el registro de nacimiento y la emisión del certificado correspondiente, debe incluirse la información de que el niño ha nacido mediante TRHA heteróloga. Esto no implica revelar toda la información sobre el donante, la cual se conservará en el centro de salud involucrado, sino que

se trata de proporcionar información que revele el origen genético de la persona (datos genéticos o de salud). Respecto a esto, el artículo 564 establece que la información no identificatoria estará disponible para el individuo interesado en cualquier momento, simplemente acercándose al establecimiento de salud que facilitó el procedimiento médico que condujo a su nacimiento. Sin embargo, para obtener información identificatoria (datos que permiten individualizar al donante), se requiere iniciar un proceso judicial donde se expongan argumentos sólidos para justificar la revelación de la identidad, lo que implica desafiar el anonimato previamente protegido y, por ende, las razones que llevaron a esa persona a donar.

Si bien el tema es abordado de forma clara y concreta, el debate persistente se centra en el acceso a la información identificatoria, que incluye detalles como el nombre, apellido, domicilio y teléfono de la persona que donó material genético que no sólo permitió que esa o esas personas nacieran, sino que también les brindó la posibilidad a sus progenitores de convertirse en madres y padres a través del beneficio de los avances de la ciencia. ¿Qué derecho prima en este caso? ¿El del anonimato del donante o el derecho de cada persona a conocer su identidad? Hubo peticiones, incluso presenciales, en frente al Congreso de La Nación por hijos e hijas nacidos por técnicas de donación de gametos (como por ejemplo la hija del reconocido periodista ya fallecido, Marcelo Zlotogwiazda) quienes solicitaron firmemente la aprobación de una ley o similar que los ampare y les permita conocer la identidad de los donantes sin tener que recurrir a una vía legal, es decir, la eliminación de la práctica de la donación anónima. La respuesta otorgada por el Congreso, sin embargo, estaría centrada en que la identidad sería otorgada a través de los progenitores que brindaron su consentimiento, y además se resalta así, que si se comenzara a vencer la barrera del anonimato sin un fundamento concreto, muy probablemente las cifras de donantes disminuirían actuando en detrimento de los procedimientos, afectando así a las nuevas parejas/personas que dependerían de ellos para cumplir su deseo de formar una familia.

### [Acceso equitativo y justicia reproductiva:](#)

Existe preocupación sobre la equidad en el acceso a los tratamientos de reproducción asistida, especialmente en términos de disparidades socioeconómicas y geográficas. ¿Cómo se pueden garantizar que todos tengan acceso a estos tratamientos de manera justa y equitativa? La cobertura y disponibilidad de los tratamientos de fertilización asistida es un aspecto crucial que afecta la capacidad de las personas para acceder a estos servicios de manera equitativa y justa.

Sin embargo, existen varios obstáculos que pueden dificultar o limitar este acceso. Además, la aplicación de la ley puede variar según la región geográfica, dado que la accesibilidad de centros de tratamiento y profesionales capacitados puede ser limitada, lo que dificulta que las personas accedan a los servicios cerca de sus hogares. Esto puede requerir que los pacientes viajen largas distancias para recibir tratamiento, lo que no solo aumenta los costos, sino que también puede ser inconveniente y estresante.

En la actualidad, y gracias a la Resolución 2190-E/2016, se crea el Programa Nacional De Reproducción Médicamente Asistida (PNRMA), el cual se establece para asegurar en todo el territorio argentino, a todas las personas mayores de edad sin discriminación por género, orientación sexual o estado civil, el acceso a una cobertura completa, gratuita y equitativa de las técnicas y procesos de reproducción humana asistida. También se cuenta con la Resolución 1831-E/2017 a partir de la cual se crea la Red De Establecimientos Públicos De Reproducción Médicamente Asistida cuyo objetivo fue conformar una red inicialmente compuesta por un centro público bajo la jurisdicción provincial, designado por las autoridades de esa provincia, para abordar las necesidades de tratamientos de baja complejidad de su población, y en principio a su vez, por otra institución pública situada en la provincias de Córdoba, Tucumán y Ciudad Autónoma de Buenos Aires para abordar la demanda de tratamientos de alta complejidad de manera regionalizada. El objetivo fue que a partir de allí se garantizara la atención de la población en el sector público, y se pudieran derivar a quienes requerían un manejo más especializado, hasta posteriormente lograr extender la red y sus prestaciones intentando abarcar todas las provincias.

Actualmente y acorde al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA)<sup>8</sup> el país cuenta con 145 establecimientos disponibles, de los cuales 97 (67%) son privados y 48 (33%), son instituciones públicas. De estas últimas, 13 se encuentran distribuidos entre la provincia de Buenos Aires y la Ciudad; es decir que poco más de 1/4 de los organismos públicos (específicamente el 27,1%) capacitados para llevar a cabo estos tratamientos, se hallan distribuidos sólo en una provincia, existiendo otras que no cuentan con accesibilidad, ni siquiera en sector privado, como por ejemplo Salta y Jujuy. Ello demuestra las dificultades

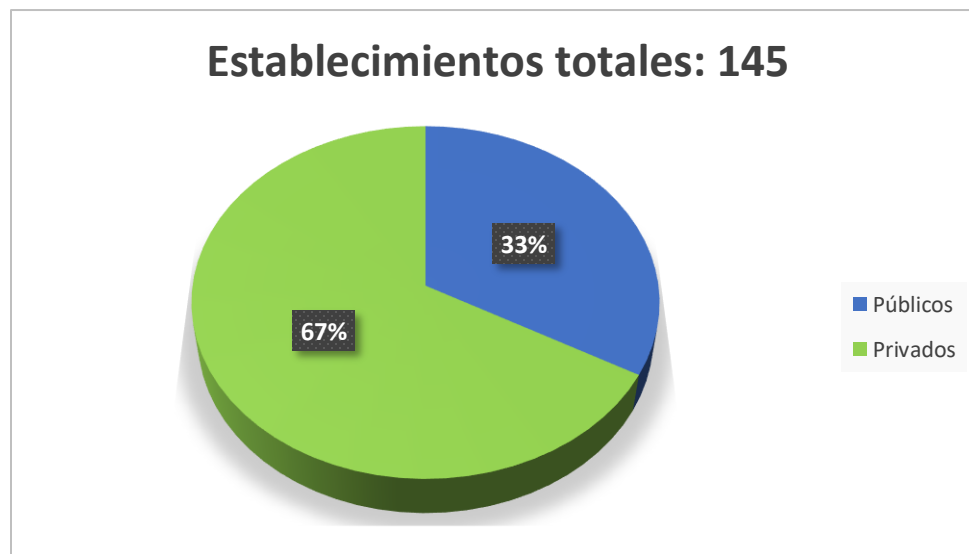
---

<sup>8</sup> Información extraída del Registro Federal de Establecimientos Publicados, al 18/2/24

<https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>



socioeconómicas que afronta Argentina, lo que imposibilita desarrollar completamente lo propuesto tanto por la ley como sus resoluciones complementarias posteriores.



### **12-Ejemplos de Casos Emblemáticos del País y Precedentes Legales**

Algunos casos especiales y no convencionales relacionados con la fertilización asistida en Argentina incluyen:

\*\*Gestación subrogada: el primer caso judicializado. Año 2011 \*\*: Mujer de 38 años (antecedente de histerectomía, pero con perfil hormonal normal al conservar ambos ovarios), hombre 39 años sin antecedentes de relevancia, recurren a gestación subrogada de una mujer de 39 años (con un fuerte vínculo de amistad con la protagonista, y antecedente de gestación propia). Se generaron cuatro embriones mediante fertilización in vitro (todos con material genético de los progenitores), de los cuales tres prosperaron y fueron transferidos a la mujer subrogante, resultando en un embarazo único que culminó con el nacimiento de una niña sana. Después del nacimiento de la niña, los padres biológicos emprendieron una acción legal para solicitar la inscripción del nacimiento a su nombre. Aunque la inscripción en el Registro Civil aún no se había completado, se presentó como evidencia el acta emitida por el hospital. Además, se proporcionó documentación obtenida antes del tratamiento, como informes psicológicos de los padres

biológicos y de la mujer gestante, así como informes médicos del proceso de fertilización in vitro y transferencia de embriones. También se incluyó un análisis de ADN para demostrar la relación biológica entre los padres y la niña nacida. El juez finalmente concedió esta solicitud tras evaluar las pruebas y testimonios presentados, considerando los precedentes en la jurisprudencia internacional y observando el artículo 19 de la Constitución Nacional que afirma que: "Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe." Sumado a lo referido a la Constitución Nacional, se incluyeron en el fundamento jurídico y jurisprudencial, lo referido a la Convención de los Derechos del Niño (1989) en su artículo 3°, artículo 7° inciso primero, artículo 8°, incisos 1 y 2, referidos a los derechos del niño a su identidad y la obligación de los Estados Partes a prestar la asistencia y protección apropiadas para restablecer rápidamente su identidad. También en el Pacto de San José de Costa Rica (1969), artículo 17°, inciso 1° y 5°, y artículo 19 donde se señala que "la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado", que "la ley debe reconocer iguales derechos tanto a los hijos nacidos fuera de matrimonio como a los nacidos dentro del mismo", y que "todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado", respectivamente. De acuerdo con el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional argentina, estos tratados internacionales poseen una supremacía jerárquica superior a la de las leyes nacionales.

\*\*Fertilización Postmortem\*\*: El primer supuesto en Argentina data del año 1999. En esta ocasión, una mujer española que enviudó durante su estadía con su esposo en el país, solicitó la extracción de semen del cadáver de su marido con el fin de utilizar el material genético en un tratamiento de reproducción asistida en su país de origen. El consulado español intervino en el caso y se obtuvo autorización judicial, ya que en ese momento no existía una normativa que prohibiera esta práctica. En 2011 en Buenos Aires, el primer caso data de una mujer que se encontraba en la situación de querer continuar un tratamiento de fertilización que había comenzado con su esposo, quien presentaba una enfermedad oncológica. Al momento del diagnóstico, la pareja accede a la criopreservación del espermatozoides del esposo para utilizarlo en un futuro tratamiento. Sin embargo, el paciente fallece y el centro de fertilidad se niega a continuar con el procedimiento (como se mencionó anteriormente, la utilización de gametos para estos métodos debe contar con la firma del consentimiento informado por ambos progenitores cada vez que se procede a su utilización). El tribunal finalmente resuelve a favor de la mujer, permitiendo

la utilización del espermatozoide criopreservado<sup>9</sup> Los fundamentos de la decisión se basaron en la aplicación del principio de legalidad y reserva, según el artículo 19 de la Constitución Nacional, ya que no existía una norma explícita que prohibiera la fertilización post mortem. También se consideraron el derecho a la salud reproductiva, el derecho a la protección familiar y a la autodeterminación del plan de vida de la mujer, quien deseaba continuar con el proyecto familiar iniciado en vida de ambos cónyuges. Además, se tomó en cuenta el consentimiento explícito previo del esposo para la criopreservación de su espermatozoide con el fin de realizar el tratamiento de reproducción asistida (su voluntad en vida).

\*\*Triple filiación\*\*: En el año 2015, un niño nacido en la provincia de Buenos Aires se convirtió en el primero tanto en Argentina como en toda Latinoamérica en ser registrado con el reconocimiento de una "triple filiación". Los protagonistas del caso fueron dos mujeres que recurrieron a la donación de gametos de un tercero, quien mantenía un vínculo cercano con ambas. En la partida de nacimiento, originalmente debieron figurar los apellidos de las madres, pero se logró añadir al de ahora, padre, quien brindó su consentimiento al querer formar parte de la crianza del niño, adquiriendo así deberes y derechos sobre él. Su firma fue autorizada por el Registro Provincial de las Personas e impulsada por la Mesa Nacional por la Igualdad.

Lo que resalta este caso es que no fue necesaria su judicialización, aún cuando, por ejemplo, el artículo 558 del CCy C expresa lo contrario estableciendo que no podrían existir más de dos vínculos filiales, y pone en materia de discusión que el concepto de "familia" se torna dinámico, amparándose también en la Ley 26.618 de 2010 de "matrimonio igualitario" y la 26.743 de "identidad de género", y estableciendo la amplia gama de su constitución, lejos del esquema madre-padre-hijo establecido.

---

<sup>9</sup> Tribunal de Familia de Morón Nro. 3, 21/11/2011, "G.,A.P. s/ autorización". AP/JUR/289/2011

### ❖ Datos estadísticos en Argentina.

Acorde a los datos aportados por el Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA) obtenidos a través de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva<sup>10</sup>, entre 2019 y 2020 se hizo un relevamiento con las reseñas provistas por algunos centros de fertilidad del país, siendo 48 en 2019 y 40 en 2020. Lamentablemente, y como no es de carácter obligatorio informar estadísticas propias de todos los centros, los datos a los que se logró acceder y expuestos a continuación, son en su totalidad, provenientes de instituciones privadas.

Es así que, considerando que de los tratamientos de alta complejidad realizados (FIV/ICSI) pueden ser destinados a transferencias embrionarias, criopreservación o cancelarse por alguna falla, los resultados obtenidos fueron:

\*En el año 2019, se realizaron 12.777 tratamientos de alta complejidad, lográndose la transferencia embrionaria en un 58,2%, con un resultado de embarazos positivos (diagnosticado por análisis de laboratorio y ecografía) de un 22%, y un 16.25% de nacidos vivos. En 2020, la cantidad de tratamientos reportados fueron 7.949 aunque con un porcentaje similar de transferencias (50,4%), como de embarazos positivos (21,28%) y nacidos vivos (15,5%).

\*En 2021 (últimos datos publicados a través de este registro) 45 fueron los centros que aportaron datos, y la cantidad de tratamientos FIV/ICSI contabilizados, 11.879. Se obtuvieron resultados similares a los años anteriores, con un porcentaje de transferencias del 49%, tasa de embarazo del 21.98% y 15,85%, nacidos vivos (921 de 5809 transferencias realizadas). (ver tabla 1)

Es decir, consecutivamente, los porcentajes son equivalentes, aún considerando los eventos mundiales ocurridos entre 2020/2021 (Pandemia derivada por la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 o COVID-19), siendo que sólo hubo una disminución en el número total de los tratamiento realizados, con igual tasa de éxitos.

\*Para los fines de la realización de este trabajo, se contó con el acceso a las últimas estadísticas obtenidas de uno de los centros de fertilidad que colabora con la SAMeR, quien recolectó la información anteriormente mencionada. Según el centro privado Fecunditas, ubicado en la

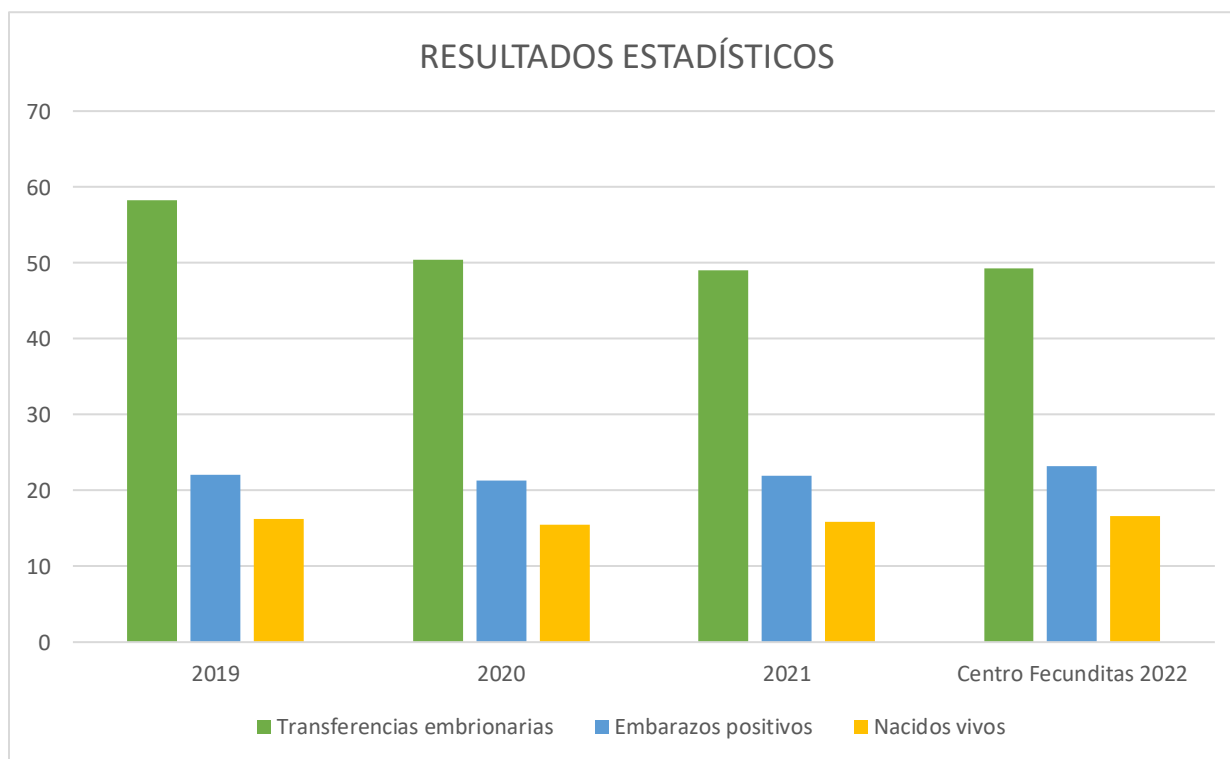
---

<sup>10</sup> <https://www.samer.org.ar/rafa.asp>

Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el barrio de Balvanera, la cantidad de procedimientos FIV/ICSI realizados en el año 2022 fueron 207. De ellos, se lograron transferir 102 embriones, con 24 gestaciones y 17 niños nacidos vivos. A su vez, 55 de los 207 mencionados, se destinaron a criopreservación y 35 fueron la cantidad de procedimientos de ovodonación realizados.

Tabla 1

	Transferencias embrionarias (%)	Embarazos positivos (%)	Nacidos vivos (%)
<b>2019</b>	58,2	22	16,25
<b>2020</b>	50,4	21,3	15,5
<b>2021</b>	49	21,98	15,85
<b>Centro Fecunditas 2022</b>	49,27	23,2	16,6



Como se observa en la tabla y gráfico anteriores, los porcentajes obtenidos a lo largo de los últimos años son semejantes entre sí, y aquellos datos aportados por el centro Fecunditas en 2022, parecerían mantener la misma proporción en comparación con el resto de los centros en años anteriores.

Respecto a la ovodonación, retomando las estadísticas de la SAMeR, se contabilizaron 4.060 ovocitos donados en 2019 y 2.458 en 2020, con menor porcentaje de transferencias en 2020 (72% vs 58%), aunque con similares tasas de embarazos (36,41% vs 35,88%). En 2021, 1.605 fueron los contabilizados y de ellos, un 25% fueron destinados a congelación, manteniendo así un resultado similar a 2019.

Un punto que resalta estas estadísticas es el aumento progresivo del porcentaje de embriones criopreservados a lo largos de los años, destacando que en 2021 dicho porcentaje ascendió al 30% (recordando que las transferencias realizadas ese año fueron de un 48%), cuando 10 años antes (2011) era de poco más de 3%. Es decir, la realización de este procedimiento aumentó en un 1000%. Esta diferencia estaría relacionada con los avances tecnológicos y culturales que llevan a que las pacientes elijan la maternidad a edades más avanzadas, siendo este último, a su vez, la principal causa de realización de estudios genéticos, acorde a las datos recopilados.

## ❖ Conclusión.

La fertilización asistida no es más que una consecuencia de los avances tecnológicos y de la medicina que se vienen sucediendo a gran escala desde finales del siglo pasado. Lo que se torna novedoso en nuestro país, es la legislación en torno a estos procedimientos que busca llevarlos al alcance de toda la población. Plantea como objetivo que todos los ciudadanos puedan beneficiarse de estas técnicas por igual, sin distinción ni discriminación, las cuales han permitido que personas solteras y parejas gocen de la libertad y la posibilidad de formar una familia cuando por distintos motivos, ya sea por el amplio abanico de patologías que se encuentran englobadas en el concepto de infertilidad, como también por distintos contextos sociales, como ser parejas del mismo sexo o incluso aquellos que desean posponer la planificación familiar más allá de la ventana natural del organismo, no lo habían logrado hasta ese momento.

Sin embargo, al igual de lo que sucede en el resto del mundo cuando se trata de desarrollo de nuevas técnicas que se vuelcan a la medicina, distintos grupos sociales y comités científicos realizan los cuestionamientos éticos correspondientes, especialmente cuando la vida de un ser es el fin último de la discusión. Y en este caso, este ser representa el embrión originado a través de las técnicas de fertilización. Sea en su paso previo (la utilización de gametos) como en su estado ya materializado, existen ciertos aspectos sobre su manipulación en los que no hay consenso, aún en el ámbito internacional. Argentina por lo pronto, intenta dar respuesta a estas disyuntivas a través de decretos y otras fuentes del derecho, que van complementando a la ley, aunque no logra aún una postura definida sobre ciertos temas como la gestación subrogada y los embriones excedentes. Y a su vez, la incertidumbre generada por la falta de directrices en estos temas, conducen a las vías judiciales alternativas y a sus cuestionamientos, dado que se plantean necesidades éticamente justificadas por ciertos grupos, como sería aquellos que solicitan la aprobación del PGT con fundamento en una patología grave, y los que manifiestan que sería una puerta a la investigación y manipulación genética.

Por otra parte, la implementación de la ley dio lugar al establecimiento de una red de instituciones especializadas, y gracias a los datos aportados por algunas de ellas, se puede apreciar que las estadísticas tanto de tratamientos como de resultados, se mantienen constantes a lo largo de los últimos años, como así también la tasa de éxito de los mismos;

haciendo una distinción sobre la criopreservación, técnica en auge que resultó atractiva para la población permitiendo la posibilidad de conservar embriones para uso futuro.

Como conclusión en sí misma, consideramos que, como país, dar la posibilidad de beneficiar a toda la población con estos procedimientos y regularlos implica un avance social y político en la región, sin embargo, adherimos como sociedad a los cuestionamientos que devienen de los debates generados, como por ejemplo el PGT y las posibles consecuencias de este. La línea entre lo moral y éticamente aceptado y rechazado es delgada, dado que, si bien lograría detectar patologías genéticas graves, también existen otras como el Síndrome de Down (trisomía 21), trastorno cromosómico con buena expectativa de vida, y se podría proceder al descarte de estos embriones. ¿No es acaso ello, discriminación? ¿Y la posibilidad de crear un ser humano con el fin último de ser utilizado como donante para otro familiar?

Como también sabemos, el acceso equitativo a los recursos no sólo se ve afectado por la disposición geográfica de las instituciones, sino que además existen fallos provinciales o jurisdiccionales que influyen en la facilitación de opciones de tratamientos, como es la gestación subrogada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, debido a la población que no tiene capacidad de acceso a la Ciudad, se vería excluida de esta posibilidad.

Como se puede observar, las dificultades y las controversias continúan y la problemática y discusión en términos de la bioética, se profundiza lejos de resolverse; y si se tiene en cuenta que el flujo de pacientes que se benefician con estas técnicas continúa, la relevancia del debate de la actualidad mantendrá su vigencia y requerirá a su vez, una pronta revisión.



## ❖ Metodología.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis completo de los aspectos médico-legales de la Ley de Reproducción Medicamente Asistida. Se busca proporcionar una comprensión integral de cómo la legislación y fuentes complementarias afectan tanto a la práctica médica como a la sociedad, resaltando su relevancia en el ámbito de la salud pública y la ética médica. A través de un examen detallado de la legislación y su implementación, se pretende identificar los avances logrados junto con los aspectos controversiales en el marco legal de la fertilización asistida. La metodología empleada fue de corte transversal y descriptiva, sin intervención experimental. Un estudio transversal se define como un tipo de investigación observacional en el que se examinan datos y se describen variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra analizando su incidencia en un momento específico. La investigación no experimental es aquella que carece de variable independiente, observa los fenómenos tal como se presentan en un entorno natural para su análisis posterior. Se realizó a su vez, una revisión bibliográfica del tema analizando publicaciones, artículos científicos y demás material académico con el fin de realizar una investigación documental. Se utilizó un enfoque mixto, tanto cuantitativo como cualitativo. Los datos recopilados consisten en mediciones exactas en algunos casos, mientras que en otros la información es no estructurada o cualitativa analizada desde diferentes perspectivas.

## ❖ Referencias bibliográficas.

1-GIMÉNEZ, J.R. (2017). *Infertilidad y Reproducción Asistida*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

2-SAMeR (2015). *Problemática actual de la Fertilidad en la República Argentina. Calidad y Buenas Prácticas en Medicina Reproductiva*.

[https://www.samer.org.ar/pdf/problematika\\_aktual\\_fertilidad.pdf](https://www.samer.org.ar/pdf/problematika_aktual_fertilidad.pdf)

3-HERRERA, M., SALITURI AMEZUCA M. (2016). *Técnicas de reproducción humana asistida y responsabilidad civil*. RCyS2016-VII, 5. TR LALEY AR/DOC/1607/2016

4-HERRERA, M., LAMM, E. (2015) “*Técnicas de Reproducción Humana Asistida*” Capítulo VIII en Autores varios, “*Bioética en el Código Civil y Comercial de la Nación*”. Thomson- Reuters- La Ley, Buenos Aires, 295-453.

5-HERRERA, M. (2016). *Técnicas de reproducción humana asistida: conceptualización general*. Buenos Aires. <https://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/112>

6-BLADILO A., DE LA TORRE N., HERRERA M. (2017). *Las técnicas de reproducción humana asistida desde los Derechos Humanos como perspectiva de análisis obligada*. Editorial: Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla. Departamento de Investigaciones. Revista: Revista IUS.ISSN: 1870-2147

7-NASCENTIS. (2014). *Historia de la Fertilización Asistida*. Córdoba, Argentina.

[https://www.nascentis.com/uploads/File/Historia\\_fertilidad\\_asistida.pdf](https://www.nascentis.com/uploads/File/Historia_fertilidad_asistida.pdf)

8-SAMeR (2015). *Normas Para La Acreditación De Centros De Reproducción Asistida*. Versión 12, aprobada por CD el 20/8/2015. Vigencia: 1/1/2016.

[https://www.samer.org.ar/pdf/normas\\_ctros/normas\\_2015.pdf](https://www.samer.org.ar/pdf/normas_ctros/normas_2015.pdf)

9-BASSET, U. (2015). *El consentimiento informado y la filiación por procreación asistida en el Código Civil y Comercial*. LA LEY S.A.E. e I. Id SAIJ: DACF160480.

10-URQUIZA, M.F.; CARRETERO, I.; QUAINI, M.; INCIARTE, F.; PASQUALINI, R.A.; PASQUALINI, R.F.; (2014). *Subrogación uterina. Aspectos médicos y jurídicos del primer caso*

*con sustento legal en la Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Scielo Medicina (B.Aires) vol.74 no.3.74:233-238.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802014000300015](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802014000300015)

11-DI GIACOMO, L., Diputado de la Nación. (2023). *Modificación de la Ley 26.862 de Reproducción médicamente asistida. Prevención de enfermedades genéticas*. Proyecto de Ley. <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2023/PDF2023/TP2023/3465-D-2023.pdf>

12- RAMOS-VERGARA, P.; PORTE-BARREAU, I.; SANTOS-ALCÁNTARA, M. (2018). *Aportes Éticos Y Jurídicos Para La Discusión Sobre El Diagnóstico Genético Preimplantacional*. Chile. RevistaScielo.pers.bioét. vol.22 no.1. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.8>

13- THEAS, M.S. (2011). *La Bioética y el destino de los de embriones congelados*. Buenos Aires. Repositorio Institucional CONICET Digital Nro. 18411 [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/15322/CONICET\\_Digital\\_Nro.18411\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/15322/CONICET_Digital_Nro.18411_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

14-CECTE (Comité Nacional de ética en la Ciencia y la Tecnología). (2014). *Ética de la investigación científica y tecnológica y Derecho: El comienzo de la persona y el tratamiento del embrión no implantado*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/etica-de-la-investigacion-cientifica-tecnologica-y-derecho-el-comienzo-de-la-persona-y-el-tratamiento-del-embrión-no-implantado.pdf>

15- BRAWER, M., Diputada de la Nación. (2023). *Protección del embrión no implantado*. Proyecto de Ley. <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2023/PDF2023/TP2023/0566-D-2023.pdf>

16- SANDERS BRULETTI, M. (2023). *El estatus del embrión no implantado bajo el análisis de la CSJN*. Colección: Doctrina. Cita: MJ-DOC-17026-AR||MJD17026. <https://aldiaargentina.microjuris.com/2023/03/31/doctrina-el-estatus-del-embrión-no-implantado-bajo-el-analisis-de-la-csjn/>

17- PEREZ CHAVEZ, G.J. (2019). *Un proyecto de ley con mirada constitucional-convencional: Protección jurídica del embrión no implantado*. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni Editores.

18- LAMM, E. (2013). *Gestación Por Sustitución*. Barcelona. © Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.

19- HERRERA, M.; CARRANZA CASARES, C. (2002). *La fecundación "post-mortem" y su incidencia en el derecho de filiación*. AbeledoPerrot, RDF 2002-21-23.

20- SALITURI AMEZCUA, M. (2017). *Jurisprudencia argentina en materia de fertilización post mortem*. Buenos Aires. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). <https://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/119>

21- CRISTINA, M. (2022). *Reflexiones sobre el primer caso de triple filiación desde el nacimiento en Argentina. Por qué es importante establecer diferencias con la adopción y la subrogación del embarazo*. Barcelona. Revista de Bioética y Derecho. 56: 93-105 - DOI 10.1344/rbd2022.56.40690.

\*Legislación consultada:

- *Constitución Nacional* (Reforma 1994).

- Ley 26.862. *Reproducción Medicamente Asistida. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida* (2013).

- Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (CC y C) - Artículos 558 al 570 (Ley 26.994 sancionado en 2014). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>

- Ley 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. (2009).

-Ley 26.743. *Identidad de Género*. (2012).

-Ley 27.610. *Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. (2020).