

**EL ROL DE LAS POLITICAS PUBLICAS Y LOS
PRESTADORES DEL SERVICIO DE SALUD EN
LA INTEGRALIDAD DE LAS TECNICAS DE
REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA.**

*Un análisis de las dinámicas existentes respecto del acceso de los
ciudadanos de la provincia de Entre Ríos a los tratamientos de
fertilización humana asistida (2014 - 2020).*

MAESTRANDA: VICTORIA INES AIZICOVICH

DIRECTOR: DR. JULIAN MANEIRO

Santa Fe, 2021.

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES
MAESTRIA EN TEORIA CONSTITUCIONAL Y DERECHOS
HUMANOS. SECRETARIA DE POSGRADO

**EL ROL DE LAS POLITICAS PUBLICAS Y LOS
PRESTADORES DEL SERVICIO DE SALUD EN LA
INTEGRALIDAD DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION
HUMANA ASISTIDA.**

*Un análisis de las dinámicas existentes respecto del acceso de los ciudadanos de la provincia
de Entre Ríos a los tratamientos de fertilización humana asistida (2014 - 2020).*

MAESTRANDA: VICTORIA INES AIZICOVICH

DIRECTOR: DR. JULIAN MANEIRO

*Ciertas exigencias nacen solo cuando nacen ciertas necesidades.
Nuevas necesidades nacen en relación al cambio de las condiciones sociales,
y cuando el desarrollo técnico permite satisfacerlas.
NORBERTO BOBBIO, El tiempo de los derechos. p.19*

Santa Fe, 2021.

INDICE:

EL ROL DE LAS POLITICAS PUBLICAS Y LOS PRESTADORES DEL SERVICIO DE SALUD EN LA INTEGRALIDAD DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA: *Un análisis de las dinámicas existentes respecto del acceso de los ciudadanos de la provincia de Entre Ríos a los tratamientos de fertilización humana asistida (2014 - 2020).*

AGRADECIMIENTOS (Pág. 4)

INTRODUCCION – CONSTRUCCION DEL OBJETO. RELEVANCIA (Pág. 5)

OBJETIVOS: (Pág. 12) O. GENERAL y O. ESPECIFICOS

CONTEXTO DEL TEMA DE INVESTIGACION (Pág. 13)

EL ESTADO DE LA CUESTION Y CONTEXTO CONCEPTUAL (Pág. 30)

METODOLOGIA (Pág. 37)

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA (Pag.39)

CAPITULO I: (Pág. 42)

1) DINÁMICAS ORGANIZACIONALES Y BUROCRÁTICAS RESPECTO DEL ACCESO IGUALITARIO A LOS TRATAMIENTOS QUE ENFRENTAN LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS.

a.- Funcionamiento de las entidades que prestan el tratamiento de TRHA (Pág. 42)

b.- Funcionamiento de obras sociales y medicina prepaga (Instituciones del Sistema Nacional de Seguro de Salud) (Pág. 46)

c- Políticas públicas implementadas para satisfacer los alcances de la normativa. (Pág. 49)

CAPITULO II: (Pág. 56)

2) DINÁMICAS DE LAS DISCUSIONES POLÍTICAS Y SOCIALES EN TORNO A LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA Y AL ACCESO IGUALITARIO A LOS TRATAMIENTOS.

a.- Posicionamiento ideológico y político de los actores involucrados.

I.- Dinámicas de las discusiones políticas. (Pág. 56)

II.- Dinámicas de las discusiones jurídicas. (Pág. 62)

III.- Dinámicas de las discusiones Sociales. (Pág. 73)

b.- Reseña. (Pág. 77)

CAPITULO III: (Pág. 78)

3) REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN PARA EL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS

a) Igualdad e integralidad en el acceso a las TRHA.

I.- Beneficiarios (Pág. 79)

II.- Titulares de Centros Médicos de Fertilización. (Pág. 84)

III.- Estado Provincial. (Pág. 88)

IV.- Organizaciones Sociales. (Pág. 90)

CAPITULO IV:

4) CONCLUSIONES (Pág. 94)

I. Dinámicas organizacionales y burocráticas (Pág 95).

II. Dinámicas de las discusiones políticas, sociales y jurídicas (Pág. 99)

III. Representaciones sociales de los individuos involucrados (Pág. 103)

IV. Cronología acceso integral TRHA 2014 al 2020 (Pág. 109)

V. Nuevos desafíos (Pág. 110)

CAPITULO V:

5) RECOPIACION DE DATOS.

a) Entrevistas. (Pág. 114)

I. Entrevistas a especialistas médicos en fertilidad (directoras de Centros Médicos Privados y galenos del sistema público de salud) (Pág. 114)

II. Entrevistas a funcionarios del ámbito de salud (Pág. 129)

III. Entrevistas a organizaciones sociales (Pág.134)

IV. Entrevistas a obras sociales y empresas de medicina prepaga (Pág. 143)

V. Entrevistas a beneficiarios de TRHA (Pág. 148)

BIBLIOGRAFIA (Pág. 156)

AGRADECIMIENTOS:

La Universidad me ha dado oportunidades, me abrió al mundo del conocimiento y la investigación, me hizo comprender que el cuestionamiento es válido, nos nutre y nos forma como personas y ciudadanos.

Luego de atravesar una capacitación -sea cual fuera-, nada es igual, porque interpelamos al mundo con el fin de encontrar interrogantes y respuestas por doquier, nos convertimos en constantes e incansables buscadores de verdades relativas, de realidades aparentes que no nos convencen y de situaciones que merecen una exploración desde una mirada crítica y, siempre, constructiva.

El camino no ha sido fácil, incluso largo y tendido, con vaivenes propios de la maravillosa confusión que genera encarar todo proceso de investigación, máxime cuando se presenta distinto a todo lo que estamos acostumbrados a hacer, y he aquí lo valioso: aprender y aprehender nuevas perspectivas y herramientas propias de la ciencia de la investigación.

Es por ello que, el primer agradecimiento es a la Universidad, a la casa de estudios, que desde aquel primer día me acogió en sus brazos y me hizo entender que el mundo no está hecho a medida, sino que debemos forjar nuestro destino, pero con un norte claro y valores incólumes. Me enseñó que la duda constante del entendimiento es el mejor atributo para acercarnos al buen saber, y abre a un infinito mundo de posibilidades; y que el método sirve, ordena, aclara y siempre será nuestro eterno aliado.

Ciertamente, quiero agradecer a mi familia que siempre apoyo mis ansias por seguir estudiando, quizá en un mundo en el que el conocimiento esta infra valorado y todo debe ser aquí y ahora. Pues varios años después el resultado está a la vista y el tiempo, con sus necesarias pausas, ha demostrado cuán valioso es para avanzar en el sendero correcto.

Debo decir que lamento, y solo por eso me arrepiento de no haber llegado antes, que mi padre no pudiera leerme, quedó en el camino allá por el 2020, y por esto dedico mi humilde saber a él, que siempre confió en mí y alentó el estudio como herramienta fundamental para abrirse paso en la vida. Sin dudas, estaría orgulloso.

Solo resta agradecer a quienes colaboraron para lograr este resultado: al Dr. Julián Maneiro -Director de Tesis- por acompañarme en este camino de re - descubrir el saber, a la Dra. Mariana Degani por tolerar mi pedido de información constante y sonante y por colaborar

firmemente con el acceso a las TRHA en la provincia, a las Dras. Graciela Degani y Mercedes Cabrera por su disposición y aporte imprescindible a la ciencia médica, a la Dra. Virginia Leon por apuntalarme sobre cómo funciona el sistema, a la Sra. María Elena Cabral, Presidenta de la Asociación Civil “Abrazo x Dar Vida” por su labor social con aquellas familias tan necesitadas, a mi amiga entrañable Antonella Lugon por la grandiosa imagen que dice más de lo que ves, a mi madre por amar todo lo que hago solo porque es mío, a mi marido Rodrigo por tolerar mis noches de desvelo y frustración, a mis amigos, profesores, colegas, eternas gracias.

INTRODUCCIÓN - CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO - RELEVANCIA:

Al iniciar este proyecto de tesis se me generaron varios interrogantes, pero uno de ellos es ¿Qué entendemos por derecho a la salud? ¿Es el derecho a estar sanos, a que otros no nos dañen, a que el Estado nos provea de un ambiente social y con calidad de vida? La respuesta, a mi entender, es sí al cúmulo de interrogantes y a muchos más. La salud no es un derecho que se acote, que pueda limitarse a un entender concreto, ya que es calidad de vida y ello va de la mano del libre acceso a los tratamientos de las enfermedades, medicamentos, y a un ambiente sano y equilibrado. Todo ello, ni más ni menos, es salud, por cuanto es vivir psíquica y físicamente en plenitud. En efecto, el concepto de salud que los Estados deben garantizar a sus habitantes debe ser entendido en sentido progresivo, por tratarse de un derecho humano.

Con mayor claridad lo ha definido la Organización Mundial de la Salud en el Preámbulo de su Constitución: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1948). El derecho a la salud, así entendido, se encuentra directamente ligado al derecho a la paternidad, a concebir y a llevar un embarazo sano, tanto así que el derecho a la salud reproductiva -conceptualizada en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo en 1994 - se entendió como un *“estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”*. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; el derecho a recibir servicios adecuados de

atención de la salud que permiten los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.¹

Ahora bien, las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (en adelante TRHA), nacidas como alternativa médico terapéutica frente a la infertilidad de parejas heterosexuales que no podían acceder a la maternidad/paternidad por las vías “naturales” o “tradicionales”, reflejan una solución desde la biotecnología a la problemática de la infertilidad y alcanzan hoy usos impensados -producto de los cambios sociales y culturales en torno a los modos de entender y configurar familias y proyectos parentales- con independencia de la orientación sexual, como vía de acceso a formar una familia.

Ello así, el presente estudio buscó indagar cuáles son las dinámicas locales existentes, ellas entendidas como barreras y puentes, respecto al efectivo acceso de los ciudadanos entrerrianos a hacer uso de los beneficios de la normativa que recepta las TRHA de manera integral, entendiendo que se plantean nuevos interrogantes que interpelan al sistema jurídico y reclaman reglamentación que legitime y organice el esquema de aplicación y, en consecuencia, las torne realizables en la realidad fáctica, generando un deber/carga/obligación en el Estado de facilitar el acceso a los nuevos mecanismos biotecnológicos y científicos, máxime cuando los mismos se encuentran intrínsecamente relacionadas con la salud humana reproductiva.

Sin embargo, no debemos obviar que estos temas tan peculiares no son de una efectividad plena de causa-efecto, puesto que existe una infinidad de intereses en pugna que dificultan el goce pleno de los derechos, tales como barreras ideológicas, económicas, culturales y políticas. En mi opinión la salud sexual y reproductiva se encuentra fuera del alcance de una gran cantidad de personas de todo el mundo a causa, principalmente, de prácticas sociales discriminatorias que restringen la libertad de adoptar decisiones relativas a la reproducción y a la constitución familiar y, en nuestro país, adicionando la ausencia de efectiva implementación de políticas públicas de salud solventadas con firme presupuesto, desarrollo de nueva institucionalidad y capacitación de recurso humano idóneo.

El 2 de mayo de 2016, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 22 dedicada al Derecho a la Salud Sexual y

¹Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 Naciones Unidas · Nueva York, 1995.
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>.

Reproductiva, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Comité advirtió que, debido a las numerosas barreras legales, de procedimiento y prácticas sociales, el acceso pleno al derecho a la salud sexual y reproductiva, tales como instalaciones, servicios, bienes e información son seriamente restringidos, añadiendo que el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva sigue siendo un objetivo lejano para millones de personas, especialmente para las mujeres y las niñas, en todo el mundo. Destacó, asimismo, que hay individuos y grupos de la población que experimentan múltiples formas de discriminación que exacerban la exclusión en la legislación y en la práctica (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales y personas con discapacidad). En este contexto, el Comité subrayó que la atención integral de la salud sexual y reproductiva contiene cuatro elementos esenciales interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.²

Así, la problemática que presentan hombres y mujeres para concebir ha ido incrementando notablemente, ello debido a diversos factores sociales, económicos y medioambientales. La infertilidad es uno de los mayores padecimientos del Siglo XXI. En efecto, en el año 2013 la OMS estimó que en el mundo había más de 50 millones de parejas con problemas de fertilidad, siendo que en el año 2009 la OMS y el Comité Internacional de Evaluación de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) reconocieron a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Por su parte, en Argentina, aunque no hay estadísticas oficiales de infertilidad, se podría estimar que alrededor de 911.100 mujeres podrían presentar problemas de fertilidad.³

De la mano de ello han surgido numerosos avances biotecnológicos que, hoy en día, permiten la concepción a través de mecanismos de baja, mediana y alta complejidad. Actualmente son posibles técnicas de Reproducción Humana Asistida como lo son: fertilización

² Observación General núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Consejo Económico y Social Distr. General. 2 de mayo de 2016. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Naciones Unidas.: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

³ INFORME DE LA OMS. La infertilidad sigue alta, pese a los grandes avances médicos. La tasa mundial es la misma hace 20 años. https://www.clarin.com/sociedad/infertilidad-sigue-grandes-avances-medicos_0_S1Hif_osv7g.html. Mantero, Luciana. El panorama y los números en un tema en el que las estadísticas oficiales brillan por su ausencia. 6.04.2016. <http://borderperiodismo.com/2016/04/06/cerca-de-un-millon-de-mujeres-tienen-problemas-para-concebir/>

in vitro, fecundación de gametos por fuera del seno materno y el “alquiler (subrogación) de vientres” en casos de hostilidad. Ciertamente es que cualquier tecnología utilizada como herramienta genera un impacto en las personas a distintos niveles, ya que abre nuevas posibilidades, anteriormente impensadas, influyendo, muchas veces, en la cara más real de la reproducción humana.

Nuestro antiguo Código Civil receptaba solo dos formas de filiación: por naturaleza y por adopción, dejando por fuera las técnicas de TRHA; ello fundado en prejuicios morales conservadores y en un escaso entendimiento del real impacto de los avances bio científicos sobre la realidad reproductiva de las personas. Ahora bien, las cuestiones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, más específicamente con las técnicas de TRHA, comenzaron a ocupar un lugar en la opinión pública, los medios de comunicación y, en consecuencia, en la agenda política a partir del conocimiento por parte de la sociedad de la efectiva implementación de los mecanismos alternativos de reproducción en otras partes del mundo; como así también de su reconocimiento como derecho y su incorporación en la definición de salud sexual y reproductiva de la OMS. Como respuesta a ello, a nivel provincial y local, se fueron gestando leyes que brindaban tratamiento reproductivo a casos diagnosticados como infertilidad dejando por fuera, claro está, aquellas situaciones en las que no existía infertilidad sino un deseo de concebir por personas solteras, parejas homosexuales y demás casos que no se vinculan con enfermedad alguna.

Los debates previos a la sanción de la Ley 26.862 dan cuenta de la vigencia del tema en la agenda pública previo a su sanción, la preocupación por el impacto en la economía del sistema de salud, la superación por problemáticas de la vida real y conflictos entre prestadores y particulares. Se cita, a continuación, la opinión de la Diputada por la provincia de Buenos Aires, Sra. María Virginia Linares: “...Lo que hoy también venimos a plantear es una ley diferente como en algunas provincias se ha hecho, es el derecho al acceso igualitario a la cobertura integral de todos los individuos y parejas, sin discriminación ni exclusión por su orientación sexual o estado civil, en los procedimientos y técnicas de fertilización asistida, tanto en los de baja como en los de alta complejidad...Hoy estamos tratando un proyecto de ley que impacta en más de 600 mil personas en la República Argentina. Como se ha dicho aquí, alrededor del 20 por ciento de las parejas está pasando por esta situación...En definitiva, nosotros no sólo queremos garantizar el acceso a la salud reproductiva sino también que esas prácticas sean llevadas adelante...”, y del Diputado Antonio Sabino Riestra: “...Este reconocimiento es el resultado de un proceso que se ha caracterizado por marchas y contramarchas en la conceptualización y reconceptualización de los derechos, cuya complejidad abarca las cuestiones de salud, de género, desarrollo, globalización,

*democracia, ética, entre otros. Proceso que no se dio sólo en nuestro país, por supuesto. Y no es menor que tanto a nivel internacional como en la Argentina, este proceso -la salud sexual y reproductiva- se desarrollara en el marco de los derechos humanos...”*³

En el año 2013 se sancionó la Ley N° 26.862 de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida y su Decreto Reglamentario 956/13, a la que Entre Ríos adhirió mediante Ley N° 10.301 de fecha 02.06.2014. Dicha normativa, hoy vigente y armonizada con la sanción del nuevo Código Civil y Comercial -Título V Filiación- que recepta las TRHA como fuente de filiación-, tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, a mi entender un objeto genérico y ambicioso. El logro, quizá más importante, fue la incorporación de dichas técnicas en el PMO (Plan Médico Obligatorio), por lo que todas las obras sociales, prepagas y entidades de las comprendidas en las leyes N° 23.660 y 23.661⁴ se encuentran obligadas a brindar las prestaciones médicas correspondientes a los tratamientos de fertilización asistida, como así también su carácter inclusivo, presentando como único requisito excluyente el consentimiento informado.

Cierto es que el complejo plexo normativo en estudio, al hablar de acceso integral a las TRHA, pareciera referirse no solo expresamente a la posibilidad de ser sujeto pasivo del derecho; sino también a todo el procedimiento, el que involucra desde la libertad del derecho a optar por la realización de los tratamientos y su acceso igualitario, sin discriminación alguna y gratuito, hasta el entendimiento de la concepción de familia por fuera del concepto tradicionalista clásico, siguiendo por el derecho a la identidad del niño por nacer y el cuestionamiento del status jurídico de los embriones crio conservados atento al concepto de vida de la CIDH para las TRHA -desde la implantación-.

Ahora bien, sin lugar a duda, la normativa citada precedentemente demuestra a primera vista gigantescos y prometedores avances para los beneficiarios, mas no todo es tan efectivo, inmediato e integral si se lo analiza desde la óptica del sistema de salud. No puede desoírse que nuestra provincia se ha caracterizado por presentar un sistema de salud desfinanciado y fragmentado, a lo que deben añadirse las distintas concepciones religiosas sobre lo “natural” y moral -bioética- del sector tradicionalista y la ausencia de políticas públicas concretas de

³ Se llevó a cabo en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación el 5 de junio de 2013, en la reunión N° 6 correspondiente a la 5° Sesión Ordinaria, orden del día N° 2.031).

⁴ Ley 23.660 de Obras Sociales, sancionada el 29.12.1988/ ley 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sancionada el 29.12.1988.

implementación; todo lo cual nos posiciona en un análisis más crítico de la temática, ya que el cuestionamiento no sólo radica en el ambicioso e indudablemente positivo contenido de la normativa citada, mucho menos en la enorme obligación legal que se impone a las entidades de salud locales para dar cobertura a dichos tratamientos, sino en las dinámicas existentes para el efectivo acceso de los beneficiarios a los tratamientos de fertilización humana asistida, desde la sanción de la normativa hasta la actualidad.

Así, a modo introductorio, se presentaron como posibles barreras del acceso integral a las TRHA la lejanía de los grandes centros de atención habilitados para acceder a los mecanismos referenciados; lo que a primera vista pareciera limitar el derecho de los beneficiarios locales a elegir dónde tratarse; si -en su caso- los pretensores deben acceder a la justicia en procura de la protección de sus derechos (no olvidemos que, en estos casos, el tiempo apremia y es determinante -factor biológico-), la facultad de optar por el profesional/prestador de la salud de confianza y de requerir el número/calidad y tipo de tratamiento necesario a cada situación particular, el padecimiento de conductas discriminatorias durante el tratamiento, la protección de la salud psicofísica del paciente y el derecho a optar por las múltiples variables existentes para filiación asistida; la ausencia de políticas públicas transversales que cohesionen las instituciones con el poder público, la desfinanciación del sistema de salud, entre otros.

Sin perjuicio de ello se debe reconocer que, desde la sanción de la normativa referenciada, indudablemente han surgido facilitadores para la implementación de las TRHA dentro de la circunscripción provincial; algunos de los cuales he intentado descubrir con este análisis, tanto en la creación de programas de salud, como la habilitación de centros de fertilización en el ámbito local, ello adicionado al fomento para la capacitación de personal especializado y la publicitación de programas informativos en torno a los servicios, cobertura y factibilidad de los tratamientos.

La normativa, en su ambicioso contenido, refiere a la creación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, de un registro único en el que deben estar inscriptos todos aquellos establecimientos sanitarios habilitados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, incluyendo los establecimientos médicos donde funcionen bancos receptores de gametos y/o embriones, referenciando que las respectivas autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales deberán adoptar los recaudos tendientes a la efectiva implementación de la Ley en el ámbito de sus competencias, incluyendo las provisiones presupuestarias correspondientes.

Así, el presente trabajo intentó indagar si el ambicioso contenido de la norma, que manda a las provincias a asignar presupuesto para la implementación de las TRHA, reclamó a nivel local redireccionar otras asignaciones para el servicio de salud o, en su caso, la judicialización si no se brinda a los financiadores (Estado, Obras Sociales o prepagas) una fuente genuina para hacerse cargo de los nuevos costos en salud generados.

Asimismo, de existir un refinanciamiento a nivel provincial, emergió el cuestionamiento acerca del origen o fuente de estos nuevos fondos para hacer frente a los costosísimos tratamientos. No debe obviarse que las TRHA no conllevan solamente cobertura por el tratamiento en sí sino, claro está, las diversas consultas médicas con especialistas, los múltiples intentos ante la alta tasa de frustración del tratamiento, la contención psicológica a los pacientes, los cuidados extremos durante los embarazos -en su gran mayoría de alto riesgo- y los cuidados del recién nacido, entre otros.

En el debate parlamentario previo a la sanción de la ley, la Diputada por la ciudad autónoma de Buenos Aires, Patricia Bulrich vaticinó: “...*El proyecto de ley en consideración significa mucho en materia de ampliación de derechos atinentes a la salud, pero tal como se señaló en anteriores intervenciones es importante que todo el sistema de salud esté a la altura de las circunstancias y no exista una concentración, para que no solamente se pueda atender en la Ciudad de Buenos Aires y que toda la tecnología que requieren estos complejos tratamientos esté disponible a lo largo y ancho del país... Es fundamental que el dinero público se utilice en verdaderas campañas de información y no en publicidad oficial... Asimismo, es importante la formación de los recursos humanos para que en todos los lugares del país se puedan atender casos con la instrumentación y la capacitación que requieren estos tratamientos –algunos simples, pero otros complejos de fertilización asistida...*”. (op. cit).

Por lo expuesto, el interés de mi tesis se centró en analizar las dinámicas existentes en la efectiva aplicación de la normativa en estudio en la provincia de Entre Ríos -desde la sanción de la reglamentación en el año 2014 hasta la actualidad-, ello a través de un abordaje metodológico cualitativo y de estudio de casos; indagando políticas públicas llevadas a cabo a nivel local, implementación de las TRHA en centros habilitados de nuestra provincia, efectiva cobertura de las obras sociales y prepagas, ello asimismo desde el punto de vista de los distintos actores sociales: beneficiarios, Estado, prepagas, centros médico y demás actores sociales.

A continuación, se plantea el Objetivo General y los Objetivos Específicos.

Objetivo general:

Explorar las dinámicas existentes respecto del acceso de los ciudadanos entrerrianos a los tratamientos de fertilización humana asistida (TRHA) desde la adhesión provincial a la Ley N° 26.862 (2014) al 2020.

Pregunta general:

¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en la provincia de Entre Ríos, desde el 2014 al 2020, para garantizar el efectivo acceso a la salud reproductiva que prevé la normativa en estudio?

Objetivo específico 1:

Identificar dinámicas organizacionales y burocráticas respecto del acceso igualitario a los tratamientos que enfrentan los potenciales beneficiarios.

Preguntas del objetivo:

¿Cuál es el funcionamiento de las entidades que prestan el tratamiento (centros médicos privados y hospitales en la provincia)? ¿Cómo es su financiamiento? ¿Cuáles son los procedimientos previstos en cada nosocomio? ¿Cuáles son los organismos estatales que intervienen en la habilitación de entidades -privadas- dedicadas a la cuestión? ¿Existe una regulación homogénea en torno al funcionamiento de tales entidades? ¿Cuáles han sido las políticas públicas implementadas para satisfacer los alcances de la normativa? ¿Cuál es el rol de las obras sociales y de las entidades de medicina prepaga? ¿Existe una concentración de centros habilitados en la capital provincial? ¿Los casos son derivados a la capital provincial o a otras provincias? ¿Las Prepagas u Obras sociales pueden poner límites a la cobertura o argumentar que no brindarán determinada prestación? ¿Es posible la cobertura con personal médico que no encuentre en la cartilla? ¿Cumple el sistema de salud entrerriano con la cobertura integral de las TRHA?

Objetivo específico 2:

Identificar las dinámicas de las discusiones políticas, jurídicas y sociales en torno a la fertilización asistida y al acceso igualitario a los tratamientos.

Preguntas del objetivo:

¿Cuáles son los posicionamientos ideológicos y políticos de los actores involucrados en la sanción de la ley? (diputados, senadores, líderes morales, científicos, jueces, ONGS) ¿Cuáles fueron las posturas antes y después del proyecto del código civil y comercial? ¿Cuál ha sido el

avance de la judicatura en torno a la cobertura integral de las TRHA por parte de las empresas de medicina prepaga y obras sociales?

Objetivo específico 3:

Describir las representaciones sociales de los individuos involucrados en los procesos de gestión para el acceso a los tratamientos, en especial, las referidas a la igualdad e integralidad en el acceso, ello entendiendo a actores sociales: beneficiarios, médicos, directores de centros privados habilitados, directores de Hospitales públicos, funcionarios del Ministerio de Salud Provincial, ONGS.

Preguntas del objetivo:

¿Qué opiniones tiene acerca del tema? ¿Qué pretensiones al respecto? ¿Qué nivel de satisfacción respecto de las expectativas? ¿Entiende que hubo un avance en torno al efectivo acceso a las TRHA después de la sanción de la ley? ¿Ha existido un redireccionamiento de presupuesto del sistema de salud al área de las TRHA? ¿Considera que ha habido implementación de políticas públicas novedosas para la aplicación de la ley? ¿Entiende que se ha creado nueva institucionalidad y capacitación de recursos humanos para hacer frente a los procedimientos que pregonaba la ley?

2.- EL CONTEXTO DEL TEMA DE INVESTIGACION

El presente estudio se centró en el derecho positivo argentino -nacional y local- y su efectiva aplicación en la praxis. Claro está, no se pretendió subjetivizar la conveniencia o no de la sanción de determinadas leyes con relación al contexto histórico, puesto que es sabido que la normativa no es más que un reflejo de la sociedad imperante y de sus circunstancias. Aquí es donde cobra mayor importancia la relación legislativa entre la bioética y el derecho, puesto que el “crear ley” reclama fundamentaciones y, en el caso en estudio, que se involucre la biotecnología y, en consecuencia, la bioética.

Cierto es que jamás una reglamentación que intentara positivizar técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) como variantes del proceso biológico natural, podría haber tenido asidero alguno en nuestro país a principios del Siglo XX, ello no solo debido a la implicancia que hubiera significado social y moralmente ir en contradicción con los parámetros ideológicos tradicionalistas de la época en torno al concepto “natural” de familia, sino también

por cuanto el derecho a la salud reproductiva, con la bien ganada extensión adquirida, siquiera era dimensionado en una época en la que la lucha giraba en torno a la igualdad entre el hombre y la mujer para el acceso a idénticas posibilidades laborales, políticas y económicas.

En efecto, lo mencionado en el párrafo precedente no pretende ser un análisis peyorativo de la cuestión, puesto que simplemente no estábamos preparados como sociedad para tal revolución social; y digo “revolución” pues significó -a mi entender- un cambio de paradigma en la concepción del derecho a la vida, a la igualdad, a la dignidad y a la salud reproductiva en todos sus alcances. Es que los derechos se modernizan frente a problemáticas reales y existentes en la vida cotidiana que, sin más, requieren la obligada intervención del Estado para ser garantidos y, por supuesto, de la participación de numerosos actores en la sucesión del procedimiento.

Pero hablar del rol del Estado significa evaluar el principio de justicia distributiva, esto es analizar la justa y equitativa asignación de los recursos sanitarios en un contexto de escasez permanente frente al diseño de políticas públicas y también al equipo de salud que, en muchos casos, duda en ofrecer tecnología que considera podría desvirtuar el principio de beneficencia⁵, en tanto no todo tratamiento médico -por más que esté disponible y legalmente garantizado- es adecuado para todo paciente en toda circunstancia.

Si bien el Estado presenta una grave crisis financiera, siendo que los ingresos por contribuciones son menores al gasto público necesario para dar cobertura a tales demandas, cierto es que la inserción social de los ciudadanos ha sido repensada como el derecho mismo a vivir en sociedad y ser sujeto pasivo de la obligación estatal de facilitar los recursos necesarios para un sistema de salud integrador y sin discriminaciones, generando así un cambio de paradigma en el que el propio Estado y las políticas sociales han sido protagonistas de grandes transformaciones, garantiendo a la población el acceso a servicios públicos; dejando atrás el Estado minimalista y licitador de la provisión de los servicios; como así también el asistencialismo, para aumentar el bienestar, máxime en un contexto de desocupación masiva y crecimiento de la exclusión que impetra por una superación de lo social y lo político, una nueva era que reclama intervención y no compensación.

⁵ El principio de beneficencia es un concepto del ámbito de la ética de la investigación que establece que los investigadores deben tener como objeto el bienestar de los participantes en un ensayo clínico u otro estudio de investigación. En el caso de la salud pública implica actuar en el mejor interés de la población y la sociedad en su conjunto. (Academia Europea de Pacientes. EUPATI. 2015)

Para el caso en estudio las políticas públicas sectoriales no son suficientes, surgiendo de imperiosa necesidad la cohesión con políticas transversales, a decir de Irma Arraigada: “...*la coordinación de las diversas instituciones dentro del Estado es una tarea compleja que requiere fuerte voluntad política y el diseño de mecanismos específicos que mejoren la gestión interna...*”.⁶ La citada autora resalta el rol de las nuevas instituciones que emerjan como articulación e interacción entre los niveles más altos de decisión política y los objetivos transversales, la creación de espacios de interlocución y de una nueva institucionalidad específica que permita arribar a la equidad que la normativa plantea, para lo cual resulta esencial re diseñar las políticas públicas universales, solidarias, eficientes y democráticas, orientadas a garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de manera integral y superar prácticas discriminatorias.

Cierto es que, en nuestro país, desde la llegada de las TRHA en los años 70', ello era alcanzable solo para quienes podían acceder económicamente al costosísimo tratamiento o, en su caso, quienes hallaban resguardo a través de la promoción de amparos que, sin duda alguna, también reclama cierto nivel de ingresos; lo que resultaba en una inequidad absoluta.

Las TRHA, como fenómeno social, surgieron como consecuencia de comprender primeramente la infertilidad como una enfermedad y la salud reproductiva como un derecho humano consagrado internacionalmente, siendo ello una cuestión de importante y destacado interés para la comunidad científica, que reclamaba técnicas y respuestas inmediatas ante las vicisitudes de la época y los cambios generacionales en torno al concepto de igualdad, familia, mono parentalidad, entre otras. Las dificultades reproductivas devenidas de numerosas complicaciones, tales como: Infertilidad, Esterilidad y Fecundidad se vieron frustradas por el impedimento al acceso del derecho a la salud reproductiva, ello sumado a la modificación de la estructura familiar devenida del nuevo posicionamiento de la mujer en el aspecto laboral, de las parejas homosexuales con derecho a concebir, de las familias monoparentales y de la pérdida de prejuicios por parte de las mujeres para inseminarse antes de perder la capacidad ovulatoria, -el factor biológico es apremiante-.

En efecto, en el año 1984 fue publicado un Informe del Comité de Investigación de Fertilización y Embriología Británico -Comisión Warnock, pionero en su época-⁷ que

⁶ Arraigada, Irma. Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia. P. 13. Naciones Unidas. 2006.

⁷ La Comisión Warnock de Educación Británica fue creada en el año 1978, destinada al estudio de las necesidades educativas especiales de los niños

establecía las recomendaciones para la concesión de licencias para tratamientos de fertilización in vitro, los principios que debían reglar la prestación, los límites legales a la investigación y, uno de sus mayores logros, el reconocimiento de la infertilidad como una enfermedad que debía ser tratada mediante mecanismos de fertilización in vitro.

Lo cierto es que, en nuestro país, el fenómeno ha ido en franco crecimiento desde el retorno a la democracia y el vacío legal implicaba, no solo ausencia de regulación ante tal problemática, sino también una palmaria desprotección de los pretensores y el inminente lucro operante en la donación de gametos y la subrogación de vientres, sin una específica regulación, esto último a la fecha sin estar normado. Ello incluso fue fomentado con la reforma constitucional de 1994, con la incorporación al derecho interno de tratados internacionales de derechos humanos otorgándoles jerarquía constitucional, lo que otorgó una visión más universalista al derecho constitucional y a la protección de los derechos humanos. Asimismo, con la legalización del matrimonio homosexual se fueron gestando nuevas formas y/o tipos de familia por fuera de lo tradicional, quedando sin reglar aspectos fundamentales como lo son la posibilidad de concebir y/o de subrogar vientres.

Sin perjuicio de lo expuesto, socialmente se entendía -y aun en la actualidad quedan vestigios de ello-, que el recurrir a un tratamiento asistido para concebir era una conducta contraria a derecho, anti natural y menos valiosa que la concepción “natural”. Prueba de ello es que, recién con la sanción del nuevo Código Civil y Comercial (2015) se regló como fuente de filiación la TRHA.

Claro está que la sociedad se adeudaba un debate en torno a este tema, como así también un marco regulatorio de todas las cuestiones que -en pocas líneas- se han advertido, sumado a las numerosas problemáticas jurídicas que acarrea un tratamiento de fertilización humana asistida, ello no solo en torno al derecho a la salud reproductiva, a procrear y concebir, sino también a la confidencialidad y paternidad de los donantes, la identidad del niño por nacer y las concepciones éticas como marco regulatorio de los bancos de donantes, centros de investigación e instituciones que brindan los tratamientos. Pues, sin duda alguna, no todos estos preceptos se encuentran regulados en la normativa que ha significado un gran avance para la protección del derecho a la salud reproductiva y la tutela de la infertilidad.

En Argentina, entre el año 1991 y 1997 fueron elevados al Congreso nueve proyectos de ley con el objeto de regular las prácticas de Reproducción Asistida, ninguno de ellos

aprobado. En el año 1991 se aprobó la Ley N° 11.028 de la provincia de Buenos Aires de prácticas médicas de fecundación asistida. En 1998 se elevó el Proyecto de reforma del Código Civil. En ese mismo año, en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social se creó, mediante el Decreto 426/98, la Comisión Nacional de Ética Biomédica. Entre sus objetivos estaba asesorar sobre los aspectos éticos que generaba el avance científico, con el fin que el Estado garantice el derecho a la salud y el respeto a la dignidad de la persona humana en la práctica científica.

En el año 2012 se trató el Proyecto de Ley 8182-D- 2012 *Personas nacidas por medio de fertilización asistida. Acceso a la información referente a su identidad genética*, el que tenía como objeto garantizar el derecho a la identidad de las personas nacidas bajo los procedimientos de reproducción asistida, y el acceso sencillo y rápido a dicha información.

En diciembre de 2010 la provincia de Buenos Aires promulgó la Ley N° 14.208 de *Fertilidad Asistida. Reconocimiento de la Infertilidad Humana como Enfermedad. Cobertura médico- asistencial* y su Decreto Reglamentario N° 2980/10, a los fines que los centros de salud -públicos y privados- y las obras sociales cubrieran el tratamiento de fecundación homologa en el territorio de la provincia, incluyendo todo tipo de tratamiento avalado por la OMS, siendo la autoridad de aplicación el Ministerio de Salud de la Nación, que debía crear un registro único de los centros habilitados para estos procedimientos. Dicha normativa, más restrictiva y a la vez más realista en torno a la asignación presupuestaria, solo previa tratamientos a parejas (excluía monoparentalidad) y la donación de gametos.

En el año 2011 se aprobó el primer proyecto de investigación de las técnicas de reproducción humana asistida desde una perspectiva socio jurídica, desarrollado en el marco de la Programación Científica de la Universidad de Buenos Aires -2011/2014- denominado: “*Hacia una regulación de la procreación asistida desde la perspectiva socio jurídica. Bioética y Derechos Humanos*”, siempre en total consonancia con la consolidación de la doctrina de los Derechos Humanos y, dentro de ésta, las nociones de pluralismo y laicidad ínsitas en todo Estado Constitucional y Democrático de Derecho.

En junio de 2013 se promulgó la Ley Nacional N° 26.862, *Ley de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida -primer ley de fertilización asistida de Latinoamérica-*. Con ella se titularizó el derecho a intentar concebir un hijo valiéndose de técnicas que el avance científico provee, concretando la igualdad

de seres humanos para ser padres o madres independientemente de su orientación sexual, más allá de su estado civil y de sus capacidades reproductivas naturales.

Ahora bien, resulta dable especificar que dicha normativa no regula en forma integral la totalidad de los métodos de reproducción asistida, sino que trata del acceso de los pacientes a los diversos tratamientos, obligando a las agencias de medicina prepaga y obras sociales a brindar 100% de su cobertura.

En julio de ese mismo año se dictó el Decreto Reglamentario de la norma referenciada N° 956/13. Su objetivo principal fue incluir en el PMO⁸ los tratamientos para la fertilización humana asistida, hizo referencia a quienes son los sujetos pasivos -sumamente inclusiva-: *toda persona mayor de edad que haya expresado su consentimiento informado* -revocable hasta que se produce la implantación-, la prohibición del carácter lucrativo de la donación de gametos, regulariza la habilitación de los establecimientos por el Ministerio de Salud de la Nación, enumeró los sujetos obligados a las prestaciones: hospitales públicos, obras sociales y el sector privado (empresas de medicina prepaga) y determinó que podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas -autorizadas por la autoridad de aplicación- en el futuro. Asimismo, enfatizó que la autoridad de aplicación no puede introducir requisitos que impliquen exclusión debido a orientación sexual y/o estado civil de los destinatarios.

La norma mencionada incorporó al PMO, como prestaciones médicas obligatorias, una larga lista de procedimientos, ordenando la cobertura integral del abordaje, diagnóstico, medicamentos, terapias de apoyo y procedimientos -con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación-, quedando asimismo comprendidos los servicios de guarda de gametos. En los términos de la Ley una persona puede acceder hasta un máximo de cuatro (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción medicamente asistida de baja complejidad y hasta tres (3) de alta complejidad, con intervalos mínimos de tres meses cada una, debiendo comenzarse siempre con las de baja complejidad.

En el caso de requerirse gametos o embriones donados, deben provenir exclusivamente de bancos debidamente inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (ReFES) de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. Asimismo, se reglamentó la organización de las instituciones

⁸ Plan Médico Obligatorio es el régimen mínimo obligatorio de prestaciones que los prestadores del servicio de salud deben garantizar sin carencias ni exámenes de admisión establecido por el Ministerio de Salud de la Nación.

prestatarias del servicio, ordenando la creación de un Registro Único en el ámbito del Ministerio de Salud en el marco de la normativa de habilitación categorizante del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Asistencia Médica. La habilitación es otorgada por la autoridad jurisdiccional competente, siendo la autoridad de aplicación el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud.

La normativa en estudio refiere que el Estado tiene el deber de implementar las medidas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud reproductiva y a formar una familia, por lo tanto este deber no se agota en el hecho de abstenerse de dañar sino que se deben tomar medidas prácticas que eliminen los posibles obstáculos para el goce de los derechos naturales preexistentes; incluso es obligación del Ministerio de Salud de la Nación establecer una asignación presupuestaria anual para garantizar que se cumplan los fines y objetivos de la ley. Frente a ello, resulta dable mencionar que según los últimos indicadores de la OMS el gasto nacional en salud como porcentaje (%) del PIB público en Argentina (2014) era del 2.7 %.⁹; mientras que el gasto de bolsillo en salud era del 30.7%.¹⁰

Asimismo, resultan obligados a prestar cobertura de lo enumerado, independientemente de la figura jurídica que posean: el sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, entidades de medicina prepaga comprendidas en la ley, entidades prestadoras del personal de las universidades, y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a su afiliados. Cuando se incluye al sector público de salud, al no aclarar el alcance del concepto con precisión, se entiende que son los hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales y todos los ámbitos de salud pública.

⁹ Institución: OPS/OMS. Datos compilados por el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Base Global de Gastos en Salud. Washington, D.C. Última actualización: 15 de Mayo de 2017. (<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>). Definición: Gasto público es la suma de los gastos en salud, en efectivo o en especie, realizado por entidades del gobierno general, incluyendo los niveles central, regional y local y los esquemas de seguridad social (evitando el conteo doble de las transferencias gubernamentales a la seguridad social y a los fondos extra-presupuestales). Incluye las transferencias de hogares (principalmente reembolsos por gastos médicos y en medicamentos) y fondos extra-presupuestarios para financiar los bienes y servicios de salud. Los ingresos pueden provenir de múltiples fuentes domésticas y de fondos externos. Expresado como porcentaje del producto interno bruto. Estimaciones de la OMS.

¹⁰ Fuente: Datos compilados por el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Base Global de Gastos en Salud. Washington, D.C. Última actualización: 15 de Mayo de 2017. (<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>). Definición: Se define como el gasto de bolsillo en salud de los hogares expresado como porcentaje del gasto total en salud. Se incluyen aquellos gastos realizados en el momento que el individuo u hogar se benefician del servicio de salud independiente si es un servicio en un establecimiento formal (clínica, hospital, farmacia, consultorio) o informal (medicina complementaria) y siempre deduciendo del gasto cualquier reembolso. Estimaciones de la OMS.

El Código Civil de Vélez Sarsfield preveía ciertas situaciones vinculadas a la normativa *ut supra* mencionada, en cuanto a la Inseminación Artificial y la Fecundación Extracorporal. En cuanto a la filiación del hijo por nacer, no existiendo en la normativa regulación en torno al registro de donantes y/o la confidencialidad de los gametos, ello quedaba a criterio del comité de ética de cada centro, quedando los niños nacidos bajo este método amparados por la Convención sobre los Derechos del niño¹¹.

El Proyecto del CCCN redactado por la Comisión de Reformas (Decr. N° 191/2011) pretendía zanjar los debates doctrinales y jurisprudenciales que se generaron con la incorporación del matrimonio de personas del mismo sexo, introduciendo modificaciones sustanciales a los fines que el sistema filial esté en plena coincidencia con la nueva conceptualización del matrimonio, considerando asimismo las técnicas de reproducción humana asistida como una nueva causa fuente de la filiación, siendo la voluntad procreacional el elemento central y fundante para la determinación de la filiación. Permitió la fertilización con gametos de la pareja o de la persona que pretende alcanzar la maternidad o paternidad a través del uso de las técnicas, como así también de material de donante anónimo.

Por aplicación de los principios constitucionales de fundar una familia, el reconocimiento de las diversas formas de organización familiar y el principio de igualdad y no discriminación, el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida fue admitido en el proyecto de modo amplio, es decir, previéndose la posibilidad de que una mujer sola pueda ser madre sin la necesidad de que esté unida en matrimonio o en pareja con una persona de diverso o de su mismo sexo. De este modo, el uso de las técnicas de reproducción humana asistida sería un modo de acceder de manera originaria a una familia monoparental, de igual forma que acontece con la adopción por una persona sola permitida por la normativa vigente. Lo mismo sucede con el reconocimiento legal del matrimonio de las personas del mismo sexo, dado que las mismas tienen derecho a recurrir a la filiación por adopción, por lo que sería inconsecuente no autorizarlas al uso de las técnicas de reproducción humana asistida.

El proyecto asimismo regula de manera expresa la cuestión de la fertilización o procreación "*post mortem*", es decir, la especial situación que se presenta cuando uno de los

¹¹ El 20 de noviembre de 1959, se aprobó la Declaración de los Derechos del Niño de manera unánime por todos los 78 Estados miembros de la ONU. Esta fue adoptada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante su resolución 1386 (XIV) en la Resolución 1386 (XIV). La Convención establece en forma de ley internacional que los Estados Partes deben asegurar que todos los niños y niñas —sin ningún tipo de discriminación— se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud.

integrantes de la pareja fallece durante el proceso que estas técnicas implican; la regla es la prohibición, pero se permite que la pareja de la persona a la cual se le va a transferir el embrión deje expresada su voluntad de que en caso de fallecimiento acepta que ese embrión sea transferido y efectivamente el implante se produce dentro de los seis meses de su deceso. Ello no fue incorporado en la redacción del C.C.y C.

En torno a la gestación por sustitución, existiendo tres teorías en torno a su consideración: 1) abstención, 2) prohibición o 3) regulación; el Anteproyecto siguió la tercera postura por diversas razones. En primer lugar, la fuerza de la realidad, tanto nacional como internacional, dado que esta técnica es practicada lícitamente en varios países extranjeros, las personas que cuentan con recursos económicos viajan con esos fines (se lo conoce como “turismo reproductivo”); de hecho, muchos niños ya nacieron, y su interés superior no permite que se niegue jurídicamente la existencia de un vínculo con quien o quienes han tenido la voluntad de ser padres/madres. Más aún, en el país ya se ha planteado la impugnación de la maternidad de la gestante que dio a luz por no ser ella la titular del material genético femenino utilizado. Ello tampoco fue incorporado en la redacción del CCyC.

Resulta imperioso mencionar que, más allá de esta decisión de política legislativa de no incluir la gestación por sustitución, lo cierto es que dicho instituto en Argentina tiene aceptación jurisprudencial y cada vez mayor admisión en la doctrina, a tal punto de contar -hasta mediados de 2016- con 14 fallos difundidos en revistas jurídicas, todos a favor de la gestación por sustitución, es decir reconociendo la filiación en cabeza de los comitentes (quienes han manifestado la voluntad procreacional) y no de la mujer que dio a luz.

En los extensos debates generados en torno a la incorporación de las TRHA, se partió de la premisa de analizar el comienzo de la existencia de las personas, puesto que se discutía en torno a la peligrosidad normativa con relación a los embriones crio conservados. El proyecto original especificaba que el comienzo de la vida humana, en los casos de técnicas de reproducción humana asistida, comenzaba desde la implantación del embrión en la mujer, para luego armonizarse con la teoría internacionalista de entender el comienzo de la existencia de la vida humana desde la concepción. Sin perjuicio de ello, la situación jurídica de los embriones preservados no ha quedado zanjada, amén que su protección puede inferirse de los Arts. 17 y 57 del CCyC, impidiendo su comercialización y manipulación genética.

En el mes de junio de 2014 la provincia de Entre Ríos adhirió a la normativa nacional mediante la Ley N° 10.301, la cual estableció que el Ministerio de Salud de Entre Ríos será la autoridad de aplicación, y deberá orientar y asistir a los beneficiarios de la Ley Nacional N° 26.862 de Fertilización Humana Asistida, adicionando que el Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos deberá incorporar, como prestación obligatoria, la cobertura integral de los procedimientos y técnicas médico asistenciales de reproducción humana asistida, tanto a sus afiliados como a sus beneficiarios, debiendo seguir los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación de la Ley Nacional N° 26.862.¹²

En los fundamentos brindados para la aprobación del Proyecto de Ley de Adhesión a la Ley 26.862, los otrora Diputados María Lauta Stratta, Sergio Schumnck, Luis Jakimchuk y Juan Navarro referenciaron: “...*La Ley nacional establece la obligación de brindar cobertura a todas las obras sociales, prepagas y mutuales que están bajo la órbita de la Superintendencia de Salud de la Nación. Esta ley significa un nuevo e importante paso para la igualdad de todos los ciudadanos, ya que incluye a todas las personas, sin distinción por su orientación sexual o su estado civil. En el marco de este proyecto provincial y nacional, de ampliación de derechos y de incorporación de los sectores históricamente relegados, esta normativa tiene como fin la inclusión, además de posibilitar que el Estado sea capaz de brindar una mejor calidad de vida e igualdad de oportunidades para todos los habitantes*”.¹³

Por su parte, en la Sesión Ordinaria N° 16 del HCD de Entre Ríos, de fecha 10.09.2013, el Diputado Schumnck expresó: “*Es una ley absolutamente clara de política social, de salud con inclusión y ampliación de derechos... entonces, el Estado nacional presente en las políticas públicas brinda esta posibilidad a través de esta ley nacional y la provincia de Entre Ríos adhiere... Se ha dado trabajo desde la comisión invitando a distintos actores como es el Ministerio de Salud de la Provincia, con la participación del señor Hugo Cettour, parte del directorio del IOSPER y hemos tenido la visita de la presidente de una ONG Dar Vida... la ley es una cobertura totalizadora donde no solamente el ámbito privado, a través de la medicina prepaga, sino también las obras sociales de la salud pública y el sistema público de salud van a otorgar a todos quienes pretendan utilizar esta herramienta de la ciencia médica a los efectos de lograr su paternidad... En este proyecto de ley, al cual pretende la provincia de Entre Ríos*

¹² <http://www.hcder.gov.ar/archivosDownload/textos/E19880-16-10092013Do.pdf>. Texto tratado en sesión de la Honorable Cámara de Diputados de Entre Ríos. Biblioteca Legislatura E.R.

¹³ <http://www.hcder.gov.ar/archivosDownload/diarios/D12-18062013o134.pdf>. Fundamentos Proyecto de Ley Expte. N° 19.880. Reunión N° 12, 18.06.2013. HCD ER.

y a través de la sesión de ambas Cámaras adherir, indudablemente incluye a todos tanto en el sistema público de salud, en la medicina prepaga y las obras sociales, tanto provincial y/o sindicales.. Todos sabemos que la salud en la Argentina, acá y donde sea, tiene que ver con el dinero, tiene que ver con las limitaciones presupuestarias... el mismo Ministro admitió que esto nos va a llevar un año y medio, seguramente, y por supuesto con cabecera en el Hospital San Martín, primero; por supuesto que es un paso y por supuesto que estamos muy contestes con este tema, pero también tenemos que hablar con mucha precaución y no generar expectativas que por ahí no se pueden cumplir... Pero también vuelvo a decir: todo esto es plata, lo dijo el Ministro, no estamos en condiciones de avanzar rápidamente en esto... el límite es el presupuesto y que no se puede votar cualquier ley nada más que para decir, a los cantos de sirena, acá estamos, esto se va a llevar a cabo... nosotros sabemos que la limitación es el presupuesto. Ese es el tema cuando decimos que hay que gobernar con responsabilidad... tiene que ver también con la responsabilidad de gobernar, donde el límite está definido por el presupuesto...”;

A su turno, la Diputada Stratta especificó: *“...La adhesión a esta ley, así como muchas otras leyes que hemos votado y que hemos sancionado, responde justamente a un proyecto nacional y provincial que tiene que ver, como decía el diputado Schmunck, con la ampliación de derechos, con la incorporación de sectores eternamente relegados, con generar mecanismos de inclusión en el ámbito de la salud y en el ámbito social...”*¹⁴.

Frente a ello resulta dable mencionar que, habiendo consultado en la Biblioteca de la Legislatura provincial -Consulta Legislativa HCD de la Provincia de Entre Ríos- que nuclea en su biblioteca virtual la totalidad de las Leyes, Decretos y Resoluciones dictadas y publicadas en el Boletín Oficial, no surge la implementación y/o la creación de programa de sanidad relativo a las TRHA posterior a la sanción de la ley referenciada.¹⁵

El nuevo Código Civil y Comercial, sancionado en agosto de 2015 mediante la Ley N° 26.994, adiciona interesantes avances en torno a la cuestión de la Fertilización Asistida, ello en relación a los nuevos “vínculos filiales”, pues refiere al parentesco por técnicas de reproducción humana asistida (Art. 529), sin ser necesario ni obligatorio especificar quien ha aportado el material genético (Art. 575). Claramente existe una desprotección en torno al derecho de la identidad del niño nacido bajo las técnicas de reproducción asistida. Asimismo, los debates

¹⁴ <http://www.hcder.gov.ar/archivosDownload/diarios/V16-10092013o.pdf>. Sesión Ordinaria N° 16 HCD E.R. 10.09.2013

¹⁵ <http://www.hcder.gov.ar/>. Consulta Legislativa.

habidos en la sanción de nuestro CCCN plasmados en los Fundamentos del Anteproyecto del Código Civil y Comercial gestados por la Comisión integrada por los doctores Ricardo Luis Lorenzetti, como presidente, Elena Highton de Nolasco y Aída Kemelmajer de Carlucci refieren a los lineamientos generales que incidieron en la incorporación de las TRHA a nuestro sistema normativo y su estrecha vinculación con el derecho de familia. En efecto, los Fundamentos expresan: *“El Anteproyecto sigue de cerca diferentes principios constitucionales y de los tratados internacionales de derechos humanos incorporados que impactan de manera directa en el derecho filial...7) el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y su aplicación y 8) el derecho a fundar una familia y a no ser discriminado en el acceso a ella... Por aplicación de los principios constitucionales de fundar una familia, el reconocimiento de las diversas formas de organización familiar y el principio de igualdad y no discriminación, el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida es admitido de modo amplio...”*.

Resulta imperioso poner de resalto que, tanto la Ley Nacional N° 26.862 *de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida*, como el CCyC., resulta un complejo plexo normativo integral que si bien ha contemplado diversas situaciones, a la fecha, no ha otorgado seguridad y estabilidad jurídica a los usuarios de las técnicas en torno a qué sucede con los embriones no utilizados o con los embriones previo a su implantación, lo que asimismo ha sido complementado desde la perspectiva convencional por la doctrina emanada de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el resonado caso *“Artavia Murillo y otros contra Costa Rica”* del 28/11/2012, reforzada en un precedente más reciente del 26/02/2016, en los que la Corte IDH concluyó que concepción es sinónimo de implantación del embrión en el cuerpo de la mujer, por tanto, antes de ese momento -embrión in vitro no implantado- no procede aplicar el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Agregando, *“para la Corte es claro que hay concepciones que ven en los óvulos fecundados una vida humana plena. Algunos de estos planteamientos pueden ser asociados a concepciones que les confieren ciertos atributos metafísicos a los embriones. Estas concepciones no pueden justificar que se otorgue prevalencia a cierto tipo de literatura científica al momento de interpretar el alcance del derecho a la vida consagrado en la Convención Americana, pues ello implicaría imponer un tipo de creencias específicas a otras personas que no las comparten”*. Asimismo, sostuvo, *“la Corte resalta que la prueba científica concuerda en diferenciar dos momentos complementarios y esenciales en el desarrollo embrionario: la fecundación y la implantación. El Tribunal observa que sólo al cumplirse el segundo momento se cierra el ciclo que permite entender que existe la concepción. Teniendo en cuenta la prueba científica presentada por las partes en el presente caso, el Tribunal constata que, si bien al ser fecundado el óvulo se da paso a una célula diferente y con la información genética suficiente para el posible desarrollo de un “ser humano”, lo cierto es que si dicho*

embrión no se implanta en el cuerpo de la mujer sus posibilidades de desarrollo son nulas. Si un embrión nunca lograra implantarse en el útero, no podría desarrollarse pues no recibiría los nutrientes necesarios, ni estaría en un ambiente adecuado para su desarrollo”.¹⁶. A ello debe añadirse, en contraposición, el caso *Brustle vs. Greenpeace* del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, que reconoció la subjetividad del embrión humano desde la fecundación.¹⁷

Ello demuestra que, conforme se mencionara precedentemente, algunas situaciones han quedado por fuera de la regulación normativa, generándose una situación no reglada atento el nuevo parámetro conceptualizador para determinar el comienzo de la vida humana - concepción- (eliminando el seno materno) en contraposición con doctrina de la CIDH, pues existe un novedoso y no reglado status jurídico del embrión no implantado, el cual asimismo entra en colisión con el derecho de revocación del consentimiento hasta la implantación en el seno materno; como así también aquellos casos que requieren autorización judicial, pues reclaman la intervención de una tercera persona (mujer) para implantación del material genético -vientre subrogado- prohibido en nuestra legislación sin perjuicio de que fuera añadido en el Anteproyecto.

Según la normativa, quien preste el consentimiento quedará emplazado en el estado de padre o madre, ello es la “voluntad procreacional”, siendo el vínculo filial determinado por una expresión de voluntad, ello sin perjuicio del derecho a conocer los datos relativos a los donantes de gametos -en casos excepcional y normativamente previstos- (lo que no autoriza a intentar acción alguna de emplazamiento o desplazamiento filial). Existe, claro está, una laguna jurídica en torno a las parejas homosexuales entre dos hombres o las familias de un hombre solo, siendo que necesariamente requieren a una tercera persona para gestación por sustitución, lo que no se encuentra reglado.

¹⁶ FUNDAMENTOS DEL ANTEPROYECTO DE CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. La Comisión integrada por los doctores Ricardo Luis Lorenzetti, como Presidente, Elena Highton de Nolasco y Aída Kemelmajer de Carlucci. <http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2015/02/5-Fundamentos-del-Proyecto.pdf> LIBRO SEGUNDO: RELACIONES DE FAMILIA. Título V. Filiación. Párrafo. 168

¹⁷ En octubre de 2011 el Tribunal de Justicia de la Unión Europea dictó sentencia en el caso *Brüstle v. Greenpeace*. Se trataba de resolver una cuestión prejudicial interpuesta por el Bundesgerichtshof, al objeto de determinar el sentido de la expresión “embriones humanos” en la Directiva 44/98/CE, para aplicar esta norma a la resolución del litigio entre *Brüstle*, neurobiólogo alemán y *Greenpeace*. El primero pretendía patentar un procedimiento para la obtención de células madre que implicaba la destrucción de embriones humanos, decidiendo el Tribunal que no es patentable un procedimiento que, al emplear la extracción de células madre obtenidas a partir de un embrión humano en el estadio de blastocisto, implica la destrucción del embrión. La utilización de embriones humanos con fines terapéuticos o de diagnóstico que se aplica y que es útil al embrión puede ser objeto de patente, pero su utilización con fines de investigación científica no es patentable

La emergencia del fenómeno en estudio está dado en que, en las últimas décadas, se han vuelto cada vez más frecuentes las TRHA producto del propio reclamo social y, en nuestra región, la normativa si bien ha sido de avanzada y ha logrado integrar conceptos antes impensados, pareciera no haber logrado abarcar todas las cuestiones e implicancias relevantes del proceso, desde los embriones crio conservados hasta la identidad del niño nacido con gametos de terceros, como así también a la situación de familias monoparentales hombres, parejas homosexuales hombres (ello ante el silencio legislativo de la gestación por sustitución).

Nos encontramos en un momento clave, de transición, de concientizar a la comunidad y a nuestros legisladores y magistrados en torno a las cuestiones aun no resueltas, sin perjuicio de lo cual también es dable advertir que la inmersión de la biomedicina en el derecho -fundada en el principio de autonomía- no debe dejar de armonizarse con la dignidad humana. Ahora bien, para la efectiva concreción de tal avance, resulta indudable la necesidad de intervención estatal a través de políticas públicas y medidas directas que tornen factible el objeto normativo.

Cierta es la reticencia de prestadores de servicios de salud a reconocer los tratamientos a pesar de la vigencia de la ley, y sigue siendo muy frecuente la necesidad del particular de acudir a la justicia para obtener la cobertura, aduciendo que la salud no puede subordinarse a cuestiones estrictamente económicas pero tampoco puede menospreciarse ese aspecto ya que, garantizar el derecho a la salud significa también garantizar la sustentabilidad del sistema de salud, el que debe ser eficiente y equitativamente satisfecho con observancia del principio de solidaridad para que no actúe en desmedro del resto de la comunidad.

Por otro lado, amén del indiscutible avance que ha significado la sanción de la ley y su adhesión por la provincia, cierto es que la reticencia de ciertos sectores ideológicos continúa visualizando al avance científico como una intromisión de lo natural. A modo ejemplificativo, en el año 2015 senadores de nuestra provincia impulsaron -y obtuvieron mayoría en la Cámara de Diputados- una ley que planteaba como iniciativa recortar los alcances de la ley de adhesión provincial 10.301 en una clara postura basada en la religión.¹⁸

¹⁸ Fuente Digital "ELENTRERIOS" 21.12.2015 ¿Qué pasará con la fertilización asistida en Entre Ríos? La Cámara de Diputados deberá resolver si sanciona definitivamente o archiva el proyecto de Ley que retrotrae la Legislación vigente en Entre Ríos en materia de reproducción asistida. El proyecto promovido por el ex senador de Gualeguaychú, Natalio Gerdau, recorta la redacción de la Ley vigente desde 2004 en Entre Ríos con una clara postura ética basada en la religión, ya que reduce las técnicas de fertilización, deja en un limbo legal la conservación de material genético y (en contraposición a lo que dice el nuevo Código Civil) establece el parentesco desde una perspectiva naturalista.

Sumado a lo expuesto, el cumulo normativo vigente ha sido gestado por un estudio pormenorizado del derecho comparado. En efecto, Australia fue uno de los primeros países en utilizar las técnicas de reproducción asistida y cuenta con comités de ética en las instituciones en las que se llevan a cabo esas prácticas, en Suiza la ley sobre reproducción asistida prohíbe las donaciones anónimas de espermatozoides, lo que ha generado una deserción en torno a la efectiva donación de gametos (esencial para el avance de las técnicas), en EE.UU. no existe legislación uniforme debido al sistema confederal de gobierno, en algunos Estados existe gran permisividad y en otros su penalización.

Ahora bien, en España, cuya legislación ha sido de gran interés y estudio de esta parte por su visión sumamente extrema y crítica en estas temáticas, los procedimientos están regulados por una ley de Reproducción Humana Asistida N° 35/88 (reformada por las Leyes N° 45/03 y N° 14/2006) y una la Ley sobre Investigación Biomédica 14/2000. La primera de ellas, cuyo antecedente radica en el Informe Palacios de 1986 y en la Sentencia del Tribunal Constitucional N° 53/85, determinó la protección constitucional del embrión como bien jurídico sujeto de tutela, mas carente de derecho subjetivo, obviando especificar las concepciones in vitro, considerando y protegiendo la vida humana desde la gestación. La Ley 35/88 entendía la vida humana desde la fecundación, negándole dicha condición al embrión pregestacional “preembrión” no viable -sobre el que se permitían la investigación y experimentación no terapéutica-, pero entraba en franca contradicción al, por un lado, negar protección al embrión hasta los 14 días de la gestación -no viable- pero por el otro prohibir crear embriones humanos con fines distintos a la reproducción. La normativa prevé una marcada diferenciación conceptual -carente de asidero científico alguno- entre el preembrión y el embrión (de más de 14 días de vida), lo que fragmenta la protección jurídica de la vida humana.

Tal marcada apertura a la permisión de la utilización de embriones “no viables” con fines experimentales, se fomentaba con la Ley N° 42/88 de Donación y Utilización de Embriones y fetos humanos o sus células, tejidos u órganos. Marcada desprotección en la vida del no nacido. Tales concepciones dieron lugar a planteos de inconstitucionalidad normativa, sentencias del Tribunal Constitucional y reformas a la ley que, no solo mantuvieron el *status quo* de la suerte del embrión no viable, sino que abrieron la permisión de investigación a aquellos embriones viables no implantados crio conservados, previo consentimiento de los progenitores y su donación con fines investigativos. Ello en marcada contradicción con principios constitucionales, código penal y normativa internacional de derechos humanos.

La Ley sobre Investigación Biomédica 14/07 habilita la utilización de embriones “sobrantes” para que puedan ser donados con fines de investigación biomédica, como así también que, de los embriones crio conservados, se puedan obtener células troncales con fines terapéuticos y desarrollar la clonación terapéutica, dando lugar a la medicina regenerativa.

Frente a tales legislaciones más permisivas en torno a la utilización y cosificación del embrión para fines investigativos, experimentales y terapéuticos, se ha generado un amplio debate acerca de, por un lado, la eficacia de tales técnicas y el crecimiento de las posibilidades en cada descubrimiento científico y, por otro el inicio de la vida humana; presentando los mismos problemas éticos en cuanto a su legitimación. Pues, para algunos, dichos mecanismos se legitiman por su fin ulterior y, para otros, irrumpe en la vida sexual de las personas y cosifica la vida humana embrionaria, al punto tal de su destrucción. No puede dejar de evidenciarse que la demanda y las leyes del mercado no son ajenas a los impulsos científicos, lo que podría llevarnos a extremos insospechados.

La situación actual en Argentina, ya contando con el plexo normativo vigente, está dada por Centros de Fertilización de orden privado, agrupados por la Sociedad Argentina de Esterilidad, que se dan sus propios protocolos médicos legales internos con atisbos de falta de concordancia por la comunidad médica, respetando claro está el requisito de consentimiento informado y los bancos de gametos, siendo los principales Cryobank, Cehusa, Fecunditas y Reprobank. Asimismo, existe la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SaMER)¹⁹ que regula el nuevo sistema de normas, que acredita los centros de reproducción asistida y que establece, en su Código de Ética, las pautas concernientes a la donación de embriones. En la actualidad SaMeR lleva acreditados más de 27 centros de fertilidad.²⁰

Ciertamente resulta dable mencionar que, a nivel nacional, en el año 2016 se creó, por Resolución Ministerial N° 2109E/2016, el Programa Nacional de Reproducción Medicamente Asistida, cuyos objetivos eran promover el acceso efectivo e igualitario a las técnicas y procedimientos de reproducción humana asistida en todo el territorio de la República Argentina, coordinar con las autoridades sanitarias de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la creación de servicios de reproducción médicamente asistida de distintas complejidades

¹⁹ La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SaMeR) es una Asociación Civil sin fines de lucro, fundada el 10 de junio de 1947, con personería Jurídica Nro. 000602 (Resolución I.G.J.) dedicada a: fomentar el estudio de la Fertilidad humana en sus diversos aspectos, facilitando las discusiones científicas y las publicaciones de sus trabajos; crear y fomentar los vínculos intelectuales y culturales con las sociedades similares y afines del país y del extranjero.

²⁰ http://www.samer.org.ar/centros_acreditados.asp

garantizar, junto a la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud, el acceso a información actualizada (establecimientos públicos y privados que realizan reproducción humana asistida en todo el territorio de la República Argentina- ReFes), entre otros.

Asimismo, a través de la Resolución 1045/2018, se determinó la cobertura del cien por ciento en medicamentos para tratamientos de reproducción médicamente asistida que deberá ser brindada por los agentes de salud. A través de la Resolución 1305/15 se aprueban las normas de habilitación y fiscalización para la organización y el funcionamiento de los establecimientos de reproducción humana asistida. La Resolución 616-e/2017 aprobó 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. La Resolución 679-e/2017 creó el comité científico (comité asesor ad-hoc) del programa nacional de reproducción médicamente asistida. La Resolución 1044/2018 fijó edades para recibir los tratamientos, según evidencia científica nacional e internacional.²¹

A nivel regional existe, desde el año 1995, una asociación de profesionales denominada “Red Latinoamericana de Reproducción Asistida” (RED LARA), cuyo objeto es reunir los centros que realizan TRHA en todo Latinoamérica para bregar por la excelencia en las prácticas médicas, contando asimismo con un registro que detenta los resultados de las técnicas en todos los Centros para implementar mejoras en sus programas, y con programas de acreditación de Centros y especialistas.

La realidad es que la Ley de Fertilización Asistida Argentina, si bien ha alcanzado un grandioso y remarcable avance en relación a los derechos sexuales reproductivos y al acceso a tratamientos antes inalcanzables e impensables para determinados actores sociales, se encuentra asimismo hoy con barreras infranqueables, por cuanto no logra abarcar el cumulo de situaciones que se presentan. Las instituciones no cubren el 100% de los tratamientos y medicamentos, por lo que la integralidad anhelada por la norma no es más que una expresión de deseos, hasta ahora, inalcanzable en la realidad fáctica.

Lo cierto es que, incluso, algunas instituciones sí garantizan el 100% de las prestaciones y tratamientos, pero garantiendo al paciente con un solo prestador, lo que vulnera la

²¹ (<https://www.argentina.gob.ar/salud/reproduccionasistida>).

posibilidad/derecho de los mismos de tratarse con su médico asiduo (no olvidemos que estos temas tan sensibles reclaman un acompañamiento especial y cargado de emotividad). En otros casos, por su parte, no se logra cumplir con el requisito de accesibilidad física a los servicios de salud reproductiva -entendida como disponibilidad física y geográfica para todos, especialmente para grupos desfavorecidos, marginados y en zonas remotas- y de asequibilidad, es decir proporcionarse sin costo alguno.

Justamente, se tomó este especial panorama como objeto de análisis; en parte por cuanto las mayores discusiones filosóficas en torno a los cuestionamientos morales y éticos de la normativa referenciada ya han sido superados, y plasmados en la ley vigente; como así también por cuanto la letra de la ley no puede quedar rezagada a una mera expresión de deseos; sino que debe manifestarse en actos concretos, en medidas directas, en políticas públicas de salud específicas, en la creación de nueva institucionalidad, en la receptividad de los prestadores de salud del 100% de cobertura todo lo cual, indudablemente, se analizó en el espacio temporal desde la adhesión provincial a la ley (2014) a la actualidad; un periodo que permitió evaluar si se ha alcanzado y, en su caso, en qué grado, la integralidad expresada.

3.- EL ESTADO DE LA CUESTION Y CONTEXTO CONCEPTUAL

En nuestro país existe numerosa legislación que, previo fervientes debates, ha tratado la incorporación de las TRHA en el territorio, variados anteproyectos y proyectos de ley a nivel local (la mayoría de ellos en C.A.B.A.), como así también el Anteproyecto del CCCN, la Ley N° 26.862, su Decreto Reglamentario y el CCyC. Ciertamente es que, previo a la existencia de propuestas de investigación existía un silencio cuasi absoluto en torno a esta cuestión, ello fundado en la concepción tradicionalista del derecho de familia y filiación, como así también en el escaso conocimiento de las TRHA aplicadas a la praxis y cómo debía ser su tratamiento legislativo para, con ello, no violentar normativa de derechos humanos y arribar a una coherencia interna del sistema.

Ahora bien, sin perjuicio del grandioso avance que significó arribar a un complejo plexo normativo que lograra armonizar la legislación vigente, contemplativa de derechos humanos fundamentales consagrados en nuestra Carta Magna con las nuevas prácticas médicas devenidas de los avances biotecnológicos -lo que sin lugar a dudas posicionó a nuestra sociedad en un plano amigado con la realidad social y el bioderecho-, cierto es que existen escasas investigaciones en torno al análisis de la llamada integralidad que la normativa referenciada

plantea como carácter principal y diferenciador de las simples enunciaciones que se hacían en el Código Civil en torno a técnicas aisladas de inseminación artificial, tanto en relación a sus avances como sus falencias.

Por su parte algunos estudios exploratorios, de gran valor socio jurídico, lo son en un contexto enmarcado durante la sanción de la Ley, es decir con ausencia de un largo periodo de asentamiento y conocimiento por parte de los actores sociales de las reales implicancias y alcances de la normativa o, en su caso, en el periodo de transición entre la sanción de la ley y la entrada en vigencia del CCyC; todos los cuales se enmarcan en indagar las discusiones filosóficas en torno a la ley.

Así, un antecedente de tal análisis filosófico lo refleja el artículo redactado por la Dra. Krasnov Adriana, titulado “Filiación por técnicas de reproducción humana asistida, gestación por sustitución y consentimiento informado en Argentina. Aportes y cambios introducidos por el Código Civil y Comercial” (Krasnov, 2016²²), en el que la autora refiere al novedoso instituto del consentimiento informado como voluntad procreacional y nueva fuente de filiación, ello incluso respaldado por jurisprudencia de nuestro máximo tribunal; introduciendo la importancia de la incorporación de normativa internacional para la protección de los derechos.

Asimismo, en cuanto al trabajo de investigación realizado por las Dras. Marisa Herrera²³, Natalia De la Torre y Marisa Scardino, titulado “Indagaciones Socio Jurídicas sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida al Campo Legislativo. La Experiencia Argentina” (Herrera, De la Torre, Scardino- 2017), en el que las doctrinarias efectúan un relato consecuencia de un trabajo exploratorio en torno a los resultados obtenidos por estudio de campo sobre casos específicos relativos a las TRHA.

Por su parte, la Dra. Eleonora Lamm -Doctora en Derecho por la Universidad de Barcelona, máster en bioética y derecho, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) desarrolló, en su libro “Gestación por sustitución. Ni

²² Adriana N. Krasnow, es abogada egresada de la Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Rosario -Facultad de Derecho, Universidad del Centro Educativo Latinoamericano (Rosario), Investigadora Independiente, CONICET. Doctora en Derecho. Profesora Asociada, Derecho Civil V (Derecho de las familias), Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Rosario. Profesora Titular, Derecho Civil V (Derecho de las Familias), Facultad de Derecho, Universidad del Centro Educativo Latinoamericano (Rosario).

²³ Marisa Herrera, es abogada y desde 2006 es investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) especializada en temas de familia, infancia y adolescencia. También es profesora de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y la Universidad de Palermo (UP), impulsó la redacción de normas históricas para el país -como las de matrimonio igualitario y fertilización asistida- y es la única científica del Consejo que participó de la reforma del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.

maternidad subrogada ni alquiler de vientres”, (Lamm -2013) la relevancia de la maternidad por sustitución, su espacio en los tribunales nacionales, exponiendo la realidad practica y los conflictos que se suscitan por la falta de reglamentación; haciendo hincapié en las nuevas formas de familia y los cambios en materia de filiación.

Cierto es que, los trabajos enumerados y otros tantos analizados citados en la bibliografía del presente trabajo tratan acerca de los debates filosóficos relacionados con el derecho a la identidad del niño por nacer, a la criopreservacion de embriones y gametos, a la discusión en torno al inicio de la vida, a la concepción del derecho a la familia y la filiación, la subrogación de vientres; como así también discusiones éticas y morales relacionadas con las nuevas TRHA; mas no refieren a su efectiva aplicación en la praxis, o la existencia de políticas públicas concretas para su implementación integral y sin discriminaciones, en síntesis a la integralidad pretendida.

Por su parte, un trabajo de investigación hallado -de carácter exploratorio- del Dr. Mariano Grees -Maestrando de la Universidad Nacional de Rio Negro-, titulado “Cobertura integral de las técnicas de reproducción humana asistidas: Ley vs. Realidad”, refiere justamente a la implementación de la normativa a través del sistema de salud y su amparo mediante el reclamo judicial, ello claro está circunscripto al área territorial de estudio y enmarcado en el análisis de jurisprudencia local frente a reclamos de amparistas por la falta de cobertura de empresas de medicina prepaga y obras sociales, no sin ello previo desarrollar el extenso debate parlamentario habido previo a la sanción de la ley.

El tesista refiere a los diversos planteamientos efectuados por las obras sociales y empresas de medicina prepagas en torno a la cobertura que la ley refiere, argumentando en líneas generales que no correspondería afrontar el 100% del tratamiento o de medicamentos cuando el beneficiario cuenta con otra obra social, o que el profesional elegido por el pretensor no se encuentra en la cartilla de prestadores, a lo que la respuesta judicial casi unánime ha sido reconocer la obligatoriedad de las mismas a otorgar cobertura integral. Ahora bien, nada refiere en torno a las políticas públicas del sistema de salud, prestaciones obligadas de los nosocomios públicos y la fragmentación del presupuesto destinado a dichos fines.

Por otro lado, la tesista Hila Fanny Navarro ha desarrollado su trabajo de investigación para adquirir el grado de magister en Salud Publica y Reproductiva por la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.C. indagando acerca del nivel de conocimientos sobre fecundación asistida

en los enfermeros que trabajan en el área de ginecología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la ciudad de Córdoba, ello en los meses de febrero a marzo de 2014. Sin duda alguna, el estudio referenciado es revelador en cuanto al bajo nivel de conocimiento del tratamiento de FIV²⁴, como así también de la propia normativa en estudio, remarcado en el desconocimiento existente por parte de profesionales auxiliares de salud -circunscripto a su área de investigación-, lo que sin duda alguna reclama la implementación de capacitaciones transversales en todas las instituciones de salud.

Un Informe de investigación del especialista parlamentario Víctor H. Neciosup Santa Cruz de Perú, correspondiente a los años 2014/2015, ha indagado acerca de las problemáticas de política pública y estado situacional de las técnicas de reproducción humana asistida en el país referenciado, cuyo importante valor académico en relación al presente trabajo destaco en torno a la no consideración de la infertilidad como incluida en el listado de interés desde un enfoque preventivo de la salud pública, lo que asimismo se conjuga con la marcada ausencia de conglomerado normativo de fertilización asistida en dicho país, el cual se presenta como fragmentado, disperso y asistemático. Resulta dable atender a la imperiosa necesidad de contar con políticas públicas e institucionales para la plena efectividad de las técnicas referenciadas y el reconocimiento pleno del derecho sexual reproductivo. La problemática es generalizada y, amén que el presente estudio indagó acerca de la situación fáctica de nuestra región, no puede soslayarse que la situación de vacío en cuanto a puentes que hagan efectiva la práctica normativa trasciende fronteras y se posiciona desde una óptica del ser humano como tal, y no como ciudadano de una nación.

Cierto es que, conforme lo expresa la periodista Paula Galinsky en su artículo publicado en el diario Clarín en fecha 30.09.2018, titulado “*En cinco años nacieron unos 25 mil niños gracias a la sanción de la ley de fertilización asistida*”, si bien se han duplicado los tratamientos de fertilización medicamente asistida desde la sanción de la ley -ello debido a la cobertura médica por las obras sociales y prepagas-; muchos ciudadanos continúan eligiendo hacerlo de forma particular; lo que se vincula directamente con el desfinanciamiento del sistema de salud. Ello invita a reflexionar acerca de la efectiva desconexión que existe entre el discurso y la acción; partiendo de la premisa que la administración pública depende jerárquicamente del

²⁴ F.I.V.: Fertilización in vitro.

poder político y ello, inevitablemente, repercute en la implementación de políticas públicas transversales que faciliten la concesión de los objetivos de la norma en el caso concreto.²⁵

Por su parte, un informe emitido por el SAMeR en el año 2015 da cuenta de la problemática que subsiste en torno al negociado de las entidades de medicina prepaga que engloban la prestación del servicio médico de fertilización asistida como profesionales de la salud y medicamentos, lo que pone en riesgo la eficacia de los tratamientos, la calidad de la prestación del servicio y la disminución de su tasa de éxito, poniendo de resalto que no toda medicación se aplica a cada caso particular.

A ello, debe añadirse el aumento de la cantidad de casos y los altos costos que implican para los centros de fertilización llevar adelante tales tratamientos, la demora de proveedores en realizar la importación y el tiempo para capacitar al recurso humano. Tal escenario pareciera ser consecuencia directa de la escases de regulación unánime en torno a la cuestión, que delimite marcos de actuación y determine con mayor especificidad a qué se refiere la normativa en torno a la cobertura del 100% del tratamiento, evitando así interpretaciones antojadizas que van en desmedro del fin último de la ley.²⁶

En el campo legislativo, en el año 2017 se impulsó en Entre Ríos un Proyecto de ley en pos de garantizar el derecho a la salud como un derecho fundamental, individual y social, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin, aprobado el 22.11.2017²⁷. Tal normativa, en su extenso texto, prevé como funciones esenciales de salud pública el desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión en salud, estableciendo que corresponde al Poder Ejecutivo la definición e implementación de la política provincial de salud. Para ello refiere a la creación del Sistema Integral de Salud de la Provincia de Entre Ríos, constituido por el conjunto de recursos de salud de dependencia estatal, de la seguridad social, de la sociedad civil y del sector privado que se desempeñan en el territorio de la Provincia de Entre Ríos.

Asimismo, establece la creación del Instituto Provincial de Salud Pública, ello para la elaboración de un Plan Estratégico Provincial de Salud, como instrumento de planificación,

²⁵ Galinsky Paula, "En cinco años nacieron unos 25 mil niños gracias a la sanción de la ley de fertilización asistida". En diario Clarin. 30.09.2018.

²⁶ Problemática Actual de la Fertilidad en la República Argentina. Calidad y buenas prácticas en medicina reproductiva. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva 2015 SAMeR. http://www.samer.org.ar/pdf/problematica_actual_fertilidad.pdf

²⁷ <http://www.hcder.gov.ar/archivosDownload/diarios/D17-22112017o138.pdf>. Reunión N° 17 HCD E.R. 22.11.2017. Proyecto de Ley Expte. N° 22.567.

dirección y ordenación del Sistema Integral de Salud de la Provincia de Entre Ríos cuyo objetivo es garantizar la respuesta del sistema a las necesidades de los ciudadanos, las orientaciones básicas y estrategias fundamentales relacionadas con la salud de la población, así como el conjunto de acciones sanitarias y los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud. En su parte pertinente, prevé el denominado “tercer nivel de atención”, que comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial, dentro de las cuales se encontrarían incluidas las TRHA.

Tal normativa, hoy no vigente, ha impulsado sin duda alguna la investigación e indagación de la situación institucional de la provincia, ello en torno a las falencias en políticas públicas de salud y la obligada interrelación que debe existir entre la creación de nueva institucionalidad y el diagrama de implementación de planes de salud integrales; ello en consonancia con la ley de presupuesto claro está.

En torno al contexto conceptual, se presentan los siguientes conceptos teóricos: salud reproductiva, técnicas de reproducción humana medicamente asistida, consentimiento informado, voluntad procreacional, bioderecho, bioética y políticas públicas.

“Salud reproductiva”: Naciones Unidas convoca en El Cairo en 1.994 la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. En el Programa de Acción se establece que el derecho a la salud debía incluir el derecho a la salud reproductiva y sexual. En el capítulo VII dice: *“la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”*.

“Técnicas de Reproducción Humana medicamente asistida”: La International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology [ICMART] y la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010) definen la reproducción medicamente asistida (RMA) como la *“reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante”*. Las técnicas de RHMA son los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución del embarazo, quedando comprendidos los tratamientos de fertilización de baja complejidad (unión de un ovulo y espermatozoide en el interior del sistema reproductor

femenino, con semen de la pareja o donante -inseminación artificial-) y de alta complejidad (unión entre ovulo y espermatozoide por fuera del sistema reproductor femenino -fecundación in vitro-, con o sin donación de ovocitos, espermatozoides y embriones), incluyan o no la donación de gametos /o embriones.

“Consentimiento informado”: El consentimiento informado, según la definición que hace la Ley 26.529 (2.009), y a la que remite el artículo 7° de la Ley 26.862, es la declaración de voluntad que efectúa el paciente, o sus representantes legales si correspondiera, luego de haber recibido de parte del médico información clara, precisa y adecuada respecto a su estado de salud, procedimientos a llevarse a cabo, beneficios, posibles riesgos, molestias y efectos adversos. Debe ser prestado por la persona que requiera la aplicación de las técnicas, antes del inicio de cada una de ellas -antes de cada implantación-, documentándose en la historia clínica y adecuándose a lo previsto en las leyes 26.529 (D. del Paciente) y 25.326 (Protección de Datos Personales).

“Voluntad Procreacional”: Voluntad de las personas de tener un hijo con independencia de quien haya aportado gametos (Art. 562 CCyC).

“Bioderecho”: Para Ciuro Caldani el Bioderecho es el área jurídica compuesta por los casos y soluciones producidos en el desarrollo de la técnica en la vida en general y, particularmente, en la vida humana.

“Bioética”: La Asociación Internacional de Bioética brinda la siguiente definición: “*el estudio de los problemas éticos, sociales, legales, filosóficos y otros relacionados, que emergen en la atención de la salud y las ciencias biológicas*”. Refiere a un dialogo entre el humanismo y la ciencia. En 1.974 el Congreso Norteamericano crea la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y de Comportamiento, cuya labor era identificar los principios éticos básicos que debían aplicarse en la investigación con seres humanos, que elaboró un reporte que sería conocido como Informe Belmont. Los principios establecidos fueron: a) respeto por las personas, que luego sería traducido como principio de autonomía y entendido como la capacidad del individuo de deliberar y actuar libremente según sus criterios personales, con el conocimiento necesario para ello. Considera al hombre como un ser moral autónomo que como tal debe respetarse. b) principio de beneficencia, no en sentido de caridad sino como la idea de minimizar los riesgos y extremar los posibles beneficios, y comprende el principio de no maleficencia, es decir no hacer daño. c) principio de justicia que

propugna la imparcialidad al distribuir riesgos y beneficios, y se refiere a tratar de forma igualitaria, íntimamente vinculado a la distribución de recursos y acceso en condiciones de igualdad.

“Políticas Públicas”: Son entendidas como un conjunto de decisiones y estrategias adoptadas por una autoridad legítima; es una directriz general que refleja la prioridad o voluntad política del gobierno para modificar una situación determinada. Son procesos deliberadamente diseñados y planificados, con objetivos, cursos de acción y estrategias establecidos que demandan una variedad de recursos y requieran la interacción entre actores políticos y sociales. A decir de Eugenio Lahera (Lahera, 2004): *“Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y de la oposición. La política en su sentido más amplio tiende a conformar, tanto las propuestas de políticas públicas, como aquellas que se concretan. Quien quiere el gobierno, quiere políticas públicas. Los gobiernos son instrumentos para la realización de políticas públicas. Más que mirar al ordenamiento de las actividades del sector público, como dado por su organización, conviene mirarlo como un instrumento para la realización de las políticas públicas. Así como el logro principal de una empresa privada no es su organigrama, sino sus utilidades, lo importante en el gobierno son sus resultados, más que su estructura...”*²⁸. Así, la concepción de política pública será entendida como un curso de acción democrático desarrollado por el sector público, con la participación de la comunidad y el sector privado, con modificaciones institucionales, previsión de resultados e instrumentos orientadores.

4.- METODOLOGIA

La presente tesis, cuyo objeto fue explorar las dinámicas existentes respecto del acceso de los ciudadanos entrerrianos, desde la adhesión a la Ley (2014) al 2020, a los tratamientos de fertilización humana asistida (TRHA) previstos en la ley N° 26.862, en su Decreto Reglamentario N° 956/13 y receptados por el Código Civil y Comercial; se basó en una estrategia metodológica cualitativa sincrónica y microsocia -con el énfasis centrado en las percepciones de los actores-, cuyo método de producción de datos fue a través del análisis de

²⁸ Eugenio Lahera P. Política y Políticas Públicas 2004.

documentos como productos sociales, el estudio de casos y entrevistas, con el objeto de obtener resultados exploratorios.

Se intentaron explorar las dinámicas burocráticas, administrativas, jurídicas, económicas y sociales frente al acceso integral de los ciudadanos entrerrianos a los tratamientos de fertilización asistida previstos en el plexo normativo vigente desde el 2014, por lo que fueron de obligado campo de estudio los distintos posicionamientos de los actores de la sociedad civil que se vinculan intrínsecamente con los derechos reconocidos, a saber: actores políticos, agencias estatales y privadas, pacientes y activistas sociales que se enmarcan en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos.

Así, el ámbito de actuación fue el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná; ello por ser el nosocomio más importante y de referencia de la provincia; el I.O.S.P.E.R -como obra social del Estado, y siendo que casi el 65% de la población activa es empleada estatal-, determinadas obras sociales y empresas de medicina privada que actúan en el territorio provincial, Centros de fertilización de la provincia -actualmente solo existen dos (2), a saber: C.E.R.F.H. (Centro de Estudios de Reproducción y Fertilidad Humana) y H.A.V.V.A. (Centro de Medicina Ginecológica de y Reproductiva), y organizaciones sociales.

Para ello las unidades de análisis fueron, por un lado, los documentos y, por el otro, las prácticas discursivas, éstas últimas habidas a través de entrevistas concertadas con pacientes/beneficiarios de tratamientos, directores/titulares de instituciones privadas (entidades de medicina prepaga y centros de fertilización asistida), de instituciones públicas: jerárquicos de Hospitales de la región, y funcionarios del Ministerio de Salud provincial.

El método de análisis de las prácticas discursivas se vio reflejado en las opiniones mayoritarias y minoritarias obrantes en los documentos analizados, esto es: debates previos y posteriores a la Ley de Adhesión provincial, doctrina provincial, libros, trabajos de investigación y artículos jurídicos sobre la temática a nivel local, y a través de entrevistas a los actores sociales implicados: beneficiarios, directores centros médicos privados, funcionarios estatales vinculados a la salud, diputados propulsores de temáticas afines a las TRHA; como así también otros actores sociales que surgieron a lo largo del proyecto de investigación.

A través del estudio - indagación de los discursos brindados por Funcionarios Estatales dependientes del Ministerio de Salud y documentos que reflejan el proceder de las obras sociales- se pudieron analizar las dinámicas que se presentan en torno a las barreras políticas -

si se han implementado políticas públicas de gestión con creación de nueva institucionalidad y capacitación de recursos humanos; burocráticas -de funcionamiento del sistema-, como así también económicas -de asignación presupuestaria-; advirtiendo asimismo si el sistema de salud se encuentra desfinanciado y si existe una re asignación presupuestaria para los fines de la norma.

Asimismo, se pudo advertir de qué manera funciona el procedimiento interno de la petición de amparo, desde que el beneficiario lo insta a la entidad de salud, como así también el otorgamiento de cobertura, de qué tipo, y por qué motivo se rechaza -o no-. También las notas ideológicas que persisten en determinados actores de relevancia y de qué manera ello incide en iniciativas normativas para un retroceso legislativo.

En torno a la praxis, pues a través de las entrevistas a los actores sociales involucrados relevantes (Beneficiarios, Directores de Centros Médicos privados, Funcionarios del Ministerio de salud y obras sociales y especialistas médicos en TRHA), se pudo indagar acerca de las dinámicas organizacionales del sistema, visualizar cómo funciona internamente cada centro médico, si estipulan parámetros de bioética internos (sin reglamentar) coincidentes con otros centros médicos del país, si existen obligadas derivaciones, si cuentan con apoyo del Estado, como así también si se ha acrecentado el número de beneficiarios de toda la provincia para acceder a las TRHA.

Sobre todo, en lo que respecta al acercamiento con los especialistas médicos en la materia y directores de Centros Médicos privados, se logró brindar un panorama en torno a las cuestiones no previstas en la normativa y de qué manera se resuelven en la práctica ante reales inquietudes de los pacientes/beneficiarios, ello ante la ausencia de políticas públicas de implementación de la ley.

5.- PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

El proceso de investigación llevado a cabo se enmarcó en la lectura y análisis de documentos relacionados con la situación socio-jurídica de las TRHA, ello a los fines del entendimiento de cuál fue la concepción jurídica y desde la óptica del bioderecho del legislador para la sanción de la normativa, los aspectos receptados por la comunidad por fuera de las concepciones tradicionalistas, analizando asimismo la internacionalización del derecho a la salud reproductiva.

El estudio de los antecedentes se vio enfocado, sin lugar a dudas, por la lectura del complejo plexo normativo vigente que contempla la Ley N° 26.862, su Decreto Reglamentario, el Código Civil y Comercial, fallos de la C.I.D.H. que refieren al comienzo de la vida humana en relación con las TRHA, lectura de jurisprudencia relacionada con las técnicas no incorporadas a la legislación y derecho comparado. Asimismo, se indagó en la lectura de numerosos artículos, libros y trabajos de investigación publicados en revistas jurídicas que abordaban la normativa desde un enfoque filosófico.

Ahora bien, atento la ausencia de proyectos de investigación estrechamente vinculados con el objeto de estudio, el trabajo de campo se centralizó en la sistematización de datos obtenidos a través de lectura de doctrina, artículos jurídicos, documentos, revistas científicas, circulares internas, entre otros documentos de utilidad ; como así también de entrevistas a los actores sociales relevantes: Directores de centros de fertilización, pacientes/beneficiarios, Funcionarios estatales –Ministerio de Salud, obras sociales y representantes de sectores activistas en pos de los derechos sexuales y reproductivos.

El cronograma de tareas se desarrolló en el transcurso del año 2019, ello en función de una vasta lectura y revisión bibliográfica centrada en los primeros meses de análisis; en torno a la adquisición -compra, préstamo o descarga virtual- del material (libros, artículos, trabajos de investigación, protocolos de actuación internos, proyectos de ley en retroceso a las TRHA), y consulta en bibliotecas (Biblioteca de la Legislatura de la Provincia de E.R., Biblioteca del S.T.J.E.R., Biblioteca de la UNL -Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales-).

Posteriormente, y una vez aprobado el Proyecto, se procedió al trabajo de campo: concreción de entrevistas a los actores sociales relevantes -previa elaboración de los cuestionarios adecuados- lo que reclamó una organización y predisposición de tiempo y espacio para ser llevadas a cabo, vínculo con pacientes/beneficiarios locales dispuestos a dar su testimonio, organización de agenda con funcionarios públicos para brindar la entrevista requerida; como así también con titulares de centros médicos especializados y empresas de medicina prepaga.

Ello reclamó más de seis meses de trabajo, siendo que la pauta de las entrevistas se organizó en forma concomitante con la lectura de documentación. Es de destacar que, atento la situación de emergencia sanitaria, ASPO y posterior DISPO a partir del 13.03.2020, las entrevistas concertadas fueron realizadas previa coordinación telefónica y remisión del archivo

vía correo electrónico al entrevistado procediendo, una vez recibida la respuesta, a evaluar repreguntas y volver a remitir cuestionario ampliado.

Luego, se procedió al análisis propiamente dicho del contenido de las entrevistas y de la información brindada, la calificación de los datos otorgados y su vinculación con la documentación habida; ello a los fines de plasmar por escrito en el cuerpo de la tesis las conclusiones arribadas y sistematización de datos en torno a los objetos específicos investigados, esto es la elaboración de la tesis.

En cuanto al tiempo que llevó la redacción, en forma concomitante al estudio y lectura de documentación, la redacción se impuso para recopilar datos; como así también, una vez analizadas las entrevistas, se contó con la información preponderante que requirió el cuerpo de la tesis para el análisis de las dinámicas existentes en torno a las TRHA en Entre Ríos, por lo que la redacción referenciada reclamó un tiempo de elaboración de aproximadamente ocho meses en concomitancia con el anterior periodo.

Finalmente, una vez elaborado el cuerpo de la tesis, con la información recabada y habiendo logrado determinar las barreras y puentes que, se destaca, si bien han sido determinadas en forma genérica en la presente introducción, pues muchas de ellas surgirán detalladas a lo largo del presente trabajo, se procedió a efectuar un informe y conclusión final de la situación actual para referenciar cuál sería el camino a adoptar para regular las nuevas realidades, puesto que el mero hecho de la no regulación y/o el impedimento de efectivización de lo reglado no supone la desaparición del avance y de las conductas sociales, concluyendo con una propuesta que refleje las políticas públicas que reclama la sociedad moderna.

El lector encontrará en la presente Tesis un trabajo exploratorio sobre las dinámicas existentes en torno al acceso efectivamente integral de las TRHA en la provincia de Entre Ríos, podrá acceder a información recabada y procesada, en conjunción con un análisis jurídico del estado de situación, la cronología temporal desde la adhesión a la ley en la provincia hasta el año 2020 y los nuevos desafíos venideros, de la mano del avance científico y tecnológico, finiquitando en una interpretación sobre el particular estrechamente vinculada a la transversalidad de los derechos humanos fundamentales, constitucionalmente consagrados.

CAPITULO I

1.- DINÁMICAS ORGANIZACIONALES Y BUROCRÁTICAS RESPECTO DEL ACCESO IGUALITARIO A LOS TRATAMIENTOS QUE ENFRENTAN LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS.

1. a) Funcionamiento de las entidades que prestan el tratamiento de TRHA

1) CENTROS MÉDICOS PRIVADOS:

En la provincia de Entre Ríos, a la fecha, existen dos (2) Centros Médicos Privados habilitados que llevan a cabo TRHA; es decir que se encuentran registrados en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES)²⁹, que incluye a todos los establecimientos sanitarios del país del sector público y privado, con y sin internación, que se encuentran funcionando en cada una de las jurisdicciones provinciales según la reglamentación vigente. La responsabilidad de actualización y mantenimiento del registro es de cada jurisdicción provincial.

Dentro del REFES, cada provincia tiene acceso a todos sus establecimientos en su versión completa. Asimismo, existen profesionales en la ciudad de Paraná que realizan IIU (Inseminación Intrauterina) en la provincia y luego derivan a Buenos Aires o Rosario los tratamientos de alta complejidad.

Centro Médico Privado H.A.V.V.A. -Centro de Medicina Ginecológica y Fertilidad-, se encuentra ubicado en la ciudad de Paraná, capital de la provincia. Dicho centro cuenta con un médico especialista en fertilidad, equipo médico de ginecología y obstetricia, una psicóloga, un nutricionista, un ecógrafo y laboratorio de reproducción; a saber: Directora Médica: Cabrera María Mercedes (Fertilidad). Director Médico: Dr Goldberg León (ginecología y obstetricia). Director Laboratorio de embriología: Bisioli Claudio- Raúl Azcoaga. Equipo de profesionales -Gineco-obstetricia: Dra Pisk Maria José, Dra. Ieder Virginia Dra. Freijes Marina Dr Bonazza Gustavo. -Ecografía: Dr Gelmi Alejandro. -Bioingeniera: Roxana Knuttzer. -Biologos: Carloz Zumoffen. - Instrumentadora: Silvana Hundt. - Anestesiólogos: Temporetti Pablo Temporetti Eduardo Wulfson Adolfo. -Nutrición: Sol Devrieux. -Psicología: Perelstein María José - secretarias y personal de limpieza e higiene.

²⁹ Este registro fue creado por la Resolución Ministerial 1070/09 del Ministerio de Salud de la Nación y cuenta con la aprobación del Consejo Federal de Salud, depende de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

El Centro incluye: control y seguimiento del embarazo, atención ginecológica/mamaria, ecografías obstétricas, de riesgo genético, mamas, fertilidad: tratamientos de baja complejidad: inseminaciones con semen homólogo y heterólogo (banco de semen) y tratamientos de alta complejidad: (FIV) fecundación in vitro con ovocitos homólogos y heterólogos (ovodonación), vitrificación de gametas (ovocitos-espermatozoides) por tema oncológico o fertilidad futura/diferida, atención psicológica y acompañamiento de la infertilidad.

Se encuentra inscripto en el REFES (Registro Federal de Establecimientos de Salud) y acreditado por el SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva), reportando tasas de embarazo, nacimientos vivos, enfermedades neonatales al RAFA (Registro Argentino de Fertilización Asistida), como así también inscripto en el sistema de recolección de residuos patológicos de la provincia.

De conformidad a lo expresado por la titular del Centro Médico, al concurrir el paciente a la consulta, se le solicitan todos los estudios necesarios para demostrar la causa de la infertilidad y justificar la indicación del tipo de tratamiento. Cuando se termina esta etapa se hace la solicitud a la obra social. Para ello, se entregan formularios específicos, historia clínica, duplicado de los estudios, medicación necesaria y consentimiento informado. Todo esto, junto a documentación personal, es entregado por el paciente para la auditoria ante la obra social. Cuando se tiene la respuesta, y según en qué condiciones se da la cobertura (porcentaje a pagar por el paciente), se inicia el tratamiento.

El Centro cuenta con asesoría legal para las formas de filiación del niño/a, consentimiento, alcances y legalidad, tipo de cobertura de las diferentes obras sociales, vitrificación de embriones y mantenimiento, banco de semen (tipos de donantes de identidad abierta, único, conocido, etc) y ovo donación, a cargo del particular.

Por su parte, el Centro Médico tiene convenio con la gran mayoría de las empresas de medicina prepagas; salvo aquellas que no realizan convenio con la provincia (ej. Sancor Salud, Prevención Salud o, en su caso, Swiss Medical que solo realiza tratamientos con un Centro de la provincia).

Centro Médico Privado C.E.R.F.H. -Centro de Estudios de Reproducción y Fertilidad Humana-, se encuentra ubicado en la ciudad de Paraná, capital de la provincia. Dicho centro cuenta con una directora médica y dos medicas especialistas en fertilidad (staff médico), una

psicóloga, un coordinador del área genética médica, dos laboratoristas y un asistente de laboratorio, embriólogo, instrumentadora, enfermeras y personal de quirófano.

Incluye tratamientos de baja complejidad, cirugía invasiva mínima como método de diagnóstico, estudio genético de embriones (presonceptuales y prenatales) y tratamientos de alta complejidad: fecundación in vitro (FIV/ICSI), oncofertilidad y preservación de la fertilidad por motivos oncológicos y sociales (criopreservación de ovocitos, semen, tejido ovárico y testicular). Asimismo, banco de gametas. Su titular es la Dra. Graciela López de Degani (MP N° 5348).

El procedimiento de atención al paciente es similar en ambos centros, recibiendo consultas de toda la provincia en la ciudad de Paraná, aproximadamente cuarenta (40) por mes teniendo en cuenta pacientes nuevos, a lo que se adicionan las consultas periódicas de los pacientes ya en tratamiento.

Ambos centros se encuentran acreditados por SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva),³⁰ asociación civil sin fines de lucro dedicada a fomentar el estudio de fertilidad humana, fomentando trabajos de investigación y vínculos intelectuales, publicando guías consensuadas de buenas prácticas avaladas por la comunidad científica.

Por su parte, el R.A.F.A. (Registro Argentino de Fertilización Asistida) lleva a cabo auditorías externas anuales, requeridas voluntariamente por ambos Centros, con el objeto de cumplir con los estándares de calidad más altos y contar con evaluación externa permanente para la mejora de procesos y resultados.

Sumado a ello, el SAMER, otorga certificados de acreditación de Centro de Medicina Reproductiva para el establecimiento de un programa de reproducción humana asistida de alta complejidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos para acceder siendo que, asimismo, desde el año 2011 y a solicitud de los propios centros, el comité de acreditaciones y un equipo de acreditadores externos auditan los Centros.

Ello así, se entiende por Centros con Acreditación Plena aquellos que presten servicios de Reproducción Asistida (RA) de alta complejidad, que tengan al menos un año de antigüedad

³⁰ SAMER es la Sociedad Científica del área que representa a la República Argentina ante la IFFS (International Federation of Fertility Societies), ALMER (Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva), REDLARA (Red Latinoamericana de Medicina Reproductiva), ASRM (American Society of Reproductive Medicine) y otras, tanto en el plano nacional como internacional.

reportando al Registro Argentino de Reproducción Asistida (RAFA) y que hayan cumplido regularmente con las obligaciones y el estándar de control, aseguramiento y mejoramiento de la calidad que imponen estas Normas.

Son Centros con Acreditación Parcial aquellos que presten servicios de Reproducción Asistida de alta complejidad que tengan al menos un año de antigüedad reportando al Registro Argentino de Reproducción Asistida (RAFA) y que no hayan cumplido totalmente las condiciones requeridas para su Acreditación Plena, pero se encuentren en condiciones de lograrlo en el futuro cercano.

Por su parte, son Centros con Acreditación Inicial aquellos que presten servicios de Reproducción Asistida (RA) de alta complejidad, que tengan al menos un año de antigüedad reportando al Registro Argentino de Reproducción Asistida (RAFA) y que no cumplan totalmente las condiciones requeridas para su Acreditación Parcial, pero que alcancen un nivel mínimo que haga prever que se encuentren en condiciones de lograrlo en el futuro. Son Centros Rechazados aquellos que no cumplan las condiciones requeridas para su Acreditación.

Se destaca, en este sentido, que la pertenencia de ambos Centros a la RED FEDERAL de Centros habilitados se vincula estrechamente con la cantidad de tratamientos reportados, la aplicación de tecnología de avanzada, la capacitación del personal y, a mas elevados estándares, mejor calificación y posicionamiento. El impulso es de cada Centro y no se vincula con política publica alguna.

2) SISTEMA PUBLICO DE SALUD PROVINCIAL:

Hospital Regional San Martin, ubicado en la ciudad de Paraná, como Hospital provincial de derivación territorial e integrante del sistema público de salud provincial de Entre Ríos.

En dicho nosocomio funciona el Programa de Fertilidad de la Provincia, cuya Coordinadora General, hasta el año 2020, fue la Dra. Graciela López de Degani -especialista en fertilidad y jefa del Servicio de Ginecología del Hospital-, quien trabaja coordinadamente con dos especialistas en la materia de reproducción asistida, un biólogo y técnicas; único en la provincia en llevar a cabo dichos procedimientos. Actualmente, el Programa se encuentra bajo la Dirección de la Dra. Virginia Leon.

El Hospital cuenta con un laboratorio para tratamientos de baja complejidad, mientras que los de alta complejidad deben ser derivados al ámbito privado, ello solventado mediante subsidios del Ministerio de Salud; lo que implica la cobertura del tratamiento que el paciente requiera -sea de alta o baja complejidad-.

Ciertamente, conforme lo manifiesta la ex titular del programa, desde la adhesión provincial a la ley de TRHA, ha existido cierta inversión hospitalaria en la materia, equipando el laboratorio de Andrología (exploración e investigación de los órganos sexuales y reproductivos) para preparación de muestras; habiéndose asimismo adquirido insumos y medicamentos; pero a la fecha no se cuenta con el equipamiento para llevar a cabo tratamientos de alta complejidad; como así tampoco se ha logrado equipar a otros nosocomios de referencia de la provincia para descentralizar la atención en lo que respecta al sector público, atendiéndose aproximadamente cuarenta (40) consultas por mes en la temática, todo centralizado en Paraná.

En cuanto al procedimiento administrativo para la cobertura del tratamiento indicado en el ámbito público -mediante subsidios-, el mismo se presenta como dinámico dentro del nosocomio, pero enlentecido al atravesar por numerosas auditorias que lleva a cabo el Ministerio de Salud, ello por cuanto los mismos son cubiertos por subsidios, cuyo origen resulta del presupuesto provincial general, sin existir asignación específica.

1. b) Funcionamiento de obras sociales y servicios de medicina prepaga (Instituciones del Sistema Nacional de Seguro de Salud):

El sector público de salud, las obras sociales reguladas y otras entidades de la seguridad social, conforme establece la normativa vigente, deben incorporar como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral de las técnicas de reproducción médicamente asistida. La cobertura garantizada en la reglamentación se basa en los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con un enfoque integral e interdisciplinario del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos, las terapias de apoyo y las técnicas de reproducción médicamente asistida de baja y de alta complejidad.

Se ha evidenciado que las obras sociales o empresas de medicina prepaga impetran, generalmente, la manera de no hacerse cargo de todos los gastos de cobertura médica o, incluso, de no cumplir directamente. Generalmente las obras sociales trabajan con un solo Centro de fertilidad al que la/los pacientes son derivados, sin darle la posibilidad de atenderse en su lugar

de preferencia o elegir al médico tratante de confianza si no ha obtenido los resultados esperados, o no ha sido atendido como anhelaba.

1. OBRA SOCIAL PROVINCIAL:

El I.O.S.P.E.R. es el Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos, a la que se encuentran afiliados todos los trabajadores del Estado Provincial, con más sus afiliados voluntarios y que, desde el año 1998, se encuentra a cargo de un Directorio compuesto por siete miembros representativos de los trabajadores estatales -activos y pasivos- elegidos por voto directo de los beneficiarios de la obra social.

En el año 2009, el IOSPER se convirtió en la primera obra social del país en otorgar cobertura del 60% del tratamiento de fertilización in vitro, ello aun sin ley de TRHA, aplicando un sistema de cobertura atento los numerosos reclamos de amparistas y la realidad imperante, el restante 40% debía ser abonado por los particulares.

Actualmente, y conforme normativa vigente, la obra social del Estado incluye dentro de su PMO la cobertura del 100% de tratamientos, de alta y baja complejidad, para acceder a TRHA. Ahora bien, la cobertura de los tratamientos de baja complejidad lo son para llevarse a cabo exclusivamente en el único nosocomio del sistema de salud pública provincial habilitado al efecto; actualmente el Hospital Regional San Martín, sito en la ciudad de Paraná.

Ello así, todos los ciudadanos entrerrianos, afiliados a la obra social del Estado y que requieran la cobertura de TRHA, deben concurrir al referido nosocomio y, en su caso por derivación de alta complejidad, a los Centros Médicos Privados.

No se ha podido acceder a datos oficiales en torno a la asignación presupuestaria del IOSPER para atender la cobertura de los tratamientos.

2. OBRAS SOCIALES Y SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGA:

Resulta imperioso poner de resalto que, por Resolución N° 1709/2014 (B.O. 12/12/2014) se dispuso la inclusión de las Técnicas de Reproducción Médicamente Asistida de Alta Complejidad al SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR), creando así un sistema de apoyo financiero a los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud (Obras Sociales reguladas legalmente mediante ley 23.600), recabado del Fondo Solidario de Redistribución,

dada su prevalencia de uso e impacto económico y en razón del alto costo que demandan las prestaciones por tales tratamientos, contribuyéndose de este modo al financiamiento de las técnicas con el objetivo de asegurar su accesibilidad a los beneficiarios.

Para acceder a los beneficios de dicho sistema, deben cumplirse los requisitos generales exigidos en la Res. N° 1048/2014 SSSALUD y los exigidos en sus Anexos.

En el Anexo I consta que solo se dará curso a las solicitudes de reintegro presentadas por los Agentes del Seguro que tenga por beneficiario a la mujer receptora o potencial receptora de los embriones. Dentro de los requisitos específicos para acceder al reintegro (del que se retroalimenta la obra social o prepaga), se encuadra: resumen de Historia Clínica en el cual deberá constar -de corresponder- antecedentes personales, firmada por médico tratante y avalada por el médico auditor con firma y sello, listado completo de procedimientos, diagnósticos y terapéuticos realizados, firmada por médico tratante y avalada por el médico auditor con firma y sello, constancia de administración de las drogas con detalle del esquema (dosis y número de aplicaciones) firmada por médico tratante y avalada por el médico auditor con firma y sello, consentimiento informado en el cual se asesore en detalle a los beneficiarios acerca de las técnicas de Reproducción Médicamente Asistida en lo concerniente al procedimiento, así como a las consecuencias, efectos y posibles complicaciones de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 y normas complementarias, constancia de inscripción de los prestadores en el Registro Federal de Establecimientos de Salud -REFES- del Ministerio de Salud de la Nación, planilla de inscripción en el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergente para ser presentada ante la Gerencia de Gestión Estratégica.³¹

Ciertamente, de ello se deriva -en muchos casos- la multiplicidad de documentación requerida por las obras sociales a los afiliados en pos de brindar cobertura integral a los tratamientos -sobre todo aquellos de alta complejidad-; en miras a acceder al reintegro de los costos asumidos y no desfinanciar el sistema.

De conformidad a los datos extraídos de entrevistas llevadas a cabo a obras sociales y servicios de medicina prepaga (de asociación voluntaria mediante sistemas de pago de adhesión), se puede evidenciar que las mismas brindan tratamiento solamente en aquellos Centros con los que efectivamente tienen convenio y, para el caso de solicitar el/la paciente

³¹ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239497/norma.htm>

atenderse en otro Centro médico -de confianza-, ello generalmente es rechazado y debe recurrirse a la vía del amparo judicial. De manera directa solo se habilita en el caso de derivación por no contar en la provincia o en el centro médico con convenio con la complejidad requerida.

En cuanto a la cobertura integral del tratamiento (tratamiento en sí, medicamentos, apoyo psicológico), las obras sociales coinciden en que las dos primeras se encuentran sujetas a autorización previa presentación de historia clínica y auditoría médica. En lo que respecta al apoyo psicológico se encuentra contemplado solo con profesionales de la obra social y con una cobertura del 90%. La autorización del tratamiento tiende a demorar, aproximadamente, unos treinta (30) días desde la presentación de la documentación en la delegación hasta la autorización propiamente dicha en casa central (generalmente con sede en Buenos Aires). Por su parte, la demora en autorización de medicamentos oscila en quince (15) días, desde la óptica de otros actores, la dilación de las tramitaciones es mayor, en algunos casos de 2 a 3 meses.

El financiamiento de las obras sociales, para las TRHA, surge del aporte patronal y el del afiliado, es decir aportes genuinos de las Obras Sociales, no contando con ninguna financiación extra. En cuanto a las prepagas, es estrictamente el aporte del afiliado.

1. c) Políticas públicas implementadas para satisfacer los alcances de la normativa.

Conforme sistematización de datos extraídos de análisis de documentos, portales de gobierno y de entrevistas sostenidas con funcionarios del área de salud de la provincia, se ha podido acceder a información que da cuenta del inicio de un claro y concreto cambio de paradigma en torno a la cuestión relativa a inversión en el sistema de salud sexual y reproductiva y, particularmente, en lo que respecta a las TRHA, pero sumamente ralentizado.

En efecto, desde el año 2014 se avizora la implementación en la provincia del Programa Nacional de Fertilización Asistida, con el objeto de que todos los efectores públicos de Entre Ríos puedan realizar los estudios hormonales previos al tratamiento, teniendo como centro de atención el Hospital Regional San Martín de Paraná, único efector que cuenta con un Departamento de Fertilidad.

Conforme información informal brindada por la Dirección General del Programa Provincial de Fertilización se ha dado cuenta que, durante el año 2018 se realizaron aproximadamente 130 tratamientos de fertilización asistida de baja complejidad a pacientes de

toda la provincia, habiendo atendido entre 2017 y 2018 a 1.005 personas que requerían TRHA. Por su parte, durante el año 2020 -en un contexto de emergencia sanitaria y de aislamiento social, preventivo y obligatorio-, en el Sistema Público de Salud no se llevaron a cabo TRHA, ello conforme recomendación del COES. Asimismo, se dio cuenta que los datos suministrados son aproximados, habida cuenta que no obran registros estadísticos y/o documentados de cantidad de pacientes.

Es de destacar que el sistema público de salud no lleva a cabo tratamientos de Alta Complejidad, los que son derivados a los Centros Médicos Privados -con cobertura de subsidios-. El sistema no cuenta con el dato estadístico de las derivaciones de alta complejidad.

En el año 2018, el Ministerio de Salud de la provincia suscribió un convenio con el Programa Nacional de Fertilización Medicamento Asistida que permite solicitar al gobierno nacional los medicamentos de alto costo para fecundidad, siendo que el programa provincial -citado *ut supra*- no detenta presupuesto propio. Los tratamientos de baja complejidad se realizan con recursos del Hospital, mientras que el Estado garantiza los de alta complejidad a través de subsidios.

En 2018 se adquirieron, para el laboratorio de fertilidad del nosocomio mencionado, una campana de flujo laminar (emplea un ventilador para forzar el paso de aire a través de un filtro y proporcionar aire limpio a la zona de trabajo) y una cantidad suficiente de material descartable para llevar adelante las cirugías, ello conforme presupuesto a nivel Nacional asignado al efecto a la provincia. Además, se cuenta con un ecógrafo y microscopios para trabajar.

En el año 2020, mediante Res. N° 5538/20 MS, el Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos creó efectivamente el Programa Provincial de Fertilización, asignando a la Dra. Virginia Leon el carácter de Directora Provincial del mismo. El Programa aun no cuenta con presupuesto propio, sino con partidas asignadas desde el Ministerio de Salud al efecto y, entre sus funciones se encuentra la de rendir, bimestralmente a Nación, la cantidad de TRHA llevadas a cabo en el sector público de salud y toda intervención relacionada (vgr. inseminaciones, estimulaciones, medicación). Es de destacar que, toda compra y/o adquisición de insumos necesarios para la realización de estudios hormonales previos y tratamientos de baja complejidad son tramitados, a través del Programa, ante Nación o Provincia.

Conforme lo indicado por la actual titular del Programa, la proyección se establece en miras a dos horizontes puntuales; el primero de ellos condensar la totalidad de la administración

de adquisición de insumos, certificación de consentimientos y gestión de tratamientos en el Programa y, posteriormente implementar la atención, mediante consultoría, en los distintos Centros de Atención Primaria de Salud (C.A.P.S.) existentes en todo el territorio provincial, ello a través del Programa Sumar³² y previa capacitación del personal al efecto.

Asimismo, a nivel Ministerial ha sido creado el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, destinado a mujeres y hombres en edad reproductiva de toda la provincia de Entre Ríos, cuyos objetivos se presentan en torno a favorecer y estimular en mujeres y parejas el ejercicio de su derecho y responsabilidad en su salud sexual y reproductiva, brindando información y asesoramiento sobre los aspectos reproductivos y sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, promoviendo el auto cuidado de la salud en las mujeres en edad fértil, favoreciendo el ejercicio de una sexualidad plena y responsable, evitando el embarazo no deseado, el embarazo de riesgo, el aborto, y propiciando el intervalo intergenésico de 2 años o más, con más la provisión de métodos anticonceptivos a las mujeres y parejas, garantizando la realización de los controles periódicos necesarios, previamente normatizados, contribuyendo a las acciones de prevención, detección y tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, del VIH/SIDA, y patologías del aparato genital mamario, educando para la salud sexual y reproductiva a toda la población bajo programa.

A través de dicho programa se ha puesto especial énfasis en la cobertura de la población en edad reproductiva desarrollando, para ello, una estrategia de capacitación dirigida a los miembros del equipo de Salud, educadores y personal de desarrollo social, para que puedan informar y asesorar en temas de sexualidad y reproducción en todos los niveles de atención del sistema de Salud.³³ Ciertamente, el Programa no prevé dentro de su organigrama de capacitaciones y promoción de derechos, información relativa a las TRHA y las opciones de la ciudadanía para acceder a la parentalidad. Se puede concluir que, a través del programa y el acercamiento del Estado a la sociedad en temas de salud, la información recibida es indirecta, es decir a través de consultas que los ciudadanos realicen a los galenos y no viceversa.

³² <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>. El Programa Sumar es una política pública que promueve el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. La estrategia de nominalización del Programa Sumar permite el cuidado y seguimiento de la población por parte del sistema sanitario, explicitando los servicios que conforman su derecho a la salud, asignándole contenido y alcance preciso. De esta forma, por cada persona bajo Programa y por cada consulta y control que se realice, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados a toda la comunidad.

³³ http://www.entrerios.gov.ar/msalud/?page_id=11663

Por su parte, a partir del año 2017, y con el impulso de organizaciones sociales y de agentes dependientes de organismos públicos de salud, se gestaron políticas tendientes a la materialización concreta de la reglamentación de la ley de adhesión; ello a los fines de la creación de la autoridad sanitaria certificante del consentimiento informado de voluntad procreacional recabado por el centro de salud interviniente que, según establece la normativa, debe ser certificado por escribano público o autoridad sanitaria provincial (esto último no reglamentado).

En efecto, en ese año y desde la coordinación del programa provincial de Fertilización Asistida se dio inicio al Expte. N° 2008266/17 MS, más específicamente por parte de la jefa del Servicio de Ginecología del Hospital San Martín, Dra. Graciela López de Degani; ex Coordinadora del programa y quien ha impulsado marcadamente y en forma incansable los programas y políticas referidas a la temática en la provincia.

Sumado a ello, desde el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas de Entre Ríos se dio inicio al Expte. N° 2193551/18; con el objeto de ratificar el estado de situación y peticionar, a través de un trabajo articulado intra-Ministerios (Salud y Gobierno y Justicia); se reglamentara la normativa vigente a los fines de dar debida respuesta a las problemáticas generadas en aquellos casos en los que, los particulares que habían accedido a los tratamientos de TRHA, no podían costear la certificación notarial -desigualdad manifiesta-.

Ciertamente, para proceder a la inscripción registral de niños/as nacidos/as bajo TRHA debe llevarse el consentimiento informado de voluntad procreacional -fuente de filiación- suscripto al momento de practicarse la técnica (es decir aquel que dio como resultado positivo un embarazo y por el cual se produjo el nacimiento) debidamente protocolizado por escribano público o bien certificado mediante autoridad sanitaria competente ello en tanto el codificador, al regular la formalidad como requisito sustancial del consentimiento previo, libre e informado que deben expresar quien o quienes tomen la decisión procreacional mediante el uso de las TRHA, garantizó seguridad jurídica, lugar de custodia y conservación del instrumento, para poder encontrarlo y reproducirlo todas las veces que fuera necesario.

Esta protocolización es para la conservación del documento, para preservarlo de la pérdida o destrucción del expediente judicial, para poder reproducirlo en caso de ser necesario y repeler, asimismo, ulteriores acciones de filiación. El codificador optó para formalizar el

consentimiento jurídicamente relevante con la necesidad de un documento notarial, con todas las ventajas propias de este instrumento público: auténtico.

Finalmente, y luego de un largo proceso, mediante Res. N° 2658/2020 MS³⁴ de fecha 20.07.2020 la Ministra de Secretaria de Estado de Salud adhirió a la Res. N° 616-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación, aprobando el texto de consentimiento informado para TRHA, estableciendo que dichos consentimientos podrán ser protocolizados ante autoridad sanitaria provincial, actualmente a cargo de la Coordinación del Programa de Fertilización Asistida. Es de destacar que la certificación importa, ni más ni menos, la determinación de la filiación.

Dicha normativa detenta una implicancia inconmensurable para la aplicación de la ley en nuestro territorio, máxime en lo que respecta a aquellos beneficiarios imposibilitados a acceder a la certificación por escribano público y costear honorarios; rompiendo la brecha de desigualdad imperante y habilitando que, la consecuente inscripción registral de los/las niños/as nacidos bajo TRHA no se encuentre precedida del trastorno por presuponer trámites burocráticos y costos impensados.

A razón de ello, desde la Coordinación General del Programa de Fertilización Asistida de la provincia, en articulación con la Secretaria de Mujeres, Género y Diversidad -dependiente del Ministerio de Desarrollo Social- y la Dirección General del Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas -dependiente del Ministerio de Gobierno y Justicia-, se gestó un ciclo de capacitaciones para el personal de salud y registral a los fines de brindar las herramientas necesarias para el procedimiento certificante, por un lado, y de registración por el otro impulsando, asimismo y para el afuera, las campañas pertinentes de difusión e información.

Por su parte, en fecha 07 de agosto de 2020 se dio formal apertura al Libro de Registros de Certificaciones de Consentimiento Informado de Voluntad Procreacional desde el Programa de Fertilización de la provincia, en guarda en el Hospital San Martín.

Sumado a lo expuesto, y avizorando asimismo la desinformación imperante en torno a la debida manifestación que debe operarse ante el Registro Civil por parte de los progenitores acerca de la concepción bajo TRHA para requerir el consentimiento informado que, ulteriormente, será protocolizado y guardado a perpetuidad, en el mes de Mayo de 2019 se remitió comunicado a los directores de los nosocomios públicos de la provincia y de sanatorios

³⁴ Ver. Expte. RU N 2.265.884 Ministerio Salud de la Provincia de Entre Ríos.

privados instando a los profesionales intervinientes en los partos que se lleven a cabo en los nosocomios a su cargo, se sirvieran de asentar en los certificados médicos de nacimiento -de conocerlo y así manifestarlo los progenitores-, que dichos niños/as fueron concebidos bajo TRHA, ello con el objeto de su conocimiento por parte del Registro Civil al momento de realizar la inscripción correspondiente y de poder proceder conforme reclama la normativa vigente, esto es requerir a los progenitores el consentimiento informado debidamente certificado.

Es de destacar que dicha información no surge del acta de nacimiento a labrarse, guardando la debida confidencialidad que el caso amerita en torno a la fuente de filiación biológica y velando por resguardar el derecho a la identidad del nacido, siendo la fuente de filiación la voluntad procreacional.

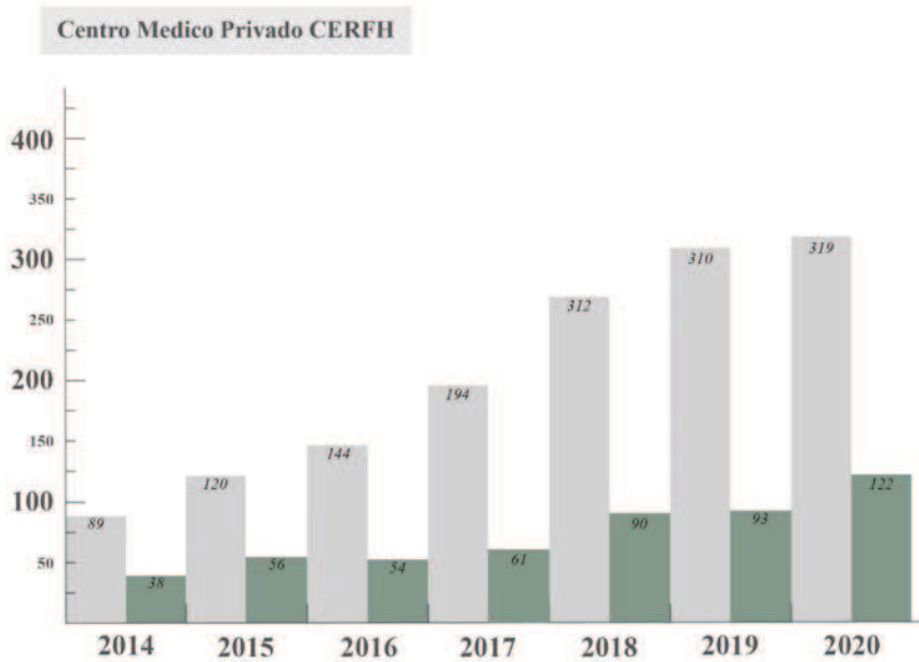
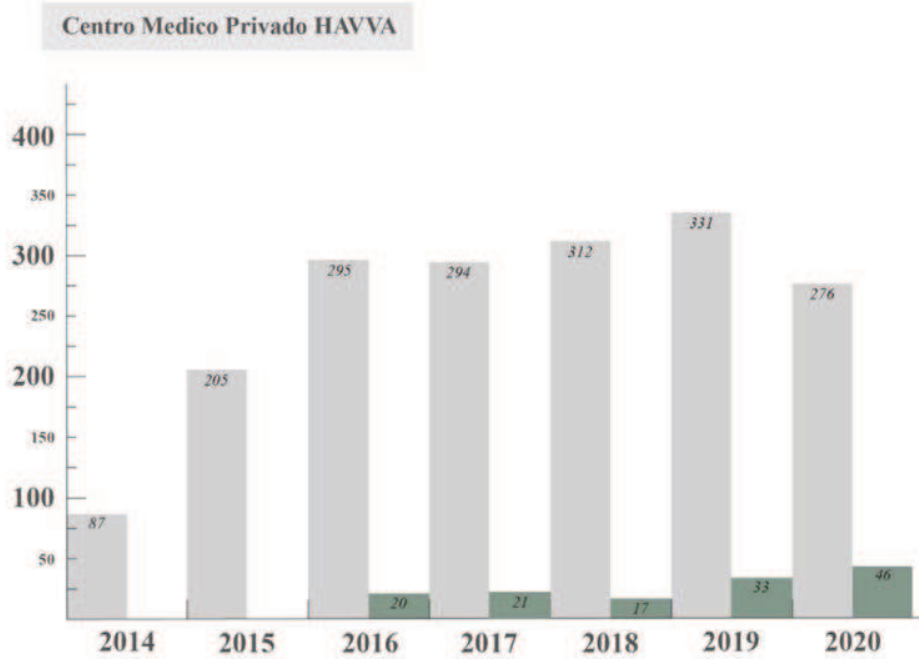
A razón de la Res. N° 2658/2020 MS, desde el organismo registral se remitió a todas las oficinas registrales de la provincia un Instructivo de Inscripción de Nacimiento de niños/as nacidos/as bajo TRHA; a los fines de especificar el procedimiento de verificación de cumplimiento de los recaudos exigidos por la norma, a saber: Certificado Médico de Nacimiento con manifestación de los progenitores de concepción mediante TRHA y Consentimiento Informado de Voluntad Procreacional suscripto por los progenitores y el profesional interviniente; debidamente legalizado por autoridad administrativa certificante o escribano público.

Ello así, se puede evidenciar un periodo concomitante de inversión -aunque escasa- en insumos tecnológicos para acceder a la aparatología necesaria que reclaman las prácticas de baja complejidad, junto a la creación de un Programa concreto y específico al efecto y; ulteriormente, una etapa estrictamente normativa para reglamentar la ley en la provincia, articulando todas las áreas intervinientes.

Sin perjuicio de ello, se evidencia resta una fuerte y marcada inversión en técnicas de alta complejidad destinada al sistema público de salud, mayores capacitaciones al personal de salud destinado al efecto y descentralización de la atención al interior de la provincia, a lo que debiera adicionarse mayor difusión de las TRHA para informar a la sociedad sobre la temática y mecanismos de agilización de los tramites administrativos.

CRONOLOGIA DE CANTIDAD DE TRATAMIENTOS LLEVADOS A CABO DESDE 2014 AL 2020

■ Alta complejidad ■ Baja complejidad



Sin especificar. *El sector Público de Salud NO realiza tratamientos de Alta Complejidad, los que son derivados al sector privado. Hasta el año 2020 no se llevaba estadística de las derivaciones. En el año 2020 no se llevaron a cabo tratamientos por recomendación del COES.

Es de destacar que, en ningún caso fue posible acceder al dato o información respectiva a la cantidad de TRHA llevados a cabo en el sector público de salud provincial (de baja complejidad) desde el año 2014 hasta el 2020, habiendo solo accedido a información aproximada e informal.

Por su parte, la RED LARA presenta información a nivel país, pero nunca desagregada por provincia o por centro médico. La información dista mucho de ser pública, por lo que tampoco ha sido posible distinguir entre centros pertenecientes al sector público y privado.

La fuente de los datos referenciados ha sido la información aportada por los dos Centros Médicos privados habilitados en la provincia (HAVVA y CERFH), en los que asimismo se llevan a cabo todas las TRHA de alta complejidad propias y derivadas.

CAPITULO II

2.- DINÁMICAS DE LAS DISCUSIONES POLÍTICAS, SOCIALES Y JURIDICAS EN TORNO A LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA Y AL ACCESO IGUALITARIO A LOS TRATAMIENTOS.

2.- a) Posicionamiento ideológico y político de los actores involucrados.

I. 2.- a) DINÁMICAS DE LAS DISCUSIONES POLITICAS

Para el presente capítulo se analizaron las versiones taquigráficas del debate legislativo de las sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la provincia. que llevo a la adhesión de la ley de TRHA. Dicho debate debe contextualizarse en el conjunto de reconocimientos legales a la ciudadanía sexual, tales como la Ley de Matrimonio Igualitario (2010) y la Ley de Identidad de Género (2012).

Sin perjuicio de ello, y considerando que la adhesión a la ley encontró un contexto generalizado de aceptación en la legislatura provincial, no puede dejar de desoírse que, a nivel nacional el eje de discusión se centró en el tratamiento de las TRHA como una política pública de salud y, sobre todo, en quiénes podrían acceder a las mismas, diferenciando “parejas” con “problemas de fertilidad” de toda la ciudadanía con voluntad procreacional.

En efecto, uno de los argumentos contrarios más destacables se posicionó en la valoración y diferenciación del “hecho natural” del parentesco -biológico- del “hecho social” o “artificial” como construcción legislativa que cuestiona el orden natural; siendo que siempre el reconocimiento legal del parentesco es una construcción social.

Asimismo, es de destacar el posicionamiento de la Iglesia Católica en torno a las TRHA, desarrollado con mayor detalle en el documento sobre TRHA denominado *La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas. Aspectos antropológicos y éticos* (Academia Pontificia para la Vida 2004).

De dicho documento se deriva que la postura de la iglesia católica ha sido uno de los posicionamientos religiosos más restrictivos frente al uso de las técnicas, ello considerando el vínculo estrecho entre sexualidad reproductiva y la procreación en el matrimonio, como parte de la dignidad humana y la “ley natural” sobre sexualidad, reproducción y familia que las TRHA vienen a interpelar. Dichos cuestionamientos, atravesaron moralmente los debates, pero carecieron de virtualidad para imponerse por sobre el decisorio mayoritario.

Ahora bien, el proyecto de ley de adhesión a la Ley Nacional de TRHA (N° 26.862) fue ingresado a la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Entre Ríos mediante Expediente N° 19.880, presentado en la Onceava Sesión Ordinaria de la Honorable Cámara de Diputados de fecha 18.06.2013, impulsado por los entonces Diputados María Laura Stratta, Sergio Raul Schmunck, Luis Edgardo Jakimchuk y Juan Reynaldo Navarro.

Entre los fundamentos para su tratamiento, se expresó: *“La Ley Nacional Nro. 26.862 garantiza el acceso igualitario y la cobertura de todos los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida a todos los individuos y parejas, sin discriminación ni exclusión por su orientación sexual o su estado civil. Esta ley pone de manifiesto el derecho de todas las personas a tener una cobertura médica que garantice la posibilidad de realizar los tratamientos necesarios, acercando a los pacientes sin recursos económicos al sueño de ser padres, ya que, hasta el momento, los elevados costos de estas prácticas resultaban restrictivas*

para gran parte de la población. La Ley nacional establece la obligación de brindar cobertura a todas las obras sociales, prepagas y mutuales que están bajo la órbita de la Superintendencia de Salud de la Nación. Esta ley significa un nuevo e importante paso para la igualdad de todos los ciudadanos, ya que incluye a todas las personas, sin distinción por su orientación sexual o su estado civil. En el marco de este proyecto provincial y nacional, de ampliación de derechos y de incorporación de los sectores históricamente relegados, esta normativa tiene como fin la inclusión, además de posibilitar que el Estado sea capaz de brindar una mejor calidad de vida e igualdad de oportunidades para todos los habitantes. Por todo lo expuesto, solicito a mis pares que acompañen el presente proyecto de ley”³⁵.

En la décimo sexta sesión ordinaria de la HCD del año 2013, el proyecto fue tratado en Comisión, presentado por el entonces diputado Schmuck, quien expresara: “...*Es una ley absolutamente clara de política social, de salud con inclusión y ampliación de derechos... el Estado nacional presente en las políticas públicas brinda esta posibilidad a través de esta ley nacional y la provincia de Entre Ríos adhiere, si es que así lo determinamos en ambas Cámaras. Se ha dado trabajo desde la comisión invitando a distintos actores como es el Ministerio de Salud de la Provincia, con la participación del señor Hugo Cettour, parte del directorio del IOSPER y hemos tenido la visita de la presidente de una ONG Dar Vida... La cobertura que manifiesta la ley es una cobertura totalizadora donde no solamente el ámbito privado, a través de la medicina prepaga, sino también las obras sociales de la salud pública y el sistema público de salud van a otorgar a todos quienes pretendan utilizar esta herramienta de la ciencia médica a los efectos de lograr su paternidad... Creemos que, sin duda, si bien la fertilización asistida se lleva adelante en nuestro país, esta ley que es abarcativa, que es inclusiva, que amplía derechos –como decía anteriormente– le da la posibilidad a todos aquellos sin tener en cuenta las posibilidades económicas que permitan que sólo algunos tuvieran esa posibilidad”³⁶.*

Por su parte, la entonces diputada Stratta expresó: “...*La Ley Nacional 26.862, a la que la Cámara va a adherir, garantiza el acceso igualitario y la cobertura de todos los procedimientos y técnicas de fertilización humana asistida a todos los individuos y parejas, haciendo justamente prevalecer el derecho a la maternidad, a la paternidad y a formar una familia, en íntima conexión con el derecho a la salud. Es una ley de avanzada que pone de*

³⁵ <https://www.hcder.gov.ar/archivosDownload/diarios/D12-18062013o134.pdf>

³⁶ <https://www.hcder.gov.ar/archivosDownload/diarios/V16-10092013o.pdf>

manifiesto el derecho de todas las personas a tener las coberturas necesarias para acceder a los tratamientos acercando a los ciudadanos el sueño de ser padres, ya que los altos costos que implican estos tratamientos dejaban a vastos sectores de la población relegados del acceso a estas técnicas. Pero además de contemplar a las tradicionales parejas, esta ley va por más, amplía la mirada y garantiza justamente el acceso y la cobertura a todas las personas sin distinción por su orientación sexual o por su estado civil, es decir, abre una nueva mirada, plantea un nuevo paradigma sobre el que tenemos que transitar a partir de ahora... También quiero decirles que me siento orgullosa de que la obra social de la Provincia de Entre Ríos, el IOSPER, haya sido la primera obra social de la República Argentina en cubrir este tipo de tratamientos, y que también haya habido referentes entrerrianos en el debate nacional donde señalaban que Entre Ríos siempre fue la tercera Provincia que más cantidad de firmas llevaba para poder plantear el tema y poder debatirlo en el ámbito nacional". (el resaltado me pertenece).

A su turno, el Diputado Sosa expuso: *"Señor Presidente, quiero adelantar el voto afirmativo de mi bloque para este proyecto y compartir en parte lo que han expresado los miembros informantes del bloque oficialista, en cuanto a que es un gesto abrir el debate de todos los temas, lo que me parece que debería ser una constante; no obstante eso, es cierto que la discusión en la comisión de Salud fue enriquecedora, es cierto que tuvimos la oportunidad de plantear algunas mejoras, es cierto que se nos dio la oportunidad de llamar al Ministro y de que concurriera parte del directorio del IOSPER. Nadie se va a oponer a una ley de estas características con los alcances que tiene, pero también es cierto que la responsabilidad que tenemos amerita decir que todo esto tiene que ser un cambio gradual. Todos sabemos que la salud en la Argentina, acá y donde sea, tiene que ver con el dinero, tiene que ver con las limitaciones presupuestarias".*

*"También tenemos que decir que cuando se planteó que es de orden público y que tiene que cumplirse, cuando le preguntamos, el mismo Ministro admitió que esto nos va a llevar un año y medio, seguramente, y por supuesto con cabecera en el Hospital San Martín, primero; por supuesto que es un paso y por supuesto que estamos muy contentos con este tema, pero también tenemos que hablar con mucha precaución y no generar expectativas que por ahí no se pueden cumplir... también vuelvo a decir: todo esto es plata, lo dijo el Ministro, **no estamos en condiciones de avanzar rápidamente en esto**. Todo esto tiene que ver con lo que venimos diciendo y con lo que se dijo en el debate del tema anterior, de qué es lo que ha hecho uno, de*

qué es lo que ha hecho otro, buena la discusión anterior y que trae lo que se ha logrado en esta democracia...con gran responsabilidad que el límite es el presupuesto y que no se puede votar cualquier ley nada más que para decir, a los cantos de sirena, acá estamos, esto se va a llevar a cabo...nosotros sabemos que la limitación es el presupuesto”. (el resaltado me pertenece)

El Proyecto de Ley fue aprobado en general y pasado al Senado para su revisión.

En fecha 06 de mayo de 2014, el Proyecto de Ley ingresó a la Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Entre Ríos para su tratamiento en la reunión número 6° de la 7° Sesión Ordinaria, y como Asunto 5.8. fuera de lista³⁷.

Por su parte, el entonces Senador Cresto expresó: “...nosotros fuimos testigos de cuando el Congreso de la Nación sancionó la Ley de Fertilización Asistida, una norma muy esperada y ansiada por miles de argentinos que viven luchando para defender el concepto y el núcleo de poder ser padres y poder así formar una familia...La aprobación fue recibida con gran beneplácito por parte de distintas O.N.G. como “Dar Vida”; “Megafón”; “Concebir”; “Sumar y dar vida” entre otras y miles de parejas que desean ser padres, y a quienes estos costosísimos tratamientos para cumplir sus sueños de familia les resultaban inalcanzables y más aún para los sectores más vulnerables...**El Ministerio de Salud de la Nación tendrá la facultad de capacitar a los profesionales de la salud, e incluirá las partidas presupuestarias a nivel nacional para realizar campañas de promoción sobre la nueva legislación, lo cual redundará de manera histórica en un crecimiento científico y en concepto familiar para nuestra Provincia ...El Poder Ejecutivo, reuniéndose con IOSPER y demás responsables, podrá adaptar esta ley a la realidad de nuestros hospitales públicos y de nuestros sanatorios...**” (el resaltado me pertenece).

El voto resultó afirmativo en general y en particular, por lo que paso al Poder Ejecutivo para su promulgación.

Ciertamente puede advertirse que, al momento de discutir sobre la sanción de la ley de adhesión, existía un evidente acuerdo tácito generalizado en que sus resultados redundarían en un marcado beneficio para los ciudadanos entrerrianos, siendo los miembros de ambas cámaras contestes no solo en la necesidad de legislar de avanzada, sino también en que su efectiva sanción sería un evidente reconocimiento de derechos constitucionalmente consagrados.

³⁷ <https://www.senadoer.gob.ar/sesiones/sesiones.php>

Sin perjuicio de ello no puede dejar de destacarse que, al momento de su discusión, existía como trasfondo la realidad presupuestaria provincial y la implícita necesaria inversión venidera en el sistema de salud, determinando que su aplicación debía de ser gradual y adaptada a la realidad económico-financiera de la provincia.

El hito en discusión se encontraba especificado en la necesidad de adherir a la ley nacional de inclusión en el P.M.O. de las TRHA versus la desigualdad manifiesta de quienes podían acceder a los costosísimos tratamientos o, en su caso, a la vía judicial idónea, primando la salvaguarda de los derechos como reclamo de la sociedad, evidenciado en la participación de la creación del proyecto de ley -en comisión- de numerosas ONG y de la Obra Social de la Provincia.

A la fecha, pasados más de seis (6) años de la sanción de la ley de adhesión, mediante Res. N° 2658/2020 MS de fecha 20.07.2020 la Ministra de Secretaria de Estado de Salud adhirió a la Res. N° 616-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación, aprobando el texto de consentimiento informado para TRHA, estableciendo que dichos consentimientos podrán ser protocolizados ante autoridad sanitaria provincial, actualmente a cargo de la Coordinación del Programa de Fertilización Asistida.

Ciertamente, de la mano de las vicisitudes financieras que podría acarrear la sanción de la normativa en estudio y su aplicación, pues deviene imperioso referenciar cuál ha sido la postura de la obra social provincial durante el periodo previo y post adhesión a la ley.

Efectivamente, previa sanción de la Ley 10.301, el IOSPER ofrecía a sus afiliados la modalidad de “créditos asistenciales” para acceder a las TRHA, ello claro está acreditando ante dicho organismo el cumplimiento de los recaudos que probaran la imposibilidad de concebir y siempre y cuando se tratara de parejas -heterosexuales-.

A razón de los costosísimos tratamientos y la imposibilidad de acceder a los mismos, aun así con los mentados créditos, y asimismo ante la desigualdad manifiesta en el tratamiento de un derecho vinculado a la salud sexual y reproductiva; el organismo se encontró enfrentando amparos ante el Superior Tribunal de Justicia provincial; de los que comenzó a derivarse la manda de cobertura parcial (60%) del tratamiento y, el restante porcentual mediante la modalidad crediticia.

Lo referenciado no puede dejar de desoír que todo fallo que ordena al Estado, a través de su obra social, a la cobertura de determinados tratamientos y/o medicamentos no incluidos en el PMO generaba un grave cuadro de situación para el sistema sanitario provincial.

A partir de la sanción de la ley, e incluidas en el PMO las TRHA, pues la obra social provincial se encuentra compelida a brindar el 100% de la cobertura de los tratamientos, medicamentos, asistencia y acompañamiento psicológico, conforme los parámetros de la normativa vigente.

Sin perjuicio de lo expuesto, la realidad financiera provincial no ha mutado. A modo ejemplificativo, y como dato extra oficial atento la imposibilidad de acceder a información desde el seno de la obra social, en los primeros diez meses de 2017 el Iosper pagó \$11.800.000 en concepto de cobertura por leyes especiales, entre las que se incluyen obesidad -cirugías bariátricas, por ejemplo-, trasplantes, y fertilización asistida-, y otros \$116.161.018 por la judicialización de coberturas mediante recursos de amparo, siendo que los medicamentos de alto costo representaron demandas por casi \$30 millones.

Por esa vía, la obra social provincial debió pagar \$83.300.000 lo que, si se suma el pago de cobertura de leyes especiales, la judicialización de las coberturas, el pago de honorarios a profesionales que intervienen en las disputas en Tribunales y el costo de los medicamentos de alto costo, se llega a una cifra de \$335.761.018, cifra que representa el 12,18% del total que el Iosper destina al pago de prestaciones en un año.³⁸

Se vislumbra claramente que los impedimentos continúan siendo estructurales, dependiendo de políticas públicas concretas que contemplen el financiamiento del sistema de salud en su conjunto bajo el amparo de la normativa vigente, destinando presupuesto concreto para la factibilidad de los alcances de la legislación especial. Ciertamente, toda normativa concreta que incluya en el PMO el alcance generalizado y acceso a tratamientos de alta complejidad, que conllevan capacitación, tecnología, medicamentos y costosos insumos, impacta directamente en toda política que vele por garantizar la accesibilidad.

II. 2.- a) DINAMICAS DE LAS DISCUSIONES JURIDICAS

³⁸ <https://www.iosper.gov.ar/>

En relación con lo expuesto, asimismo se puede evidenciar el tratamiento brindado a la temática de fertilización asistida antes y después de la sanción de la ley de adhesión en el ámbito tribunalicio.

Vasta jurisprudencia local da cuenta de la imperiosa necesidad de los ciudadanos entrerrianos de recurrir a la vía del amparo para solicitar la cobertura de tratamientos de TRHA, ello previo y post sanción de la ley.

Ciertamente, en primeros términos y en torno a la concreta petición de cobertura de las TRHA por las obras sociales y, posterior a la sanción de la ley, sorteando los valladares de las mismas en torno a la cobertura de las prácticas por prestadores que no formaran parte de la cartilla de profesionales, ante el caso de afiliación a otra obra social por parte de los cónyuges o convivientes impetrando la cobertura del 50% por cada una y/o para el caso de tratamientos o medicamentos no incluidos en el listado establecido en la normativa vigente.

En efecto, conforme jurisprudencia: "*PANNUTO MARTIN JAVIER Y OTRA C/INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (I.O.S.P.E.R.) S/ACCION DE AMPARO*", de fecha 02.06.09 el Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos - Sala de Procedimientos Penales y Constitucionales³⁹- ordenó al Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos (Iosper), rechazando la apelación a la sentencia de Cámara impetrada por la obra social provincial, cubrir un tratamiento de fertilización asistida a una pareja que deseaba tener un hijo, ello en un fallo dividido en el que se dispuso que la obra social debía solventar el 60% del tratamiento y prestarle el 40% a través de un crédito asistencial que la pareja tendría que devolver en cuotas, otorgando a la pareja cinco intentos de concebir el embarazo, siempre bajo la proporción del 60% cubierto por la obra social y el restante a su cargo.

Ciertamente, el criterio esgrimido por el Tribunal fue que, a pesar de no ser una prestación que estuviera contemplada en el Programa Médico Obligatorio, había derechos contemplados en las constituciones nacional y provincial que no pueden soslayarse, como ser el derecho a la salud y la procreación responsable. El voto en disidencia fue de la doctora Mizawak, quien sostuvo que el ofrecimiento original del Iosper de un crédito asistencial total

³⁹ Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos -Sala de Procedimientos Penales y Constitucionales. 02.06.09. PANNUTO MARTIN JAVIER Y OTRA C/INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (I.O.S.P.E.R.) S/ACCION DE AMPARO. <http://jurisprudencia.jusentrerios.gov.ar/>

no dejaba desprotegidos a los afiliados, y se trataba de un ofrecimiento razonable que permitía cumplimentar la prestación. La diferencia en los votos se dio principalmente en el monto de la cobertura.

Deviene imperioso destacar lo expuesto en el fallo de la Cámara Segunda de Apelaciones, Sala I, en lo Civil y Comercial de Paraná de los autos citados *ut supra*, referenciando a la Sala de Procedimientos Constitucionales y Penal del Superior Tribunal de Justicia (in re "Silvestri de Mac Rae", del 11/4/02 y "Ballejos", del 31/3/03, voto del Dr. Carlín; entre otros): “...Reconozco que en situaciones económicamente difíciles y complejas no es posible hacer cargar en forma exclusiva la responsabilidad en la Obra Social provincial, pero tampoco es justo minimizar su carácter estatal que la obliga a asumir responsabilidades - propias y/o conjuntas- con el resto de los organismos públicos. Por lo demás es así cuando, como entre la amparista y el IOSPER, media un vínculo impuesto obligatoriamente por el art. 3º de la Ley 5326 que coarta su libertad electiva sujetándolo a dicha Obra Social. No desconozco la problemática situación económica financiera por la que atraviesa el I.O.S.P.E.R. en la actualidad debido a las circunstancias de público conocimiento pero la misma y esencialmente considerando los derechos fundamentales en juego -a la salud y a la vida-, no relevan al demandado de brindar prestaciones asistenciales básicas... máxime teniendo en cuenta que este "deber" le está impuesto al Estado y que no ha sido llamada la Provincia de Entre Ríos al proceso por las partes de cuya administración forma parte el instituto accionado como uno de sus organismos descentralizados”

“... y -en mérito a los argumentos expuestos- es a través del IOSPER como el Estado Provincial ha institucionalizado la forma de prestación de la cobertura de la atención a la salud de los agentes públicos que obligatoriamente afilia a dicho ente, por ello auspicio la confirmación del decisorio en crisis...”, “...Estamos esperanzados que la labor desplegada por nuestros jueces será el puntapié inicial para lograr la regulación de todo lo referente a las técnicas de reproducción humana, imponiendo a las Obras Sociales y Empresas de medicina prepagas la cobertura de las diferentes terapias asistentes...” (Confr. Web, María Soledad, "El libre ejercicio del derecho a la reproducción", L.L., 2.008-B-152).-

Se extrae de lo expuesto que, si bien aún no regía la ley que incorporaba a las TRHA dentro del PMO, sí existía un común entender en torno a la importancia de los derechos en juego: salud sexual y reproductiva; cuyo deber de garantizar por parte del Estado no podía descansar en su mero reconocimiento, sino en tornarlos aplicativos a través de las instituciones

pertinentes, como prestaciones asistenciales básicas, máxime advirtiendo que el régimen de la obra social provincial establecido por la Ley 5326 determina la obligatoriedad de sometimiento a dicha Obra Social de los remunerados activos y pasivos estatales (art. 3°).

Ahora bien, también surge manifiesto que dicha responsabilidad estatal se presentaba aun como excepción y propiciando aplicar un criterio de equidad en torno a la realidad fáctica y financiera del sistema de salud, a saber: *"...En tal aspecto entiendo que el fallo en crisis, atempera con criterio de equidad las consecuencias familiares desfavorables, al situarse y reconocer además, el contexto socioeconómico de nuestro país, sin riesgo de vida y no prevista en el menú básico obligatorio, lo que podría generar un desequilibrado financiamiento del sistema que afectaría precisamente a los grupos más necesitados, sin desatender las pretensiones del amparista, quien con un mínimo aporte podrá obtener los tratamientos que interesa..."* (op. cit.).

Ciertamente, la falta de respaldo del sistema de salud y de las normas que regularan las TRHA, llevaban a los ciudadanos a tener que judicializar la petición de la necesidad de recibir ayuda económica para atención médica. Previo la sanción de la ley no se vislumbraba la posibilidad de acceso y cobertura de TRHA a parejas del mismo sexo o a personas solas y el principal problema surgía en que las obras sociales no cubrían la prestación al no estar en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Luego de la sanción de la ley surgieron (y surgen a la fecha) numerosos impedimentos para el referenciado acceso integral a los tratamientos y técnicas de reproducción humanamente asistida.

Resta evidenciar numerosos fallos posteriores al año 2014 en los que los postulantes reclaman a las obras sociales la cobertura del 100% del tratamiento y/o la inclusión de determinados medicamentos ordenados por los galenos intervinientes, siendo ello rechazado en sede administrativa, motivado estrictamente en repeler -justamente- la cobertura integral, lo que impetrara a la justicia a pronunciarse simultáneamente sobre el criterio en relación a la integralidad de cobertura, en todas sus expresiones.

En el año 2016, la Cámara Segunda Sala Segunda de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Paraná entendió, en autos: "ALLENDE, MARÍA ESTER C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (I.O.S.P.E.R.) Y OTRO S/ ACCIÓN DE

AMPARO" EXPED. N° 10.029"⁴⁰ -fundado en el precedente de la Sala de Procedimientos Constitucionales y en lo Penal del Superior Tribunal de Justicia "*Gacilazo c/ Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos y Otro*", N° 21.745, 29/12/2015-, y dispuso que el IOSPER sea la obra social que cubra integralmente la práctica de fertilización asistida solicitada, esto es, en un ciento por ciento (100%), aunque el restante miembro de la pareja se encuentre afiliado a otra obra social, por aplicación de lo dispuesto en el art. 3 de la Ley 10.301.

La discusión de trasfondo radicaba en que la amparista se encontraba afiliada al IOSPER y su esposo a la Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC) y que, solicitada la cobertura del tratamiento, el IOSPER autorizó el cincuenta (50%) por ciento de cobertura. A su vez, peticionada la cobertura a OSECAC del porcentaje restante, la misma informó que, conforme Resolución 1709/2014 del Ministerio de Salud, era la obra social de la mujer la que debía dar la cobertura total de la prestación. El tribunal decidió hacer lugar al recurso de la amparista en torno a la cobertura del 100% del tratamiento por parte de la obra social provincial.

Se advierte, atento la inclusión de las TRHA dentro del plan médico obligatorio que, su incumplimiento resulta una flagrante violación al derecho constitucional a la salud, al derecho constitucional a la propiedad e incluso resulta un acto pasible de ser atacado por arbitrariedad manifiesta, por ser contrario al orden jurídico vigente.

Idéntico criterio (de solventar sólo el 50% del tratamiento atento la existencia de afiliación de la pareja de la amparista en otra prepaga) fue esgrimido por la obra social provincial en autos: "VILLANUEVA LORENA PAOLA GUADALUPE C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (IOSPER) S/ ACCION DE AMPARO" Expte n°: 11301 (19.12.2019) y en autos: "GONZALEZ ANA DELIA C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS S/ ACCION DE AMPARO" ⁴¹ N° 10.663 (06.07.2018) de la Cámara Segunda Sala II de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Paraná; a saber: "...lo habitual es ofrecer la cobertura del 50%, y sólo en los casos en que la afiliada

⁴⁰ Cámara Segunda Sala Segunda de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Paraná. 2016. ALLENDE, MARÍA ESTER C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (I.O.S.P.E.R.) Y OTRO S/ ACCIÓN DE AMPARO" EXPED. N° 10.029. <http://jurisprudencia.jusentrerios.gov.ar/>

⁴¹ Cámara Segunda Sala II de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Paraná. 2019 VILLANUEVA LORENA PAOLA GUADALUPE C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (IOSPER) S/ ACCION DE AMPARO" Expte n°: 11301. 2018. GONZALEZ ANA DELIA C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS S/ ACCION DE AMPARO" N° 10.663 <http://jurisprudencia.jusentrerios.gov.ar/>

presenta la negativa de la otra obra social a cubrir el saldo, el IOSPER accede a brindar el 100%, procurando el recupero con posterioridad...”.

En dicha sentencia, confirmada por el STJER en fecha 27.07.2018, el tribunal hizo lugar a la acción de amparo promovida por la actora y condenó al IOSPER a cubrir en forma efectiva, inmediata e integral el 100% del tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad (I.C.S.I. con ovodonación), incluyendo medicamentos, a cargo de las Dras. Alejandra Hallberg e Isela Gottig, en el Centro Médico PROAR de la ciudad de Rosario (SF), sin tener la amparista que suscribir crédito asistencial ni abonar coseguro.

La sentencia fue ratificada por el STJER en fecha 27.07.2018, resultando imperioso referenciar lo expresado por el Sr. Fiscal de Coordinación Interino a cargo de la Procuración General, Dr. Alvaro G. Pierola, a saber: *“...los costos que deriven de la atención de su salud deben ser soportadas, conforme lo dispone el marco normativo imperante, por una u otra obra social, pero nunca por el enfermo; permitir lo contrario implicaría la posibilidad cierta de frustrar su derecho fundamental a recibir las prestaciones adecuadas a su estado sanitario...”*.

En autos: “GRAND DEBORA IVANA MERCEDES C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS - ACCIÓN DE AMPARO”⁴² Expte. N° 10.026 (05.09.2016) del mismo tribunal, se advierte el sostenimiento del criterio referenciado en los párrafos anteriores por parte de la obra social provincial, a saber: *“...Insiste largamente el IOSPER en justificar su ofrecimiento de cobertura del 50% por no estar afiliado el esposo de la actora...”*.

En dicho fallo el tribunal expresó, haciendo lugar al recurso interpuesto, que: *“...resulta de aplicación al presente lo ya resuelto por esta Sala II de esta Cámara Civil y Comercial, por el suscripto al resolver en forma individual siguiendo el criterio de la Sala de Procedimientos Constitucionales y Penal del S.T.J. a saber: "En cuanto al fondo de la cuestión esta Sala II en los autos caratulados: "DÍAZ, NORMA BEATRIZ Y OTRO C/ CENSALUD S.R.L. S/ ACCION DE AMPARO" (08/10/2014//9387a)" dijo "A partir de la sanción de la Ley 26.862, ha quedado superada la discusión respecto de la cobertura por las obras sociales de las técnicas de reproducción medicamente asistida...”*.

⁴² Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos -Sala de Procedimientos Penales y Constitucionales. 2016. GRAND DEBORA IVANA MERCEDES C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS - ACCIÓN DE AMPARO” Expte. N° 10.026. <http://jurisprudencia.jusentrieros.gov.ar/>

El tribunal mencionado debió resolver en autos: “ALLENDE MARIA ESTER C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS S/ ACCION DE AMPARO” (N° 10.618)” de fecha 30.05.2018 (op. cit.), mediante el cual la amparista solicitaba se condene a la demandada (IOSPER) a arbitrar los medios económicos y los recursos humanos necesarios para brindar cobertura integral del estudio denominado "screening genético pre-implantacional" para el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad que necesita para concebir.

Para fundar su negativa, la obra social provincial expresó que, si bien es cierto que la reglamentación de la materia deja abierta la posibilidad de incluir en la nómina de prestaciones que tienen por finalidad posibilitar la concepción a los nuevos procedimientos y técnicas desarrollados como consecuencia de avances científicos, el propio texto legal determina que esa alternativa solo es viable cuando los mismos sean autorizados por el órgano de aplicación determinado por la Ley 26.862, situación excepcional en la que no se encuentra el estudio prescripto a la amparista; destacando que la obra social no negó la cobertura del tratamiento de fertilización, sino solo de la práctica que no se encuentra contemplada, de modo que no existiría conducta ilegítima por parte de su representada.

Por su parte, el Dr. Oscar D. Benedetto sentenció: “*la prestación solicitada por la amparista se vincula con lo normado por ley 26.862. Se ha señalado que su ámbito de aplicación, tanto subjetivo con respecto a los beneficiarios como objetivo, es amplio pues no se limita a la atención de la infertilidad como una enfermedad (siguiendo los parámetros esbozados por la OMS), sino que pretende garantizar el libre acceso a estas técnicas por parte de toda persona mayor de edad (conf. art. 7°), sin discriminación alguna (conf. arts. 6° y 8°)...A mayor abundamiento, el decreto reglamentario 956/2013, dispone que la autoridad de aplicación podrá elaborar una norma de diagnóstico e indicaciones terapéuticas de medicamentos, procedimientos y técnicas de reproducción asistida para la cobertura por el PMO, pero inmediatamente dispone que ello no debe implicar demora en la aplicación inmediata de las garantías que establece la ley. Asimismo, consigna que la ausencia del dictado de tal norma no implicará dilación alguna en la aplicación inmediata de las mencionadas garantías (cfr. art. 8 último párrafo) ...*”

“*...Asimismo se ha señalado que el principio de integralidad de la prestación asistencial constituye su regla básica, pues la prestación debe ser ejecutada del modo más eficaz e idóneo*

y satisfacer condiciones mínimas acordes con las exigencias y el desarrollo evolutivo de la ciencia médica en un determinado momento histórico, y en relación a la situación particular de cada enfermo y que el concepto de salud debe ser concebido en un sentido dinámico que implica la actualización y aplicación de avances científicos y tecnológicos...". Dicho fallo fue apelado ante el STJER y confirmado por sentencia de fecha 18.06.2018.

En el año 2017, la Cámara Segunda Sala II de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Paraná resolvió, en autos: "BITTORI MARIA FERNANDA y OTRO C/ ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD S/ ACCIÓN DE AMPARO"⁴³ Expte n° 10464 (15.12.2017), hacer lugar a la demanda y condenar a la ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD a cubrir en forma efectiva, ininterrumpida e inmediata y en un 100% el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad I.C.S.I. con ovodonación, incluyendo específicamente honorarios médicos, exámenes de diagnóstico, medicamentos (tanto para la receptora como para la donante) y criopreservación de gametos y embriones.

Efectivamente, los presentantes promovieron la acción de Amparo contra SANCOR SALUD atento la no cobertura de realización de una FIV-ICSI con ovodonación de manera previa, sino a través de un reintegro al importe abonado por los amparistas, la cobertura solo del 50% de los medicamentos para el tratamiento de fertilización de alta complejidad (ICSI) con ovodonación, y el reintegro del costo del tratamiento, ello sumado a la pretensión de la demandada de someter a la amparista a un tratamiento en la ciudad de Rosario, por no contar con prestadores en la ciudad de Paraná.

Sobre el caso, el Dr. Eduardo Romero Carbo expresó: "*...es evidente que la práctica debe ser cubierta, de manera previa e integral atento su elevado costo, y que debe incluir los medicamentos, los estudios de diagnóstico y todas las demás prestaciones establecidas en la ley...De igual manera, merece tener acogida el planteo actoral de elección del profesional tratante en función de la confianza, el seguimiento de la historia personal del paciente, la cercanía a su domicilio, etc. como parámetros totalmente válidos y aceptables para el ejercicio de ese derecho. En este caso en particular, tratándose de tratamiento de fertilización asistida, donde cobra particular relevancia atender también al aspecto psicológico del paciente a los fines de reforzar su confianza en el tratamiento y en el profesional que los va a atender, no*

⁴³ Cámara Segunda Sala II de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Paraná. 2017. BITTORI MARIA FERNANDA y OTRO C/ ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD S/ ACCIÓN DE AMPARO" Expte n° 10464. <http://jurisprudencia.jusentrieros.gov.ar/>

parece desacertado ni caprichoso respetar la voluntad de quien ha efectuado una elección por el profesional y de una institución que lo viene atendiendo desde hace tiempo, que conoce no solo su cuerpo sino también su aspecto anímico y que lo puede ayudar a transitar de una mejor manera el camino para la concepción de un hijo...Ello así por cuanto, si bien como regla general aparece razonable que la Obra Social satisfaga las obligaciones a su cargo ofreciendo profesionales o instituciones comprendidos en los respectivos convenios, tal principio cede cuando se constaten en la emergencia, circunstancias debidamente fundadas, que demuestren la importancia de apartarse de ése principio..."

En el año 2019, el S.T.J.E.R. resolvió, en autos: "NOSETTO ELIANA MILCA C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (I.O.S.P.E.R.) S/ ACCION DE AMPARO"⁴⁴ (10.10.2019), rechazar el recurso de apelación interpuesto por el IOSPER contra la sentencia de primera instancia que hacía lugar a la acción de amparo promovida, condenando al IOSPER a disponer lo conducente a fin de hacer efectiva la cobertura total e integral del 100% de la medicación GONAL 450 UI 1 PEN x1; PERGOVERIS AMP. X 8 y del tratamiento de reproducción medicamente asistida de alta complejidad (ICSI) hasta su total terminación para poder realizar una nueva estimulación ovárica al haberse cancelado la primera por falta desarrollo folicular sin ovocitos.

Ello por considerar que la medicación solicitada formaba parte integrante del tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad aprobado el que, sin la misma perdería su razón de ser.

Se extrae del fallo mencionado; lo expuesto en su voto por el Dr. Bernardo Salduna, determinante en la postura declinatoria del planteamiento: *“Todo ello exhibe un claro panorama fáctico del caso, no pudiendo obviarse en este análisis que estamos frente a una prestación directamente vinculada con un tratamiento de fertilización de alta complejidad y la posibilidad de acceso a una maternidad de la amparista que se ha visto postergada en el tiempo por la patología implicada, la cual no puede quedar sometida a vicisitudes administrativas, económicas o comerciales, tales como las que esgrime la demandada –que la nueva medicación no fue pactada o incluida en la cobertura solicitada inicialmente-, en tanto lo que está en juego son derechos de raigambre constitucional, lo cual revela inequívocamente la necesidad –*

⁴⁴ Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos -Sala de Procedimientos Penales y Constitucionales. 2019. NOSETTO ELIANA MILCA C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (I.O.S.P.E.R.) S/ ACCION DE AMPARO. <http://jurisprudencia.jusentrieros.gov.ar/>

conforme lo solicitado por la médica tratante- de la medicación pretendida, exteriorizando el ente requerido una renovada muestra de pertinaz resistencia al otorgamiento oportuno e integral de la prestación de salud solicitada, respecto de la cual pesa sobre él un concreto deber positivo emergente de la normativa consagrada en los arts. 15, 16 y 19 de la Constitución de Entre Ríos y art. 2, incs., a y e, del Dec.-ley N° 5623/73, ratificado por Ley N° 5480”.

En un reciente fallo de la Cámara de Casación de Concordia, Sala II, autos: "CRACCO, FLORENCIA NATALIA C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE FUERZA ARMADAS Y DE SEGURIDAD (I.O.S.F.A) S/ ACCION DE AMPARO"⁴⁵ -Expte. N° 420/20 – (10.08.2020), el tribunal rechazó la acción de amparo interpuesta por la particular contra la obra social I.O.S.F.A., en la que peticionaba la cobertura gratuita e integral (100%) de la INSEMINACION INTRAUTERINA CON SEMEN DE BANCO, prescripto por su médico tratante por infertilidad, ello atento a que la obra social referenciada había comunicado a la actora la suspensión de las autorizaciones de tratamientos de fecundación medicamente asistida atento la emergencia sanitaria a raíz del COVID-19, entendiendo el tribunal que la suspensión referenciada no implicaba la denegación propiamente dicha ni la violación manifiesta a un derecho constitucional sino, por el contrario, acorde a las medidas adoptadas a nivel nacional en torno disminuir la circulación de personas -el tratamiento se incoaba en centro médico de la ciudad de Rosario- y las recomendaciones del Ministerio de Salud de solo atender situación de urgencia.

En el particular y desde el punto de vista de esta parte, se advierte que no se ha considerado a la infertilidad como una enfermedad y, consecuentemente, se ha dejado de lado la normativa vigente e imperante en la materia.

Ciertamente, sin perjuicio de las recomendaciones en torno a restringir circulación y evitar aglomeraciones, no es menos cierto que el tratamiento requerido fue impetrado para un centro privado -en funcionamiento y no suspendido por pandemia-, que el traslado de una localidad a la otra se encuentra justificado por el tratamiento -existiendo para ello permisos específicos-y, lo más gravoso, no puede la obra social mediante una resolución interna contradecir la legislación vigente.

⁴⁵ Cámara de Casación de Concordia, Sala II. 2020. CRACCO, FLORENCIA NATALIA C/ INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE FUERZA ARMADAS Y DE SEGURIDAD (I.O.S.F.A) S/ ACCION DE AMPARO. <http://jurisprudencia.jusentrerios.gov.ar/>

La normativa no se encuentra suspendida, que la obra social decidiera atender al público vía remota y digitalizar las autorizaciones, no puede ser óbice para autorizar tratamientos que se encuentran incluidos en el PMO.

En su caso, debiera ser el Centro Médico el que suspenda los tratamientos, de corresponder, y derivar pacientes; mas no la obra social negarse a su autorización. Puede evidenciarse la postura denegatoria de la obra social, incluso indefinida al expresar, y cito: *"...quedan Suspendidas hasta el 30Jun20 inclusive, con la posibilidad de extenderse a los días/meses subsiguientes..."*⁴⁶, como así también al hacer aplicativa la recomendación de tratamiento prioritario de urgencias a la negativa de autorizar tratamientos por TRHA, máxime tratándose de una enfermedad como lo es la infertilidad y en la que el tiempo apremia. Dicha sentencia fue apelada ante el STJER.

De lo expuesto, y evaluando en una línea temporal posterior al 2014 el comportamiento de la obra social provincial, obras sociales y las empresas de medicina prepaga, puede evidenciarse que, pese a existir una ley que expresamente refiere a la integralidad en la cobertura de TRHA y su inclusión en el PMO, pues subsisten numerosos impedimentos al momento de efectivizarse o concretarse los tratamientos; generalmente ello fundado en los altos costos de los tratamientos, estudios médicos, honorarios de profesionales especializados y medicamentos.

Sin perjuicio de ello, se advierte asimismo consonancia palmaria en las distintas voces de la judicatura al resolver las distintas problemáticas sobre el tema; sentenciando en líneas generales a favor de los amparistas que demuestran acabadamente los extremos legales para la necesidad de cobertura del tratamiento, incluso admitiendo el tratamiento con profesionales no incluidos en la cartilla de prestadores, y pronunciándose reiteradamente a favor del reconocimiento de prácticas no incorporadas al PMO -incluso aquellas de tipo experimental- cuando las esperanzas de mejoramiento en la calidad de vida -o aún más, en las expectativas mismas de la vida- lo ameriten (cfr. "Caceres en nombre y representación de su hijo mejor T. A. C. c/ IOSPER y otro s/ Acción de Amparo", 18/10/2017).

⁴⁶ Op. Cit.

III. 2.- a) DINAMICAS DE LAS DISCUSIONES SOCIALES

Desde el posicionamiento de las organizaciones sociales, abogados del fuero que atienden y/o asesoran sobre la temática y reflejan las problemáticas de la comunidad; si bien se reconoce el avance a partir de la adhesión provincial a la ley de TRHA -teniendo en cuenta que, previo a ello, la cobertura era nula y/o hasta un 60% en la obra social provincial y, a razón de la normativa, una cobertura del 100% comprendiendo obras sociales nacionales, empresas de medicina prepaga y obra social provincial-, cierto es que esgrimen que las problemáticas actuales radican en:

- 1) La cantidad de tratamientos de alta complejidad a cubrir, y si dicha cobertura debe ser anual o no.
- 2) No cobertura de determinados medicamentos.
- 3) Consideración de la edad de la mujer.
- 4) Trabas burocráticas, ergo: demoras en las autorizaciones para los tratamientos, limitaciones cuando el proyecto parental es en pareja y la mujer no cuenta con cobertura del IOSPER, cobertura solo al 50% para mujeres solas o parejas de mujeres, coberturas por reintegro, no reintegro del total o demora en su reintegro.
- 5) A la fecha el sistema público de salud para TRHA sólo funciona en la ciudad de Paraná -Hospital Regional San Martín-, y no ha sido descentralizado.

Algunas de las cuestiones referenciadas han sido zanjadas mediante resoluciones ministeriales del Ministerio de Salud de la Nación.

A modo ejemplificativo, la Dra. Virginia Leon⁴⁷ trae a consideración -en la entrevista brindada- el caso de la cantidad de tratamientos de alta complejidad a cubrir. En efecto, la ley refiere que deben ser cuatro (4) de baja complejidad por año y tres (3) de alta, a saber -Anexo I Art. 8 Dec. N° 956/2013 reglamentario de Ley 26.862-: *“En los términos que marca la Ley N° 26.862, una persona podrá acceder a un máximo de CUATRO (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad, y hasta TRES (3) tratamientos de reproducción médicamente asistida con técnicas de alta complejidad, con intervalos mínimos de TRES (3) meses entre cada uno de ellos...”*.

⁴⁷ Ver infra entrevista Dra. Virginia Leon. pag. 113.

De una correcta interpretación de la norma se deriva que la cantidad de tratamientos de alta complejidad son asimismo anuales pero, al no referir expresamente la norma acerca de la anualidad mencionada; las obras sociales y empresas de medicina prepaga utilizaban y utilizan tal vericuetto interpretativo para restringir el acceso, ello hasta que la C.S.J.N., en autos: “Y. M. V. y otro c/ IOSE s/ amparo de salud”⁴⁸ de fecha 14.08.2018 se expresara al respecto -por mayoría- y aclarara que los tres tratamientos de alta complejidad asimismo son anuales, ello fundado en interpretar que la ausencia de referencia temporal en el particular es solo producto de la utilización de un recurso idiomático para evitar innecesaria repetición y en el pleno resguardo al ejercicio del derecho a la salud reproductiva.

Cierto es que, a la fecha y atento el carácter no vinculante, algunos juzgados inferiores continúan aplicando un criterio diferenciado.

Asimismo, acontece en los casos en los que se peticiona la cobertura de procedimientos y/o medicamentos que no se encuentran expresamente previstos en la normativa, las que deben incorporarse a través de Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación o mediante una ley, haciendo énfasis, por ejemplo, en la subrogación de vientres que permitirá a las parejas de dos hombres acceder a las TRHA.

Sobre este último punto en particular, la no contemplación en la normativa imperante de distintos supuestos, tanto tratamientos específicos, como así también la crio preservación de gametos para preservación de maternidad por voluntad -no por enfermedad-, la subrogación de vientres; entre otros, evidencia que el legislador ha dejado la puerta abierta para consideraciones futuras en pos de los avances científicos y tecnológicos contemporáneos, anticipando asimismo que las nuevas formas de familia, junto con las dinámicas de autopercepción de género, implican tener una apreciación de la sociedad sumamente abarcativa para evitar discriminaciones.

Por otro lado, y en este punto resulta coincidente con lo especificado por los beneficiarios de la norma, se destaca la burocracia que se debe sortear ante las obras sociales o

⁴⁸C.S.J.N. 2018. Y. M. V. y otro c/ IOSE s/ amparo de salud”. <https://aldiaargentina.microjuris.com/2018/11/13/la-csjn-habilito-a-los-interesados-a-acceder-a-tres-tratamientos-anuales-no-totales-de-reproduccion-asistida-de-alta-complejidad/>
“Corresponde dejar sin efecto la sentencia que limitó la cobertura del tratamiento de fertilización asistida a tres procedimientos de alta complejidad en total, toda vez que la lectura del art. 8 del Dec. 956/2013-reglamentaria de la Ley 26.862 de Reproducción Asistida- permite comprender que el límite de intervenciones ha sido establecido en relación con el período anual que explícitamente fue previsto para la cobertura de las técnicas de baja complejidad mencionadas en el primer tramo, puesto que la norma ha sido diseñada en un único párrafo u oración, por lo que la ausencia de referencia temporal es solo producto de la utilización de un giro o recurso idiomático para evitar una innecesaria repetición de la palabra ‘anual’”.

empresas de medicina prepaga; a lo que se adiciona la ausencia de infraestructura necesaria en el sistema público de salud para atender todo tipo de complejidades, vgr. banco de gametos, crio preservación y tratamientos de alta complejidad (que deben ser derivados a otro establecimiento, mediante la gestión de subsidio ante el Ministerio de Salud Provincial).

Por su parte, destacan el mecanismo de algunas obras sociales o empresas de medicina prepaga para cubrir el tratamiento en forma integral, mas no “previo”, esto es mediante el sistema de reintegros, lo que imposibilita en muchos casos afrontar dicha erogación de antemano y subyace el no acceso a la TRHA indicada para quienes no se encuentran en situación económica de hacerlo.

Ciertamente se evidencia que, ante la negativa de cobertura, el reclamo ha sido y es judicial, y la mayor desigualdad se presenta entre quienes tienen cobertura de obra social y medicina prepaga (pese a las problemáticas y trabas burocráticas propias) y aquellos que no cuentan con cobertura y recurren al sistema público de salud.

En lo que respecta al asesoramiento de pacientes, salvo aquellos que pueden recurrir a un asesoramiento profesional pago; la regla parece ser la desinformación, lo que genera sendas problemáticas no solo en el tratamiento en sí y su cobertura, sino asimismo al momento de la inscripción de los niños nacidos mediante TRHA, como fuente de filiación.

Sumado a ello, se evidencian casos de desigualdad en torno a la no cobertura integral - por parte de obras sociales o empresas de medicina prepaga- a mujeres solas y/o la restricción al acceso por el estado civil u orientación sexual. Un claro ejemplo de ello se da en el supuesto de parejas de mujeres que acceden a las TRHA, pero no así a la donación de esperma -siendo esta la única manera factible de lograr un embarazo- o, en su caso, la no cobertura del 100% del tratamiento si ambos integrantes de la pareja no son afiliados a la obra social (como lo es el caso del IOPER), sino solo del 50%. Esa misma suerte corre una mujer sola que quiere acceder a la TRHA, teniendo solo una cobertura del 50%, ello ante una errónea interpretación del proyecto como “biparental”.

Las falencias evidenciadas son comunes desde todas las perspectivas, incluso desde las organizaciones comunitarias que bregan por un mejoramiento en el cumplimiento de la normativa vigente.

La desfinanciación del sistema de salud nacional y provincial muestra a las claras que, no solo en Entre Ríos, sino en los nosocomios de todo el país no existe infraestructura para llevar a cabo tratamientos de alta complejidad, a lo que se adicionan las innumerables barreras que emergen por parte de las empresas de medicina prepaga y obras sociales para una cobertura efectiva e integral, que abarque la calidad y cantidad de tratamientos necesarios por paciente, incluyendo medicamentos, diagnósticos adecuados, tratamiento con profesionales de confianza, acompañamientos psicológico y apoyo legal.

Frente a lo expuesto deviene imperioso referenciar que el derecho a la salud, en este caso sexual y reproductiva, es una obligación estatal, pero no puede considerarse absoluta. En efecto, debe articularse -por un lado- tutela efectiva a través del derecho procesal que habilite al ciudadano a reclamar por la cobertura específica y -por el otro- acción positiva estatal, tanto a través de la obra social provincial (financiada por los trabajadores con destinos específicos para sus objetivos), como así también mediante políticas públicas concretas que fomenten el efectivo acceso a la salud.

Sin duda alguna, si bien a la fecha existen numerosos fallos que han resuelto -para el caso particular- las problemáticas que se presentan ante las diversas situaciones que no se encuentran expresamente previstas en la normativa; o que surgen dudosas en su interpretación, pues no ha existido un planteamiento de tipo estructural que habilite una modificación sustancial en el diseño del sistema de salud -afectado a la salud sexual y reproductiva- y que logre un impacto dirigido a un grupo de personas determinadas.

La gran fragmentación entre los sectores del sistema de salud -público y privado- impiden el disfrute igualitario del derecho a la salud por parte de todos en un plano equitativo. Actualmente, el amparo es el medio por excelencia para garantizar, ante una negativa de cobertura, que los pacientes reciban los mejores tratamientos, en una marcada preeminencia del derecho constitucional sobre las normas legales y reglamentarias. Ahora bien, el hecho de que se deba judicializar una situación para que se garantice el derecho a la salud importa una clara violación a este derecho.

Ello así, la negativa de las obras sociales y empresas de medicina prepaga a dar tratamiento de TRHA de manera integral violenta el derecho constitucional de acceso a la salud, máxime si en virtud de dicha negación deben recurrir a la justicia.

El enfoque de la intervención judicial debe cambiar, por lo cual se necesita ampliación de debate y diálogo interinstitucional, con el objeto de no tergiversar la función del poder judicial identificando las reales fallas del sistema.

En efecto, de los puntos más destacados como problemáticas especificadas; puede evidenciarse que la gran mayoría deben ser resueltos por una modificación el sistema público de salud y las políticas públicas; como así también normativamente ampliando el espectro de cobertura; generando más acceso a las TRHA mediante descentralización de tratamientos, inversión en infraestructura y capacitación y, sobre todo, brindando información asertiva a la ciudadanía.

Sumado a lo expuesto, no pueden dejar de especificarse los pormenores de atención para tratamientos de TRHA en el contexto de Pandemia siendo que, a partir del 13.03.2020 se declaró la situación de emergencia sanitaria a nivel mundial debido a la pandemia SARS COVD-19; lo que ha motivado la adopción de determinadas medidas para evitar la propagación del virus y, asimismo, el destino de los insumos de salud a mitigar sus efectos.

Frente a ello tanto el RAFA como el SAMeR han especificado las estrictas pautas de atención y recomendaciones locales aconsejando la no interrupción de tratamientos, como así también aplicar todos los criterios de cuidado y prevención de los equipos de salud evitando la transmisión del virus, maximizando los controles, cuidados y variables de seguridad, apelando a la prudencia y responsabilidad, minimizando el número de pacientes asistidos en forma presencial espaciando turnos y evitando sobre turnos, realizando interrogatorio telefónico a todo paciente que concurra a la consulta para evitar la presencia en caso de paciente de riesgo; entre otras.

Ciertamente, el parámetro para así considerarlo ha sido que la provisión de servicios de fertilidad es considerada en el mundo como una actividad esencial, como así también que no existen publicaciones científicas que contraindiquen el embarazo en la población fértil, por lo que así considerarlo con la población infértil podría ser una palmaria discriminación, como así también que no existe evidencia científica de transmisión vertical de la madre al feto⁴⁹.

2) b.- RESEÑA:

⁴⁹ Recomendación SAMeR/ COVID 19. 06.05.2020. http://www.samer.org.ar/covid_n5.asp

Efectivamente, el análisis previo y post sanción de la ley de TRHA y su adhesión se posicionaba en dos ejes centrales; la cuestión presupuestaria versus desfinanciación del sistema de salud por un lado y, el alcance de la cobertura por el otro.

Ambas cuestiones fueron zanjadas, parcialmente, por la sanción de la ley e interpretaciones judiciales ulteriores; en consonancia con convenios internacionales de derechos humanos constitucionalmente consagrados.

Sin perjuicio de lo expuesto, si bien la normativa expresamente refiere a la cobertura integral de TRHA a toda persona sin discriminación; pues a la vista se evidencia que las obras sociales y empresas de medicina prepaga sí ejercitan tal distinción, vgr. al condicionar mayores estudios médicos y documentación a auditar para mujeres solas, o de edad avanzada, al no cubrir la totalidad del tratamiento si la madre no se encuentra adherida a la obra social en la que fuera petitionada -por la pareja-, al negar más de tres tratamientos de fertilización en el año calendario; entre otras.

Todas estas vicisitudes obligan y obligaran a recurrir a la judicatura para dirimir el camino que corresponde adoptar y cómo debe ser interpretada la norma.

En este sentido, las organizaciones comunitarias y no gubernamentales; como así también los operadores del derecho, asumen un rol preponderante en la tutela de la ciudadanía. A ello se adiciona una fuerte y marcada necesidad de informar acerca de lo reglado.

CAPITULO III

3.- REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN PARA EL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS.

3.- a) Igualdad e integralidad en el acceso a las TRHA.

A los fines de evidenciar las representaciones sociales de los individuos involucrados en los procesos administrativos y burocráticos para el efectivo acceso a las TRHA, se procedió a entrevistar a los distintos actores con el objeto de extraer las vivencias y experiencias personales, como así también los avances fácticos en la realidad circundante.

Ello así, se entrevistaron beneficiarios/pacientes de TRHA, médicos especialistas en fertilización (titulares de Centros Médicos y aquellos que llevan a cabo las TRHA en nosocomios), funcionarios dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia vinculados con

la temática y organizaciones sociales involucradas en la lucha por la consagración de los derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, más allá de intentar indagar acerca de las falencias y virtudes del proceso, se bregó por acceder a los objetivos que aún restan alcanzar en torno a la especial temática que nos convoca, es decir los reales desafíos atento las nuevas dinámicas y avances científicos que nos interpelan a replantear las nuevas formas de familia.

I. 3) a.- BENEFICIARIOS:

A razón de entrevistas sostenidas con pacientes que se adjuntan *in fine*; se pudo evidenciar que, desde el inicio del proceso, las problemáticas burocráticas vinculadas con las obras sociales o prepagas generan enorme frustración en los beneficiarios.

Lo referenciado se funda en dos ejes centrales. Por un lado, lo dificultoso de la documentación a presentar y la marcada dilación en proveer las autorizaciones y, por el otro la demora en recibir los medicamentos necesarios.

Se advierten trabas burocráticas en torno al proceso administrativo para acceder a las TRHA, por parte de las prepagas u obras sociales; ello puesto de resalto en la documentación solicitada, la cual muta en forma discrecional; el rechazo de la documentación por rigorismo formal y la dilación en su aprobación. En palabras de uno de los pacientes entrevistados: “...*Al principio fue todo bien, pero al final (cuando te ibas a someter el tratamiento) ya se demoraban más: cambiaban los papeles del consentimiento, nos lo rechazaban porque tenían algún tachón. El último fue el más difícil de todos en cuanto a los papeles y demoraban mucho, más de 30 días, para la autorización de tratamientos y sumado a 15 a 20 días para los medicamentos. En total son como 2 o 3 meses; por eso te dejan hacer 3 tratamientos por año, pero entre tanta burocracia terminas haciendo dos por año, no llegas con los tiempos por eso...*”⁵⁰

El tratamiento se representa como el inicio de un largo peregrinar que, muchas veces, tiene directas implicancias en la posibilidad, no solo de acceder al tratamiento necesario e indicado por el médico, sino que, otras tantas, dificulta la posibilidad de realización de la

⁵⁰ Ver infra entrevista Hugo Valdez, pág. 124.

cantidad de tratamientos habilitados por ley por las marcadas demoras; disminuyéndolas a dos en un año lo que, en la praxis, implica la frustración de acceder a la integralidad de las técnicas.

Ciertamente, en consonancia con lo expuesto anteriormente, de acceder a solo dos (2) tratamientos al año y, en su caso, resultando ellos infructuosos, pues se frustra la posibilidad de acceder a un tercero. A ello se adicionan las demoras que las obras sociales o prepagas presentan al momento de abonar los honorarios a los médicos tratantes lo que implica la imposibilidad de acceder a un tratamiento inmediato sin antes acreditar dicho pago, quedando a las resultas de la buena voluntad del médico interviniente -al que aún no le ha sido liquidado y abonado su estipendio, pese a haber realizado el trabajo-. No debemos olvidar que, en casos como el particular, el tiempo apremia.

De las entrevistas asimismo se ha podido extraer la marcada disconformidad de los pacientes en la burocracia del sistema público de salud, lo que los impetra a recurrir a centros médicos privados -de contar con obra social o prepaga claro está-, aduciendo que el tratamiento brindado es más personalizado y, en consecuencia, se sienten más acompañados en todo el proceso, accediendo a más información direccionada a su especial situación.

Deviene imperioso poner de resalto la situación que acontece -con obras sociales y empresas de medicina prepaga- para los casos en los que se requiere donación de semen de banco, tanto para parejas heterosexuales (infertilidad del hombre) o parejas homosexuales, siendo que en la gran mayoría la adquisición de la muestra debe ser abogada por el particular y diligenciar, posteriormente, el reintegro, lo que asimismo evidencia demoras y trabas burocráticas.

Sin duda alguna, emerge un marcado criterio discriminatorio -cuanto menos- entre aquellos que pueden costear y afrontar la muestra anticipadamente y los que no logran hacerlo; por cuanto la infertilidad, como enfermedad y conforme lo establece la normativa vigente y asimismo lo refiere la OMS, abarca todos los padecimientos que impiden alcanzar la concepción, estableciendo específicamente que no debe haber trato desigual alguno y la cobertura debe ser del 100%.

El trato no se recepta igualitario en torno marca una diferenciación entre quienes pueden costear anticipadamente determinados gastos que la obra social no cubre o recurrir a un reclamo judicial pertinente ante marcadas dilaciones, y aquellos que deben esperar el largo peregrinar de las decisiones administrativas y burocráticas.

En torno a la cobertura por parte de las empresas de medicina prepaga u obras sociales; resulta un común denominador evidenciar la negativa de cobertura integral (100%), la necesidad -de ser posible- de recurrir a amparos para acceder a tratamientos, a medicamentos y estudios médicos indicados en la provincia, como así también la no cobertura de medicamentos para la retención de embarazo alcanzado por TRHA o de muestra de semen de banco.

A decir de los entrevistados se advierte, asimismo, la ausencia de asesoramiento legal gratuito y/o acompañamiento en el proceso administrativo/burocrático para los pacientes/beneficiarios, máxime en los tratamientos que se llevan a cabo en el sistema público de salud.

En algunos casos, contando los pretenses con abogados particulares que los acompañan en todo el proceso o con el acompañamiento de los médicos tratantes, que le brindan las herramientas al alcance para facilitarles el camino a la concepción deseada, resultando el facilitador siempre una excepción.

Deviene evidente que la terminología utilizada y la documentación a presentar es sumamente compleja y, en líneas generales, de difícil comprensión para la población en general. Ciertamente, existe una cultura de realizar discursos e instructivos complejizados y de utilizar la jerga específica como un delimitante para el acceso a la información, lo que nos interpela a simplificar los procesos para generar puentes de acceso.

En nada suma, claro está, que los formularios y consentimientos, entre otros, no cuenten con una aclaración al pie que facilite a los beneficiarios completar los trámites sin necesidad de recurrir a un asesoramiento específico; de ello también habla el legislador al expresar el carácter integral.

El articulado de la ley, los textos de consentimiento informado, el decálogo de tratamientos incluidos, los formularios de una obra social o prepaga son estructuras evidentemente comunicacionales que deben tener un lenguaje claro con el objeto del alcance a un auditorio universal y no solo comprensible por un grupo determinado -y selecto- de individuos. La práctica enraizada de considerar que, a mayor complejidad del lenguaje y utilización de terminología diferenciada; mejor elaborado el instrumento, solo posiciona en una situación de supremacía o de poder a quienes pueden acceder a su comprensión. Indudablemente, el lenguaje opera aquí como una barrera para el acceso a las TRHA.

Si el acceso a la cobertura de los procesos resulta incomprensible para las partes beneficiarias, últimos destinatarios, se frustra el fin de la norma. Sin perjuicio que existe terminología médica/científica propia del ámbito académico; no puede pretenderse que ello sea comprendido por el público receptor -no experto, profano, no familiarizado con dicho uso-, sin antes brindarle claridad y sistematización para hacerlo accesible. Deviene imperioso romper con una estructura comunicativa desentendida de los destinatarios, humanizar los procedimientos administrativos y, así, reconocer la dignidad del interlocutor quien, muchas veces, se encuentra ante un proceso “a ciegas” por no poder descifrar el contenido de la documentación que se le presenta.

Sobre este punto, surge palmario poner de resalto que a fines de 2017 se llevó a cabo en nuestro país la “Primera Jornada Internacional de Lenguaje Claro. El derecho de Entender”. En ese marco se acordó la “Red Argentina de Lenguaje claro” (RALC), con participación conjunta de los tres poderes - Ejecutivo, Legislativo y Judicial- con el objeto de arbitrar acciones de formación e implementación de lenguaje claro para mejorar la calidad de la comunicación entre sus instituciones y la ciudadanía. Por otra parte, en noviembre de 2018 tuvo lugar la “Segunda Jornada Internacional de Lenguaje Claro: desafíos para consolidar un Estado al servicio de los ciudadanos”. En ese marco, se presentó el Consejo Directivo de la RALC y los participantes se comprometieron a trabajar para conformar la Red Iberoamericana de Lenguaje Claro.⁵¹

Desde el punto de vista de los beneficiarios, se puede leer que resta simplificar los procesos administrativos y burocráticos por parte de las prepagas y obras sociales, incorporar acompañamiento legal y administrativo, hacer efectivo el carácter de cobertura integral de las técnicas sin impedimentos subsanables y mejorar la inversión en el sistema público de salud.

Surge manifiesto que el proceso de TRHA, en sí, implica para el particular una exposición de su intimidad sexual y reproductiva, devenida de una situación médica. A dicho proceso, de por sí cargado de ansiedad, frustración, dudas, angustia, temores y preocupaciones, se adiciona la burocracia del sistema que ralentiza los procesos y dificulta, aun mas, acceder al anhelado deseo de concebir; en situaciones en las que el tiempo apremia.

⁵¹ *“Intento escribir de un modo comprensible porque no creo que la confusión sea un mérito”.* (Jorge Luis Borges). La Red (RALC) es una comunidad de organismos públicos, redes y personas que promueve el uso del lenguaje claro en los organismos del Estado para garantizar la transparencia de los actos de gobierno, el derecho a entender y el acceso a la información pública.

En consonancia con ello, de la información extraída de la entrevista llevada a cabo a la Lic. Cecilia Degani -psicóloga del CERFH- se destaca que, ciertamente, la mayor preocupación de los beneficiarios al momento de iniciar TRHA es la posibilidad de acceder a la cobertura necesaria, oportuna y que pueda sostenerse en el caso que los intentos no den el resultado esperado, ello devenido justamente de los distintos tiempos que manejan las empresas de medicina prepaga y obras sociales; siendo su aporte esencial para acceder a los costosísimos tratamientos.

Resulta un dato de mayor preponderancia que la cobertura del tratamiento y acompañamiento psicológico en los casos de TRHA, y de necesitarlo el paciente, depende de la decisión discrecional de la obra social o empresa de medicina prepaga, la que a veces es nula y, en otros casos, con pequeños reintegros no representativos. No es un dato menor que, en determinadas personalidades, el acompañamiento psicológico hace a la adherencia y efectividad del tratamiento, por lo que resulta parte integrante del concepto integrador que pregonan la normativa en torno a la cobertura que debe endilgarse en un 100%; lo que no debiera menospreciarse.⁵²

Finalmente, y como común denominador especificado por los beneficiarios, existe un marcado nivel desinformación en torno a las TRHA. Ciertamente, la gran mayoría de los entrevistados especifican no haber conocido, de antemano, el contenido efectivo de la norma, las posibilidades de acceso, las herramientas científicas y legales al alcance. La información a la que acceden, una vez presentada la problemática que los lleva a recurrir a las TRHA, la obtienen de portales de internet, de los médicos tratantes, de amigos o conocidos que han atravesado por idéntica situación, entre otros.

Lo referenciado en el párrafo precedente demuestra a las claras que uno de los principales problemas de acceso a las TRHA es el efectivo desconocimiento de la sociedad en torno a su incorporación a nuestro sistema normativo y, concretamente, al PMO.

La ausencia de información oportuna, clara, precisa y determinada sobre las TRHA al acceso de toda la ciudadanía genera un descreimiento acerca de su efectividad, como así también en torno a las garantías de cobertura estatal. Asimismo, la situación de desinformación

⁵² Ver infra entrevista Lic. Cecilia Degani, pág. 101.

se extiende al ámbito de lo público, tanto a galenos como a los organismos del Estado que deben seguir las tramitaciones hasta la debida inscripción del recién nacido por TRHA.

Existe, a las claras, una desconexión entre quienes se encuentran abordando las TRHA como proceso natural y reglado (tanto pacientes como médicos tratantes); del resto de la sociedad no involucrada con la temática; ello producto claro está de la ausencia de información al respecto.

II 3) a.-TITULARES DE CENTROS MEDICOS DE FERTILIZACION PROVINCIAL:

De las entrevistas realizadas a las titulares de los dos únicos centros médicos privados de fertilización en la provincia, ambos situados en la capital y a los que recurren ciudadanos de todo el territorio provincial, se ha podido evidenciar que ambos tienen convenio con la gran mayoría de las obras sociales, salvo aquellas que no realizan contrato con la provincia.

Asimismo, a razón de la sanción de la Ley de TRHA, se ha vislumbrado un marcado incremento de consultas y tratamientos.

En cuanto a la cobertura propiamente dicha, sin perjuicio de la integralidad que la ley pregonaba, se destacan diversos valladares al momento de solicitarla; a saber: negativa de la obra social o prepaga a cubrir tratamiento en el centro médico de voluntad del paciente, compeliendo al particular a recurrir a otro Centro con el que sí tienen convenio -ello obliga a recurrir a la vía del amparo, de ser posible y, en otros casos, acatar lo decidido, lo que implica un proceso de angustia y de abandono del camino recorrido con el profesional de confianza-.

En palabras de la Dra. Mariana Degani, médico titular del CERFH: *“...las mayores limitaciones son los tiempos hasta lograr la autorización al tratamiento, que condicionan el éxito del mismo, y la falta de libertad para elegir el profesional que lo va a llevar a cabo, siendo muchas veces asignados los pacientes a centros de fertilidad de otras provincias. Lo anterior impone barreras físicas entre el lugar de residencia de los pacientes y el centro de fertilidad que condicionan fuertemente el acceso (viajar a otra ciudad y residir aproximadamente 15 días que es lo que dura un tratamiento implica tiempo, dinero, ausencia del lugar de trabajo, imposibilidad de hacerse cargo de otros hijos) y emocionales, ya que los pacientes manifiestan no sentirse contenidos y cómodos durante el tratamiento la mayoría de las veces, porque les es impuesto un profesional que ellos no eligieron en un tema tan delicado como el deseo de ser*

padres/madres, y porque la distancia hace que las consultas sean esporádicas o muchas veces por videollamada...”⁵³.

A lo referenciado, se suma la negativa de la obra social o prepaga a cubrir el 100% del tratamiento, en los términos establecidos en la ley vigente, ello en torno a cubrir determinados estudios específicos o medicación indicada -lo que obliga al paciente a optar por la vía del reclamo administrativo y judicial o al pago particular para evitar dilaciones-; exceso de burocracia en las gestiones administrativas, evidenciada en: completar formularios interminables, estudios que solicita la obra social y luego no reconoce, reiteración de pedido de estudios y papeles innecesarios a la patología del paciente (solo por protocolo o rutina de la autorización), fechas actualizadas (cuando la mayoría de las autorizaciones “duermen” días o semanas en las obras sociales y cuando salen ya están vencidas), ausencia de claridad por parte de las obras sociales o prepagas en torno a la cobertura (qué incluye y qué no), demoras en la autorización y/o entrega de medicación -hasta seis meses a un año puede llevar desde que se entrega toda la medicación-.

Ciertamente, a decir de la Dra. Mercedes Cabrera -titular del Centro Médico HAVVA: *“... la cobertura no es integral, las obras sociales cubren el tratamiento y los estudios básicos, pero no toda la medicación necesaria (tiene topes de monto para la cobertura) o hay pacientes que requiere estudios fuera de la habitual y eso no tiene cobertura... La falencia de la cobertura no tiene otra explicación que económica, las obras sociales quieren manejar todo con un presupuesto y de ahí no salirse, por eso los pacientes con alteraciones diferentes o necesidades específicas quedan afuera a pesar de que se manda historia clínica y estudios que lo respaldan. La mayoría argumenta que esta fuera del PMO (plan médico obligatorio), y ellos están solo obligados (según refieren) a cumplir eso...”⁵⁴.*

Por otro lado se evidencia que, si bien los únicos dos centros médicos y nosocomio de referencia que realizan las TRHA se encuentran situados en la ciudad capital, en líneas generales ello no es un impedimento en sí para el acceso a las técnicas, los pacientes llegan y, en la provincia, se realizan todos los estudios médicos necesarios sin necesidad de traslado del paciente a otra jurisdicción, incluso se reciben consultas de la provincia lindante de Santa Fe,

⁵³ Ver infra entrevista Dra. Mariana Degani, pág. 89.

⁵⁴ Ver infra entrevista Dra. Mercedes Cabrera, pág. 95.

mas la distancia territorial ralentiza el acceso. En otras palabras, no es lo mismo atenderse en su propia ciudad que tener que emprender un viaje, de mas de 4 horas, para un turno médico.

Ambos Centros cuentan con tecnología de avanzada para llevar a cabo prácticas y técnicas, lo que ha tornado innecesario el traslado de pacientes a otras jurisdicciones. Resta la consecución de determinados estudios médicos específicos que se centralizan en las ciudades de Rosario (Sta. Fe) o Buenos Aires.

En cuanto a los objetivos que aún restan alcanzar en torno a la temática, las titulares de los centros médicos privados son coincidentes con los beneficiarios en cuanto a que resulta necesaria la cobertura legal y/o asesoramiento jurídico gratuito o de bajo costo para los pacientes, en casos de pacientes que no pueden acceder a costear honorarios; lo que marca una situación de discriminación en comparación con aquellas personas que acceden a litigar. Asimismo, expresan la necesidad de facilitación de los procesos administrativos, unificando criterios en cuanto a la documentación requerida por las prestadoras y evitando, así, confundir al ciudadano que solicita el tratamiento.

Finalmente, resaltan la necesidad de facilitar la libertad de elección del profesional; ello así lo refiere la Dra. Mariana Degani, médico especialista del CERFH, a saber: *“El mayor problema es la demora en las autorizaciones (hecho que disminuye las posibilidades de éxito en los tratamientos muchas veces) y que en muchos casos no existe la posibilidad de libre elección del profesional médico que trate a la pareja/persona. La cobertura es integral, pero muchas veces donde la obra social decide, por lo que los pacientes terminan recurriendo a amparos judiciales para poder decidir el profesional a cargo del tratamiento...”*⁵⁵

En cuanto a las cuestiones específicas de cobertura médica, refieren enfáticamente que aún queda por cubrir la medicación completa, banco de semen para pacientes solas (sin parejas), cobertura efectiva en tiempo y forma para las pacientes sin obra social, como así también -y ello sin hallarse hoy incluido en la ley-: estudios genéticos de mayor complejidad y/o biopsia embrionaria pre-implantatoria: en casos indicados ej.: fibrosis quística u otras enfermedades hereditarias, fallos reiterados de fecundación, aborto recurrentes; preservación de la fertilidad para futura maternidad (vitricar ovocitos o semen) por indicación médica (baja reserva) o social.

⁵⁵ Ver infra entrevista Dra. Mariana Degani, pág. 89.

Destaca la Dra. Cabrera, y cito: “...desde la comunidad científica ya están en marcha en otros países muchos estudios que ayudan a lograr una tasa de embarazo más alta, se han incorporado estudios de receptividad uterina (Test de ERA), estudios genéticos del embrión, etc y la sociedad médica Argentina los acepta en lo académico, pero no se acepta en la práctica solo porque aumentaría muchos los costos y eso es un problema con las gerencadoras de salud. Yo he tenido llamados de obras sociales que me piden que no explique al paciente todo lo que se puede hacer... que eso es para otro tipo de sociedad económica que a la nuestra solo la básico.... lo cual me ha llevado a dejar de trabajar con obras sociales, yo no voy a supeditar la calidad de la medicina por acuerdos económicos.... dentro de lo integral es que el paciente se siente en Paraná y acceda a la misma información que en un centro de Europa o EEUU...”⁵⁶.

Ciertamente, en torno a la preservación de la fertilidad, si bien el Art. 8 de la Ley TRHA refiere -parte pertinente-: “...También quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo, los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para aquellas personas, incluso menores de dieciocho (18) años que, aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro...”, pues la preservación de la fertilidad se encuentra solamente incluida en los casos de indicación médica, mas no así por autonomía de la voluntad, llamada “preservación social de la fertilidad”.

En efecto, hoy en día, la preservación de la fertilidad al 100% solo está cubierta por cuestiones oncológicas, en los casos de indicación médica de baja reserva ovárica o bajo recuento de espermatozoides, dependiendo de la obra social y de los auditores para que se determine el monto de cobertura con la paciente.

Por su parte, la preservación social no tiene ningún tipo de cobertura, la voluntad de la paciente no cuenta. La titular del Centro Médico HAVVA expresa la necesidad de planificar la maternidad futura como derecho de las pacientes y, en consecuencia, que debería estar incluida en el PMO, ello plenamente coincidente con lo narrado por la Dra. Degani, al especificar que se trata de casos de mujeres mayores de 35 años sin pareja o sin perspectiva de un embarazo cercano, edad en la que se altera la cantidad ovocitos (reserva ovárica) y calidad (nivel genético)

⁵⁶ Ver infra entrevista Dra. Mercedes Cabrera, pág. 85.

por lo que disminuyen las probabilidades de quedar embarazada, permitiéndose la opción de “guardar” la posibilidad de quedar embarazada mediante una fertilización in vitro posterior, práctica que no está cubierta por ninguna obra social.

III 3) a.- ESTADO PROVINCIAL:

Ciertamente, deviene de suma relevancia exponer las representaciones sociales que el propio Estado provincial, a través de sus funcionarios, detenta sobre la temática y de qué manera visualiza el espectro actual en torno a la integralidad de la cobertura. Ello así, en entrevista llevada a cabo al Dr. German Alberto Coronel, Coordinador General del Ministerio de Salud, ha podido extraerse vasta información vinculada al estado de situación actual y el correlato de sus apreciaciones con los distintos actores sociales relevantes.

En efecto, se destacan las políticas y/o prácticas puntuales que, desde el sector del Ministerio de Salud, se han implementado en torno a las TRHA. Ello en tanto, a partir de la adhesión a la ley, se han brindado los tratamientos (de baja complejidad) previstos en la normativa en forma gratuita en el Hospital Regional San Martín mediante el Programa Provincial de Fertilización Asistida -impulsado por los mismos actores que actuaron sobre la reglamentación local y se dedican a la temática-, cuyo presupuesto está asignado a través de un sistema de subsidios provenientes de la red pública, habilitando los centros privados y reglamentando el modo de realizar el consentimiento informado, garantizando su gratuidad.

Sin perjuicio de ello se destaca la relevancia de la des- información en torno a la importancia de la ley vigente y la ausencia de conciencia pública colectiva en lo que ello representa en materia de derechos humanos reproductivos; como así también la deuda pendiente en torno a efectivas capacitaciones que el Estado debe brindar a los referentes de cada efector.

Sumado a ello, se evidencia una cuasi inexistente inversión hospitalaria lo que, conforme lo expresara en su entrevista el Dr. Coronel, debe ir de la mano del planteo de un programa específico y planificado que prevea los pendientes, planteando como mayores impedimentos la falta de información y de recursos económicos, como así también de desarrollo médico y técnico en los efectores públicos, de mayor relevancia para las clases sociales postergadas en cuanto al efectivo acceso al tratamiento.

Sin duda alguna, y he aquí la mayor de las coincidencias con los diversos actores relevantes; se evidencia la reticencia de las obras sociales y empresas de medicina prepagas a

cubrir las prestaciones que la ley pregona; poniendo de resalto que el justificativo general gira en torno a los elevados costos de los tratamientos, la desfinanciación y, en el contexto de pandemia, alegando imposibilidad de cobertura.

A ello debe añadirse, conforme lo expresaran asimismo los beneficiarios de los tratamientos, que muchas obras sociales se amparan en la integralidad versus la gratuidad, admitiendo los tratamientos mediante sistemas de coseguros; a decir del Dr. Coronel: *“Si bien el sistema público de salud garantiza la gratuidad, en el ámbito de muchas obras sociales, consideran en un macabro juego de palabras que la cobertura de los tratamientos debe ser integral. Tal integralidad en oposición a gratuidad, por ello, supeditan dicha cobertura a Coseguros, no reconocimiento de estudios y medicación previa a los tratamientos – los cuales son necesarios precisamente para proceder a la práctica-...”*.⁵⁷

La situación de vulnerabilidad, frente a la desinformación, la burocracia y el poder económico, colocan a todos los pretensesores de las TRHA -sobre todo a quienes recurren al sistema público de salud-, en una posición sumamente desventajosa y alejada del efectivo acceso a los tratamientos.

El sistema público de salud provincial, en lo que respecta a las TRHA, ha garantido su cobertura a través del Hospital Regional San Martín, sito en la capital provincial, en atención de toda la ciudadanía de la provincia que requiera tratamientos (de baja complejidad); los que se brindan conforme un sistema de subsidios financiados por el Ministerio de Salud provincial, gestionados a través del Programa de Fertilización Provincial y otorgados -previa auditoria- por el Ministerio de Salud provincial.

Ahora bien, la realidad imperante en torno a la temática permite vislumbrar que, si bien en los últimos años ha acontecido una valoración sobre las TRHA y una marcada necesidad de articular la descentralización de la atención, con más inversión en tecnología y capacitación a especialistas; surge palmario que aún no existe -por diversos motivos- una política pública concreta que haya abordado en todo su espectro el desarrollo de la aplicación integral de las TRHA en el territorio.

A más de seis años de la adhesión a la normativa, los tratamientos siguen circunscribiéndose en el Hospital sito en la capital provincial, y solo los de baja complejidad,

⁵⁷ Ver infra entrevista Dr. Coronel. Pág. 111.

debiendo ser los demás derivados al ámbito privado. El nosocomio cuenta solamente con dos especialistas en fertilización, para atender todos los casos provinciales. Como parangón, huelga referenciar que ningún hospital público del país cuenta con estructura para atender tratamientos de alta complejidad.

IV 3) a.- ORGANIZACIONES SOCIALES:

Deviene dable referenciar que el surgimiento y desarrollo de organizaciones comunitarias, como fenómeno emergente de la sociedad y como consecuencia del tratamiento de problemáticas específicas de grupos excluidos; se distingue de las organizaciones no gubernamentales de promoción y desarrollo, ello por cuanto se trata de esfuerzos de auto organización ante múltiples necesidades de grupos en situaciones problemáticas de marcada desigualdad, a lo que se adicionan también organizaciones de tipo social que asumen formas diversas y que, en su conjunto, conforman el denominado tercer sector. Todos, sin duda alguna, surgen como corolario de la articulación en red con el fin último de generar procesos colectivos de transformación sociopolítica de la realidad, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades.

En el presente estudio, y a resultas de indagar primeramente acerca de la existencia efectiva de fenómenos organizacionales diversos que abordaran la temática en la provincia de Entre Ríos; pues si bien no existe a la fecha de la investigación una organización no gubernamental destinada a atender los impedimentos de acceso a las TRHA, a nivel nacional menos aun local; sí pudo evidenciarse la conformación de organizaciones sociales que adoptaran la forma de Asociación Civil, vgr. “Abrazo por Dar Vida”, nacional y con bifurcaciones de alcance local y asimismo una Organización Comunitaria -local- en el caso de “Las Capitanas”.

Su conformación, generalmente, se encuentra dada por la participación de personas que se encuentran atravesando situaciones de complejidad frente a las TRHA y/o, en algunos casos, por actores sociales -profesionales en su gran mayoría del derecho, comunicación social y demás ciencias sociales- involucrados en la temática. Fuera de ellas, no ha sido posible encontrar otras organizaciones, sea cual fuera el tipo que adopten que, a nivel territorial local, destinen su objeto a las TRHA.

Ello así, de la investigación efectuada se evidencia que existen a la fecha numerosos impedimentos -burocráticos y presupuestarios en su mayoría- que impiden el acceso integral de

los ciudadanos a las TRHA. Si bien se reconoce el avance en la cuestión normativa y reglamentaria, la ausencia de presupuesto vinculada a la provisión de insumos al sector público de salud y los mecanismos utilizados por las obras sociales y empresas de medicina prepaga para ralentizar el acceso a las mismas ha dificultado que el avance científico y de reconocimiento de derechos pueda verse plasmado en su integralidad en la práctica.

Sin dudas persiste el reclamo de un correcto asesoramiento e información gratuita y al alcance para un mejoramiento en el acceso a las TRHA, máxime en una temática en la que se encuentra sumamente involucrado el factor tiempo y la psiquis de los pacientes; siendo un mecanismo complejo de comprender para todo aquel no se encuentre vinculado en forma directa a los tratamientos.

En efecto, los rápidos avances científicos y la normativa que no deviene de fácil interpretación para el particular sin la colaboración de factores externos, a lo que se adicionan las diversas interpretaciones de la judicatura al respecto y las diversas resoluciones ministeriales que agregan nomenclaturas poco claras, generan un importante valladar en torno al real involucramiento que puede llevar a cabo una persona que carece del asesoramiento y/o de una política pública concreta de difusión y explicación del proceder.

Ciertamente el anhelo, amén de las mejoras burocráticas y de cobertura de las obras sociales y prepagas, recae en un mejoramiento en la atención del sistema público de salud, más personalizado y brindando las herramientas de conocimiento e información adecuadas, con el objetivo puesto en la futura descentralización de la ciudad capital al interior.

Asimismo, surgen coincidencias en torno a la necesaria cobertura de determinados tratamientos que suelen ser rechazados, tales como la crio preservación de embriones en caso de ser necesaria, medicamentos impostergables para encarar un tratamiento como la Heparina (se cubre por PMO cuando ya hay embarazo y no antes), estudios específicos para llevar adelante un tratamiento, el reintegro de gastos por estudios médicos o de medicación y el cumplimiento de 3 intentos anuales de alta complejidad, entre otros.

Sin perjuicio de lo expuesto, se expresa mucha expectativa por mejorar el estado de situación y se enaltece la vigencia de la normativa, pionera en Latinoamérica, resaltando la existencia de muchas organizaciones no gubernamentales; como así también gubernamentales, que se encuentran seriamente comprometidas con la temática y buscan mejorar la aplicación de la integralidad; en un camino largo pero asequible. A decir de *María Elena Cabral, Presidenta*

de Asociación Civil “Abrazo x Dar Vida”: “La ley nacional ya tiene 7 años y no podemos dejar de reconocer que más allá de sus falencias o complicaciones es una ley pionera en Latinoamérica, abarcativa, modelo de inclusión y no discriminatoria. Que podría ser mejor en muchos aspectos, no hay duda, pero por suerte ha existido la posibilidad de dar luces a muchos de sus grises. y seguimos como asociación bregando por mejorar otros temas que quedan aún en un limbo legal como son el destino de los embriones no implantados, la gestación solidaria, la cobertura del DGP (diagnóstico genético preimplantatorio) necesario en muchos casos para diagnosticar embriones que terminen en embarazos compatibles con la vida”.⁵⁸

El rol preponderante, en el contexto actual, que evidencian las organizaciones comunitarias en torno a la temática se vincula estrechamente con las nuevas formas de familia y de autopercepción del género, con miras en eliminar las barreras discriminatorias por situaciones específicas de mujeres solas o parejas homosexuales, de hacer cumplir el espíritu inclusivo de la ley, como así también de brindar asesoramiento y acompañamiento en todo el proceso, contando con información asertiva.

Sin duda alguna, la importancia de las organizaciones comunitarias en la temática aflora como una forma de articulación de las demandas sociales, para canalizar intereses, reclamos y necesidades frente a situaciones de injusticia de los sectores más postergados, y como instancia de defensa de los derechos humanos frente a la discriminación de la que se sienten objeto. Sumado al valiosísimo trabajo desempeñado, voluntario, debe ponerse énfasis en la implicancia directa que los reclamos canalizados a través de las distintas organizaciones detentan en la generación de políticas públicas concretas.

En la sociedad actual, el rol de las organizaciones comunitarias como participación ciudadana indirecta ha ido en franco crecimiento, generando reales cambios sociales e impactando directamente en la toma de decisiones. Ello, sin duda alguna, emerge como la voz de un colectivo imaginario representado por el cumulo de intereses homogéneos, con el objeto de la modificación y mejora del *status quo*, producto de la desconfianza de los ciudadanos en las instituciones políticas y como correlato del mayor interés de la ciudadanía por los asuntos públicos, máxime si es un asunto que les concierne directamente.

⁵⁸ Ver infra entrevista María Elena Cabral. Presidenta de Asociación Civil “Abrazo x Dar Vida. Pág. 117

Las organizaciones sociales, como las citadas, han contribuido de manera decisiva en la construcción de nuevos espacios, como fuentes de estímulos políticos, vinculando a las personas o grupos, con las instituciones, generando un sentido de pertenencia como grupo homogéneo que colabora y asiste ante la no presencia del Estado para resolver las problemáticas.

A modo ejemplificativo, en la provincia de Entre Ríos la reglamentación de la ley de TRHA en lo que respecta a los consentimientos informados y su certificación por autoridad sanitaria fue impulsado de manera conjunta por efectores del Estado Provincial directamente vinculados a la temática -Coordinación del Programa de Fertilización dependiente del Ministerio de Salud Provincial- y organizaciones comunitarias que receptaban los reclamos del grupo ciudadano que se encontraba en situaciones de desprotección, debiendo -previo a ello- costear la certificación antedicha ante escribano público y generando, con ello, desigualdad.

Ello demuestra palmariamente, no solo la importancia y preponderancia de las organizaciones comunitarias como voz de los sectores que se mancomunan con idénticos fines, sino la implicancia que detentan en las decisiones políticas y la posibilidad, amalgamando intereses, de trabajar a la par de las instituciones estatales para lograr un mejoramiento del estado de situación.

La incorporación, y estudio, de las representaciones de las organizaciones comunitarias en el presente trabajo obedeció justamente a la notoria preponderancia que asiste actualmente, incluso en el plano global, a los movimientos sociales como producto de una construcción desde el particular hacia las instituciones y no viceversa. El clamor del reclamo, el cumulo de involucrados, la regularización y formalidad de las organizaciones demuestran que el cumplimiento de los objetivos es posible y que, sin duda alguna, deviene de imposibilidad manifiesta desoír, máxime en el contexto actual, el poder genuino de un grupo con objetivos específicos.

En efecto, y conforme se explicitara al inicio del presente acápite; sin perjuicio de la forma que adopten las organizaciones puertas adentro, resulta un factor por demás interesante la dimensión interorganizacional en cuanto a las relaciones o articulaciones que las mismas sostienen con otras organizaciones y con el propio Estado y, consecuentemente, las resultas específicas de dicha labor.

CAPITULO IV.

4.- CONCLUSIONES:

A modo de conclusión, corresponde volver a desentrañar el sentido que el legislador sindicó a la ley de reproducción humanamente asistida; en tanto procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo, quedando comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones.

La ley colocó a cargo de un vasto número de agentes de salud -que brindan a sus afiliados servicios médico-asistenciales, independientemente de la figura jurídica que posean-, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos, las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge; pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación.

Ello incluyó en el Programa Médico Obligatorio (PMO) dichos procedimientos, como así también los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no puede introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o al estado civil de los destinatarios.

Ciertamente, la normativa refiere a una cobertura integral e interdisciplinaria, que no solo comprende las técnicas de baja y alta complejidad; sino también los abordajes terapéuticos, de medicamentos, de apoyo y de preservación necesaria para lograr un embarazo e, incluso, ampliando su espectro a todas las técnicas que surjan del avance científico y tecnológico venidero.

Sin duda alguna, la normativa vigente a nivel nacional, su adhesión local, como así también la reglamentación de la ley y las numerosas resoluciones a nivel ministerial que zanjaron discusiones interpretativas; a las que se adicionan fallos jurisprudenciales; han sorteado innumerables escollos para el efectivo acceso a las TRHA por parte de la ciudadanía, pero, la realidad evidenciada da cuenta que aún queda mucho camino por recorrer para lograr plena efectividad.

Consecuentemente, deviene dable sistematizar las conclusiones arribadas luego de un profundo trabajo de investigación que impetra por ser exploratorio y que ha logrado, en gran medida, ratificar las hipótesis sospechadas al inicio en torno a la efectiva existencia, a la fecha, de numerosas barreras que impiden el acceso integral a las TRHA, como así también marcado un camino lineal y coincidente en torno a los desafíos venideros y los logros ya alcanzados.

En cuanto a las Dinámicas organizacionales y burocráticas respecto al acceso igualitario a las TRHA, se puede concluir que:

a) La atención provincial se centra en dos grandes ejes: atención médica pública (con cobertura mediante subsidios y solo tratamientos de baja complejidad) y atención medica privada, solo en los dos centros médicos privados de la provincia.

En el ámbito privado la atención se centraliza en dos Centros Médicos geográficamente situados en la capital de la provincia, en los que se realizan técnicas de baja y alta complejidad. Para las consultas/atención el/la ciudadano/a entrerriano debe trasladarse a la capital. Si bien existen dos Centros Médicos Privados, con un amplio equipamiento y capacitación y debidamente habilitados, ciertamente la circunstancia de encontrarse ambos en la capital provincial, impide la igualdad de acceso para quienes viven en el interior de la provincia; como así también limita las posibilidades de opción solo a esos dos Centros Privados, y no otros.

La cobertura por atención y tratamientos es amplia - vastas obras sociales y empresas de medicina prepaga-; pero no integral. La cobertura se ralentiza por la burocracia interna de los agentes de salud en torno a las auditorias, documentación y demás exigencias que, en muchos casos, impetran la judicialización.

Ambos Centros Médicos atienden, en líneas generales, idéntica cantidad de pacientes, evidenciándose en los últimos años un incremento de consultas y tratamientos en el Centro Medico Privado CERFH, por sobre HAVVA. Los datos fueron brindados abiertamente por ambos centros.

En lo que respecta al acceso de datos referidos a la temática en el sector Publico de Salud, ergo en torno a consultas, tratamientos de baja complejidad y derivaciones, hasta el año 2020 no se llevaba estadística. En el año 2020 no se llevaron a cabo tratamientos por recomendación del COES.

En ningún caso fue posible acceder al dato o información respectiva a la cantidad de TRHA llevados a cabo en el sector público de salud provincial (de baja complejidad) desde el año 2014 hasta el 2020, habiendo solo accedido a información aproximada e informal. Por su parte, la RED LARA presenta información a nivel país, pero nunca desagregada por provincia o por centro médico. La información dista mucho de ser pública, por lo que tampoco ha sido posible distinguir entre centros pertenecientes al sector público y privado.

En el ámbito público, la atención de TRHA asimismo se centraliza en la capital de la provincia, en el hospital regional de referencia en el que no solo obra la coordinación del Programa Provincial de Fertilización, sino que solamente se llevan a cabo prácticas de baja complejidad siendo que, las de alta, deben ser derivadas a centros médicos privados.

Ello así, el efectivo acceso a las TRHA de alta complejidad, medicamentos y diagnósticos previos para todos, sin distinción en torno a la utilización de sistema de salud público o privado de salud, no se encuentra debidamente garantizado.

En el ámbito público, las principales falencias están dadas por la ausencia de infraestructura y tecnología necesaria, como así también de personal médico especialista en la materia y la ausencia de proyección de descentralización de los tratamientos al interior de la provincia.

No se evidencia, a la fecha, la creación de un esquema orgánico en la coordinación del programa de fertilización que permita la descentralización efectiva de la atención por TRHA territorio adentro, ello motivado principalmente en la ausencia de presupuesto específico.

Es dable destacar que ninguno de los factores mencionados impide el acceso a los tratamientos en forma generalizada, mas sí los ralentiza considerablemente y, en algunos casos, solo habilita la cobertura parcial.

b) A la fecha no existe una política pública concreta con presupuesto específico destinado a un mejoramiento en la temática.

Sí se advierte -en comparación con otras provincias- un significativo avance en cuanto a la adhesión de la norma, la reglamentación del texto del consentimiento informado y su certificación gratuita por autoridad sanitaria, como así también la creación efectiva de la Dirección Provincial de Fertilización Asistida y la asignación de una coordinadora remunerada,

a fines del año 2020, lo que marca un punto de partida para sistematizar información y llevar a cabo, a largo plazo, programas concretos que faciliten el acceso.

La cobertura integral por el sistema público de salud está dada a través de un sistema de subsidios para los de alta complejidad y con recursos propios del Hospital para los de baja complejidad. Los procedimientos y auditorias para acceder a los subsidios se presentan como lentos y burocráticos y, si bien garantizan la cobertura que la ley pregona, no responden en modo alguno al factor tiempo y el carácter -cuando menos- urgente que reclama la cobertura.

En gran medida los avances evidenciados en el sector público de salud fueron producto del impulso dado por los actores intervinientes y comprometidos con la temática, y no por una acción política concreta y planificada.

No existe un presupuesto específico asignado a la cobertura de THRA, sino un direccionamiento de fondos aplicados a los subsidios específicos tramitados en expedientes particulares.

No se evidencia presupuesto específico destinado a la adquisición de infraestructura, tecnología de avanzada y/o equipamiento adecuado al efecto, cuyo correlato es que tampoco se ha constatado proyección de capacitación de personal para atender consultas y diagnosticar tratamientos.

Sin perjuicio de una ardua tarea de investigación, no ha sido posible acceder a los datos de los montos determinados y destinados para los subsidios, el dato dista de ser público. Sí ha podido relevarse que, el presupuesto que emerge para la cobertura de los subsidios es tanto Provincial como Nacional, sin poder realizarse especificaciones al respecto. La Nación, a partir del año 2018, provee los medicamentos de alto costo para fecundidad a la provincia.

c) Las obras sociales y empresas de medicina prepaga generalmente dilatan el cumplimiento de las solicitudes, impetran eximirse del pago de los gastos e implementan valladares legales para impedir el acceso integral a los tratamientos, estudios médicos y medicamentos.

La obra social provincial, en principio, pregona la cobertura de un 100% de los tratamientos, mas en la praxis dicha cobertura dista de ser tal.

La mencionada obra social se encuentra desfinanciada -circunstancia de público conocimiento y que así lo han expresado sus autoridades y asimismo ha sido factor determinante en la resolución de conflictos judiciales- y no cuenta con los recursos para afrontar la cobertura de los TRHA en su totalidad. Si bien no se ha podido acceder a los datos en torno a los montos que la obra social ha destinado a cubrir TRHA, huelga referenciar que los tratamientos mencionados revisten costos altísimos, muchos de ellos incorporando medicamentos y estudios médicos valuados en dólares.

Generalmente, al momento de garantizar la cobertura se dilatan los tiempos de los turnos asignados con justificativos en auditorias médicas y/o requerimientos de mayor documentación, no se reconocen determinados medicamentos y/o estudios médicos no nombrados.

Las obras sociales y empresas de medicina prepaga financian la cobertura de los tratamientos de alta complejidad mediante el sistema único de reintegros (SUR), recabado del Fondo Solidario de Redistribución, mas ello generalmente no resulta suficiente para costear los altos costos de las TRHA y genera, asimismo, el gran caudal de documentación que solicitan a los beneficiarios para dar curso a los tratamientos, lo que dilata su autorización.

Solo se brindan tratamientos en los Centros Médicos con los que las obras sociales y prepagas detentan convenio, lo que limita la posibilidad de optar por el galeno de confianza. Frente a ello, el recurso es judicial.

No se cuenta con cobertura, por parte de la obra social o prepaga, de apoyo psicológico/terapéutico del Centro Médico, sino solo con los profesionales adheridos y la cobertura del tratamiento no es total.

La demora en autorización para el TRHA indicado puede variar entre 30 y 45 días y, a veces, hasta 2 o 3 meses dependiendo la complejidad, lo que en muchas oportunidades genera significativas dilaciones en los tratamientos a llevarse a cabo y los ciclos a considerarse, máxime en este tipo de tratamientos en los que el tiempo y el factor biológico son preponderantes.

En cuanto a las Dinámicas de las discusiones políticas, sociales y jurídicas en torno al acceso igualitario a las TRHA, se puede concluir que:

a) Del análisis de las discusiones políticas para la sanción de la ley de TRHA y su adhesión, se evidencian dos ejes centrales: la cuestión presupuestaria versus

desfinanciación del sistema de salud y, el alcance de la cobertura en torno a quiénes iba dirigida. Ambas cuestiones fueron zanjadas, parcialmente, por la sanción de la ley e interpretaciones judiciales ulteriores; en consonancia con tratados internacionales de derechos humanos constitucionalmente consagrados.

La adhesión a la ley de TRHA encontró aceptación general en la legislatura provincial, tratada como una ley “de avanzada” y de reconocimiento de derechos.

A nivel nacional, las discusiones en el debate previo a su aprobación rondaron en decidir enfáticamente los destinatarios de la ley: parejas con problemas de fertilidad o toda la ciudadanía con voluntad procreacional, primando la segunda.

La postura de la iglesia católica, si bien fue uno de los posicionamientos más restringidos, no logro conmover los debates de la sanción y adhesión a la ley provincial, máxime considerando un contexto de existencia previa de sanción de la ley de matrimonio igualitario y ley de identidad de género, en una sociedad más receptiva de las diversidades.

Sí se evidencio una marcada preocupación en el debate en torno a las limitaciones presupuestarias provinciales para hacer frente a las TRHA de manera integral, proponiendo una aplicación gradual, lo que se vio y verifica evidenciado en el extenso periodo que llevo desde la adhesión de la Ley en el año 2014 a reglamentar la certificación del consentimiento informado (año 2020), la creación de la Dirección Provincial de fertilización (fines de 2020); y que a la fecha aún no exista descentralización del sistema público en la temática hacia el interior de la provincia, inclusión de partidas presupuestarias propias, campañas de promoción, e inversión en tecnología y equipamiento de punta.

Actualmente, la obra social provincial y empresas de medicina prepaga se encuentran compelidas a brindar el 100% de la cobertura, tratamiento, medicamentos, asistencia y acompañamiento de THRA. Ello genera, nivel de la obra social provincial, el destino de un marcado porcentual de sus recursos a dichos fines, poniendo en riesgo su financiamiento, lo que se acrecienta por no obrar un destino presupuestario específico a dicha cobertura.

Los impedimentos del acceso se verifican como estructurales, basado en la ausencia de políticas publicas concretas que contemplen el financiamiento del sistema de salud, sumado a la inexistencia de presupuesto específico destinado al efecto para cumplir los alcances de la ley.

b) El avance jurisprudencial en torno a la materia, a nivel provincial, se ha verificado en el tratamiento de: condicionar mayores estudios médicos y documentación a auditar para mujeres solas, o de edad avanzada, no cubrir la totalidad del tratamiento si la madre no se encuentra adherida a la obra social en la que fuera peticionada -por la pareja-, negar más de tres tratamientos de fertilización en el año calendario, no cubrir determinados medicamentos y/o estudios médicos.

Previo a la sanción de la ley, la jurisprudencia mayoritaria ya habilitaba una cobertura del 60% por parte de las obras sociales y un 40% a cargo de los particulares, mediante el mecanismo de reintegros o créditos asistenciales, entendiéndose que ello no dejaba desprotegidos a los particulares. La discusión se especificaba en torno a equilibrar el financiamiento de la obra social y la necesidad del particular, sumado a la responsabilidad estatal de cobertura por la afiliación obligatoria.

Previo a la sanción de la ley, jurisprudencialmente no se viabilizaba ningún tipo de acceso o cobertura de TRHA a parejas del mismo sexo o personas solas.

A la sanción de la Ley la judicatura se expresó enfáticamente en que las obras sociales y empresas de medicina prepaga deben cubrir el 100% de las TRHA de quien lo peticiona, incluso si una de las partes -en el caso de ser una pareja-, no se encuentra adherida a la obra social o prepaga o se encuentra adherida a otra.

El superior Tribunal provincial expresó que el incumplimiento de dicho mandato resulta una flagrante violación al derecho constitucional a la salud, al derecho constitucional a la propiedad e incluso resulta un acto pasible de ser atacado por arbitrariedad manifiesta, por ser contrario al orden jurídico vigente.

Los cuestionamientos judiciales rondaban y rondan en: inclusión de medicamentos y/o estudios médicos no nombrados por el órgano de aplicación, lo que fuera resuelto por el STJER en torno a especificar que el concepto de salud debe ser concebido en un sentido dinámico que implica la actualización y aplicación de avances científicos y tecnológicos; así como también en torno a la atención con profesionales de confianza, lo que asimismo fue acogido, siempre para el caso concreto.

La CJSN ha sentado criterio en torno a que la cantidad de tratamientos anuales de alta complejidad que autoriza la Ley son asimismo tres (3), resolviendo interpretaciones diversas en torno a la interpretación de la ley.

Actualmente, la reticencia de las obras sociales ronda en los altos costos de los tratamientos, estudios médicos, honorarios de profesionales especializados y medicamentos, lo que genera la obligación de los solicitantes de recurrir a remedios judiciales. En líneas generales, estos mecanismos legales logran el acceso a las TRHA en la integralidad pretendida.

Sin perjuicio de ello, sí se evidencian algunos valladares en torno a la conceptualización o entendimiento del concepto de “urgencia” aplicable para la concurrencia del remedio judicial en torno a las TRHA. El criterio mayoritario amalgama el acceso inmediato al derecho a la salud sexual reproductiva mediante dichas técnicas como un fundamento que recepta la inmediatez que reclama el amparo.

c) El posicionamiento de las organizaciones sociales en torno a la temática ha sido de constante acompañamiento individual y colectivo, impetrand y luchando enfáticamente para la consecución de los fines, garantizar el acceso y evitar discriminaciones.

Las organizaciones sociales se han visto involucradas no solo en cuanto a la lucha por la consecución de los derechos, sino también en torno al acompañamiento de los beneficiarios, el apoyo ante las problemáticas, la intervención ante situaciones de marcada discriminación y en torno a tratamientos específicos como la crio preservación de gametos para la preservación de maternidad por voluntad propia -no por enfermedad-, la subrogación de vientres; y los avances científicos que habilitan nuevas formas de procrear

Dichos organismos son coincidentes en la existencia, a la fecha, de numerosas barreras en torno al efectivo acceso integral a las TRHA, tanto administrativas, económicas como presupuestarias; advirtiendo la efectiva necesidad de inversión en el sistema público de salud para atender todo tipo de complejidades, vgr. banco de gametos, crio preservación y tratamientos de alta complejidad.

Asimismo, evidencian mayores diferenciaciones en torno a quienes tienen cobertura de obra social o medicina prepaga y quienes deben recurrir al sistema público de salud, que

advierte mayores dilaciones, menores recursos y oportunidades y opciones de resolución de las complejidades. La brecha social se pone de manifiesto.

Las organizaciones sociales, ante la ausencia de un programa de difusión/capacitación, asisten asimismo como asesoramiento atento la gran desinformación en la temática, sirviendo como grupo de apoyo y acompañamiento.

Se insiste en que la problemática radica en el diseño del sistema de salud, la fragmentación de lo público y lo privado y la necesidad de recurrir a remedios judiciales para garantizar un derecho constitucional reconocido y reiteradamente violentado que no soluciona estructuralmente la cuestión.

Existe una marcada y palpable coincidencia en las falencias del sistema; sus múltiples trabas burocráticas y procesos de ralentización por numerosas auditorías y requerimientos de documentación; a lo que debe añadirse la acotada y a veces nula información que existe al respecto.

Las organizaciones sociales; como así también los operadores del derecho involucrados en la temática, asumen un rol preponderante en la tutela de la ciudadanía.

En cuanto a las representaciones sociales de los individuos involucrados referidos a la integralidad en el acceso a las TRHA, esto es: beneficiarios, médicos especialistas, directores de centros privados, directores de nosocomios, y funcionarios del área de salud provincial, se concluye que:

a) Los beneficiarios/pacientes de TRHA son coincidentes en las problemáticas burocráticas vinculadas al acceso integral a los tratamientos, tanto en la dificultosa y numerosa documentación a presentar para auditar y dilación en proveer autorizaciones (las mayores dilaciones se encuentran en la provisión de medicamentos y aprobación de estudios médicos); como así también la inexistencia de información oportuna, clara, oficial y precisa sobre la temática.

La problemática de la burocracia en las tramitaciones se pone de manifiesto -en forma reiterada-, desde la óptica del beneficiario. Las autorizaciones demoran entre 2 a 3 meses y no llega a cubrirse, para el caso de ser necesario, la cantidad de 3 tratamientos por año -conforme prevé la normativa-, a lo que se adiciona la necesidad de simplificar los procedimientos administrativos.

La imposibilidad fáctica de acceder a la cantidad de tratamientos indicados por año trae como consecuencia la frustración de la disminución de las posibilidades de procrear y, asimismo, como una barrera al acceso integral a las TRHA.

Los beneficiarios coinciden en la preferencia del sistema privado de salud por sobre el público, aduciendo atención más personalizada, mayores posibilidades de tratamiento, acceso a información y acompañamiento.

Sobreviene una palmaria discriminación en el proceder de las empresas de medicina prepaga y obras sociales ante la indicación de donación de gametos (semen de banco) por infertilidad masculina o parejas homosexuales, cobertura de medicamentos para retención del embarazo, estudios médicos específicos, entre otros; en los que la regla continúa siendo el pago por parte del particular y, luego, un sistema de reintegros a largo plazo.

No existe asesoramiento legal y gratuito y/o acompañamiento de gestión para los beneficiarios. De requerirlo, deben costearlo de su peculio. El apoyo psicológico no es cubierto como parte integrante del TRHA, siendo ello específicamente determinado por la ley y un factor en muchos casos preponderante para arribar al resultado anhelado.

La complejidad de los formularios, y la documentación a presentar, sumado a la ausencia de asesoramiento gratuito y/o acompañamiento, plantea al lenguaje utilizado en dichos documentos y a la burocracia como una notable barrera para el acceso a las TRHA.

No existe una red oficial de información sobre la temática de fácil acceso. La gran mayoría de los beneficiarios acceden a ello a través de internet, foros, amigos con idéntica situación, todas vías informales, y sólo cuando se presenta la problemática puntual. El común de la sociedad suele desconocer acerca de la existencia de la ley, de la incorporación de las TRHA al PMO y los beneficios.

b) Las titulares de los dos Centros Médicos Privados locales son coincidentes en que, a raíz de la sanción de la Ley de TRHA, se han incrementado notablemente las consultas en ambos Centros, sin perjuicio de lo cual en la mayoría de los casos la obra social o prepaga se niega a la cobertura del 100% del tratamiento en los términos establecidos en la ley; léase por estudios específicos, medicamentos determinados, a los que se adiciona la ya conocida burocracia y dilación de las tramitaciones.

La coincidencia, desde la óptica de las titulares de los Centros Médicos, radica en torno a que la cobertura NO es integral y que la burocracia en las tramitaciones es la regla. Solo se admite de manera directa el tratamiento y estudios básicos, para lo demás no hay cobertura. Dicha cuestión se funda en el presupuesto que las obras sociales y prepagas asignan a los TRHA, que dista enormemente de las sumas reales que debieran destinarse a tales efectos, máxime considerando los altos costos valuados en moneda extranjera.

Se remarca la asertiva necesidad de contar con asesoramiento gratuito para aquellos que no pueden costear honorarios, la imperiosa manda de facilitación de los procesos administrativos y la posibilidad que los pacientes puedan optar por llevar a cabo el tratamiento con los médicos de su confianza.

La inversión en tecnología y capacitación de personal efectuada, por parte de los propios Centros, ha facilitado la concreción de vastos tratamientos en la provincia, sin necesidad de derivación, pero resta la necesidad de cobertura INTEGRAL de medicación completa, banco de semen para pacientes solas (sin parejas), cobertura efectiva en tiempo y forma para las pacientes sin obra social, como así también estudios genéticos de mayor complejidad y/o biopsia embrionaria pre-implantatoria en casos indicados; preservación de la fertilidad para futura maternidad (vitrificar ovocitos o semen) por indicación médica (baja reserva) o social.

La preservación social de la fertilidad se presenta como una de las grandes conquistas a futuro, como correlato de la voluntad de planificar la maternidad como derecho de las pacientes y, en consecuencia, que debería estar incluida en el PMO.

c) El Estado provincial, en las voces de los entrevistados, parte del entendimiento que, desde la sanción de la Ley y su adhesión en la provincia se han brindado tratamientos en forma gratuita desde el sector público de salud, pero resta aun inversión en tecnología y equipamiento específico, como así también presupuesto determinado destinado al Programa específico al efecto que prevea y redireccione los fondos.

Es de destacar que ha sido dificultoso acceder a entrevistas con Directores/as de nosocomios y funcionarios del área de salud, sin perjuicio de haber insistido arduamente sobre el particular. Las conclusiones extraídas lo son en relación a la información brindada por quienes accedieron y brindaron su punto de vista, sin ser específicamente autoridades vinculadas a la aplicación de TRHA.

Emerge claro que, desde la adhesión provincial a la Ley de TRHA, e inclusive hasta el año 2020, el desarrollo, aplicación, impulso y promoción de la temática recayó en quienes coordinaban *ad honorem* el programa de fertilización provincial desde el Hospital San Martín y su asesoría legal, vinculado estrictamente a factores de vocación y por imperativo de política pública.

Las resultas de lo acontecido y logrado hasta la fecha es producto de dicho trabajo voluntario, con más el acompañamiento de organizaciones sociales y la voluntad política del momento (año 2020) para avanzar en la temática.

Los nosocomios del interior de la provincia no presentan mayor interés en detentar un área de asesoramiento de THRA, lo que pareciera ser consecuencia de no dar abasto con la mecánica de atención actual, cantidad de agentes de salud y equipamiento, como así también por no contar con presupuesto específico para la contratación de especialistas en la temática.

En el último año (2020) ha acontecido una valoración sobre las TRHA y la necesidad de articular la descentralización de la atención, creando efectivamente el Programa de Fertilización y dotándolo de una Coordinadora con cargo remunerado, más aún no existe una política pública concreta que haya abordado en todo su espectro el desarrollo de la aplicación integral de las TRHA en el territorio. Ello, a la fecha, no se encuentra en la agenda política del área de salud.

Desde la coordinación mencionada se está relevando información y datos, y se realiza el seguimiento de los expedientes por subsidios. A la fecha no se cuenta con información pública/registro acerca de la cantidad de tratamientos de baja complejidad, consultas y derivaciones llevados a cabo en el sistema público de salud.

A partir de la creación del Libro de Registro de Consentimientos Informados de Voluntad Procreacional por la anterior Coordinación del Programa de Fertilización, se cuenta con el dato relevante de la cantidad de inscripciones de nacimiento como consecuencia de TRHA, lo que igualmente no revela si dichos tratamientos fueron de alta o baja complejidad, y si fueron llevados a cabo en Centros Médicos privados o en el sector público de salud.

Resulta un dato relevante que, si bien la atención del sistema público de salud aun se centraliza solo en el hospital regional sito en la capital de la provincia, cierto es que -a la fecha-

ningún hospital público del país cuenta con estructura para atender tratamientos de alta complejidad.

En líneas generales, a excepción de CABA y Provincia de Buenos Aires, la provincia de Entre Ríos ha desarrollado, en comparación con otras provincias, un marcado avance en la aplicación de la ley de TRHA.

El Estado Provincial asume la necesidad de destinar presupuesto y diagramar políticas públicas para una efectiva aplicación integral de la Ley de TRHA y, años después de su adhesión, pareciera vislumbrarse un camino orientado a dichos fines, máxime por lo actuado durante el año 2020. La postergación de su incorporación en la agenda, pareciera ser consecuencia de otras necesidades emergentes más urgentes.

d) Las organizaciones sociales reconocen el avance que ha habido a nivel provincial en materia reglamentaria, pero el reclamo conjunto se destina a la imperiosa necesidad de planificación, programación e inversión presupuestaria. La intervención activa de las organizaciones en la temática ha permitido el avance de las TRHA en la agenda pública.

No se verifica la existencia de organizaciones no gubernamentales que traten la temática de las TRHA. A nivel local existe una organización comunitaria y la vinculación con una asociación civil nacional.

Sin embargo, se vislumbra al conglomerado de actores sociales unidos por un interés común, como un tercer sector emergente en la lucha por sortear los escollos para acceder a la tan anhelada integralidad de acceso a las TRHA.

La coincidencia, desde la óptica de dichos actores, radica en un necesario y palmario mejoramiento del sistema público de salud, infraestructura y médicos especialistas para igualar oportunidades.

Sin perjuicio de ello, desde el punto de vista de estos actores, se destaca la normativa como de vanguardia en Latinoamérica, el notable trabajo de las organizaciones comunitarias que tratan y abordan la temática; remarcando que, gracias a esa lucha y acompañamiento se han logrado muchos avances.

La importancia de estos actores redunda en los logros asequibles a través de los reclamos, en la preponderancia de los movimientos fundados en las peticiones individuales que, aunadas,

generan un petitorio colectivo con intromisión en las políticas públicas concretas y el reconocimiento de derechos.



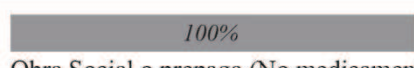
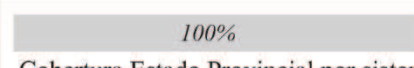


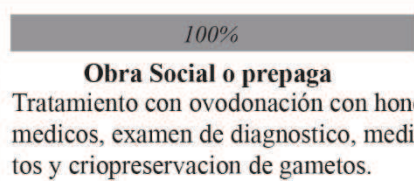
La recurrencia de los individuos a estas organizaciones sociales es directa consecuencia de la ausencia de asesoramiento oficial y por parte del Estado en la temática y la necesidad de respuesta. Como correlato, las organizaciones terminan interviniendo y formando parte de la agenda, impetrando por un cambio a través de impulsos propios, vinculaciones y propuestas concretas.

Se presentan, como desafíos de las organizaciones social y como directo requerimiento de los actores involucrados: el tratamiento del destino de los embriones no implantados, la gestación solidaria (subrogación de vientres) y la cobertura del DGP (diagnóstico genético preimplantatorio) necesario en muchos casos para diagnosticar embriones que terminen en embarazos compatibles con la vida.

A continuación se ejemplifica, mediante recuadro adjunto, la cronología del acceso integral a las TRHA, desde el 2014 al 2020, en la provincia de Entre Ríos.

CRONOLOGIA ACCESO INTEGRAL TRHA 2014 AL 2020. PROVINCIA DE ENTRE RIOS

■ Estado Provincial ■ Afiliado ■ Obra social o prepaga

	Jurisprudencia	Centros Médicos Privados	Sistema Público de Salud	Obras Sociales y Prepagas	Beneficiarios
Antes Sanción Ley	 <p>60% Obra Social 40% Afiliado con Crédito asistencial</p>	 <p>100% Pago Afiliado</p>	No brindaba tratamientos.	No cubrían. Salvo amparos hasta 60%.	Solo accedían quienes tenían poder adquisitivo y conocimiento.
2014 Sanción Ley	 <p>100% Obra Social o prepaga (No medicamentos)</p>	Cobertura obra social o prepaga por convenio.	 <p>100% Cobertura Estado Provincial por sistema de subsidios. Creación Programa Provincial de Fertilización.</p>	 <p>100% Cobertura tratamiento por incorporación al Sistema SUR. No medicamentos ni diagnósticos previos.</p>	Burocracia en la presentación de documentación. Inscripción nacimiento con consentimiento certificado por escribano. No cobertura pareja por fuera de obra social o prepaga.
2015	 <p>100% Obra Social aunque otro miembro de la pareja no este adherido a la O.S</p>	Incorporación de tecnologías avanzadas.			Se amplían las posibilidades de acceso. Ante la no cobertura se recurre al amparo y se logra el acceso.
2016	Rechaza sistema de reintegros, cobertura anticipada.				
2017	 <p>100% Obra Social o prepaga Tratamiento con ovodonación con honorarios médicos, examen de diagnóstico, medicamentos y criopreservación de gametos.</p>		Inicio gestiones para reglamentación Ley TRHA en la provincia.		
2018	Cobertura de diagnóstico pre implantacional no enlistado.		Suscripción de convenio con Ministerio Salud Nación para brindar medicamentos de tratamientos de alta complejidad. Adquisición de insumos tecnológicos para tratamientos baja complejidad.		
2019	Unificación criterio de cantidad de tratamientos alta complejidad por año.				
2020	Suspensión de tratamientos por emergencia sanitaria. Solo urgencias. A resolver en STJER.	Objetivos: lograr mejores tecnologías para evitar derivar a otras provincias o al exterior.	Adhesión a Resolución Nacional aprobando texto de consentimiento informado certificado por autoridad Sanitaria (salud) apertura libro registros. Formalización del Programa Provincial de Fertilización, con creación del cargo de coordinación.	Suspenden tratamientos. Solo urgencias por ASPO.	Deben judicializar tras negativa de tratamientos por ASPO. Problemáticas subyacentes: Cobertura de determinados medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> • Consideración de la edad de la mujer. • Trabas burocráticas, ergo: demoras en las autorizaciones para los tratamientos, limitaciones cuando el proyecto parental es en pareja y la mujer no cuenta con cobertura del IOSPER, cobertura solo al 50% para mujeres solas o parejas de mujeres, coberturas por reintegro, no reintegro del total o demora en su reintegro. • A la fecha- el sistema público de salud para TRHA sólo funciona en la ciudad de Paraná -Hospital Regional San Martín-, y no ha sido descentralizado.

NUEVOS DESAFIOS

En efecto, puede colegirse que las mayores dificultades que se presentan, a nivel provincial, se vinculan con dos factores preponderantes -sin desoír que ha existido avance normativo y reglamentario producto del reclamo de los actores involucrados y no de una política pública concreta-, a saber: barrera económica/presupuestaria y barrera burocrática/administrativa.

El primero de ellos, estrictamente relacionado al presupuesto, impide la descentralización de atención del sector público al interior del territorio, con más la imposibilidad de acceder a inversión técnica y de capacitación para especialistas en la temática. Dicha problemática, que no ha sido parte de ninguna política pública preponderante, genera una innegable barrera de acceso en torno no solo a la distancia territorial con los Centros donde se llevan a cabo los tratamientos, sino a las efectivas posibilidades de acceso al conocimiento que la posibilidad de TRHA existe y que, con las herramientas adecuadas, el embarazo podría conducirse.

A ello debe añadirse que, conforme los datos obtenidos, no existe previsión presupuestaria específica de financiamiento de la obra social provincial para los costosísimos tratamientos y medicamentos y/o para la asignación de los subsidios del sistema público de salud, a lo que se adiciona -como consecuencia- que siquiera sea considerada la cobertura de apoyo terapéutico, tratamientos no reglados y con los médicos de confianza distintos a los nombrados en las cartillas.

Esta problemática se vincula con la barrera económica de los particulares, que se pone de manifiesto en la marcada diferenciación entre quienes tienen la posibilidad de judicializar la temática -por la no cobertura- o, en el caso de premura, costear el tratamiento de su propio peculio; y quienes siquiera pueden acceder a la justicia por falta de recursos, y se encuentran a merced de las decisiones unilaterales de las obras sociales o prepagas.

Jurisprudencialmente ha existido mucho avance en la temática, máxime en torno a la interpretación de la normativa en conjunción con el derecho humano a la salud sexual y reproductiva constitucionalmente consagrado. Sin perjuicio de ello, aun se vislumbra en las voces de los fallos, sobre todo de nuestro STJER, que no se ha arraigado del todo la certidumbre en torno al factor de integralidad, de urgencia en la necesidad de cobertura total garantizada por

ley, y de considerar el derecho a formar una familia y al acceso a los avances científicos y tecnológicos como un derecho humano fundamental.

En torno a la barrera burocrática, ciertamente las dilaciones en las autorizaciones, la numerosa y dificultosa documentación requerida y las respuestas parciales que dilatan la aprobación son factores que se han evidenciado como coincidentes en el relato de los distintos actores consultados. A lo referenciado debe añadirse la cuestión temporal, y con ello me refiero al valor tiempo como elemento fundamental para los tratamientos que nos convocan. La edad de la mujer es un factor biológico preponderante, por lo que la eterna espera de soluciones burocráticas no se condice con las reales y efectivas necesidades de las personas.

Ciertamente, restan aun numerosos desafíos por alcanzar; muchos de ellos vinculados a lograr la vinculación con el interlocutor de la norma mediante debidas herramientas comunicacionales que logren un efectivo acceso preventivo a la información de THRA, tratamientos y cobertura; como así también erradicar la marcada burocratización de los procesos de autorizaciones de obras sociales y empresas de medicina prepaga, como así también auditorias del Ministerio de Salud para subsidios.

Como dato no menor, surge imperioso referenciar que la ley de TRHA dejó habilitados todos los demás tratamientos de reproducción humana asistida que pudieran surgir en adelante. La ciencia y la tecnología avanzan a pasos agigantados; encontrándonos actualmente con múltiples procedimientos de variada complejidad, tratamientos de avanzada, nuevos medicamentos y métodos para concebir; por fuera de los normativamente reglados pero que se presentan como una opción para el beneficiario; tales como la crio preservación de gametos, la preservación social de la maternidad, la subrogación de vientres, los test genéticos preimplantacionales para lograr un embarazo sano y a término, entre otras.

Se destaca que la calidad del servicio de salud que se brinda en torno a las TRHA es de altísimo nivel a lo que se adiciona que, su bajo costo local -ello comparado con el mercado internacional-, atrae extranjeros que se suman a las prestaciones que, en numerosas oportunidades, a los argentinos les son vedadas por las razones referenciadas en el presente.

En referencia a ello, huelga analizar cuál es la opinión pública sobre las técnicas de reproducción humana asistida y el efectivo grado de conocimiento de la ley en la sociedad. Según un estudio realizado por el Centro de Estudios en Genética y Reproducción, CEGYR, Consultora OPINAIA del Hospital Italiano de Buenos Aires en el año 2020, el 83% de los

argentinos opina positivamente sobre las técnicas de reproducción asistida, el 92% se encuentra de acuerdo con que parejas de hombres y mujeres puedan tener hijos utilizando técnicas de reproducción asistida, y se evidencia mayor resistencia en proyectos monoparentales u homosexuales. La investigación revela que el 60% afirma conocer la ley de fertilización asistida, pero considera que debería tener más información.⁵⁹

De los datos expuestos, claramente se evidencia que la aceptación del uso de las TRHA no va de la mano de la aceptación de las nuevas formas de familia que existen en la sociedad contemporánea. Sin duda alguna, las consideraciones sobre el particular deben tener en miras los múltiples cambios de paradigma que se han dado en los últimos años, sobre todo en lo que respecta a la autopercepción del género y las oportunidades que la ciencia otorga para acceder a la parentalidad.

No puede desoírse que en la sociedad actual coexisten numerosos rangos etarios - *centennials* (18-25 años); *millennials* (26-35 años); *generación X* (36-49 años); y *baby boomers* (50 años o más)-, cuya concepción de la familia es disímil y, asimismo y como correlato, varían marcadamente las necesidades o voluntad de gestar. Para algunos el tiempo apremia y para otros se evidencia como un proyecto a postergar.

Los desafíos se centran en avizorar las hipótesis aun no consideradas y que se vinculan estrechamente con las nuevas generaciones que postergan la maternidad y/u optan por la monoparentalidad, estimando la criopreservación de óvulos, el tratamiento de embriones in vitro, la reducción selectiva de embriones en embarazos múltiples (por razones socioeconómicas y asimismo para lograr un embarazo saludable y a término), el diagnóstico genético pre implantatorio, la clonación, la fertilización post mortem y la subrogación de vientres (indicada en mujeres sin útero o con contraindicación para gestar, en parejas de hombres y en hombres solteros), mecanismo este último no reglado en nuestra normativa -mas no prohibido y con amplia receptividad cuando se judicializa- y demás procedimientos no tipificados aun.

⁵⁹ El imaginario sobre fertilidad y técnicas de reproducción asistida en la opinión pública argentina. Dra. Pamela Nicotra Perassi; Dr. Adan Nabel; Lic. Guido Moscoso; Dra. María Valeria Cerisola. Centro de Estudios en Genética y Reproducción, CEGYR. Consultora OPINAIA. Hospital Italiano de Buenos Aires.
http://www.editorialascune.com/revistasamer/Revista_Volumen_35_02_2020/articulos_PDF/El%20imaginario%20sobre%20fertilidad.pdf

Muchos de los tratamientos referenciados en el párrafo precedente poco tienen que ver con la infertilidad como enfermedad, sino con el derecho a ejercitar la parentalidad como y cuando se desea y la consagración de los derechos reproductivos de todas las personas, sin discriminación.

Estimo que, para ello, es dable dar a conocer la normativa imperante, las múltiples opciones vigentes, publicitar los avances científicos y normativos al respecto, como así también incorporar otros actores tales como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, promotores de derechos, sexólogos y genetistas que coadyuven en el asesoramiento del deseo para arribar a decisiones coherentes.

A ello debe adicionarse, cuestión que siquiera se trató al debate legislativo -pese a estar sancionada la Ley de Identidad de Género (2012)-, el pendiente tratamiento de la infertilidad masculina y la reproducción de las personas transgénero, como nociones más inclusivas.

Sin duda alguna, la normativa en estudio detenta un enorme potencial transformador en lo social, abriendo las puertas a múltiples debates en todas las esferas, zanjando algunos criterios más conservacionistas e interpelando nuevos replanteos sobre la reproducción humana.

En dicho proceso de transformación el derecho y, sobre todo, el derecho privado constitucionalizado emerge como una herramienta social que tiende a buscar soluciones concretas a problemas específicos, compeliendo a la utilización de nuevas terminologías, tales como la des-biologización de la paternidad, poniendo el eje en la parentalidad voluntaria, como elección de un plan en una mirada netamente humanista y de reconocimiento de los derechos humanos.

En ese sentido, el derecho a procrear forma parte del derecho a formar una familia. Así lo ha entendido el Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en la Observación General N° 19, a saber: *“El derecho a fundar una familia implica, en principio, la posibilidad de procrear y de vivir juntos. Cuando los Estados Parte adopten políticas de planificación de la familia, estas han de ser compatibles con las disposiciones del Pacto y sobre todo no deben ser ni discriminatorias ni obligatorias. Asimismo, la posibilidad de vivir juntos implica la adopción de medidas apropiadas, tanto en el plano interno cuanto, según sea el caso, en cooperación con otros Estados, para asegurar la unidad o la*

*reunificación de las familias, sobre todo cuando la separación de sus miembros depende de razones de tipo político, económico o similares*⁶⁰.

Ciertamente, la familia como construcción social avanza, cede y se readecua ante las nuevas realidades, debiendo estar acompañada del derecho como herramienta y disciplina social, más inclusivo y humanizante, como así también argumentaciones jurídicas y doctrinas vertidas en torno a las TRHA que recepten igualdad de oportunidades reproductivas, sea cual fuere la edad, sexo y autopercepción de la persona.

El desafío de las sociedades actuales radica, entonces, en el potencial para desarrollar formas de trabajar en forma colaborativa con el objetivo de construir una visión común para resolver problemas públicos con lógica transformadora, con abordajes interdisciplinarios e integrales, dejando de lado enfoques dicotómicos. Ello debe estar enmarcado justamente en el derecho de elegir como y cuando formar una familia y que, independientemente de dicha elección se pueda contar con un acceso a la justicia efectivo, como eje prioritario al introducir lo constitucional en el campo del derecho privado.

Humanizar el derecho, entenderlo como una herramienta social que tiende a buscar soluciones específicas a problemas concretos, es el camino que debe emprenderse. La heteronormatividad debe ceder ante el reconocimiento de principios y derechos que hacen a la dignidad humana y el nuevo desafío, en consecuencia, radica en renovar las perspectivas de los procesos, de los debates al interior de las ciencias sociales para posicionar en agenda pública los temas venideros relacionados con el reconocimiento efectivo de acceso a las TRHA en todas sus formas y de carácter integral.

⁶⁰ Observación General N° 19. Comité DDHH Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34177.pdf>

CAPITULO V.

5.- a) ENTREVISTAS:

A continuación, se transcriben las entrevistas realizadas a especialistas médicos en fertilidad, directores de centros médicos, galenos de nosocomios públicos, funcionarios del ámbito de salud, organizaciones comunitarias, obras sociales y empresas de medicina prepaga y beneficiarios de las TRHA.

Es de destacar que, atento la situación de emergencia sanitaria, ASPO y posterior DISPO a partir del 13.03.2020, las entrevistas concertadas fueron realizadas previa coordinación telefónica y remisión del archivo vía correo electrónico al entrevistado procediendo, una vez recibida la respuesta, a evaluar re-preguntas y volver a remitir las mismas.

Sumado a lo expuesto surge manifiesto poner de resalto que, con el objeto de recabar información acerca de la investigación a llevar a cabo se encontró mayor reticencia por parte de las empresas de medicina prepaga; no habiendo logrado concertar entrevistas con personal de la obra social provincial; habiendo extraído los datos de la información publicada en la página oficial del organismo y demás documentos periodísticos de interés.

I. ENTREVISTAS A ESPECIALISTAS:

ENTREVISTADA: Dra. Mariana Degani. MP: 11948 | MN: 139065. Coordinadora Médica y Asesora del área Genética Reproductiva del CERFH (Centro de Estudios de Reproducción y Fertilidad Humana). Médica especialista en Tocoginecología. Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Especialista en Medicina Reproductiva. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Maestría en Reproducción Humana. Pregunta Medicina reproductiva. Posgrado en Biología de la Reproducción, Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Posgrado en Genética Médica. Universidad de Valencia. Posgrado de Genética Reproductiva, Pre-concepcional y Prenatal. Facultad de Medicina de Universidad de Buenos Aires. Docente del Curso Superior Bianual de Medicina Reproductiva, Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Docente del Curso Virtual de Medicina Reproductiva. Sección Fertilidad, Hospital de Clínicas José de San Martín. Mención especial por destacado desempeño. Curso Anual de Ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Argentina de Ultrasonografía en Medicina y Biología. Posgrado en Genética Médica. Universidad de Valencia. Miembro del comité editorial de la Revista Argentina de Ultrasonido,

SAUMB. Miembro del comité editorial de la Revista Reproducción, Sociedad Argentina de Medicina reproductiva. Visiting Fellow in Reproductive Medicine en Weill Cornell Medical College, The Ronald O. Perelman and Claudia Cohen Center for Reproductive Medicine. New York, Presbyterian Hospital. 30th Annual in Vitro Fertilization and Embryo Transfer. UC San Diego. San Diego, California.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis y campo de actuación, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se hará mención de la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1) ¿Cómo se conforma el equipo médico del Centro?

Directora médica, médico staff y coordinador del área genética médica, asistente de laboratorio, instrumentadora, embriólogo, enfermeras y personal de quirófano.

2) ¿Cuáles son los requerimientos de contralor para la habilitación y funcionamiento del Centro Médico?

Habilitación del centro de fertilidad por el ministerio de salud de la provincia. Además, el centro cuenta con una acreditación voluntaria por la Sociedad de Medicina Reproductiva, con el fin de cumplir con los estándares de calidad más altos y contar con evaluación externa permanente para la mejora de procesos y resultados.

3) ¿Qué tratamientos provee el Centro?

- Tratamientos de baja complejidad: inducción de ovulación e inseminación homóloga y heteróloga.*
- Tratamientos de alta complejidad: fertilización in vitro e ICSI, con gametas propias o donadas.*

- *Preservación de la fertilidad por motivos oncológicos y sociales (criopreservación de ovocitos, semene, tejido ovárico y testicular).*
- *Banco de gametas*
- *Biopsia de embriones y estudios genéticos presonceptuales y prenatales*

3) b.- Al referir a los tratamientos que provee el Centro, hace específica mención a la preservación de la fertilidad por motivos sociales. Estas prácticas, ¿Se encuentran cubiertas por las obras sociales o empresas de medicina prepaga? ¿Si una mujer sola, un hombre solo o una pareja hetero u homosexual, concurre al centro planteando su voluntad de preservar su fertilidad por cuanto actualmente aun no tienen la voluntad de ser padres, pero quizá sí a futuro (no por razones médicas sino por voluntad); ¿Qué opciones le brinda el Centro y si ello está cubierto por el PMO o deben abonarlo en forma particular?

La preservación de fertilidad se aplica en las mujeres porque la reserva ovárica o calidad ovocitaria va disminuyendo, dependiendo de la edad de la mujer, por lo que vale la pena crio preservar ovocitos. En los hombres no es tan así, por eso es por lo que no realizan crio preservación social. En las mujeres a partir de los 35 años sobre todo se altera la cantidad ovocitos (reserva ovárica) y calidad (nivel genético) por lo que disminuyen las probabilidades de quedar embarazada, por lo que el tratamiento consiste en una hiper estimulación ovárica con una punción folicular, una captación ovocitaria para guardar esos ovocitos. Lo que hace la paciente es “guardar” la posibilidad de quedar embarazada mediante una fertilización in vitro a esa edad, ejemplo paciente de 35 años que no tiene pareja o no tiene perspectiva de buscar embarazo en un futuro cercano, se le aconseja la crio preservación de ovocitos, entonces eventualmente si a futuro cuando quiere quedar embarazada porque su reserva disminuyo o sus ovocitos están alterados y no logra llegar a un embarazo a término, descongela sus embriones. Esa práctica no está cubierta por ninguna obra social.

4) ¿Trabajan con todas las obras sociales y empresas de medicina prepaga?

Si, con algunas tenemos convenio directo y con otras trabajamos por presupuesto y reintegro.

5) ¿Vislumbró Ud. un incremento de consultas y tratamientos a partir de la adhesión, en E.R., a la ley de TRHA? Sin duda

6) *¿Cómo es el procedimiento administrativo (formularios, pagos, documentación, etc) que debe realizar una/un paciente desde que solicita la consulta médica hasta arribar a un resultado de embarazo? ¿Existe un instructivo para ello? ¿El Centro cuenta con asesoramiento para el paciente en torno a las dinámicas burocráticas y legales para llevar a cabo el tratamiento y la ulterior inscripción del niño/a nacido/a bajo TRHA?*

El turno para la consulta con el profesional se solicita por teléfono o correo electrónico, una vez que se llega al diagnóstico y se plantea el tratamiento se entrega la documentación correspondiente para obtener la autorización por la obra social/prepaga (pedido médico, resumen de historia clínica, cada obra social tiene sus requerimientos).

Se realiza asesoramiento general en la consulta sobre temas administrativos, luego cada paciente sigue los pasos requeridos por su obra social o prepaga hasta obtener la orden para el tratamiento.

7) *¿Encuentra en las/los pacientes quejas y/o reclamos en torno a la cobertura de su obra social y/o prepaga por el TRHA? ¿En qué puntos encuentra Ud., conforme lo manifestado por sus pacientes, mayor reticencia en torno a la cobertura médica antedicha? ¿Considera que la cobertura es integral?*

El mayor problema es la demora en las autorizaciones (hecho que disminuye las posibilidades de éxito en los tratamientos muchas veces) y que en muchos casos no existe la posibilidad de libre elección del profesional médico que trate a la pareja/persona. La cobertura es integral, pero muchas veces donde la obra social decide, por lo que los pacientes terminan recurriendo a amparos judiciales para poder decidir el profesional a cargo del tratamiento.

8) *¿Recibe Ud. mayormente consultas de pacientes de la ciudad de Paraná o de toda la provincia?*

De toda la provincia y de la provincia de Santa Fé.

9) *Aproximadamente, ¿Cuántas consultas se reciben mensualmente?*

Entre 80 y 90 consultas mensuales.

10) *¿Podría especificar las limitaciones que, según su expertis, encuentra en el acceso a la integralidad de los tratamientos de TRHA? Puede referirse a trabas burocráticas, impedimento de acceso a determinados estudios y/o tratamientos, insuficiencia de recursos tecnológicos y/o*

de insumos para llevar a cabo todas las técnicas, distancia física entre los lugares de residencia de los/las pacientes y los centros médicos.

Como explico mas arriba en la encuesta, las mayores limitaciones son los tiempos hasta lograr la autorización al tratamiento, que condicionan el éxito del mismo, y la falta de libertad para elegir el profesional que lo va a llevar a cabo, siendo muchas veces asignados los pacientes a centros de fertilidad de otras provincias. Lo anterior impone barreras físicas entre el lugar de residencia de los pacientes y el centro de fertilidad que condicionan fuertemente el acceso (viajar a otra ciudad y residir aproximadamente 15 días que es lo que dura un tratamiento implica tiempo, dinero, ausencia del lugar de trabajo, imposibilidad de hacerse cargo de otros hijos) y emocionales, ya que los pacientes manifiestan no sentirse contenidos y cómodos durante el tratamiento la mayoría de las veces, porque les es impuesto un profesional que ellos no eligieron en un tema tan delicado como el deseo de ser padres/madres, y porque la distancia hace que las consultas sean esporádicas o muchas veces por videollamada.

11) En el caso de ser posible, ¿Podría indicar, de conformidad a su conocimiento sobre la temática, ¿cuáles son los objetivos que quedan por cubrir, de existir, en torno a la cobertura integral de TRHA en la provincia?

La libre elección del profesional sin duda debería ser un derecho del paciente.

ENTREVISTADA: Dra. Graciela Lopez de Degani. DIRECTORA MÉDICA del CERF. Médica Cirujana. Título otorgado por Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Ginecología y Obstetricia: Residente y Jefe de Residente Hospital M. R. Castex, Servicios de Ginecología y Obstetricia. Bs. As. Beca de Posgrado en Infecciones de Trasmisión Sexual. Hospital de Clínicas (UBA), Bs.As. Especialista en Diagnóstico Ecográfico Ginecológico y Mamario. Especialista en Medicina Reproductiva. Especialista en Medicina Forense, título otorgado por Universidad Nacional del Litoral (UNL). Instructora por concurso Residencia de Tocoginecología. Hospital San Martín y San Roque, Paraná, Entre Ríos. Jefa de Servicio de Ginecología del Hospital Regional San Martín de Paraná. Docente UADER, Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, Licenciatura en Enfermería, Fisiología y Patología Obstétrica. Miembro Titular SAMER (Sociedad Medicina Reproductiva). Miembro Titular SAEGRE. Miembro Titular ESHRE (European Society Human Reproductive Embryology). Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER). Medico Rotante del

HOSPITAL JEAN ROSTANG PARIS FRANCIA; CMCO STRASBOURG, FRANCIA. HOSPITAL 12 de OCTUBRE DE MADRID (España), University of CONNECTICUT HEALTH CENTER (USA) y CORNELL MEDICAL CENTER, NEW YORK Hospital, New York (USA). Coordinadora Provincial del Programa de Fertilización del Ministerio de Salud de E.R.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis y campo de actuación, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

Entrevista en su carácter de Directora Médica del CERFH:

- 1) ¿Cómo se conforma el equipo médico del Centro?*
- .) ¿Cuáles son los requerimientos de contralor para la habilitación y funcionamiento del Centro Médico?*
- 3) ¿Qué tratamientos provee el Centro?*
- 4) ¿Trabajan con todas las obras sociales y empresas de medicina prepaga?*
- 5) ¿Vislumbró Ud. un incremento de consultas y tratamientos a partir de la adhesión, en E.R., a la ley de TRHA?*
- 6) ¿Cómo es el procedimiento administrativo (formularios, pagos, documentación, etc) que debe realizar una/un paciente desde que solicita la consulta médica hasta arribar a un resultado de embarazo? ¿Existe un instructivo para ello? ¿El Centro cuenta con asesoramiento para el paciente en torno a las dinámicas burocráticas y legales para llevar a cabo el tratamiento y la ulterior inscripción del niño/a nacido/a bajo TRHA?*

7) *¿Encuentra en las/los pacientes quejas y/o reclamos en torno a la cobertura de su obra social y/o prepaga por el TRHA? ¿En qué puntos encuentra Ud., conforme lo manifestado por sus pacientes, mayor reticencia en torno a la cobertura médica antedicha? ¿Considera que la cobertura es integral?*

8) *¿Recibe Ud. mayormente consultas de pacientes de la ciudad de Paraná o de toda la provincia?*

Tanto en lo público como en lo privado, se reciben en Paraná consultas de toda la provincia.

9) *Aproximadamente, ¿Cuántas consultas se reciben mensualmente?*

40 (cuarenta) promedio -nuevos-. Público y privado.

10) *¿Podría especificar las limitaciones que, según su expertis, encuentra en el acceso a la integralidad de los tratamientos de TRHA? Puede referirse a trabas burocráticas, impedimento de acceso a determinados estudios y/o tratamientos, insuficiencia de recursos tecnológicos y/o de insumos para llevar a cabo todas las técnicas, distancia física entre los lugares de residencia de los/las pacientes y los centros médicos.*

La principal barrera de acceso es la dificultad que tienen las personas para que sus sistemas de cobertura, prepaga, obra social provincial, obras sociales nacionales, sindicales u otras autoricen con mediana celeridad las practicas que necesitan para realizar los procedimientos.

11) *En el caso de ser posible, ¿Podría indicar, de conformidad a su conocimiento sobre la temática, ¿cuáles son los objetivos que quedan por cubrir, de existir, en torno a la cobertura integral de TRHA en la provincia?*

Las obras sociales no cubren todas las practicas, y el paciente tiene que abonar y luego esperar el reintegro de muchas de ellas. Y como los costos son elevados las personas no lo pueden afrontar.

ENTREVISTADA: Dra. Mercedes Cabrera M.P. 9405. Especialista en Tocoginecología (06/2006) otorgado por Superintendencia de Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la

Nación Argentina. Especialista en Tocoginecología (06/2006) otorgado por Ministerio de Bienestar Social, Cultura y Educación de la Provincia de Entre Ríos. Especialista en Medicina Reproductiva (11/2015) otorgado por SAMER, avalado y certificado por la Academia Nacional de Medicina. Rotación en el Servicio de Clínica Médica y Gastroenterología del Hospital de la Santa Creu I y Sant Pau, dependiente de La Universidad Autónoma de Barcelona, España. International Physician Observership. Baptist Hospital of Miami. South Florida Gynecology Oncology Group. Florida.Miami. EE.UU. Fertilidad: Halitus Instituto Médico Dr. S. Pasqualini. Consultorios externos-Laboratorio-Ateneos- Asistencia en tratamientos de alta complejidad (aspiraciones foliculares, trasferencias embrionarias). Directora Médica de Halitus Litoral. Paraná Entre Ríos. Anexo regional de Halitus Instituto Médico. Dr. S. Pasqualini. Consultorio privado “Centro de la Mujer y el Niño” Paraná. Consultorios externos de tocoginecología: Obra Social Sindicato Empleados de Comercio Bavio 333. Paraná. Directora Médica HAVVA Centro de Medicina Ginecológica y Fertilidad, acreditado a SAMER. Colaborador docente en las materias de Ginecología y Obstetricia en la unidad hospitalaria Hospital Británico de Bs.As asociado a la Facultad de Medicina de la UBA. 2017-2020 Docente en la materia de Ginecología-obstetricia y Fertilidad Universidad Adventista del Plata Villa Libertador San Martín. “Docente Ad-Honorem” en el departamento de Ciencias Bioestructurales, Biología Celular e Histología. Cátedra 1ª. Área de Embriología. U.B.A.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis y campo de actuación, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1) ¿Cómo se conforma el equipo médico del Centro?

Directora Médica: Cabrera María Mercedes (Fertilidad). Director Médico: Dr Goldberg León (ginecología y obstetricia). Director Laboratorio de embriología: Bisioli

Claudio- Raúl Azcoaga. Equipo de profesionales -Gineco-obstetricia: Dra Pisk Maria José, Dra. Ieder Virginia Dra. Freijes Marina Dr Bonazza Gustavo. -Ecografía: Dr Gelmi Alejandro. -Bioingeniera: Roxana Knuttzer. -Biologos: Carloz Zumoffen. - Instrumentadora: Silvana Hundt. - Anestesiólogos: Temporetti Pablo Temporetti Eduardo Wulfson Adolfo. - Nutrición: Sol Devrieux. -Psicología: Perelstein María José -secretarias y personal de limpieza e higiene.

2) ¿Cuáles son los requerimientos de contralor para la habilitación y funcionamiento del Centro Médico?

Requisitos: Habilitación Municipal. Habilitación Provincial. Inscripción REFES: Registro Federal de Establecimientos de Salud. Acreditación por SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva). Reportar tasas de embarazo, nacimientos vivos, enfermedades neonatales al RAFA (Registro Argentino de Fertilización Asistida). Inscripción y recolección del sistema de residuos patológicos de la provincia.

3) ¿Qué tratamientos provee el Centro?

1-Control y seguimiento del embarazo. 2- Atención ginecológica /mamaria. 3- Ecografías obstétricas, de riesgo genético, mamarias. 4-Fertilidad: Baja complejidad: Inseminaciones con semen homologo y heterólogo (Banco de semen). Alta complejidad: fecundación in vitro con ovocitos homólogos y heterólogos (ovodonación). Vitriificación de gametas (ovocitos-espermatozoides) por tema oncológico o fertilidad futura. 5-Atencion psicológica y acompañamiento de la infertilidad.

4) ¿Trabajan con todas las obras sociales y empresas de medicina prepaga?

No. Con la gran mayoría hay convenio, pero hay algunas prepagas que no realizan contrato en Entre Ríos (ej: Sancor, Prevención salud) o Swiss Medical que solo realiza con un centro de la provincia (hay 2 centros en Entre Ríos).

4. 1) En estas hipótesis, de prepagas que no trabajan con el Centro ¿Ha tenido casos de pacientes que, a pesar de considerarla a Ud. como médica de confianza y al Centro como institución en el que se sienten contenidos, han tenido que llevar a cabo su tratamiento en otro Centro con cobertura? ¿Conoce si estos pacientes han tenido que atravesar por procesos judiciales para requerir cobertura con su Centro, pese a no encontrarse en la cartilla de prestadores?

Si, muchas pacientes han presentado amparo para poder continuar en el centro y la mayoría lo ha ganado.... pero también pacientes que no se animan a litigar y han viajado a otros centros xej de Rosario... como en esta especialidad nos conocemos bastante, habitualmente yo hablo con el colega y algunas cosas se las hago yo acá para alivianar un poco la angustia y sensación de tener que dejar todo lo realizado acá.

5) ¿Vislumbró Ud. un incremento de consultas y tratamientos a partir de la adhesión, en E.R., a la ley de TRHA?

Si totalmente muchas parejas que sin esa ayuda sería imposible.

6) ¿Cómo es el procedimiento administrativo (formularios, pagos, documentación, etc) que debe realizar una/un paciente desde que solicita la consulta médica hasta arribar a un resultado de embarazo? ¿Existe un instructivo para ello? ¿El Centro cuenta con asesoramiento para el paciente en torno a las dinámicas burocráticas y legales para llevar a cabo el tratamiento y la ulterior inscripción del niño/a nacido/a bajo TRHA?

El paciente concurre a la consulta, se solicitan todos los estudios necesarios para demostrar la causa de la infertilidad y justificar la indicación del tipo de tratamiento. Cuando se termina esta etapa se hace la solicitud a la obra social. Para ello se entregan formularios específicos, historia clínica, duplicado de los estudios, medicación necesaria y consentimiento informado. Todo esto, junto a documentación personal, es entregado por el paciente para la auditoria. Cuando se tiene la respuesta y según en qué condiciones se da la cobertura (% a pagar por el paciente) se inicia el tratamiento. El centro cuenta con asesoría legal para las formas de filiación del niño, tema del consentimiento: alcances y legalidad del mismo, tipo de cobertura de las diferentes obras sociales, vitrificación de embriones y mantenimiento, banco de semen (tipos de donantes de identidad abierta, único, conocido, etc) y ovo donación.

6. 1) Cuando refiere, en su respuesta, a las condiciones de la cobertura (% a pagar por el paciente); ¿Implica que aun así existiendo una ley que prevé la cobertura integral de los tratamientos, existen a la fecha obras sociales o empresas de medicina prepaga que cargan sobre los pacientes un porcentaje del tratamiento? De ser así, ¿Conoce cuáles son esas prepagas y qué porcentaje difieren al paciente? ¿Ese porcentual de cobertura que recae sobre los particulares refiere a cobertura de tratamientos, medicamentos, estudios médicos?

7.) *¿Encuentra en las/los pacientes quejas y/o reclamos en torno a la cobertura de su obra social y/o prepaga por el TRHA? ¿En qué puntos encuentra Ud., conforme lo manifestado por sus pacientes, mayor reticencia en torno a la cobertura médica antedicha? ¿Considera que la cobertura es integral?*

Los reclamos de los pacientes se dan en algunas obras sociales (como todo no se puede generalizar), pero la mayoría tiene que ver con mucha burocracia, pedido de estudios y papeles innecesarios a la patología del paciente (solo por protocolo o rutina de la autorización), fechas actualizadas (cuando la mayoría de las autorizaciones duermen días o semanas en las obras sociales y cuando salen ya están vencidas). Las obras sociales no son claras con la cobertura: qué incluye y qué no... la cobertura no es integral, las obras sociales cubren el tratamiento y los estudios básicos, pero no toda la medicación necesaria (tiene topes de monto para la cobertura) o hay pacientes que requiere estudios fuera de la habitual y eso no tiene cobertura... deberíamos definir "integral" para la generalidad de las situaciones o para cada pareja en particular?

7.1) *A razón de su respuesta, y entendiendo la integralidad que pregona la ley como una cobertura que debería ser total en tratamientos, medicamentos, estudios médicos y de laboratorio, y acompañamiento psicológico -ello no solo conforme la letra de la ley, sino también atento doctrina imperante en la materia y jurisprudencia del STJER que se ha expresado en línea a ese criterio- ¿Vislumbra Ud. que la falencia en cobertura radica en determinada medicación y estudios que no son habituales? En esas situaciones, ¿Conoce Ud. el posicionamiento/argumento de las prepagas para denegar las mismas?*

La falencia de la cobertura no tiene otra explicación que económica, las obras sociales quieren manejar todo con un presupuesto y de ahí no salirse, por eso los pacientes con alteraciones diferentes o necesidades específicas quedan afuera a pesar de que se manda historia clínica y estudios que lo respaldan. La mayoría argumenta que esta fuera del PMO (plan médico obligatorio), y ellos están solo obligados (según refieren) a cumplir eso.

8) *¿Recibe Ud. mayormente consultas de pacientes de la ciudad de Paraná o de toda la provincia?*

Recibimos consultas de toda la provincia

9) *Aproximadamente, ¿Cuántas consultas se reciben mensualmente?*

Enero 2020: 410 consultas // julio 2020: 250 consultas

10) ¿Podría especificar las limitaciones que, según su expertis, encuentra en el acceso a la integralidad de los tratamientos de TRHA? Puede referirse a trabas burocráticas, impedimento de acceso a determinados estudios y/o tratamientos, insuficiencia de recursos tecnológicos y/o de insumos para llevar a cabo todas las técnicas, distancia física entre los lugares de residencia de los/las pacientes y los centros médicos.

Las dificultades para el acceso a los tratamientos radica principalmente en la burocracia: para completar formularios interminables, estudios que solicita la obra social y no reconoce (y el pcte no cuenta con el dinero para realizarlo), demoras en la autorización y/o entrega de medicación (hasta 6 meses un año puede llevar desde que entregan toda la documentación). Con respecto a la distancia en la provincia la mayoría de los pacientes logra llegar, y en relación a los recursos hoy en la provincia se hace todo lo necesario... hasta estudios cuyas células son enviadas a EEUU.

11) En el caso de ser posible, ¿Podría indicar, de conformidad a su conocimiento sobre la temática, ¿cuáles son los objetivos que quedan por cubrir, de existir, en torno a la cobertura integral de TRHA en la provincia?

Aún queda por cubrir, desde la práctica: no desde la teoría, la medicación completa, banco de semen para pacientes solas (sin parejas), cobertura efectiva en tiempo y forma para las pacientes sin obra social. Sin incluir hoy en la ley -estudios genéticos de mayor complejidad y/o biopsia embrionaria pre-implantatoria: en casos indicados ej: fibrosis quística u otras enfermedades hereditarias, fallos reiterados de fecundación, aborto recurrentes -preservación de la fertilidad para futura maternidad (vitrificar ovocitos o semen) por indicación médica (baja reserva) o social. Quisiera también aportar la idea de que sería bueno que exista algún sistema de cobertura legal y/o asesoramiento jurídico gratuito o de bajo costo para las pacientes. Muchas no pueden litigar o reclamar sus derechos ante las obras sociales por no tener medios o por honorarios altos.... Esto también pone diferencias y hace que todo no sea integral.... Las parejas con conocimiento o recursos pueden presentar amparos o reclamos para exigir sus derechos, las que no lo poseen se pasan mañanas llevando papales y recorriendo oficinas que no llegan a nada. Es una patología la infertilidad y como tal debe ser tratada.

11.1) A razón de su respuesta; menciona Ud. que debería incluirse en la normativa vigente - entre otros- estudios genéticos de mayor complejidad y preservación de la fertilidad para futura maternidad por indicación médica o social. La normativa imperante prevé, en su Art. 2, y cito: “Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación”, de lo que se extrae que las “nuevas técnicas” deben contar con la autorización previa de la autoridad de aplicación. ¿Conoce Ud. la existencia de planteamiento -desde la comunidad médico-científica- para la incorporación de los procedimientos que refiere?

Por otro lado, en torno a la preservación de la fertilidad -por indicación médica o social-, el Art. 8 de la Ley refiere: “También quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo, los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para aquellas personas, incluso menores de dieciocho (18) años que, aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro...”, de lo que se extrae que la preservación de la fertilidad se encuentra solamente incluida en los casos de indicación médica, mas no así por autonomía de la voluntad. Ello así. ¿Vislumbra Ud. que las empresas de medicina prepaga u obras sociales no cubren dichos tratamientos de preservación de la fertilidad por indicación médica? ¿Considera Ud. que la preservación de la fertilidad por voluntad de los particulares “social” debería estar incluida en el PMO? ¿Conoce de la existencia y/o impulso de su incorporación en la normativa vigente?

Desde la comunidad científica ya están en marcha en otros países muchos estudios que ayudan a lograr una tasa de embarazo más alta, se han incorporado estudios de receptividad uterina (Test de ERA) estudios genéticos del embrión, etc y la sociedad médica de argentina los acepta en lo académico, pero no se acepta en la práctica solo porque aumentaría muchos los costos y eso es un problema con las gerencadoras de salud. Yo he tenido llamados de obras sociales que me piden que no explique al paciente todo lo que se puede hacer... que eso es para otro tipo de sociedad económica que a la nuestra solo la básico.... lo cual me ha llevado a dejar de trabajar con obras sociales, yo no voy a supeditar la calidad de la medicina por acuerdos económicos.... dentro de lo integral es que el paciente se siente en Paraná y acceda a la misma información que en un centro de Europa o EEUU.

Hoy la preservación de la fertilidad 100% solo está cubierta por cuestiones oncológicas, nada más... por indicación médica de baja reserva ovárica, o bajo recuento de espermatozoides depende la obra social y de la charla previa con los auditores para que arreglen algún monto de cobertura con la paciente. La preservación social no tiene ningún tipo de cobertura, la voluntad de la paciente no cuenta...y creo que es un derecho de los pacientes a poder planificar su maternidad futura. Tengo pacientes que me dicen en el consultorio.... no quiero terminar con cualquiera para no perder hoy mi posibilidad de ser madre.... quiero guardar mis óvulos porque la edad se me pasa y ver si el día de mañana encuentro quien será el padre de mis hijos o de no ser ...realizar con un banco de semen... para cumplir mi deseo de maternidad. Son decisiones personales discutible como todo lo que es individual. Debe estar en el PMO.

ENTREVISTADA: Lic. Cecilia Degani. Psicóloga MP: 956. Departamento de psicología, coordinadora de genética reproductiva del CERFH. Psicóloga egresada de la Universidad Católica Argentina. Miembro Professional Colleague de la Academia de Terapia Cognitiva de los Estados Unidos. Posgrado Psicopatología Cognitiva: Clínica y Tratamiento. Universidad Favaloro. Especialista en Salud Social y Comunitaria. Universidad Nacional de Entre Ríos. Posgrado de Metodología de la Investigación. Universidad Nacional de Entre Ríos. Curso anual Psicología de la Infertilidad. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Entrenamiento en Terapia Cognitiva y Conductual. Nivel Avanzado II. Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral. Ex-presidente y actual miembro de la Comisión Directiva de ATCCL.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis y campo de actuación, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1) *¿Cuáles son las mayores preocupaciones, desde el punto de vista burocrático, que manifiestan las/los pacientes al momento de acceder a TRHA?*

Las mayores preocupaciones desde el punto de vista burocrático son la posibilidad de lograr la cobertura necesaria, oportuna y que pueda sostenerse en caso de que los intentos no den el resultado esperado.

2) *¿Encuentra Ud. frustración en las/los pacientes devenida de trabas administrativas para acceder a la cobertura de las TRHA?*

Las obras sociales o prepagas, algunas más que otras, tienen tiempos propios y distintos a los tiempos y necesidades de las personas. El alto costo de los tratamientos debido a los costos de la medicación y la tecnología necesaria hace que sea fundamental el aporte de estas coberturas por lo que no es posible prescindir de ellas. En el caso de las personas que buscan un embarazo por TRHA, las características de personalidad y el tiempo que lleven en la búsqueda pueden amortizar o aumentar ese sufrimiento (ansiedad, tristeza). También la forma en que se vayan gestionando las emociones propias de la espera, con las personas desde los centros de atención.

3) *¿Qué impacto tiene sobre un paciente de TRHA el hecho de negativa de cobertura de TRHA, desde su obra social, con profesional médico de su confianza para ser derivado a un profesional o centro incluido dentro de la cartilla de prestadores? ¿Considera que ello puede afectar la efectividad del tratamiento?*

La realidad es que la adherencia al tratamiento depende mucho de la confianza que las personas tengan en el profesional que los atiende. A igual idoneidad es siempre mejor poder asistir al médico de confianza.

4) *La asistencia y acompañamiento psicológico en pacientes de TRHA y sus parejas ¿Se brinda en todos los casos o solamente a solicitud de los/las pacientes? ¿El tratamiento y acompañamiento psicológico lo es a lo largo del tratamiento y hasta logrado un embarazo o perdura en el tiempo?*

La asistencia y acompañamiento psicológico no es necesario en todos los casos. Depende de que el paciente lo solicite o el profesional que atiende lo considere necesario, sugiriendo una consulta. La duración y tipo de tratamiento depende de la evaluación psicológica que incluye test y entrevistas. Como resultado de una evaluación se realiza una

conceptualización que incluye: diagnósticos médicos y psicológicos, problemas, objetivos y plan de tratamiento. Esto determina la pertinencia del tratamiento, el tipo de tratamiento y la duración del mismo. Eso se explica al consultante y se decide conjuntamente si se lleva a cabo o no.

5) El tratamiento y/o acompañamiento psicológico para pacientes de TRHA, ¿Se encuentra cubierto por las obras sociales y empresas de medicina prepaga? ¿Dicha cobertura, es integral (100%)? ¿Ha encontrado limitaciones a la cobertura producto de trabas burocráticas?

Está cubierto al valor que la obra social considera pertinente pagar, como practica psicológica, en las obras sociales que cubren tratamientos psicológicos. No todas los cubren, algunas hacen un pequeño reintegro al afiliado.

II.- ENTREVISTAS A FUNCIONARIOS SISTEMA SALUD ENTRE RIOS:

ENTREVISTADA: *Dra. Graciela Lopez de Degani. DIRECTORA MÉDICA del CERF. Médica Cirujana. Título otorgado por Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Ginecología y Obstetricia: Residente y Jefe de Residente Hospital M. R. Castex, Servicios de Ginecología y Obstetricia. Bs. As. Beca de Posgrado en Infecciones de Trasmisión Sexual. Hospital de Clínicas (UBA), Bs.As. Especialista en Diagnóstico Ecográfico Ginecológico y Mamario. Especialista en Medicina Reproductiva. Especialista en Medicina Forense, título otorgado por Universidad Nacional del Litoral (UNL). Instructora por concurso Residencia de Tocoginecología. Hospital San Martín y San Roque, Paraná, Entre Ríos. Jefa de Servicio de Ginecología del Hospital Regional San Martín de Paraná. Docente UADER, Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, Licenciatura en Enfermería, Fisiología y Patología Obstétrica. Miembro Titular SAMER (Sociedad Medicina Reproductiva). Miembro Titular SAEGRE. Miembro Titular ESHRE (European Society Human Reproductive Embryology). Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER). Medico Rotante del HOSPITAL JEAN ROSTANG PARIS FRANCIA; CMCO STRASBOURG, FRANCIA. HOSPITAL 12 de OCTUBRE DE MADRID (España), University of CONNECTICUT HEALTH CENTER (USA) y CORNELL MEDICAL CENTER, NEW YORK Hospital, New York (USA). Coordinadora Provincial del Programa de Fertilización del Ministerio de Salud de E.R.*

Entrevista en su carácter de Jefa de Servicio de Ginecología del Hospital Regional San Martín de Paraná.

1) ¿Cuenta el Hospital San Martín con especialistas en fertilidad para llevar a cabo los tratamientos de TRHA? ¿Cuántos?

Sí, cuenta con dos especialistas en fertilización asistida, Biólogo y Técnicas.

2) ¿Cuenta el Hospital San Martín con equipo tecnológico y de laboratorio para llevar a cabo todos los tratamientos de TRHA?

Se llevan a cabo tratamientos de fertilización asistida de Baja Complejidad.

3) ¿Qué tratamientos se realizan en el nosocomio?

Se realizan tratamientos de Fertilización asistida de Baja Complejidad

4) ¿Deriva el nosocomio algunos tratamientos de mayor complejidad a centros privados?

Sí, mediante subsidios del Ministerio de Salud.

5) ¿Cuántos pacientes se atienden, aproximadamente, por mes por consultas de TRHA? ¿Son provenientes de toda la provincia?

Se atienden de toda la provincia. Cuarenta por mes, de primera vez y controles.

6) ¿Considera que, a partir del año 2014 y a consecuencia de la adhesión a la ley nacional de TRHA, hubo inversión hospitalaria (tecnológica, de equipamiento e insumos) para llevar a cabo tratamientos de TRHA?

Se equipó el Laboratorio de Andrología para preparación de muestras, y se compraron insumos y medicamentos.

7) ¿Cómo es el procedimiento administrativo (formularios, pagos, documentación, etc) que debe realizar una paciente desde que solicita la consulta médica hasta arribar a un resultado de embarazo? ¿Existe un instructivo para ello? ¿Cuenta el nosocomio con asesoramiento para el paciente en torno a las dinámicas burocráticas y legales para llevar a cabo el tratamiento y la ulterior inscripción del niño/a nacido/a bajo TRHA?

El procedimiento administrativo es dinámico dentro del hospital, luego se enlentece al salir del mismo por auditorias.

8) *¿Existen subsidios para atender situaciones particulares?*

Todos los procedimientos que están dentro de la ley se tramitan por subsidios.

9) *¿Considera Ud. que existen falencias en el sistema de salud en torno a la cobertura integral de TRHA? ¿Cuáles, según su criterio, son las barreras existentes en torno al efectivo acceso a TRHA?*

Por un lado, las coberturas de las obras sociales no están acorde con la ley. No son integral en algunos casos y en otros ni siquiera existe. En lo público hay trabas a nivel de auditoria en el Ministerio.

ENTREVISTADO: Dr. Germán Alberto Coronel. COORDINADOR GENERAL DEL MINISTERIO DE SALUD. Abogado y especialista en Derecho Administrativo (UNL). Doctorando por la Universidad Católica. Argentina de Rosario. Es profesor en las Facultades de Derecho en la Universidad Católica de La Plata, y en las universidades nacionales de Rosario y del Litoral. Fue miembro Titular del Consejo de la Magistratura de Entre Ríos. Fue integrante del cuerpo de Abogado de la Fiscalía de Estado de Entre Ríos.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las Técnicas de Reproducción Humanamente Asistida (en adelante TRHA) por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis y campo de actuación, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente valida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1. *¿Cuáles son los centros de TRHA autorizados por el REFES para funcionar en la provincia?*

Hay pocos. Uno de ellos es público: sería el hospital San Martín en el servicio de Ginecología; y los otros son privados: uno dependiente del Sanatorio Río y el otro es Havva.

2. ¿Considera que han existido, desde el 2014 a la fecha, políticas públicas provinciales en torno a la aplicación de la ley de TRHA en la provincia? ¿Cuáles conoce? ¿Han sido puestas en funcionamiento por el Ministerio de Salud?

Más allá de que, la mayoría de las veces, el impulso en torno a la fertilización asistida ha sido de los particulares interesados en el tema, el Ministerio de Salud ha acompañado generando así una política pública. En ese marco, la Provincia ha realizado todos los esfuerzos necesarios y así logrado que las TRHA sean cubiertas a través del sistema de subsidios, más allá del origen de los fondos, en lo que hace a la red pública, como asimismo acompañado a los profesionales particulares en las habilitaciones de los establecimientos privados en pos del cumplimiento de la normativa y por supuesto de la materialización del derecho.

Asimismo, y no menos importante es de destacar que este año 2020 en el mes de julio a través del dictado de la Resolución N° 2658 la provincia se adhirió a la Resolución N° 616-E del Ministerio de la Nación la cual establece el modo de realizar el consentimiento informado que requiere el tratamiento, garantizando la gratuidad del mismo.

3. ¿Existe algún Programa y/o Plan creado, desde el Ministerio de Salud, a los fines de hacer aplicativa la ley de TRHA? ¿Cómo funciona? ¿Cuál es su presupuesto? ¿Ha logrado los objetivos anhelados?

El programa gira entre los mismos actores que impulsaron la reglamentación local; pero cabe resaltar, más allá de los logros enunciado en la respuesta anterior, que no hay conciencia pública colectiva aún de la importancia de lo que dispone la ley y el nuevo Código Civil y Comercial en materia de derechos humanos reproductivos, tan anhelado por los derechos de las personas. No creo que haya presupuesto específico, salvo que el mismo depende del programa nacional.

4. ¿Existe asesoramiento, desde los nosocomios, brindado a los/las pacientes en torno a las dinámicas burocráticas y legales para llevar a cabo el tratamiento y la ulterior inscripción del niño/a nacido/a bajo TRHA? En caso afirmativo, ¿Dicho asesoramiento lo brinda el Estado a través de sus instituciones?

NO. Es una deuda pendiente la capacitación del referente que en cada efector tendría la responsabilidad de evacuar la inquietud o consulta, la que debe venir de la mano del programa respectivo y de forma progresiva. En especial a partir de la adhesión provincial al programa nacional. Generalmente son los registros civiles los que están más capacitados en brindar dicha información, aunque no sería lo conveniente.

5. ¿Considera que, a partir del año 2014 y a consecuencia de la adhesión a la ley nacional de TRHA, hubo inversión hospitalaria (tecnológica, de equipamiento e insumos y recursos humanos especializados) para llevar a cabo tratamientos de TRHA? ¿Cuáles?

Creería que solo el Hospital San Martín, en atención que su personal del servicio respectivo está involucrado en el tema de forma específica. El tema recién comienza y mientras no haya un planteo o elaboración de un programa central de capacitación y equipamiento de los efectores con capacidad resolutive a partir de la reglamentación, no habrá desarrollo del tema en los hechos.

6. ¿Conoce cuál ha sido la postura de la obra social provincial IOSPER y empresas de medicina prepaga en torno a la cobertura integral (100%) de la THRA?

No conozco la generalidad. Pero me animo, a partir de particulares ejemplos, a decir que las prepagas, las obras sociales de cualquier naturaleza son reacias a cubrir dicha prestación, que la consideran muy cara y alegan que están desfinanciadas e inclusive han colocado a la Pandemia que nos atraviesa como muro entre el particular y ellos para denegar expresa o tácitamente los tratamientos.

7. ¿Considera que existen limitaciones burocráticas y administrativas para los/las pacientes al momento de someterse a las TRHA? Puede referirse a trabas burocráticas, impedimento de acceso a determinados estudios y/o tratamientos, insuficiencia de recursos tecnológicos y/o de insumos para llevar a cabo todas las técnicas, distancia física entre los lugares de residencia de los/las pacientes y los centros médicos.

Puede haber de todo un poco de lo mencionado. El impedimento más importante es la falta de información y los recursos económicos. También la falta de desarrollo médico y técnico en los efectores públicos, que desanima en clases sociales postergadas dicha posibilidad de tratamiento.

Si bien el sistema público de salud garantiza la gratuidad, en el ámbito de muchas obras sociales, consideran en un macabro juego de palabras que la cobertura de los tratamientos debe ser integral. Tal integralidad en oposición a gratuidad, por ello, supeditan dicha cobertura a Coseguros, no reconocimiento de estudios y medicación previa a los tratamientos – los cuales son necesarios precisamente para proceder a la práctica-.

La realidad es que, dado que la TRHA es una forma de filiación a partir de nuestro CCYC, estaríamos ante un derecho personalísimo y por ende gratuito.

Por lo tanto, estamos ante la desinformación, la burocracia y el poder económico que coloca al paciente en una verdadera situación de vulnerabilidad.

8. *¿Considera Ud. que existen objetivos a cumplir desde el sistema de salud en torno a la cobertura integral de TRHA en la provincia?*

Creo que todo está por hacerse. Esto recién comienza con la reglamentación y el programa del Ministerio, una vez superado el COVID 19, debe abordar urgentemente este tema desde todas las aristas posibles.

9. *En caso de considerarlo, aporte observaciones desde su conocimiento que entienda sean relevantes en torno a la temática particular y que conoce conforme las representaciones sociales generadas desde su ámbito de actuación.*

Desde mi ámbito de actuación he impulsado decididamente la reglamentación de adhesión a la normativa nacional, por la sencilla razón que hay que empezar a reparar derechos en la materia. Mi observación pasa por despertar el interés de funcionarios que están en la órbita del tema para empezar a elaborar un plan general y global para poner pronto en marcha en efectores públicos la realización de la práctica correspondiente.

III.- ENTREVISTAS ORGANIZACIONES SOCIALES:

ENTREVISTADA: María Elena Cabral. Presidenta de Asociación Civil “Abrazo x Dar Vida”. En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA (Técnicas de Reproducción Humanamente Asistida) por parte de los

ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad. Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis y campo de actuación, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1) ¿Considera que han existido barreras en torno al efectivo acceso integral a las TRHA en la provincia de Entre Ríos desde la adhesión a la ley nacional, acaecida en el año 2014?

Al principio había algunas trabas para brindar cobertura a mujeres solas o pareja de mujeres, pero fue por poco tiempo hasta que organizaciones entrerrianas comenzaron a militar para hacer caer esas barreras discriminatorias y cumplir el espíritu inclusivo que tiene la ley nacional. Si a la fecha las restricciones o complicaciones que pueden existir van de la mano de la difícil situación de la salud pública y la imposibilidad de brindar cobertura a personas sin obra social por falta de estructura o insumos.

2) ¿Considera que la cobertura de las obras sociales y empresas de medicina prepaga para las TRHA es del 100%? ¿Considera que existen falencias en dicha cobertura? ¿Cuáles?

Más allá de las consideraciones debemos siempre remarcar que la cobertura debe ser sí o sí al 100% y para ello es que el Ministerio de salud de Nación emitió la Resolución 1045/18 para no dejar lugar a dudas, detallando además los ítems que deben ser cubiertos por el sistema de salud al que fuera requerida la cobertura. Obviamente aún con la Ley Nacional en vigencia, la resolución e inclusive hasta antecedentes de fallos judiciales hay falencias en el cumplimiento total. Algunos de los más frecuentes es lograr la cobertura de la criopreservación de embriones en caso de ser necesaria por un término, aunque sea de 12 meses y se debe algunas veces judicializar la cobertura de ese lapso o su extensión. La cobertura de algunos medicamentos necesarios para encarar un tratamiento como la Heparina, (se cubre por PMO cuando ya hay embarazo y no antes), algunos estudios específicos y necesarios para llevar a delante un tratamiento.

3) ¿Han existido reclamos judiciales en función de cobertura de TRHA luego de la adhesión a la ley nacional? ¿Cuál ha sido el objeto de tutela reclamado? ¿Qué postura ha vislumbrado por parte de las obras sociales y empresas de medicina prepaga en ese aspecto?

Reclamos judiciales a nivel nacional hay muchísimos desde la sanción de la ley en 2013 a la fecha que aún continúan siendo en muchos casos necesarios para hacer valer el derecho ganado con dicha ley. En algunos casos parece increíble, se deba judicializar la cobertura en sí al 100% en ambos integrantes de una pareja. Como dijimos anteriormente la cobertura de la crío de embriones sobrantes y no empleados en una transferencia, reintegro de gastos por estudios médicos o de medicación, el cumplimiento de 3 intentos anuales de alta complejidad, entre los más comunes, después existen algunos más complejos y puntuales según casos particulares. La postura de obras sociales o prepagas es también variada, algunas acatan las sentencias sin más y otras (por lo general las prepagas de renombre) apelan o inclusive suelen ignorar las sentencias hasta las últimas instancias

4) *¿Considera que existe, en el Hospital Regional San Martín -de referencia de la provincia-, la infraestructura necesaria para llevar a cabo todos los tratamientos de TRHA, entendiendo ellos los de baja y alta complejidad?*

A la fecha ningún hospital público está en condiciones de brindar procedimientos de alta complejidad en sí mismos ya que la infraestructura para ello es de altísima tecnología, y la grave situación de la salud pública lo hace imposible.

5) *¿Considera que han existido, desde el 2014 a la fecha, políticas públicas provinciales en torno a la aplicación de la ley de TRHA en la provincia? ¿Cuáles conoce?*

6) *¿Considera que existe asesoramiento a los/as pacientes de TRHA en torno a las dinámicas burocráticas y legales para llevar a cabo el tratamiento y la ulterior inscripción del niño/a nacido/a bajo TRHA? ¿Dicho asesoramiento lo brinda el Estado a través de sus instituciones?*

Por lo general el asesoramiento a pacientes y usuarios de TRHA viene de la mano de algunos profesionales más empáticos que brindan respuestas en sus consultas o la verdad es que en mayor medida va de la mano de asociaciones civiles como abrazo x dar vida o agrupaciones referentes en la temática. Si en algunas provincias como es el caso de E Ríos (por suerte) se está trabajando muchísimo sobre el tema del registro de nacimientos en una comunión Estado y organizaciones sociales.

7) *¿Considera que existen limitaciones burocráticas y administrativas para los/las pacientes al momento de someterse a las TRHA? Puede referirse a trabas burocráticas, impedimento de acceso a determinados estudios y/o tratamientos, insuficiencia de recursos tecnológicos y/o de*

insumos para llevar a cabo todas las técnicas, distancia física entre los lugares de residencia de los/las pacientes y los centros médicos.

La verdad es que existen todas esas barreras, algunas veces juntas y en otras por separado.

8) En el caso de ser posible, ¿Podría indicar, de conformidad a su conocimiento sobre la temática, ¿cuáles son los objetivos que quedan por cubrir, de existir, en torno a la cobertura integral de TRHA en la provincia?

Basándonos en reclamos que recibimos de pacientes, es el problema de salud pública y las condiciones de cobertura, también hay mucho incumplimiento de parte de la obra social provincial al no brindar el 100% de la cobertura en mediación por ejemplo o en brindar buenos e idóneos profesionales o negando cobertura de algunos estudios obligando a los beneficiarios a abonar de manera particular y después no recibir el reintegro que corresponde

9) En caso de considerarlo, aporte observaciones desde su conocimiento que entienda sean relevantes en torno a la temática particular y que conoce conforme las representaciones sociales generadas desde su ámbito de actuación.

La ley nacional ya tiene 7 años y no podemos dejar de reconocer que más allá de sus falencias o complicaciones es una ley pionera en Latinoamérica, abarcativa, modelo de inclusión y no discriminativa. Que podría ser mejor en muchos aspectos, no hay duda, pero por suerte ha existido la posibilidad de dar luces a muchos de sus grises. y seguimos como asociación bregando por mejorar otros temas que quedan aún en un limbo legal como son el destino de los embriones no implantados, la gestación solidaria, la cobertura del DGP (diagnóstico genético preimplantatorio) necesario en muchos casos para diagnosticar embriones que terminen en embarazos compatibles con la vida.

Es lamentable que a la fecha estemos hablando de la falta de adhesión por parte de algunas provincias y sus gobiernos, o de las trabas del sistema de salud privado.

Que no se terminen de firmar convenios entre gobiernos provinciales para la derivación de pacientes de una región a otra donde puedan contar con la cobertura y hacer sus tratamientos.

Seguimos intentando mantener la esperanza en que en algún momento la salud pública pueda mejorar y brindar la mejor cobertura posible y la que toda persona necesita para alcanzar la igualdad de condición frente al derecho de crear su familia como cualquier otra persona con salud privada.

Siempre nos gusta decir que Bs As no es el ombligo del país y que en el resto es muy necesario el acceso a la información, a profesionales certificados por Samer (Soc Arg Medicina Reproductiva), a centros de fertilidad certificados y avalados por el Ministerio de Salud Nacional.

Abrazo x dar vida intenta estar en todos esos espacios donde el Estado quizás no puede acceder, asesoramos, acompañamos e informamos a las personas que están en la búsqueda de formar sus familias, hacemos charlas presenciales o virtuales con profesionales para quienes quizás no contarían de otra manera con la posibilidad de acceso y siempre por medio de acciones voluntarias.

ENTREVISTADA: Dra. Virginia León. Abogada litigante recibida en la U.N.L., especialista en derecho laboral y diplomada en estudios de género. Miembro titular de la organización Comunitaria “Las Capitanas”. Directora del Programa Provincial de Fertilización Asistida desde 2020.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis y campo de actuación, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1) ¿Considera que han existido barreras en torno al efectivo acceso integral a las TRHA en la provincia desde la adhesión a la ley nacional, acaecida en el año 2014?

Desde que la provincia adhiere a la ley nacional de reproducción humana asistida lo que sucedió es obligó a la obra social provincial –IOSPER- y al servicio público de salud – hospitales- a brindar una cobertura integral a estos tratamientos. Por esta razón que gran parte de la población afectada por una infertilidad, o no –para el caso de mujeres solteras y/o parejas de igual género- tuvo acceso a una cobertura integral. Vale decir que el empleo público provincial es basto por lo que la obra social provincial es la principal obra social y era un problema no contar con una ley provincial que adhiriera a la ley 26.862, pues se valía de ello para cubrir en un 100% los tratamientos.

Nobleza obliga reconocer que el IOSPER desde el año 2009 cubría estos tratamientos en un 60%, decisión que se arriba por un plebiscito realizado entre sus afiliados.

Ahora bien, desde el 2014, tenemos los todos sistemas cubiertos dentro del territorio provincial: contamos con ley nacional que rige las obras sociales nacionales y empresa de medicina prepaga, ley provincial que obliga al IOSPER y al sistema de salud pública provincial.

En cuanto a las barreras, a nivel de obra sociales nacionales y empresa de medicina prepaga, hoy podemos decir que se reduce a la cantidad de tratamientos de alta complejidad a cubrir. El tema de si es anual o no. Tema de medicamentos, edad de la mujer, que incluye cada tratamiento se fueron superando con las distintas resoluciones ministeriales del Ministerio de Salud de la Nación.

En cuanto a barreras que hay que sortear en la obra social provincial, a parte de la burocracia tremenda existente que hacen perder uno de los elementos más valioso que tienen estas técnicas, que es el TIEMPO, son las distintas interpretaciones que tiene de la ley nacional no solo en cuanto a la cantidad de tratamientos de alta complejidad a cubrir, sino el estado civil y orientación sexual de las personas que acceden.

Y en el sistema público no huelga decir que aun con toda la buena voluntad de los y las profesionales se necesita presupuesto para llevarlo adelante. Por lo que las barreras aún existen y pese a la existencia de la ley.

2) ¿Considera que la cobertura de las obras sociales y empresas de medicina prepaga para las TRHA es del 100%? ¿Considera que existen falencias en dicha cobertura? ¿Cuáles?

La ley es clara en cuanto a la cobertura: debe ser integral. Además de incluir las prestaciones en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Si una obra social o una empresa privada no lo cumple, está la flagrante violación a la ley. Hasta dónde conozco puedo decir que la ley se cumple, pero a medias. Aclaro que hablo de la generalidad porque sé que hay quienes brindan una cobertura integral y previa- esto es importante porque no es lo mismo que cubran de manera previa que a través de REINTEGRO ya que esta es una manera sutil de no cubrir porque son tratamientos costosos y la gente no tiene dinero para costearlos.

El tema es que al ser una temática tan sensible y que requiere no solo poner el cuerpo –para el caso de las personas con útero- sino también la psiquis, algunos se aprovechan y empiezan a “desconocer” los alcances de la ley y la gente termina pagando algunas cosas, como ser medicamentos, sesiones terapéuticas, etc. Para evitar cualquier tipo de reclamación o litigio.

Y hablando de falencias, las mismas se dan cuándo las normas no son claras. Y en el caso de las TRHA la ley es muy clarita. Los problemas interpretativos siempre son cuando intentan restringir el acceso a los derechos reconocidos. Un análisis muy interesante, es el caso de la cantidad de tratamientos de alta complejidad a cubrir. La ley dice que son cuatro de baja complejidad por año y tres de alta. Para mí es muy claro que son tres por año también al igual que las de baja complejidad, pero como no dice expresamente la anualidad, todas las obras sociales y empresas se valen de eso para restringir el derecho.

Ahí empieza la acción, puesto que hasta que la CSJN en el año 2018 no dijera que los tratamientos a cubrir son anuales, los juzgados tenían interpretaciones disímiles ocasionando inseguridad jurídica y una total desigualdad al momento del acceso a derechos. ¿Qué si cambió algo luego? Por supuesto que sí, pero eso no quita que tengas que ir a litigio judicial. Y lamentablemente, aún existen algunos juzgados con un criterio distinto al de la CSJN.

Cuando lo que se pretende son procedimientos que no se encuentran expresamente previstos en la ley, como ser el PGD (Diagnostico Pre implantatorio), su cobertura o no dependerá del juzgado en el que recaiga, ocasionando la misma desigualdad que mencione anteriormente una injusticia. Ya que solo accederán las personas que tengan el dinero suficiente para costear el tratamiento.

3) *¿Han existido reclamos judiciales en función de cobertura de TRHA luego de la adhesión a la ley nacional? ¿Cuál ha sido el objeto de tutela reclamado? ¿Qué postura ha vislumbrado por parte de las obras sociales y empresas de medicina prepaga en ese aspecto?*

Si, si ha habido –hay- reclamos judiciales. Como expresé anteriormente, es conveniente negar cobertura y luego esperar que la gente reclame. De alguna manera les funciona financieramente. El objeto de los reclamos siempre es el acceso integral, y dentro de eso puede ser variado, porque a veces cubren el tratamiento en sí, pero no la donación de gametos o la criopreservación o los medicamentos, etc. Y claramente, el tema de la anualidad de los tratamientos de alta complejidad es uno de los más reclamados. Y una vez que recae sentencia condenatoria, generalmente, se acata la orden judicial. Pues muchas veces se tienen que ejecutar la sentencia o se aplican astreintes para obtener la cobertura.

4) *¿Considera que existe, en el Hospital San Martín, la infraestructura necesaria para llevar a cabo todos los tratamientos de TRHA, entendiendo ellos los de baja y alta complejidad?*

Hasta donde sé, se hacen tratamientos en el hospital, pero no existe banco de gametos, lugar para criopreservar. Los de alta complejidad se derivan a otro establecimiento, mediante una gestión de subsidio ante el Ministerio, o sea que aún falta mucho.

Son tratamientos en los que juega mucho la cabeza y por eso el Estado debe brindar tranquilidad y seguridad a los usuarios y usuarias, al momento de comenzar el camino de las TRHA, de que se hará en el tiempo y de la manera que cada persona lo necesite. No puedo hablar sobre si están en miras de ampliar el acceso o no, porque lo desconozco, pero es evidente que es una deuda pendiente con el pueblo entrerriano y más que nada, con las personas usuarias del sistema público de salud. Tienen los mismos derechos que las personas que tienen obra social o empresas de medicina prepaga.

5) *¿Considera que han existido, desde el 2014 a la fecha, políticas públicas en torno a la aplicación de la ley de TRHA en la provincia? ¿Cuáles conoce?*

Aún recuerdo que cuando se sancionó la ley, la primera mujer que fue se realizó una IIU en el hospital. Ya venía tratándose allí, por lo que es evidente que antes de la ley, esto ya existía en la provincia. El tema es que quedamos allí. Asimismo, en la obra social provincial, también las cubría antes de la ley. Otra, desconozco.

6) *¿Considera que existe asesoramiento a los/as pacientes de TRHA en torno a las dinámicas burocráticas y legales para llevar a cabo el tratamiento y la ulterior inscripción del niño/a nacido/a bajo TRHA? ¿Dicho asesoramiento lo brinda el Estado a través de sus instituciones?*

Si, hay asesoramiento sobre las prácticas. Por allí desde el desconocimiento por eso es importante recurrir a las personas que saben. En el ámbito público, he tenido oportunidad de encontrar personas que fueron muy solidarias y brindaron la información necesaria para las personas que ayudaba tanto para las TRHA como para la inscripción del nacimiento. Pero he tenido suerte, no es la regla.

La inscripción, es el tema que más preocupa porque la identidad de los NNA depende de una correcta inscripción y las personas no saben que es una fuente diferente de filiación y que tienen que llevar el CI al Registro. No huelga decir que hasta hace poco en E.R. no existía el trámite gratuito de certificación de CI. Con esto creo que se brindará más información y se procederá a la correcta inscripción.

7) *¿Considera que existen limitaciones burocráticas y administrativas para los/las pacientes al momento de someterse a las TRHA? Puede referirse a trabas burocráticas, impedimento de acceso a determinados estudios y/o tratamientos, insuficiencia de recursos tecnológicos y/o de insumos para llevar a cabo todas las técnicas, distancia física entre los lugares de residencia de los/las pacientes y los centros médicos.*

Si, en la obra social provincial más que nada, y de tipo burocráticas. Demoras en las autorizaciones para los tratamientos, limitaciones cuando el proyecto parental es en pareja y la pareja de la mujer no tiene IOSPER, coberturas por REINTEGRO y no reintegrar el total, amén de demorar mucho tiempo para ello.

Y en Entre Ríos existen dos clínicas que se encuentran en el REFES y ambas en Paraná, además del Hospital San Martín que también está allí. Luego existen profesionales en Paraná que realizan IIU acá y derivan a Buenos Aires o Rosario las de alta complejidad. Siempre que se opte por salir de la provincia, el tema de la distancia es un problema. Y aun las personas que viven en otros departamentos en Entre Ríos deben viajar porque las clínicas entrerrianas son de Paraná y el sistema público solo funciona en Paraná.

Tanto las TRHA como los estudios de rutina se hacen en las clínicas de fertilidad. Obvio que hay estudios que no se hacen en el país y que no cubre ninguna obra social y empresa de

medicina prepaga. Pero de hacerse, se hacen con normalidad a través de las clínicas autorizadas.

Obviamente que hay otras técnicas que no entran en lo enunciativo de la ley y que deben incorporarse por Ministerio de Salud de la Nación o bien por ley, como la gestación por sustitución, que ampliaría más los derechos pues permitiría a las parejas de varones poder tener hijos a través de las TRHA. Es fundamental entender que estas técnicas avanzan a un ritmo mucho más rápido que las leyes y la comprensión de las personas. Y aun teniendo esto en contra, existen los derechos humanos a formar una familia, a la libertad, a gozar de salud sexual y reproductiva, entre otros que se materializan a través de las TRHA, que son derechos preexistentes que prevalecen.

8) *En el caso de ser posible, ¿Podría indicar, de conformidad a su conocimiento sobre la temática, ¿cuáles son los objetivos que quedan por cubrir, de existir, en torno a la cobertura integral de TRHA en la provincia?*

En la provincia, y hablando del sector público creo que ya hice referencia más arriba, se puede pensar en un lugar específico para que sean atendidas, sin que se la lleve por delante la vorágine de un hospital. Son tratamientos en donde las personas deben gozar de tranquilidad y de la confianza con el personal; bancos públicos de gametos y embriones, para criopreservar.

Obviamente que la accesibilidad hay que tenerla en cuenta, si solo se atiende en Paraná, habría que ver la manera de costearles el transporte o delegar los seguimientos en otros hospitales provinciales. Que con presupuesto y voluntad política se podría hacer.

Y en lo que respecta a la obra social provincial: la cobertura sea previa –sin modalidad reintegros-, que cubran a mujeres solteras, que sean tres las TRHA de alta complejidad a cubrir, que las autorizaciones sean rápidas sin “cupos”. Eso con respecto a la cobertura integral, pero previamente los, las y les entrerrianxs merecemos un pertinente acceso a la información por parte del Estado y el respeto por parte del mismo de nuestros derechos humanos.

IV.- ENTREVISTAS A OBRAS SOCIALES Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA:

ENTREVISTADA/O: Personal dependiente de obra social sindical. La entrevistada solicito anonimato.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA (Técnicas de Reproducción Humana Asistida) por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su expertis, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1) ¿Qué tipo de cobertura se brinda al afiliado sobre TRHA? ¿Incluye todo tipo de tratamientos, medicamentos, honorarios de profesionales, acompañamiento terapéutico y atención en el centro médico a opción del paciente? ¿Dicha cobertura es del 100%? Para el caso de presentarse una práctica médica de TRHA o medicamento no incluido en el PMO, ¿La obra social lo cubre entendiendo que comprende el criterio de cobertura integral que la ley establece?

La obra social brinda la cobertura del 100% a las afiliadas/os que soliciten y se justifique según auditoría médica la práctica TRHA. Cabe aclarar que la misma se brinda en HAVVA (centro especializado para dicha práctica), convenio existente entre La obra social Casa Central desde agosto de 2015, manteniéndose vigente a la fecha. La cobertura comprende el 100% de la práctica, honorarios médicos, medicación. Si hubiera medicación fuera de convenio, se realiza auditoría posterior y generalmente se reconoce la misma por haber sido justificada según historia clínica. Autorizado el tratamiento, la cobertura del mismo es del 100% a cargo de la obra social y la cancelación del tratamiento la realiza la obra Social casa Central en forma directa al prestador, en este caso HAVVA, de acuerdo a lo convenido oportunamente.

1.a) Si el afiliado solicita realizarse la práctica médica en otro centro que no fuera HAVVA, ¿se autoriza igual? ¿Podría especificar el tiempo que demora la autorización del tratamiento desde que es requerido y presentada la documentación necesaria exigida por ley? ¿Podría especificar, en líneas generales, la demora de autorización de medicación fuera de convenio? ¿Incluye la cobertura integral el apoyo psicológico a pacientes?

La cobertura del afiliado/a es en el Centro de Referencia y con el cual la Obra Social Central hizo convenio. En este caso dicho centro es HAVVA. Sólo se contempla derivación a otra Pcia. en el caso que en la nuestra no hubiera centro especializado o no contáramos con la complejidad requerida. En el caso de TRHA. no existe la posibilidad de derivación alguna ya que el centro reúne las condiciones y complejidades para brindar la prestación.

En general la demora de la autorización del tratamiento es alrededor de 30 días. Desde la presentación de la documentación en la delegación hasta la autorización desde la obra social casa Central. Cabe aclarar que en este tiempo de pandemia por COVID 19, las prioridades son URGENCIAS, dilatando las prácticas que no lo sean, con el único propósito de evitar la circulación de los afiliados y su posible contagio.

El tiempo más o menos de autorización de dicha medicación oscila en 15 días. Ese trámite directamente lo realiza el establecimiento a la obra social Central. El apoyo psicológico está contemplado dentro de las prácticas de la obra social con los profesionales de la misma. La cobertura del mismo es del 90%.

2) ¿Con qué financiamiento, además de los aportes de los afiliados, cuenta OSPSA para hacer frente a las TRHA? ¿La cobertura integral de las TRHA repercute marcadamente en la organización financiera de OSPSA?

Las O. Sociales conforman su financiamiento con el aporte patronal y el del afiliado. En muchas oportunidades el empleador no realiza ninguno de los dos aportes por la situación económica imperante en el país. Pero realiza ante AFIP Declaración Jurada, lo que obliga a las Obras Sociales a brindar la cobertura que el afiliado demande y proceder luego a la ejecución de los aportes adeudados. Este tipo de cobertura se brinda con aportes genuinos de las Obras Sociales, no contando con ninguna financiación extra.

3) De haber existido, ¿Cuál ha sido el/los objeto/s de reclamo en amparos presentados por afiliados al OSPSA, desde el 2014 a la fecha, en torno a la cobertura integral de las TRHA? ¿Podría afirmar que los reclamos de los afiliados -judicializados- han tenido como resultado ordenar al OSPSA a cumplimentar lo solicitado por el particular?

Desde la vigencia de la ley y a la fecha, se recibió un (1) amparo reclamando el tratamiento autorizado previamente. La causa de la demora en la realización del mismo se debió a que ingresó en lista de espera en O.S.P.S.A. Central quien habilita y consensua con el

prestador la autorización del tratamiento. Este año pese a la pandemia, la justicia ordenó la realización del tratamiento, y a la fecha se está llevando a cabo, dando cumplimiento a lo ordenado vía judicial.

4) ¿Considera que, a partir del año 2014 y a consecuencia de la adhesión a la ley nacional de TRHA, hubo inversión hospitalaria (tecnológica, de equipamiento e insumos) para llevar a cabo tratamientos de TRHA?

Sí, obvio que los centros de fertilización realizaron inversiones tecnológicas y de equipamiento para poder brindar una mayor y mejor calidad de asistencia, y evitar las derivaciones fuera de la provincia.

5) ¿Existen pedidos de cobertura de TRHA en centros que no se encuentran dentro de la jurisdicción provincial? ¿Cuál es la respuesta de OSPSA a esos pedidos?

A la fecha no hemos recibido ninguna solicitud de prestación fuera de la provincia. En caso de recibirla, se evalúa con HAVVA, y sólo si en HAVVA no se realizara el tratamiento solicitado, se remite documentación a O.S.P.S.A. Central para que determinen con la Historia Clínica y estudios enviados, cuál sería el Instituto o Centro acorde a la derivación.

ENTREVISTADA/O: I.O. S.F.A. (Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas)

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su experiencia personal, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

1) ¿Qué tipo de cobertura se brinda al afiliado sobre TRHA? ¿Incluye todo tipo de tratamientos, medicamentos, honorarios de profesionales, acompañamiento terapéutico y atención en el centro médico a opción del paciente? SI ¿Dicha cobertura es del 100%? SI Para

el caso de presentarse una práctica médica de TRHA o medicamento no incluido en el PMO, ¿El IOSFA lo cubre entendiendo que comprende el criterio de cobertura integral que la ley establece?

SI. La cobertura es del 100% tanto en estudios previos, como los tratamientos en si (Honorarios y gastos), medicación, etc. La cantidad de tratamientos que se cubren son hasta 4 (cuatro) de baja complejidad y hasta 3 (tres) de alta. La criopreservación de gametos como de embriones, también se cubre. Los tratamientos se cubren tanto con gametos propios como también con donación.

2) ¿Con qué financiamiento, además de los aportes de los afiliados, cuenta el IOSFA para hacer frente a las TRHA? ¿La cobertura integral de las TRHA repercute marcadamente en la organización financiera de IOSFA?

A los fines de dar respuesta, se realiza una descripción de la Naturaleza Jurídica del Instituto de Obra social de las Fuerzas Armadas (IOSFA) y normativa por la cual se rige.

El IOSFA es una Obra Social estatal con carácter de ente autárquico, incluida en el artículo 8 inciso c) de la ley de Administración Financiera y de los sistemas de Control Público Nacional 24.156, bajo la fiscalización y control del Ministerio de Defensa. El IOSFA fue creado el 31 de mayo de 2013 mediante DNU N° 637/2013 y el 11 de septiembre de 2013 el Congreso de la Nación declaró su validez. Esta institución integra los servicios de cobertura médico asistencial y sociales de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas de Seguridad unificando los preexistentes: el IOSE; la DIBA y la DIBPFA, (conf. DNU N° 637/2013, arts. 1° y 24).

El IOSFA no adhirió al régimen de la ley N° 23.660. El IOSFA no tiene aportes ni recibe suma alguna del Tesoro de la Nación. Así también, el IOSFA se rige por el principio de legalidad en tanto se trata de una Obra Social Estatal, y las normas que regulan su constitución, organización y funciones, como señalará, son el DNU N° 637/2013 y la Resolución del Ministro de Defensa N° 359/2016. Por tales razones, en el caso, el alcance de la cobertura del IOSFA se rige en forma directa por el DNU N° 637/2013, la Resolución del Ministro de Defensa N° 359/2016 y por la concreta situación del afiliado que en cada caso debe ser analizada por médicos y otros facultativos del IOSFA. No obstante lo expresado brinda cobertura de conformidad a la legal exigida en el PMO y normas concordantes.

3) *¿Cuál ha sido el/los objeto/s de reclamo en amparos presentados por afiliados al IOSFA, desde el 2014 a la fecha, en torno a la cobertura integral de las TRHA? ¿Podría afirmar que los reclamos de los afiliados -judicializados- han tenido como resultado ordenar al IOSFA a cumplimentar lo solicitado por el particular?*

En la Pcia. de Entre Ríos, sólo se ha presentado un Amparo en la ciudad de Concordia, en la Justicia Ordinaria de la Provincia de Entre Ríos (lo cual no es habitual, ya que todos los amparos se presentan en la Justicia Federal por una cuestión de jurisdicción) en el mes de agosto del corriente año.

Dicho amparo se inicia solicitando de forma urgente e integral -100%- la cobertura de la prestación inseminación intrauterina con semen de banco, en virtud de que la Obra Social por la Pandemia COVID19, y como consecuencia, el eventual riesgo que podría significar para la afiliada, resolvió la suspensión temporaria de aquellas prestaciones que fueran de condición programable y no urgente, en consonancia con lo determinado por los Decretos Nacionales.

Es dable resaltar que la Cámara de Casación Sala II de Concordia, falló rechazando el amparo, atento a considerar que no era urgente y no estaban dadas las condiciones por la pandemia, refrendado por el informe del Perito Médico Forense. En general, IOSFA otorga las prestaciones establecidas por ley, y da respuestas en tiempos lógicos, sin demoras innecesarias, siempre que se presente toda la documentación respaldatoria.

4) *¿Considera que, a partir del año 2014 y a consecuencia de la adhesión a la ley nacional de TRHA, hubo inversión hospitalaria (tecnológica, de equipamiento e insumos) para llevar a cabo tratamientos de TRHA?*

Desconozco.

5) *¿Existen pedidos de cobertura de TRHA en centros que no se encuentran dentro de la jurisdicción provincial? SI ¿Cuál es la respuesta del IOSFA a esos pedidos? Siempre que se trate de establecimientos habilitados para tal fin, se autorizan en todo el territorio del país.*

V.- ENTREVISTAS BENEFICIARIOS:

ENTREVISTADO: Hugo Zapata.

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista

que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su experiencia personal, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

Le solicito haga una reseña de su/s tratamiento/s, especificando fecha de realización del/los mismos, centro médico y/o nosocomio donde se realizó/realizaron; qué tipo de tratamiento, con qué obra social o empresa de medicina prepaga contaba al momento de realizarse la/s técnica/s (si es que contaba con cobertura): Nosotros (mi esposa Andrea y yo) en el año 2012 iniciamos un tratamiento en el Hospital San Martín de baja complejidad; allí no teníamos obra social. Como desde el Hospital no nos daban respuestas, conseguimos incluirnos a una obra social, OSECAC y conocimos a la Dra. Mercedes Cabrera -aún no estaba la ley-, hicimos el tratamiento de baja complejidad que tuvimos que pagar. Ese tratamiento no dio resultado. Luego quedamos sin obra social y volvimos al Hospital San Martín, ya en el año 2014 e iniciamos tratamiento; que fue cubierto por el Estado por estar ya vigente la ley, siempre de baja complejidad. Tampoco funcionó. A los 3 meses tratamos de iniciar otro tratamiento, pero nos informaron que aún no le habían pagado el primer tratamiento; a lo que se adiciona que nosotros teníamos que tomar colectivo para llegar al Hospital y debíamos esperar horas a que nos atendieran, a veces sin comer. Tramitamos luego otra inseminación, en el mismo año, cubierta por el estado -pero por intermedio de un amparo ya que no nos daban respuestas desde Salud Pública-, dicho tratamiento no dio resultado. Nuevamente intentamos otro tratamiento en el mismo año pago por el Estado -por intermedio de amparo-, sin éxito. En el año 2015/2016 concurrimos con la Dra. Cabrera debido a tanta a tanta burocracia en el sistema; -allí ya mi esposa tenía un trabajo, pagaba monotributo y OSECAC nuevamente-, por lo que hicimos tratamiento de baja complejidad que no dio resultado; cubierto 100% por la prepaga; pero por intermedio de un amparo porque la prepaga dilataba en aprobar el tratamiento y remitir la medicación. Luego intentamos otro tratamiento más, pero la obra social nos indicaba que teníamos que concurrir a un Centro Médico de Buenos Aires, por lo que tuvimos que interponer amparo (tome nota que OSECAC nos avisa un jueves que teníamos que viajar un martes) para poder atendernos en HAVVA, dicho tratamiento tampoco funcionó.

Ya en el año 2017/2018, y atento la edad de mi esposa y la escasa reserva ovárica, la Dra. Cabrera recomendó tratamientos de alta complejidad (donación de óvulos), por lo que aceptamos y el test dio positivo, pero lamentablemente el embrión no se prendió. En el año 2019 decidimos hacer otro intento -el último- y dio positivo y pudimos tener nuestra hija; también con OSECAC.

1) ¿Contó Ud. con cobertura del 100% de su obra social o empresa de medicina prepaga para el tratamiento TRHA llevado a cabo?

En el tratamiento del año 2019 conté con el 100% de cobertura, es decir: tratamiento y medicamento. Una vez de logrado el embarazo ya no. Es decir, no cubre los medicamentos necesarios para la retención del embarazo y evitar menopausia prematura, que los tuve que comprar, muchísimo dinero (tomaba alrededor de 8 pastillas por día).

2) ¿Cómo fueron los trámites administrativos que debió llevar a cabo ante la obra social o prepaga para la cobertura del tratamiento? Puede especificar documentación requerida, solicitud de estudios médicos, tiempo de respuesta ante los pedidos de autorizaciones.

Al principio fue todo bien, pero al final (cuando te ibas a someter el tratamiento) ya se demoraban más: cambiaban los papeles del consentimiento, nos lo rechazaban porque tenían algún tachón. El último fue el más difícil de todos en cuanto a los papeles y demoraban mucho, más de 30 días, para la autorización de tratamientos y sumado a 15 a 20 días para los medicamentos. En total son como 2 o 3 meses; por eso te dejan hacer 3 tratamientos por año, pero entre tanta burocracia terminas haciendo dos por año, no llegas con los tiempos por eso.

3) ¿Contó Ud. con asesoramiento legal y/o administrativo por parte del Centro Médico y/o del nosocomio donde se llevaron a cabo las TRHA?

No, nadie. Solamente nuestra abogada particular y la Dra. Mercedes Cabrera, titular de HAVVA. Pero después ningún apoyo, ayuda ni contención. En el Hospital público un desastre, nos hacían esperar mucho tiempo, nos pateaban todo, no nos explicaban nada, nos hacían hacer fila. Nada de consideración.

4) ¿Qué grado de conocimiento acerca de la cobertura de las TRHA -como incluidos en el PMO- tenía al momento de consultar para someterse a la técnica?

Algunas cosas sabía, otras investigaba por internet y lo demás nos explicaba la Dra. Cabrera. No sabía que existía una ley, luego me enteré

5) *¿Qué nivel de satisfacción respecto de las expectativas pudo apreciar en relación con su experiencia personal considerando el carácter integral de cobertura y de tipos de tratamientos incluidos en el PMO?*

Terminamos muy satisfechos al final. Sobre todo con la Dra. Cabrera, fue un largo camino y muy difícil. Al día de hoy le pusimos de segundo nombre a nuestra hija el nombre de la doctora.

6) *Desde su perspectiva como paciente, ¿Qué objetivos considera que quedan aún por cumplir en torno al acceso integral a las TRHA?*

Para mi tendría que ser más rápido, que los consentimientos sean más claros, hay preguntas que uno no conoce y nadie te las explica. Además, lo que demora todo de la obra social, es mucho tiempo y el tiempo apremia, los años se pasan y las personas grandes ya no tenemos tanto tiempo, más de consideración.

ENTREVISTADA: *Alejandra Elcura.*

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su experiencia personal, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración.

Le solicito haga una breve reseña de su/s tratamiento/s, especificando fecha de realización del/los mismos, centro médico y/o nosocomio donde se realizó/realizaron; qué tipo de tratamiento, con qué obra social o empresa de medicina prepaga contaba al momento de realizarse la/s técnica/s (si es que contaba con cobertura): Con mi ex pareja realizamos tres tratamientos antes de tener a nuestra hija Paloma; el primer

tratamiento fue una técnica de baja complejidad, realizada por la Dra. Degani sin poseer cobertura médica; el mismo fue realizado antes de La Ley de Matrimonio Igualitario y antes de la Ley Nacional de TRHA, en el año 2010 en el CERFH (Centro de Estudios de Reproducción y Fertilidad Humana). Dando negativo este primer intento. El segundo y tercer intento fueron también técnicas de baja complejidad realizados, entre los años 2014 y 2015 con la cobertura de I.O.S.P.E.R. con amparo ganado de por medio para que la cobertura sea del 100%. La TRHA la realizó la Dra. Mercedes Cabrera en el Centro de Medicina Ginecológica y Fertilidad “Havva” de la ciudad de Paraná. Siendo el último de este proceso el positivo que propicio el embarazo.

1) ¿Contó Ud. con cobertura del 100% de su obra social o empresa de medicina prepaga para el tratamiento TRHA llevado a cabo?

En el primer intento no poseíamos cobertura médica, todos los gastos fueron costeados con ahorros. En el 2do y 3er intento sí; pero la obra social IOSPER nunca cubrió el envío de la muestra, ni tampoco el IVA de la compra de la misma. En ninguno de los dos procedimientos. Si lo trasladamos a porcentajes son bastante altos estos costos y no cualquiera puede costearlo.

2) ¿Cómo fueron los trámites administrativos que debió llevar a cabo ante la obra social o prepaga para la cobertura del tratamiento? Puede especificar documentación requerida, solicitud de estudios médicos, tiempo de respuesta ante los pedidos de autorizaciones.

Los tiempos administrativos siempre lo maneja la obra social; primero se realiza la consulta con el/la profesional, luego con el pedido de los siguientes estudios; Esperomograma, Histerosplinggografía y Perfil hormonal de la mujer. Se inicia el trámite ante la obra social, y por lo general al menos IOSPER se maneja con autorizaciones programadas, tienen límites mensuales. En nuestro caso cuando creíamos que se excedían con los tiempos, hicimos los reclamos correspondientes mediante carta documento y cuando las respuestas no fueron brindadas en tiempo y forma o se salían de la norma legal iniciamos el amparo legal para que se resuelva.

3) ¿Contó Ud. con asesoramiento legal y/o administrativo por parte del Centro Médico y/o del nosocomio donde se llevaron a cabo las TRHA?

Desde ninguno de los centros médicos que asistimos nos concedieron asesoramiento legal o administrativo, todo fue iniciado con abogado particular y de

forma administrativa por nosotras, salvo a la hora de la firma del consentimiento informado siendo la única documentación que nos otorgaron ellos.

4) ¿Qué grado de conocimiento acerca de la cobertura de las TRHA -como incluidos en el PMO- tenía al momento de consultar para someterse a la técnica?

Al momento de realizar el primer intento, sabíamos que no existía posibilidad de cobertura alguna de parte de las obras sociales, pero luego de sancionada la ley Nacional de TRHA en 2013 sabíamos que establece una cobertura a personas mayores de edad, cualquier sea su orientación sexual o estado civil, con una cobertura de un máximo de 4 tratamientos de baja complejidad por año y hasta 3 tratamientos de alta complejidad, con intervalos de 3 meses entre cada uno.

5) ¿Qué nivel de satisfacción respecto de las expectativas pudo apreciar en relación con su experiencia personal considerando el carácter integral de cobertura y de tipos de tratamientos incluidos en el PMO?

El nivel de satisfacción no fue muy positivo, no por la cobertura de la ley en sí, ya que creo que es de lo más completa e integral, sino por las trabas administrativas y burocráticas a la hora de hacer efectivo los derechos y la permanente puja con la obra social.

6) Desde su perspectiva como paciente, ¿Qué objetivos considera que quedan aún por cumplir en torno al acceso integral a las TRHA?

Considero que, dentro del acceso integral a las TRHA, todavía queda un camino por allanar, primero terminar de normalizar lo que falta y contar con los recursos necesarios para que el sector público pueda además brindar un servicio integro y de calidad. Y segundo profundizar en un proyecto de Gestión Solidaria, ya que hay muchas personas y/o parejas que siguen sin poder ejercer el derecho a tener una familia por cuestiones médicas y/o de orientación sexual; que solo se podrían regular si no se hubiese sacado del proyecto original de Reproducción Humana Asistida la parte de gestación con vientre prestado.

ENTREVISTADA: Ludmila

En el marco de la investigación necesaria para el desarrollo de la tesis presentada, se le solicita -en su carácter de actor social relevante en el tema en estudio- brinde la entrevista que a continuación se presenta, cuyo cuestionario pretende indagar acerca del efectivo acceso

integral a las TRHA por parte de los ciudadanos de nuestra provincia desde la adhesión a la ley nacional mediante ley 10.301 (año 2014) a la actualidad.

Ello así, se le solicita elabore las respuestas de conformidad a su experiencia personal, sin límite de longitud, siendo toda información sumamente válida. Se destaca que, de lo expresado, se procederá a realizar una evaluación para volcar en el desarrollo de la tesis, en el que se mencionará la fuente de información, agradeciendo desde ya su colaboración. Le solicito haga una breve reseña de su/s tratamiento/s, especificando fecha de realización del/los mismos, centro médico y/o nosocomio donde se realizó/realizaron; qué tipo de tratamiento, con qué obra social o empresa de medicina prepaga contaba al momento de realizarse la/s técnica/s (si es que contaba con cobertura):

Nuestro diagnóstico es Hipogonadismo Hipogonadotrófico (Azoospermia). Primer tratamiento en Halitus Instituto Médico. CABA. Noviembre 2015. Inseminación de Semen con donante. Lo hicimos de forma particular y en el instituto nos “sugerían” que era mucho más recomendable que el donante fuera extranjero. Lo cual era más costoso. En el estado de extrema sensibilidad que nos encontrábamos, creímos que si el doctor lo sugería... debía ser lo mejor

Segundo tratamiento en Halitus Instituto Médico. CABA. Junio 2016. Inseminación de Semen con donante. Tercer tratamiento CERFH. Paraná. Diciembre 2017. FIV (con donante de Semen). Cuarto tratamiento CERFH. Paraná. Mayo 2020. ICSI (con donante de semen)

1) ¿Contó Ud. con cobertura del 100% de su obra social o empresa de medicina prepaga para el tratamiento TRHA llevado a cabo?

No contamos con cobertura en ninguno de los casos porque si bien en el cuarto intento teníamos autorizado el tratamiento en Buenos Aires, no contábamos con viáticos ni estadías. Las primeras consultas debían ser vía Skype.

2) ¿Cómo fueron los trámites administrativos que debió llevar a cabo ante la obra social o prepaga para la cobertura del tratamiento? Puede especificar documentación requerida, solicitud de estudios médicos, tiempo de respuesta ante los pedidos de autorizaciones.

Teniendo en cuenta nuestro estado emocional, sobre todo el mío, es muy burocrático e incomprensible. Creo que se expone a la mujer a todo el “papelerío” cuando en todos lados te dicen que tenes que estar tranquila, no cargarte con trabajos ni pensamientos negativos y

demás. Creo que no se tiene en cuenta al varón que podría ser de gran ayuda para poder preparar y entregar toda la documentación, todo el trámite es personal.

Si logramos recolectar la documentación necesaria rápidamente, porque había estudios que ya teníamos con anterioridad. Y en el último caso la OS nos dio una respuesta a menos de 10 días presentada toda la documentación.

3) ¿Contó Ud. con asesoramiento legal y/o administrativo por parte del Centro Médico y/o del nosocomio donde se llevaron a cabo las TRHA?

No, en ninguno de los casos. Como aclaración queremos agregar que creemos, sobre todo en los 2 tratamientos realizados en la ciudad de Paraná en el Instituto médico del Pilar, no hay un correcto nexo entre Estado, OS y Prestadores médicos. ...creemos que cada OS actúa según códigos internos.

¿Qué grado de conocimiento acerca de la cobertura de las TRHA -como incluidos en el PMO- tenía al momento de consultar para someterse a la técnica?

No teníamos mucho conocimiento, ya que nuestro primer tratamiento fue en el año 2015 y hacíamos consulta en las OS y ellos mismos no tenían mucha información, o quizá eso nos decían

4) ¿Qué nivel de satisfacción respecto de las expectativas pudo apreciar en relación con su experiencia personal considerando el carácter integral de cobertura y de tipos de tratamientos incluidos en el PMO?

5) Desde su perspectiva como paciente, ¿Qué objetivos considera que quedan aún por cumplir en torno al acceso integral a las TRHA?

Fundamentalmente escuchar a los pacientes, que pueda ser su decisión a que medico concurrir, no mandar a los pacientes a otras ciudades con todo lo que eso conlleva. Ser más humanos. También te dicen que la mujer o la pareja tiene derecho a terapia psicológica, en ninguno de los casos nadie te lo ofrece, solo en Halitus te llenaban de volantes con información de todo lo que podías hacer, por supuesto con arancel.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Arraigada, Irma. Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia. Naciones Unidas. 2006.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6122/S0600264_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 2) Atienza, Manuel. DIEZ CONSEJOS PARA ARGUMENTAR BIEN O DECALOGO DEL BUEN ARGUMENTADOR. Universidad de Alicante. DOXA. Cuadernos de Filosofía del Derecho, 29 (2006).
- 3) Ávila Hernández, Carlos Javier. La maternidad subrogada en el Derecho comparado. Cadernos de Dereito Actual N° 6 (2017), pp. 313-344 ·ISSN 2340-860X - ·ISSNe 2386-5229. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
<http://www.cadernosdedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/101/124>.
- 4) Bladillo Agustina, De la Torre Natalia, Herrera Marisa. Las técnicas de reproducción humana asistida desde los derechos humanos como perspectiva obligada de análisis. Revista IUS. vol.11 no.39 Puebla ene./jun. 2017.
- 5) Brena, Ingrid. La fecundación asistida. ¿Historia de un debate interminable? El Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14.10.2011
- 6) Castaño de Restrepo María Patricia. Derecho Medico Sanitario. Actualidad, tendencias y retos. Ed. Universidad de Rosario. 2008.
- 7) Ciruzzi, María S. La Ley Nacional de Fertilización Asistida: algunos apuntes desde la bioética. 19-jun-2013. Cita: MJ-DOC-6326-AR | MJD6326.
- 8) Ciruzzi, María S. Las técnicas de reproducción humana asistida en el anteproyecto de reforma al Código Civil: un enfoque bioético. 15-ago-2012. Cita: MJ-DOC-5923-AR | MJD5923
- 9) Ciruzzi, María S. El derecho a la identidad y el derecho a la intimidad del donante de esperma: análisis del anteproyecto de reforma al Código Civil y Comercial. 17-abr-2013. Cita: MJ-DOC-6226-AR | MJD6226.
- 10) Corte Interamericana de Derechos Humanos, 25/02/2016, “Caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) c. Costa Rica s/ supervisión de cumplimiento de sentencia”, AR/JUR/5231/2016.
- 11) D’ Angelo Rafael Santa María. Desafíos De La Biotecnología Para El Derecho y la Alteridad, en Revista Direitos Fundamentais e Alteridade, Salvador, V. I N° 01, p. 87 a 98, julio-diez, 2017 | ISSN 2595-0614.

- 12) Debate Parlamentario Ley 26.862. Reunión N° 6 correspondiente a la 5° Sesión Ordinaria, orden del día N° 2031. Honorable Cámara de Diputados de la Nación el 5 de junio de 2013. <http://www1.hcdn.gov.ar/sesionesxml/item.asp?per=131&r=6&n=12>.
- 13) Egea Gutiérrez - Cortines, Carmen Isolina. Tesis Doctoral: “El papel de las coaliciones promotoras en la evolución de las políticas de reproducción humana asistida e investigación biomédica en España 1985/2010”. 2018. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias políticas y sociología. <https://eprints.ucm.es/49511/1/T40356.pdf>
- 14) Fagiolo, Mario. Reseña "La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia" de Pierre Rosanvallon, en Revista Venezolana de Economía Social, vol. 13, núm. 25, enero-junio, 2013, pp. 111-122. Universidad de los Andes Mérida, Venezuela.
- 15) Galinsky Paula, “En cinco años nacieron unos 25 mil niños gracias a la sanción de la ley de fertilización asistida”, en Diario Clarin. 30.09.2018.
- 16) https://www.clarin.com/sociedad/nacieron-25-mil-ninos-sancion-ley-fertilizacion-asistida_0_DrnhrhHnD.html#cxrecs_s
- 17) Gabrielli Flocco, A. Técnicas de Reproducción Asistida. Su incidencia en el derecho. Ed. Juris. 2016.
- 18) Grau Mireia. El análisis de las políticas públicas.
- 19) Herrera, Marisa. ¿Cómo es la inscripción de los niños nacido de técnicas de reproducción asistida? <http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2016/04/2016-Inscripcion-de-nacimiento-reproduccion-CC%81nasistida.pdf>.
- 20) Herrera, Marisa, Torre, Natalia de la, Scardino, M. Indagaciones Socio Jurídicas sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida al Campo Legislativo. La Experiencia Argentina. 2017.
- 21) Informe y Recomendaciones de la Comisión Warnock. Recomendaciones Contenidas En El «Informe De La Comisión De Investigación Sobre Fecundación Y Embriología Humana. <https://www.bioeticaweb.com/recomendaciones-de-la-comisiasn-warnock-londres1984/>. Londres, 1984
- 22) INFORME DE LA OMS. La infertilidad sigue alta, pese a los grandes avances médicos. La tasa mundial es la misma hace 20 años. https://www.clarin.com/sociedad/infertilidad-sigue-grandes-avances-medicos_0_S1Hif_0sv7g.html
- 23) Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 Naciones Unidas · Nueva York, 1995. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>.

- 24) Irrazábal, Gabriela. La retaguardia bioética católica ¿diferenciaciones en el campo de conservadurismo religioso en Argentina? En Conservadurismos, religión y política. Perspectivas de investigación en América Latina. Córdoba (Argentina): Ferreyra. 2013.
- 25) Mantero, Luciana. El panorama y los números en un tema en el que las estadísticas oficiales brillan por su ausencia. 6.04.2016. <http://borderperiodismo.com/2016/04/06/cerca-de-un-millon-de-mujeres-tienen-problemas-para-concebir/>
- 26) Mariano Grees. Cobertura integral de las técnicas de reproducción humana asistidas: Ley vs. Realidad. Universidad Nacional de Río Negro. 2018. http://repositorioinstitucional.lia.unrn.edu.ar:8080/jspui/bitstream/20.500.12049/1374/1/Grees_Mariano-2018.pdf
- 27) Meccia, E. La construcción del objeto o la declinación de la abdicación empirista. Materia Metodología y técnicas de la Investigación en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Facultades de Cs. Sociales. Ciencias de la Comunicación. Catedra Salvia. 2009.
- 28) Navarro, Hilda Fanny, Trabajo de Tesis de Maestría en Salud Pública y Reproductiva. UNC, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Salud Pública “Nivel de Conocimientos sobre fecundación asistida en los enfermeros que trabajan en el área de ginecología”, Córdoba, Mayo 2016. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.608/te.608.pdf>
- 29) Neciosup Santa Cruz, Víctor H. Informe de Investigación del área de servicio de investigación del Congreso de la República de Perú. Las problemáticas de política pública y estado situacional de las técnicas de reproducción humana asistida Perú. Perú, 2014
- 30) Notrica, Federico. Gestación por sustitución: un nuevo fallo a favor de esta realidad imposible de silenciar. <http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2016/05/2016-Notrica-GS-nuevocodigocivil.pdf>. FALLO: “H. M. Y OTRO/A S/MEDIDAS PRECAUTORIAS (art.232 del CPCC) (419)”. LOMAS DE ZAMORA, 30 de diciembre de 2015. Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires. Departamento Judicial de Lomas de Zamora. JUZGADO DE FAMILIA Nro. 7
- 31) Krasnov, Adriana Noemí. La Filiación y sus fuentes en el Proyecto de Reforma código Civil y Comercial 2012 en Argentina. InDret Revista para el Análisis del derecho. Barcelona. Enero 2014.
- 32) Krasnov Adriana. Filiación por técnicas de reproducción humana asistida, gestación por sustitución y consentimiento informado en Argentina. Aportes y cambios introducidos por el Código Civil y Comercial, en Revista de Bioética y Derecho versión On-line ISSN 1886-5887. Barcelona Junio2016.

- 33) León Correa, Francisco J. O. Diálogo Bioético Nas Técnicas De Reprodução Assistida. Acta bioeth. [online]. 2007, vol.13, n.2.
- 34) Lamm, Elenora. Gestación por Sustitución: ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres. Universidad de Barcelona. 2013.
- 35) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Organización Mundial de la Salud. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>.
- 36) Luc J. Wintgens RETÓRICA, RAZONABILIDAD Y ÉTICA. UN ENSAYO SOBRE PERELMAN. Pág. 195/206 DOXA-14 (1993)
- 37) Observación General núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Consejo Económico y Social Distr. General. 2 de mayo de 2016. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Naciones Unidas.
- 38) Palopoli, Andrea (2011). Discursividades sobre la fertilización asistida: entre el derecho reproductivo y la despolitización, en VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- 39) Pesce, Romina y Perman, Gastón. Ley Nacional de Fertilización Asistida: avances y desafíos. Comentario Editorial. Evid Act Pract Ambul Abr-Jun 2013(16),2:42-44.
- 40) Proyecto de Ley y Fundamentos. Ley Integral De Técnicas De Reproducción Humana Médicamente Asistida. Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2016).
- 41) Problemática Actual de la Fertilidad en la República Argentina. Calidad y buenas practicas en medicina reproductiva. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva 2015. SAMeR. http://www.samer.org.ar/pdf/problematika_ actual_fertilidad.pdf
- 42) Reguera Andrés, María Cruz. El derecho a la salud reproductiva. Configuración en el marco jurídico nacional e internacional. Ediciones Universidad Cantabria. 2016.
- 43) Ricardo L. Lorenzetti, Elena Highton De Nolasco Aida Kemelmajer De Carlucci. Proyecto De Código Civil Y Comercial De La Nación Redactado Por La Comisión De Reformas Designada Por Decreto 191/2011. <http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2015/texto-proyecto-de-codigo-civil-y-comercial-de-la-nacion.pdf>.
- 44) Ricardo Luis Lorenzetti, Elena Highton de Nolasco y Aída Kemelmajer de Carlucci. Fundamentos Del Anteproyecto De Código Civil Y Comercial De La Nación.

- <http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2015/02/5-Fundamentos-del-Proyecto.pdf>. LIBRO SEGUNDO: RELACIONES DE FAMILIA. Título V. Filiación. Pgs.
- 45) Rodríguez Iturburu., Mariana. “El anonimato del donante en las técnicas de reproducción asistida. Sistema adoptado por el Código Civil y Comercial”.
<http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2016/06/ITURBURU-nuevo-CCYC-.pdf>
- 46) Rosanvallon, Pierre; Fitoussi, Jean Paul. Fragments de La nueva era de las desigualdades. Ed. Manantial.
<http://edicionesmanantial.com/archivos/fragmentos/RosanvallonLNEDFragmeto.pdf>
- 47) Rivera Lopez, Eduardo. Donación de gametos, información y anonimidad. Un comentario al Anteproyecto de Código Civil. Revista Argentina de teoría jurídica, Volumen 13 (Agosto 2012). Universidad Torcuato Di Tella.
- 48) Ruiz Rico, Gerardo. “La Problemática Constitucional Derivada De Las Técnicas De Reproducción Humana Asistida (TRHA): El Caso De La Maternidad Subrogada”. UNED, en Revista de Derecho Político N° 99, mayo-agosto 2017, págs. 49-78.
- 49) Sautu R. y otros. Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. CLACSO, 2005.
- 50) Sautu R. Todo es Teoría. Objetivos y métodos de investigación. Lumiere.2005.
- 51) Vargas, Carlos Zalazar. Análisis de políticas públicas.
- 52) Zurriarán, Roberto Germán, La Progresiva Desprotección Jurídica De La Vida Humana Embrionaria En España: De La Ley 35/1988 A Las Leyes 14/2006 Y 14/2007. Cuadernos de Bioética [en línea] 2009, XX (Mayo-Agosto).

