



REPÚBLICA ARGENTINA

DIARIO DE SESIONES

CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN

11ª REUNIÓN – 8ª SESIÓN ORDINARIA
JUNIO 27 DE 2012

PERÍODO 130°

Presidencia de los señores diputados

Julián A. Domínguez

y Norma A. Abdala de Matarazzo

Secretarios:

licenciado **Gervasio Bozzano**,

contador público **Ricardo H. Angelucci**

e ingeniero **Ricardo A. Patterson**

Prosecretarios:

doña **Marta A. Luchetta**,

contador público **Gabriel A. Bruno**

y doctor **Carlos Urlich**



DIPUTADOS PRESENTES:

ABDALA DE MATARAZZO, Norma A.
 AGUAD, Oscar Raúl
 ALBARRACÍN, Jorge Luis
 ALBRIEU, Oscar Edmundo Nicolás
 ALFONSÍN, Ricardo
 ALONSO, Gumersindo Federico
 ALONSO, Laura
 ALONSO, María Luz
 ÁLVAREZ, Elsa María
 ÁLVAREZ, Jorge Mario
 ARENA, Celia Isabel
 ARREGUI, Andrés Roberto
 ASPIAZU, Lucio Bernardo
 ATANASOF, Alfredo Néstor
 AVOSCAN, Herman Horacio
 BALCEDO, María Esther
 BARBIERI, Mario Leandro
 BARCHETTA, Omar Segundo
 BAZZE, Miguel Ángel
 BEDANO, Nora Esther
 BENEDETTI, Atilio Francisco Salvador
 BERNAL, María Eugenia
 BERTOL, Paula María
 BERTONE, Rosana Andrea
 BIANCHI, María del Carmen
 BIDEGAIN, Gloria Mercedes
 BIELLA CALVET, Bernardo José
 BRAWER, Mara
 BRIZUELA Y DORIA DE CARA, Olga Inés
 BROMBERG, Isaac Benjamín
 BRUE, Daniel Agustín
 BULLRICH, Patricia
 BURYAILE, Ricardo
 CALCAGNO Y MAILLMAN, Eric
 CARDELLI, Jorge Justo
 CARLOTTO, Remo Gerardo
 CARRIÓ, Elisa María Avelina
 CASAÑAS, Juan Francisco
 CASTAÑÓN, Hugo
 CATALÁN MAGNI, Julio César
 CEJAS, Jorge Alberto
 CHEMES, Jorge Omar
 CHIENO, María Elena Petrona
 CIAMPINI, José Alberto
 CICILIANI, Alicia Mabel
 CIGOGNA, Luis Francisco Jorge
 CLERI, Marcos
 COMELLI, Alicia Marcela
 COMI, Carlos Marcelo
 CONTI, Diana Beatriz
 CÓRDOBA, Stella Maris
 CORTINA, Roy
 COSTA, Eduardo Raúl
 CURRILEN, Oscar Rubén
 DATO, Alfredo Carlos
 DE FERRARI RUEDA, Patricia
 DE GENNARO, Víctor Norberto
 DE MARCHI, Omar Bruno
 DE NARVÁEZ, Francisco
 DE PEDRO, Eduardo Enrique
 DE PRAT GAY, Alfonso
 DEPETRI, Edgardo Fernando
 DI TULLIO, Juliana
 DÍAZ BANCALARI, José María
 DÍAZ ROIG, Juan Carlos
 DOMÍNGUEZ, Julián Andrés
 DONDA PÉREZ, Victoria Analía
 DUCLOS, Omar Arnaldo
 ELORRIAGA, Osvaldo Enrique
 FADUL, Liliana
 FAUSTINELLI, Hipólito
 FAVARIO, Carlos Alberto

FELETTI, Roberto José
 FERNÁNDEZ, Rodolfo Alfredo
 FERRARI, Gustavo Alfredo Horacio
 FERREYRA, Araceli
 FIAD, Mario Raymundo
 FORCONI, Juan Carlos
 FORTE, Ulises Umberto José
 FRANCIONI, Fabián Marcelo
 GALLARDO, Miriam Graciela del Valle
 GAMBARO, Natalia
 GARCÍA LARRABURU, Silvina Marcela
 GARCÍA, Andrea Fabiana
 GARCÍA, María Teresa
 GARNERO, Estela Ramona
 GARRAMUÑO, Jorge Alberto
 GARRIDO, Manuel
 GDANSKY, Carlos Enrique
 GIACCONE, Claudia Alejandra
 GIACOMINO, Daniel Oscar
 GIANNETTASIO, Graciela María
 GIL LAVEDRA, Ricardo Rodolfo
 GIUBERGIA, Miguel Ángel
 GONZÁLEZ, Gladys Esther
 GONZÁLEZ, Juan Dante
 GONZÁLEZ, Nancy Susana
 GRANADOS, Dulce
 GROSSO, Leonardo
 GUCCIONE, José Daniel
 GUTIÉRREZ, Mónica Edith
 GUZMÁN, Olga Elizabeth
 HARISPE, Gastón
 HELLER, Carlos Salomón
 HERRERA, José Alberto
 IANNI, Ana María
 ITURRASPE, Nora Graciela
 JUNIO, Juan Carlos Isaac
 KOSINER, Pablo Francisco Juan
 KUNKEL, Carlos Miguel
 LANDAU, Jorge Alberto
 LARROQUE, Andrés
 LEVERBERG, Stella Maris
 LINARES, María Virginia
 LLANOS, Ermindo Edgardo Marcelo
 LOTTO, Inés Beatriz
 LOZANO, Claudio Raúl
 MAJDALANI, Silvia Cristina
 MALDONADO, Víctor Hugo
 MARTÍNEZ, Ernesto Félix
 MARTÍNEZ, Julio César
 MARTÍNEZ, Oscar Ariel
 MARTÍNEZ, Soledad
 MAZZARELLA, Susana del Valle
 MENDOZA, Mayra Soledad
 MENDOZA, Sandra Marcela
 METAZA, Mario Alfredo
 MICHETTI, Marta Gabriela
 MILMAN, Gerardo Fabián
 MIRKIN, Beatriz Graciela
 MOLAS, Pedro Omar
 MOLINA, Manuel Isauro
 MONGELÓ, José Ricardo
 MOULLERÓN, Roberto Mario
 MÜLLER, Mabel Hilda
 NAVARRO, Graciela
 OBIGLIO, Julián Martín
 OCAÑA, María Graciela
 OLIVA, Cristian Rodolfo
 OLMEDO, Alfredo Horacio
 OPORTO, Mario Néstor
 ORSOLINI, Pablo Eduardo
 ORTIZ CORREA, Marcia Sara María
 ORTIZ, Mariela
 PAIS, Juan Mario

PASTORIZA, Mirta Ameliana
 PERALTA, Fabián Francisco
 PERIÉ, Julia Argentina
 PEROTTI, Omar Ángel
 PERRONI, Ana María
 PIEMONTE, Héctor Horacio
 PIETRAGALLA CORTI, Horacio
 PILATTI VERGARA, María Inés
 PINEDO, Federico
 PORTELA, Agustín Alberto
 PRADINES, Roberto Arturo
 PUIGGRÓS, Adriana Victoria
 RAIMUNDI, Carlos
 RASINO, Élide Elena
 RÉ, Hilma Leonor
 RECALDE, Héctor Pedro
 REDCZUK, Oscar Felipe
 REGAZZOLI, María Cristina
 RIESTRA, Antonio Sabino
 RÍOS, Liliana María
 RÍOS, Roberto Fabián
 RISKÓ, Silvia Lucrecia
 RIVARA, Raúl Alberto
 RIVAS, Jorge
 ROBLEDO, Roberto Ricardo
 RODRÍGUEZ, Marcela Virginia
 ROGEL, Fabián Dulio
 ROSSI, Agustín Oscar
 RUIZ, Aída Delia
 SABBATELLA, Martín
 SACCA, Luis Fernando
 SALIM, Juan Arturo
 SANTILLÁN, Walter Marcelo
 SANTÍN, Eduardo
 SCHMIDT LIERMANN, Cornelia
 SCIUTTO, Rubén Darío
 SEGARRA, Adela Rosa
 SIMONCINI, Silvia Rosa
 SOLÁ, Felipe Carlos
 SOLANAS, Fernando Ezequiel
 SOLANAS, Julio Rodolfo
 STOLBIZER, Margarita Rosa
 STORANI, María Luisa
 TERADA, Alicia
 TINEO, Javier Héctor
 TOMAS, Héctor Daniel
 TONELLI, Pablo Gabriel
 TRIACA, Alberto Jorge
 TUNESSI, Juan Pedro
 UÑAC, José Rubén
 VALINOTTO, Jorge Anselmo
 VAQUIÉ, Enrique Andrés
 VILARIÑO, José Antonio
 VILLA, José Antonio
 VILLATA, Graciela Susana
 WAYAR, Walter Raúl
 YAGÜE, Linda Cristina
 YARADE, Rodolfo Fernando
 YAZBEK, Rubén David
 YOMA, Jorge Raúl
 ZAMARREÑO, María Eugenia
 ZIEBART, Cristina Isabel
 ZIEGLER, Alex Roberto

AUSENTES, CON LICENCIA:

BASTERRA, Luis Eugenio

AUSENTES, CON LICENCIA PENDIENTE
 DE APROBACIÓN DE LA HONORABLE
 CÁMARA:

BARRANDEGUY, Raúl Enrique
 BLANCO DE PERALTA, Blanca
 BRILLO, José Ricardo

CASELLES, Graciela María
 FIORE VIÑUALES, María Cristina del Valle
 FORTUNA, Francisco José
 HERRERA, Griselda Noemí
 JURI, Mariana
 LEDESMA, Julio Rubén
 PANSA, Sergio Horacio
 VEAUTE, Mariana Alejandra
 VIDELA, Nora Esther
 ZABALZA, Juan Carlos

AUSENTES, CON AVISO:

AGUILAR, Lino Walter
 AMADEO, Eduardo Pablo
 ARGUMEDO, Alcira Susana
 ASSEFF, Alberto Emilio

BIANCHI, Ivana María
 BROWN, Carlos Ramón
 CAMAÑO, Graciela
 CARMONA, Guillermo Ramón
 CARRANZA, Carlos Alberto
 CREMER DE BUSTI, María Cristina
 CUCCOVILLO, Ricardo Oscar
 DONKIN, Carlos Guillermo
 ELICECHE, Carlos Tomás
 ESPÍNDOLA, Gladys Susana
 FÉLIX, Omar Chafí
 FERNÁNDEZ SAGASTI, Anabel
 FERRÁ DE BARTOL, Margarita
 GERMANO, Daniel
 IBARRA, Eduardo Mauricio
 KRONEBERGER, Daniel Ricardo

MORENO, Carlos Julio
 MOYANO, Juan Facundo
 MÜLLER, Edgar Raúl
 NEBREDÁ, Carmen Rosa
 NEGRI, Mario Raúl
 PARADA, Liliana Beatriz
 PÉREZ, Alberto José
 PLAINI, Francisco Omar
 PUCHETA, Ramona
 PUERTA, Federico Ramón
 RIVAROLA, Rubén Armando
 ROBERTI, Alberto Oscar
 RUCCI, Claudia Mónica
 SOTO, Gladys Beatriz
 THOMAS, Enrique Luis

—La referencia acerca del distrito, bloque y período de mandato de cada señor diputado puede consultarse en el Diario de Sesiones correspondiente a la sesión preparatoria (11ª reunión, período 129º) de fecha 6 de diciembre de 2011.

SUMARIO

1. **Izamiento de la bandera nacional.** (Pág. 16.)
2. **Himno Nacional Argentino.** (Pág. 16.)
3. **Minuto de silencio.** En homenaje a la memoria de las víctimas del accidente vial ocurrido en la provincia del Chubut. (Pág. 16.)
4. **Asuntos entrados.** Resolución respecto de los asuntos que requieren pronunciamiento inmediato del cuerpo. (Pág. 16.)
5. **Plan de labor** de la Honorable Cámara. (Pág. 17.)
6. **Mociones de preferencia y de tratamiento sobre tablas.** (Pág. 19.)

I. **Mociones de preferencia con despacho de comisión.** Se aprueba. (Pág. 19.)

II. **Moción** del señor diputado **Biella Calvet de preferencia, con despacho de comisión**, para el proyecto de declaración del que es coautor por el que se solicita al Poder Ejecutivo nacional disponga promover la modificación de la regulación de la factura del servicio de telefonía móvil (157-D.-2012). Se aprueba. (Pág. 20.)

III. **Moción** del señor diputado **Prat-Gay de preferencia, con o sin despacho de comisión**, para el proyecto de ley del que es coautor por el que se modifica la Ley de Impuesto a las Ganancias (3.799-D.-2012). Se rechaza. (Pág. 21.)

IV. **Moción** del señor diputado **Favario de preferencia, con despacho de**

comisión, para el proyecto de ley del que es coautor por el que se modifica la Ley de Impuesto a las Ganancias (3.558-D.-2012). La preferencia ya fue aprobada. (Pág. 21.)

V. **Moción** del señor diputado **Recalde** de que se trate **sobre tablas** el proyecto de ley del que es autor por el que se modifica el artículo 72 de la Ley de Contrato de Trabajo (999-D.-2011; Orden del Día N° 235). Se difiere la votación. (Pág. 21.)

VI. **Moción** del señor diputado **Aguad de preferencia, sin despacho de comisión** para seis proyectos de ley por los que se dispone el aumento del mínimo no imponible del impuesto a las ganancias que recae sobre el sector de los asalariados (3.503, 3.472, 3.299, 2.771, 4.011 y 3.799-D.-2012). Se rechaza. (Pág. 22.)

7. **Aclaración** formulada por la señora diputada Bullrich respecto del impuesto sobre los bienes personales. (Pág. 23.)

8. **Mociones de preferencia y de tratamiento sobre tablas** (continuación). (Pág. 24.)

VII. **Moción** del señor diputado **Rossi de preferencia, con despacho de comisión**, para el proyecto de resolución del que es coautor por el que se constituye en el ámbito del Honorable Congreso la Comisión Bicameral para la Reforma, Actualización y Unificación de los Códigos Civil y Comercial de la Nación (4.362-D.-2012). Se aprueba. También se aprueba el asunto al que se refiere el número 6.V de este sumario. (Pág. 24.)

9. **Consideración** de los dictámenes de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se dispone garantizar el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales, en materia de reproducción médicamente asistida (48, 3.169 y 6.054-D.-2011; 31, 904, 1.383, 2.434, 2.568, 3.051, 3.671 y 3.837-D.-2012; Orden del Día N° 469). Se sanciona con modificaciones. (Pág. 25.)
10. **Consideración** de los proyectos de ley sin disidencias ni observaciones. (Pág. 99.)
- I. **Dictamen** de las comisiones de Industria y de Legislación General en el proyecto de ley de la señora diputada Giannettasio de Saiegh y otros por el que se declara como Capital Nacional del Vidrio al partido de Berazategui, provincia de Buenos Aires (1.890-D.-2011). Se sanciona. (Pág. 99.)
- II. **Dictamen** de las comisiones de Legislación General, de Asuntos Municipales y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley en revisión por el que se transfiere a título gratuito, a favor de la Municipalidad de La Banda, provincia de Santiago del Estero, el dominio de un inmueble, propiedad del Estado nacional, ubicado en la avenida 25 de Mayo, prolongación camino a San Ramón, para la construcción y ampliación del vivero municipal de la mencionada ciudad (108-S.-2011). Se sanciona definitivamente (ley 26.751). (Pág. 100.)
- III. **Dictamen** de las comisiones de Legislación General, de Educación y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley en revisión por el que se transfieren a título gratuito varios inmuebles propiedad del Estado nacional a la provincia de Salta, para construir el colegio secundario rural de la localidad de Los Blancos, en el departamento de Rivadavia de la mencionada provincia (25-S.-2012). Se sanciona un proyecto de ley. (Pág. 101.)
- IV. **Dictamen** de las comisiones de Relaciones Exteriores y Culto, de Previsión y Seguridad Social y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley en revisión por el que se aprueba el Convenio de Seguridad Social entre el gobierno de la República Argentina y el gobierno de la República Francesa, suscrito en Buenos Aires el 22 de septiembre de 2008 (227-S.-2009). Se sanciona definitivamente (ley 26.752). (Pág. 102.)
- V. **Dictamen** de la Comisión de Transportes en el proyecto de ley del señor diputado Kunkel y otros por el que se designa con el nombre de Juan Manuel de Rosas al tramo de la ruta nacional 3 comprendido entre el kilómetro 18,90 y 963,16 (5.094-D.-2011). Se sanciona un proyecto de ley. (Pág. 113.)
- VI. **Dictamen** de las comisiones de Cultura y de Legislación General en el proyecto de ley en revisión por el que declara al 9 de marzo de cada año como el Día del Niño Heroico Pedro Ríos, Tambor de Tacuarí (74-S.-2011). Se sanciona definitivamente (ley 26.753). (Pág. 113.)
- VII. **Dictamen** de las comisiones de Cultura y de Legislación General en el proyecto de ley en revisión por el que se instituye como Día del Lector al 24 de agosto de cada año, en homenaje al natalicio de Jorge Luis Borges (117-S.-2011). Se sanciona definitivamente (ley 26.754). (Pág. 114.)
- VIII. **Dictamen** de la Comisión de Legislación del Trabajo en el proyecto de ley del señor diputado Pais y otros por el que se modifica el artículo 235 del Régimen de Contrato de Trabajo aprobado por la ley 20.744 (t. o. 1976) y sus modificatorias, sobre notificación y prueba del preaviso (833-D.-2012). Se sanciona un proyecto de ley. (Pág. 115.)
- IX. **Dictamen** de la Comisión de Acción Social y Salud Pública en el proyecto de ley del señor diputado Guccione y otros por el que se modifica el inciso 7 del artículo 19 de la ley 17.132, de ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares, en lo atinente a la impresión en las recetas de los datos del profesional (1.841-D.-2012). Se sanciona un proyecto de ley. (Pág. 116.)
- X. **Dictamen** de las comisiones de Comunicaciones e Informática y de Legislación General en el proyecto de ley de los señores diputados Plaini y otros por el que se establece como Día del Oyente de Radio al 7 de marzo de

X. **Proyectos de ley.** (Pág. 458.)

XI. **Proyectos de resolución.** (Pág. 468.)

XII. **Proyectos de declaración.** (Pág. 488.)

XIII. **Licencias.** (Pág. 499.)

C. **Inserciones solicitadas por los señores diputados:**

1. **Aguad.** (Pág. 499.)

2. **Biella Calvet.** (Pág. 504.)

3. **Díaz Bancalari.** (Pág. 505.)

4. **Gallardo.** (Pág. 506.)

5. **Gil Lavedra.** (Pág. 507.)

6. **Granados.** (Pág. 508.)

7. **Mendoza (M. S.).** (Pág. 509.)

8. **Mongeló.** (Pág. 509.)

9. **Obiglio.** (Pág. 509.)

10. **Pietragalla Corti.** (Pág. 510.)

11. **Rodríguez.** (Pág. 511.)

12. **Vilariño.** (Pág. 519.)

D. **Asistencia de los señores diputados a las reuniones de comisiones** (diciembre de 2011, marzo, abril y mayo de 2012). (Pág. 520.)

—En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los veintisiete días del mes de junio de 2012, a la hora 12 y 30:

1

IZAMIENTO DE LA BANDERA NACIONAL

Sr. Presidente (Domínguez). — Con la presencia de 129 señores diputados queda abierta la sesión.

Invito a la señora diputada por el distrito electoral de Buenos Aires, doña Dulce Granados, y al señor diputado por el distrito electoral de Santa Fe, don Juan Carlos Forconi, a izar la bandera nacional en el mástil del recinto, permaneciendo ésta a media asta en razón del duelo nacional dispuesto por el Poder Ejecutivo nacional mediante decreto 970/12.

—Puestos de pie los señores diputados y el público asistente a las galerías, la señora diputada doña Dulce Granados y el señor diputado don Juan Carlos Forconi proceden a izar a media asta la bandera nacional en el mástil del recinto. (*Aplausos.*)

2

HIMNO NACIONAL ARGENTINO

Sr. Presidente (Domínguez). — Invito a los señores legisladores y al público presente a entonar las estrofas del Himno Nacional Argentino, agradeciendo la presencia del grupo coral Alfa, de Ezeiza, dirigido por el señor Julio Altamirano.

—Puestos de pie los señores diputados y el público asistente en las galerías, entonan las estrofas del Himno Nacional Argentino. (*Aplausos.*)

3

MINUTO DE SILENCIO

Sr. Presidente (Domínguez). — La Presidencia invita a los señores diputados y al público asistente a las galerías a ponerse de pie a fin de guardar un minuto de silencio con motivo del accidente ocurrido en el día de ayer en Chubut, en el cual fallecieron ciudadanos argentinos y a raíz del cual se decretó día de duelo nacional.

—Puestos de pie los señores diputados y el público asistente a las galerías, guardan un minuto de silencio en homenaje a la memoria de las víctimas del accidente vial ocurrido en el día de ayer en la provincia del Chubut.

4

ASUNTOS ENTRADOS

Sr. Presidente (Domínguez). — Corresponde dar cuenta de los asuntos incluidos en los boletines de Asuntos Entrados números 13 a 16 que obran en poder de los señores diputados.¹

Corresponde que la Honorable Cámara pase a resolver respecto de los asuntos que requieren pronunciamiento inmediato del cuerpo. Atento a que los puntos sobre tablas son en su mayoría renunciados a comisiones, si la Cámara está de acuerdo se realizará una sola votación para aprobar los mismos.

—Asentimiento.

1. Véase la enunciación de los asuntos entrados en el Apéndice. (Pág. 438.)

Sr. Presidente (Domínguez). – Se van a votar los asuntos en cuestión.

Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se procederá en consecuencia.

Se va a votar si se conceden las licencias solicitadas por los señores diputados.

Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se procederá en consecuencia.

5

PLAN DE LABOR

Sr. Presidente (Domínguez). – Corresponde pasar al término reglamentario destinado a la consideración del plan de labor propuesto por la Comisión de Labor Parlamentaria.

Por Secretaría se dará lectura.

Sr. Secretario (Bozzano). – Dice así:

Tratamiento sobre tablas.

Proyecto de ley con disidencias y observaciones:

Expediente 48-D.-2011: reproducción médicamente asistida. Garantizar el acceso integral a los tratamientos médico asistenciales (Orden del Día N° 469). Dictamen de mayoría y cuatro dictámenes de minoría.

Proyectos de ley sin disidencias ni observaciones:

Expediente 1.890-D.-2011: declarar Capital Nacional del Vidrio al partido de Berazategui, provincia de Buenos Aires (Orden del Día N° 462).

Expediente 108-S.-2011: inmueble propiedad del Estado nacional, ubicado en la ciudad de La Banda, provincia de Santiago del Estero. Transferencia a título gratuito a favor de la municipalidad de dicha ciudad (Orden del Día N° 492).

Expediente 25-S.-2012: inmuebles propiedad del Estado nacional, ubicados en la localidad de Los Blancos, departamento de Rivadavia, provincia de Salta. Transferencia a título gratuito a dicha provincia (Orden del Día N° 493).

Proyectos de ley que tienen acordada preferencia para su tratamiento, con despacho de comisión:

Expediente 227-S.-2009: Convenio de Seguridad Social entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República Francesa, suscripto en Buenos Aires el 22 de septiembre de 2008 (Orden del Día N° 423).

Expediente 5.094-D.-2011: tramo de la ruta nacional 3 desde el kilómetro 18,90 hasta el kilómetro 963,16. Designación con el nombre de Juan Manuel de Rosas (Orden del Día N° 392).

Proyectos de ley sin disidencias ni observaciones:

Expediente 74-S.-2011: Día del Niño Heroico Pedro Ríos, Tambor de Tacuarí. Declaración como tal al 9 de marzo de cada año (Orden del Día N° 284).

Expediente 117-S.-2011: Día del Lector. Institución como tal el 24 de agosto de cada año (Orden del Día N° 285).

Expediente 833-D.-2012: Régimen de Contrato de Trabajo. Modificación de su artículo 235 sobre notificación y prueba del preaviso (Orden del Día N° 322).

Expediente 1.841-D.-2012: ley 17.132, de ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares. Modificación sobre impresión en las recetas de los datos del profesional (Orden del Día N° 361).

Expediente 4.097-D.-2011: Día del Oyente de Radio, al día 7 de marzo de cada año. Establecimiento (Orden del Día N° 410) (artículo 108 del reglamento).

Expediente 96-S.-2011: Acuerdo de Sede entre la República Argentina y el Mercado Común del Sur –Mercosur– para el Funcionamiento del Instituto de Políticas Públicas de Derechos Humanos, suscripto en Montevideo, República Oriental del Uruguay, el 8 de diciembre de 2009. Aprobación (Orden del Día N° 422).

Expediente 1.500-D.-2012: estación de Avellaneda del Ferrocarril Línea General Roca. Designación de la misma con el nombre de “Darío Santillán y Maximiliano Kosteki” (Orden del Día N° 424).

Expediente 11-S.-2011: monumento en homenaje al general don José Francisco de San Martín, a emplazarse en la localidad de Yapeyú, provincia de Corrientes. Construcción (Orden del Día N° 436).

Expediente 51-D.-2011: predio donde se ubican el sepulcro y las ruinas de los Ranchos de la Pasto Verde, situados al ingreso de la ciudad de Plaza Huincul, en la provincia del Neuquén. Declaración del mismo como monumento histórico nacional (Orden del Día N° 437).

Expediente 941-D.-2012: Graneros Prehispánicos de La Poma, ubicados en el departamento de La Poma, provincia de Salta. Declaración de los mismos como monumento histórico nacional (Orden del Día N° 438).

Expediente 5.263-D.-2011: Capital Nacional del Buceo y las Actividades Subacuáticas. Declaración como tal a la ciudad de Puerto Madryn, provincia del Chubut (Orden del Día N° 439).

Expediente 1.199-D.-2011: Día del Psicólogo Social, al 25 de junio de cada año. Institución (Orden del Día N° 441).

Expediente 2.478-D.-2012: Capital Nacional del Turismo Aventura a la localidad de San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro. Declaración (Orden del Día N° 461).

Proyecto de ley con observaciones:

Expediente 5.140-D.-2011: ley 20.744, Régimen de Contrato de Trabajo. Modificación sobre el contenido del recibo de pago (Orden del Día N° 190).

Proyectos de ley con disidencias:

Expediente 828-D.-2012: ley 20.744, Régimen de Contrato de Trabajo. Modificación sobre deducción de las indemnizaciones percibidas (Orden del Día N° 250).

Expediente 1.123-D.-2012: ley 20.744, Régimen de Contrato de Trabajo. Modificación sobre prohibición y libertad de expresión (Orden del Día N° 252).

Expediente 1.124-D.-2012: ley 20.744 (t. o. 1976) y sus modificatorias. Régimen de contrato de trabajo. Modificación sobre suspensiones disciplinarias anteriores (Orden del Día N° 381).

Expediente 885-D.-2012: ley 26.492 de Regulación de la Cadena de Frío de los Medicamentos. Modificación sobre testigo de temperatura y sanciones (Orden del Día N° 411).

Tratamiento sobre tablas:

Proyectos de resolución o declaración:

Expediente 2.742-D.-2012. Proyecto de resolución. Declarar de interés de la Honorable Cámara la XX Fiesta del Títere en Azul, edición 2012, a realizarse del 5 al 13 de mayo de 2012 en Azul, provincia de Buenos Aires.

Expediente 4.030-D.-2012. Proyecto de resolución. Expresar adhesión a los actos de celebración del Centenario de la Fundación de las localidades de Chillar y 16 de Julio, partido de Azul, Provincia de Buenos Aires.

Expediente 3.392-D.-2012. Proyecto de resolución. Expresar beneplácito por las bodas de oro de la primera promoción egresada del Instituto Nacional de Educación Física de la ciudad de Santa Fe, a realizarse el 9 de junio de 2012, en la ciudad capital de la provincia de Santa Fe.

Expediente 4.170-D.-2012. Proyecto de resolución. Declarar de interés de la Honorable Cámara la prueba de automovilismo denominada el “Gran premio de la hermandad”, cuya 39ª edición se realizará del 17 al 19 de agosto de 2012 en la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico sur.

Expedientes 4.248-D.-2012 y 4.365-D.-2012. Proyecto de resolución. Declarar de interés de la Honorable Cámara la conmemoración oficial del 197º aniversario de la primera Declaración de la Independencia del Río de la Plata por el Congreso de los Pueblos Libres, reunido el día 29 de junio de 1815, y el evento “Programa Bicentenario Independencia de los Pueblos Libres”, a realizarse el día 29 de junio de 2012 en Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos.

Expediente 4.364-D.-2012. Proyecto de resolución. Expresar repudio por el atentado perpetrado contra la Asociación de Personal Legislativo (APL) el día 26 de junio del corriente.

Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas:

Proyectos de resolución sin disidencias ni observaciones.

Son cincuenta y nueve órdenes del día de resolución: 1.991 a 2.010; 2.012 a 2.021; 2.024; 2.032 a 2.035; 2.037 a 2.048; 2.050 y 2.082; 2.167 a 2.169; 2.171, 2.173 y 2.174; 2.176; 2.180, 2.181 y 2.184.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar el plan de labor propuesto por la Comisión de Labor Parlamentaria.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – Queda aprobado el plan de labor.

6

MOCIONES DE PREFERENCIA Y DE TRATAMIENTO SOBRE TABLAS

I

Mociones de preferencia con despacho de comisión

Sr. Presidente (Domínguez). – Corresponde pasar al término previsto por el artículo 168 del reglamento, destinado a mociones de preferencia y de sobre tablas.

Por Secretaría se dará lectura de los pedidos de preferencia formulados por los señores diputados.

Sr. Secretario (Bozzano). – Solicitudes de preferencia con despacho para la próxima sesión.

Bloque Frente para la Victoria:

Expediente 1.943-D.-2012. Proyecto de ley. Depósitos judiciales de los tribunales nacionales y federales. Efectúense en el Banco de la Nación Argentina. Modificación de las leyes 20.785 y 21.799. Derogación de la ley 16.869.

Expediente 819-D.-2011. Proyecto de ley. Otorgar una pensión a los integrantes de la primera expedición terrestre a la Antártida Argentina, que alcanzó el Polo Sur en diciembre de 1965. Ley 26.008. Modificación del artículo 1º sobre alcance del beneficio a los integrantes de la primera dotación anual –1969/1970– de la Base Marambio en la Antártida Argentina. Derogación de la ley 26.460.

Expediente 286-D.-2012. Proyecto de ley. Feriado nacional. Establécese como tal por una única vez al 24 de septiembre de 2012 en la conmemoración del Bicentenario de la batalla de Tucumán.

Bloque UCR:

Expediente 301-D.-2012. Proyecto de ley. Sangre –ley 22.990–. Modificaciones sobre datos de la salud de los donantes.

Expediente 3.632-D.-2011. Proyecto de ley. Educación nacional –ley 26.206–. Modificaciones sobre prevención y erradicación de los casos de hostigamiento e intimidación física o psicológica –*bullying*–.

Expediente 1.141-D.-2011. Proyecto de ley. Empleo –ley 24.013–, modificaciones sobre protección a los trabajadores desempleados. Sistema integral de prestaciones por desempleo.

Expediente 2.771-D.-2012. Proyecto de ley. Impuesto a las Ganancias –ley 20.628– texto ordenado decreto 649/97. Modificación del artículo 23, sobre deducción de ganancias netas. Modificación de la ley 26.731.

Expediente 2.970-D.-2012. Proyecto de ley. Seguro básico agropecuario y forestal (BAF). Creación.

Expediente 2.738-D.-2012. Proyecto de ley. Regimiento de Infantería de Monte N° 29 “Coronel Ignacio Warnes”, provincia de Formosa. Se otorga por única vez un beneficio extraordinario a quienes fallecieron en el ataque ocurrido el día 5 de octubre de 1975.

Expediente 2.772-D.-2012. Proyecto de ley. Tarifa social compensatoria para usuarios residenciales de servicios públicos de gas, electricidad, agua potable y cloacas. Creación.

Expediente 1.198-D.-2012. Proyecto de ley. Telecomunicaciones. Ley 19.798. Modificación del artículo 39, sobre uso diferencial del suelo, subsuelo y espacio aéreo público nacional, provincial o municipal.

Expediente 58-D.-2011. Proyecto de ley. Cupo juvenil. Sustitución del artículo 60 de la ley 19.945 –Código Electoral Nacional–, sobre registro de candidatos y pedido de oficialización de listas.

Expediente 5.138-D.-2011. Proyecto de ley. Código Electoral Nacional (ley 19.945, decreto 2.135/83 y modificatorios). Modificación del artículo 139, sobre incentivo para cambiar el voto.

Expediente 5.369-D.-2011. Proyecto de ley. Fondo Compensador para el Transporte de Cargas del NOA. Creación.

Bloque POR:

Expediente 6.450-D.-2011. Proyecto de ley. Impuesto sobre los Bienes Personales –ley

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar, en primer término, la moción formulada por el señor diputado Recalde.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – Queda aprobada la moción e incluida la consideración del asunto en el orden del día de la presente sesión.

Se va a votar, en segundo lugar, la moción de preferencia, con despacho de comisión, formulada por el señor diputado Rossi.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – Queda acordada la preferencia solicitada.

Habiendo concluido con el término reglamentario del artículo 168, se va a pasar al orden del día.

9

REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA (Orden del Día N° 469)

I

Dictamen de mayoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de la señora diputada Comelli, el proyecto de ley del señor diputado Barrios y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Ibarra, el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani, el proyecto de ley de la señora diputada González (N.), el proyecto de ley de la señora diputada Storani y otros, el proyecto de ley del señor diputado Fiad, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (M. C.) y otros, el proyecto de ley del señor diputado Olmedo y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (I.), todos sobre técnicas de reproducción humana asistida. Régimen y el proyecto de ley de la señora diputada Rodríguez (M.), por el que se establece el Régimen sobre Fertilización Humana Asistida; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – *Objeto.* La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los tratamientos

médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Art. 2° – *Definición.* A los efectos de la presente ley, se entiende por reproducción médicamente asistida a los tratamientos o procedimientos realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja a alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones. La autoridad de aplicación deberá establecer cuáles técnicas y procedimientos serán habilitados a tal fin, e incluir progresivamente nuevas técnicas desarrolladas por los avances técnico-científicos.

Art. 3° – *Autoridad de aplicación.* Será la autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 4° – *Registro.* Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, un registro único en el que deben estar inscritos todos aquellos establecimientos sanitarios habilitados que realizan tratamientos de reproducción médicamente asistida. Quedan incluidos los establecimientos médicos donde funcionen bancos receptores de gametos y/o embriones.

Art. 5° – *Requisitos.* Los tratamientos de reproducción médicamente asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos sanitarios habilitados que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 6° – *Funciones.* El Ministerio de Salud de la Nación, sin perjuicio de sus funciones como autoridad de aplicación y para llevar a cabo el objeto de la presente, deberá:

- a) Arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas por la presente, publicando la lista de centros de referencia públicos y privados habilitados distribuidos en todo el territorio nacional, con miras a facilitar el acceso a las mismas de la población;
- b) Efectuar campañas de información a fin de promover los cuidados de la fertilidad en mujeres y en varones.

Art. 7° – *Beneficiarios.* Tiene derecho a acceder a los tratamientos de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, haya explicitado su consentimiento informado. El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer.

Aquellas personas, incluso menores de 18 años, que por problemas de salud o por tratamientos de quimioterapia, radioterapia o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometida su capacidad de procrear en el futuro, podrán acceder a servicios de guarda de sus gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecno-

logía disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación.

Art. 8º – *Cobertura*. 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria de los procedimientos 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 esposo/pareja o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

Art. 9º – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar, para el ámbito de sus exclusivas competencias, normas de similar naturaleza.

Art. 10. – La presente ley será reglamentada dentro de los noventa (90) días de su publicación.

Art. 11. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 13 de junio de 2012.

María E. Chieno. – Silvia L. Risko. – Luis F. J. Cigogna. – Roberto J. Feletti. – Celia I. Arena. – Alicia M. Comelli. – Eric Calcagno y Maillman. – José D. Guccione. – Beatriz G. Mirkin. – Cristina I. Ziebart. – Roy Cortina. – María L. Alonso. – Nora G. Iturraspe. – Mariana A. Veaute. – Nancy S. González. – Walter R. Wayar. – José R. Uñac. – Jorge L. Albarracín. – Jorge M. Álvarez. – Andrés R. Arregui. – Nora E. Bedano. – Atilio F. Benedetti. – Rosana A. Bertone. – María C. Bianchi. – Bernardo J. Biella Calvet. – Ricardo Buryaile. – Jorge A. Cejas. – Marcos Cleri. – Diana B. Conti. – Stella M. Córdoba. – Alfredo C. Dato. – Eduardo E. De Pedro. – Juliana di Tullio. – José M. Díaz Bancalari. – Omar C. Félix. – Anabel Fernández Sagasti. – Francisco Fortuna. – Miriam G. Gallardo. – Andrea F. García. – María T. García. – Jorge A.

Garramuño. – Graciela M. Giannettasio. – Gastón Harispe. – Carlos M. Kunkel. – María V. Linares. – Julio C. Martínez. – Mario A. Metaza. – Gerardo F. Milman. – Carlos J. Moreno. – Carmen R. Nebreda. – Juan M. Pais. – Mirta A. Pastoriza. – Alberto J. Pérez. – Ana M. Perroni. – Horacio Pietragalla Corti. – María C. Regazzoli. – Liliana M. Ríos. – Aída D. Ruiz. – Eduardo Santín. – Adela R. Segarra. – Gladys B. Soto. – María L. Storani. – Javier H. Tineo. – Juan P. Tunessi. – Enrique A. Vaquié. – Linda C. Yagüe. – Rodolfo F. Yarade. – Alex R. Ziegler.

Disidencia parcial:

Alfonso de Prat Gay. – Victoria A. Donda Pérez. – Gustavo A. H. Ferrari. – Mario R. Fiad. – Héctor H. Piemonte. – Marcela V. Rodríguez. – Fabián Rogel.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de la señora diputada Comelli, el proyecto de ley del señor diputado Barrios y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Ibarra, el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani, el proyecto de ley de la señora diputada González (N.), el proyecto de ley de la señora diputada Storani y otros, el proyecto de ley del señor diputado Fiad, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (M. C.), y otros, el proyecto de ley del señor diputado Olmedo y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (I.), todos sobre técnicas de reproducción humana asistida. Régimen y el proyecto de ley de la diputada Rodríguez (M.), por el que se establece el Régimen sobre Fertilización Humana Asistida. Luego de su análisis resuelven despacharlos favorablemente, con las modificaciones propuestas en el dictamen que antecede.

María E. Chieno.

II

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de la señora diputada Comelli, el proyecto de ley del señor diputado Barrios y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Ibarra, el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani, el proyecto de ley de la señora diputada González (N.), el proyecto

de ley de la señora diputada Storani y otros, el proyecto de ley del señor diputado Fiad, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (M. C.) y otros, el proyecto de ley del señor diputado Olmedo y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (I.), todos sobre técnicas de reproducción humana asistida. Régimen, y el proyecto de ley de la diputada Rodríguez (M.), por el que se establece el Régimen sobre Fertilización Humana Asistida; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – La presente ley tiene por objeto regular el uso de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 2° – A los efectos de la presente ley se entiende:

- a) Técnicas de reproducción humana asistida: las realizadas con asistencia médica;
- b) Fecundación: la inclusión del material genético masculino en el ovocito para la procreación de un hijo biológico.

Art. 3° – Las técnicas de reproducción humana asistida son de aplicación a toda persona capaz, que luego de ser previa y debidamente informada sobre ellas las acepte mediante consentimiento informado, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. El tratamiento puede ser interrumpido antes de producirse la implantación.

Art. 4° – A los efectos de prestar el consentimiento informado exigido por la presente ley, el equipo interdisciplinario interviniente tiene la obligación de informar a las personas destinatarias sobre las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

CAPÍTULO II

De la donación de gametos y embriones

Art. 5° – El donante debe ser mayor de edad, capaz, y cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio médico que establezca la autoridad de aplicación.

Art. 6° – La donación de gametos y embriones se debe realizar formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado del donante a través de un contrato con el centro médico-asistencial receptor dedicado a la técnica de reproducción humana asistida y el mismo reviste carácter de anónimo en cuanto a la identidad del dador.

Art. 7° – Toda donación de gametos y embriones debe realizarse a título gratuito. Queda prohibido a los centros médico-asistenciales la promoción de incentivos económicos, lucrativos o comerciales para la donación, así como la realización de compensaciones de cualquier tipo o naturaleza.

Art. 8° – La donación es revocable a sólo requerimiento del donante, siempre que a la fecha de la revocación la muestra de gametos y embriones congelados esté disponible.

Art. 9° – La autoridad de aplicación debe establecer protocolos específicos que prevean procedimientos seguros para la recolección y manipulación de gametos y embriones en los actos de donación y de transferencia.

CAPÍTULO III

De la identidad y filiación

Art. 10. – La persona nacida de gametos donados por terceros debe ser reconocida como hijo de los beneficiarios de la técnica.

El donante de gametos no puede en ningún caso reclamar derechos vinculados a la filiación sobre la persona nacida de los gametos por él donados. Las personas nacidas de gametos donados no pueden reclamar derechos vinculados a la filiación.

Art. 11. – La persona nacida de gametos donados por terceros, una vez llegada a la mayoría de edad, puede conocer la identidad del donante que aportó sus respectivos gametos.

La transferencia confiere a la persona nacida una única filiación, desconociendo toda pertenencia, parentesco y efectos jurídicos con su familia de raíces genéticas, con la sola excepción de los impedimentos matrimoniales establecidos para la adopción plena.

CAPÍTULO IV

De la técnica

Art. 12. – El número de ovocitos a inseminar o de embriones a transferir queda reservado al criterio del médico tratante perteneciente al equipo transdisciplinario, según el caso.

Art. 13. – A partir de la sanción de la presente ley, queda prohibido:

- a) El uso de los embriones para experimentación;
- b) La comercialización de embriones;
- c) La comercialización de gametos.

CAPÍTULO V

Conservación de gametos y embriones

Art. 14. – La conservación es la reserva de embriones y gametos mediante las técnicas medio estándar

que cuenten con evidencia científica comprobada, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Art. 15. – La conservación de embriones viables humanos puede realizarse de acuerdo a indicación y criterio médico en todos los casos en que exista complicación médica o quirúrgica, o a fin de evitar embarazo múltiple.

Art. 16. – Los derechos sobre los embriones crio-preservedos corresponden a las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 17. – Los gametos y embriones se pueden conservar únicamente en los centros donde se realizan las técnicas de reproducción humana asistida y por un máximo de diez (10) años. Cuando los gametos y embriones no sean reclamados después de un período de diez (10) años, deben ser descartados.

La conservación se realiza de acuerdo al avance que la ciencia y la tecnología permitan.

Art. 18. – Durante el período de conservación, los embriones y gametos pueden ser donados por decisión de las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

CAPÍTULO VI

Autoridad de aplicación

Art. 19. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud.

Art. 20. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, un registro único en el que deben estar inscriptos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 21. – Las técnicas de reproducción humana asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 22. – Todas las instituciones habilitadas deben informar a la autoridad de aplicación sobre:

1. Cantidad de procedimientos realizados, especificación de tipos.
2. Tasa de fertilización.
3. Tasa de embarazos.
4. Tasa de embarazos múltiples.
5. Tasa de parto pretérmino.
6. Tasa de aborto espontáneo.
7. Embarazo ectópico y otras complicaciones.
8. Cantidad de embriones conservados.
9. Cantidad de embriones transferidos por ciclo y por pareja.
10. Cantidad de embriones transferidos en total.
11. Cantidad y tipo de gametos conservados.
12. Cantidad y tipo de gametos donados.
13. Tiempo de conservación de gametos.
14. Tiempo de conservación de embriones.

15. Toda otra información que la autoridad de aplicación considere necesaria y oportuna.

CAPÍTULO VII

Cobertura

Art. 23. – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida en casos de esterilidad e infertilidad diagnosticadas, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente descartadas por inadecuadas o ineficaces.

Quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos conforme lo establezca la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO VIII

Sanciones

Art. 24. – El Ministerio de Salud es la autoridad competente para aplicar las sanciones administrativas previstas para los casos de incumplimiento total o parcial de las obligaciones establecidas en la presente ley.

Art. 25.- Las sanciones que debe aplicar la autoridad de aplicación se deben graduar teniendo en cuenta:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o de los embriones generados;
- b) El perjuicio social o el que hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización humana asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reiteración.

Art. 26. – Las infracciones a la presente ley serán sancionadas con:

- a) Apercibimiento;
- b) Publicación de la resolución que dispone la sanción en un medio de difusión masivo, conforme lo determine la reglamentación;

- c) Multa que debe ser actualizada por el Poder Ejecutivo nacional en forma anual conforme al índice de precios oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC–, desde pesos mil (\$ 1.000) a pesos un millón (\$ 1.000.000), susceptible de ser aumentada hasta el décuplo en caso de reiteración;
- d) Suspensión del establecimiento por el término de hasta un (1) año;
- e) Clausura del establecimiento de uno (1) a cinco (5) años.

Art. 27. – Son infracciones de la presente ley las siguientes conductas:

- a) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida a una persona sin cumplir con los requisitos previstos en el artículo 3º de la presente ley;
- b) Omitir la información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consentimiento informado a los donantes o destinatarios;
- c) Utilizar las técnicas de reproducción humana asistida antes de producirse la fecundación, pese a la revocación de uno o ambos destinatarios;
- d) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no autorizadas por la autoridad de aplicación;
- e) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos sin cumplir con las exigencias del protocolo obligatorio;
- f) Retribuir económicamente la donación de gametos o promoverla por cualquier incentivo económico, lucrativo o comercial;
- g) Incumplir el deber sobre la confidencialidad de los datos de carácter personal de los donantes;
- h) Practicar sobre los embriones las acciones prohibidas con los alcances establecidos en el artículo 16 de la presente ley, como el uso para experimentación y comercialización de gametos y embriones;
- i) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación, conforme lo determine la reglamentación;
- j) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscriptos en el registro establecido en el artículo 21 de la presente ley;
- k) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;
- l) Incumplir con la cobertura prevista en el artículo 23 de la presente ley.

Art. 28. – La autoridad de aplicación de la presente ley debe establecer el procedimiento administrativo a aplicar en su jurisdicción para la investigación de presuntas infracciones, asegurando el derecho de defensa del presunto infractor y demás garantías constitucionales. Queda facultada a promover la coordinación de esta función con las jurisdicciones que hayan adherido. Asimismo, puede delegar en las jurisdicciones que hayan adherido la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique. Agotada la vía administrativa, procederá el recurso en sede judicial directamente ante la Cámara Federal de Apelaciones competente con jurisdicción en el lugar del hecho. Los recursos que se interpongan contra la aplicación de las sanciones previstas tendrán efecto devolutivo. Por razones fundadas, tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en resguardo de terceros, el recurso podrá concederse con efecto suspensivo.

Art. 29. – Las multas previstas se deben destinar a solventar el funcionamiento del registro establecido en el artículo 21 de la presente ley, al cumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley y a realizar campañas anuales sobre la difusión del contenido de la presente ley.

CAPÍTULO IX

Disposiciones finales

Art. 30. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de su promulgación.

Art. 31. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley en las partes pertinentes.

Art. 32. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 13 de junio de 2012.

Eduardo P. Amadeo. – Silvia C. Majdalani.

INFORME

Honorable Cámara:

Durante todo el 2010 y especialmente durante el 2011 se ha trabajado con gran fuerza y energía en nuestra Cámara para lograr la media sanción de una Ley de Fertilización Asistida Nacional.

Como ustedes saben, durante la última sesión ordinaria del pasado 30 de noviembre de 2011 se votó el dictamen de mayoría en general, pero no el articulado en particular, por lo que he decidido presentar este nuevo proyecto de ley con dicho dictamen de mayoría, ya que su contenido es el resultado del consenso apoyado por la mayoría de los partidos políticos.

Durante 2010 y 2011 las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Ado-

lescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado y aprobado el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani: Incorporar al Programa Médico Obligatorio –PMO– la infertilidad como enfermedad; el del señor diputado Vargas Aignasse: Fertilización asistida. Inclusión de su tratamiento dentro del Programa Médico Obligatorio –PMO–; el del señor diputado Bonasso y otros diputados: Reproducción humana asistida. Régimen de accesibilidad y regulación de las técnicas; el de la señora diputada Bianchi: Fertilización humana asistida; el de la señora diputada González (N. S.) y otros: Prevención y tratamiento de la infertilidad. Régimen; el de la señora diputada Giudici y otros: Reproducción humana asistida y de crioconservación. Régimen; el de la señora diputada Majdalani: Técnicas de reproducción humana asistida. Régimen; el de la señora diputada Leguizamón: Infertilidad. Reconocimiento como enfermedad, y el de la señora diputada Comelli: Creación del Programa Nacional de Salud Social y Procreación Responsable (190-D.-2009, reproducido), incluidos en los siguientes expedientes: 492-D.-10, 2.106-D.-10, 2.459-D.-10, 2.663-D.-10, 3.953-D.-10, 4.423-D.-10, 5.056-D.-10, 5.854-D.-10, 5.916-D.-10 y 48-D.-11.

Solamente considero modificar el artículo 3º del dictamen de mayoría original, cambiando la palabra “fecundación” por “implantación”, o sea que el concepto sea más amplio y de esta manera pueda interrumpirse el procedimiento en cualquier momento, si así lo desea el beneficiario:

Artículo 3º: Las técnicas de reproducción humana asistida son de aplicación a toda persona capaz, que luego de ser previa y debidamente informada sobre ellas las acepte mediante consentimiento informado, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529, derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. El tratamiento puede ser interrumpido antes de producirse la implantación.

Por lo expuesto, y de acuerdo con las atribuciones conferidas por el artículo 75 de la Constitución Nacional, solicito la aprobación del presente proyecto.

Silvia C. Majdalani.

III

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de la señora diputada Comelli, el proyecto de ley del señor diputado Barrios y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Ibarra,

el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani, el proyecto de ley de la señora diputada González (N.), el proyecto de ley de la señora diputada Storani y otros, el proyecto de ley del señor diputado Fiad, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (M. C.) y otros, el proyecto de ley del señor diputado Olmedo y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (I.), todos sobre técnicas de reproducción humana asistida. Régimen, y el proyecto de ley de la diputada Rodríguez (M.), por el que se establece el Régimen sobre Fertilización Humana Asistida; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

LEY DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad, de acuerdo a los criterios internacionales sustentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La presente ley es de orden público. El régimen aquí establecido se integra con las demás normas del ordenamiento legal y administrativo de salud en todo el país.

Art. 2º – La infertilidad humana es la dificultad de una pareja de concebir un niño naturalmente o de llevar un embarazo a término.

Art. 3º – A los efectos de la presente ley, se entiende como técnicas de reproducción humana asistida a las realizadas con asistencia médica.

Art. 4º – Las técnicas de reproducción humana asistida tendrán sólo un fin terapéutico y se aplicarán cuando existan patologías que impidan realizar la concepción en el medio uterino humano, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente descartadas por inadecuadas o ineficaces, según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

Art. 5º – Las técnicas de reproducción humana asistida serán aplicadas en base a los siguientes principios:

- a) Gradualidad, con el fin de evitar recurrir a intervenciones con un grado de invasividad técnico y psicológico más gravoso para los destinatarios, inspirándose siempre en el principio de la menor invasividad;
- b) Consentimiento informado para la realización de las prácticas respecto de las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada. Tal consentimiento deberá ser firmado por la pareja beneficiaria antes de la puesta en práctica de cualquier tipo de técnica de reproducción humana asistida.

Art. 6° – Son objetivos de la presente, entre otros:

- a) Garantizar el mayor nivel de tratamiento médico-asistencial integral dentro del ámbito de las parejas que padezcan estas patologías, para la procreación;
- b) Regular, controlar y supervisar los centros médicos que realicen tanto los diagnósticos y tratamientos de la infertilidad como los procedimientos de la fertilidad asistida;
- c) Elaborar estadísticas para el conocimiento, estudio y seguimiento de esta problemática, a través de la autoridad de aplicación;
- d) Efectuar campañas de información y prevención en todo el ámbito del territorio nacional a fin de informar a la población de las posibles causas de infertilidad en la pareja y los tratamientos existentes para lograr el embarazo y llevarlo a término;
- e) Propiciar el desarrollo de centros de referencia de procreación humana asistida integral en efectores públicos, cuyo número y ubicación definirá la autoridad de aplicación con miras a facilitar el acceso a la población de todo el territorio nacional;
- f) Capacitar, por intermedio de la autoridad de aplicación, a los recursos humanos para lograr su especialización, dentro y para los efectores públicos de salud.

Art. 7° – Accederán a las técnicas de reproducción humana asistida aquellas mujeres cuya edad se encuentre comprendida entre los treinta (30) y cuarenta y cinco (45) años brindando la posibilidad de hasta un máximo de dos (2) tratamientos de alta complejidad y no más de uno (1) por año.

Art. 8° – No se podrán generar más de tres (3) embriones por tratamiento.

Art. 9° – El Estado nacional, a través de sus efectores públicos, deberá otorgar los tratamientos de fertilidad humana asistida a aquellas parejas que acrediten una relación estable de tres (3) años como mínimo, sean mayores de edad y al menos uno de los miembros de la pareja cumpla con el requisito de tener residencia permanente en el país de cinco (5) años. Se dará prioridad a las parejas que no tengan hijos producto de su unión y/o de anteriores relaciones de sus miembros, preferentemente a quienes carezcan de todo tipo de cobertura médico-asistencial integral en el sistema de seguridad social y medicina prepaga.

Art. 10. – La donación de gametos se debe realizar formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado del donante a través de un contrato con el centro médico-asistencial receptor dedicado a la técnica de reproducción humana asistida, y el mismo reviste carácter de anónimo en cuanto a la identidad del donante conforme lo establecido en el artículo 13 de la presente. A los efectos médicos, la información sobre el o la donante estará siempre disponible.

Art. 11. – La donación es revocable a sólo requerimiento del donante, siempre que a la fecha de la revocación la muestra de gametos esté disponible.

Art. 12. – La persona nacida de gametos donados por terceros debe ser reconocida como hijo de los beneficiarios de la técnica. El donante de gametos no puede en ningún caso reclamar derechos vinculados a la filiación sobre la persona nacida de los gametos por él donados. Las personas nacidas de gametos donados no pueden reclamar derechos vinculados a la filiación.

Art. 13. – La persona nacida de gametos donados por terceros, una vez llegada a la mayoría de edad, puede conocer la identidad del donante que aportó sus respectivos gametos. La transferencia confiere a la persona nacida una única filiación, desconociendo toda pertenencia, parentesco y efectos jurídicos con su familia de raíces genéticas, con la sola excepción de los impedimentos matrimoniales establecidos para la adopción plena.

Art. 14. – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades y todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida en casos de esterilidad e infertilidad diagnosticadas, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente descartadas por inadecuadas o ineficaces, según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

Art. 15. – A los efectos de esta ley, se considera embrión el óvulo humano fecundado por el espermatozoide humano dentro o fuera del seno materno.

Art. 16. – A partir de la sanción de la presente ley queda prohibido:

- a) La criopreservación de embriones;
- b) La destrucción de embriones;
- c) El uso de los embriones para investigación;
- d) La comercialización de embriones;
- e) La donación de embriones.

Exceptúense de lo establecido en el inciso a) del presente artículo los embriones que a la fecha de sanción de la presente ley se encuentren criopreservados, los que serán objeto de regulación por separado, aplicándose para ellos supletoriamente hasta su efectiva sanción las leyes de adopción.

Art. 17. – Los gametos no pueden ser objeto de compraventa.

Art. 18. – Está prohibida la subrogación de vientres y es nulo todo contrato que se celebre a ese efecto.

Art. 19. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación asesorado por un cuerpo consultivo en bioética, representado por profesionales de distintas instituciones, asociaciones, academias, de la seguridad social, del ámbito estatal y privado.

La autoridad de aplicación tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Aplicar las disposiciones y controlar el cumplimiento de la presente ley;
- b) Promover la coordinación de la regulación y control de lo establecido en la presente ley con las autoridades que los gobiernos provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires determinen;
- c) Conceder las habilitaciones y calificaciones;
- d) Elaborar criterios de funcionamiento y utilización de los establecimientos o servicios donde se llevan a cabo las técnicas de reproducción humana asistida;
- e) Considerar y autorizar la realización de nuevos proyectos científicos, diagnósticos y terapéuticos en los términos de la presente ley;
- f) Instrumentar y controlar el registro único de material genético y embriones criopreservados al momento de entrar en vigencia esta ley y el registro de los establecimientos autorizados para aplicar las técnicas de reproducción humana asistida;
- g) Instrumentar y controlar los recaudos que deberán contener los protocolos, las historias clínicas y los formularios de consentimiento informado de los beneficiarios de las técnicas de reproducción humana asistida y de los donantes de gametos. Formular, aplicar y vigilar el cumplimiento de las pautas de control de calidad y gestión de todos los establecimientos asistenciales así como también de las actividades que en ellos se desarrollan;
- h) Instrumentar y controlar el registro de datos de procedimientos realizados en los establecimientos autorizados, así como los resultados obtenidos;
- i) Instrumentar y controlar el registro de los embriones que se encuentran criopreservados en los establecimientos o servicios donde se lleve a cabo la reproducción humana asistida al momento de entrada en vigor de la ley, a los efectos previstos en el artículo 12 de la presente;
- j) Aplicar las sanciones que la presente ley le autoriza;
- k) Colaborar en el intercambio, recopilación y actualización de conocimientos científicos y técnicos en el orden nacional tanto como en el internacional;

- l) Determinar las sanciones que correspondan a aquellos individuos o centros asistenciales que incurran en las infracciones contempladas en el artículo 26 de la presente ley.

Art. 20. – Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación un Registro Único de Material Genético y Embriones Criopreservados hasta el momento de sanción de la presente ley.

Art. 21. – Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación un registro único en el que deberán estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realicen técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 22. – Las técnicas de reproducción humana asistida sólo podrán realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 23. – El personal sanitario y quienes ejerzan actividades sanitarias auxiliares no son obligados a llevar a cabo las técnicas de reproducción humana asistida cuando éstas les generen objeciones de conciencia, siempre y cuando las hayan declarado oportunamente.

Art. 24. – La declaración de objeción de conciencia podrá ser comunicada en cualquier momento a la autoridad de aplicación y puede ser revocada también ante ella.

Art. 25. – El monto y el alcance de las sanciones que aplicará la autoridad de aplicación se deben graduar dentro de los límites establecidos en la presente ley considerando:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o de los embriones concebidos;
- b) El perjuicio social o el que se hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reincidencia.

Art. 26. – Son infracciones a la presente ley las siguientes conductas:

- a) El incumplimiento de los principios de gradualidad, consentimiento informado y objeción de conciencia previstos en los artículos 5º y 23 de la presente ley;
- b) La generación de más de tres embriones por tratamiento;
- c) La aplicación de técnicas de reproducción humana asistida a parejas que no cumplan con los requisitos previstos en la presente ley;
- d) La criopreservación de embriones generados después de la entrada en vigor de la ley;

- e) La destrucción de embriones existentes al momento de la entrada en vigencia de la ley;
- f) El uso de embriones para investigación;
- g) La comercialización de embriones;
- h) La comercialización de gametos;
- i) La subrogación de vientres;
- j) La práctica de técnicas de reproducción humana asistida no aceptadas por la autoridad de aplicación;
- k) La aplicación de técnicas de reproducción humana asistida sin realizar los estudios previos que diagnostiquen esterilidad e infertilidad y el descarte de otras técnicas de menor complejidad que no hayan dado resultados;
- l) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación conforme lo determine la reglamentación;
- m) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscriptos en el registro establecido en el artículo 21 de la presente ley;
- n) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;
- ñ) Impedir la cobertura total en las prestaciones obligatorias de diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos, de las técnicas de reproducción humana asistida, en obras sociales, asociaciones de obras sociales y en las empresas o entidades, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, que brinden servicios de medicina prepaga.

Art. 27. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de 90 días de promulgada.

Art. 28. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 13 de junio de 2012.

Alberto J. Triaca. – Julián M. Obiglio.

INFORME

Honorable Cámara:

Fundamentamos nuestro dictamen sobre la base de las siguientes consideraciones.

La Organización Mundial de la Salud reconoce a la infertilidad como una enfermedad que dificulta a una pareja la concepción de un hijo biológico o la posibilidad de llevar un embarazo a término. Partiendo de dicha concepción, el presente dictamen propone que su tratamiento sea cubierto de manera integral e integrada con el resto de las normas que rigen el sistema de salud, garantizando a las parejas que la padecen la posibilidad de acceder a una cobertura racional, posible y efectiva.

Se trata sin dudas de una cuestión muy sensible, pues, por un lado, se encuentra la legítima aspiración de las personas que quieren tener hijos, y por el otro, las necesarias regulaciones que hacen falta para garantizar la cobertura de las técnicas de reproducción humana asistida. De tal manera, optamos por asegurar que las mismas se aplicarán a mujeres de entre 30 y 45 años y hombres mayores de edad, miembros de una pareja estable de al menos tres años. Estos números no son antojadizos sino que coinciden con los criterios médicos, sociales y culturales más extendidos y aceptados.

La mayoría de la población que está en condiciones de acceder se encuentra en los grandes centros urbanos del país, constituyendo una población muy disímil en cuanto a su composición socioeconómica, a resultas de la cual algunas parejas tienen coberturas dobles, privadas y de obras sociales, y otras no tienen ninguna cobertura en absoluto, de modo tal que hemos establecido que, en caso de fuerte demanda, la prioridad la tendrán siempre las parejas sin hijos propios o fruto de relaciones anteriores y quienes carezcan de todo tipo de cobertura médico-asistencial integral.

En cuanto a los tipos de tratamiento, se prevé el acceso a un tratamiento de alta complejidad por año hasta un máximo de dos. Esta regulación está en línea con antecedentes internacionales como la ley italiana, y nacionales, como la recientemente sancionada ley de la provincia de Buenos Aires, en acuerdo histórico de aprobación por unanimidad. Hay que tener en cuenta que no hay un solo caso de infertilidad sino distintas patologías que se solucionan desde técnicas de muy baja complejidad, hasta otras que requieren tratamientos de altísima complejidad, teniendo el sistema legal de salud distintas soluciones para unas y otras coberturas.

Partiendo desde la premisa de que un embrión es considerado vida humana se encuentre dentro o fuera del útero, no se deja a consideración del médico la cantidad de embriones que se fecundan sino que se establece un máximo de tres por tratamiento. Además se prohíben la crioconservación de embriones, su uso para investigación y su donación, destrucción o comercialización.

En forma coherente, el tratamiento de los embriones que ya se encuentran congelados, es decir, los existentes hasta el momento de sanción de la ley, en los distintos centros de tratamiento, se dice aquí que serán objeto de regulación por separado, pero mientras tanto, y a efectos de posibilitar soluciones judiciales a cuestiones que hoy ocurren todos los días, proponemos que se aplique a los embriones el régimen legal de la adopción vigente en este momento. Disponemos para ellos un registro especial y el sistema que proponemos para acabar parcialmente con la laguna legal que existe hasta el momento, y en el período que vaya desde la sanción de la presente y el momento en que haya una regulación específica al efecto.

Un tratamiento distinto se da a los gametos, que, al igual que en el caso de los órganos y de los fluidos corporales como la sangre, pueden ser donados para ser utilizados por hombres y mujeres cuya infertilidad no les permita concebir un hijo biológico.

En cuanto a ellos, tenemos en consideración que no son objeto de compra y venta y que toda donación debe incluirse dentro de un registro único de material genético. La donación de gametos se debe realizar formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado del donante y reviste carácter de anónimo en cuanto a la identidad del dador. A los efectos médicos, la información sobre el o la dadora estará siempre disponible. En los demás casos, la persona nacida de gametos donados por terceros, una vez llegada a la mayoría de edad, puede conocer la identidad del donante que aportó sus respectivos gametos. En ninguno de los dos casos podrá reclamar la filiación, ya que ésta será otorgada a los beneficiarios de la técnica.

La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud, asesorado por un cuerpo consultivo de bioética conformado por profesionales de distintas instituciones, asociaciones, academias, de la seguridad social, del ámbito estatal y privado. Ambos serán los encargados de crear y actualizar un registro con los establecimientos autorizados para llevar a cabo las técnicas de reproducción humana asistida.

Finalmente, el presente dictamen contempla una innovación que se relaciona con la posibilidad de los médicos y demás personal sanitario de presentar una objeción de conciencia en caso de que la aplicación de las técnicas vaya en contra de sus principios.

Por los fundamentos expuestos se solicita su sanción.

Alberto J. Triaca. – Julián M. Obiglio.

IV

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de la señora diputada Comelli, el proyecto de ley del señor diputado Barrios y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Ibarra, el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani, el proyecto de ley de la señora diputada González (N.), el proyecto de ley de la señora diputada Storani y otros, el proyecto de ley del señor diputado Fiad, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (M. C.) y otros, el proyecto de ley del señor diputado Olmedo y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (I.), todos sobre técnicas de reproducción humana asistida, régimen, y el proyecto de ley de la diputada Rodríguez (M.) por el que se establece el Régimen sobre Fertilización

Humana Asistida; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

FERTILIZACIÓN HUMANA ASISTIDA

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto regular el uso de las técnicas para la reproducción humana asistida.

Art. 2º – A los efectos de la presente ley, entiéndase como técnicas de reproducción humana asistida las realizadas con asistencia médica, para la procreación de un hijo biológico.

Art. 3º – Estas técnicas tendrán sólo un fin terapéutico y se aplicarán cuando existan patologías que impidan realizar la concepción en el medio uterino humano.

Art. 4º – Las técnicas de reproducción humana asistida serán de aplicación en casos de esterilidad e infertilidad debidamente diagnosticados, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente probadas.

Art. 5º – Serán usuarios de estas técnicas aquellas parejas heterosexuales que acrediten una relación estable de al menos de 3 (tres) años, sean mayores de edad, hasta los 45 años. Los extranjeros que requieran las técnicas a que se refiere la presente ley deberán además acreditar un mínimo de tres años de residencia en la Argentina.

Art. 6º – A los efectos de prestar el consentimiento informado exigido por la presente ley, el equipo interdisciplinario interviniente tendrá la obligación de informar a los beneficiarios sobre las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

Art. 7º – Los beneficiarios deberán presentar su consentimiento al acceso a estas técnicas por instrumento público o privado con fecha cierta, donde además acreditarán que han recibido suficiente información de los derechos y deberes que generará la aplicación de las mismas.

Art. 8º – El hombre y mujer beneficiarios de estas técnicas serán registrados como padres biológicos del sujeto nacido. Esta relación estará sometida a las normas vigentes sobre filiación biológica.

Art. 9º – Queda prohibida la donación de gametos. Los gametos no son objetos de comercio.

Art. 10 – A los efectos de esta ley se considera “embrión” al óvulo humano fecundado por el espermatozoide humano, dentro o fuera del seno materno.

El embrión es persona y, por lo tanto, sujeto de derechos desde su concepción. Ésta se produce en el momento en que el espermatozoide humano penetra al óvulo femenino humano.

Art. 11. – El embrión tiene derecho a nacer, a la salud, a la integridad física, a la identidad, a que se respeten su medio ambiente natural y la vida.

Art. 12. – Es irrenunciable la filiación adquirida por el embrión de acuerdo con esta ley.

Art. 13. – La transferencia al útero se hará en un solo acto de todos los embriones fecundados (máximo de 3), según criterio médico.

Art. 14. – A partir de la sanción de la presente ley, quedan prohibidos:

- a) La criopreservación de embriones;
- b) La adopción de embriones;
- c) La destrucción de embriones;
- d) El uso de los embriones para investigación;
- e) La comercialización de embriones;
- f) La donación de embriones;
- g) La comercialización de gametos.

Exceptúense de lo establecido en los incisos a) y b) del presente artículo, los embriones que a la fecha de sanción de la presente ley se encuentren crio-preservados.

La custodia y resguardo de los derechos de los embriones criopreservados deberán ser objeto de una legislación ad hoc.

Art. 15. – Los embriones sólo pueden ser producidos para ser implantados en un útero femenino. En el caso de inseminación artificial, sólo se podrán implantar gametos humanos a una mujer.

Art. 16. – Está prohibida la subrogación de vientres, y es nulo todo contrato que se celebre a este efecto.

Art. 17. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación, asesorado por un cuerpo consultivo en bioética, representado por profesionales de distintas instituciones, asociaciones, academias, de la seguridad social, del ámbito estatal y privado.

Art. 18. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, un registro único en el que deberán estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida. El mismo funcionará en el ámbito del organismo de fiscalización y control.

Art. 19. – La reproducción humana asistida sólo podrá realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 20. – 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como

prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios la cobertura total, integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida. Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos de acuerdo a la prescripción del equipo tratante.

Art. 21. – Aquellas personas, incluso menores de 18 años, que por problemas de salud o por tratamientos de quimioterapia, radioterapia o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometida su capacidad de procrear en el futuro, podrán acceder a servicios de guarda de sus gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación.

Se deberá garantizar que estos gametos crio-conservados se utilizarán sólo para las personas comprendidas en este artículo. A tal efecto, la autoridad de aplicación deberá crear un registro para estos casos excepcionales.

Art. 22. – El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad competente para aplicar las sanciones administrativas previstas en la presente ley para los casos de incumplimiento total o parcial de las obligaciones establecidas en ella o en sus reglamentaciones.

Art. 23. – Facúltase a la autoridad de aplicación a promover la coordinación de la regulación y control de lo establecido en la presente ley, con las autoridades que los gobiernos provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires determinen.

Art. 24. – La infracción o el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones establecidas en la presente ley o de sus reglamentaciones, por parte de los responsables, sean personas físicas o los representantes de las personas jurídicas, serán sancionados por la autoridad de aplicación, previa instrucción del sumario que garantice el derecho de defensa en juicio del presunto infractor, y sin perjuicio de otras responsabilidades administrativas o civiles y penales en las que haya podido incurrir.

Art. 25. – El monto y el alcance de las sanciones que aplicará la autoridad de aplicación se deben graduar dentro de los límites establecidos en el artículo 27 de la presente ley, considerando:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o de los embriones generados;
- b) El perjuicio social o el que hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reincidencia.

Cuando el monto de la multa que corresponda resulte inferior al beneficio obtenido a causa de la comisión de la infracción, la sanción será aumentada

hasta el doble del importe en que se haya beneficiado el infractor, sin perjuicio de las otras sanciones no pecuniarias aplicables.

Art. 26. – La autoridad de aplicación determinará las correspondientes sanciones.

Art. 27. – Son infracciones las siguientes conductas:

- a) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida a una persona incapaz;
- b) Omitir la información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consentimiento informado a los beneficiarios;
- c) Utilizar las técnicas de reproducción humana asistida antes de producirse la fecundación, pese a la revocación de uno o ambos beneficiarios;
- d) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no autorizadas por la autoridad de aplicación;
- e) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida sin realizar los estudios previos que diagnostiquen esterilidad e infertilidad y el descarte de otras técnicas de menor complejidad que no hayan dado resultados;
- f) Realizar la transferencia de embriones fecundados en más de un acto;
- g) Practicar sobre los embriones las acciones prohibidas con los alcances establecidos en el artículo 14 de la presente ley, como su criopreservación, adopción, destrucción, uso para investigación o manipulación, comercialización y donación;
- h) Comercializar gametos;
- i) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación, conforme lo determine la reglamentación;
- j) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscritos en el registro establecido en el artículo 19 de la presente ley;
- k) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;
- l) Impedir la cobertura total en las prestaciones obligatorias de diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos, de las técnicas de reproducción humana asistida, en obras sociales, asociaciones de obras sociales y en las empresas o entidades, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, que brinden servicios de medicina prepagá;
- m) Cualquier otra que en el futuro indique la reglamentación.

Art. 28. – Las sanciones administrativas establecidas en la presente ley serán apelables ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Adminis-

trativo Federal o ante las cámaras federales de apelaciones, según corresponda.

El recurso deberá interponerse fundado ante la autoridad de aplicación dentro de los diez (10) días hábiles de notificada la resolución. En caso contrario, se tendrá por consentida.

Las actuaciones se elevarán a la Cámara de Apelaciones. El recurso será concedido con efecto devolutivo salvo disposición en contrario de la autoridad de aplicación. Por razones fundadas, tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en resguardo de terceros, el recurso podrá concederse con efecto suspensivo.

Art. 29. – Las multas previstas se deben destinar a solventar el funcionamiento del registro establecido en el artículo 19 de la presente ley, al cumplimiento de las obligaciones reguladas y a realizar campañas anuales sobre la difusión del contenido de la presente.

Art. 30. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de promulgada.

Art. 31. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 13 de junio de 2012.

Ivana M. Bianchi.

INFORME

Honorable Cámara:

El objeto de este proyecto es poder establecer un marco legal a las TRAS (técnicas de reproducción asistida) a fin de regular la actividad profesional y apartarlo del marco exclusivamente comercial, aplicando por sobre estas prestaciones la ética como resguardo fundamental.

Generalidades

En nuestra época la tecnología permite la aplicación de los logros de la ciencia a la solución de problemas concretos.

Entonces encontramos un problema: el dato científico nunca es neutro (es integrado en un proyecto) y se transforma en una necesidad tecnológica.

No todo lo posible de hacer tecnológicamente es ético.

Reconocer que el embrión es un ser humano desde que comienza su ciclo vital significa también constatar su vulnerabilidad, que exige un compromiso ante aquél que es débil, una atención que debe estar garantizada por la conducta ética de los científicos y los médicos y una oportuna legislación nacional e internacional.

Eficacia de la reproducción humana

La tasa de concepción por ciclo menstrual en una pareja joven, sana, con relaciones sexuales frecuentes,

sin medidas anticonceptivas es: 45%; 10% se pierde imperceptiblemente en la menstruación; 10% se pierde como aborto clínico; 25% (tasa de fertilidad efectiva).

Luego de los 35 años es del 20% y luego de los 40 años es del 15%.

TRAS y algunas consideraciones bioéticas

Han transcurrido más de 30 años desde el primer nacimiento por un procedimiento de fecundación in vitro (hoy hay más de un millón).

El recurso de las TRAS tiene una progresiva difusión por muchos países.

Se está instalando, progresivamente, una nueva mentalidad, según la cual las TRAS podrían representar el método “ideal” de traer al mundo un hijo (“control” de la calidad del concebido).

Todo contribuye a considerar al hijo obtenido por TRAS como si fuera un “producto”, cuyo valor depende en realidad de su “buena calidad”.

La consecuencia dramática es la eliminación sistemática de aquellos embriones humanos que resultan carentes de la calidad.

Todo hombre, desde el primer momento de su vida, es signo tangible del amor fiel de Dios a la humanidad.

La dignidad –que es dignidad de persona humana– de un hijo, independientemente de las circunstancias concretas en las que se inicia su vida, sigue siendo un bien intangible e inmutable, que exige ser reconocido y tutelado tanto por los individuos cuanto por la sociedad en su conjunto.

Entre los derechos fundamentales que todo ser humano posee desde el momento de su concepción, el derecho a la vida representa ciertamente el derecho primario.

Hay un enorme número de embriones humanos que se pierden o que son destruidos a consecuencia de estos procedimientos: ninguna guerra o catástrofe ha causado tantas víctimas (otros son criopreservados y abandonados por quienes los han encargado).

La realización y mejora de las TRAS exige inversión de recursos sanitarios y económicos en detrimento de la atención de otras enfermedades mucho más graves y difundidas.

En la modalidad “heteróloga” de las TRAS (donación de gametos procedentes de sujetos ajenos a la pareja) se agrava el juicio ético.

Para una pareja de esposos que desean encontrar “en el hijo una confirmación y una realización plena de su donación recíproca”, la esterilidad puede constituir indudablemente un motivo real de mucho sufrimiento y fuente de ulteriores problemas.

No cabe duda de que tal deseo es, en sí mismo, totalmente legítimo y signo afirmativo de un amor con-

yugal que quiere crecer y ser completo en todas sus expresiones.

Sin embargo, conviene que el comprensible y lícito “deseo de un hijo” no se transforme en un pretendido “derecho al hijo”, incluso “a toda costa”.

Deben apoyarse todos los esfuerzos que la medicina moderna pueda poner en marcha para intentar la curación de las diversas formas de esterilidad.

¿Qué es la fertilización asistida?

Son técnicas para ayudar a las parejas a superar sus problemas de infertilidad. Varían de acuerdo al problema a tratar.

1. Inducción de la ovulación.
2. Inseminación artificial.

En estos dos métodos no se producen embriones congelados.

Fertilización in vitro

1. GIFT Transferencia de gametos.
2. ICSI.

En esta última el espermatozoide se inyecta dentro del citoplasma de cada óvulo.

3. ZIFT Transferencia de embriones.

- a) Se eligen los 2 o 3 más aptos para ser implantados en el útero de la futura madre con la esperanza de que alguno de ellos pueda llegar a término, ya que generalmente no todos lo logran.
- b) Se congela el resto para ser usados en caso de fracasar el primer intento o, si éste tuvo éxito, para engendrar futuros hijos.

Se trata de vidas humanas que pueden:

- 1) Guardarse para un posterior “uso” personal.
- 2) Donarse a otras parejas infértiles (también llamada “adopción prenatal”).
- 3) Permitir su “uso en investigación - experimentación científica” o simplemente;
- 4) Destruirlos (“debemos ejercitar los deseos de los padres”).

Cuando son numerosos los embriones que se implantan, proceden a una “reducción selectiva”, para no llamarlo aborto selectivo de vida humana, con la excusa de mejorar la esperanza de vida para aquellos que sobrevivan a tal “selección”.

Todo en nombre de la ética vigente.

¿Qué sucede con el congelamiento?

1. El proceso de congelación es tóxico.
2. Los embriones descongelados pueden tardar más tiempo en alcanzar el estadio de blastocisto.

3. Hay pérdida de viabilidad de hasta el 50 % o más de sus células.

4. Del 70 % de supervivencia de los embriones crio-conservados, sólo el 50 % culmina su desarrollo.

5. Al menos un 20 % de los embriones no resiste la congelación (muere).

¿Qué se utiliza para el congelamiento?

Nitrógeno líquido, con lo que se consigue una temperatura de 196° C bajo cero.

Ideal “-273° C”, es decir el cero absoluto, pero debería usarse hidrógeno líquido, que es sumamente costoso y altamente explosivo, razón por la cual es una sustancia que únicamente se utiliza como combustible en la NASA.

El proceso de envejecimiento celular continúa lenta pero inexorablemente, ya que no se pueden cumplir adecuadamente los procesos de reparación celular, por lo que muchas células mueren con el tiempo, y lo mismo ocurre con los embriones, los cuales, como vemos, están condenados a muerte.

Deben respetarse los derechos del embrión

1) A nacer.

2) A continuar su desarrollo luego de la concepción a fin de lograr su integridad física y psíquica.

3) A ser tratado como persona y no como objeto susceptible de ser destruido, congelado o comercializado.

4) A no ser discriminado por enfermedad.

5) A no ser manipulado.

Estas técnicas conllevan la tentación “eugenésica”, es decir, la posibilidad de intervenir en el patrimonio genético seleccionando, manipulando y “produciendo” seres humanos con características “predeterminadas”.

El ovocito pronucleado constituye una estructura biológica particular, distinta de los gametos masculino y femenino.

Los embriones o aun los ovocitos pronucleados son sujeto de derecho y por lo tanto deben arbitrarse las medidas que aseguren su dignidad, su vida y su identidad.

De acuerdo a lo expuesto, se considera que atendiendo a una problemática existente desde lo científico, y de forma prudente y mesurada, con este proyecto también se procede a preservar la vida de seres humanos y a no manipular las mismas, teniendo en cuenta y respetando la salud psíquica de las mujeres y parejas asistidas mediante estas prácticas, como asimismo las consideraciones a tener en cuenta sobre las cuestiones relacionadas con la identidad y filiación de los seres humanos concebidos por estos tratamientos.

Ivana M. Bianchi.

V

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de la señora diputada Comelli, el proyecto de ley del señor diputado Barrios y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Ibarra, el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani, el proyecto de ley de la señora diputada González (N.), el proyecto de ley de la señora diputada Storani y otros, el proyecto de ley del señor diputado Fiad, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (M. C.) y otros, el proyecto de ley del señor diputado Olmedo y otros, el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (I.), todos sobre técnicas de reproducción humana asistida. Régimen, y el proyecto de ley de la diputada Rodríguez (M.), por el que se establece el Régimen sobre Fertilización Humana Asistida; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – *Objeto.* La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso integral de los tratamientos médico-asistenciales de reproducción humana asistida.

Art. 2° – *Definición.* A los efectos de la presente ley, se entiende por reproducción humana asistida los tratamientos o procedimientos realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo.

Art. 3° – *Autoridad de aplicación.* Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 4° – *Registro.* Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, un registro único en el que deben estar inscritos todos aquellos establecimientos sanitarios habilitados que realizan tratamientos de reproducción humana asistida.

Art. 5° – *Requisitos.* Los tratamientos de reproducción humana asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos sanitarios habilitados que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 6° – *Funciones.* El Ministerio de Salud de la Nación, sin perjuicio de sus funciones como autoridad de aplicación y para llevar a cabo el objeto de la presente, deberá:

- a) Arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas por la presente, publicando la lista de centros de referencia públicos y privados habilitados distribuidos en

todo el territorio nacional, con miras a facilitar el acceso a las mismas de la población;

- b) Efectuar campañas de información a fin de promover los cuidados de la fertilidad en mujeres y en varones.

Art. 7° – *Beneficiarios*. Tienen derecho a acceder a este beneficio las personas mayores de edad que padezcan esterilidad e infertilidad debidamente diagnosticadas.

Art. 8° – *Cobertura*. 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, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias a sus afiliados la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida.

Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos.

Las erogaciones que generen estos tratamientos a las obras sociales deberán ser compensadas por la Administración de Prestaciones Especiales (APE).

Art. 9° – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar, para el ámbito de sus exclusivas competencias, normas de similar naturaleza.

Art. 10. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 13 de junio de 2012.

Lino W. Aguilar.

INFORME

Honorable Cámara:

Atento a la existencia de un dictamen de mayoría que contempla una cobertura integral de los tratamientos de reproducción humana asistida, presento el siguiente dictamen de minoría con la finalidad de que las erogaciones que generen estos tratamientos a las obras sociales sean compensadas por la Administración de Prestaciones Especiales (APE).

La APE es un organismo descentralizado de la administración pública nacional, bajo la órbita del Ministerio de Salud. Tiene como objeto principal la implementación y la administración de los recursos afectados al apoyo financiero de las prestaciones y patologías de altos costos y baja incidencia y las patologías crónicas de cobertura prolongada relativa a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del seguro de salud.

La APE desarrolla una gestión mediante los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, el cual se integra con el 10% de los aportes y contribuciones que reciben de las obras sociales sindicales y con el 15% o el 20% de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales del personal de dirección y las asociaciones profesionales de empresarios.

Las obras sociales se encuentran con un gran problema de financiamiento, debido a que se les siguen agregando obligaciones de cobertura de nuevas prácticas que generan un desequilibrio económico entre el aporte de los trabajadores y el incremento de los costos generados por estas prácticas.

La solidaridad que configura el sentido de las obras sociales importa la colaboración de todos los miembros que la integran, para combatir las contingencias que afectan a cada uno de sus integrantes necesitados. Se ha considerado que “la sociedad debe estar obligada no sólo por imperativos morales sino por la imposición legal a contribuir en la medida de sus posibilidades al sostenimiento del bienestar común que se retrovierte a la comunidad” (considerando VII del punto 5 de la Declaración Iberoamericana de Seguridad Social, V Congreso Iberoamericano de Seguridad Social).

Asimismo, considero que la práctica del tratamiento de reproducción humana asistida debe ser exclusivamente para las personas mayores de edad que padezcan esterilidad e infertilidad debidamente diagnosticadas. La amplitud en la determinación de los beneficiarios, en el dictamen de mayoría, no limita la utilización de la práctica.

Por los motivos expuestos, presento este dictamen de minoría.

Lino W. Aguilar.

ANTECEDENTES

1

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – Modifícanse los artículos 2°, 6°, 7°, 10 y 13 de la ley 25.673, de creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable, los que quedarán redactados de la siguiente manera:

Artículo 2°: Serán objetivos de este programa:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y

prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable sea esta natural o mediante fertilización humana asistida;

c) Implementar políticas sanitarias sobre salud sexual y reproductiva, especialmente en temas relacionados con:

1. Problemas de esterilidad y/o infertilidad.
2. Los distintos métodos de concepción y contracepción, su efectividad, sus contraindicaciones, prescripción y/o suministro, con controles de salud y estudios previos y posteriores a la administración de los mismos.
3. Enfermedades genéticas, hereditarias o de predisposición familiar;

d) Disminuir la morbilidad materno-infantil;

e) Prevenir embarazos no deseados;

f) Promover la salud y responsabilidad sexual de los adolescentes;

g) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;

h) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable;

i) Procurar la capacitación adecuada y permanente, con un abordaje interdisciplinario, de todos los agentes involucrados en las prestaciones del programa creado por esta ley;

j) Garantizar la prestación sin costo de todos los métodos y sistemas contraceptivos cuyo uso esté autorizado, la realización de los estudios de fertilidad y terapias e intervenciones quirúrgicas destinadas a combatir la esterilidad e infertilidad humanas.

Artículo 6º: La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable.

A dichos fines se deberá:

a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario realizando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación correspondiente;

b) A solicitud de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, de su con-

sentimiento informado, respetando sus criterios o convicciones y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología, prescribir y suministrar métodos y elementos anti-conceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, salvo contraindicación médica específica;

c) Bajo los mismos recaudos establecidos en el inciso anterior, asistir y suministrar a los beneficiarios los métodos de fertilización humana asistida que aconsejen los estudios y diagnósticos realizados;

d) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método de concepción o contracepción elegido.

Artículo 7º: Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prestaciones médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Todas las obras sociales, empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, de seguros médicos y asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluidas en la ley 23.660 y sus modificatorias, beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23.661, deberán contemplar en sus planes de cobertura médico-asistencial y farmacológica como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de los beneficiarios del programa creado por esta ley.

Artículo 10: Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, incisos b) y c), de la presente ley.

Artículo 13: Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley, a excepción de los artículos 4º, 6º, 7º, 9º y 10 cuyas disposiciones regirán en todo el territorio del país.

Art. 2º – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Alicia M. Comelli.

2

PROYECTO DE LEY

*El Senado y Cámara de Diputados,...*ACCESO A LA REPRODUCCIÓN
HUMANA ASISTIDA

Artículo 1º – Modifícase la ley 25.673, en su artículo 2º, inciso f), que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 2º: [...]

- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, incluidos el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad mediante la aplicación integral de las técnicas de procreación humana asistida basadas en evidencias científicas.

Art. 2º – Agrégase a la ley 25.673, en su artículo 6º, como inciso d), el siguiente texto:

Artículo 6º: [...]

- d) Desarrollar las acciones necesarias para la incorporación de la procreación humana asistida integral como parte de los procesos asistenciales habituales realizados por los prestadores públicos, de la seguridad social y privados.

Art. 3º – Agrégase a la ley 25.673, en su artículo 7º, como 3º párrafo, el siguiente texto:

Artículo 7º: [...]

Las coberturas abarcan también al conjunto de prestaciones de procreación humana asistida.

Art. 4º – Agrégase a la ley 25.673, en su artículo 11, como inciso c), el siguiente texto:

Artículo 11: [...]

- c) Implementar una instancia interdisciplinaria de seguimiento permanente de la problemática de la infertilidad en los aspectos epidemiológico, de validación científica, de difusión y educación para la salud, y de equidad en el acceso al abordaje integral de la reproducción humana asistida, en particular para la población sin cobertura.

Art. 5º – Agrégase a la ley 25.673, en su artículo 11, como inciso d), el siguiente texto:

Artículo 11: [...]

- d) Propiciar el desarrollo de centros de referencia de procreación humana asistida

integral en efectores públicos, cuyo número y ubicación definirá la reglamentación con miras a facilitar el acceso a la población de todo el territorio nacional.

Art. 6º – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Miguel Á. Barrios. – Mónica H. Fein. – Ricardo O. Cuccovillo.

3

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto regular el uso de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 2º – A los efectos de la presente ley se entiende:

- Técnicas de reproducción humana asistida: las realizadas con asistencia médica;
- Fecundación: la inclusión del material genético masculino en el ovocito.

Art. 3º – Las técnicas de reproducción humana asistida son de aplicación a toda persona capaz, que luego de ser previa y debidamente informada sobre ellas las acepte mediante consentimiento informado, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. El tratamiento puede ser interrumpido antes de producirse la implantación.

Art. 4º – A los efectos de prestar el consentimiento informado exigido por la presente ley, el equipo interdisciplinario interviniente tiene la obligación de informar a las personas destinatarias sobre las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

CAPÍTULO II

De la donación de gametos y embriones

Art. 5º – La persona donante debe ser mayor de edad, capaz y cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio médico que establezca la autoridad de aplicación.

Art. 6º – La donación de gametos y embriones se debe realizar formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado de la persona donante a través de un contrato con el centro médico asistencial dedicado a la técnica de reproducción humana asistida receptor; y el mismo reviste carácter de anónimo en cuanto a la identidad del dador.

Art. 7º – La donación no tendrá carácter lucrativo o comercial. La reglamentación fijará la compensación económica para cubrir las molestias físicas y los gastos que puedan derivar de la donación.

Art. 8º – La donación es revocable a sólo requerimiento de la persona donante, siempre que a la fecha de la revocación la muestra de gametos y embriones conservados esté disponible.

Art. 9º – La autoridad de aplicación debe establecer protocolos específicos que prevean procedimientos seguros para la recolección y manipulación de gametos y embriones en los actos de donación y de transferencia.

CAPÍTULO III

De la identidad y la filiación

Art. 10. – La persona nacida de gametos o embriones donados por terceros es hija de quien dio a luz y de la otra persona que también prestó el consentimiento como beneficiarios/as de la técnica.

La persona donante de gametos o embriones no puede en ningún caso reclamar derechos vinculados a la filiación sobre la persona nacida de los gametos o embriones por ella donados. Las personas nacidas de gametos o embriones donados no pueden reclamar a la persona donante derechos vinculados a la filiación.

Art. 11. – Las personas nacidas de gametos o embriones donados por terceros tienen derecho a saber que nacieron por el uso de dicha técnica de reproducción asistida. La o las personas beneficiarias de la técnica tienen la obligación de dar a conocer esa información a su hijo o hija.

La donación será anónima. Los datos identificatorios de las personas donantes de gametos o embriones tienen carácter confidencial y deberán ser reservados por el centro asistencial médico dedicado a las técnicas de reproducción humana asistida y/o centro receptor.

Cuando haya riesgo para la salud, las personas nacidas a través de estas técnicas tienen derecho a obtener información referente a los datos médicos de los/as donantes, debiéndose garantizar la confidencialidad de los datos identificatorios de los/as donantes.

Los datos identificatorios de la persona donante sólo podrán ser revelados por orden judicial cuando resulten indispensables para evitar un peligro cierto para la vida del nacido.

CAPÍTULO IV

De la técnica

Art. 12. – El número de ovocitos a inseminar o de embriones a transferir queda reservado al criterio del médico tratante perteneciente al equipo multidisciplinario, según el caso.

Art. 13. – Queda prohibida la comercialización de embriones y gametos, no considerándose comprendidos en ella los pagos por compensaciones, prestaciones, honorarios o gastos necesarios para la realización de las técnicas habilitadas y reguladas por la presente ley.

CAPÍTULO V

Conservación de gametos y embriones

Art.14. – La conservación es la reserva de embriones y gametos mediante las técnicas medio estándar que cuenten con evidencia científica comprobada, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Art. 15. – La conservación de embriones viables humanos puede realizarse de acuerdo a indicación y criterio médico en todos los casos en que exista complicación médica o quirúrgica, o a fin de evitar embarazo múltiple.

Art. 16. – Los derechos sobre los embriones criopreservados corresponden a las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 17. – Los gametos y embriones se pueden conservar únicamente en los centros donde se realizan las técnicas de reproducción humana asistida. Cuando los gametos y embriones no sean reclamados después de un período de diez (10) años deben ser descartados.

La conservación se realiza de acuerdo al avance que la ciencia y la tecnología permitan.

Art. 18. – Durante el período de conservación, los embriones y gametos pueden ser donados por decisión de las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

CAPÍTULO VI

Autoridad de aplicación

Art. 19. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud.

Art. 20. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, un registro único en el que deben estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 21. – Las técnicas de reproducción humana asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 22. – Todas las instituciones habilitadas deben informar a la autoridad de aplicación sobre:

1. Cantidad de procedimientos realizados, especificación de tipos.
2. Tasa de fertilización.
3. Tasa de embarazos.
4. Tasa de embarazos múltiples.
5. Tasa de parto pretérmino.
6. Tasa de aborto espontáneo.
7. Embarazo ectópico y otras complicaciones.

8. Cantidad de embriones conservados.
9. Cantidad de embriones transferidos por ciclo y por pareja.
10. Cantidad de embriones transferidos en total.
11. Cantidad y tipo de gametos conservados.
12. Cantidad y tipo de gametos donados.
13. Tiempo de conservación de gametos.
14. Tiempo de conservación de embriones.
15. La información sobre las personas donantes necesaria para el funcionamiento de un registro único en el ámbito de la autoridad de aplicación de la presente ley, que deberá respetar la confidencialidad establecida en el artículo 11.
16. Toda otra información que la autoridad de aplicación considere necesaria y oportuna.

CAPÍTULO VII

Cobertura

Art. 23. – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida.

Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos con el alcance y de acuerdo a las modalidades que establezca la reglamentación, que no podrá establecer limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

CAPÍTULO VIII

Sanciones

Art. 24. – El Ministerio de Salud es la autoridad competente para aplicar las sanciones administrativas previstas para los casos de incumplimiento total o parcial de las obligaciones establecidas en la presente ley.

Art. 25. – Las sanciones que debe aplicar la autoridad de aplicación se deben graduar teniendo en cuenta:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o para los embriones generados;
- b) El perjuicio social o el que hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización humana asistida;

- d) La gravedad del hecho;
- e) La reiteración.

Art. 26. – Las infracciones a la presente ley serán sancionadas con:

- a) Apercibimiento;
- b) Publicación de la resolución que dispone la sanción en un medio de difusión masivo, conforme lo determine la reglamentación;
- c) Multa que debe ser actualizada por el Poder Ejecutivo nacional en forma anual conforme al índice de precios oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC–, desde pesos cincuenta mil (\$ 50.000) a pesos quinientos mil (\$ 500.000), susceptible de ser aumentada hasta el décuplo en caso de reiteración;
- d) Suspensión de la inscripción del establecimiento en el registro previsto en el artículo 20 de esta ley por el término de hasta un (1) año;
- e) Clausura del establecimiento de uno (1) a cinco (5) años.

Art. 27. – Son infracciones de la presente ley las siguientes conductas:

- a) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida a una persona sin cumplir con los requisitos previstos en el artículo 3° de la presente ley;
- b) Omitir la información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consentimiento informado a las personas donantes o destinatarias;
- c) Utilizar las técnicas de reproducción humana asistida pese a la revocación de uno/a o ambos/as destinatarios/as;
- d) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no autorizadas por la autoridad de aplicación;
- e) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos sin cumplir con las exigencias del protocolo obligatorio;
- f) Incumplir el deber sobre la confidencialidad de los datos de carácter personal de las personas donantes;
- g) Practicar sobre los embriones las acciones prohibidas por la presente ley;
- h) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación, conforme lo determine la reglamentación;
- i) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscritos en el registro establecido en el artículo 20 de la presente ley;
- j) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que

no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;

- k) Incumplir con la cobertura prevista en el artículo 23 de la presente ley.

Art. 28. – La autoridad de aplicación de la presente ley debe establecer el procedimiento administrativo a aplicar en su jurisdicción para la investigación de presuntas infracciones, asegurando el derecho de defensa del presunto infractor y demás garantías constitucionales. Queda facultada a promover la coordinación de esta función con las jurisdicciones que hayan adherido. Asimismo, puede delegar en las jurisdicciones que hayan adherido la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique. Agotada la vía administrativa procederá el recurso en sede judicial competente.

Art. 29. – Las multas previstas se deben destinar a solventar el funcionamiento del registro establecido en el artículo 21 de la presente ley, al cumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley y a realizar campañas anuales sobre la difusión del contenido de la presente ley.

CAPÍTULO IX

Disposiciones finales

Art. 30. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de su promulgación.

Art. 31. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley en las partes pertinentes.

Art. 32. – *Cláusula transitoria.* De conformidad con el artículo 10 de la presente ley, los niños y niñas nacidos antes de la sanción de la misma por técnicas de reproducción humana asistida con material genético donado son hijos de quien dio a luz y de la otra persona que prestó el consentimiento, debiéndose completar el acta de nacimiento por ante el Registro Civil y Capacidad de las Personas, cuando la misma no registrara a ambos/as.

Art. 33. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Vilma L. Ibarra.

4

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto regular el uso de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 2º – A los efectos de la presente ley se entiende:

- a) Técnicas de reproducción humana asistida: las realizadas con asistencia médica;
- b) Fecundación: la inclusión del material genético masculino en el ovocito para la procreación de un hijo biológico.

Art. 3º – Las técnicas de reproducción humana asistida son de aplicación a toda persona capaz, que luego de ser previa y debidamente informada sobre ellas las acepte mediante consentimiento informado, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud–. El tratamiento puede ser interrumpido antes de producirse la implantación.

Art. 4º – A los efectos de prestar el consentimiento informado exigido por la presente ley, el equipo interdisciplinario interviniente tiene la obligación de informar a las personas destinatarias sobre las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

CAPÍTULO II

De la donación de gametos y embriones

Art. 5º – El donante debe ser mayor de edad, capaz y cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio médico que establezca la autoridad de aplicación.

Art. 6º – La donación de gametos y embriones se debe realizar formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado del donante a través de un contrato con el centro médico asistencial dedicado a la técnica de reproducción humana asistida receptor y el mismo reviste carácter de anónimo en cuanto a la identidad del dador.

Art. 7º – Toda donación de gametos y embriones debe realizarse a título gratuito. Quedan prohibidas a los centros médicos asistenciales la promoción de incentivos económicos, lucrativos o comerciales para la donación, así como la realización de compensaciones de cualquier tipo o naturaleza.

Art. 8º – La donación es revocable a solo requerimiento del donante, siempre que a la fecha de la revocación la muestra de gametos y embriones congelados esté disponible.

Art. 9º – La autoridad de aplicación debe establecer protocolos específicos que prevean procedimientos seguros para la recolección y manipulación de gametos y embriones en los actos de donación y de transferencia.

CAPÍTULO III

De la identidad y filiación

Art. 10. – La persona nacida de gametos donados por terceros debe ser reconocida como hijo de los beneficiarios de la técnica.

El donante de gametos no puede en ningún caso reclamar derechos vinculados a la filiación sobre la persona nacida de los gametos por él donados. Las personas nacidas de gametos donados no pueden reclamar derechos vinculados a la filiación.

Art. 11. – La persona nacida de gametos donados por terceros, una vez llegada a la mayoría de edad, puede conocer la identidad del donante que aportó sus respectivos gametos.

La transferencia confiere a la persona nacida una única filiación, desconociendo toda pertenencia, parentesco y efectos jurídicos con su familia de raíces genéticas, con la sola excepción de los impedimentos matrimoniales establecidos para la adopción plena.

CAPÍTULO IV

De la técnica

Art. 12. – El número de ovocitos a inseminar o de embriones a transferir queda reservado al criterio del médico tratante perteneciente al equipo transdisciplinario, según el caso.

Art. 13. – A partir de la sanción de la presente ley, queda prohibido:

- a) El uso de los embriones para experimentación;
- b) La comercialización de embriones;
- c) La comercialización de gametos.

CAPÍTULO V

Conservación de gametos y embriones

Art. 14. – La conservación es la reserva de embriones y gametos mediante las técnicas medio estándar que cuenten con evidencia científica comprobada, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Art. 15. – La conservación de embriones viables humanos puede realizarse de acuerdo a indicación y criterio médico en todos los casos en que exista complicación médica o quirúrgica, o a fin de evitar embarazo múltiple.

Art. 16. – Los derechos sobre los embriones criopreservados corresponden a las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 17. – Los gametos y embriones se pueden conservar únicamente en los centros donde se realizan las técnicas de reproducción humana asistida y por un máximo de diez (10) años. Cuando los gametos y embriones no sean reclamados después de un período de diez (10) años deben ser descartados.

La conservación se realiza de acuerdo al avance que la ciencia y la tecnología permita.

Art. 18. – Durante el período de conservación, los embriones y gametos pueden ser donados por decisión de las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

CAPÍTULO VI

Autoridad de aplicación

Art. 19. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud.

Art. 20. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, un registro único en el que deben estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 21. – Las técnicas de reproducción humana asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 22. – Todas las instituciones habilitadas deben informar a la autoridad de aplicación sobre:

1. Cantidad de procedimientos realizados especificación de tipos.
2. Tasa de fertilización.
3. Tasa de embarazos.
4. Tasa de embarazos múltiples.
5. Tasa de parto pretérmino.
6. Tasa de aborto espontáneo.
7. Embarazo ectópico y otras complicaciones.
8. Cantidad de embriones conservados.
9. Cantidad de embriones transferidos por ciclo y por pareja.
10. Cantidad de embriones transferidos en total.
11. Cantidad y tipo de gametos conservados.
12. Cantidad y tipo de gametos donados.
13. Tiempo de conservación de gametos.
14. Tiempo de conservación de embriones.
15. Toda otra información que la autoridad de aplicación considere necesaria y oportuna.

CAPÍTULO VII

Cobertura

Art. 23. – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida en casos de esterilidad e infertilidad diagnosticadas, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente descartadas por inadecuadas o ineficaces.

Quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos conforme lo establezca la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO VIII

Sanciones

Art. 24. – El Ministerio de Salud es la autoridad competente para aplicar las sanciones administrativas previstas para los casos de incumplimiento total o parcial de las obligaciones establecidas en la presente ley.

Art. 25. – Las sanciones que debe aplicar la autoridad de aplicación se deben graduar teniendo en cuenta:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o de los embriones generados;
- b) El perjuicio social o el que hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización humana asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reiteración.

Art. 26. – Las infracciones a la presente ley serán sancionadas con:

- a) Apercibimiento;
- b) Publicación de la resolución que dispone la sanción en un medio de difusión masivo, conforme lo determine la reglamentación;
- c) Multa que debe ser actualizada por el Poder Ejecutivo nacional en forma anual conforme al índice de precios oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC–, desde pesos mil (\$ 1.000) a pesos un millón (\$ 1.000.000), susceptible de ser aumentada hasta el décuplo en caso de reiteración;
- d) Suspensión del establecimiento por el término de hasta un (1) año;
- e) Clausura del establecimiento de uno (1) a cinco (5) años.

Art. 27. – Son infracciones de la presente ley las siguientes conductas:

- a) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida a una persona sin cumplir con los requisitos previstos en el artículo 3º de la presente ley;
- b) Omitir la información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consentimiento informado a los donantes o destinatarios;
- c) Utilizar las técnicas de reproducción humana asistida antes de producirse la fecundación, pese a la revocación de uno o ambos destinatarios;

- d) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no autorizadas por la autoridad de aplicación;
- e) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos sin cumplir con las exigencias del protocolo obligatorio;
- f) Retribuir económicamente la donación de gametos o promoverla por cualquier incentivo económico, lucrativo o comercial;
- g) Incumplir el deber sobre la confidencialidad de los datos de carácter personal de los donantes;
- h) Practicar sobre los embriones las acciones prohibidas con los alcances establecidos en el artículo 16 de la presente ley, como el uso para experimentación y comercialización de gametos y embriones;
- i) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación, conforme lo determine la reglamentación;
- j) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscritos en el registro establecido en el artículo 21 de la presente ley;
- k) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;
- l) Incumplir con la cobertura prevista en el artículo 23 de la presente ley.

Art. 28. – La autoridad de aplicación de la presente ley debe establecer el procedimiento administrativo a aplicar en su jurisdicción para la investigación de presuntas infracciones, asegurando el derecho de defensa del presunto infractor y demás garantías constitucionales. Queda facultada a promover la coordinación de esta función con las jurisdicciones que hayan adherido. Asimismo, puede delegar en las jurisdicciones que hayan adherido la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique. Agotada la vía administrativa procederá el recurso en sede judicial directamente ante la Cámara Federal de Apelaciones competente con jurisdicción en el lugar del hecho. Los recursos que se interpongan contra la aplicación de las sanciones previstas tendrán efecto devolutivo. Por razones fundadas, tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en resguardo de terceros, el recurso podrá concederse con efecto suspensivo.

Art. 29. – Las multas previstas se deben destinar a solventar el funcionamiento del registro establecido en el artículo 21 de la presente ley, al cumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley y a

realizar campañas anuales sobre la difusión del contenido de la presente ley.

CAPÍTULO IX

Disposiciones finales

Art. 30. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de su promulgación.

Art. 31. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley en las partes pertinentes.

Art. 32. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Silvia C. Majdalani.

5

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

CAPÍTULO I

Objeto

Artículo 1º – La presente ley busca que la prevención y el tratamiento de la infertilidad sea objeto de cobertura por parte del sistema público de salud, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, según corresponda.

CAPÍTULO II

Definición

Art. 2º – A los efectos de esta ley, se define a la infertilidad como la imposibilidad de concebir un niño/a naturalmente, o de llevar un embarazo a término, como consecuencia del funcionamiento anormal del sistema reproductivo luego de más de 12 meses de mantener relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos, o luego de 6 meses si la mujer tiene más de 35 años de edad.

CAPÍTULO III

Cobertura

Art. 3º – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida en ca-

sos de esterilidad e infertilidad diagnosticadas, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente descartadas por inadecuadas o ineficaces.

Art. 4º – Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico. Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Art. 5º – La cobertura de la infertilidad es exigible sólo por aquellos pacientes que no hayan podido con anterioridad a la solicitud de tratamiento, concebir un niño/a naturalmente o llevar un embarazo a término.

CAPÍTULO IV

Autoridad de aplicación

Art. 6º – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud.

Art. 7º – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, un registro único en el que deben estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Art. 8º – Las técnicas de reproducción humana asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 9º – El Ministerio de Salud de la Nación llevará a cabo campañas de información y de difusión de cuidados de la fertilidad haciendo hincapié en la importancia de la edad de la mujer, la utilización de métodos anticonceptivos adecuados, la prevención de infecciones que puedan afectar la fertilidad, control de enfermedades que incidan en la fertilidad, la interacción con el medio ambiente y su impacto en la fertilidad. Asimismo, reglamentará la presente ley, fijando los límites de la cobertura de los distintos tratamientos, sin desnaturalizar los derechos reconocidos por esta norma.

Art. 10. – El Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la presente ley, coordinará acciones en el ámbito del Consejo Federal de Salud con las demás jurisdicciones, a los fines de asegurar la implementación de la presente ley.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Art. 11. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de su promulgación.

Art. 12. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley en las partes pertinentes.

Art. 13. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Nancy S. González.

6

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto regular el uso de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 2º – A los efectos de la presente ley se entiende:

- a) Técnicas de reproducción humana asistida: las realizadas con asistencia médica;
- b) Fecundación: la inclusión del material genético masculino en el ovocito.

Art. 3º – Las técnicas de reproducción humana asistida son de aplicación a toda persona capaz, que luego de ser previa y debidamente informada sobre ellas las acepte mediante consentimiento informado, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud–. El tratamiento puede ser interrumpido antes de producirse la implantación.

Art. 4º – A los efectos de prestar el consentimiento informado exigido por la presente ley, el equipo interdisciplinario interviniente tiene la obligación de informar a las personas destinatarias sobre las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

CAPÍTULO II

De la donación de gametos y embriones

Art. 5º – La persona donante debe ser mayor de edad, capaz, y cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio médico que establezca la autorización de aplicación.

Art. 6º – La donación de gametos y embriones se debe realizar formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado de la persona donante a través de un contrato con el centro médico asistencial dedicado a la técnica de reproducción humana asistida receptor; y el mismo reviste carácter de anónimo en cuanto a la identidad del dador.

Art. 7º – La donación no tendrá carácter lucrativo o comercial. La reglamentación fijará la compensación económica para cubrir las molestias físicas y los gastos que puedan derivar de la donación.

Art. 8º – La donación es revocable a solo requerimiento de la persona donante, siempre que a la fecha de la revocación la muestra de gametos y embriones conservados esté disponible.

Art. 9º – La autoridad de aplicación debe establecer protocolos específicos que prevean procedimientos seguros para la recolección y manipulación de gametos y embriones en los actos de donación y de transferencia.

CAPÍTULO III

De la identidad y filiación

Art. 10. – La persona nacida de gametos o embriones donados por terceros es hija de quien dio a luz y de la otra persona que también prestó el consentimiento como beneficiarios/as de la técnica.

La persona donante de gametos o embriones no puede en ningún caso reclamar derechos vinculados a la filiación sobre la persona nacida de los gametos o embriones por ella donados. Las personas nacidas de gametos o embriones donados no pueden reclamar a la persona donante derechos vinculados a la filiación.

Art. 11. – Las personas nacidas de gametos o embriones donados por terceros tienen derecho a saber que nacieron por el uso de dicha técnica de reproducción asistida. La o las personas beneficiarias de la técnica tienen la obligación de dar a conocer esa información a su hijo o hija.

La donación será anónima. Los datos identificatorios de las personas donantes de gametos o embriones tienen carácter confidencial y deberán ser reservados por el centro asistencial médico dedicado a las técnicas de reproducción humana asistida y/o centro receptor.

Cuando haya riesgo para la salud, las personas nacidas a través de estas técnicas tienen derecho a obtener información referente a los datos médicos de los/as donantes, debiéndose garantizar la confidencialidad de los datos identificatorios de los/as donantes.

Los datos identificatorios de la persona donante sólo podrán ser revelados por orden judicial cuando resulten indispensables para evitar un peligro cierto para la vida del nacido.

CAPÍTULO IV

De la técnica

Art. 12. – El número de ovocitos a inseminar o de embriones a transferir queda reservado al criterio del médico tratante perteneciente al equipo transdisciplinario, según el caso.

Art. 13. – Queda prohibida la comercialización de embriones y gametos, no considerándose comprendidos en ella los pagos por compensaciones, prestaciones, honorarios o gastos necesarios para la realización de las técnicas habilitadas y reguladas por la presente ley.

CAPÍTULO V

Conservación de gametos y embriones

Art. 14. – La conservación es la reserva de embriones y gametos mediante las técnicas medio standard que cuenten con evidencia científica comprobada, de acuerdo con lo que establezca la reglamentación.

Art. 15. – La conservación de embriones viables humanos puede realizarse de acuerdo con indicación y criterio médico en todos los casos en que exista complicación médica o quirúrgica, o a fin de evitar embarazo múltiple.

Art. 16. – Los derechos sobre los embriones criopreservados corresponden a las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 17. – Los gametos y embriones se pueden conservar únicamente en los centros donde se realizan las técnicas de reproducción humana asistida. Cuando los gametos y embriones no sean reclamados después de un período de diez (10) años deben ser descartados.

La conservación se realiza de acuerdo con el avance que la ciencia y la tecnología permita.

Art. 18. – Durante el período de conservación, los embriones y gametos pueden ser donados por decisión de las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

CAPÍTULO VI

Autoridad de aplicación

Art. 19. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud.

Art. 20. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, un registro único en el que deben estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 21. – Las técnicas de reproducción humana asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 22. – Todas las instituciones habilitadas deben informar a la autoridad de aplicación sobre:

1. Cantidad de procedimientos realizados con especificación de tipos.
2. Tasa de fertilización.
3. Tasa de embarazos.
4. Tasa de embarazos múltiples.
5. Tasa de parto pretérmino.
6. Tasa de aborto espontáneo.
7. Embarazo ectópico y otras complicaciones.
8. Cantidad de embriones conservados.
9. Cantidad de embriones transferidos por ciclo y por pareja.
10. Cantidad de embriones transferidos en total.
11. Cantidad y tipo de gametos conservados.

12. Cantidad y tipo de gametos donados.
13. Tiempo de conservación de gametos.
14. Tiempo de conservación de embriones.
15. La información sobre las personas donantes que sea necesaria incluir en un registro único que funcione en el ámbito de la autoridad de aplicación de la presente ley. Se deberá respetar la confidencialidad establecida en el artículo 11.
16. Toda otra información que la autoridad de aplicación considere necesaria y oportuna.

CAPÍTULO VII

Cobertura

Art. 23. – El Sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida.

Quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos con el alcance y de acuerdo con las modalidades que establezca la reglamentación, que no podrá establecer limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

CAPÍTULO VIII

Sanciones

Art. 24. – El Ministerio de Salud es la autoridad competente para aplicar las sanciones administrativas previstas para los casos de incumplimiento total o parcial de las obligaciones establecidas en la presente ley.

Art. 25. – Las sanciones que debe aplicar la autoridad de aplicación se deben graduar teniendo en cuenta:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o para los embriones generados;
- b) El perjuicio social o el que hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización humana asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reiteración.

Art. 26. – Las infracciones a la presente ley serán sancionadas con:

- a) Apercibimiento;
- b) Publicación de la resolución que dispone la sanción en un medio de difusión masivo, conforme lo determine la reglamentación;
- c) Multa que debe ser actualizada por el Poder Ejecutivo nacional en forma anual conforme al índice de precios oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC–, desde pesos cincuenta mil (\$ 50.000) a pesos un millón (\$ 1.000.000), susceptible de ser aumentada hasta el décuplo en caso de reiteración;
- d) Suspensión de la inscripción del establecimiento en el registro previsto en el artículo 20 de esta ley por el término de hasta un (1) año;
- e) Clausura del establecimiento de uno (1) a cinco (5) años.

Art. 27. – Son infracciones de la presente ley las siguientes conductas:

- a) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida a una persona sin cumplir con los requisitos previstos en el artículo 3º de la presente ley;
- b) Omitir la información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consentimiento informado a las personas donantes o destinatarias;
- c) Utilizar las técnicas de reproducción humana asistida pese a la revocación de uno/a o ambos/as destinatarios/as;
- d) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no autorizadas por la autoridad de aplicación;
- e) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos sin cumplir con las exigencias del protocolo obligatorio;
- f) Incumplir el deber sobre la confidencialidad de los datos de carácter personal de las personas donantes;
- g) Practicar sobre los embriones las acciones prohibidas por la presente ley;
- h) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación, conforme lo determine la reglamentación;
- i) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscritos en el registro establecido en el artículo 20 de la presente ley;
- j) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;
- k) Incumplir con la cobertura prevista en el artículo 23 de la presente ley.

Art. 28. – La autoridad de aplicación de la presente ley debe establecer el procedimiento administrativo a aplicar en su jurisdicción para la investigación de presuntas infracciones, asegurando el derecho de defensa del presunto infractor y demás garantías constitucionales. Queda facultada a promover la coordinación de esta función con las jurisdicciones que hayan adherido. Asimismo, puede delegar en las jurisdicciones que hayan adherido la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique. Agotada la vía administrativa procederá el recurso en sede judicial competente.

Art. 29. – Las multas previstas se deben destinar a solventar el funcionamiento del registro establecido en el artículo 21 de la presente ley, al cumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley y a realizar campañas anuales sobre la difusión del contenido de la presente ley.

CAPÍTULO IX

Disposiciones finales

Art. 30. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de su promulgación.

Art. 31. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley en las partes pertinentes.

Art. 32. – *Cláusula transitoria.* De conformidad con el artículo 10 de la presente ley, los niños y niñas nacidos antes de la sanción de la misma por técnicas de reproducción humana asistida con material genético donado, son hijos de quien dio a luz y de la otra persona que prestó el consentimiento, debiéndose completar el acta de nacimiento por ante el Registro Civil y Capacidad de las Personas, cuando la misma no registrara a ambos/as.

Art. 33. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

María L. Storani. – Elsa M. Álvarez. – Linda C. Yagiie. – Miguel Á. Basse. – Juan P. Tunessi. – Manuel Garrido. – Víctor H. Maldonado. – Miguel Á. Giubergia. – Fabián D. Rogel.

7

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

CAPÍTULO I

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto regular el uso de las técnicas para la reproducción humana asistida.

Art. 2º – A los efectos de la presente ley, se entiende por técnicas para la reproducción humana asistida al

conjunto de procedimientos biotecnológicos destinados a obtener un embarazo viable.

Art. 3° – Las técnicas de reproducción humana asistida serán de aplicación a toda persona que reúna los requisitos establecidos en el artículo 4 y que preste su consentimiento informado respecto de las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

Art. 4° – Podrán solicitar el empleo de las técnicas de reproducción humana asistida, las personas que reúnan las siguientes condiciones:

- a) Existencia de una limitación en la capacidad reproductiva;
- b) Encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales;
- c) Ser una mujer no menor de 18 años y no mayor de 50 años;
- d) No haber recibido con anterioridad un tratamiento de RHA sujeto al protocolo que surge de la reglamentación de la presente ley;
- e) Ser miembro de una pareja estable (3 años);
- f) No presentar problemas de salud (distintos de la infertilidad o esterilidad) que pongan en riesgo la vida de la madre o del hijo durante el embarazo o el parto.

En los casos de mujeres menores de 21 o mayores de 45 años, un comité multidisciplinario, que se constituirá bajo la órbita de la autoridad de aplicación de la presente ley, dictaminará acerca de la conveniencia o no de la realización del tratamiento, considerando las razones y argumentos de todas las partes interesadas (pacientes, aseguradoras y el Estado) y sobre la base de criterios objetivos y explícitos relacionados con el estado psicofísico de los destinatarios de las técnicas, los progresos en sus proyectos educativos y laborales, las características de sus redes de apoyo familiares y sociales, y otros factores de contexto que pueden condicionar el crecimiento y desarrollo de la persona por nacer.

CAPÍTULO II

De la donación de gametos

Art. 5° – La donación, en los supuestos autorizados, se realizará formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado del donante y de los beneficiarios de las técnicas. La misma reviste carácter de anónimo en cuanto a la identidad del dador.

Art. 6° – El donante debe ser mayor de edad y capaz, debe cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio médico que establecerá la autoridad de aplicación para demostrar que no padece enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia.

Art. 7° – El establecimiento en el que se realice la donación y el equipo que tiene a su cargo la aplicación de las THRA con gametos donados, tiene prohibido

establecer cualquier tipo de clasificación de las muestras que permitan la identificación de rasgos fenotípicos de los donantes. Una misma persona puede donar sus gametos hasta tres veces, como máximo.

Art. 8° – Toda donación de gametos debe realizarse a título gratuito. Queda prohibido a los centros médicos asistenciales la promoción de incentivos económicos, lucrativos o comerciales para la donación, así como la realización de compensaciones de cualquier tipo o naturaleza. No se puede concebir más de tres hijos con los gametos de un mismo donante. La conservación de los gametos esta permitida por un período no mayor a los 3 años.

Art. 9° – El donante de gametos no puede en ningún caso reclamar derechos vinculados a la filiación sobre la persona nacida de los gametos por él donados.

Art. 10. – La donación es revocable a solo requerimiento del donante.

Art. 11. – La autoridad de aplicación debe establecer protocolos específicos que prevean procedimientos seguros para la recolección y manipulación de gametos en los actos de donación y de transferencia. La autoridad de aplicación podrá en cualquier momento fiscalizar los registros y las condiciones de conservación y utilización de las muestras conservadas en los centros especializados.

CAPÍTULO III

De la identidad y filiación

Art. 12. – La transferencia confiere a la persona nacida una única filiación, desconociendo toda pertenencia, parentesco y efectos jurídicos con su familia de raíces genéticas, con la sola excepción de los impedimentos matrimoniales establecidos para la adopción plena.

Art. 13. – La persona nacida de gametos donados por terceros, una vez llegada a la mayoría de edad, podrá conocer la identidad del donante que aportó sus respectivos gametos en los términos y con los efectos previstos en la presente ley.

CAPÍTULO IV

Prohibición de madres subrogantes

Art. 14. – Se prohíbe la práctica de madres subrogantes, práctica conocida como “alquiler de vientre o útero”.

CAPÍTULO V

Acciones prohibidas

Art. 15. – A partir de la sanción de la presente ley, queda prohibido:

- a) La adopción de embriones;
- b) El uso de los embriones para experimentación;

- c) La comercialización de embriones;
- d) La donación de embriones;
- e) La comercialización de gametos.

CAPÍTULO VI

Conservación de embriones

Art. 16. – La crioconservación de embriones está prohibida. Solo se permitirá en los siguientes supuestos:

- a) Mientras dure el tratamiento;
- b) Cuando surjan intercurencias transitorias que pongan en riesgo la viabilidad del embarazo.

Art. 17. – Los derechos sobre los embriones crioconservados corresponden a las parejas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

El diagnóstico genético preimplantatorio está permitido únicamente en los casos en que uno o ambos miembros de la pareja sean portadores de una enfermedad genética.

CAPÍTULO VII

Autoridad de aplicación

Art. 18. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 19. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, un registro único en el que deberán estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida. El mismo funcionara en el ámbito del organismo de fiscalización y control.

Art. 20. – La reproducción humana asistida sólo podrá realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 21. – La autoridad de aplicación podrá en cualquier momento fiscalizar los registros y las condiciones de conservación y utilización de las muestras conservadas en los centros especializados.

Art. 22. – Todas las instituciones habilitadas deben informar a la autoridad de aplicación sobre:

1. Cantidad de procedimientos realizados; especificación de tipos.
2. Tasa de fertilización.
3. Tasa de embarazos.
4. Tasa de embarazos múltiples.
5. Tasa de parto pretérmino.
6. Tasa de aborto espontáneo.
7. Embarazo ectópico y otras complicaciones.
8. Cantidad de embriones conservados.
9. Cantidad de embriones transferidos por ciclo y por pareja.
10. Cantidad de embriones transferidos en total.

11. Cantidad y tipo de gametos conservados.
12. Cantidad y tipo de gametos donados.
13. Tiempo de conservación de gametos.
14. Tiempo de conservación de embriones.
15. Toda otra información que la autoridad de aplicación considere necesaria y oportuna.

CAPÍTULO VIII

Cobertura

Art. 23. – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura de los procedimientos diagnósticos y el tratamiento mediante las siguientes técnicas de reproducción humana asistida: estimulación ovárica, (como tratamiento único o como coadyuvante de inseminación artificial) e inseminación artificial.

En el sistema público se otorgará prioridad absoluta al tratamiento de la infertilidad primaria (mujeres que no hubieren concebido hijos con anterioridad).

CAPÍTULO IX

Sanciones

Art. 24. – El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad competente para aplicar las sanciones administrativas previstas en la presente ley para los casos de incumplimiento total o parcial de las obligaciones establecidas en ella.

Art. 25. – Las sanciones se deben graduar teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o de los embriones generados;
- b) El perjuicio social o el que hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reiteración.

Art. 26. – Son infracciones las siguientes conductas:

- a) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida a una persona que no reúna los requisitos del artículo 4°;
- b) Omitir la información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consen-

- miento informado a los beneficiarios o a los donantes de gametos en los casos autorizados para la donación;
- c) Utilizar las técnicas de reproducción humana asistida antes de producirse la fecundación, pese a la revocación manifestada por uno o ambos beneficiarios;
 - d) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no autorizadas por la autoridad de aplicación;
 - e) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida sin realizar los estudios previos que diagnostiquen esterilidad e infertilidad y el descarte de otras técnicas de menor complejidad que no hayan dado resultados;
 - f) Aceptar una donación de gametos sin cumplir con las exigencias del protocolo obligatorio, conforme lo determine la reglamentación;
 - g) Retribuir económicamente la donación de gametos o promoverla por cualquier incentivo económico, lucrativo o comercial;
 - h) Incumplir el deber de confidencialidad de los datos de carácter personal de los donantes;
 - i) Practicar sobre los embriones las acciones prohibidas con los alcances establecidos en el artículo 15 de la presente ley, como su adopción, uso para investigación, comercialización y donación;
 - j) Comercializar gametos;
 - k) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación, conforme lo determine la reglamentación;
 - l) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscritos en el registro establecido en el artículo 19 de la presente ley;
 - m) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;
 - n) Incumplir con la cobertura prevista en el artículo 23 de la presente ley.

Art. 27. – Las sanciones que debe aplicar la autoridad de aplicación son las siguientes:

- i. Apercibimiento;
- ii. Publicación de la resolución que dispone la sanción en un medio de difusión masiva, conforme lo determine la reglamentación;
- iii. Multa que debe ser actualizada por el Poder Ejecutivo nacional en forma anual conforme al índice de precios oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC– desde pesos mil (\$ 1.000) a pesos un millón (\$ 1.000.000) susceptible de ser aumentada hasta el décuplo en caso de reiteración;

- iv. Suspensión de la inscripción en el registro regulado por el artículo 15 de la presente ley por el término de quince (15) días a un (1) año con publicación de la resolución que lo imponga a cargo del infractor;
- v. Clausura del establecimiento de uno a cinco años.

Art. 28. – La autoridad de aplicación de la presente ley debe establecer el procedimiento administrativo a aplicar en su jurisdicción para la investigación de presuntas infracciones, asegurando el derecho de defensa del presunto infractor y demás garantías constitucionales. Queda facultada a promover la coordinación de esta función con las jurisdicciones que hayan adherido. Asimismo, puede delegar en las jurisdicciones que hayan adherido la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique. Agotada la vía administrativa procederá el recurso en sede judicial directamente ante la Cámara Federal de Apelaciones competente con jurisdicción en el lugar del hecho. Los recursos que se interpongan contra la aplicación de las sanciones previstas tendrán efecto devolutivo. Por razones fundadas, tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en resguardo de terceros el precurso podrá concederse con efecto suspensivo.

Art. 29. – Las multas previstas se deben destinar a solventar el funcionamiento del registro establecido en el artículo 15 de la presente ley, al cumplimiento de las obligaciones reguladas y a realizar campañas anuales sobre la difusión del contenido de la presente.

CAPÍTULO X

Disposiciones finales

Art. 30. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de treinta días de su promulgación.

Art. 31. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley en la parte pertinente.

Art. 32. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Mario R. Fiad.

8

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

LEY NACIONAL DE FERTILIZACIÓN HUMANA ASISTIDA

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º – La presente ley es de orden público y tiene por objeto regular la utilización y el acceso de las

personas a las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 2º – Toda persona capaz, mayor de edad, puede someterse al uso de técnicas de reproducción humana asistida, habiendo previamente prestado su consentimiento informado, de acuerdo a los términos de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– o la que en el futuro la reemplace.

El consentimiento previo, informado y libre de las personas que se someten al uso de las técnicas de reproducción humana asistida debe protocolizarse ante escribano público o ante funcionario público dependiente del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, y es libremente revocable mientras no se haya producido la concepción en la mujer o la iniciación de alguna de las técnicas permitidas.

Art. 3º – A los efectos de la presente ley, se entiende por técnicas de reproducción humana asistida los tratamientos o procedimientos realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidos la fecundación in vitro, la inseminación artificial, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos y de cigotos, sin exclusión de las nuevas técnicas desarrolladas mediante avances técnicos científicos, cuando ellas sean autorizadas por la autoridad de aplicación.

TÍTULO II

Condiciones particulares

CAPÍTULO I

Del uso de gametos para las técnicas de reproducción humana asistida

Art. 4º – Las personas que se sometan a técnicas de reproducción humana asistida pueden aportar su propio material genético y el de su pareja para llevar a cabo el embarazo, o recibir gametos femeninos y/o masculinos aportados por terceros.

CAPÍTULO II

Del aporte de material genético de terceros

Art. 5º – Las mujeres que se constituyan en aportantes de gametos para terceros deben ser capaces, mayores de 21 años, y menores de 35 años.

Los hombres que se constituyan en aportantes de gametos para terceros deben ser capaces, mayores de 21 años y menores de 40 años.

Art. 6º – Para constituirse como aportante de gametos para terceros, se deberá previamente realizar un estudio clínico sujeto a un protocolo que establezca la autoridad de aplicación, en el cual se deje constancia que el aportante no padece enfermedades genéticas hereditarias o infecciosas transmisibles, así como cualquier otro dato que resulte de relevancia médica.

CAPÍTULO III

Del convenio

Art. 7º – El aporte de gametos para terceros se debe formalizar mediante un convenio escrito con el centro médico autorizado, en el que se deje constancia expresa de la declaración de voluntad suficiente efectuada por el aportante, emitida luego de haber sido informado sobre el procedimiento a efectuar, las posibles molestias, riesgos y efectos adversos de la técnica de obtención de gametos.

Art. 8º – El aportante de gametos para terceros puede rescindir el convenio celebrado con el centro médico autorizado, a condición de que sus gametos se encuentren disponibles por no haber sido utilizados para la consecución de técnicas de reproducción humana asistida, debiendo descartarse la muestra de gametos, sin ninguna consecuencia jurídica para el aportante.

En caso de infertilidad o esterilidad sobreviniente del aportante, éste podrá solicitar al centro médico receptor la entrega de la muestra de gametos para ser utilizado en su propio beneficio, siempre que se encuentre disponible.

CAPÍTULO IV

Límites al aporte de gametos para terceros. Condiciones. Confidencialidad

Art. 9º – Quienes se constituyan en aportantes de gametos para terceros podrán hacerlo en una sola oportunidad en un único centro médico autorizado. El material genético de un mismo aportante sólo podrá ser utilizado para realizar técnicas de reproducción humana asistida a las que se someta una misma persona o pareja.

Previo a la realización de los estudios clínicos a que refiere el artículo 6º, el centro médico autorizado deberá realizar una consulta con el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos, que se crea por el artículo 28 de esta ley, a los efectos de constatar que la persona que pretende constituirse como aportante no haya aportado sus gametos de forma previa en otro centro médico autorizado.

Art. 10. – El aporte de gametos para terceros reviste carácter anónimo y confidencial. Los centros médicos autorizados deberán elaborar un legajo con los datos de identidad del o la aportante, incluyendo la información de carácter médico que surja del estudio clínico a que refiere el artículo 6º, dejando constancia de los antecedentes clínicos familiares que, bajo el modo de declaración jurada, informe el o la aportante.

El legajo del o la aportante reviste carácter confidencial. Este legajo podrá confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recupe-

rabilidad de los datos contenidos en el mismo, debiendo adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad y confidencialidad. El centro médico autorizado debe conservar el legajo por un período de treinta (30) años.

Del legajo se remitirá copia en soporte magnético al Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos, observando lo dispuesto en el artículo 28 de esta ley.

El centro médico autorizado no podrá, en ningún caso, revelar a la persona o pareja beneficiaria de las técnicas de reproducción humana asistida la identidad del aportante de los gametos.

CAPÍTULO V

De las técnicas de reproducción humana asistida

Art. 11. – El centro médico autorizado interviniente en la técnica de reproducción humana asistida podrá inseminar el número de ovocitos que considere pertinente de acuerdo a las circunstancias particulares de la paciente. También prevalecerá el criterio médico en el caso de transferencia intratubárica de gametos o de cigotos.

En el caso de transferencia de embriones, se deberán implantar todos los embriones que se hubieren conformado que revistan el carácter de viables, luego de realizar el diagnóstico genético preimplantatorio.

TÍTULO III

Crioconservación de gametos. Regulación

CAPÍTULO I

Del método y el plazo

Art. 12. – Los gametos deberán conservarse únicamente en los centros médicos autorizados, mediante las técnicas existentes o las que permitan en el futuro los avances técnicos científicos, previa homologación de la autoridad de aplicación.

Art. 13. – En los centros médicos autorizados sólo podrán conservarse gametos femeninos –ovocitos– y gametos masculinos –espermatozoides–. A partir de la sanción de la presente ley se prohíbe la crioconservación de embriones humanos.

Art. 14. – Cuando se trate de gametos aportados por terceros, transcurridos cinco (5) años desde el momento en que se haya realizado el aporte sin que mediare rescisión del contrato o requerimiento del material genético por parte del o la aportante en los términos del artículo 8º de esta ley, y no hubiesen sido utilizados para efectuar técnicas de reproducción humana asistida, deberán ser descartados.

Art. 15. – En caso de crioconservación de gametos obtenidos de quienes se constituyan como beneficiarios de técnicas de reproducción humana asistida, transcurridos cinco (5) años desde la obtención del material genético, deberá ser descartado.

Exceptúese de lo previsto en el párrafo anterior a aquellas personas o parejas beneficiarias de técnicas de reproducción humana asistida que manifestaren de modo expreso, y previo al vencimiento del plazo, la decisión de crioconservar su material genético para someterse a un procedimiento en el futuro. El plazo es prorrogable por dos (2) años. A su vencimiento, si la persona o la pareja no hubiese utilizado sus gametos, deberán ser descartados.

CAPÍTULO II

De la donación de gametos

Art. 16. – En los casos de personas o parejas que se hubieren sometido a un procedimiento de extracción de gametos para luego dar inicio a la realización de técnicas de reproducción humana asistida, pero que luego de ello decidieren no efectuarla, podrán donar sus gametos a los centros médicos autorizados, siempre que cumplieren con el requisito previsto en el artículo 5º de esta ley.

Las personas o parejas que donaren sus gametos en los términos del párrafo anterior quedarán sometidas al mismo régimen de los aportantes de gametos para terceros.

CAPÍTULO III

Prohibición

Art. 17. – A partir de la sanción de la presente ley, se prohíbe:

- a) La comercialización de embriones;
- b) La comercialización de gametos crioconservados;
- c) La utilización de embriones para la experimentación.

Exceptúanse de lo previsto en el inciso c) de este artículo las técnicas para obtener un diagnóstico genético preimplantatorio, a los fines de determinar la viabilidad del embrión a implantar.

TÍTULO IV

De la filiación

CAPÍTULO I

Principios generales

Art. 18. – Las personas nacidas mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida son hijos de la mujer que los diera a luz y del hombre o de la mujer que ha prestado su consentimiento previo, informado y libre, independientemente de que los gametos hayan

sido aportados por terceros, debiendo hacer constar dicha circunstancia en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas.

Art. 19. – Las personas nacidas mediante técnicas de reproducción humana asistida con la utilización de gametos aportados por terceros, en ningún caso podrán reclamar a los aportantes derechos vinculados a la filiación, no generándose vínculo jurídico alguno entre ellos, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales en los mismos términos que la adopción plena.

Los aportantes de gametos para terceros en ningún caso podrán reclamar derechos vinculados a la filiación respecto de los nacidos mediante técnicas de reproducción humana asistida con la utilización de gametos aportados por ellos.

Art. 20. – La información relativa a que la persona ha nacido por el uso de técnicas de reproducción humana asistida con gametos aportados por un tercero debe constar en el correspondiente legajo base para la inscripción del nacimiento. En ningún caso podrá revelarse la identidad del aportante.

CAPÍTULO II

Presunción de filiación

Art. 21. – Cuando se produzca la muerte del o la cónyuge, o conviviente, o pareja de la mujer que da a luz, no existe vínculo filial entre los nacidos mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida y la persona fallecida, si el procedimiento para la consecución del embarazo no fue iniciado antes de que ocurra la muerte.

Exceptúese de lo dispuesto en el párrafo anterior cuando:

- a) La persona fallecida ha otorgado su consentimiento previo, informado y libre protocolizado ante escribano público; o mediante testamento ha declarado de modo expreso que se dé inicio al procedimiento de fertilización por técnicas de reproducción humana asistida mediante la utilización de sus gametos después del fallecimiento;
- b) El inicio del procedimiento mediante técnicas de reproducción humana asistida, con resultados exitosos, se produce dentro del año siguiente al deceso.

Art. 22. – Salvo prueba en contrario, se presumen hijos del o la cónyuge los nacidos mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida después de la celebración del matrimonio y hasta los trescientos (300) días posteriores a la interposición de la demanda de divorcio o nulidad del matrimonio, de la separación de hecho, de la muerte o presunción de fallecimiento, siempre que el o la cónyuge hubiere prestado su consentimiento previo, informado y libre.

CAPÍTULO III

Determinación de la filiación. Acciones de reclamación e impugnación de estado

Art. 23. – La filiación matrimonial y extramatrimonial en casos de hijos nacidos mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida queda determinada legalmente y se prueba por el consentimiento previo, informado y libre otorgado por los beneficiarios de tales Técnicas, debidamente inscrito en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas.

Art. 24. – Los hijos nacidos mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida ni los terceros, pueden invocar la falta de vínculo genético para impugnar la maternidad o paternidad, si ha mediado consentimiento previo, informado y libre por parte de los beneficiarios de tales técnicas.

Art. 25. – El o la cónyuge de la mujer que da a luz habiendo concebido mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida no puede impugnar ni negar judicialmente la filiación presumida por esta ley, si ha otorgado su consentimiento previo, informado y libre, con independencia de quienes hayan aportado los gametos.

TÍTULO V

Autoridad de aplicación

CAPÍTULO I

De la autoridad de aplicación

Art. 26. – El Ministerio de Salud de la Nación será autoridad de aplicación de la presente ley.

Art. 27. – El Ministerio de Salud de la Nación llevará a cabo campañas de difusión sobre cuidados de la fertilidad, brindando información sobre la prevención de infecciones y control de enfermedades que puedan afectarla, y la utilización de métodos anticonceptivos adecuados.

CAPÍTULO II

Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos

Art. 28. – Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos, que tendrá a su cargo las siguientes funciones:

- a) Otorgar autorización para llevar a cabo técnicas de reproducción humana asistida a los centros médicos que lo soliciten, cuando cumplan los requisitos mínimos que establezca la autoridad de aplicación. Quedan incluidos en el concepto de centros médicos los bancos receptores de gametos;
- b) Mantener actualizada la nómina de centros médicos autorizados para llevar a cabo técnicas de reproducción humana asistida, exclu-

yendo aquéllos que hayan sido sancionados con suspensión o clausura del establecimiento;

- c) Establecer y mantener actualizado diariamente el listado de personas que se hayan constituido en aportantes de gametos para terceros, mediante la información que deben remitir los centros médicos autorizados. El listado podrá confeccionarse en soporte magnético, conforme lo establezca la autoridad de aplicación;
- d) Evacuar, en forma expedita, la consulta que le realicen los centros médicos autorizados, respecto de la aptitud de las personas que quieran constituirse como aportantes de gametos para terceros, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 9º de la presente ley;
- e) Confeccionar un legajo personal por cada aportante de gametos para terceros, respetando el principio de confidencialidad, que se elaborará con la información que deberán remitir los centros médicos autorizados, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 de la presente ley. El mismo contendrá la siguiente información:
 1. Identificación del aportante, acreditada mediante copia de documento de identidad.
 2. Copia del convenio celebrado con el centro médico autorizado.
 3. Copia de los estudios clínicos realizados y toda otra información médica relevante.
 4. Fecha en que se realizó el depósito del material genético.
 5. Destino del material genético, debiendo quedar registrada la persona que resultó beneficiaria de los gametos; y en caso de que resultare un procedimiento exitoso, se deberá proceder a la anotación del parto, identificando la o las personas nacidas.
 6. Descarte del material genético conforme lo dispuesto en el artículo 14 de ésta ley.
 7. Toda otra información que resulte de utilidad a criterio de la autoridad de aplicación.

El legajo podrá confeccionarse en soporte magnético, siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en el mismo. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad y confidencialidad.

El legajo deberá ser conservado por el registro por un período de cincuenta (50) años.

- f) Excluir del registro a los aportantes de gametos para terceros que hayan rescindido el convenio celebrado con los centros médicos autorizados, conforme lo previsto en el artículo 8º de la presente ley;
- g) Toda otra función que le encomiende la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO III

De las obligaciones de los centros médicos autorizados

Art. 29. – Todos los centros médicos autorizados para la realización de técnicas de reproducción humana asistida y crioconservación de gametos, deberán informar a la autoridad de aplicación, en forma anual, conforme lo establezca la reglamentación:

- a) Cantidad de procedimientos realizados, especificando las técnicas utilizadas;
- b) Tasa de fertilización;
- c) Tasa de embarazos y de embarazos múltiples;
- d) Tasa de partos pretérmino;
- e) Tasa de aborto espontáneo;
- f) Embarazo ectópico y otras complicaciones;
- g) Cantidad de embriones transferidos por ciclo y por pareja;
- h) Cantidad de embriones transferidos en total;
- i) Cantidad y tipo de gametos conservados;
- j) Toda otra información que la autoridad de aplicación considere necesaria y oportuna.

En la primera oportunidad que se produzca la remisión de la información dispuesta en este artículo, los centros médicos autorizados deberán informar sobre la cantidad de embriones crioconservados y el plazo por el cual se ha extendido su conservación.

CAPÍTULO IV

Del acceso a la información clínica

Art. 30. – La persona nacida mediante técnicas de reproducción humana asistida con el aporte de gametos de terceros, personalmente o a través de sus representantes legales si fuere menor de edad o declarado incapaz en juicio, cuando exista un riesgo para la salud o la vida, podrá solicitar al centro médico autorizado que hubiere realizado la técnica, que se contacte con el o los aportantes de gametos, a los fines de obtener su consentimiento para tener acceso a los datos clínicos que consten en el legajo. En ningún caso podrá ser revelada la identidad del o los aportantes.

En caso de que el o los aportantes de gametos para terceros hubieren fallecido, el consentimiento a que

refiere el párrafo anterior podrá ser solicitado a los ascendientes, descendientes o cónyuge supérstite. En ningún caso podrá ser revelada su identidad.

El o los aportantes de gametos o sus ascendientes, descendientes, o cónyuge supérstite, podrán rehusarse sin consecuencia jurídica alguna. Si acceden a colaborar, su consentimiento deberá ser otorgado por escrito ante el centro médico autorizado. Habiendo cumplido dicha formalidad, el centro médico podrá entregar a los solicitantes únicamente la información de carácter médico, excluyendo aquellos datos que pudieren revelar la identidad del o los aportantes, de los ascendientes, descendientes o cónyuge supérstite.

Art. 31. – La persona nacida mediante técnicas de reproducción humana asistida con el aporte de gametos de terceros, personalmente o a través de sus representantes legales si fuere menor de edad o declarado incapaz en juicio, podrá requerir judicialmente, por razones debidamente fundadas, que se revelen los datos y antecedentes clínicos del o de los aportantes de material genético, cuando la instancia de colaboración prevista en el artículo 30 hubiere resultado infructuosa. El requerimiento deberá tramitar por el procedimiento más breve que prevea la ley local.

La autoridad judicial deberá evaluar, asesorada por expertos, si la apertura del legajo del o de los aportantes de gametos, sin revelar su identidad, resulta necesaria para salvaguardar la salud o la vida del nacido. Si lo considera conveniente, ordenará que el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos remita toda la información clínica que se hubiese incluido en el legajo del o de los aportantes.

En caso de que también se hubiese requerido que se revele la identidad del o de los aportantes de gametos, a los efectos de solicitar su colaboración por existir riesgo para la salud o la vida del nacido, la autoridad judicial, asesorada por expertos, deberá evaluar la conveniencia de convocar al o a los aportantes a una audiencia privada.

Si la autoridad judicial lo estima oportuno, ordenará que el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos le remita la información que conste en el legajo del o de los aportantes de gametos que resulte imprescindible para dar con el paradero y convocar a una audiencia privada. Esta información deberá mantenerse reservada en los estrados judiciales, y el requirente no podrá tener conocimiento de la misma.

En la audiencia privada, de la que no tendrá participación ni conocimiento el requirente, la autoridad judicial pondrá en conocimiento del o de los aportantes de gametos la situación clínica del nacido. El o los aportantes podrán rehusarse a colaborar, sin consecuencias jurídicas. Si acceden a colaborar, la autoridad judicial deberá comunicárselo de inmediato al requirente.

TÍTULO VI

De la cobertura médico-asistencial

CAPÍTULO I

Principios generales

Art. 32. – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida cuando:

- a) Se trate de matrimonios, convivientes o parejas, en las que la mujer que vaya a someterse al procedimiento tenga entre treinta (30) y cuarenta y cinco (45) años de edad;
- b) Tener diez (10) años de residencia mínima en el país, que deberá ser acreditada conforme lo determine la autoridad de aplicación;
- c) Ninguno de los cónyuges, convivientes o miembros de la pareja hubiere sido declarado incapaz mediante sentencia judicial firme.

En caso de que alguno o ambos cónyuges, convivientes o miembros de la pareja, tuvieran diagnosticada esterilidad o infertilidad, previo a realizar el procedimiento de fertilización, deberán haberse descartado otras medidas terapéuticas de menor complejidad por resultar inadecuadas o ineficaces.

Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos con el alcance y de acuerdo a las modalidades que establezca la reglamentación.

Se debe garantizar a tales afiliados o beneficiarios el acceso, como mínimo, a un tratamiento de alta complejidad por año.

Luego de haber realizado tres (3) procedimientos sin haber logrado la procreación de un hijo, se requerirá que la mujer adjunte el dictamen de tres (3) especialistas médicos aconsejando la realización de una nueva técnica de reproducción humana asistida para obtener la cobertura médico-asistencial que por esta ley se garantiza.

Art. 33. – El sistema público de salud deberá otorgar la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida a quienes carezcan de todo tipo de cobertura médico-asistencial integral en el sistema de seguridad social y medicina prepaga.

Las técnicas de reproducción humana asistida que se realicen a través de la cobertura que brinde el sistema público de salud, deberán llevarse a cabo prioritariamente en hospitales y centros médicos de carácter público.

TÍTULO VII

De las infracciones y sanciones

CAPÍTULO I

De las infracciones

Art. 34. – Constituyen infracciones a la presente ley las siguientes conductas:

- a) Emplear técnicas de reproducción humana asistida a una persona incumpliendo los requisitos dispuestos en el artículo 2º de la presente ley;
- b) Omitir el deber de informar a los beneficiarios de las técnicas de reproducción humana asistida acerca de los riesgos, posibles resultados y cualquier otra información relevante que determine la autoridad de aplicación;
- c) Omitir el deber de informar a los aportantes de gametos para terceros sobre el procedimiento a efectuar, las posibles molestias, riesgos y efectos adversos de la técnica de obtención de gametos;
- d) No solicitar el otorgamiento del consentimiento previo, informado y libre a las personas beneficiarias de técnicas de reproducción humana asistida y a los aportantes de gametos para terceros;
- e) Proceder a la utilización de técnicas de reproducción humana asistida pese a la revocación del consentimiento del beneficiario, o de su cónyuge, conviviente o pareja, o de ambos;
- f) Proceder al uso de los gametos aportados por terceros pese a haberse rescindido el convenio entre el centro médico autorizado y el aportante, en los términos previstos en el artículo 8º de la presente ley;
- g) No descartar el material genético transcurridos los plazos previstos en la presente ley;
- h) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no homologadas por la autoridad de aplicación;
- i) Incumplir con los estudios clínicos previstos en el protocolo que establezca la autoridad de aplicación;
- j) Incumplir el deber de confidencialidad respecto de los datos de carácter personal de los aportantes de gametos para terceros;
- k) Incumplir las prohibiciones previstas en los artículos 13 y 17 de la presente ley;
- l) Omitir la remisión de información que requiera la autoridad de aplicación;

- m) Omitir la remisión de información que requiera el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos, y del legajo personal de los aportantes de gametos para terceros;
- n) Omitir la consulta previa y obligatoria con el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos, conforme lo dispuesto en el artículo 9º y el artículo 28, inciso d), de la presente ley;
- o) Realizar técnicas de reproducción humana asistida en centros médicos que no hayan sido autorizados y no se encuentren inscritos en el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos;
- p) Realizar técnicas de reproducción humana asistida en centros médicos que hayan sido sancionados con suspensión o clausura del establecimiento;
- q) Incumplir con la cobertura integral prevista en el artículo 32 de la presente ley.

CAPÍTULO II

De las sanciones

Art. 35. – Sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder, el Ministerio de Salud de la Nación, en su carácter de autoridad de aplicación, es competente para aplicar las sanciones administrativas para los casos de comisión de las infracciones previstas en el artículo 34 y por incumplimiento de las demás obligaciones que se establecen en la presente ley.

Art. 36. – Las sanciones que debe aplicar la autoridad de aplicación se deben graduar teniendo en consideración:

- a) Los riesgos para la salud de las personas beneficiarias de técnicas de reproducción humana asistida;
- b) El perjuicio generado a las personas beneficiarias de técnicas de reproducción humana asistida o a los aportantes de gametos para terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización de técnicas de reproducción humana asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reiteración de las conductas en infracción a la presente ley.

Art. 37. – Las infracciones a la presente ley serán sancionadas con:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa, de un mínimo de tres (3) y hasta un máximo de veinte (20) salarios equivalentes al sueldo básico de un juez federal de primera instancia, teniendo en cuenta la gravedad de la

infracción y la reiteración de las conductas en infracción a la presente ley;

- c) Publicación de la resolución que dispone la sanción en un medio de difusión masivo, conforme lo determine la reglamentación;
- d) Suspensión de la inscripción del centro médico en el Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos dispuesto en el artículo 28 de esta ley, por el término de hasta un (1) año;
- e) Clausura del establecimiento de uno (1) a cinco (5) años.

Art. 38. – La autoridad de aplicación deberá establecer el procedimiento administrativo a aplicar para la investigación de presuntas infracciones, asegurando el derecho de defensa del presunto infractor y demás garantías constitucionales. Queda facultada a promover la coordinación de esta función con las jurisdicciones que hayan adherido. Asimismo, puede delegar en las jurisdicciones que hayan adherido, la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique.

Dentro de los diez (10) días de agotada la vía administrativa podrá interponerse recurso directo, con efecto devolutivo, ante la Cámara Federal de Apelaciones competente con jurisdicción en el lugar del hecho. El recurso podrá concederse con efecto suspensivo si se invocaren razones debidamente fundadas tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en resguardo de terceros.

Art. 39. – Lo recaudado por la autoridad de aplicación en concepto de multas, deberá destinarse a solventar el funcionamiento del Registro Único de Centros Médicos Autorizados y Aportantes de Gametos y a realizar campañas de difusión, conforme lo dispuesto en el artículo 27 de la presente ley.

TÍTULO VIII

Disposiciones finales

CAPÍTULO I

Disposiciones transitorias

Art. 40. – Los centros médicos que previo a la sanción de la presente ley hayan realizado la crioconservación de embriones, deberán informar al Ministerio de Salud de la Nación acerca de los plazos de conservación, la titularidad de los embriones, los contratos celebrados con los destinatarios de técnicas de reproducción humana asistida, y toda otra información que a criterio de la autoridad de aplicación considere necesaria y oportuna.

La entrada en vigencia de esta ley en ningún caso afectará derechos adquiridos por los destinatarios de técnicas de reproducción humana asistida, ni los términos de los contratos celebrados con los centros mé-

dicos en que se crioconservaren los embriones de su titularidad.

CAPÍTULO II

Disposiciones generales

Art. 41. – El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los noventa (90) días contados a partir de su promulgación.

Art. 42. – Invítese a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley en las partes pertinentes.

Art. 43. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

María del Carmen Bianchi. – Raúl E. Barrandeguy. – Mara Brawer. – Eric Calcagno y Maillmann. – María E. P. Chieno. – José A. Ciampini. – Stella M. Córdoba. – Roberto J. Feletti. – Jorge A. Landau. – Adriana V. Puiggrós. – Jorge Rivas. – Adela R. Segarra.

9

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

INCLUIR EL TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA EN EL PLAN MÉDICO OBLIGATORIO

Artículo 1º – La infertilidad se reconocerá como la enfermedad que no permite a las mujeres y varones lograr concepción o embarazo. A partir de la presente ley la Cobertura de los Tratamientos de Fertilización Asistida se incluirán en el Plan Médico Obligatorio (PMO) de la República Argentina.

Art. 2º – En todos los casos en que la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida sean requeridas, la cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluidas en la ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regladas por leyes nacionales, las asociaciones, cooperativas, empresas o entidades que presten servicios de salud mediante sistema de prepaga, conforme a lo establecido en la ley 24.754, incluirá: todos los estudios necesarios de diagnóstico de la infertilidad, tratamiento así como también los estudios y/o avances que la medicina de hoy lo requieran para un abordaje integral de la problemática de esta enfermedad, también estarán incluidos los materiales descartables, los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones más la medicación correspondiente a todos los casos.

Art. 3º – Toda prestación médica que hace referencia el artículo 2º de la presente ley se incorporará en el

Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador farmacológico y en el nomenclador nacional de prácticas médicas.

Art. 4º – Los embarazos, partos, cesáreas, puerperio y neonatología producto del tratamiento de la infertilidad, quedarán cubiertos en el Plan Materno Infantil (PMI).

Art. 5º – La atención integral establecida en el artículo 2 de esta ley que genere mayores erogaciones, para los agentes del seguro deberán ser compensadas por la APES, Administración de Prestaciones Especiales.

Art. 6º – El Ministerio de Salud de la Nación llevará a cabo campañas de información y difusión radial, gráfica y televisiva, con relación a los cuidados de la fertilidad poniendo énfasis en la importancia de la edad de la mujer, la utilización de métodos anticonceptivos adecuados, la prevención de infecciones que puedan afectar la fertilidad, control de enfermedades que incidan en la fertilidad, la interacción con el medio ambiente y su impacto en la fertilidad.

Art. 7º – Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el ámbito de sus competencias, a adherir a las disposiciones de la presente ley.

Art. 8º – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Alfredo H. Olmedo. – Daniel E. Asef.

10

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

FERTILIZACIÓN HUMANA ASISTIDA

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto regular el uso de las técnicas para la reproducción humana asistida.

Art. 2º – A los efectos de la presente ley, entiéndase como técnicas de reproducción humana asistida las realizadas con asistencia médica, para la procreación de un hijo biológico.

Art. 3º – Estas técnicas tendrán sólo un fin terapéutico y se aplicarán cuando existan patologías que impidan realizar la concepción en el medio uterino humano.

Art. 4º – Las técnicas de reproducción humana asistida serán de aplicación en casos de esterilidad e infertilidad debidamente diagnosticadas, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente probadas.

Art. 5º – Serán usuarios de estas técnicas, aquellas parejas heterosexuales que acrediten una relación estable de al menos de 3 (tres) años, sean mayores de edad y se encuentren en edad reproductiva.

Art. 6º – A los efectos de prestar el consentimiento informado exigido por la presente ley, el equipo in-

terdisciplinario interviniente tendrá la obligación de informar a los beneficiarios sobre las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

Art. 7º – Los beneficiarios deberán presentar su consentimiento al acceso a estas técnicas por instrumento del público o privado con fecha cierta, donde además acreditarán que han recibido suficiente información de los derechos y deberes que generarán la aplicación de las mismas.

Art. 8º – El hombre y mujer beneficiarios de estas técnicas serán registrados como padres biológicos del sujeto nacido. Esta relación estará sometida a las normas vigentes sobre filiación biológica.

Art. 9º – Queda prohibida la donación de gametos. Los gametos no son objetos de comercio.

Art. 10. – A los efectos de esta ley se consideran “embrión” al óvulo humano fecundado por el espermatozoide humano, dentro o fuera del seno materno.

El embrión es persona y, por lo tanto, sujeto de derechos desde concepción. Ésta se produce en el momento en que el espermatozoide humano penetra al óvulo femenino humano.

Art. 11. – El embrión tiene derecho a nacer, a la salud, a la integridad física, a la identidad, a que se respete su medio ambiente natural y la vida.

Art. 12. – Es irrenunciable la filiación adquirida por el embrión de acuerdo con esta ley.

Art. 13. – La transferencia al útero se hará en un solo acto de todos los embriones fecundados (máximo de 3), según criterio médico.

Art. 14. – A partir de la sanción de la presente ley, queda prohibido:

- a) La criopreservación de embriones;
- b) La adopción de embriones;
- c) La destrucción de embriones;
- d) El uso de los embriones para investigación;
- e) La comercialización de embriones;
- f) La donación de embriones;
- g) La comercialización de gametos.

Exceptúense de lo establecido en los incisos a) y b) del artículo anterior, los embriones que a la fecha de sanción de la presente ley se encuentren criopreservados.

Art. 15. – Los embriones sólo pueden ser producidos para ser implantados en un útero femenino. En el caso de inseminación artificial, sólo se podrá implantar gametos humanos a una mujer.

Art. 16. – Está prohibida la subrogación de vientres, y es nulo todo contrato que se celebre a este efecto.

Art. 17. – Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación; asesorado por un cuerpo consultivo en bioética; representado por profesionales de distintas instituciones, asociaciones,

academias, de la Seguridad Social, del ámbito estatal y privado.

Art. 18. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, un registro único en el que deberán estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida. El mismo funcionará en el ámbito del organismo de fiscalización y control.

Art.19. – La reproducción humana asistida sólo podrá realizarse en los establecimientos que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 20. – 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, las entidades de medicina prepa y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obligatorias y brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura total, integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida. Quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), su diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos de acuerdo a la prescripción del equipo tratante.

Art. 21. – Las técnicas de reproducción humana asistida serán de aplicación en casos de esterilidad e infertilidad debidamente diagnosticados, cuando otras medidas terapéuticas de menor complejidad hubieren sido médicamente descartadas por inadecuadas o ineficaces.

Art. 22. – El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad competente para aplicar las sanciones administrativas previstas en la presente ley para los casos de incumplimiento total o parcial de las obligaciones establecidas en ella o en sus reglamentaciones.

Art. 23. – Facúltase a la autoridad de aplicación a promover la coordinación de la regulación y control de lo establecido en la presente ley, con las autoridades que los gobiernos provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires determinen.

Art. 24. – La infracción o el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones establecidas en la presente ley o de sus reglamentaciones, por parte de los responsables, sean personas físicas o los representantes de las personas jurídicas, serán sancionados por la autoridad de aplicación, previa instrucción del sumario que garantice el derecho de defensa en juicio del presunto infractor, y sin perjuicio de otras responsabilidades administrativas, o civiles y penales en las que haya podido incurrir.

Art. 25. – El monto y el alcance de las sanciones que aplicará la autoridad de aplicación se deben graduar dentro de los límites establecidos en el artículo 27 de la presente ley, considerando:

- a) Los riesgos para la salud de la madre o de los embriones generados;
- b) El perjuicio social o el que hubiera generado a terceros;
- c) El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización asistida;
- d) La gravedad del hecho;
- e) La reincidencia.

Cuando el monto de la multa que corresponda resulte inferior al beneficio obtenido a causa de la comisión de la infracción, la sanción será aumentada hasta el doble del importe en que se haya beneficiado el infractor, sin perjuicio de las otras sanciones no pecuniarias aplicables.

Art. 26. – La autoridad de aplicación determinará las correspondientes sanciones.

Art. 27. – Son infracciones las siguientes conductas:

- a) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida a una persona incapaz;
- b) Omitir la información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consentimiento informado a los beneficiarios o a los donantes de gametos;
- c) Utilizar las técnicas de reproducción humana asistida antes de producirse la fecundación, pese a la revocación de uno o ambos beneficiarios;
- d) Practicar técnicas de reproducción humana asistida no autorizadas por la autoridad de aplicación;
- e) Aplicar las técnicas de reproducción humana asistida sin realizar los estudios previos que diagnostiquen esterilidad e infertilidad y el descarte de otras técnicas de menor complejidad que no hayan dado resultados;
- f) Aceptar una donación de gametos sin cumplir con las exigencias del protocolo obligatorio, conforme lo determine la reglamentación;
- g) Retribuir económicamente la donación de gametos o promoverla por cualquier incentivo económico, lucrativo o comercial;
- h) Vulnerar la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes;
- i) Realizar la transferencia de embriones fecundados en más de un acto;
- j) Practicar sobre los embriones las acciones prohibidas con los alcances establecidos en el artículo 14 de la presente ley, como su criopreservación, adopción, destrucción, uso para investigación o manipulación, comercialización y donación;
- k) Comercializar gametos;
- l) Omitir la remisión de datos que establezca la autoridad de aplicación, conforme lo determine la reglamentación;

- m) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no estén inscritos en el registro establecido en el artículo 19 de la presente ley;
- n) Realizar la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos que no cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación;
- o) Impedir la cobertura total en las prestaciones obligatorias de diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos, de las técnicas de reproducción humana asistida, en obras sociales, asociaciones de obras sociales y en las empresas o entidades, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, que brinden servicios de medicina pre-paga;
- p) Cualquier otra que en el futuro indique la reglamentación.

Art. 28. – Las sanciones administrativas establecidas en la presente ley serán apelables ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal o ante las cámaras federales de apelaciones, según corresponda.

El recurso deberá interponerse fundado ante la autoridad de aplicación dentro de los diez (10) días hábiles de notificada la resolución. En caso contrario, se tendrá por consentida.

Las actuaciones se elevarán a la Cámara de Apelaciones. El recurso será concedido con efecto devolutivo salvo disposición en contrario de la autoridad de aplicación. Por razones fundadas, tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en resguardo de terceros, el recurso podrá concederse con efecto suspensivo.

Art. 29. – Las multas previstas se deben destinar a solventar el funcionamiento del registro establecido en el artículo 19 de la presente ley, al cumplimiento de las obligaciones reguladas y a realizar campañas anuales sobre la difusión del contenido de la presente.

Art. 30. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de promulgada.

Art. 31. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Ivana M. Bianchi.

11

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

LEY DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Artículo 1° – La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho de toda persona al acceso a las técnicas para la reproducción humana asistida y regular su uso.

Art. 2° – A los efectos de la presente ley se entienden como técnicas de reproducción humana asistida a las realizadas con asistencia médica, independientemente del acto coital, para la procreación de hijos o hijas.

Art. 3° – Toda persona mayor de 18 (dieciocho) años, capaz, tiene derecho a acceder al uso de las técnicas de reproducción humana asistida, siempre que haya prestado su consentimiento previo, informado y libre. Cualquiera de la o las personas destinatarias de la práctica tiene derecho a interrumpir el uso de la técnica antes de producirse la implantación. Este consentimiento debe renovarse cada vez que se proceda a la utilización de gametos o embriones.

A los efectos de prestar el consentimiento informado un equipo interdisciplinario tendrá la obligación de informar a la o las personas beneficiarias de la técnica sobre las modalidades, posibles resultados y riesgos de la técnica médica recomendada.

Donación de gametos o embriones

Art. 4° – La donación de gametos y/o embriones se realizará formalmente, por escrito con expreso consentimiento informado de la o las personas donantes a través de un contrato con el centro médico asistencial dedicado a las técnicas de reproducción humana asistida y/o centro receptor de gametos y/o embriones.

Art. 5° – La donación será anónima. Los datos de identidad de las personas donantes de gametos o embriones tienen carácter confidencial y deberán ser reservados por el centro médico asistencial dedicado a las técnicas de reproducción humana asistida y/o centro receptor.

Por orden judicial y cuando comporte un peligro cierto para la vida del nacido y la revelación de la identidad la persona donante resulte indispensable para evitar dicho riesgo, el centro médico asistencial dedicado a las técnicas de reproducción humana asistida y/o centro receptor tomará contacto con la persona donante a fin de poner en su conocimiento tal situación e invitar a brindar su colaboración. la persona donante tendrá derecho a rehusarse sin ninguna consecuencia jurídica.

El contacto realizado con la persona donante para este fin tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de la o las personas donantes de gametos o embriones.

El centro médico asistencial dedicado a las técnicas de reproducción humana asistida y/o centro receptor deberá garantizar la confidencialidad de los datos de identidad de las personas donantes.

Art. 6° – Los centros de salud y profesionales actuantes tienen la obligación de realizar procedimientos seguros para la recolección y manipulación de gametos y embriones.

Gestación por sustitución

Art. 7º – La gestación por sustitución requiere el consentimiento previo, informado y libre de todas las partes intervinientes en el proceso y debe ser homologado judicialmente.

El juez homologará el consentimiento de las partes intervinientes sólo si se acredita que:

- a) La gestante tiene plena capacidad y buena salud física y psíquica;
- b) El o los comitentes poseen imposibilidad de concebir o de llevar un embarazo a término;
- c) La gestante no se ha sometido a un proceso de gestación por sustitución más de dos (2) veces;
- d) La gestante no ha recibido retribución. No se considerará retribución a los pagos por compensaciones o gastos necesarios para la realización de las técnicas habilitadas y reguladas por la presente ley.

Art. 8º – Los centros de salud no pueden proceder a la transferencia embrionaria en la gestante por sustitución sin la autorización judicial. Si se carece de autorización judicial previa, la filiación se determina por las reglas de la filiación por naturaleza.

Identidad y filiación

Art. 9º – Las personas nacidas de gametos o embriones donados por terceros serán reconocidas como hijos o hijas de la o las personas beneficiarias de la técnica de reproducción humana asistida. La o las personas destinatarias de la técnica no podrán impugnar la maternidad o paternidad de los hijos o hijas nacidos, a menos que no hubieren prestado su consentimiento informado.

Si la persona beneficiaria de la técnica es casada y su cónyuge no hubiere prestado su consentimiento informado no regirá la presunción de filiación por matrimonio.

Los hijos o hijas nacidos de una mujer por las técnicas de reproducción humana asistida son también hijos/as del hombre o de la mujer que ha prestado su consentimiento previo, informado y libre, con independencia de quién haya aportado los gametos.

En los casos de gestación por sustitución la filiación queda establecida entre los hijos o hijas nacidos, y el o los comitentes mediante la prueba del nacimiento, la identidad del o los comitentes y el consentimiento debidamente homologado por autoridad judicial.

Art. 10. – La persona donante de gametos o embriones no podrá en ningún caso reclamar derechos vinculados a la filiación sobre las personas nacidas de los gametos o embriones por ella donados. Las personas nacidas de gametos o embriones donados no podrán reclamar a la persona donante derechos vinculados a la filiación.

Embriones y gametos

Art. 11. – Los gametos y embriones se pueden conservar únicamente en los centros donde se realizan las técnicas de reproducción humana asistida. Los derechos sobre los embriones criopreservados corresponden a las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida. Cuando los gametos y embriones no sean reclamados después de un período de diez (10) años deben ser descartados.

Art. 12. – Durante el período de conservación, los embriones y gametos pueden ser donados por decisión de las personas destinatarias de las técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 13. – Queda prohibida la comercialización de embriones y gametos. No se considerará comercialización a los pagos por compensaciones, prestaciones, honorarios o gastos necesarios para la realización de las técnicas habilitadas y reguladas por la presente ley.

Autoridad de aplicación

Art. 14. – Será autoridad de aplicación de la presente ley, el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 15. – Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, un registro único en el que deberán estar inscritos todos aquellos establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida y centros receptores de gametos. La autoridad de aplicación deberá publicar anualmente los datos de actividad de los centros relativos al número de técnicas y procedimientos de diferente tipo para los que se encuentran autorizados, estadísticas anuales que releven datos de diagnósticos, tratamientos y resultados de la aplicación de las diferentes técnicas de reproducción humana asistida, por centro asistencial.

Art. 16. – El Ministerio de Salud de la Nación implementará campañas de difusión de cuidados de la fertilidad brindando información sobre la prevención de infecciones que puedan afectar la fertilidad, la utilización de métodos anticonceptivos adecuados, las probabilidades de éxito de embarazo o de uso de las técnicas de reproducción humana asistida de acuerdo con la edad de la mujer, el control de enfermedades que incidan en la fertilidad, la interacción con el medio ambiente y su impacto en la fertilidad.

Cobertura

Art. 17. – El sistema 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados/as independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestaciones obli-

gatorias y brindar a sus afiliados/as o beneficiarios/as, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida.

Quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) el diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos de las técnicas de reproducción humana asistida para toda persona que así lo solicita sin ningún tipo de distinción ni otros límites que no estuvieran contemplados en esta ley.

Sanciones

Art. 18. – Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, la autoridad de aplicación deberá aplicar las siguientes sanciones, en conformidad con las pautas establecidas con el artículo 19 de la presente ley. Las sanciones pecuniarías calculadas en salarios mínimos deberán tomar en cuenta el salario mínimo, vital y móvil fijado por el Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil, vigente al momento de la infracción.

- a) Los profesionales de la salud y los establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida y centros receptores de gametos y/o embriones que omitan información sobre las técnicas de reproducción humana asistida o el consentimiento informado a los beneficiarios o a los donantes de gametos y/o embriones serán sancionados con una multa de entre diez (10) y cincuenta (50) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor, en un medio grafico masivo, conforme lo determine la reglamentación.

La reiteración de esta conducta podrá habilitar la suspensión de la inscripción en el registro regulado por el artículo 15 de la presente ley por el término de quince (15) días a un (1) año;

- b) Los profesionales de la salud y los establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida y centros receptores de gametos y/o embriones que vulneren la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes serán sancionados con una multa de entre veinticinco (25) y cien (100) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor, en un medio grafico masivo, conforme lo determine la reglamentación;
- c) La reiteración de esta conducta podrá habilitar la suspensión de la inscripción en el registro regulado por el artículo de 15 de la presente ley por el término de quince (15) días a un (1) año y/o la cancelación definitiva del

registro establecido en el artículo 15 de la presente ley;

- d) Los profesionales de la salud y los establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida y centros receptores de gametos y/o embriones que utilicen las muestras antes de producirse la implantación, pese a la revocación de uno o ambos beneficiarios, serán sancionados con una multa de entre veinticinco (25) y cien (100) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor, en un medio grafico masivo, conforme lo determine la reglamentación;

La reiteración de esta conducta podrá habilitar la suspensión de la inscripción en el registro regulado por el artículo 15 de la presente ley por el término de seis (6) meses a dos (2) años y/o la cancelación definitiva del registro establecido en el artículo 15 de la presente ley;

- e) Los profesionales de la salud y los establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida y centros receptores de gametos y/o embriones que acepten una donación de gametos sin cumplir con las exigencias de la presente ley serán sancionados con una multa de entre veinticinco (25) y cien (100) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor, en un medio grafico masivo, conforme lo determine la reglamentación.

La reiteración de esta conducta podrá habilitar la suspensión de la inscripción en el registro regulado por el artículo 15 de la presente ley por el término de seis (6) meses a dos (2) años;

- f) Los profesionales de la salud y los establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida que en un caso de gestación por sustitución procedan a la transferencia embrionaria en la gestante sin la previa autorización judicial serán sancionados con una multa de entre veinticinco (25) y cien (100) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor, en un medio gráfico masivo, conforme lo determine la reglamentación.

La reiteración de esta conducta podrá habilitar la suspensión de la inscripción en el registro regulado por el artículo 15 de la presente ley por el término de seis (6) meses a dos (2) años y/o la cancelación definitiva del registro establecido en el artículo 15 de la presente ley;

- g) Los profesionales de la salud y los establecimientos médicos que realizan las técnicas de reproducción humana asistida y centros recep-

tores de gametos y/o embriones que realicen la práctica de técnicas de reproducción humana asistida en un establecimiento que no esté inscripto en el registro establecido en el artículo 15 de la presente ley serán sancionados con una multa de entre veinticinco (25) y doscientos (200) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor, en un medio gráfico masivo, conforme lo determine la reglamentación.

La reiteración de esta conducta podrá habilitar desde la suspensión por el término de dos (2) años hasta la cancelación definitiva del establecimiento;

- h) El incumplimiento de las obras sociales, hospitales públicos, asociaciones de obras sociales y en las empresas o entidades cualquiera sea la forma jurídica que tengan, en las prestaciones obligatorias de diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos de las técnicas de reproducción humana asistida será sancionado con una multa de entre cincuenta (50) y ciento cincuenta (150) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor en un medio gráfico masivo, conforme lo determine la reglamentación.

La reiteración de esta conducta podrá habilitar la suspensión de la inscripción en el registro regulado por el artículo de 15 de la presente ley por el término de un (1) año a cinco (5) años y/o la cancelación definitiva del registro establecido en el artículo 15 de la presente ley;

- i) El incumplimiento de cualquier otra obligación o la comisión de cualquier prohibición de las establecidas en la presente ley será sancionado con una multa desde diez (10) hasta cincuenta (50) salarios mínimos y la publicación de la resolución que la imponga, a cargo del infractor, en un medio gráfico masivo, conforme lo determine la reglamentación.

Art. 19. – El monto y el alcance de las sanciones que aplicará la autoridad de aplicación se deben graduar dentro de los límites establecidos en el artículo 19 de la presente ley, considerando:

- Los riesgos para la salud de las personas involucradas en la implementación de las técnicas de reproducción humana asistida o de los embriones generados;
- El daño social o generado a terceras personas;
- El importe del eventual beneficio pecuniario obtenido por la realización del tratamiento de fertilización asistida;
- La gravedad del hecho;
- La reincidencia.

Cuando el monto máximo de la multa que corresponda resulte inferior al beneficio obtenido a causa de la comisión de la infracción, la sanción será aumentada hasta el doble del importe en que se haya beneficiado al infractor, sin perjuicio de las otras sanciones no pecuniarias aplicables.

Art. 20. – Las sanciones administrativas establecidas en la presente ley serán apelables ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal o ante las cámaras federales de apelaciones, según corresponda.

El recurso deberá interponerse fundado ante la autoridad de aplicación, dentro de los diez (10) días hábiles de notificada la resolución. En caso contrario, se tendrá por consentida.

Las actuaciones se elevarán a la Cámara de Apelaciones que resolverá sin sustanciación. El recurso será concedido con efecto devolutivo salvo disposición en contrario de la autoridad de aplicación. Por razones fundadas, tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en un resguardo de terceros, el recurso podrá concederse con efecto suspensivo.

Art. 21. – Los importes resultantes de la aplicación de las multas previstas en la presente ley, se deben destinar a solventar a los servicios públicos de salud que realicen técnicas de reproducción humana asistida.

Art. 22. – El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro del término de noventa (90) días de promulgada.

Art. 23. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Marcela V. Rodríguez.

Sr. Presidente (Domínguez). – En consideración en general.

A los fines de informar el dictamen de mayoría, tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: el proyecto de ley a consideración del cuerpo tiene por objeto debatir en torno del acceso de la población a procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida.

Los avances científicos producidos principalmente en el último siglo generaron cambios profundos en los conceptos sociosanitarios que dan sustento a nuestro imaginario social. La humanidad tuvo acceso a métodos y técnicas, antes nunca imaginados, que cambiaron el límite de lo posible.

En ese contexto, como legisladores nacionales de un país que ha incorporado y asegurado el acceso a derechos sociales inclusivos y

progresistas, debemos pensar en una nueva ley, con una mirada inclusiva, equitativa y responsable, que no deje afuera a ningún sector del amplio abanico social que pudiese beneficiarse con esta ley. Sin embargo, también debemos considerar la finitud de los fondos destinados a salud, tanto desde lo público como desde lo privado. Esto, en el marco de un sistema de salud de asistencia sanitaria en todo nuestro territorio que sabemos es fragmentado y complejo.

Esta ley es un tema pendiente, una deuda social. Durante más de treinta años se utilizaron diferentes técnicas científicas para complementar y lograr la concreción de un embarazo en aquellos casos en los que éste no se producía de manera natural.

Desde los famosos bebés de probeta, épocas en las que nos planteábamos esa circunstancia como algo lejano y casi de ciencia ficción, hasta la actualidad en la que muchísimas personas, en pareja o no –desde familias heterosexuales hasta homosexuales que han podido concretar su deseo mediante la intervención de la ciencia médica, ya sea con técnicas de baja o de altísima complejidad–, hemos visto pasar por esta casa un sinnúmero de proyectos legislativos.

Casi simultáneamente con los primeros casos médicos comenzaron a aparecer las primeras iniciativas que intentaban regular con diferentes criterios, consensos y suerte, algunos temas atinentes a la fecundación humanamente asistida.

El primer proyecto ingresa a la Cámara de Diputados de la Nación en el año 1985. Han pasado veintisiete años. Sin embargo, fue durante la última sesión del año 2011 cuando los legisladores, por lo menos muchos de los que están aquí presentes, quedamos con una deuda de honor con los ciudadanos y las ciudadanas que, a través de las diferentes ONG o en soledad, nos habían acompañado largamente en los debates de las comisiones cuando tuvimos que redactar los diferentes proyectos y nos habían hecho ver y vivir sus luchas, para luego asistir a una larga vigilia de la cual se retiraron frustrados y con las manos vacías.

Mientras tanto, la insuficiente regulación legislativa específica sobre el tema, tanto a nivel nacional como provincial, ha determinado que, a partir de acciones legales entabladas por particulares, sea en la actualidad el Poder Judicial

el encargado de establecer la extensión y oportunidad de este derecho, con un criterio absolutamente arbitrario y dependiente de conceptos regionales o convicciones personales.

Sin duda, somos los legisladores, como representantes elegidos democráticamente por ese mismo pueblo que reclama, los encargados de determinar la extensión de sus alcances y sus limitaciones.

No queremos que esto vuelva a ocurrir. Es hora de que pongamos fin a tanta angustia, desazón o desesperanza de millares de personas –en pareja o no– que, por razones médicas o de otra índole, pero profundamente humanas, sienten el dolor de la desigualdad por no contar con los recursos económicos necesarios.

Así, ven pasar los años observando cómo se agotan las escasas posibilidades fisiológicas o biológicas que poseen, sin concretar ese anhelo inalienable –que no debería ser negado a ningún ser humano– de verse recreados en la figura de un hijo.

Llegó la hora. Para poder concretar este compromiso vamos a abocarnos a poner en tratamiento un dictamen diferente a los muchos proyectos presentados en esta Cámara. Se trata de un dictamen mucho más acotado pero con un alto grado de consenso, con el que vamos a regular no sólo algunos aspectos de los que se habían planteado sino el acceso a este derecho.

También es cierto que cuando empezamos a replantear el tema a comienzos del presente año legislativo, con una nueva conformación de la Cámara y de las comisiones, entraba en juego otro actor social: el nuevo Código Civil y Comercial.

El ingreso al debate público del nuevo Código nos llevó a una nueva dilación en el tratamiento de este tema, ya que desde hace pocos días se encuentra en la Cámara de Senadores, y sabemos que cuando tengamos que tratar esta nueva norma nos espera allí otro debate fundamental, que incluirá muchos de los temas que estaban previstos en los proyectos originales.

La presencia de ese nuevo proyecto o nuevo desafío que va a representar para todos los legisladores el nuevo Código Civil nos lleva a poner hoy en consideración este dictamen acotado –como decía–, que solamente considera algunos aspectos de los proyectos originales,

que serán completados cuando llevemos adelante y concluyamos el tratamiento del Código Civil.

Llegamos así a un dictamen que incorpora sólo algunos puntos fundamentales, pero suficientes para poner en marcha esta rueda y esta concatenación de acciones que, sin duda, dará satisfacción y solución a la gran mayoría de los ciudadanos y ciudadanas que esperan esta ley para poder concretar el sueño de la procreación.

Señor presidente: en este dictamen ponemos en debate, en primer término, el objeto que marca esta norma, que está definido de la siguiente forma: garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico asistenciales de reproducción médicamente asistida. Esta definición excede ampliamente el concepto economicista de la mera cobertura, o el antiguo concepto reduccionista que lleva a la infertilidad a ser exclusivamente sinónimo de la palabra “enfermedad”.

Éste es un acceso a un derecho: el de ser beneficiario de estas técnicas y procedimientos. El acceso a este derecho es muy importante, como también lo es dejar en claro que esta norma respeta la posibilidad de todas las personas que hoy acceden libremente por no haber una legislación específica de reproducción asistida.

Todas estas personas podrán seguir siendo beneficiarias, y en ellas se podrá incluir tanto a las personas que tienen alguna patología como a las que no tienen ninguna patología pero que, por su decisión de vida, necesitan de la ciencia para poder concretar su anhelo de ser padres o madres.

De la misma manera, incorpora todos los procedimientos y técnicas –desde los de muy baja complejidad hasta los de alta complejidad– utilizados para la consecución de un embarazo, sea éste con donación de gametos o embriones, con la conservación que se considere más efectiva y prudente.

De manera que no es una ley restrictiva en ningún aspecto y recoge en el derecho prácticas que son ampliamente utilizadas desde hace décadas, previendo que el organismo de aplicación pueda incorporar progresivamente nuevas técnicas que se desarrollen en el futu-

ro, evitando así la necesidad de modificaciones legislativas posteriores.

En el caso de los artículos que atienden el tema de la cobertura, hemos pensado en el alcance de esta última desde una definición de política pública vinculada con la equidad en el acceso a los avances científicos y el goce de la salud. Como decíamos antes, hemos pensado en quienes hoy no pueden acceder a estas técnicas, que constituyen el amplio universo de la clase media trabajadora y de las clases más vulnerables, es decir, aquellos que no cuentan con el dinero necesario para solventarlas.

Ya hemos visto que en aquellas provincias en las cuales se han sancionado leyes de igual o parecido tenor, los costos de estas técnicas han bajado sustancialmente; digamos que se han tenido que acomodar a la situación de competencia que los organismos estatales y las obras sociales generan.

Algunas mujeres que vienen peleando esta batalla desde hace muchos años, que seguramente hoy nos están acompañando desde las galerías, nos planteaban que se han visto obligadas a elegir entre comprar una vivienda o pagar las técnicas de fertilización asistida. Es una situación muy triste, muy preocupante, tener que elegir entre una casa y un hijo.

Creo que justamente esta ley va a venir a responder a ese universo social que tiene que optar permanentemente entre diferentes aspectos de su vida y no puede lograr la satisfacción en todos.

Para que quede claro, el nivel de cobertura que hemos especificado a través de los diferentes artículos de esta norma alcanza a los procedimientos de reproducción médicamente asistida que están reconocidos por la Organización Mundial de la Salud. Estos procedimientos y técnicas son conocidos como de baja complejidad, en primer término, o también RMA, reproducción médicamente asistida. Se incluyen las técnicas de reproducción humana asistida, también avaladas por la OMS, determinadas con la sigla TRA, conocidas anteriormente como de fertilización in vitro.

Elas incluyen todas aquellas en las que haya algún grado de manipulación de gametos, ya sean femeninos o masculinos, y embriones. Se tienen en cuenta la obtención de gametos, la

fecundación in vitro, la transferencia de embriones y de gametos y la criopreservación de los mismos.

En este capítulo la norma es específica cuando dice, claramente, que no se limita sólo a las técnicas enumeradas sino que abarca a todas aquellas que se puedan incorporar en el futuro como resultado de avances científicos y que sean aprobadas por el organismo de aplicación.

Sin embargo, todas estas técnicas quedarán sujetas al criterio de oportunidad y reglamentación del organismo de aplicación, el que hemos determinado, a través del artículo 3° de este proyecto, que sea el Ministerio de Salud de la Nación.

A través de ese artículo también queda expresada la incorporación de estas técnicas al PMO, Programa Médico Obligatorio, quedando establecido que será el Ministerio de Salud, como órgano de aplicación, quien determinará la cantidad, frecuencia y criterios en general con que se dará cobertura dentro del PMO.

Si bien el ministerio podrá reglamentar, no podrá incorporar criterios que impliquen la exclusión de un grupo social por su orientación sexual o su estado civil. Esto también queda expresamente planteado en el proyecto de ley.

En este sentido, se deja sentado el principio democratizador de acceso a la tecnología reproductiva, reconociendo su importancia para el goce de la salud reproductiva de tantas personas, y se lo hace sin desconocer ni retroceder respecto de los avances técnico científicos utilizados hoy en relación con la tecnología reproductiva, y sin ignorar la finitud del recurso, que se presenta cual espada de Damocles sobre las familias más vulnerables.

Como punto final, y dado que me quedan pocos minutos para exponer, quiero leer y definir algunos aspectos de lo que la Organización Mundial de la Salud plantea como técnicas de reproducción asistida. Las TRA incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye pero no está limitado sólo a la fecundación in vitro y a la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica o intrauterina de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embrio-

nes, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos, espermatozoides y el útero subrogado. Las técnicas de reproducción asistida no incluyen inseminación asistida, pues éstas son técnicas de baja complejidad que están incluidas dentro de lo que habíamos definido anteriormente como RMA.

También dentro de este glosario la Organización Mundial de la Salud define como técnicas de reproducción la donación de embriones y gametos, el diagnóstico genético de preimplantación, la criopreservación, la cirugía reproductiva, como asimismo la estimulación ovárica, la estimulación ovárica controlada y la fecundación in vitro, otra técnica por la cual están muy preocupadas algunas organizaciones y mujeres.

Estarían incorporadas asimismo las ICSI –así denominadas por su sigla en inglés–, que son las inyecciones intracitoplasmáticas de espermatozoides.

—Ocupa la Presidencia la señora vicepresidenta 1ª de la Honorable Cámara, profesora Norma Amanda Abdala de Matarazzo.

Sra. Chieno. – Todas estas técnicas definidas en el glosario que provee la Organización Mundial de la Salud están incorporadas dentro de lo que nosotros planteamos en el artículo 8°, cuando decimos que se dará cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje diagnóstico y de procedimientos que la Organización Mundial de la Salud define como reproducción médicamente asistida.

Creo que este proyecto de ley, aunque acotado y sin entrar en discusiones en profundidad sobre otros temas como la identidad y la filiación, pondrá en marcha en todo el territorio argentino este nuevo derecho. Luego, iremos mejorándolo y complementándolo en la medida en que veamos que sea necesario, pero constituye un primer paso muy importante que brindará respuesta al gran universo de las familias y personas que lo necesitan.

Por lo expuesto, solicito a los señores diputados el acompañamiento de este dictamen de mayoría. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Majdalani. – Señora presidenta: finalmente y después de muchos años de lucha llegamos hoy a este recinto a saldar una deuda que tenemos con las miles de personas que necesitan esta norma.

En nuestro país se realizan estas prácticas con mucho éxito desde hace más de veinte años. Sin embargo, este Congreso nunca antes se había abocado a brindar una regulación a este tema.

Esta enfermedad –la infertilidad es una enfermedad, y ahí radica la diferencia fundamental entre el dictamen de mayoría y el que yo suscribo– angustia a una de cada seis personas que están en edad de procrear.

Yo pensé que el día que me sentara en esta banca para tratar este proyecto, por el que milité desde que asumí como diputada, iba a estar inmensamente feliz. Lamentablemente, hoy tengo que decir que no es así, que no estoy feliz, porque no estoy conforme con lo que vamos a votar. El dictamen de mayoría me resulta incompleto porque deja todo librado el Ejecutivo, y eso me preocupa.

Nosotros, como representantes del pueblo, tenemos la obligación de que esta Cámara sancione las mejores leyes posibles, las más completas, y que digan taxativamente qué es lo que queremos que pase o que se modifique. Lamentablemente, esto hoy no es así. Nosotros estamos incumpliendo con nuestra obligación.

La señora diputada Chieno, a quien respeto y entiendo que ha trabajado a conciencia, acaba de decir que éste es un primer paso y que después iremos mejorando la ley. Ahora bien, después de más de veinte años de espera, ¿necesitamos aprobar algo para tener que mejorarlo más adelante? ¿No podemos aprobar algo que se asemeje a lo mejor, que sea completo, que contemple toda la problemática y dé soluciones a esta cuestión? ¿Por qué tenemos que sancionar algo que es un escalón de una larga escalera? ¿Por qué no nos abocamos a sacar una ley como la gente?

Además de no ser completo, este dictamen de mayoría tiene un problema muy importante, y quizás mucho más importante porque se da en nuestro país: no contempla el derecho a la identidad. Esto quiere decir que una persona nacida con alguna de estas técnicas no tiene

derecho a conocer quién hizo posible su vida. Esto es realmente muy peligroso, porque además de no tener derecho a su identidad esa persona quizás necesite saber quién es su donante por una cuestión médica o genética, cuestión que este proyecto no contempla.

Otra cosa que no hace este dictamen es crear un registro único de donantes de gametos y de embriones, y eso es realmente muy preocupante. ¿Por qué? Porque esta ley tiene que cuidar a futuras generaciones. No puede un donante donar cualquier cantidad de veces y ese material ser empleado en un sinnúmero de receptores, porque entonces el día de mañana tendremos en el país un problema genético muy serio.

Lo que propone hoy la mayoría, a mi criterio –lo digo con mucho respeto–, va a ser una ley impracticable. El presupuesto de salud de nuestro país es finito, tiene un fin, es acotado, no sobra; al contrario, falta. Lamentablemente, este proyecto no tiene ninguna manera de ser acotado.

Yo pregunto cómo va a hacer la autoridad de aplicación para decidir a quién le va a cubrir el tratamiento y a quién no. ¿Cuál va a ser el parámetro que va a tomar? ¿Cuál va a ser la regla con la que medirá para decir “a vos te lo cubro” y “a vos no”? ¿La edad, el sexo, la inclinación sexual, si es soltero, si es casado, si es rubio, si es morocho? Han querido establecer una igualdad de derechos y van a terminar haciendo todo lo contrario, porque no va a haber manera de solventar lo que estipula esta ley, tal como está escrito.

La infertilidad es sin duda una enfermedad que la Organización Mundial de la Salud ha reconocido hace ya muchos años, que además de esa dolencia trae aparejada una gran frustración para quienes la padecen. Creo que nosotros, como representantes del pueblo con obligaciones, no podemos desatender a esa gente y crearles otra frustración más grande.

Después de años de espera, hoy les vamos a dar “un paso”, como dijo la diputada Chieno, no una ley de excelencia. Eso me preocupa, y además creo que abrimos la puerta a un montón de amparos de ambas partes, es decir, tanto de quienes necesitan el tratamiento como de quienes van a estar obligados a cubrirlo.

¿Qué es lo que va a pasar? Vamos a seguir retrasando a quienes necesitan urgentemente estos tratamientos. Eso es directamente proporcional al agravamiento de la enfermedad, porque en la mayoría de los casos de mujeres con problemas de ovulación, con el paso del tiempo ellos se profundizan. Entonces, volvemos a retrasar la solución y a desilusionar a los miles de personas que necesitan de esta ley.

Quiero aclarar algo que es muy importante. Mi proyecto se basa fundamentalmente en que la infertilidad es una enfermedad. Entonces, para que la persona solicitante del tratamiento tenga cobertura debe tener un diagnóstico médico que diga que padece esa enfermedad.

Pero en ningún lado, en ningún momento y en ninguna de las notas que he dado dije que no quiero que esta ley esté al alcance de todos. Quiero que esté al alcance de absolutamente todas las personas, “todos y todas”, que padezcan de infertilidad. A mí no me interesa cuál es su inclinación sexual, su estado civil ni su edad. Eso lo analizarán los médicos. Lo que sí me interesa es que todos los que están enfermos reciban el tratamiento correspondiente y tengan la cobertura sin ningún tipo de distinción.

Mi proyecto dice que todos los que están enfermos pueden acceder a este tratamiento con cobertura. Quiero dejar esto muy claro porque muchas veces he escuchado que dicen que no estamos de acuerdo con los matrimonios igualitarios. Para nada es así. Esto no pasa por allí. La gran diferencia es que para mí la infertilidad es una enfermedad mientras que para el oficialismo no lo es. Para el oficialismo es un derecho universal. Ahora bien, yo pregunto ¿cómo un derecho universal va a estar incluido en el Programa Médico Obligatorio, que es el programa que cubre las prácticas médicas que se usan para curar o tratar enfermedades?

He pensado mucho respecto de qué hacer cuando me toque votar en el día de hoy porque no estoy de acuerdo con el enfoque que le da al tema el dictamen de mayoría. Pero sí estoy de acuerdo –y vengo reclamando desde hace mucho tiempo– en que esta ley debe existir. Después de plantearme a mí misma esta cuestión he decidido que voy a acompañar en general el dictamen de mayoría para dejar bien sentada mi postura respecto de la urgente necesidad de

la existencia de esta ley, pero no voy a apoyar en particular ninguno o casi ninguno de los artículos, salvo que la diputada Chieno acepte alguna de mis modificaciones.

Desde que soy diputada nacional he trabajado con el resto de mis pares a conciencia durante dos años, con mucho respeto y cada uno de nosotros fue dejando algo. Todos cedimos una parte durante dos años para llegar al dictamen de mayoría que aprobamos en general el 30 de noviembre del año pasado.

Lamento mucho que todo ese trabajo hoy no se respete. También lamento que se haya llegado a las cuatro comisiones a las que fue girado el proyecto con un dictamen ya escrito. Se lo pasó a la firma sin antes escuchar lo que cada diputado tenía que decir.

Nuevamente, lamento mucho que este Congreso de la Nación vuelva a delegar en el Poder Ejecutivo funciones específicas del Parlamento. Realmente lamento que hoy nos perdamos una gran oportunidad. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra el señor diputado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sr. Triaca. – Señora presidenta: en nuestro bloque hay posturas muy cercanas; quizás en algunos conceptos tengamos diferencias, por lo que presentamos distintos dictámenes.

Antes que nada quisiera aclarar un punto de vista personal. Cuando me estaba preparando para explicar el contenido de mi dictamen, pensaba en mis hijas: Rosario, de cuatro años, y Esmeralda. Gracias a técnicas de fertilización asistida son mis hijas. Pensaba qué les voy a decir cuando ellas tengan la posibilidad de entender qué votamos hoy.

Cuando observo el proyecto del oficialismo, veo que es un mar de temas lo que se está intentando analizar, pero con un centímetro de profundidad. No van a la discusión de fondo ni a lo que muchos de nosotros –que hemos tenido que recurrir a la fertilización asistida– hemos vivido y nos ha tocado pasar, desde lo físico, científico, médico, moral y religioso.

Por eso, mi dictamen tiene una vinculación mucho más estrecha y concreta con cada una de esas áreas que nos ha tocado vivir como personas. En el caso mío fue como consecuencia de una lesión medular hace veintinueve años.

O sea que me he enfrentado a la secuela de esa lesión.

Cuando digo que este debate requiere de un mayor nivel de profundidad, entiendo que debemos efectuar un análisis de lo que el Poder Ejecutivo y de lo que nosotros como Poder Legislativo debemos procurar.

Los recursos son escasos para asistir este tipo de patologías. En el caso del oficialismo se habla de derechos.

Cuando los recursos son escasos, el Estado tiene que establecer criterios de priorización, porque cuando ampliamos libremente los derechos y decimos que todos tenemos derecho a tal o cual cosa, habitualmente los más necesitados son los más perjudicados a la hora de asistirse. Cuando todos somos beneficiarios de algo, resulta que después nadie es beneficiario de nada.

En el caso particular de este tipo de técnicas, existe un alto costo que requiere de un nivel de atención mucho mayor.

Por eso, cuando elaboramos nuestro dictamen, no sólo les pedimos asistencia a usuarios o beneficiarios de técnicas de fertilización asistida, sino a centros y médicos que realizan este tipo de prácticas. Por supuesto, también a efectores de salud del Estado nacional y los estados provinciales, obras sociales nacionales y provinciales y también a las prepagas. Ello porque es muy importante entenderlo como un sistema en su conjunto.

En ese sentido, hemos determinado algunas precisiones y quizás la mayor diferencia con el dictamen de mi compañera de bloque tiene que ver con que establecemos definiciones y criterios mucho más concretos y específicos para ese orden de prioridades.

Nosotros coincidimos con el dictamen de la diputada Majdalani en que este tema debe ser abordado con un fin terapéutico y siguiendo los principios de gradualidad y consentimiento informado; es decir que las personas que tengan la oportunidad de llevar adelante tratamientos de fertilización en los que su diagnóstico lo permita, lo puedan hacer a partir de procesos graduales y de información claramente elaborada para que puedan tomar las decisiones al respecto.

Damos prioridad a aquellas que están en las franjas etarias más complejas a la hora de ser beneficiarias del tratamiento.

También damos una posibilidad concreta al sector científico para que elabore las mejores técnicas que permitan tener efectividad. En ese sentido, tenemos que decir que acotamos las posibilidades de tratamiento pensando también en lo oneroso que resulta y en la posibilidad de ampliar la cantidad de beneficiarios.

Entre otras prioridades colocamos a las parejas sin hijos como los primeros beneficiarios de este régimen, y también a quienes carezcan de todo tipo de cobertura.

Consideramos que este régimen debe incorporarse dentro de la Administración de Programas Especiales, que hoy está en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

Creemos que las técnicas de fertilización deben apuntar a evitar la criopreservación, comercialización, donación y destrucción de embriones y el uso de éstos para la investigación.

Damos el carácter de autoridad de aplicación al Ministerio de Salud y creamos para asesoramiento un Cuerpo Consultivo de Bioética, conformado por profesionales de distintas asociaciones e instituciones académicas de la seguridad social, tanto del ámbito estatal como privado.

También damos a los profesionales médicos la oportunidad de recurrir a la objeción de conciencia en el caso de que la aplicación de las técnicas vaya en contra de sus principios.

Reitero que este debate es muy importante pero requiere de mayor profundidad, ya que involucra el rol que debe tener el Estado y requiere de un orden de prioridades, porque estamos hablando de recursos altamente onerosos para el conjunto de aportantes a los sistemas de seguridad social.

Es por ello que más allá de que apoyamos la aplicación de las técnicas de fertilización asistida en algunos casos, y de que creemos que tenemos que dar un debate un poco más profundo y no dejar todo exclusivamente, como plantea el dictamen del oficialismo, en manos del ámbito regulatorio del Ministerio de Salud, consideramos que nuestro dictamen permite un mayor intercambio sobre cada uno de los temas, observa algunas de esas cuestiones y re-

suelve muchas de las dudas que tienen los beneficiarios de técnicas de fertilización asistida.

No obstante ello, y sabiendo que está asegurada la votación afirmativa para el dictamen del oficialismo, pedimos a la Presidencia habilite la posibilidad de la abstención en los casos en que lo estimemos conveniente. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Bianchi (M. C.). – Señora presidenta: el proyecto que estamos discutiendo, como ya se ha dicho aquí es, por un lado, el resultado de la lucha de miles de ciudadanos y ciudadanas que, durante los últimos veinte años, han reclamado por sustraer del mercado y construir una acción de salud basada en un conjunto de procedimientos médicos y asistenciales que les permitan superar las limitaciones que hoy les impiden constituir una familia según sus necesidades.

Sin embargo, no es repetitivo recalcar que esta deuda empieza a ser saldada en el marco de este proyecto político, que se propuso la tarea de igualdad e inclusión como un aspecto privilegiado, y como motor y objetivo de la gestión de gobierno.

En el proyecto presentado por doce legisladores del Frente para la Victoria proponemos regular de manera acabada las situaciones que hacen a la propia aplicación de las técnicas y a las condiciones previas; y sobre todo, a atender a la mejor regulación del conjunto de relaciones sociales novedosas emergentes de la incorporación de estas prácticas. También, al mejor desarrollo de una política pública.

De este modo incorporábamos cuestiones como las mencionadas por los diputados preopinantes, como la regulación de la donación de gametos y embriones, la conservación, la filiación, los registros de donantes y las identidades médicas.

Estas cuestiones las hemos planteado en acuerdo con las convicciones políticas y han sido sumamente provechosas en el debate con las otras fuerzas políticas, con las organizaciones sociales y con los ciudadanos involucrados.

Sin embargo, no se escapa a la comprensión del conjunto que sobre algunas de estas cues-

tiones no ha sido posible lograr el consenso que permita garantizar y dar cumplimiento al compromiso que esta Honorable Cámara ha tomado con los ciudadanos y ciudadanas expectantes desde fines del año pasado.

Así es que nosotros hemos acogido con beneplácito la propuesta de tratamiento en esta ocasión del reconocimiento del derecho fundamentalmente, y de la obligatoriedad de la prestación de los procedimientos y técnicas de fertilización asistida, y dejar para dar tratamiento a las otras cuestiones en ocasión del abordaje del Código Civil que ya ingresó a este Congreso Nacional.

Queda para esa oportunidad la discusión, sobre la que disintimos, respecto del derecho a la identidad, tal como ha sido planteado recientemente en este recinto, y subsisten muchos otros aspectos sobre los que no pudo conseguirse consenso al momento de las discusiones en las comisiones.

Por ese motivo hemos apoyado, por supuesto, el dictamen de mayoría y vamos a votar en consecuencia, porque creemos que lo más importante es recuperar y reconocer este derecho y las obligaciones de la prestación. Lo hacemos en la convicción de estar siendo fieles a nuestro compromiso de poner la política al servicio del mejoramiento de la vida cotidiana de nuestro pueblo, por sobre toda otra consideración.

Por eso, acompañamos el dictamen de mayoría, porque sabemos que una de cada seis familias de la Argentina alivia con este paso sus angustias, y también que nuestro país está dando un paso más hacia la igualdad y la inclusión. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Storani. – Señora presidenta: finalmente estamos debatiendo un tema que nos viene preocupando desde hace mucho tiempo. No son de ahora los proyectos presentados al respecto. En ese sentido, mi bloque ha elaborado varias iniciativas, desde hace muchos años, con temas de avanzada, que ahora están contemplados en la reforma del Código Civil, como por ejemplo el vientre subrogado, que fue una de las cuestiones que incluía el proyecto de Silvana Giudici. Finalmente, estamos asumiendo

la responsabilidad de debatir, lo cual nos pone muy contentos. El año pasado, en la sesión del 30 de noviembre, todos nos quedamos muy angustiados porque ella se truncó. En realidad, en esa ocasión existió acuerdo del conjunto de bloques —el de la mayoría y las bancadas opositoras— en el sentido de votar en general, dando así la señal de que estábamos comprometidos a avanzar en el tema, pero luego no pudimos votar en particular. Dado que recientemente se dijo que ello obedeció a que la oposición no había dado quórum, quiero dejar en claro que justamente quienes permanecemos en el recinto fuimos los integrantes de la oposición. (*Aplausos.*)

Salvadas esas diferencias, deseo señalar que gracias al cambio de conducción de algunas comisiones, como la de Acción Social y Salud Pública, este año se dio prioridad y gran impulso a la iniciativa en discusión. Así, hemos avanzado en un dictamen de consenso. Por supuesto, no cubrimos todos los aspectos, pero fundamentalmente hemos decidido legislar en lo que se refiere a la cobertura del tema, que como se ha dicho en este recinto, constituye una cuestión de derechos humanos. Se trata de un principio de igualdad y de no discriminación.

Desde los años setenta vienen practicándose técnicas de reproducción humana asistida en la Argentina. Debo reconocer que durante el gobierno del doctor Alfonsín, de la Unión Cívica Radical, a partir de 1984 se dio un impulso increíble a la investigación de estas prácticas en la República Argentina. Fue así que hicimos punta en Latinoamérica, donde nuestros profesionales obtuvieron gran reconocimiento. Recuerdo que a partir de ese año comenzó a llegar al país gente de naciones limítrofes a los fines de acceder a este tipo de técnicas.

Muchos son los convenios internacionales sobre derechos humanos que aluden a la necesidad de acceder a una buena salud. No me referiré a todos ellos, aunque sí deseo mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 24; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 26; la CEDAW, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 24.

Hace poco tiempo, nosotros sancionamos la ley 26.618 de matrimonio igualitario, que establece que las personas del mismo sexo tienen los mismos derechos y obligaciones que las personas de diferente sexo. Esta iniciativa nos ha permitido tener un plus en materia de derechos.

En ese mismo sentido, hemos resuelto no considerar la infertilidad como una enfermedad, ya que apuntamos a ampliar derechos, sin discriminación alguna, a todos quienes conforman nuestra sociedad. Esto me enorgullece como radical.

En nuestro proyecto y en varias otras iniciativas avanzamos mucho más profundamente en la definición de filiación, madrinaje, padrinaje, crianza e identidad. Estas cuestiones respecto de las cuales varios diputados han planteado dudas, se hallan explicitadas en nuestra iniciativa.

Habiendo leído toda la propuesta remitida por el Poder Ejecutivo nacional en relación con la reforma de los códigos Civil y Comercial, hemos acordado profundizar tales cuestiones. De todas formas, ya venimos planteando estos temas en proyectos de la Unión Cívica Radical y de otros partidos políticos, pues en ese sentido también tenemos preocupaciones y hemos elaborado definiciones. Me parece interesante que demos estos debates.

Quiero plantear qué consideramos como reproducción humana asistida: son las técnicas realizadas con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas en este dictamen las técnicas de baja y alta complejidad que incluyan o no la donación de gametos o embriones. Podrían incluirse también tratamientos y técnicas desarrolladas mediante avances técnicos avalados por la autoridad de aplicación.

Se está dando el carácter de autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Nación. A lo largo y ancho de nuestro país hay cuestiones que no están previstas por el sistema de salud del Estado, porque muchas veces no está preparado para brindar ciertas prácticas. Por lo tanto, a través del Ministerio de Salud, pretendemos firmar convenios con los centros asistenciales y los hospitales provinciales para que las prácticas se puedan llevar adelante.

Otra cuestión que ha sido intensamente debatida se refiere al amplio alcance de la cobertura. Esto lo tienen que aplicar todas las obras sociales y las prepagas, y tiene que estar incluido dentro del Sistema Nacional de Salud. Esto es lo importante de este proyecto.

No existe discriminación alguna en cuanto a sexo. Vamos a llegar a cubrir no solamente a las personas que están muy golpeadas con este tema y que hace mucho están esperando poder llevar a cabo estas prácticas que son carísimas –cuestan entre 15 y 30 mil pesos–.

Hay matrimonios que muchas veces deciden entre poder tener una vivienda o un hijo. Esto lo vamos a desterrar porque será una práctica absolutamente gratuita.

Además, todas las técnicas están previstas en el artículo 8° de este dictamen. Esto es muy importante, porque hubo discusiones en esa audiencia que llevamos a cabo en relación con qué es lo que se cubrirá.

Por tal motivo, hemos estipulado específicamente lo que plantea la Organización Mundial de la Salud como técnica de reproducción humana asistida. Esto forma parte de un glosario que contiene casi treinta técnicas explicadas y donde está perfectamente aclarado –lo digo especialmente– la crioconservación y su implante.

Quiero destacar que durante todos estos años se llevaron a cabo audiencias públicas, a través de las cuales pudimos tener acceso a organizaciones sociales integradas por personas que se han agrupado en función de esta difícil problemática.

Hemos tratado de llegar a un dictamen en el que pudiésemos incluir todas las prácticas que plantea la OMS, incluso la crioconservación, en relación con las personas que pudiesen llegar a tener problemas de salud, y además esto está previsto para que los menores de 18 años también puedan recurrir a estas técnicas.

Señora presidenta: voy a compartir mi tiempo con el señor diputado Tunessi, pero quiero aclarar que es verdad que no hemos agotado el debate de todas estas definiciones que recién mencioné y que son muy importantes.

Debemos continuar con el compromiso asumido con estos proyectos donde estas definiciones se están dando, como es el caso de las

iniciativas de mi bloque. Además, en el tratamiento de la reforma del Código Civil –que está próximo– nos vamos a abocar a hacer consultas con las organizaciones y personas que corresponda para poder profundizar estos temas.

Por último, quiero manifestar mi satisfacción por poder cumplir con mi rol de diputada al brindar esta cobertura a todos los ciudadanos argentinos. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Tunessi. – Señora presidenta: quiero complementar lo que ya ha informado la señora diputada Storani, de nuestro bloque.

En primer término, me quiero referir a una afirmación que se hizo aquí y que nos preocupa. Se nos responsabiliza por el no tratamiento de este proyecto al finalizar el período de sesiones ordinarias del año pasado. Deseo aclarar que desde la oposición hicimos un enorme esfuerzo para conseguir que esta norma se sancione; recuerdo que había un texto acordado y que, en una demostración de voluntad, votamos en general cuando se agotaba el tiempo de las sesiones ordinarias.

Hoy, retomamos el consenso para aprobar esta iniciativa. Desde la oposición, el radicalismo en particular siempre estuvo interesado en la pronta sanción de esta norma, por lo que sería injusto responsabilizarnos de su falta de consideración. Nos duele que se intente especular con este tema diciendo que somos responsables de que se haya caído su tratamiento.

Evidentemente, se trata de una deuda que hay que saldar, ya que muchas familias y organizaciones vienen reclamando por la ampliación de la frontera de derechos que necesariamente, como una utopía social permanente, se debe plantear en toda sociedad que tenga como objetivo mejorar o progresar. Es un horizonte inclaudicable; la idea de la ampliación de derechos debe ser permanente y guiar el accionar de una fuerza política.

Nosotros pensamos que los derechos sociales y la inclusión no fenecen nunca. Siempre se presentan nuevos desafíos y hay que incorporar a nuevos sectores en una permanente idea de ampliar los derechos y la inclusión.

Era inadmisibles que en la Argentina no pudieran acceder a los tratamientos de fertilización asistida muchas familias que no pudieron ver concretado su sueño y su derecho de procrear y formar una familia.

Constituía una irritante discriminación el hecho de que en la Argentina muchas familias pudieran acceder a esos tratamientos por el solo hecho de tener una mejor posición económica que otras que nunca podrían acceder a ellos porque su obra social no se los cubre.

Como dije, esto generaba una irritante desigualdad que hacía sufrir y llenar de enojo a mucha gente, que veía que los años se le pasaban sin haber podido concretar su legítima aspiración de formar una familia. Por eso es muy importante que avancemos en esta norma.

Como se dijo, hay muchos aspectos que esta iniciativa no trata porque los vamos a tratar en la reforma integral del Código Civil. Probablemente la falta de cobertura de los tratamientos, que es la cuestión más compleja y difícil de consensuar, podría haber quedado para discutir con más tiempo, sin impedir que progresáramos en el derecho básico a la inclusión y a la cobertura social de estas prácticas.

Por otra parte, no estamos de acuerdo con la distinción de que se trate solamente de una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud considera que la infertilidad es una enfermedad, y como tal, debe ser tratada, pero no debemos perder de vista el derecho a la inclusión de otras personas que necesitan tener una familia, a raíz del avance que hemos logrado con el matrimonio igualitario y la identidad de género. Este derecho tenía que estar reflejado en el texto de esta ley y lo hemos logrado.

Quiero aclarar que el señor diputado Fiad, de nuestro bloque, ha impulsado un proyecto de ley en este sentido, para dejar en claro que no queremos seguir discriminando. Y la segunda discriminación que podríamos crear sería una cuestión con la que si bien solucionaríamos el problema vinculado a la gente que tiene cobertura, aquellos que no están cubiertos por las obras sociales ni por las prepagas tendrían que recurrir al sistema público de salud, como bien marca la ley. Este sistema no está desarrollado adecuadamente y no tiene departamentos adecuados de fertilización iguales en todo el territorio, en todos los hospitales públicos.

De esa forma se deja para los ciudadanos de segunda, que serían los que no tienen cobertura, la necesidad de verse asistidos en centros que no tienen alto grado de desarrollo para brindar las prácticas a las que sí pueden acceder no sólo los que tienen recursos económicos sino también aquellos que tienen cobertura.

Para ello hemos propuesto la idea de que el sector público celebre convenios con los centros más avanzados y más desarrollados en estas tecnologías, pero no para la tercerización de las prácticas porque no queremos que la ley convalide un negocio para nadie, sino simplemente para establecer claramente que en el hospital público estos convenios deben servir para desarrollar el avance tecnológico y la asistencia en el sector público de salud, que también tiene que tratar esta problemática para todas aquellas personas que no tengan la posibilidad de acceder a una cobertura asistencial.

Como se ve hemos logrado discernir las cuestiones vinculadas al tema de la voluntad de la mujer. Claramente queda establecido que el tratamiento no puede ser intrusivo ni violatorio de su propia voluntad o autodeterminación, teniendo esa persona derecho a revertir su decisión hasta el momento de la implantación final.

Hoy damos un paso importante, tal vez tardío, que completa legislaciones provinciales o políticas públicas parciales que se han llevado adelante y no logran comprender al universo total.

Los derechos se consagran por ley, son materia de la ley. Lo que nosotros otorgamos no son dádivas ni beneficencia para alguien; damos derecho a la gente y los derechos se consagran en la ley.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara, don Julián Andrés Domínguez.

Sr. Tunessi. — La Unión Cívica Radical ha entendido desde siempre que esto es un derecho básico a la salud, pero también de las parejas del mismo género, de las personas que quieren tener un horizonte de vida y crear vida a partir de acceder igualitariamente a los beneficios que otorga la ley, sin discriminación, como tiene que ser, sin tutelaje, con el único tutelaje que es la ley, que va a decir a las perso-

nas que tienen igualdad de acceso a los mismos derechos.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires, que va a compartir el tiempo con la señora diputada Nora Graciela Iturraspe.

Sra. Linares. – Señor presidente: hoy es un día muy importante, como lo han dicho los señores diputados preopinantes, primero porque es una deuda que tiene el Congreso de la Nación desde la sesión del 30 de noviembre, en la que efectivamente se cometió una falta de respeto a los varones y mujeres que estaban aquí y estuvieron durante muchas horas esperando que termináramos de debatir otros temas, para que diéramos sanción a un proyecto de ley que de alguna manera otorga derechos importantes a todas las personas de la Argentina que tienen problemas de fertilidad y desean tener un hijo.

Como bien dijo la diputada Chieno, hace 27 años que en este Congreso se presentó el primer proyecto de fertilización asistida. Por eso, insisto en que éste es un tema muy importante y espero que lo que hoy estemos sancionando aquí impida que las parejas que quieran someterse a un tratamiento de fertilización asistida tengan problemas para acceder a él.

Creemos que la esperanza que hoy tienen las parejas puede llegar a ser controvertida si la regulación no prevé los temas que nosotros entendemos que debe abordar.

Se pretende garantizar el derecho al acceso integral de procedimientos y técnicas y también la cobertura para la alta y baja complejidad de las técnicas de fertilización asistida, y esto debe estar claramente establecido. La Organización Mundial de la Salud lo dispone, pero sin lugar a dudas habrá que rever alguna situación en particular desde la regulación para permitir el acceso de todos.

También constituye un avance el hecho de que el PMO incluya este derecho para todas las personas sin discriminación ni exclusión por su orientación sexual o estado civil. Éste es un avance que habíamos logrado a fin del año pasado y que hoy estamos concretando al debatir este proyecto de ley.

La sanción de una ley nacional de fertilización asistida es una demanda de la sociedad que viene desde hace muchísimos años, como

bien lo señalé al comienzo de mi exposición. Pero sin lugar a dudas esta iniciativa implica saldar una deuda con un 10 a 15 por ciento de parejas que hoy en la República Argentina no pueden acceder a este método y ser padres o madres, por el solo hecho de no contar con los suficientes recursos económicos. Estamos hablando de alrededor de 600 mil personas para las que hoy este Parlamento sancionará el mejor proyecto de ley posible.

En concreto, planteamos el derecho al acceso y a la cobertura de todos los procedimientos y técnicas de fertilización asistida. Al respecto, permítanme que sea reiterativa en este tema, porque entendemos que probablemente después, en la regulación que efectúe la autoridad de aplicación, que es el Ministerio de Salud, se dejen de lado algunos análisis clínicos y técnicas de base para declarar algunos casos como de infertilidad, y que luego las obras sociales, el Estado o las prepagas no los incluyan dentro de sus propias coberturas. Nosotros hoy queremos apoyar un proyecto de ley que tenga en cuenta todas estas situaciones.

Por otra parte, mucho se deja para ser analizado en el proyecto de Código Civil y Comercial, que aparentemente el Congreso de la Nación tratará este año. Nosotros tememos que al no abordar hoy este tipo de debate en esta iniciativa, dejemos de asistir a todas las mujeres y los varones que hoy están esperanzados con la sanción de una ley de fertilización asistida.

Entendemos que la regulación de gametos y embriones debe estar claramente establecida; ignoramos si será con o sin registro y cuántas veces una persona podrá donar sus gametos. En nuestra opinión la ley debería tener en cuenta este tipo de regulaciones.

Asimismo, está pendiente la reglamentación concreta y detallada de la criopreservación o la mejor tecnología disponible habilitada para tal fin. En ese sentido, nos gustaría saber de cuánto tiempo se está hablando y qué sucederá con esos embriones o esos gametos donados y criopreservados en caso de divorcio o fallecimiento de alguno de los cónyuges. La ley no aborda esta temática y entendemos que debe quedar claramente establecido en la norma para evitar problemas en el futuro.

Mis compañeras de bloque ampliarán esta cuestión, pero también creemos –insisto– que

regular la identidad y la filiación desde el enfoque de los derechos no debe quedar sólo para el análisis y el estudio del nuevo Código Civil y Comercial.

Desde nuestro punto de vista, este proyecto de ley constituye un avance muy importante para que parejas de igual o diferentes sexos tengan derecho a acceder a este tipo de prácticas.

Pero también es verdad que tenemos experiencia con la sanción de otros proyectos de ley, y que aquí hemos tenido la confianza de decir que de alguna manera se iba a manifestar el deseo que tenían los diferentes bloques. La regulación de esta cuestión a través del Ministerio de Salud tiene que ser llevada adelante, no sólo con los expertos más importantes en materia de técnicas y procedimientos de fertilización asistida, sino también con aquellas organizaciones de la sociedad civil que han estado trabajando durante muchísimos años –algunas de ellas más de quince– para lograr esta ley. Me parece que deben ser escuchadas porque ellas son las que luchan contra los inconvenientes que suceden diariamente por no tener una buena ley. Sin lugar a dudas, la reglamentación tendrá que cumplimentar muchos aspectos.

Para terminar –así otras compañeras pueden expresarse–, insisto en que entendemos que el Ministerio de Salud debe garantizar el acceso a todas las técnicas a todas las parejas que tengan inconvenientes, pero fundamentalmente queremos que se las respete, que se las escuche y que esta ley no quede en el archivo una vez más. (*Aplausos en las bancas y en las galerías.*)

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Iturraspe. – Señor presidente: el tema de la reproducción humana asistida lleva muchos años de debate parlamentario. Hemos recibido a equipos de salud, organizaciones civiles y referentes académicos nacionales e internacionales; se han desarrollado jornadas, encuentros y debates al respecto. Evidentemente, este tema también tuvo que madurar en la sociedad para que llegáramos a tratarlo, con restricciones, recién a fines del año pasado, cuando –como dijo mi compañera de bloque– hicimos el papelón de aprobar en general un

proyecto de ley de fertilización y no votarla en particular.

Cuando a comienzos de año se constituyó la Comisión de Salud pedimos especialmente que se le diera prioridad a esta cuestión. Agradecemos que la presidenta de la comisión haya posibilitado que éste sea el primer tema importante en la agenda.

Celebramos entonces que la Cámara avance en sancionar hoy este proyecto y esperamos que el Senado también esté a la altura de las circunstancias tratándolo con prioridad para que sea ley lo antes posible.

Legislar sobre derechos sexuales y reproductivos involucra varias dimensiones: en términos de derechos civiles, el reconocimiento de la igualdad de derechos y la no discriminación por orientación o identidad sexual; en términos de derechos sociales, el derecho a la salud requiere avanzar en la desmercantilización de ésta, contraponer el negocio de la enfermedad y de los cuerpos mismos de las personas al derecho de poder decidir y elegir de acuerdo con las necesidades y deseos.

La vida, la posibilidad de tener un hijo, no puede ser condicionada a la capacidad de pago de las personas ni constituirse en un negocio para empresarios. Los procedimientos de reproducción humana asistida han sido durante muchos años una posibilidad acotada a las personas que pueden pagarlos.

El Estado es el responsable, y en este sentido estamos saludando este debate para regular y fiscalizar los establecimientos, los equipos, los procedimientos, para que sean seguros para todas las personas y todos los ciudadanos y ciudadanas de este país.

Por todo lo expuesto, ésta es una temática que va más allá de una ley sobre técnicas y procedimientos. La implementación de las técnicas de reproducción asistida implica también ampliar la legislación sobre filiación. Es cierto que éste es un tema que está en el Código Civil, que –como decía mi compañera– vamos a tratar en el curso de este año. Nosotros consideramos que suspender o subordinar el tratamiento del proyecto que hoy estamos considerando a esa otra posibilidad era retrasar en el día de hoy el acceso al tratamiento a miles de personas.

Por eso, aceptamos postergar el tema de la filiación y la identidad a la discusión del Código Civil, pero si este año no terminamos con este debate vamos a proponer un proyecto de ley que realmente lo haga efectivo.

Voy a compartir el tiempo con la señora diputada Donda Pérez, que se va a referir específicamente a ese tema. Este proyecto, a diferencia del que aprobaron las Legislaturas bonaerense o la santacruceña –que son las otras dos provincias que tienen ley de fertilidad– avanza en el tema de dar cobertura a las mujeres solas o a las parejas del mismo sexo. Nos parece que es un avance muy importante, y que no estaba contemplado en el proyecto que consensuamos el año pasado.

También cubre medicación, abordaje interdisciplinario, psicólogos, es decir, una gama mucho más amplia de tratamientos que sí son indispensables en el abordaje de este tipo de temáticas.

En la Argentina, según estimaciones de los expertos, ya que no existen datos oficiales, se inseminan entre 150 y 200 mujeres por año. Estamos hablando sólo de la técnica de menor complejidad, sin evaluar las de mayor complejidad, como las fertilizaciones in vitro, porque no contamos con los datos.

Saludamos entonces que haya primado el concepto de salud de la OMS, que establece que es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que debemos abordar en este tipo de leyes.

Por lo tanto, mediante esta normativa hemos logrado que todas las personas accedan a esta prestación en condiciones de igualdad.

Cedo ahora la palabra a la señora diputada Donda Pérez.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Donda Pérez. – Señor presidente: voy a ser muy breve y no voy a reiterar lo que mis compañeras ya manifestaron porque hago propias sus palabras. Sí quiero dejar bien en claro –esto, si se quiere, es por un sentimiento o experiencia personal– la importancia que tiene para cualquier ser humano que así lo desee tener la posibilidad de conocer su verdadera identidad.

Sé que en esta oportunidad esto no se está tratando en el proyecto y que se ha preferido dejarlo para más tarde, para la discusión sobre el Código Civil, tal como lo han expresado los diputados preopinantes. Pero también sé que para esos niños y niñas que van a nacer a partir de estas técnicas nuevas, de la mano de la ciencia y de la mano del amor de quienes quieren concebirlos y criarlos como hijos e hijas, es importante tener la posibilidad de decidir, cuando cumplan la mayoría de edad, el conocer la verdad sobre su identidad biológica.

La identidad se construye todos los días con las decisiones que uno toma, pero para tomarlas no es algo menor contar con la posibilidad de conocer la verdadera identidad biológica. No se trata de una discusión que tiene que quedar clausurada. Aquí no estamos contraponiendo un derecho sobre otro; lo que estamos haciendo es respetar la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Por eso, queremos seguir instalando esta discusión. Si no se debate adecuadamente en la modificación del Código Civil dada la abundancia de temas, reitero lo que ya dijo la diputada Iturraspe: queremos presentar un proyecto de ley sobre esta cuestión, que no es un tema menor y que tiene que ver con el deseo de los padres de tener hijos y con el deseo de esos hijos de vivir en la verdad. *(Aplausos.)*

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Comi. – Señor presidente: la Coalición Cívica acompaña este dictamen de mayoría fruto del consenso arribado entre los distintos sectores y del trabajo de muchos diputados y diputadas que sinceramente sentíamos que teníamos una deuda grande, fea, de las que duelen, después de aquella sesión del 30 de noviembre.

No sé si fue la miembro informante o quién trajo ese punto al debate, pero realmente fue una situación desagradable. Había una forma de debatir que consistía en postergar lo más posible los temas. Anotar oradores especialmente para que hablen de esa cuestión. No recuerdo quién dijo que votáramos en general, y luego buscáramos acuerdos para votar esa noche el proyecto sin debate. Esto fue rechazado de plano. Fue un debate mucho más largo que el que hoy vamos a tener. Por eso, hice mención de

que cuando existe consenso y voluntad política, los temas salen. Fue una de las situaciones más tristes y desagradables que tuve que enfrentar. Existió la bronca justa de las personas que tuvieron que esperar horas y horas que la ley saliera. También existió el llamado de sus hijos y la recriminación.

A lo largo de estos meses, a los que estamos sentados aquí, en nuestras ciudades y pueblos nos incriminaban para saber cuándo se iba a tratar este tema. Por eso, saludamos el hecho de haber llegado a este acuerdo.

No somos quiénes para decir qué es mucho o poco en la vida de las personas, pero pasaron muchos meses y deberá transcurrir más tiempo hasta llegar a la sanción definitiva.

Es cierto que el proyecto no contiene todos los puntos que debiera contener, pero es producto de un acuerdo de distintos sectores. Hacemos nuestras las palabras de las señoras diputadas proopinantes.

A la vez, formulamos una advertencia: la metodología de discusión de la unificación de los códigos Civil y Comercial es absolutamente cerrada. Ni siquiera va a pasar por las comisiones, como ha ocurrido con este proyecto de ley. Por eso, hemos votado en contra la constitución de la comisión bicameral, ya que no compartimos esta metodología.

Por lo tanto, dejamos constancia en esta intervención de que en la unificación de los códigos Civil y Comercial se van a analizar temas muy importantes. Por eso, solicitamos que se garantice la participación de la sociedad y de todos aquellos que tengan que opinar. Deben hacerse audiencias públicas para avanzar en acuerdos. Ninguna comisión bicameral, integrada por 6, 10 o 15 miembros va a garantizar que todos los pensamientos estén contemplados.

El proyecto que debatimos tiene que ver con una cuestión de fondo, porque incorporamos un derecho universal, ya que todas las personas mayores de edad van a poder acceder a este beneficio.

No creemos en las voces que hablan de fracasos y de que cada uno de los procedimientos adoptados va a llevar a la quiebra del sistema. No creemos que las personas vayan por gusto a este tipo de tratamientos a las obras sociales.

O sea que el Estado y este Congreso vuelven a ponerse del lado de las personas que no pueden pagar estas prácticas.

La reglamentación se ocupará de algunas cuestiones, pero no podrá dejar de lado esta concepción del derecho universal para todas y todos los que necesiten de la ayuda del Estado y de la ciencia para llegar a la paternidad o la maternidad que deben ser garantizadas.

Reconociendo la lucha de las organizaciones, de las personas, de las familias y de todos aquellos que a lo largo y ancho del país le han escrito a este Congreso dando su opinión, damos un paso adelante, porque el consenso será abrumadoramente mayoritario para que este derecho se incorpore a la legislación argentina. Las deudas que nos quedan deberán ser saldadas en el menor tiempo posible, siempre con la participación de todos los interesados. *(Aplausos.)*

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Neuquén, quien comparte su tiempo con la señora diputada Guzmán.

Sra. Comelli. – Señor presidente: quiero adelantar el voto afirmativo al despacho de mayoría por parte del Interbloque Unión Federal de Provincias, integrado por el Movimiento Popular Neuquino, Corriente de Pensamiento Federal, Frente Peronista Federal, Movimiento Popular Fuegoquino y Frente Cívico y Social de Catamarca.

Para entender la real dimensión de este tema debemos tener presentes tres elementos que nos permitirán saber dónde estamos parados y qué nos falta. Un elemento es el despacho que aprobamos en general el año pasado; otro, el proyecto de unificación del Código Civil y Comercial, y obviamente este dictamen, que es cierto parece más austero de lo que fue la amplitud del debate que se dio en las comisiones y que particularmente quien habla viene reclamando desde el año 2007, mediante la presentación de distintos proyectos.

El año pasado, abordamos prácticamente todas las facetas de la reproducción médicamente asistida, y así hablamos de temas como la donación, la identidad, la filiación, la crioconservación y la cobertura del tratamiento.

Al presentarse el proyecto de unificación de los códigos Civil y Comercial vimos que se incluye esta temática en los artículos referidos al comienzo de la existencia, el nacimiento de la vida, la vinculación jurídica del parentesco, las fuentes de filiación y las presunciones de filiación, y hasta lo referido a la gestación por sustitución y la voluntad procreacional.

Se trata de temas que merecen estar contemplados en ese código y que son mucho más amplios que lo que estuvimos debatiendo nosotros en el despacho que el año pasado aprobamos en general.

Teniendo en cuenta que en el día de ayer se estuvieron estableciendo los lineamientos para el funcionamiento de la comisión bicameral que analizará el proyecto de unificación de los códigos Civil y Comercial, saludamos por oportuno a este dictamen que avanza en garantizar el derecho a la cobertura de las técnicas de reproducción médicamente asistida, definiendo un universo de beneficiarios más amplio que el que habíamos planteado en noviembre del año pasado. Si queremos buscar una definición, hablemos de quienes tienen alguna problemática de fertilidad y de los casos de infertilidad estructurales.

De modo que saludamos este avance que viene a consolidar los principios de igualdad y no discriminación, que han sido largamente debatidos y sobre los cuales además contamos, desde el año 2007, con distintos fallos judiciales, tanto nacionales como provinciales, que han puesto de manifiesto la deuda que tenía el Congreso en cuanto al dictado de la legislación de fondo en esta materia, en la que es cierto que la tecnología y el avance de la ciencia nos vienen corriendo y nos exigen que estemos rápidamente a la altura de las circunstancias.

Por todo lo expuesto, en nombre del bloque Unión Federal de Provincias, adelanto que vamos a aprobar el despacho de mayoría, con las modificaciones que gracias a Dios se han podido llevar adelante después del debate en las comisiones.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por el Neuquén.

Sra. Guzmán. – Señor presidente: en primer lugar, celebro al igual que mi compañera

lo que hoy estamos tratando en este debate, aquí en el recinto.

Somos sujetos deseantes y eso nos constituye. No siempre alcanzamos lo deseado y no siempre el Estado debe facilitarnos los medios para alcanzarlo. Sin embargo, cuando hablamos de tener hijos, ese deseo se convierte en una expectativa valiosa y es necesario que el Estado intervenga para tutelar jurídicamente esta situación inigualable para la vida de las personas.

En el proyecto que está en tratamiento nos referiremos exclusivamente a aquellas parejas que se encuentran imposibilitadas de procrear y que tienen la posibilidad de recurrir al empleo de técnicas de reproducción humana asistida.

Todos sabemos que esta cuestión tiene implicancias bioéticas, psicológicas, filosóficas, sociológicas, legales y jurídicas que hacen su análisis muy complejo y que han llevado a que no obstante el tiempo transcurrido desde el inicio del empleo de estas técnicas, todavía no hayamos podido alcanzar consensos en cuanto a su regulación y, por lo tanto, la falta de una normativa clara que llene este vacío legal.

Estoy convencida de que no es fácil armonizar el deseo de las parejas que han visto frustradas sus posibilidades de procrear por medios naturales, con el interés superior del niño, con la sustentabilidad del sistema de salud y muchas otras cuestiones que hacen a la puesta en práctica, en concreto, de estas técnicas.

La regulación de las técnicas de reproducción humana asistida es una ley necesaria y se encuentra en debate en el Congreso desde hace muchos años, tanto en la Cámara de Diputados como en la de Senadores, donde se han presentado innumerables proyectos en diversos sentidos sin haberse logrado aún los consensos necesarios para avanzar en una ley.

Actualmente, quienes se someten a estos procesos celebran contratos privados con los centros médicos dedicados a la realización de técnicas de reproducción humana asistida, sin ningún tipo de supervisión del Ministerio de Salud de la Nación, convirtiéndose a su vez en un fabuloso negocio en el que se aprovechan de la situación particular de las personas que quieren acceder a estos servicios y que sueñan con ser padres.

En nuestro país, más del 15 por ciento de las parejas en edad madura afronta problemas de infertilidad, según datos de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Todas estas parejas afrontan la frustración y la desesperanza de querer dar vida y no poder hacerlo; pero además, sus aspiraciones de formar una familia se ven frustradas por la falta de respaldo del sistema de salud y de las normas que lo regulan.

Este proyecto que estamos sancionando es un paso, un avance. Quizás no sea el paso esperado por todos, pero es el paso posible. Tener una ley de reproducción médicamente asistida es de un gran valor simbólico. Quedan cosas por regular, pero confiamos en que la reglamentación podrá salvar esos puntos donde nosotros no pudimos acordar.

Uno de los temas espinosos, claramente, es el del congelamiento de embriones. Bien sabemos que en la actualidad se debate ampliamente el estatus jurídico, biológico y filosófico de los embriones. A la vez, se reconoce que los gametos femeninos y masculinos pueden ser unidos en cualquier momento a los efectos de conformar el embrión, por lo que se podría pensar en crioconservarse solamente gametos masculinos y femeninos, prohibiéndose la crioconservación de embriones. Es uno de los temas a analizar y reglamentar.

También es imperioso resaltar la necesidad de evitar la endogamia y, por ende, la proliferación de nacidos con enfermedades de carácter recesivo: albinismo, anemia falciforme, fibrosis quística, entre otras.

En este punto, la reglamentación deberá ser muy clara e inteligente, teniendo en cuenta el interés superior del niño o de la niña, pero sin caer en la discriminación injustificada. Habrá que ser muy cuidadoso al analizar el tema de quienes están en condiciones de tener hijos por medio de estas técnicas con el aval del Estado, que debe proteger los derechos de los hijos e hijas fruto de estos procedimientos.

También deberá prestarse especial atención al derecho a la identidad.

Por último, dado que los recursos son escasos y la población tiene muchas necesidades, deberá regularse un sistema de prioridades

pensado no desde la exclusión sino desde la igualdad de oportunidades.

No podemos ignorar que la discusión de esta iniciativa obedece al reclamo de miles de personas que desean ver crecer a su familia, y esta ley constituye una alternativa más para concretar tal deseo. La Cámara de Diputados, mediante esta sanción, demuestra estar a la altura de las circunstancias.

Por lo expuesto, adelanto mi voto afirmativo al dictamen de mayoría.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sr. Cardelli. – Señor presidente: brevemente, saludamos la iniciativa en discusión, pues en verdad amplía el acceso a técnicas que, como todos sabemos, hoy sólo están en manos de aquellos que poseen riquezas y posibilidades económicas. Vivimos en un mundo donde todavía la riqueza permite acceder a las llamadas “educación de calidad” y “salud de calidad”, así como también al aborto y a técnicas de reproducción asistida.

Nuestro país es grande, y el Estado asume la responsabilidad de garantizar este derecho; sin embargo, nos preocupa la poca referencia a la financiación de estas técnicas, quedando abierta la posibilidad a procesos de judicialización por parte tanto de las prepagas como de las obras sociales, que pareciera que en muchos casos no contarán con los recursos necesarios. El Poder Ejecutivo ejercerá una potestad muy importante al decidir qué obras sociales resultarán beneficiadas con el financiamiento.

Por otro lado, saludamos la aprobación de este proyecto porque garantiza el derecho de satisfacer el deseo de procreación. Sabemos que hoy existen procedimientos médicos y tecnológicos que permiten avanzar en la posibilidad de procrear, lo cual nos parece importante; pero nos preocupa que todavía en muchas discusiones sigan estando presentes argumentaciones que tienden a limitar otro derecho de la mujer: el de disponer libremente de su cuerpo. Éste es un debate pendiente. Reitero que en relación con muchos proyectos siguen presentándose argumentaciones que juegan como obstáculo de la posibilidad de dar un debate y legislar definitivamente sobre el aborto libre.

El bloque del Proyecto Sur apoyará en general el proyecto, y luego nos referiremos a él en la discusión en particular.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por La Pampa.

Sra. Regazzoli. – Señor presidente: hoy estamos saldando una deuda social. No estamos dando sólo un paso; estamos dando un gran paso.

Cuando tratamos proyectos relacionados con la salud siempre tenemos puesto el objetivo en la inclusión en todos sus aspectos: inclusión en la salud médica, en el acceso a los medicamentos y, en el caso de la fertilización, inclusión en los procedimientos y técnicas.

En una comunidad como la nuestra, que está convencida de que la familia constituye en todas sus modalidades la célula fundamental de la sociedad, el deseo compartido de ser padres es un legítimo anhelo que merece su amparo legislativo.

No debemos permitir que por falta de capacidad económica o por la imposibilidad de pertenecer a determinadas obras sociales se frustre la legítima aspiración de ser padres.

Es por ello que la presente iniciativa garantiza a todas las personas mayores de edad, sin distinción alguna, el acceso a los procedimientos y técnicas que brinden solución a los problemas de fertilización que se puedan presentar en los distintos supuestos.

Estoy convencida de que debemos garantizar que no existan exclusiones entre los argentinos al agotar las instancias para acceder a ser padres en el sentido más amplio del término.

Al incluir las prácticas y técnicas de fertilización asistida en el sector público de salud y en el PMO damos cobertura a una importante franja de la población que, de otro modo, no tendría acceso a ella.

A fin de dar operatividad a esta iniciativa se prevé la confección de un registro de establecimientos sanitarios habilitados, tanto dentro de la órbita pública como en el sector privado.

Estudios relacionados con la presente problemática refieren que entre un 10 y un 15 por ciento de las parejas argentinas padecen situaciones de infertilidad, que en su mayoría encuentran solución con las prácticas que se garantizan en el presente proyecto de ley.

La gestión de nuestro gobierno, que enarbolaba la bandera de la justicia social y la inclusión, se compromete nuevamente en la igualdad de derechos y acciones, tanto políticas como legislativas, que den accesibilidad en igualdad de condiciones a todas y todos los argentinos.

La inclusión no puede ser una simpática palabra que engalane discursos y expresiones de deseos, sino que debe materializarse en hechos concretos y sustentables en una Argentina que día a día crece y se transforma en pos de la igualdad y la solidaridad.

Desde mi representatividad, y en el Mes Internacional del Cuidado de la Fertilidad, sumo mi voto positivo al dictamen de mayoría de este proyecto de ley que nuevamente amplía derechos, garantiza igualdad y brinda tranquilidad a quienes desean intentar acceder a la concepción pero se encuentran imposibilitados de hacerlo por cuestiones ajenas a su voluntad, seguramente por razones económicas.

Sigamos en este camino en la búsqueda de un país más justo y solidario. Un país para todos y todas. (*Aplausos*.)

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Favario. – Señor presidente: a esta altura del debate, en este recinto semivacío, creo que muchos diputados han sentido más la convocatoria para la protesta que se realiza hoy en plaza de Mayo que la efectuada para tratar esta norma esperada por mucha gente.

Los demócratas progresistas sostenemos el derecho absoluto a la fertilización asistida. Para ello es necesaria la sanción de una ley protectora de ese derecho. Reconozco la preocupación y el esfuerzo de muchos señores diputados para buscar consensos y tratar de lograr la mejor ley.

Pero antes de avanzar quisiera hacer una respetuosa manifestación. Realmente, no alcanzo a entender las decisiones del señor diputado Triaca y de la señora diputada Majdalani, que lamentablemente no están presentes en el recinto en este momento. Ambos diputados presentaron sendos dictámenes, con un conocimiento acabado del tema, con preocupaciones reales indiscutidas y con fundamentos serios que se expusieron en este recinto.

Sin embargo, el señor diputado Triaca termina anunciando que se va a abstener y la señora diputada Majdalani dice que va a votar por otro dictamen que no es el que ella firmó. Me parece que esto es una desnaturalización del funcionamiento legislativo. Si sabemos que otro dictamen va a triunfar, y por ello desistimos del propio, ¿quién sostiene el dictamen que uno, desde otra óptica, ha suscrito y que puede lograr la adhesión de otros diputados?

Me parece que esto es una señal de alarma, señor presidente. Si tenemos temor a perder cuando manifestamos nuestras propias convicciones, estamos renunciando a la esencia del funcionamiento republicano y sumándonos a la idea del pensamiento único.

El dictamen de mayoría me despierta dudas e interrogantes por sus imprecisiones y ambigüedades. No comparto la delegación de facultades en la autoridad de aplicación.

En lo que se refiere a la decisión de eludir la cuestión no menor de la filiación y de la identidad, voy a creer en lo expuesto por la señora diputada Bianchi, que dijo que tendremos oportunidad de discutir en profundidad esas cuestiones cuando se trate la reforma del Código Civil para su unificación con el Código de Comercio.

Me parece una omisión peligrosa –al contrario de lo que fue el dictamen de mayoría que no alcanzamos a tratar a fin del año pasado– que no se establezca un régimen sancionatorio. ¿Qué va a pasar cuando haya incumplimiento de la ley? ¿Vamos a derivar todas las decisiones al Poder Judicial, acumulando causas para postergar derechos que decimos que son absolutos y que van a tener que someterse a los litigios para que puedan ser reconocidos? Yo realmente no lo alcanzo a entender.

Me parece que en definitiva eso va a significar una postergación de esos derechos esenciales que hacen al bien protegido por la ley.

No se contempla la financiación. No obstante estas consideraciones, estas dudas, estos interrogantes que asaltan mi pensamiento, en el entendimiento de que es necesaria la sanción de una ley voy a votar con mis reservas el dictamen de mayoría. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Salta.

Sr. Olmedo. – Señor presidente: la verdad que me siento orgulloso de pertenecer a esta Cámara y que hoy se trate este tema. Me siento muy feliz de que empecemos a tratar los proyectos de vida antes que otros donde se acaba con la vida del ser humano.

Yo presenté un proyecto de ley por el cual se declara enfermedad a la infertilidad, y a partir de ahí tanto el Estado como las obras sociales se tendrán que hacer cargo de este tipo de tratamientos. Muchas veces, por la ilusión de un hijo hay familias que pierden todas las cosas materiales, sin lograr el objetivo de tener un hijo en su casa.

Agradezco a todos los diputados y diputadas que trabajaron en este proyecto. Celebro la vida, porque la Argentina se construye con vida, no con muerte. La sociedad se construye con valores. Quienes estamos aquí presentes lo estamos porque tenemos vida y valores, una enseñanza, padres y madres, y es la razón de vivir.

El mundo no podría continuar si no hay vida. Este proyecto es una apuesta a la vida. Como diputado de la Nación que presentó proyectos en la materia y en otras, me siento más que orgulloso, entero como ser humano. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: celebro que esta vez estemos en una situación de consenso mayoritario, más allá de algunas posturas que se han expresado en contrario. Hoy hemos llegado a tener un dictamen que reúne a muchas voces que se han venido expresando durante varios años en defensa de los derechos de todas las personas, porque esto es lo que garantiza este dictamen de mayoría: el derecho de todas las personas a acceder a técnicas de reproducción asistida, a la reproducción médicamente asistida.

Quiero explicar que estamos hablando en términos de derechos, y es un paso cualitativamente sustancial en relación con otros debates que hemos tenido y también con otros proyectos. Son derechos que se garantizan en todo el país y a todas las personas sin distinción, tal como lo establecen las convenciones internacionales en este sentido.

Por otra parte, los tipos de sujetos obligados están claramente determinados en el artículo 8°. Esto es fundamental y va más allá del PMO, tal como lo señaló la miembro informante.

Para que quede clara la voluntad del legislador, solicito la inserción en el Diario de Sesiones del documento de la Organización Mundial de la Salud...

Sr. Presidente (Domínguez). – Solicito a los señores diputados que guarden silencio a fin de poder escuchar a la oradora.

Sra. Rodríguez. – Como decía, para que no queden dudas, cuando los sujetos obligados tengan que hacerse cargo de la cobertura quiero que quede en claro a qué están obligados. La señora diputada Chieno ya lo mencionó, pero por las dudas reitero que se trata del glosario que la OMS estableció en Ginebra del 1° al 5 de diciembre de 2008, junto con el Comité Internacional para el Monitoreo y la Asistencia en Tecnologías Reproductivas, ICMART. Solicito la inserción de este documento en el Diario de Sesiones a fin de que quede claro que ésta ha sido la voluntad del legislador al referirse a la Organización Mundial de la Salud.

En relación con los beneficiarios y la cobertura se plantean dos situaciones. Por un lado, se garantiza asistencia de inmediato a todas las personas que buscan un embarazo, según lo establece el artículo 7°, pero asimismo se prevé una situación especial en el segundo párrafo para quienes no pretenden buscar un embarazo en ese momento sino que tienen comprometida su capacidad de procreación para el futuro. Se explican las dos situaciones y los sistemas de guarda; podrán apreciarlo en la consideración en particular, pero en mi opinión se ha llegado a una muy feliz redacción en este sentido.

Agradezco especialmente a las señoras diputadas Risko y Chieno y a las asesoras, que han sido sumamente amplias en el proceso de redacción al recoger las voces e inquietudes de todos los diputados. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Domínguez). – Se toma nota del requerimiento de la señora diputada.

Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Solá. – Señor presidente: apoyamos el dictamen de mayoría y celebramos que haya un nivel de acuerdo muy alto, si no total, en

esta Cámara respecto del proyecto de ley en consideración.

Es muy difícil no estar de acuerdo con esta norma, que ciertamente es productora de alegría allí donde años atrás había un enorme hueco para los matrimonios que no podían tener hijos.

Este proyecto de ley lleva justicia para miles y miles de parejas –algunas están aquí y muchas en la calle, en la vida– que han luchado para que la fertilización asistida se incorporara definitivamente como una práctica cotidiana al Programa Médico Obligatorio.

Esta iniciativa ubica en un importantísimo nivel a los alcances de la tecnología, tecnología en la cual la República Argentina está muy avanzada y tiene un nivel de éxito y de confiabilidad cada vez más alto.

A lo mejor esta ley debió sancionarse antes, porque no hay demasiadas dudas sobre ella, pero es bueno que salga ahora.

Sólo quisiera hacer un comentario sobre nosotros, quienes tenemos responsabilidades políticas o de Estado, y también sobre los argentinos: que por un lado nosotros hemos aumentado las obligaciones que tienen hoy los efectores de salud –sean prepagas u obras sociales– en varios casos, y en este particular, con tratamientos que son caros. Cada uno de los ítems contemplados dentro de lo que significa la fertilización asistida es caro. Hemos hecho algo parecido el año anterior –si no me equivoco– con respecto a la problemática de los adultos.

Esto va a recargar los presupuestos y los costos de los distintos efectores de manera significativa. En algunos casos, seguramente traerá problemas. Digo esto porque, al mismo tiempo que se propicia esta norma, pedimos bajar los impuestos y otras cosas que también nos parecen muy justas.

Esto no es chicana política sino mi comentario acerca de una reflexión muy certera que me hiciera una señora diputada. En este caso no le estamos dando una solución al financiamiento extra que deben tener, por ejemplo, las obras sociales.

Esta reflexión no la hago criticando la ley, porque entiendo que no es su función arreglar ese financiamiento. La ley es muy buena. La

reflexión la hago en un sentido general, que nos toca a todos. Todo no alcanza para todos; nadie lo ignora. En algún momento tendremos que enfrentar esta situación de mayor justicia en estas cuestiones postergadas en la Argentina con otras medidas que serán agradables o no, pero que deben ser realistas.

Esto es todo lo que quiero decir en un día tan especial como hoy, y reitero que es una reflexión que, a pesar de ser dicha desde una banca política, no tiene en absoluto una intencionalidad política concreta.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Santa Fe.

Sra. Arena. – Señor presidente: solicito autorización de la Honorable Cámara para insertar en el Diario de Sesiones algunas consideraciones referidas al proyecto de ley que estamos tratando.

Sin perjuicio de ello, quiero decir que me parece que éste es un momento de mucha alegría. En contraposición a lo que plantearon algunos señores diputados, creo que ésta es una buena ley, porque garantiza el acceso a un derecho que actualmente está limitado sólo a quienes tienen recursos económicos.

El proyecto de ley en consideración avanza sobre temas muy caros a todos, como el deseo de tener un hijo o la lucha que muchas mujeres y hombres que se vieron limitados han dado durante todo este tiempo. En la sanción que pueda dar esta Cámara a este proyecto vemos el inicio de un camino para la concreción pronta de ese deseo y la cobertura de esa situación por parte del Estado.

Entiendo que esta es una buena ley. No me parece oportuno poner la mirada en sus carencias, porque éstas se encuentran cubiertas por un debate de fondo, que es el que tendrá lugar cuando se trate la reforma del Código Civil, tema que en noviembre del año pasado no se pensaba considerar pero ahora sí. Esa será la oportunidad para discutir todo lo que se estuvo planteando aquí –en lo que coincido–, como lo relativo a la identidad, la filiación y otras cuestiones.

Reitero que ésta me parece una buena oportunidad porque resuelve una inequidad que hasta ahora impidió que muchas personas pudieran acceder a ciertos tratamientos.

Vinculado con el deseo de ser padres, cuando tratemos la modificación del Código Civil no solamente podremos avanzar sobre las cuestiones que se plantearon hoy sino también sobre otras, como la adopción, que tiene una relación muy profunda con todo lo que hoy se está debatiendo.

En ese marco adelante que voy a votar este proyecto de ley afirmativamente, en la convicción de que constituye un avance muy importante.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Ocaña. – Señor presidente: quiero expresar mi apoyo a este proyecto de ley que da solución a miles de personas que no pueden procrear o conformar una familia de acuerdo con sus necesidades.

Creo que esta Cámara hoy está dando un paso muy importante en favor del acceso al derecho a la salud, que es un derecho humano esencial.

Quiero señalar los aspectos que me parecen positivos del proyecto. En primer lugar, cabe mencionar la creación de un registro de entidades e instituciones habilitadas, que funcionará dentro de la órbita del Ministerio de Salud.

Por otra parte, me parece muy importante que se tengan en cuenta las prácticas que son reconocidas. Muchas veces se producen discusiones que llevan a que no se tenga cobertura, y por eso me parece muy pertinente la decisión que ha tomado la comisión en el sentido de incorporar las prácticas reconocidas por la Organización Mundial de la Salud.

Asimismo, al colocar dentro del Programa Médico Obligatorio este tipo de prestaciones, se termina con el problema de la judicialización, que lamentablemente hoy padece todo el sistema de salud y acerca de lo cual este Congreso debe intervenir. No es posible que, para garantizar el acceso a la salud, muchas veces los beneficiarios deban ir a la Justicia, y tampoco considero adecuado que se utilice ese camino para generar enormes negocios de algunos “vivos” que siempre lucran con la necesidad de salud del pueblo argentino. Este también es un tema pendiente de este Parlamento.

Por otra parte, quisiera hacer un comentario acerca de una cuestión que surgió en varias ex-

posiciones de los señores diputados y que tiene que ver con el financiamiento y la necesidad de dar esta discusión. Todos sabemos que los recursos de salud son finitos.

Evidentemente, el avance del conocimiento y, sobre todo, el aumento de la expectativa de vida, determinan que el dinero no alcance en el sistema de salud. Sin duda que la incorporación de este derecho va a determinar un mayor costo. Sin embargo, existen también en el sistema recursos que pueden dar cobertura a este tipo de prestaciones y que las obras sociales ya tienen.

En estos días hemos escuchado muchas discusiones sobre los fondos de las obras sociales, fundamentalmente el Fondo Solidario, donde habría más de doce mil millones de pesos para repartir. Muchos quieren distribuir ese dinero entre los sindicatos, sin entender que estos fondos no pertenecen ni a los sindicatos ni al Estado, sino al sistema de salud. Sería muy bueno que ese dinero se utilice para dar cobertura al acceso al derecho a la salud en lo que hace a varias patologías. Me parece que es un tema pendiente de este Congreso la discusión de un nuevo Programa Médico Obligatorio que cubra nuevos tratamientos que hoy no están incluidos. Debemos terminar con la discusión acerca de a quién pertenece el dinero, y que se destine a quien corresponde, que son los trabajadores argentinos.

Para terminar, lo que sí me preocupa de este proyecto es que no incluye ningún tipo de financiamiento específico para el sector público. Temo que se estén constituyendo dos estándares: uno para aquellos que tienen cobertura de obra social o prepaga, que van a estar obligados a dar estos tratamientos, y otro para quienes carecen de cobertura. Por eso, creo que habrá que trabajar en la reglamentación para evitar lo que he comentado y para que los hospitales públicos del país puedan tener servicios para estas prácticas. Espero que la reglamentación tenga en cuenta estas recomendaciones.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Santiago del Estero.

Sra. Navarro. – Señor presidente: este tema es más que personal para mí. Por supuesto que voy a tener la oportunidad de acompañar el dictamen de mayoría.

Sabemos que el procedimiento de fertilización asistida no es sencillo y mucho menos barato. Se trata de cuestiones de medicina de última generación que implican altos costos por la utilización de materiales, tecnología, laboratorios y capacitación de profesionales.

Por consiguiente, existirá una diferencia por el hecho de que la mujer podrá asistir a un tratamiento de fertilización asistida en una obra social. El derecho a la salud ha sido reconocido en diferentes tratados internacionales, pero hay algo que rescatar: estos derechos determinan la constitución de una familia entre un hombre y una mujer. Pero, ¿qué pasa cuando la naturaleza o una cuestión patológica de infertilidad o esterilidad no nos permiten procrear?

Tenemos obra social y durante todo el año hemos realizado un trabajo honesto, pero la obra social no cubría este tipo de prestación. Esto ocurrió durante muchísimo tiempo. En Santiago del Estero se ha luchado por esta conquista, inclusive con leyes. Sin embargo, la obra social no prestaba este servicio y mucho menos la salud pública.

En toda la franja de mujeres estériles creo que son muy pocos los sectores que están en condiciones económicas de afrontar los costos de esta asistencia. Otros hacen un gran sacrificio para acceder a este tratamiento. Pero la mayoría de las mujeres, entre las que estuve incluida, fueron marginadas, aun con obra social. Por eso, el derecho a la maternidad no puede ser solamente económico. Este instrumento legal que hoy le vamos a dar a toda la población, sin discriminación alguna, significa mucho. Es algo que algunos varones desconocen. ¡Algunos no saben lo que es festejar un Día de la Madre, el Día del Niño o el Día del Padre!

¡Lo más hermoso es el derecho a ser madre! He ocupado cargos importantísimos: funcionaria, concejala, diputada provincial, y hoy me siento honrada con esta banca nacional. ¡Pero hay algo vacío en muchos hogares argentinos! ¡Muchos varones no valoran lo que hoy estamos tratando! Ese vacío, colegas, es moral, es espiritual e imborrable. Muchos colegas vamos a volver a nuestras provincias a decir que, por lo menos, ¡justificamos el sueldo legislando por un derecho natural, moral y personal de muchas mujeres! (*Aplausos.*)

Tengo como pareja a un ex combatiente. ¡Cuánto nos tocó vivir en la vida y nunca bajamos los brazos, por sobre todas las cosas, como militantes! En el destino de mi vida no me tocó ser madre, pero les puedo asegurar que, con mi trabajo político, soy madre de muchísimos hijos a los cuales me debo por vocación y convicción, y he llegado a este lugar por esos niños que están esperando una respuesta de nuestra parte.

La diputada preopinante decía que por más de veinte años se ha luchado por esta ley. A veces nos preocupamos por leyes que favorecen solamente a intereses poderosos, pero debemos ser más conscientes de que durante todos estos años que llevamos de democracia hemos estado esperando por leyes como la que hoy consideramos.

Agradezco y felicito tanto a quienes apoyan el dictamen de mayoría como a los de minoría, porque en todos se está proponiendo aprobar un derecho que va a ser importantísimo para mucha gente de nuestro país, y adelanto que con las dos manos voy a votar a favor de este proyecto. *(Aplausos.)*

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Salta.

Sr. Biella Calvet. – Señor presidente: nos sentimos orgullosos de poder considerar este dictamen de inclusión.

Como diputado y médico del interior del país siempre pienso en el área federal y quiero señalar que la autoridad de aplicación, que estará a cargo del Ministerio de Salud, deberá abordar distintos temas, para los cuales se requieren recursos.

Este proyecto de ley invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a sus disposiciones. En ese sentido, no debemos olvidar que si no se aprueban los recursos necesarios podemos llegar a desfinanciar a las obras sociales provinciales y, lamentablemente, judicializar este régimen, cuyo espíritu es dar vida.

Es muy importante que se logre tener la capacitación necesaria en el interior del país y contar con los recursos suficientes, especialmente en los hospitales regionales y de cabecera, para poder instalar la infraestructura necesaria para que la ley de fertilización asistida sea realmen-

te inclusiva y no beneficie solamente a aquellas personas que tienen obras sociales, prepagas o dinero.

Necesitamos que este régimen tenga un alcance general, y así como existe la Administración de Programas Especiales para generar fondos o proveer prótesis en distintas situaciones de salud, habría que crear un organismo especial para ayudar a los estados provinciales y a sus obras sociales.

Nosotros pensamos siempre desde el punto de vista federal, y con el señor diputado Fiad hemos presentado un proyecto de ley para generar mayor inserción de los médicos rurales en el interior del país.

Acompañamos con orgullo el dictamen de mayoría, aclarando la importancia que debe tener la financiación en esta cuestión. *(Aplausos.)*

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Jujuy.

Sr. Fiad. – Señor presidente: voy a presentar la disidencia parcial al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y de Presupuesto y Hacienda, recaído sobre los proyectos de fertilización asistida y que fuera planteada por mi parte en oportunidad de la reunión conjunta.

En primer lugar, quiero dejar expresada mi convicción de la legitimidad de demanda social de legislar sobre este tema, acerca del cual el Congreso de la Nación tiene una deuda de larga data.

Es fundamental que pongamos fin a esta larga espera y que resolvamos la cuestión en el escenario natural en el que deben resolverse, que es el Poder Legislativo.

En cuanto al dictamen de mayoría traído al recinto, entiendo que el mismo omite entrar en la consideración de aspectos fundamentales que quedarán sin regulación y que determinarán la judicialización de casos y situaciones, trayendo un aumento de la litigiosidad en materia de salud, que es lo que en realidad se quiere evitar a través de la legislación.

—Ocupa la Presidencia la señora vicepresidenta 1ª de la Honorable Cámara, profesora Norma Amanda Abdala de Matarazzo.

Sr. Fiad. – Tenemos reiteradas experiencias y, lamentablemente, de frecuencia casi cotidiana, donde los jueces terminan tomando decisiones en materia de salud y condicionando dichas decisiones a situaciones de acceso a la atención de la salud.

Es por eso que en temas tan controvertidos como el que nos ocupa es fundamental que los legisladores abordemos la complejidad, para permitir avanzar sobre todos los aspectos que tienen que quedar claramente definidos para evitar que la aplicación de la ley sea confusa, dispar y contradictoria.

Estimo que estamos consagrando un vacío respecto de definiciones tan importantes como donación de gametos, crioconservación, destino de los embriones, prohibición de comercialización de embriones y gametos, prohibición de experimentación con embriones, compensaciones económicas a los donantes de gametos y prohibición de identificación de rasgos fenotípicos para evitar una suerte de eugenesia.

Esperamos que la modificación del Código Civil, que se encuentra actualmente en tratamiento, cubra adecuadamente estos aspectos de vital importancia.

En relación con la cobertura, estimo que en un país que evidencia una crisis en su subsistema de salud estatal debería optarse por una cobertura progresiva que permita ir adecuando la demanda con la capacidad de respuesta del sistema, que no puede descuidar prestaciones esenciales que hacen a los derechos básicos de grupos que se encuentran en grave situación de vulnerabilidad. De esta manera se evitaría una ampliación de la brecha de inequidad que caracteriza al sistema de salud argentino, fundamentalmente al subsistema de salud pública.

Incorporar las técnicas de reproducción humana asistida al PMO implica la asignación de recursos que se hace sin tener en cuenta la estructura general de costos del sistema y la necesidad ineludible de establecer prioridad para la asignación de recursos en salud.

Así las cosas, los resultados de la incorporación de las técnicas de fertilidad al PMO persiguen un objetivo circunscripto a un problema que, sin una planificación integral de la oferta de servicios, condicionará la prestación de dichos servicios.

Las consecuencias en términos de sustentabilidad económica y política son impredecibles, más teniendo en cuenta lo vertiginoso de los progresos tecnológicos tanto en relación a éste como a otros problemas de salud, y la casi incontenible presión de la industria, que pugna por instalarse como opción terapéutica de cobertura prioritaria.

Finalmente, deseo señalar que el Congreso de la Nación debe regular el empleo de las técnicas de reproducción humana asistida y viabilizar el acceso a quienes tienen un legítimo derecho y deseo de constituir una familia. Pero entiendo que ello debe hacerse con prudencia y razonabilidad.

Por las razones expuestas, anticipo mi voto positivo al dictamen de mayoría en general, y que presentaremos las propuestas del bloque para algunas modificaciones en lo particular.

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra la señora diputada por Chubut.

Sra. González (N.S.). – Señora presidenta: en nuestro país alrededor del 15 por ciento de las parejas en edad madura –unas seiscientas mil personas– afrontan problemas de infertilidad. Hoy, la ciencia médica se presenta como la alternativa válida para que ellas puedan lograr el sueño de formar una familia, por medio de lo que se conoce como “técnicas de fertilización asistida”.

La Argentina es uno de los países que más ha desarrollado las técnicas de fertilización asistida en Latinoamérica. Esas técnicas se aplican desde hace más de veinticinco años, a pesar de no contar con una legislación específica.

Se cree que en el país funcionan, aproximadamente, veinte institutos en los que se practican tales técnicas, gracias a las cuales en los últimos años han nacido alrededor de veinte mil niños; sin embargo, sólo tienen acceso a los tratamientos aquellos sectores de la sociedad que pueden afrontarlos económicamente, dados los elevados costos. Esto provoca una situación de inequidad inaceptable que debe superarse.

Tal desigualdad ha llevado a los particulares a acudir a la Justicia para que se obligue a las obras sociales y a las prepagas a cubrir el costo del tratamiento.

El mencionado bloque de legalidad constitucional garantiza, entonces, el acceso a las técnicas de fertilización asistida concebidas como una de las facetas que conforman el derecho a la salud reproductiva y a la procreación. Desde esa óptica, compete al Estado, a las obras sociales y a las empresas de salud respetarlo, promoverlo y garantizarlo sobre la base de un criterio igualitario.

En los últimos dos años, por primera vez en la historia de nuestro Parlamento, se han discutido distintas iniciativas en varias comisiones, y en todos los casos se obtuvieron dictámenes, aunque muy distintos entre sí. Sin embargo, a pesar de las diferencias, todos los proyectos han concordado en que los tratamientos deben quedar incluidos en el Programa Médico Obligatorio para el sistema público de salud: obras sociales, entidades de medicina prepaga y todos aquellos agentes que brindan servicios médicos a sus afiliados.

Colegas: celebremos, entonces, que hoy nos encontremos en esta instancia luego de tantos años de trabajo. Permítanme felicitar y agradecer a todas las asociaciones que han trabajado junto con nosotros dándonos fuerza y apuntalándonos para que hoy estemos tratando este proyecto que se merecen. Estas asociaciones han actuado así por ellas y para ayudar a un montón de gente que está detrás de estos tratamientos porque sufre el problema.

Estoy convencida de que debemos aprobar la iniciativa en debate. Quizá debamos dejar de lado los “vedettismos” y protagonismos personales, para apoyar a todas las personas que sufren estos problemas y quieren ser padres. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra la señora diputada por Santiago del Estero.

Sra. Pastoriza. – Señora presidenta: en este proyecto declaramos la infertilidad como una enfermedad. Partiendo de esta concepción, se propone que su tratamiento sea cubierto tanto por el Estado como por las obras sociales y las prepagas garantizando a todas las parejas la posibilidad de acceder a una cobertura integral. Este es el aspecto central de la ley y lo que nos permite avanzar en el reconocimiento de este derecho.

El Estado debe garantizar la igualdad de derecho en la salud, lo que requiere políticas transformadoras para remover desventajas involuntarias, igualar oportunidades y eliminar trabas socioeconómicas, evitando mediante políticas de Estado que alguien sufra desigualdades.

El camino en las técnicas de reproducción asistida, tal como se propone, va a tener necesariamente un fuerte impacto en los sectores más humildes. Los tratamientos tienen un alto costo económico por lo que resultan ser inaccesibles para miles de familias de escasos recursos.

Numerosas parejas han hecho realidad el anhelo de ser padres gracias a los avances científicos en materia genética, pero durante el tratamiento de esta ley pudimos escuchar las historias de hombres y mujeres que no cuentan ni contaron con los recursos suficientes para poder llevar adelante el tratamiento de fertilización.

Esta ley viene a hacer realidad la ilusión de estas personas y de otras tantas parejas que no pueden acceder a la asistencia privada y a revertir una realidad, ya que parecía que las técnicas de fertilización asistida habían sido creadas tan sólo para una minoría poseedora de los recursos económicos necesarios.

Sabemos que esto tendrá un alto costo financiero tanto para el Estado como para el sistema de salud en su conjunto. Tener hijos, llevar adelante un embarazo en condiciones de salud integral y fortalecer la familia constituyen parte esencial de una sociedad justa y solidaria, y el Estado tiene obligaciones propias a las que no puede faltar.

Esta es una firme apuesta por la célula básica de la sociedad y el principal aliado estratégico de todo gobierno: la familia.

Señora presidenta: todos los que vamos a acompañar el proyecto de mayoría sabemos que es perfectible y que vamos a dejar alguna deuda, pero tenemos que seguir trabajando arduamente en la búsqueda de consensos sobre los temas pendientes.

La aprobación de esta iniciativa constituye un enorme paso que va a permitir a cientos de personas comenzar con un tratamiento largamente demorado.

Quiero adelantar mi voto afirmativo con la convicción de que estamos posibilitando la realización de sueños demorados de miles de ciudadanos argentinos. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – La Presidencia informa que restan dos diputados en la lista de oradores. Por lo tanto, a los fines de la votación en general, solicito a los respectivos presidentes de bloque que convoquen a sus legisladores para que ocupen sus bancas en el recinto.

Tiene la palabra la señora diputada por Misiones.

Sra. Leverberg. – Señora presidenta: en este día tan especial y particular no quería dejar pasar la oportunidad de opinar fuertemente en relación con lo que ya forma parte de un nuevo escenario para nuestro país, para esta Argentina maravillosa que, en el marco de un gobierno nacional y popular, permite a los ciudadanos debatir cosas muy profundas que debemos resolver entre todos.

Quiero aclarar que nos permitimos hacerlo en este tiempo, porque la democracia ya lleva muchos años, pero hay que decir que es en este modelo donde no dejamos más nada bajo la alfombra y nos permitimos solucionar problemas tan sensibles como este, que se relaciona con la posibilidad de la filiación, de armar una familia, de apuntalar lo definitivo de nuestra vida, que es conformar nuestra familia desde el amor. El amor vuelve a ser escenario en este debate legislativo, y eso es más que significativo.

Al margen de solicitar permiso para insertar el resto de las consideraciones en el Diario de Sesiones, quiero hacerme eco de las palabras de la compañera Graciela Navarro, que nos emocionó hasta el alma y nos volvió a recordar que desde el amor y la familia podemos seguir haciendo crecer todos los días más y mejor a nuestra patria.

Ahora, nos permitimos el debate de muchísimos temas, y eso es lo bueno de este momento político que vive nuestro país. Esto lo digo como sindicalista y como trabajadora, y hoy estoy cumpliendo con mi deber, que es lo que me va a permitir tener la tranquilidad moral de decir que estamos llevando respuesta a muchos misioneros y a muchos argentinos, hombres y

mujeres, que van a encontrar en este debate y en esta conclusión favorable la posibilidad de seguir dando, desde el amor, soluciones y calidad de vida a nuestra patria.

Por eso, le digo a nuestra presidenta, desde lo más profundo de mi corazón: ¡*Avanti* morocha! ¡Vamos por más!

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra la señora diputada por Santiago de Estero.

Sra. Ruiz. – Señora presidenta: según el Ministerio de Salud de la Nación, el 15 por ciento de la población en edad de concebir experimenta problemas con su fertilidad. Este trastorno está definido como la incapacidad de lograr un embarazo después de doce meses de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.

Por eso, señora presidenta, estoy muy satisfecha con el deber cumplido y celebro que hoy podamos estar saldando esta deuda con la sociedad. Esta norma pone en pie de igualdad a todos los ciudadanos en cuanto a la accesibilidad a la cobertura y permite que muchas parejas puedan realizarse los tratamientos, defendiendo así su derecho universal a procrear más allá de su poder adquisitivo.

Con respecto a lo señalado aquí acerca de que en este marco legislativo quedan algunos vacíos, considero que no estamos frente a una ley restrictiva sino que está abierta a nuevas técnicas. Se están legislando principios elementales; y por otra parte, debemos respetar las modificaciones al Código Civil.

Sra. Presidenta (Abdala de Matarazzo). – Tiene la palabra el señor diputado por Tucumán.

Sr. Sacca. – Señora presidenta: realmente es un orgullo y un honor compartir este debate en este Congreso de la Nación, que desde hace casi treinta años viene discutiendo igualdades.

Esas igualdades hacen a las oportunidades de las personas en este país. En este caso, gracias a la ciencia y a la tecnología, todos por igual tendrán la oportunidad de formar una familia y tener hijos.

Sin ánimo de entrar en una discusión con respecto al presupuesto o al gasto que implicará esta norma, quiero decir que lo que ella significa para los miles de parejas que no tienen

acceso a los tratamientos para poder tener un hijo –que es el deseo de todo matrimonio o de toda pareja– no tiene precio. Discutir esto realmente es un sinsentido. Cuando discutamos el presupuesto nacional tendremos que ver cómo distribuimos la torta presupuestaria para que esto sea una solución real.

–Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara, don Julián Andrés Domínguez.

Sr. Sacca. – Absolutamente convencido de la necesidad de aprobar en general esta norma, y haciendo reserva de algunas disidencias en ciertos aspectos en particular, anticipo mi voto afirmativo y digo que realmente me siento muy contento de participar en este debate histórico para muchas familias que, al igual que yo, podrán tener hijos a quienes cuidar.

Sr. Presidente (Domínguez). – Habiéndose agotado la lista de oradores...

Sr. Rossi. – ¡Pido la palabra, señor presidente!

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Rossi. – Disculpeme, señor presidente. Pensaba que estaba anotado. Voy a ser muy sintético habida cuenta del acuerdo y del consenso logrados.

En primer, lugar quiero hacer una pequeña referencia a aquella sesión del 30 de noviembre del año pasado, en la que tomamos la decisión de votar en general el proyecto de ley de fertilización asistida que en ese momento estaba en tratamiento.

Siendo honestos con nosotros mismos tengo que decir que si hubiéramos comenzado con el tratamiento en particular no habríamos podido terminar antes de las doce de la noche. Hoy empezamos esta sesión a las doce del mediodía y ahora son las cuatro de la tarde...

Sr. Presidente (Domínguez). – Perdón que lo interrumpa, señor diputado, pero es a instancias de ordenar el procedimiento. ¿Usted está procediendo al cierre o está haciendo uso de la palabra como un legislador más?

Sr. Rossi. – Hablo como usted quiera, pero hablo. (*Risas.*)

Sr. Presidente (Domínguez). – Muy bien, tiene tres minutos si lo hace como diputado,

si no, haga el cierre, que se había acordado no hacer y por eso le estoy preguntando.

Sr. Rossi. – Yo no había acordado nada en cuanto a que no iba a hacer un cierre.

Sr. Presidente (Domínguez). – Esto es lo que se había hablado en la reunión de la Comisión de Labor Parlamentaria.

Sr. Rossi. – No tengo ningún problema; solamente iba a hacer una consideración breve.

Sr. Presidente (Domínguez). – Entonces haga uso de la palabra por tres minutos. Vi quince minutos y mi intención es establecer reglas que contengan a todos.

Sr. Gil Lavedra. – Pido la palabra para una interrupción.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sr. Gil Lavedra. – Señor presidente: no tengo inconveniente en que el señor diputado Rossi haga uso de la palabra, pero entonces yo quisiera hacer una brevísima consideración.

Sr. Presidente (Domínguez). – Está bien, señor diputado.

Ahora va a hacer uso de la palabra por tres minutos el señor diputado Rossi.

Sr. Rossi. – No voy a hacer uso de la palabra, señor presidente.

Sr. Presidente (Domínguez). – Entonces, va a hacer uso de la palabra el señor diputado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sr. Gil Lavedra. – Señor presidente: yo tenía entendido que no iba a haber cierres. De todos modos, voy a hacer uso de mi derecho de informar. Quiero hacer unas breves consideraciones referentes al fuerte compromiso que ha tenido nuestro bloque, junto con los demás bloques de esta Honorable Cámara, en poder avanzar en este proyecto. Lamentablemente, el año pasado se frustró la sesión porque finalizaba el período de sesiones ordinarias, pero quisimos dar una señal de nuestro enorme interés en llevar este proyecto adelante.

Hoy estamos presentando una propuesta que es más modesta que la que teníamos el año pasado. En particular, en relación con algunas cuestiones polémicas, que tienen que ver con la filiación y el comienzo de la vida y que seguramente van a ser tratadas por el proyecto de

modificación del Código Civil. En esta oportunidad, hemos privilegiado un aspecto central, que es el acceso a la posibilidad de llevar adelante estas técnicas y hacerlo en condiciones de igualdad.

Estamos convencidos de que se debe tener un acceso igualitario a las técnicas de reproducción asistida sin hacer ninguna distinción, ni basada en la orientación sexual ni en ninguna otra condición social o civil. Por lo tanto, estamos llevando adelante este proyecto para cualquier tipo de pareja y aun para personas que no tengan pareja.

Entendemos que estamos dando un paso importantísimo en este sentido y celebramos que en muchos de estos temas que puedan interesar a la sociedad, los bloques del Congreso encuentren un camino común de coincidencias para cumplir la misión que se les ha encomendado, que es poder resolver las cuestiones que preocupan a miles de personas.

Sr. Presidente (Domínguez). – Cerrando la lista de oradores, tiene la palabra el señor diputado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sr. Pinedo. – Señor presidente: en este mecanismo de cierre inverso, que agradezco al presidente del bloque del Frente para la Victoria, sólo quiero recordar que el diputado Triaca ha pedido permiso para que algunos miembros de nuestra bancada se abstengan en la votación en general. Esto se debe a que tenemos dos dictámenes de minoría y no queremos aparecer votando en contra de un proyecto que hemos impulsado con mucha convicción.

Quiero agradecer especialmente a los diputados de mi bloque Majdalani y Triaca que han trabajado mucho en este tema y lo han impulsado parlamentariamente con entusiasmo, de modo que a pesar de adherir al dictamen informado por el diputado Triaca solicito permiso para abstenerme junto con otros miembros de mi bancada, mientras que otros votarán por la afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Michetti. – Señor presidente: en el mismo sentido que el presidente de mi bloque, solicito permiso para abstenerme en la votación.

Sr. Presidente (Domínguez). – Conforme con lo establecido por el artículo 197 del reglamento se solicita el permiso de la Honorable Cámara para aquellos diputados que deseen abstenerse.

Se va a votar.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar en general el dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y otras recaído en el proyecto de ley por el que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. (Orden del Día N° 469).

– Se practica la votación nominal.

– Conforme al tablero electrónico, sobre 177 señores diputados presentes, 169 han votado por la afirmativa, registrándose además 7 abstenciones.

Sr. Secretario (Bozzano). – Se han registrado 169 votos por la afirmativa. (*Aplausos*.)

– Votan por la afirmativa los señores diputados Abdala de Matarazzo, Albrieu, Alonso (L.), Alonso (M. L.), Álvarez (E. M.), Álvarez (J. M.), Arena, Arregui, Aspiazu, Atanasof, Avoscan, Balcedo, Barbieri, Barchetta, Bedano, Benedetti, Bernal, Bertone, Bianchi (M. C.), Bidegain, Biella Calvet, Bromberg, Brue, Bullrich, Buryaile, Calcagno y Maillman, Cardelli, Carlotto, Carrió, Catalán Magni, Cejas, Chemes, Chieno, Ciampini, Ciciliani, Cigogna, Cleri, Comelli, Comi, Conti, Córdoba, Cortina, Currilén, Dato, De Ferrari Rueda, De Gennaro, De Narváez, De Pedro, De Prat Gay, Depetri, di Tullio, Díaz Bancalari, Díaz Roig, Donda Pérez, Duclós, Elorriaga, Faustinelli, Favario, Feletti, Ferrari, Ferreyra, Fiad, Forconi, Forte, Gambaro, García Larraburu, García (A. F.), García (M. T.), Garnero, Garramuño, Garrido, Gdansky, Giaccone, Giacomino, Giannettasio, Gil Lavedra, Giubergia, González (N. S.), Granados, Grosso, Guccione, Gutiérrez, Guzmán, Harispe, Heller, Herrera (J. A.), Ianni, Iturraspe, Junio, Kosiner, Kunkel, Landau, Larroque, Leverberg, Linares, Lotto de Vecchiatti, Lozano, Majdalani, Maldonado, Martínez (O. A.), Martínez (S.), Mazzarella, Mendoza (M. S.), Mendoza (S. M.), Metaza, Milman, Mirkin, Molina, Mongeló, Mouillerón, Navarro, Ocaña, Oliva, Olmedo, Oporto, Orsolini, Ortiz, Ortiz Correa, Pais, Pastoriza, Peralta, Perroni, Piemonte, Pietragalla Corti, Pilatti Vergara, Portela, Puiggrós, Raimundi, Ré,

Recalde, Redczuk, Regazzoli, Riestra, Ríos (L. M.), Ríos (R. F.), Risko, Rivas, Robledo, Rodríguez, Rogel, Rossi, Ruiz, Sabbatella, Sacca, Salim, Santillán, Santín, Sciutto, Simoncini, Solá, Solanas (J. R.), Stolz, Storani, Terada, Tineo, Tomas, Tunessi, Uñac, Valinotto, Vaquié, Vilarino, Villata, Wayar, Yagüe, Yarade, Yazbek, Zamarreño, Ziebart y Ziegler.

—Se abstienen de votar los señores diputados Bertol, De Marchi, Fernández, Molas, Pinedo, Pradines y Tonelli.

Sr. Presidente (Domínguez). — Han solicitado que conste su voto afirmativo los señores diputados Julio Rodolfo Solanas, Segarra, Perri y Brawer.

Se va a votar si la Honorable Cámara autoriza las inserciones solicitadas por los señores diputados.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). — Quedan autorizadas las inserciones solicitadas.¹

En consideración en particular el artículo 1º.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. — Señor presidente: tal como lo acordamos en el plenario de comisiones introduciremos algunas modificaciones en el articulado, de las que hemos entregado copia a Secretaría.

El artículo 1º quedaría redactado del siguiente modo: “La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida”.

Sr. Presidente (Domínguez). — Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Majdalani. — Señor presidente: solicito que en lugar de decir “garantizar el acceso” diga “garantizar la cobertura”.

Sr. Presidente (Domínguez). — Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. — Señor presidente: no aceptaremos ese tipo de modificación porque cambia totalmente el espíritu y el objeto de esa norma.

Sr. Presidente (Domínguez). — Con las modificaciones propuestas por la comisión, se va a votar el artículo 1º.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). — En consideración el artículo 2º.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. — Señor presidente: la nueva redacción del artículo 2º diría así: “A los efectos de la presente ley, se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones. Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación”.

Sr. Presidente (Domínguez). — Se va a votar.

—Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se vota y aprueba el artículo 3º.

Sr. Presidente (Domínguez). — En consideración el artículo 4º.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. — Señor presidente: el artículo 4º queda redactado de la siguiente manera: “Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, un registro único en el que deben estar inscritos todos aquellos establecimientos sanitarios habilitados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida. Quedan incluidos los establecimientos médicos donde funcionen bancos receptores de gametos y/o embriones”.

Sr. Presidente (Domínguez). — Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Majdalani. — Señor presidente: solicito que después de la palabra “embriones” se agregue “y el Registro Único de Donantes de Gametos y Embriones”. Es decir que se estaría creando un registro más.

Sr. Presidente (Domínguez). — ¿La comisión acepta el agregado?

Sra. Chieno. — No, señor presidente. No ha sido acordado.

Sr. Presidente (Domínguez). — Se va a votar el artículo 4º con la redacción que ha leído la señora diputada Chieno.

1. Véase el texto de las inserciones en el Apéndice. (Pág. 498.)

–Resultado afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – En consideración el artículo 5°.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: el artículo 5° queda redactado así: “Los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos sanitarios habilitados que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación”.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar.

–Resultado afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – En consideración el artículo 6°.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – El artículo 6° queda redactado de la siguiente manera: “El Ministerio de Salud de la Nación, sin perjuicio de sus funciones como autoridad de aplicación y para llevar a cabo el objeto de la presente, deberá: a) Arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas por la presente, publicando la lista de centros de referencia públicos y privados habilitados, distribuidos en todo el territorio nacional, con miras a facilitar el acceso de la población a las mismas; b) Efectuar campañas de información a fin de promover los cuidados de la fertilidad en mujeres y en varones”.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Tunessi. – Señor presidente: quiero pedir una aclaración a la señora miembro informante para poder votar en conjunto. Cuando habla de “...asegurar el derecho igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas...”, ¿Dónde se van a arbitrar las medidas necesarias? ¿Eso comprende la decisión de fortalecer al hospital público como centro de referencia a través de convenios? Si la señora miembro informante considera que eso está comprendido, y así lo dejamos asentado, entonces no propondríamos ninguna modificación porque nos daríamos por satisfechos.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: creo que queda bastante explícito por cuanto el Ministerio de Salud de la Nación, que va a tener que poner esto en práctica a través de las provincias y de los hospitales públicos, no tiene otra manera de asegurar ese derecho si no es a través del fortalecimiento de los hospitales públicos, que es donde se va a atender toda la población que no está comprendida en el sistema privado o en las obras sociales.

A mí me parece que queda bastante claro, y además es obvio. Al decir “...arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho...”, tiene que hacerlo a través de ese tipo de instituciones.

Sr. Tunessi. – Señor presidente: con lo que acaba de afirmar la señora diputada queda satisfecha nuestra inquietud, de manera que retiramos el pedido de modificación del artículo y lo vamos a votar afirmativamente, tal como lo ha leído.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Ocaña. – Señor presidente: deseo reafirmar lo dicho por la presidenta de la Comisión de Acción Social y Salud Pública en el sentido de que el ministerio no tiene otra forma de actuar que no sea la de fortalecer los servicios en los hospitales de las provincias, y fundamentalmente erigiendo centros regionales para dar esta atención.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar el artículo 6°.

–Resultado afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – En consideración el artículo 7°.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: también modificaríamos este artículo porque extraeríamos el último párrafo, y quedaría redactado de la siguiente manera: “Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales

e instituciones de la salud, haya explicitado su consentimiento informado.

“El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer.”

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Majdalani. – Señor presidente: propongo dos modificaciones. La primera es la siguiente. Después de donde dice “toda persona mayor de edad...” propongo agregar: “que acredite diagnóstico de infertilidad”, y continuaría igual, es decir, “...de plena conformidad con lo previsto en la ley 26.529...”.

Por otra parte, propongo que la última frase diga: “El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la transferencia del embrión en la mujer”.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: a la primera modificación que propone tengo que responder que no, porque cambia el espíritu del proyecto al dar el tratamiento solamente a las personas que sufren de una patología como es la infertilidad.

En el segundo caso, se pide el cambio de la palabra “implantación” por “transferencia”. Debo explicar que hemos recurrido al proyecto que está siendo debatido en la Cámara de Senadores vinculado con la unificación de los códigos Civil y Comercial. En el artículo 560 se dice: “Consentimiento en las técnicas de reproducción humana asistida. El centro de salud interviniente debe recabar el consentimiento previo, informado y libre de las personas que se someten al uso de las técnicas de reproducción humana asistida. Este consentimiento debe renovarse cada vez que se procede a la utilización de gametos o embriones. La instrumentación de dicho consentimiento debe contener los requisitos previstos en las disposiciones especiales, para su posterior protocolización ante escribano público”.

En el párrafo final se expresa: “El consentimiento es libremente revocable mientras no se haya producido la concepción en la mujer o la implantación del embrión en ella”.

Por lo tanto, continuando con el eje de acción que vamos a tener en el futuro Código Ci-

vil, hemos coordinado con los demás diputados para conservar la palabra “implantación”.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar el artículo 7º del dictamen de mayoría con las modificaciones propuestas por la comisión.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – En consideración el artículo 8º.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: el artículo 8º quizás haya sido el más conflictivo, por lo que ha sufrido muchas modificaciones. Debo aclarar que a los señores diputados se les envió una copia de cómo quedaría redactado, pero hemos vuelto a introducirle modificaciones menores. No tuvimos tiempo para girarles la copia correspondiente, por lo que les pido que escuchen cómo quedaría redactado.

El texto sería el siguiente: “*Cobertura.* 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, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las técnicas de apoyo, los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: a 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. Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de

aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios. 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 comprometida su capacidad de procreación en el futuro”.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Bullrich. – Señor presidente: quiero proponer a la presidenta de la comisión el agregado, a continuación de “la cobertura integral e interdisciplinaria de los procedimientos que la Organización Mundial de la Salud define”, de la expresión “hoy o que pueda definir en el futuro”.

Puede suceder que se generen nuevas técnicas y ello daría lugar a una discusión jurídica. Si en cambio se plantea lo que la OMS define hoy o puede definir en el futuro o puede redefinir, estaríamos generando una ley más dinámica.

Otra posibilidad es aclarar al final de esa frase, luego de “la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del esposo, pareja o de un donante”, la expresión “o las nuevas técnicas que puedan surgir en el futuro”. De esta forma se daría a la ley una dinámica hacia el futuro, pues en un determinado tiempo podría quedar desactualizada ya que estas técnicas cambian todos los días.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por La Pampa.

Sr. Robledo. – Señor presidente: solicito permiso a la Cámara para abstenerme en la votación del artículo 8° pues cuando se menciona al Programa Médico Obligatorio se sobrecarga económicamente a las obras sociales, principalmente sindicales y provinciales. Considero que correspondería a media y alta complejidad por los costos que realmente se tienen en ese

sentido y que debería tener el apoyo de los fondos del APE para la restitución del dinero gastado por las obras sociales.

Sr. Presidente (Domínguez). – La autorización para abstenerse ya está dada previo a la votación.

Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Ocaña. – Señor presidente: quiero consultar a la presidenta de la comisión porque estamos hablando del Programa Médico Obligatorio y todos sabemos que desde hace años rige en la Argentina un PMO de emergencia, donde no habría obligación para las obras sociales de dar este tratamiento. Pregunto esto para que no queden dudas de que debe comenzar a darse el tratamiento a partir de los noventa días de sancionada la ley, como prescribe la norma.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Favario. – Señor presidente: en el mismo sentido que el diputado Robledo, solicito autorización para abstenerme en la votación de este artículo.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Bullrich. – Señor presidente: como me sugiere la señora diputada Rodríguez, creo que sería correcto trasladar al artículo 8° lo que establece el artículo 2° respecto de la definición para incluir esta cuestión dentro del PMO.

La última parte del artículo 2° dice: “La autoridad de aplicación deberá establecer cuáles técnicas y procedimientos serán habilitados a tal fin, e incluir progresivamente nuevas técnicas desarrolladas por los avances técnico-científicos”. Esa misma redacción habría que llevarla al artículo 8°.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: en realidad, lo que yo decía era que de alguna manera estaba contemplado en el texto leído por la señora diputada Chieno, salvo que quieran hacer este refuerzo que sugiere la señora diputada Bullrich para que quede tanto en la definición como en la cobertura, si es que tienen miedo de que no se cubran las futuras. Si no, en la defini-

ción está cubierto con el agregado que hizo la señora diputada Chieno.

En cuanto a lo que dijo la señora diputada...

Sr. Presidente (Domínguez). – La Presidencia aclara a la señora diputada que estamos en el tratamiento en particular.

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: quería referirme a lo que dijo la señora diputada Ocaña. Los sujetos obligados de la cobertura están en lo que sería el inicio del artículo, y eso excede el PMO. O sea que no se puede limitar por orientación sexual o estado civil.

Sr. Presidente (Domínguez). – ¿La comisión acepta las modificaciones propuestas?

Sra. Chieno. – No aceptamos modificaciones.

Sr. Presidente (Domínguez). – La Presidencia desea hacer una consulta a la señora miembro informante, porque al finalizar el texto de este artículo dice: “procrear en el futuro”, y al dar lectura del artículo se dijo: “procreación”. ¿Es “procrear” o “procreación”?

Sra. Chieno. – Es “procrear”, señor presidente.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar el artículo 8º, con las modificaciones propuestas por la Comisión.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – En consideración el artículo 9º.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: el artículo 9º queda redactado de la siguiente manera: “Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República. Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar, para el ámbito de sus exclusivas competencias, las normas correspondientes”.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Majdalani. – Señor presidente: deseo incorporar un nuevo artículo 9º, y que este pase a ser el 10.

Voy a dar lectura del texto propuesto para este artículo 9º, referido al derecho a la identidad: “La persona nacida de gametos donados

por terceros, una vez llegada la mayoría de edad puede conocer la identidad del donante que aportó sus respectivos gametos”.

Sr. Presidente (Domínguez). – ¿Acepta la comisión?

Sra. Chieno. – No aceptamos modificaciones.

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Alonso (L.). – Señor presidente: desearía que la señora diputada Chieno me aclare una cuestión. Como nos estamos acercando al final de la votación, quisiera saber si la Cámara de Diputados, con esta sanción, está dejando en manos de la autoridad de aplicación establecer o no la prohibición del uso de embriones para experimentación y la comercialización de embriones y gametos. ¿Esto es así? El Congreso no lo está regulando y está dejando al Ministerio de Salud para que lo haga. ¿Me lo podría confirmar?

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: esta Cámara está dejando la reglamentación de la ley al Ministerio de Salud de la Nación. Ahora bien; tendríamos que averiguar si el ministerio ya tiene abierta alguna licitación para vender embriones, señora diputada. (*Risas.*)

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar el artículo 9º, con las modificaciones propuestas por la comisión.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Domínguez). – En consideración el artículo 10.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Chieno. – Señor presidente: los artículos 10 y 11 no tienen modificaciones.

Sr. Presidente (Domínguez). – Se va a votar el artículo 10.

– Resulta afirmativa.

– El artículo 11 es de forma.

Sr. Presidente (Domínguez). – Queda sancionado el proyecto de ley.¹

1. Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 407.)

Se comunicará al Honorable Senado.
(Aplausos.)

10

PROYECTOS DE LEY SIN DISIDENCIAS NI OBSERVACIONES

Sr. Presidente (Domínguez). – Corresponde que a continuación el cuerpo se pronuncie sobre los dictámenes sin disidencias ni observaciones y de término vencido por los que se aconseja la sanción de proyectos de ley, contenidos en los órdenes del día números 462, 492, 493, 423, 392, 284, 285, 322, 361, 410, 422, 436, 437, 438, 429, 441 y 461.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 152 del reglamento, la Honorable Cámara se expedirá mediante una sola votación, en general y en particular, en forma nominal.

Sr. Giubergia. – ¡Pido la palabra!

Sr. Presidente (Domínguez). – Tiene la palabra el señor diputado por Jujuy.

Sr. Giubergia. – Señor presidente: usted ha enunciado el Orden del Día N° 429, pero se trata del Orden del Día N° 439.

Sr. Presidente (Domínguez). – Así es, señor diputado, y además, el Orden del Día N° 424.

I DECLARACIÓN COMO CAPITAL NACIONAL DEL VIDRIO AL PARTIDO DE BERAZATEGUI (BUENOS AIRES)

(Orden del Día N° 462)

Dictamen de las comisiones

Honorable Cámara:

Las comisiones de Industria y de Legislación General han considerado el proyecto de ley de las señoras diputadas Giannettasio de Saiegh y García (M. T.) y de los señores diputados Kunkel, Díaz Bancalari y Pais sobre Capital Nacional del Vidrio. Se declara como tal a la ciudad de Berazategui, provincia de Buenos Aires; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan su sanción.

Sala de las comisiones, 12 de junio de 2012.

Daniel Germano. – Luis F. J. Cigogna. – Carlos E. Gdansky. – Juan P. Tunessi. – Alicia M. Comelli. – Juan C. Junio. – Nancy S. González. – Lino W. Aguilar. – Gumersindo F. Alonso. – Jorge M. Álvarez. – Celia I. Arena. – Miguel Á. Bazze. – Ivana M. Bianchi. – Isaac B. Bromberg. – Patricia Bullrich. – Eric

Calcagno y Maillman. – Alicia M. Ciciliani. – Alfredo C. Dato. – Juliana Di Tullio. – José M. Díaz Bancalari. – Anabel Fernández Sagasti. – Andrea F. García. – María T. García. – Graciela M. Giannettasio de Saiegh. – Carlos M. Kunkel. – Oscar A. Martínez. – Gerardo F. Milman. – Julián M. Obiglio. – Juan M. Pais. – Roberto A. Pradines. – Carlos A. Raimundi. – Antonio S. Riestra. – Alicia Terada.

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – Declárase al partido de Berazategui, provincia de Buenos Aires, Capital Nacional del Vidrio.

Art. 2° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Graciela M. Giannettasio de Saiegh. – José M. Díaz Bancalari. – María T. García. – Carlos M. Kunkel. – Juan M. Pais.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Industria y de Legislación General, al considerar el proyecto de ley de las señoras diputadas Giannettasio de Saiegh y García (M. T.) y los señores diputados Díaz Bancalari, Kunkel y Pais, informan que consideran pertinente la declaración de esta Honorable Cámara de Diputados de la Nación, del partido de Berazategui como Capital Nacional del Vidrio, debido a la vinculación de su historia socioeconómica y cultural con el desarrollo y crecimiento de la industria del vidrio.

La instalación de la cristalería Rigolleau y el posterior desarrollo de la artesanía y la industria local en torno a la actividad del vidrio y el resto de sus actividades conexas a esta cadena de valor, junto con la creación de la Escuela Municipal del Vidrio y el Museo Municipal del Vidrio en el partido de Berazategui, hacen de esta localidad una experiencia única en su tipo en América Latina. Asimismo, en la misma localidad se organiza el Salón Nacional del Vidrio en el Arte, a fin de promover y difundir las artesanías en vidrio. Complementariamente, docentes y alumnos de la Escuela Municipal del Vidrio han asistido a diversos talleres en la Fundación Centro Nacional del Vidrio en la ciudad de Segovia, España.

La provincia de Buenos Aires, el 1° de agosto del año 2005 y a través de la ley 13.361, ya ha declarado al partido de Berazategui como Capital Provincial del Vidrio.

Por todo lo expuesto, se solicita la sanción del presente proyecto.

Daniel Germano.

La mayor parte de los trabajadores ganan menos de \$ 3.000 mensuales y la desnutrición infantil es del 20 %. Si 260.000 menores de 5 años sufren algún grado de desnutrición y 2,6 millones de argentinos no tienen garantizada una comida diaria, tenemos que dedicarnos a estudiar un modelo productivo alternativo, que saque de la pobreza e indigencia a quienes convocamos para que nos voten cada dos años. La pobreza atenaza a más de nueve millones de compatriotas, el 25 % de la población.

La caída en la actividad afecta a 50.000 trabajadores y el gobierno informó que ya hay 30.263 operarios asistidos por el Programa REPRO (Recuperación Productiva) por el cual se entregan \$ 800 mensuales no remunerativos a trabajadores de empresas, procedimiento preventivo de crisis. Tengamos presente que el total de empleados públicos, en todos sus estamentos supera los 2.700.000. Desde 2007, el empleo público creció al 6,1 % de promedio anual (470 por día laborable, 400 de ellos en las provincias y municipalidades) mientras que en el sector privado la creación de puestos de trabajo creció en promedio esos años al 3,2 % de promedio anual. Tengamos presente que alrededor de 13.000.000 de argentinos (el 23 % de la población), recibe un ingreso del Estado, salarios, jubilaciones y planes.

Se sembrará menos trigo, las señales para el maíz están demoradas pese a su alta cotización (u\$s 175/180 la tonelada) y se cumplirá solamente con el 47 % de la Cuota Hilton, siendo que en 2008/09 se alcanzó el 90 % de lo asignado al país. Entonces, de las 28.000 tns asignadas dejamos de exportar 3.000 t. De las 29.500 t comprometidas para 2011/12, dejaremos de exportar 11.500 t, perdiendo más de u\$s 200 millones... y ya van cinco años consecutivos de incumplimiento. Lo único que nos falta es perder ese cupo por nuestra incompetencia. Poco estamos haciendo para no recibir el impacto de la crisis internacional.

Hace días leí una nota del diputado nacional Roberto Feletti donde decía que “sería bueno” que quienes creemos en políticas que promueven la oferta “confronten en el pensamiento y en el debate parlamentario” con ellos. Para mí, el desarrollo es crecimiento con distribución genuina. El diputado Feletti podría, si cumpliera con su deber parlamentario y con su palabra escrita, estar aquí para explicar por qué este “modelo de matriz diversificada, con crecimiento e inclusión”, requiere un 70 % de provisión de partes del exterior, necesita cada vez mayor presión impositiva al consumo y utiliza al salario y los ahorros jubilatorios para financiar al Estado. La discusión central está en que el kirchnerismo cree que ese excedente de \$ 3.500 millones en manos del gobierno es más dinamizador que si esa cantidad de dinero la utilizan los ciudadanos. Es más, cree que se redistribuye sacando a unos asalariados para sostener planes sociales que lleguen a otros. Lo expuesto informa que estamos ante una cuestión de fondo res-

pecto de cómo se genera riqueza y como opera la redistribución genuina del ingreso nacional. Para ello, nos falta un plan estratégico, un programa que articule todas las políticas en una dirección. Esa carencia potencia las contradicciones y en esa improvisación se pulveriza la confianza donde se asienta el futuro y la asunción de negocios de largo plazo.

Sería saludable, para la credibilidad pública, correr el velo sobre el relato de las actuales circunstancias: el del ajuste que empobrece y nos hace perder la gran oportunidad que aún se nos ofrece. No sirven medidas aisladas y mucho menos contradictorias entre sí, nos hace falta un programa consistente y un equipo económico que reconstruya confiabilidad para comunicarlo a nuestro pueblo. Desde estas bancas debemos hacer todo lo posible para que ello se haga efectivo porque la República así lo manda.

2

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO BIELLA CALVET

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida.

Después de tantas idas y vueltas, de años de debates en el seno de las comisiones, sobre todo las de Salud y la de Familia, Mujer y Minoridad, donde se escucharon las voces de los que no tenían acceso a los tratamientos de fertilización asistida y a todos los sectores involucrados, hoy estamos avanzando con esta ley que permite el acceso de la reproducción asistida para todos. Nos referimos en especial a tantas mujeres que hoy quieren ser madres pero no pueden lograrlo. Es la universalización del acceso al tratamiento de fertilización asistida, sin discriminación alguna, pero nos preguntamos con total sinceridad como se aplicará en el interior profundo –o no tan profundo– de nuestro país, dado que los impedimentos económicos son importantes.

En este sentido, resaltamos el acceso que este dictamen establece para los derechos de las parejas, a la fertilización asistida, aunque queremos destacar algunas de las falencias de este dictamen, tal como nuestro bloque expresó en la reunión plenaria de comisiones, en la que se votó con nuestro apoyo, pero sujeto a las modificaciones que se harían en el recinto.

En primer lugar, creemos que la efectividad del acceso de un derecho depende de los fondos con los que se cuentan. Este dictamen establece un amplio acceso de derechos, pero deja abierta a la reglamentación buena parte de la “letra fina”, la que va a permitir a

miles de personas sin acceso —o con acceso limitado— a una atención médica de calidad y a los tratamientos que se proponen.

Nuestras provincias del NOA tienen serias falencias en la atención primaria de la salud y la nutrición de nuestros niños. Esto no significa que no veamos con beneplácito el mayor acceso a los derechos para solucionar los problemas de fertilidad, pero creo que debemos pensar en las prioridades también, y esta ley implica fondos para solventarse.

No desconozco la invitación a que las provincias sancionen normas de similar naturaleza, sin duda una cláusula ambigua y amplia que permitirá un acceso limitado, tal como se aplicaría en el ámbito nacional.

La Nación podrá asegurar en forma limitada en sus hospitales el acceso a la fertilización asistida, y digo limitada, porque uno imagina largas listas de espera y sistemas de acceso dificultados por la demanda que habrá.

Las provincias tendrán problemas similares y siempre caemos en la centralidad, es decir en que la tecnología y la capacitación que estas técnicas requieren están en las grandes ciudades, sobre todo en Buenos Aires.

Vemos con preocupación las dificultades que el acceso a estos derechos generan, porque soy un médico que trabaja en la precordillera salteña y sé que seguramente este proyecto generará expectativas, y uno no sabe el tiempo que llevará su aplicación efectiva, porque en esos lugares donde no hay ni centros de salud de alta complejidad, mucho menos habrá acceso a la fertilización asistida ni a quien esté capacitado para aplicarla.

Esto es una realidad que se amplía a otros lugares más poblados también: señor presidente, ¿cómo asumirán los usuarios de las obras sociales provinciales la limitación o la falta de acceso a las técnicas, cuando vean que las obras sociales nacionales, las mutuales nacionales y las empresas de medicina prepa empiecen a brindar la cobertura que exige esta ley?

Es por esto que creemos que debe considerarse especialmente alguna forma de financiamiento que garantice en forma equivalente a todos los usuarios de las técnicas, el derecho a la salud. Así como funciona el fondo del APE para las prestaciones de alta complejidad, se debería generar un fondo similar para las provincias que atiendan el sistema público y auxilie a las obras sociales provinciales.

También debería preverse una estructura para estas técnicas de alta tecnología que hoy no existen en el NOA. No se puede aplicar una ley donde no hay forma de hacerlo. A esto se agrega la falta de personal médico capacitado para ejercer en lugares alejados de las ciudades. En este sentido hemos presentado con el diputado Fiad una iniciativa para estimular la presencia del médico rural, en zonas a las que, por ejemplo, se llega a lomo de burro.

Por menores que parezcan estos temas, no dejan de llamarnos la atención para tener una idea cabal de cómo se aplicaría esta ley.

Párrafo aparte, merece la consideración que manifestamos en la reunión de las comisiones, pero que mucho tiene que ver con el financiamiento también. Nos referimos a la aplicación gradual y progresiva de la ley, primero a las parejas sin hijos, después a los que hayan intentado sin resultados, a los que tengan más edad, etcétera. Esto no será discriminar, sino considerar y racionalizar recursos, en pos de una aplicación efectiva de la ley.

Señor presidente, hemos apoyado este dictamen con el convencimiento de que está generando una solución a miles de parejas infértiles, pero pedimos racionalidad en su aplicación. Para eso es necesario que se les brinden las herramientas necesarias a las autoridades sanitarias, para que no se transforme en letra muerta.

3

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO DÍAZ BANCALARI

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

El proyecto que hoy vamos a tratar tiene una enorme trascendencia para miles de parejas de ciudadanos argentinos que reclaman su legítimo derecho a contar con toda la asistencia que la ciencia médica puede brindarles para concretar el anhelado sueño de la paternidad.

Como expresamente se señala en el artículo 1º, el objeto que persigue la presente iniciativa es el de garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. En consecuencia, al aprobarse este proyecto, toda persona mayor de edad, de acuerdo con lo establecido en la ley 26.529, tendrá derecho a acceder a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo.

Esto equivale a decir que 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, las entidades de medicina prepa y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados (independiente-

mente de la figura jurídica que posean), deberán incorporar como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria de los procedimientos 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 de la pareja o de un donante.

Como resultado de la sanción de esta iniciativa, quedarán incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) todos los procedimientos anteriormente señalados, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

También quedarán comprendidos en el PMO los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, para aquellas personas, incluso los menores de 18 años, que por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometida su capacidad de procrear en el futuro.

Adviértase que el proyecto que nos disponemos a aprobar es sumamente amplio, y en este sentido, se considera “reproducción médicamente asistida” a todos los tratamientos o procedimientos realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo, quedando comprendidas las técnicas de baja a alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones.

Asimismo se podrán incluir progresivamente nuevos procedimientos y técnicas desarrolladas por los avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por el Ministerio de Salud de la Nación.

La Argentina es uno de los países que más ha desarrollado las técnicas de reproducción asistida en Latinoamérica. Estos procedimientos de fertilización humana con asistencia médica se realizan desde hace 25 años en forma exitosa en el país, pero hace falta un marco regulatorio como el que hoy estamos analizando, que defienda los intereses de todas las parejas que necesitan el acceso integral a estos tratamientos.

Quiero finalmente apartarme un poco del texto legal y hacer unas consideraciones de carácter humano. Las parejas que persiguen la posibilidad de lograr un embarazo, luchan contra el tiempo, pelean contra el inexorable paso de los días, los meses y los años que van debilitando las posibilidades de llegar a un final feliz. Una pareja con chances de lograr un éxito en su tratamiento hoy, es una pareja, quizá, sin esperanzas mañana.

Contribuyamos para que no se pierdan más ilusiones; colaboremos para que todos los que necesitan este tipo de asistencias médicas puedan hacer realidad sus sueños; demos una mano en esta batalla contra el tiempo que libran cientos de argentinos entusiasmados por dar vida.

Por todos los motivos expresados, es que apoyo el texto elaborado en el dictamen de mayoría, votando por la afirmativa.

4

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA GALLARDO

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

Quiero adelantar, como mujer y como madre, mi voto positivo al proyecto que venimos a tratar el día de la fecha.

Quiero afirmar mi posición desde la piel misma de las mujeres, o mejor dicho de las parejas, siendo que para ellas se trata de una instancia a la que llegan luego de andar un largo camino, doloroso, sacrificado, desgastante. Los costos de los tratamientos son muy elevados y no tienen cobertura por parte de las obras sociales o prepagas, justamente lo que apunta a resolver este proyecto de ley a través de la declaración de la infertilidad como una enfermedad y la inclusión de su tratamiento en el Plan Médico Obligatorio.

Se estima que es una problemática que afecta a una de cada seis parejas y, lamentablemente, sin recursos no hay bebé, por lo que muchos quedan excluidos y otros tantos deben hacer malabares para conseguir el dinero para un tratamiento que no necesariamente será exitoso al primer intento.

Quien ha encontrado dificultades para lograr un embarazo sabe que hay que remar contra la falta de información, los altos costos de los tratamientos e innumerables estudios y el desgaste físico y psicológico que ello conlleva.

Por eso, quiero terminar esta breve participación con las palabras de una de las mujeres argentinas, que se siente expresada por sus representantes en esta Cámara de Diputados al sancionarse este proyecto de ley.

“...Nervios, angustia, llanto, todo junto...”: así relataba Anahí Funes, de 35 años, cómo vivió la media sanción del proyecto de fertilización asistida. Anahí contó que hace diez años que busca tener un hijo. Es-

tuvimos tres años juntando dinero para un tratamiento que no nos dio resultado; nos ayudaron mis padres, vendimos el auto y hasta unas cosas de oro que guardaba desde mi cumpleaños de 15. Luego de perderlo todo, logramos comprar otro auto viejito que ahora estamos pensando vender otra vez para pagar un nuevo intento...”.

A estas situaciones venimos a dar respuesta como lo venimos haciendo en tantas otras cuestiones que hacen a la dignidad y los derechos de los argentinos desde el 2003 en adelante.

Y esto señor presidente, es otra luz de esperanza. Estamos hablando de dar vida. Estamos hablando de gobernar.

5

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO GIL LAVEDRA

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida.

Quiero hacer unas breves consideraciones referentes al fuerte compromiso que ha tenido nuestro bloque junto con los demás bloques de esta Honorable Cámara en poder avanzar con este proyecto. Lamentablemente el año pasado se frustró la sesión porque finalizaba el período de sesiones ordinarias, pero quisimos dar una señal de nuestro enorme interés en llevar este proyecto adelante.

A lo largo del mundo, las parejas ven a la infertilidad como una tragedia que trae aparejadas consecuencias sociales, económicas y psicológicas. En el año 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó un reporte de su Secretaría General que recomendaba la inclusión del objetivo de alcanzar el acceso universal a prestaciones de salud reproductiva a las Metas de Desarrollo del Milenio.

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la infertilidad es una necesidad insatisfecha de la planificación familiar a nivel mundial. Tal como surge de su reporte comparativo de 2004, en la mayoría de los países desarrollados una de cada 4 mujeres casadas en edad reproductiva sufre de algún problema de infertilidad. Alrededor de 186 millones de parejas sólo en países emergentes (y sin contar a China) sufren de problemas de infertilidad.

La carga de la infertilidad en la mayor parte de las sociedades, además, recae más enérgicamente sobre

la mujer, especialmente en aquellos lugares donde todavía se les atribuye como función primaria la crianza de los hijos y la atención del hogar. Y los estudios disponibles sugieren que se trata de una problemática que tiene un fuerte impacto negativo sobre las parejas, dado que se registra una tasa más elevada de divorcios y separaciones entre las que sufren de algún problema de infertilidad.

La OMS también da cuenta de la existencia de una enorme brecha en el acceso a este tipo de prestaciones, donde la capacidad económica es determinante. En general, este tipo de tratamientos no son brindados en los hospitales públicos lo que por sí mismo excluye a los sectores más vulnerables. Esto ha generado sentimientos de discriminación y resentimiento, en especial en países como la Argentina, que tradicionalmente tuvo sistemas de salud pública fuertes. Hoy en nuestro país y en el mundo, una enorme cantidad de personas se ven privadas de la posibilidad de tener hijos debido a la sola carencia de los recursos económicos.

Por eso, en esta oportunidad, estamos presentando una propuesta que es más modesta que la que teníamos el año pasado, pero que responde con la misma claridad a las demandas más urgentes. Cuando hablamos de fertilización asistida, tocamos temas tales como el comienzo de la vida y se nos presentan preguntas complejas como aquellas atinentes a la filiación de los niños y niñas que nazcan como resultado de este procedimiento.

El tiempo que insumiría dar todas estas discusiones, la complejidad de sus distintos aspectos, la existencia de procesos más ambiciosos que ya se encuentran en marcha (como la reforma del Código Civil, que respondería a aquellas inquietudes vinculadas a la filiación) y la urgencia que para muchas personas tiene este tema, nos han convencido de la necesidad de detenernos en el aspecto que hoy genera mayores dificultades: el acceso a los tratamientos.

El desafío en países como el nuestro, donde parte de la población tiene necesidades básicas insatisfechas, es determinar en qué medida el Estado debe soportar el costo de este tipo de procedimientos. La gran mayoría de la información que puede ser consultada, en general, piensa a las técnicas de fertilización asistida como una respuesta a la problemática de la infertilidad que padecen muchas parejas.

Nuestra propuesta, sin embargo, pretende ir más allá, y por ello incluye también el caso de las parejas de mujeres homosexuales y el de las mujeres solteras que no sufren problemas de fertilidad. Indudablemente, la reglamentación deberá fijar algún tipo de precisión sobre la cantidad y oportunidad de los procedimientos, pero las limitaciones no pueden estar basadas en criterios tales como la orientación sexual o el estado civil.

Así como afirmamos que la capacidad económica de una persona, no puede ser el factor que determine sus posibilidades de tener hijos, creemos que no podemos reconocer un derecho a una parte de la población o su estado civil. Hay miles de historias de vida y las dificultades de las soluciones encorsetadas son terribles. Por eso, en principio, el único requisito es el amor.

Entendemos que estamos dando un paso importantísimo en este sentido. Hoy, son muy pocos los países de la región que cuentan con una legislación o una regulación formal de las técnicas de regulación asistida y éstas se encuentran disponibles, casi exclusivamente, en instituciones privadas. Por ello, celebramos que en muchos de estos temas que puedan interesar a la sociedad, los bloques del Congreso encuentren un camino común de coincidencias para cumplir la misión que se les ha encomendado, que es poder resolver las cuestiones que interesan y preocupan a miles de personas.

6

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA GRANADOS

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

Hoy nos convoca la posibilidad de proponer un proyecto de ley que adecua el desarrollo del país con los más evolucionados del mundo en la materia de reproducción asistida.

Ya desde mi primer mandato como diputada he tenido entre mis mayores preocupaciones el tratamiento de una norma que recogiera las necesidades de las parejas en la República Argentina, a fin de poder formar una familia.

Los distintos proyectos que ya venían siendo presentados desde el año 1985, recogían en muchos casos las decisiones de los distintos fueros, de diversas jurisdicciones, a los que los ciudadanos argentinos debieron recurrir, presentando y exigiendo sus derechos ante la Justicia, a fin de poder ejercer y reclamar los derechos previstos en los artículos 16 y 33 de nuestra Constitución Nacional, que consagran la garantía de igualdad frente a la ley sin discriminación alguna.

Muchos años tuvieron que transcurrir para lograr tener una ley que permita el acceso a estas costosas prácticas a cualquier persona, sin distinción.

Hoy, más de 600 mil personas en la Argentina afrontan problemas de infertilidad. Esta problemática se ve agravada aún más por la falta de respaldo

de los sistemas de salud y los altos costos que estos tratamientos con su diagnóstico y su medicación presentan, situación que excluye y deja sin esperanzas a la mayoría de las personas afectadas ante la imposibilidad de costearlos.

Por esto y gracias a esta ley se abre una nueva esperanza y se da un efectivo cumplimiento de nuestra Constitución Nacional y los tratados internacionales que obligan a nuestro país a garantizar el acceso a la salud en el sentido más amplio, conforme lo dicho por la Organización Mundial de la Salud –OMS– como “el estado general de bienestar físico, psíquico y social”.

Actualmente, la posibilidad de brindar a los pacientes que lo demanden libre y conscientemente tratamientos de reproducción médicamente asistida, constituye un aporte irreprochable encuadrado en los desarrollos científicos y principios éticos.

Se trata de un nuevo aporte asistencial dirigido a disipar impedimentos de orden médico que muchas veces, como es público y notorio, alteran la feliz convivencia de las parejas que desean prolongar el linaje familiar como expresión de su paso por el mundo.

La cuestión, por su naturaleza, muestra diversos aspectos que, todos y cada uno, deben ser objeto de particular cuidado en su exposición y análisis, lo que se verifica en el dictamen y proyecto de mayoría, lo que hacemos propio por convencida e incondicional adhesión.

En especial, fuera de los aspectos puramente científicos, propios de los especialistas, es obligado reconocer que el proyecto afirma como finalidad “garantizar el acceso integral” a los correspondientes tratamientos con sentido igualitario, imponiéndolos con alcance universal a cargo del sector público de salud, obras sociales, empresas de medicina prepaga y cualquier agente que brinde servicios médicos asistenciales a sus afiliados, de acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud, organismo especializado de las Naciones Unidas.

Se alienta así la eliminación de barreras socioeconómicas que, en la práctica, sirven para negar a unos lo que otros más favorecidos pueden conseguir, asegurando así que una mejor calidad de vida esté disponible para todos.

Pero, además, el mencionado sentido igualitario se enlaza asimismo con la veda a la discriminación en razón de la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

Para concluir, me resta decir que la norma propuesta se caracteriza por una clara y concreta determinación de su objeto y de sus principios rectores, dejando a la autoridad de aplicación la reglamentación detallada y adecuación futura en todo momento, según lo exijan la experiencia y el progreso científico.

Por último, con la particular sensibilidad de las mujeres, manifiesto mi complacencia porque se sancione

una ley capaz de hacer más feliz la vida de muchos habitantes de la Argentina.

7

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA
DIPUTADA MENDOZA (M. S.)

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

El primer proyecto en relación con este tema fue ingresado a esta Honorable Cámara en el año 1985. Yo tenía apenas dos años. Me enorgullece ser parte hoy de este recinto que viene a saldar una deuda social, a terminar con una lucha de años, a poner fin a la desigualdad. Esto se puede lograr en el marco de un gobierno nacional y popular.

La procreación es un derecho. Todas las personas merecen tener una familia. Todos los argentinos tienen que contar con esta posibilidad. Formar una familia no es cuestión de privilegios.

El artículo 1º de la presente ley establece como objeto que sea garantizado el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. El artículo 7º menciona a los beneficiarios: toda persona mayor de edad que explice su consentimiento informado y los menores de 18 años que, por problemas de salud o por tratamientos de quimioterapia, radioterapia o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometida su capacidad de procrear en el futuro, podrán acceder a servicios de guarda de sus gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin. Con esto estamos queriendo decir que todos los argentinos van a tener acceso a este tipo de tratamiento. Ya no estamos hablando de enfermedades, sino de derechos. Por eso, hoy estamos dando un gran paso en un camino de mayor equidad e inclusión social.

Como bien lo dijo nuestra querida presidenta, Cristina Fernández de Kirchner, en la apertura del 130º período de sesiones ordinarias de esta Honorable Cámara, el proyecto ingresado del nuevo Código Civil y Comercial contempla el tratamiento de la reproducción humana asistida así como también la gestación por sustitución. Quiere decir que vamos a poder profundizar otras cuestiones relacionadas con este tema en el tratamiento del mismo.

De la mano de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner se han venido elaborando políticas de inclusión, políticas que han permitido mejorar la vida de millones de argentinos. Y hoy seguimos por ese camino con mayor profundidad. Cada día un paso más hacia adelante a fin de seguir siendo un país don-

de el crecimiento y la inclusión social sigan siendo los grandes protagonistas. Y quiero decir a nuestra presidenta que, como legisladores, seguiremos trabajando para seguir incorporando derechos personalísimos que, como bien ella lo mencionó, parecían imposibles de poder lograrse y hoy seguimos concretando esos sueños. Esta ley es hoy una posibilidad para que todos los argentinos puedan decidir armar una familia, el tesoro más preciado de un ser humano.

8

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO MONGELÓ

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

Simplemente, deseo manifestar mi profundo convencimiento de que con esta ley estamos una vez más dando un paso histórico en el reconocimiento de derechos sociales que, no sólo marcan un antes y un después en nuestro país y en América toda, sino que son el producto de largas luchas individuales y colectivas. Son el producto de largos años de reclamos sociales y justamente hoy esos reclamos están siendo debatidos por los representantes de esa sociedad que reclama una solución.

Hoy, estamos dando un paso trascendental en la consolidación de nuevos derechos sociales, ya que este proyecto de ley que hoy estamos debatiendo garantiza el acceso integral a los tratamientos médicos de reproducción médicamente asistida, sin distinciones, a las más de dieciséis mil parejas que actualmente en la Argentina presentan problemas de fertilidad.

9

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO OBIGLIO

Fundamentos del rechazo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

Teniendo en cuenta que lo que se discute a través del presente proyecto de ley es la inclusión de los tratamientos de fertilización humana médicamente

asistida, hay diversas cuestiones que deben ser consideradas al momento de poner en cabeza de los contribuyentes, a través del Estado, los costos de los tratamientos de fertilización artificial.

En primer lugar, considero que deberían fijarse tanto bases como topes de edad a las personas que aspiran a acceder a los tratamientos mencionados, especialmente a aquellos considerados de alta complejidad como por ejemplo la inseminación artificial. En muchos casos, hay que dar tiempo a la naturaleza para que permita actuar al organismo humano y por otro lado a la medicina para que funcionen los procedimientos de baja complejidad. Por estos motivos, comenzar desde temprana edad las prácticas médicas de fertilización puede ser un dispendio innecesario de recursos económicos. Por otro lado, en lo que a topes de edad respecta, la medicina está para suplir lo que no se puede lograr naturalmente. Es difícil que una mujer que habiendo sido fértil durante una etapa de su vida, y sin haber mediado factores que hubiesen reducido su capacidad reproductiva, pueda luego de transcurrido cierto tiempo de su vida seguir siendo fértil. También hay que considerar que pese a que artificialmente la ciencia puede crear la ficción de fertilidad en una mujer de edad avanzada, no resulta conveniente que un niño que nace, pueda caer en la orfandad a corta edad por haber nacido de una anciana.

Tampoco comparto la idea de que puedan ser beneficiarios a través del PMO personas que no padezcan trastornos en su salud reproductiva. Ofrecer el acceso a estas técnicas a personas sanas implica una doble injusticia. Injusticia, en primer lugar, hacia aquellos que sí padecen un trastorno reproductivo. Injusticia, en segundo lugar, hacia todas aquellas personas que padecen otro tipo de enfermedades que no pueden atenderse debidamente en un sistema de salud colapsado, que por ejemplo no permite que una persona que sufre una lesión en la rodilla pueda ser atendida en un hospital público de la provincia de Santa Cruz. Recordemos que un tratamiento de fertilización cuesta alrededor de u\$s 6.000.

Por ello mismo, no estoy de acuerdo en prestar los tratamientos de fertilización dentro del PMO a mujeres que físicamente son aptas para reproducirse pero que por cuestiones de orientación sexual no lo hacen.

Siguiendo con el análisis del artículo 7º del proyecto de ley bajo tratamiento, vemos que pese a que la discusión ha pretendido mantenerse dentro de la esfera de la cobertura médica del PMO. Se ha colado un tema que nada tiene que ver y que debería ser tratado en base a lo que surja una vez reformado el Código Civil. Dicha cuestión es la referida al momento hasta el cual puede revocarse el consentimiento por parte de los beneficiarios a los tratamientos. El final del primer párrafo de dicho artículo establece que el consentimiento puede ser revocado hasta antes de ser implantado el embrión en la mujer. Ahora bien, me pregunto: ¿qué ocurre con ese embrión si la beneficiaria decide

no implantarlo en su vientre? Recordemos que en la Argentina hay vida humana desde la concepción, por lo tanto, si no tenemos las repuestas respecto a qué hacer con esa vida, entonces abstengámonos de crear las situaciones que nos pongan en un vacío legal. Matar a esa persona no es opción. Pero repito, no es éste el ámbito de dar estas discusiones, cuando en breve, vamos a estar reunidos para la reforma del Código Civil.

En base a los conceptos expuestos respecto del dictamen de mayoría bajo análisis, me permito exponer mi punto de vista respecto de lo que debería considerar una legislación que propenda a incluir dentro del PMO a los tratamientos de reproducción humana asistida.

En primer lugar, sólo deberían ser aceptadas como beneficiarias de estos tratamientos y con la cobertura del PMO, aquellas mujeres que, teniendo entre 30 y 45 años de edad, presentasen alguna patología física o fisiológica que les impidiese llevar a cabo la concepción en su medio uterino.

Deben además existir límites en la cantidad de tratamientos de alta complejidad a los cuales pueden someterse los beneficiarios con la cobertura del PMO. Consideramos que un máximo de dos y hasta uno por año, es una cantidad aceptable y justa.

En el orden de la preservación del derecho a la vida de los embriones humanos, considero que debería limitarse a 3 la cantidad de óvulos que pueden ser fecundados. Esa cantidad permite llevar un embarazo a término disminuyendo el riesgo de pérdida de esos embriones. Los embriones obtenidos deben ser implantados en su totalidad dentro del útero materno para evitar la crioconservación de los mismos.

Siguiendo con los temas referidos al derecho a la vida y la dignidad de esos embriones, es que las prácticas de reproducción asistida deben garantizar el derecho a la identidad del niño; que prohíba el descarte, la criopreservación, la experimentación, la venta, la donación, la comercialización y la destrucción de los embriones.

Por último, debe contemplarse la posibilidad de que el personal de la salud interviniente en centros donde se lleven a cabo tratamientos de reproducción asistida, puedan ser objetores de conciencia.

Es por todo esto que rechazo el dictamen de mayoría y sostengo una posición contraria a las posiciones allí expresadas.

10

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO PIETRAGALLA CORTI

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los

tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

Celebro que estemos votando finalmente una ley tan esperada en materia de salud pública. Esta ley es resultado de largos debates que en algún momento debían cristalizarse en un instrumento legal que sirva para promover el acceso a los tratamientos de fertilidad asistida de manera más universal y equitativa para la población. A la vez, la importancia de esta ley es doble porque involucra tanto el derecho a la salud como el de formar una familia.

La fertilización asistida es un recurso técnico-médico que, por sus elevados costos, hasta el momento sólo estaba al servicio de los sectores medios y altos, produciendo una situación de inequidad en el acceso a esta prestación de salud. Por otra parte, la falta de una ley que regulara los tratamientos de fertilidad permitía que éstos quedaran por fuera de las coberturas en salud, teniendo que solventarse con el pago directo de los ciudadanos. Un tema sensible y central, como es la reproducción médicamente asistida, quedaba entonces relegado al ámbito del mercado con la consecuente lógica de exclusión social y mercantilización a la que es proclive. Es centralmente esta situación la que viene a subsanar este proyecto y por eso es un gran avance en materia de política pública, que esperamos pueda acompañarse con los esfuerzos de las provincias para su adhesión y del Ministerio de Salud para su acogida como órgano de aplicación.

El hecho de que estas técnicas y tratamientos sean incorporados al Programa Médico Obligatorio en toda su gradación (diagnóstico y técnicas de baja y alta complejidad) constituye un reconocimiento de las mismas como un insumo en salud básico, señalando así que la salud es, ante todo, un derecho humano y que, en particular, estas técnicas son un recurso necesario a garantizar. Por eso se ha previsto, para lograr un acceso universal, que sea obligatoria la cobertura en todos los niveles (medicina prepaga, obras sociales y sistema público).

A su vez, esta ley promueve una democratización en el acceso a la ciencia y a la tecnología médica. Comparte, en este sentido, el espíritu con que el gobierno argentino viene concibiendo el rol de la ciencia y la técnica a través de una mayor inversión, jerarquización y estímulo del área, entendida como un recurso estratégico al servicio de mejores condiciones para la vida de las personas y del país.

Finalmente, estas técnicas no sólo alcanzan los problemas de infertilidad, sino que tienen un alcance mayor. La ley de matrimonio igualitario puso en pie de igualdad las diversas formas de alianza, más allá de la orientación sexual elegida. Por esto, una ley como la que hoy vamos a votar es un complemento necesario para que un gran número de parejas pueda contar con herramientas en salud y con legislaciones acordes para gozar plenamente de su derecho a formar una familia.

Por todo lo que señalé, considero que esta ley, además de abordar un capítulo puntual en materia de salud pública, se inscribe en una dirección más general que adoptó nuestro país al poner en primer lugar los criterios de inclusión social e igualdad de derechos para toda la población, más allá del sector social y de la orientación sexual de las personas. Esta ley no es aislada y puede leerse en el contexto de otras leyes como la Ley de Medicina Prepaga y la ley que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Así como otras más transversales como ser la Ley de Matrimonio Igualitario, la Ley de Identidad de Género, etcétera.

Sabemos también que no alcanza esta ley para abordar todos los temas que acarrea el uso de las técnicas de fertilización asistida. Lo que resta por hacer no puede, sin embargo, opacar el paso que estamos dando: garantizar el acceso integral a una técnica altamente demandada por la población y hasta ahora sólo disponible para unos pocos. A partir de este piso logrado es que podremos avanzar en los aspectos pendientes. La inminencia del tratamiento del anteproyecto de Código Civil y Comercial será una oportunidad para saldar otros debates más amplios que se han suscitado.

11

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA RODRÍGUEZ

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

En primer lugar, quiero hacer algunas reflexiones generales respecto del derecho de toda persona de acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida y su fundamento en los principios y tratados internacionales de derechos humanos. En segundo lugar, quiero hacer algunas precisiones a los fines de determinar la voluntad de los legisladores al aprobar el presente proyecto y fijar los lineamientos y remisiones que resultan fundamentales para su correcta interpretación.

En cuanto al primer punto, cabe aclarar que los derechos reproductivos y sexuales se basan en el principio de autonomía de las personas para elegir y materializar libremente sus planes de vida, entre otros aspectos, respecto de sus capacidades reproductivas y su vida sexual. Asimismo, presuponen las condiciones económicas, sociales y culturales que posibiliten su pleno goce y ejercicio.

Se trata de derechos fundamentales toda vez que contemplan el total respeto a la persona humana, la

realización plena, segura y libre de su vida sexual; la libre opción de la maternidad/paternidad y la planificación familiar voluntaria y responsable. Estas libertades se encuentran asociadas a los deberes correlativos del sujeto pasivo conducentes a permitir el disfrute del más elevado nivel de salud, el ejercicio de las decisiones atinentes a la sexualidad y reproducción y el acceso a información y a los medios para ejercitar tales decisiones.

En este sentido, legislar sobre el uso y el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida implica legislar sobre el ejercicio pleno de estos derechos, así como la garantía de una ciudadanía en condiciones de igualdad para todos y todas.

Los derechos reproductivos y el derecho a formar una familia, en el sentido ampliado de este concepto, son reconocidos en diferentes tratados, convenciones, conferencias, pactos internacionales de derechos humanos y plataformas de acción.

En especial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece:

“Artículo 12:

”1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

”2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

“Artículo 14: [...]

”2. [...]

”b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia”.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce:

“Artículo 12: [...]

”3. Los Estados Partes en el presente pacto reconocen a toda persona el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

En la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995, se sostuvo que:

“(94) 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. En consecuencia, la salud reproductiva entraña

la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

”(95) Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

En el mismo sentido, se expidió el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrafo 7.2, contenido en el informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo 1.

En efecto, el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, establece como principio que:

“Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más

amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo” (principio 8).

La relatora especial sobre Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas ha afirmado, en este sentido:

“Los derechos reproductivos son una parte fundamental e integrante de los derechos humanos de la mujer y, como tales, están consagrados en las normas internacionales que trascienden la cultura, las tradiciones y las normas de sociedad” y que “Un nivel inadecuado de conocimientos acerca de la sexualidad humana e información y servicios inadecuados o insuficientes sobre la salud y la reproducción, la discriminación contra la mujer y las jóvenes con una base cultural bien asentada y los límites del control de la mujer sobre sus vidas sexuales y reproductivas, contribuyen a las violaciones de la salud reproductiva de la mujer” (véase Informe de la relatora especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus causas y consecuencias, señora Radhika Coomaraswamy, preparado de conformidad con la resolución 1997/44 de la Comisión de Derechos Humanos, sobre “Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen”, 21 de enero de 1999, E/CN.4/1999/68/Ad. 4).

Tal como expresáramos en el *amicus curiae* presentado en autos “Ligas de Amas de Casa, Usuarios y Consumidores de la República Argentina y otros c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ acción declarativa de inconstitucionalidad expediente 480/00”:

“Resulta fundamental traer a colación la recomendación general 24 del Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer –organismo encargado de velar por la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer–, dictada en la sesión número 20, que afirma que el acceso a la atención médica, incluida la salud reproductiva, es uno de los derechos básicos en los términos de la Convención contra la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y que resulta un acto de discriminación por parte del Estado, negarse a proveer de servicios de salud reproductiva para las mujeres”.

En particular, el comité afirmó que deben “... removerse todos los obstáculos para el acceso de las mujeres a servicios de salud, a la educación y a la información, incluyendo el área de salud sexual y reproductiva”. Para ello, “... requiere que todos los servicios de salud sean consistentes con los derechos humanos de las mujeres, incluyendo los derechos a la autonomía, a la privacidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado y a la libre elección” (*amicus curiae* presentado por Diana Maffia, Mariela Puga y Marcela V.

Rodríguez en los autos caratulados “Ligas de Amas de Casa, Usuarios y Consumidores de la República Argentina y otros c/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/acción declarativa de inconstitucionalidad expediente 480/00”, por ante el Superior Tribunal de Justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

En el ámbito interno, la ley 25.673 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que tiene como objetivos:

“a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.

”b) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias.

”c) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

”g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”.

La ley 26.485, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales establece como uno de los derechos protegidos:

“Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la ley 25.673, de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”.

En relación con el segundo propósito enunciado, quiero aclarar la voluntad del legislador al regular el uso de las técnicas y procedimientos de reproducción humana asistida respecto de los siguientes puntos.

La adopción de un lenguaje de derechos invocado por todos los legisladores de los distintos bloques así como la claridad de los artículos 7º y 8º determinan que se consagra el derecho de toda persona de acceder a estos procedimientos y técnicas (lo que incluye la cobertura prevista por el artículo 8º), en condiciones de igualdad y prohibiendo cualquier tipo de discriminación.

Por ello, corresponde garantizar el acceso a estas técnicas de conformidad con los principios de igualdad y no discriminación establecidos en los diversos tratados internacionales de derechos humanos cuya jerarquía constitucional fuera reconocida por el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional.

De esta manera se pretende cumplir con la obligación asumida al suscribir la Convención Americana sobre Derechos Humanos que impone:

“Artículo 1º: *Obligación de respetar los derechos.* Los Estados Partes de esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su pleno goce y ejercicio a toda

persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

“Artículo 2º: *Deber de adoptar disposiciones de derecho interno.* Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1º no estuviese ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades”.

Por otra parte, resulta de relevancia determinar claramente que, a los fines de la consecución de un embarazo, estos procedimientos y técnicas estarán amparados por la amplia cobertura prevista. Asimismo, incluso cuando no se busque la consecución inmediata del embarazo, se prevé el sistema de guarda de gametos y tejido reproductivo si las personas –aun aquellas menores de 18 años– por problemas de salud o intervenciones médicas puedan ver comprometida su capacidad de procrear en el futuro.

Finalmente, para que quede absolutamente clara la voluntad manifestada por las/los legisladoras/es, y en particular expresada por la miembro informante respecto de las técnicas y prácticas de reproducción humana asistida incluidas en la cobertura del artículo 8 y definidas por la Organización Mundial de la Salud, es que solicité la inserción en el Diario de Sesiones del documento de la Organización Mundial de la Salud, que fue oportunamente autorizada y por lo cual se transcribe seguidamente:

“Glosario de terminología en técnicas de reproducción asistida (TRA).

“Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)

“Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida en 2010 © Organización Mundial de la Salud 2010.

“El director General de la Organización Mundial de la Salud concedió los derechos de traducción para una edición en español a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, que es la única responsable por la edición en Español.

“F. Zegers-Hochschild,^a G. D. Adamson,^b J. de Mouzon,^c O. Ishihara,^d R. Mansour,^e K. Nygren,^f E. Sullivan,^g and S. Vanderpoel,^h for ICMART and WHO a Unit of Reproductive Medicine, Clinicas las Condes, Santiago, Chile; b Fertility Physicians of Northern California, Palo Alto and San Jose, California; c INSERM U822, Hopital de Bicetre, Le Kremlin Bicetre Cedex, Paris, France; d Saitama Medical University

“Hospital, Moroyama, Saitama, Japan; e Cairo, Egypt; f IVF Unit, Sophiahemmet Hospital, Stockholm, Sweden; g Perinatal and Reproductive Epidemiology and Research Unit, School of Women’s and Children’s Health, University of New South Wales, Sydney, Australia; and h Department of Reproductive Health and Research and the Special Program of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

“*Objetivo:* Muchas definiciones utilizadas en la reproducción médicamente asistida (MAR) varían en diferentes contextos, lo que hace difícil estandarizar y comparar los procedimientos entre los distintos países y regiones. Con la expansión de los tratamientos de infertilidad en todo el mundo, incluyendo los lugares de más bajos recursos, la importancia y el valor de tener una nomenclatura común son evidentes. El objetivo de este trabajo es desarrollar un glosario con definiciones aceptadas internacionalmente e ir continuamente actualizando estas definiciones, para uniformar y armonizar la colección de datos, y para ayudar en el control de la disponibilidad, la eficacia y la seguridad de las técnicas de reproducción asistida (TRA) que se practican en todo el mundo.

“*Método:* Setenta y dos profesionales clínicos, científicos básicos y sociales, y epidemiólogos se reunieron en la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, en diciembre de 2008. Varios meses antes, tres grupos de trabajo se hicieron responsables de trabajar en la terminología en tres áreas específicas: condiciones y procedimientos clínicos, procedimientos de laboratorio y evaluación de los resultados. Cada grupo analizó el actual Glosario del International Committee for Monitoring ART (ICMART). Se formularon recomendaciones para su revisión y se propusieron nuevas terminologías para expandir el glosario.

“*Resultado:* Se logró un consenso sobre 87 términos, ampliando el glosario original de 34 términos, que incluía las definiciones de numerosos procedimientos clínicos y de laboratorio. Se hizo especial hincapié en la terminología destinada a evaluar resultados, tales como la tasa acumulativa de partos y otros marcadores de seguridad y eficacia en TRA.

“*Conclusión:* La terminología estandarizada debería ayudar en el análisis de tendencias en las intervenciones de MAR y en la comparación de resultados de las TRA entre los distintos países y regiones. Este glosario contribuirá a una comunicación más estandarizada entre los profesionales responsables de la práctica de las TRA, así como los responsables de los registros internacionales nacionales y regionales.

“La estandarización de definiciones es crucial para la evaluación y comparación de los resultados de reproducción asistida (TRA) tanto a nivel nacional e internacional. El incremento en el uso de TRA en todo el mundo y las continuas discusiones,

controversias, y debates sobre las medidas de eficacia y seguridad han generado interés tanto científico como público (1-4).¹ Las definiciones utilizadas en reproducción asistida en los diferentes países, con frecuencia, son el resultado de las adaptaciones a asuntos médicos, culturales y religiosos particulares. Sin embargo, al realizar la recopilación de datos internacionalmente, la normalización es necesaria para que el seguimiento de la eficacia, seguridad y calidad de los procedimientos y la investigación multinacional puedan llevarse a cabo.

“El International Committee for Monitoring ART (ICMART), entidad responsable de la colección y difusión de datos de TRA a nivel mundial, publicó el primer glosario de terminología de TRA en 2006 (5, 6). Ese glosario en particular fue el resultado de las conversaciones de los participantes en una reunión internacional sobre Aspectos Médicos, Éticos y Sociales de la Reproducción Asistida, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001 (7).

“En diciembre de 2008, la OMS, con la asistencia de ICMART, la Fundación Low Cost FIV (LCIVFF) y la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (IFFS), organizó una reunión internacional sobre ‘Técnicas de Reproducción Asistida: Terminología común y el manejo en lugares de bajos recursos’. Los miembros de ICMART y OMS fueron los responsables de dirigir una revisión extensa para mejorar la terminología del ya existente Glosario de TRA (5, 6). Fueron guiados por el objetivo de desarrollar un conjunto de definiciones internacionalmente aceptadas que ayudaran a estandarizar y armonizar la captura de datos para supervisar la disponibilidad, la eficacia y seguridad de las intervenciones de punta para lograr datos de alta calidad en todos los ámbitos, incluidos los de lugares de bajos recursos.

“La OMS, en colaboración con el comité organizador, se reunió con profesionales de la salud de países desarrollados y países en desarrollo, que fueron seleccionados por su experiencia y/o como representantes de las principales organizaciones médicas de salud reproductiva internacionales y nacionales incluyendo American Society for Reproductive Medicine, European Society for Human Reproduction and Embryology, ICMART, Red Latino Americana de Reproducción Asistida, IFFS, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, Middle East Fertility Society, Japan Society for Reproductive Medicine, Japan Society for Obstetrics and Gynaecology, Society of Obstetrics and Gynaecology of Burkina, Chinese Society of Reproductive Medicine, Indian Society for Assisted Reproduction, Brazilian Society of Assisted Reproduction, World Endometriosis Society, Fertility Society of Australia, International Society for Mild Approaches to Assisted Reproduction, Russian Association of Human Reproduction, Asia Pacific Ini-

tative on Reproduction, and LCIVFF, así como con editores de las revistas Fertility and Sterility y Human Reproduction.

“Metodología de trabajo

“Esta versión revisada y mejorada del glosario ICMART es el resultado de la discusión y el consenso alcanzado entre 72 médicos, profesionales de ciencias básicas y sociales y epidemiólogos que se reunieron juntos en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza, del 1° al 5 de diciembre de 2008. Tres grupos de trabajo se establecieron con varios meses de antelación. Cada grupo de trabajo se encargó de examinar el glosario existente y recomendar nuevas terminologías para definir términos clínicos, de laboratorio y de resultados.

“Los profesionales que coordinaron cada grupo de trabajo, en orden alfabético, fueron:

“*Clínica*: David Adamson, Thomas D’Hooghe, Osamu Ishihara, y Fernando Zegers-Hochschild.

“*Laboratorio*: Trevor Cooper, Outi Hovatta, Arne Sunde, y Alan Trounson.

“*Resultados*: Maryse Bonduelle, Jacques de Mouzon, Orvar Finnstr, y Hassan Sallam.

“Cada término, con su definición, fue presentado por cada grupo de trabajo a todos los participantes en las sesiones del 2008 de la reunión de la OMS. La versión final del glosario fue generada por los participantes en la reunión tras un debate profundo seguido de discusiones informales durante una semana, en relación a las definiciones nuevas y existentes. Las aclaraciones y sugerencias fueron capturadas por los grupos de trabajo antes de que un consenso final sobre cada término y definición se alcanzara.

“Prevemos que este glosario contribuirá a una comunicación más fluida entre los profesionales responsables de la práctica de TRA, así como de los responsables de los registros nacionales, regionales e internacionales. La terminología normalizada debería ayudar al análisis de las tendencias mundiales y la comparación de los resultados a través de países y regiones. Este glosario no incluye medidas específicas de ‘éxito’ que podrían llevar en consideraciones variadas respecto del bienestar de bebés, madres, padres y donantes de gametos.

“Glosario

“*Aborto espontáneo*: pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.

“*Aborto inducido*: La interrupción deliberada de un embarazo clínico que tiene lugar antes de completar las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, de un embrión o fetos de menos de 400 g.

1. Referencias al final del texto.

"Aborto recurrente espontáneo: pérdida de dos o más embarazos clínicos.

"Aborto retenido: aborto clínico donde el embrión o feto es no viable y no es expulsado espontáneamente del útero.

"Anomalías congénitas: todas las anomalías estructurales, funcionales y genéticas diagnosticadas en fetos abortados, en bebés al nacer o en el período neonatal.

"Bajo peso al nacer: peso al nacer menor a 2.500 g.

"Blastocisto: embrión, 5 o 6 días después de la fecundación, con masa celular interna, capa externa de trofoectodermo y cavidad o blastocele lleno de líquido.

"Ciclo cancelado: ciclo de TRA en el cual la estimulación ovárica y el monitoreo han sido llevados a cabo con la intención de hacer un tratamiento, pero no se procedió a la aspiración folicular o a la transferencia del embrión, en el caso de un embrión descongelado.

"Ciclo de donación de ovocitos: ciclo en el cual los ovocitos de una donante son obtenidos para aplicación clínica o de investigación.

"Ciclo de receptora de embriones: un ciclo de TRA en el cual la mujer recibe cigotos o embriones donados.

"Ciclo de receptora de ovocitos: ciclo de TRA en el cual una mujer recibe ovocitos de una donante.

"Ciclo de transferencia de embriones criopreservados/descongelados (TEC/D): procedimiento de TRA en el cual el monitoreo es llevado a cabo con la intención de transferir embriones criopreservados–descongelados. Nota: un ciclo de TEC/D es iniciado cuando la medicación específica es indicada o el monitoreo del ciclo es iniciado con la intención de tratamiento.

"Ciclo de transferencia de embriones: ciclo de TRA durante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Fallopio.

"Ciclo de transferencia de ovocitos criopreservados/descongelados (TEC/D): procedimiento de TRA en el cual el monitoreo es llevado a cabo con la intención de fecundar ovocitos criopreservados/descongelados y transferir los embriones formados.

"Ciclo iniciado: ciclo de TRA en el cual la mujer recibe medicación para estimulación ovárica, o monitoreo en el caso de ciclos naturales, con la intención de llevar a cabo un tratamiento, independientemente de si se realiza la aspiración de ovocitos.

"Ciclo natural de FIV: procedimiento de FIV en el cual uno o más ovocitos son obtenidos de los ovarios durante un ciclo menstrual espontáneo sin uso de drogas.

"Ciclo natural modificado: procedimiento de FIV en el cual uno o más ovocitos son obtenidos de los ovarios durante un ciclo menstrual espontáneo. Las

drogas son administradas con el único propósito de bloquear el pico espontáneo de LH e inducir la maduración final del ovocito.

"Ciclo para receptora de espermatozoides: ciclo de TRA en el cual una mujer recibe espermatozoides de un donante que no es su pareja.

"Cirugía reproductiva: procedimientos quirúrgicos realizados para diagnosticar, conservar, corregir, y/o mejorar la función reproductiva.

"Criopreservación: la congelación o la vitrificación y el almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal.

"Diagnóstico genético preimplantation (DGP): análisis de cuerpos polares, blastómeras o trofoectodermo de ovocitos, cigotos o embriones para la detección de alteraciones específicas, genéticas, estructurales, y/o cromosómicas.

"Donación de embriones: transferencia de embriones resultantes de gametos (espermatozoides y ovocitos) que no se originaron de la receptora y su pareja.

"Eclosión asistida: procedimiento in vitro mediante el cual la zona pelúcida de un embrión es adelgazada o perforada por métodos químicos, mecánicos o con láser para ayudar en la eclosión del blastocisto.

"Eclosión: proceso mediante el cual un embrión en el estado de blastocisto se separa de la zona pelúcida.

"Edad gestacional: edad de un embrión o feto calculada al sumar dos semanas (14 días) al número de semanas completadas después de la fecundación. Nota: para transferencia de embriones criopreservados/ descongelados, la fecha estimada de fecundación es calculada restando la edad del embrión en el momento de la criopreservación a la fecha de la transferencia de embriones criopreservados y descongelados.

"Embarazo bioquímico (aborto espontáneo preclínico): embarazo diagnosticado sólo por la detección de HCG en suero u orina y que no se desarrolla en embarazo clínico.

"Embarazo clínico con latido cardíaco fetal: embarazo diagnosticado con ecografía o por documentación clínica de al menos un feto con latido cardíaco. Esto incluye embarazo ectópico.

"Embarazo clínico: embarazo diagnosticado por visualización ecográfica de uno o más sacos gestacionales o signos clínicos definitivos de embarazo. Esto incluye embarazo ectópico. Nota: múltiples sacos gestacionales son contados como un solo embarazo clínico.

"Embarazo ectópico: un embarazo en el cual la implantación tiene lugar fuera de la cavidad uterina.

"Embrio/feto reducción: procedimiento para reducir el número de embriones o fetos viables en un embarazo múltiple.

"Embrión: producto de la división del cigoto hasta el fin del estadio embrionario (8 semanas después de

la fecundación). (Esta definición no incluye partenotes –generados a través de partenogénesis– ni productos de la transferencia de núcleos de células somáticas.)

”Estimulación ovárica controlada (EOC) para ciclos no de TRA: tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de más de un ovocito.

”Estimulación ovárica controlada (EOC) para TRA: tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de múltiples folículos ováricos para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.

”Estimulación ovárica suave para FIV: procedimiento mediante el cual los ovarios son estimulados con gonadotropinas y/o otros compuestos con la intención de limitar el número de ovocitos obtenidos para FIV a menos de siete.

”Fecundación in vitro (FIV): Técnica de Reproducción Asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea.

”Fecundación: penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos, lo que resulta en la formación de un cigoto.

”Feto: producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

”Gestación/ nacimiento múltiple: embarazo/parto con más de un feto/bebé.

”Gestante subrogada: mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará el bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos y/o de terceros.

”Glosario

”Implantación: La unión y subsecuente penetración del blastocisto libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación.

”Inducción de ovulación (IO): tratamiento farmacológico de mujeres con anovulación u oligoovulación con la intención de inducir ciclos ovulatorios normales.

”Infertilidad: enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas.

”Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI, por sus siglas en inglés): procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito.

”MESA (por sus siglas en inglés): aspiración microquirúrgica de espermatozoides epididimarios.

”MESE (por sus siglas en inglés): extracción microquirúrgica de espermatozoides epididimarios.

”Micromanipulación: tecnología que permite efectuar procedimientos microquirúrgicos en espermatozoides, ovocitos, cigotos o embriones.

”MicroTESE (por sus siglas en inglés): extracción microquirúrgica de espermatozoides testiculares.

”Mortalidad perinatal: muerte fetal o neonatal que ocurre durante el embarazo tardío (a las 20 semanas completas de edad gestacional o más tarde), durante el nacimiento, o hasta completados los siete días después del nacimiento.

”Muerte fetal (mortinato): muerte que ocurre antes de la completa expulsión o extracción del producto de una fecundación, a partir de la semana 20 de edad gestacional. La muerte es determinada por el hecho de que el feto no respire ni muestre otra evidencia de vida, tal como latido fetal, pulsación del cordón umbilical o movimiento definido de los músculos voluntarios.

”Muerte neonatal temprana: muerte de un nacido vivo dentro de los primeros 7 días del nacimiento.

”Muerte neonatal: muerte de un recién nacido vivo dentro de los 28 días del nacimiento.

”Múltiples de alto orden: embarazo o parto con tres o más fetos o neonatos.

”Muy bajo peso al nacer: peso menor a 1.500 g.

”Nacimiento a término completo: nacimiento de un recién nacido vivo o mortinato que tiene lugar entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional.

”Nacimiento postérmino: nacimiento vivo o muerto que tiene lugar después de completadas las 42 semanas de edad gestacional.

”Nacimiento prematuro extremo: parto de un nacido vivo o muerto que tiene lugar después de la semana 20 y antes de las 32 semanas completas de edad gestacional.

”Nacimiento pretérmino (extremo): un nacimiento vivo o mortinato que sucede después de la semana 20 y antes de la semana 28 de edad gestacional.

”Nacimiento pretérmino: nacimiento que tiene lugar después de 20 semanas y antes de completadas las 37 semanas de edad gestacional.

”Nacimiento vivo: expulsión completa del cuerpo de su madre del producto de la fecundación, independientemente de la duración del embarazo, si después de la separación respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, tales como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical, movimiento definido de músculos voluntarios, independientemente de si el cordón umbilical ha sido cortado o si la placenta está unida.

”Parto: la expulsión o extracción de uno o más fetos de la madre después de completadas 20 semanas de edad gestacional.

”Pequeño para edad gestacional: peso al nacer menor a dos desviaciones estándares de la media o menor

que el décimo percentil de acuerdo a los gráficos locales de crecimiento intrauterino.

”Periodo neonatal: intervalo de tiempo que comienza con el nacimiento y termina con 28 días completados después del nacimiento.

”PESA (por sus siglas en inglés): aspiración percutánea de espermatozoides epididímaros.

”Peso bajo al nacer (extremo): peso al nacer inferior a 1.000 g.

”Reproducción médicamente asistida (RMA): 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.

”Saco gestacional: estructura que contiene líquido asociada con un embarazo temprano, la cual puede estar localizada dentro o fuera del útero (en caso de un embarazo ectópico).

”Saco(s) o embrión(es) evanescente(s): Documentación ecográfica de la desaparición espontánea de uno o más sacos gestacionales o embriones de un embarazo en marcha.

”Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) severo: el SHO es severo cuando se tiene que indicar hospitalización (Ver definición de ‘Síndrome de hiperestimulación ovárica’).

”Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO): respuesta sistémica exagerada a la estimulación ovárica caracterizada por un amplio espectro de manifestaciones clínicas y de laboratorio. Se clasifica en suave, moderado o severo de acuerdo al grado de distensión abdominal, agrandamiento de los ovarios y complicaciones respiratorias, hemodinámicas y metabólicas.

”Tamizaje genético preimplantation (PGS, por sus siglas en inglés): análisis de cuerpos polares, blastómeras o trofoctodermo de ovocitos, cigotos o embriones para la detección de aneuploidías, mutaciones y/o rearrreglos del ADN.

”Tasa acumulativa de partos con al menos un bebé nacido vivo: el número estimado de partos con al menos un bebé nacido vivo resultado de un ciclo de TRA iniciado o aspirado, incluyendo el ciclo en el cual se transfirieron embriones en fresco y los subsecuentes ciclos en los cuales se transfirieran embriones criopreservados y descongelados. Esta tasa es usada cuando se ha transferido menos del total de embriones en fresco y embriones criopreservados y descongelados de un solo ciclo de TRA. Nota: el nacimiento de un bebé único, o múltiples es registrado como un solo parto. (1)

”Tasa de embarazo clínico: el número de embarazos clínicos expresados por 100 ciclos iniciados, ciclos de aspiración o ciclos de transferencia de embriones. Nota: cuando se expresen las tasas de embarazo

clínico, el denominador (iniciados, aspirados o transferencias) debe ser especificado.

”Tasa de implantación: número de sacos gestacionales observados, dividido por el número de embriones transferidos.

”Tasa de nacimientos vivos: número de nacimientos que hayan resultado en al menos un nacido vivo expresado por 100 ciclos iniciados, ciclos de aspiración, o ciclos de transferencia de embriones. Cuando se exprese la tasa de nacidos vivos el denominador (ciclos iniciados, aspirados o de transferencias) debe especificarse.

”Tasa de parto después de TRA por paciente: número de partos con al menos un nacido vivo por paciente después de un número especificado de tratamientos de TRA.

”Tasa de partos: el número de partos expresados por cada 100 ciclos iniciados, ciclos de aspiración o ciclos de transferencia de embriones. Cuando la tasa de partos es expresada, el denominador (iniciados, aspirados o transferencias) debe ser especificado. Esto incluye partos que resultaron en el nacimiento de uno o más nacidos vivos y/o mortinatos. Nota: el parto de un solo bebé único o múltiple, es registrado como un solo parto.

”Tasa total de nacimientos con al menos un nacido vivo: número total estimado de partos con al menos un recién nacido vivo como resultado de un ciclo de TRA iniciado o aspirado incluyendo todos los ciclos en fresco y los ciclos criopreservados y descongelados. Esta tasa es usada cuando todos los embriones –en fresco y los criopreservados/descongelados –de un ciclo de FIV han sido usados. Nota: El parto de un bebé único o múltiple, es registrado como un solo parto.

”Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante.

”TESA (por sus siglas en inglés): aspiración de espermatozoides testiculares.

”TESE (por sus siglas en inglés): extracción de espermatozoides testiculares.

”Torsión ovárica: rotación parcial o completa del pedículo vascular ovárico que causa obstrucción del flujo sanguíneo ovárico, y puede llevar a la necrosis de tejido ovárico.

"*Transferencia de embriones (TE)*: procedimiento mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Fallopio.

"*Transferencia electiva de embriones*: transferencia de uno o más embriones, seleccionados a partir de una cohorte más grande de embriones.

"*Transferencia intratubárica de gametos*: un procedimiento de TRA en el cual ambos gametos (ovocitos y espermatozoides), son transferidos a la trompa de Fallopio.

"*Transferencia intratubárica de cigoto*: procedimiento mediante el cual uno o más cigotos son transferidos a la trompa de Fallopio.

"*Vitrificación*: método ultrarrápido de criopreservación que previene la formación de hielo dentro de una suspensión que se solidifica de manera similar al vidrio.

"*Zigoto*: célula diploide resultante de la fecundación de un ovocito por un espermatozoide, la cual subsecuentemente se divide para formar un embrión.

"Referencias

"1. Adamson, G. D.; De Mouzon, J.; Lancaster, P.; Nygren, K. G.; Sullivan, E.; Zegers-Hochschild, F., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), 'World collaborative report on in-vitro fertilization', *Fertil Steril*, 2000; 2006(85):1586-622.

"2. De Mouzon, J.; Lancaster, P.; Nygren, K. G.; Sullivan, E.; Zegers-Hochschild, F., *et al.*, International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, 'World collaborative report on in-vitro fertilization', 2004, *Hum Reprod.*, in press.

"3. Dickey R. P., 'The relative contribution of assisted reproductive technologies and ovulation induction to multiple births in the United States 5 years after the Society for Assisted Reproductive Technology/American Society for Reproductive Medicine recommendation to limit the number of embryos transferred', *Fertil Steril*, 2007, 88:1554-61.

"4. European IVF - Monitoring Consortium, European Society of Human Reproduction and Embryology, 'Assisted reproductive technology in Europe', 2004: results generated from European registers by ESHRE, *Hum Reprod.*, 2008, 23:756-71.

"5. Zegers-Hochschild, F.; Nygren, K. G.; Adamson, G. D.; De Mouzon, J.; Lancaster, P.; Mansour, R.; Sullivan, E., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies, 'The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART) glossary on ART terminology', *Fertil Steril*, 2006; 86:16-9.

"6. Zegers-Hochschild, F.; Nygren, K. G.; Adamson, G. D.; De Mouzon, J.; Lancaster, P.; Mansour, R.; Sullivan, E., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies, 'The ICMART glossary on ART terminology', *Hum Reprod.*, 2006; 21:1968-70.

"7. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, 'The ICMART glossary. Current practices and controversies in assisted reproduction. Report of a WHO meeting', Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002:xix-xxi, 1524."

12

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO VILARIÑO

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se garantiza el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales sobre reproducción médicamente asistida

Hoy tratamos aquí una vez más un proyecto de ley revolucionario para nuestro país que establece que las obras sociales, entidades de medicina prepaga y el sistema de salud pública deberán incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura integral e interdisciplinaria de los procedimientos que la Organización Mundial de la Salud define como reproducción humana asistida. Esto no es algo menor.

Somos legisladores nacionales de un país que ha asegurado el acceso a derechos sociales inclusivos y progresistas, por lo tanto también nos corresponde pensar en una nueva ley que tenga una mirada inclusiva, equitativa y responsable, y que no deje afuera a ningún sector.

Este proyecto es tan amplio que incluye entre esas prestaciones la inducción de ovulación, la estimulación ovárica controlada, el desencadenamiento de la ovulación, las técnicas de reproducción humana asistida y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del esposo, pareja o de un donante. Por ello es que una vez más siento que estamos tratando temas que le cambian la vida a la gente.

Además se deja de lado la discusión de fondo que está en el nuevo Código Civil y Comercial, como el manejo de los gametos y embriones. Es un avance la incorporación de las técnicas de reproducción humana asistida al Programa Médico Obligatorio (PMO) del sistema público de salud, de las obras sociales y los sistemas de medicina prepaga sin ninguna discriminación, ni exclusiones derivadas por su orientación sexual o por su estado civil.

Lo importante del proyecto es que se ayudará a que todas las familias puedan acceder a dicho tratamiento. Con esta ley no hacemos más que igualar a todas las personas en sus posibilidades de acceso a un derecho. Incorporar a la infertilidad en el Programa Médico Obligatorio, otorgando así la cobertura de los tratamientos médicos necesarios, resulta un avance legislativo importante para la sociedad argentina en general y en particular para aquellas personas que, por diversas circunstancias, no pueden concebir.

Creo que este proyecto de ley pondrá en marcha en todo el territorio argentino estos nuevos derechos. Por lo expuesto es que adelanto que voy a acompañar este proyecto con mi voto.