

Ponencia Audiencia  
publica

PROYECTO de CÓDIGO  
CIVIL Y COMERCIAL DE  
LA NACIÓN

Juan José Aguilera MP 3165  
Especialista en Medicina Reproductiva

Existe en la especie humana una alta ineficacia reproductiva caracterizada por la pérdida espontánea y natural de la mayor parte del pre-embrión naturalmente formado en el seno materno luego de su fecundación espontánea.

Por tal motivo en la mujer fértil se observa que aproximadamente el 75% de los pre-embriones que se generan durante cada ciclo ovulatorio en su aparato genital, están destinados a detener su desarrollo de manera espontánea, es decir a no evolucionar debido a dicho proceso de selección natural.

En la repetición cíclica de este evento fisiológico en la mujer, la mayoría de los pre-embriones naturalmente formados son no viables, es decir están destinados a detener su desarrollo. Esta misma situación, la cual está condicionada genéticamente, se repite durante los tratamientos de fertilización in-Vitro o también denominada fertilización extracorpórea.

En dicho proceso, es imposible predecir con exactitud las posibilidades de que un ovocito resulte fecundado. Tampoco se puede saber a priori, si un pre-embrión determinado dará finalmente un embarazo viable, esto es con posibilidades de nacimiento fetal. Esto lleva a que deban fecundarse varios ovocitos, con el solo objeto de generar una mayor probabilidad de obtener pre-embriones para la transferencia uterina. De este modo se incrementa la eficiencia del proceso y se disminuye la probabilidad de fracaso.

Asimismo se recomienda transferir más de un pre-embrión para alcanzar una probabilidad aceptable de lograr un embarazo. Si eventualmente se formaran más pre-embriones que los que resulta aconsejable transferir, la criopreservación de los mismos es la opción más adecuada de mantener su potencial viabilidad evitando a la vez el riesgo que implican los embarazos múltiples, tanto para la salud de la madre, como para la de los eventuales nacidos.

### **Status biológico del pre-embrión**

Aspectos técnicos y científicos actuales.

Desde la perspectiva biológica la vida es un proceso dinámico y continuo, no un momento, y desde un punto de vista estrictamente científico, no puede afirmarse con certeza en cuando comienza **la persona**.

La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva considera que existe en Argentina una gran confusión en la nomenclatura y que debe definirse

específicamente los diferentes estadios evolutivos en la etapa pre-embionaria.

Según el conocimiento actual se considera:

#### Fecundación

Se denomina fecundación al proceso que se inicia con la entrada del espermatozoide al óvulo. En caso de ser normal dará lugar al cigoto.

#### Pre-embrión

Desde un punto de vista biológico, se denomina pre-embrión al estadio evolutivo que se inicia con el oocito fecundado o cigoto y finaliza con la implantación del mismo en el útero materno.

Dicho Pre-embrión (2,3):

Puede potencialmente desarrollarse en más de un individuo (en el caso de gemelos, por ejemplo).

Puede generar un tumor, una mola hidatiforme o un coriocarcinoma, en lugar de continuar su desarrollo a persona.

Es portador, en general, un número de anomalías genéticas que hacen que muchos pre-embriónes no implanten o, si lo hacen, se pierdan muy temprano en el desarrollo.

Tiene células individuales, indiferenciadas y pluripotenciales muy independientes como para constituir un individuo.

Carece de una constitución estructurada.

Si bien el pre-embrión no es persona actual, es un conjunto celular indiferenciado, con una probable potencialidad de serlo en un bajo porcentaje de casos. De esa potencialidad deriva un status diferente o un nuevo status que desde la perspectiva bioética merece el máximo respeto, protección y cuidado.

#### Embrión

Se denomina embrión a la etapa que se inicia con la implantación del pre-embrión en el útero.

#### Concepción

Se denomina concepción al proceso de implantación del pre-embrión en el útero que fisiológicamente sucede entre el 7 y 9 día a partir de la fecundación.

Es condición absoluta para dicha concepción que el pre-embrión presente la potencialidad suficiente para penetrar la capa superficial interna del útero denominada endometrio. (fuente: SAMER : Sociedad Argentina de Medicina

Reproductiva)

El acceso a técnicas de reproducción asistida ha experimentado un aumento mínimo en los últimos 10 años.

Nuestra región se enfrenta a dos grandes desafíos: aumentar el acceso a las técnicas de reproducción asistida y disminuir la frecuencia de partos múltiples. A pesar que el número de tratamientos de reproducción humana asistida se ha duplicado en los últimos 10 años, el número total de tratamientos por país está muy por debajo del número de tratamientos requeridos en cada país. A lo largo de Latinoamérica se realiza un promedio de 75 tratamientos por millón de habitantes, comparado con Europa en donde el número es de 1000 a 2000 tratamientos por millón de habitantes.

Actualmente el país con mayor acceso a TRA (Técnicas de reproducción asistida) en Latinoamérica es Argentina con 242 tratamientos por millón de habitantes, seguido por Brasil con 82 tratamientos por millón de habitantes.

(Fuente: Registro latinoamericano de reproducción asistida: Twenty years of Assisted Reproductive Technology (ART) in Latin America. 2009)

Frente a los profundos cambios sociales y avances en Medicina Reproductiva es necesaria, además de un marco filiatorio, la necesidad de una ley no restrictiva que regule las Técnicas de Reproducción Humana Asistida en nuestro país.

Resumen de Curriculum Vitae

Título de Médico otorgado por la universidad Nacional de Tucumán Abril 1995

Residencia en Tocoginecología Maternidad Provincial de Salta – Hospital San

Bernardo 1995 – 1998 Cargo obtenido por concurso de oposición y antecedentes.

Interno en la Fédération de Gynécologie obstétrique- Hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier, Francia, 1998. Cargo obtenido por concurso

Título de Médico Especialista en Tocoginecología expedido por el colegio de médicos de la provincia Salta, Diciembre de 2000.

Instructor de residentes en Tocoginecología en el Nuevo Hospital El Milagro, cargo ganado por concurso, MSP. Período 2002-2004. – Salta, Argentina

Título de Médico especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva otorgado por SAEGRE Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. 2006

Master en Reproducción Humana Universidad Rey Juan Carlos- Instituto Valenciano de Infertilidad, Madrid IVI Madrid. Examen final apto. Madrid, España Abril de 2008.

Título especialista en Medicina Reproductiva, Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER) Buenos Aires, 2009.

Acreditador de centros de Reproducción Asistida para la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RED LARA) años 2008;2009; 2010; y 2011 en Centros de los siguientes países: Brasil ; Colombia ; Ecuador y Venezuela.

Director médico de SARESA Reproducción Humana Asistida, Salta , Argentina