

Universidad Nacional del Comahue
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

1-10-2023

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

CARRERA DE ESPECIALIZACION EN TRABAJO SOCIAL

FORENSE

**Intervención forense en el marco de ampliación de derechos
reproductivos.**

**Un análisis de la experiencia en el Hospital Provincial Dr. Eduardo
Castro Rendón
Ciudad de Neuquén**

Trabajo monográfico

Autora: Lic. Jorgelina Beatriz Serna
Tutora: Dra. Claudia Sandra Krmpotic



RESUMEN

La protección de la salud en el ordenamiento jurídico de nuestro país se ha ido ampliando a través de la incorporación de nuevos enfoques y perspectivas de interpretación jurídica, fundamentalmente a partir de la reforma constitucional de 1994. Este nuevo escenario jurídico tiene su impacto en los derechos humanos fundamentales. En el ámbito de la Salud, se produce una ampliación en el reconocimiento de derechos, contribuyendo al enriquecimiento y profundización en el tratamiento de leyes. De esta manera aparece una conceptualización diferente en relación con los derechos reproductivos, a partir de la ampliación legislativa en el campo de la fertilidad, el impacto en las subjetividades, y las configuraciones familiares actuales, tema que me ocupa en el presente trabajo.

La promulgación de la Ley Provincial de Reproducción Medicamente Asistida N° 2.954, enmarcada en la Ley Nacional N° 26862, vigente desde el año 2013, garantiza el acceso igualitario de las personas, a técnicas de reproducción medicamente asistida para la consecución de un embarazo que no puede lograrse en forma natural. El aspecto jurídico de la reproducción humana como sistema complejo impacta en la reformulación de la práctica profesional desde un enfoque interdisciplinario en Salud, experiencia tomada desde un hospital público de alta complejidad de Neuquén Capital.

La complejidad que presenta el problema de la fertilidad humana, asociada a la multiplicidad de aspectos psicosociales, médicos, legales, bioéticos está ligada a que no puede comprenderse sistemáticamente desde una disciplina en particular. De ahí la necesidad de desarrollar una metodología interdisciplinaria para abordar éste tipo de temáticas, y el desafío desde dónde y cómo nos posicionamos desde la profesión de Trabajo Social.



INDICE

Introducción	3
I. Ampliación legislativa e implicancias institucionales en el campo reproductivo en Argentina	5
II. Las nuevas configuraciones familiares y su reconocimiento jurídico	11
III. Repensando funciones parentales, el concepto de filiación y las concepciones de familia	15
IV. El rol del Trabajador Social Forense en el Comité de Fertilidad	18
V. Etica para la toma de decisiones: entre lo legal, lo técnico y lo ético en el Trabajo Social Forense	25
Conclusiones	31
Bibliografía	35



INTRODUCCION

A través de una investigación cualitativa, y haciendo hincapié en el enlace entre lo jurídico y lo técnico-profesional de la disciplina del Trabajo Social, se pretende materializar esa conjunción, a través de una propuesta de sistematización de la experiencia de trabajo en un hospital público de alta complejidad del que formo parte, en la ciudad de Neuquén. Integrando un equipo interdisciplinario, con un abordaje multidisciplinario de la reproducción humana, intentaré dar cuenta, a partir de la pregunta problema: ¿cómo se construye el proceso de instrumentación de la Ley de Reproducción Asistida desde la disciplina de Trabajo Social en una institución pública de salud, en este nuevo escenario de ampliación de derechos?

Aunque el ámbito laboral en el que me desempeño profesionalmente no es un ámbito estrictamente jurídico, sino del campo de la salud, me resulta interesante la construcción de conocimiento acerca de cómo el ejercicio profesional se desenvuelve en la interfase entre los sistemas legal (justicia) y humano de la sociedad (Salud Pública), pudiendo visualizar la implementación de la Ley como una práctica profesional forense. Considero que los efectos ligados a la reproducción humana se convierten en una problemática compleja, porque refieren a situaciones en las que confluyen múltiples procesos interrelacionados que pertenecen al dominio de diferentes disciplinas, sumado a esto el impacto en el presupuesto, y cómo influye en el financiamiento de éstas nuevas prácticas desde el ámbito público. Por lo que, al no poder explicarse de forma aislada, requieren ser contextualizadas e interpretadas histórica y socialmente.

Los profesionales de la salud pública no estamos exentos de ideas, preceptos y preconceptos que enmarcan nuestras definiciones y que concebimos construidas socialmente, por lo que es importante reconocer desde donde discernimos y problematizamos la experiencia, identificando los marcos conceptuales que guían nuestras prácticas.



La construcción compartida de una pregunta y un problema a través de la articulación entre disciplinas es lo que marca el inicio de un proceso de investigación interdisciplinaria, y es allí donde pretendo reflexionar, desde mi experiencia de trabajo. Esto me permitirá nutrirme de un marco epistémico para abordar la intersección de fenómenos que atraviesan la problemática, relacionándolo con las reformas jurídicas y la multiplicidad de aspectos que por ello atraviesa.

El procedimiento metodológico a utilizar para llevar adelante el proceso de indagación consiste principalmente en intentar consolidar la práctica profesional y los escenarios de intervención presentes. A través de la sistematización como proceso de construcción de conocimiento, desde un enfoque cualitativo con una finalidad exploratoria, descriptiva, interpretativa, generadora de conocimiento.

Un primer momento está orientado a realizar una recopilación bibliográfica sobre la temática, conceptos jurídicos, avances de la ciencia, configuraciones parentales y de familia en relación a los avances en el campo legislativo.

A través de un recorrido por los temas estudiados en la cursada de la especialización, fui tomando los marcos teóricos actualizados y relacionados a la temática trabajada. Pretendo que este recorrido entre la teoría y el trabajo en campo, me permitan dar luz sobre la gestación de nuevas prácticas, para lograr incorporar categorías de análisis en los procesos diagnósticos profesionales.

A partir del sustento teórico, realizando el entrecruzamiento con la práctica profesional a través de la presentación de algunos casos prácticos, la intención es demostrar el carácter de dinamismo de la misma en los cambiantes escenarios sociales. En la complejidad de los casos a desarrollar, se puede observar la complejidad de lo que significa la temática.

Con un carácter exploratorio y reflexivo me interesa demostrar la capacidad de la disciplina del Trabajo Social sobre cómo construirse y reconstruirse interactuando con los contextos sociales y jurídicos que la atraviesan, y la necesidad de formar parte de los equipos interdisciplinarios, en este caso desde una temática particular dentro del campo de la salud pública.



I

Ampliación legislativa e implicancias institucionales en el campo reproductivo en Argentina

El cuerpo normativo en torno a los derechos reproductivos

- ✓ Ley de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires N 14208 (2010)
- ✓ Ley Nacional de Matrimonio Igualitario N 26618 (2010)
- ✓ Ley Nacional de Identidad de Género N 26743 (2012)
- ✓ Ley Nacional de Reproducción Médicamente Asistida N 26862 (2013)
- ✓ Ley Provincial de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción medicamente asistida (2015)
- ✓ Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2015)

Resumiendo la trayectoria del cuerpo normativo, comenzaremos señalando que entre 2010 y 2012, la Ley 14208 de la provincia de Buenos Aires, reconoce la infertilidad humana como enfermedad, limitando la cobertura de tratamientos sólo a parejas heterosexuales y con un limitante en la edad de la mujer.

Por lo que, más tarde en el año 2013, luego de un masivo reclamo de las personas que no podían acceder a los tratamientos en forma integral, y varios intentos para que el proyecto ingrese al Congreso de la Nación para su tratamiento, se sanciona la Ley Nacional N° 26862, la cual se inscribe en el marco de ampliación de derechos reproductivos contemplando mayor igualdad, inclusión y accesibilidad.

Se establece por Ley la obligatoriedad en el ACCESO INTEGRAL, CON COBERTURA OBLIGATORIA DEL 100% POR PARTE DEL SISTEMA DE SALUD, a los tratamientos para todas aquellas personas con dificultades para concebir naturalmente, más allá del género y modalidad que la persona elija para constituir una familia.



Un conjunto de leyes sancionadas en los últimos años, con cuerpos normativos que acompañan a esta Ley, nos llevan a pensar los derechos en un contexto más amplio de reconocimiento social y legal de las personas.

Ampliación que abre un camino de decisión con mayor autonomía y libertad, garantizando el pleno ejercicio de derechos para el conjunto de la sociedad.

Es importante, ante este contexto, el enlace constante con la práctica profesional, incorporando nuevos conocimientos para la reflexión y el análisis.

Lo que interesa en este trabajo es identificar los cambios sociales en relación con los derechos reproductivos, específicamente el desarrollo de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, y la relación con la vida de las personas.

La Organización Mundial de la Salud¹ define la **infertilidad** como **una enfermedad** del sistema reproductivo masculino o femenino, consistente en la imposibilidad de lograr un embarazo después de 12 meses de búsqueda o más de relaciones sexuales habituales sin protección.

La **infertilidad primaria** es la incapacidad de lograr un embarazo, mientras que la **infertilidad secundaria** se refiere a no poder conseguir un embarazo posterior a una concepción previa.

Además, a la infertilidad en sentido médico se suman ahora otras causas de infertilidad, como las derivadas del aplazamiento de la maternidad por factores sociales (**infertilidad social**), las que resultan de no formar parte de una relación heterosexual (**infertilidad estructural**) o las derivadas del padecimiento de ciertas enfermedades o del sometimiento a tratamientos médicos agresivos con el fin de combatirlos (**oncofertilidad**).

Un informe reciente emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023)² el 3 de abril de este año, alerta sobre cifras respecto a que una de cada seis personas en el mundo sufre de infertilidad, lo que se traduce en un 17,5% de la población adulta en el mundo que experimenta en algún momento de su vida problemas de esterilidad. Lo

¹ Organización Mundial de la Salud, Infertilidad. https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1

² Organización Mundial de la Salud. “La OMS alerta que una de cada seis personas padece esterilidad”. Comunicado de prensa. Ginebra, Suiza. 03 de abril de 2023. <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>



cual demuestra que se trata de un importante problema de salud pública en todos los países y todas las partes del mundo.

Señala además que no hay causas que se muestren determinantes, pero de manera general influyen el estilo de vida, la edad, los antecedentes de enfermedades infecciosas o patologías relacionadas con el aparato reproductor.

Estos datos generan un impacto en la subjetividad de quienes padecen una problemática de esta índole, generando en muchos casos sentimientos de angustia, estigmatización, dificultades financieras, desesperanza.

La promulgación de la Ley Provincial de Reproducción Medicamente Asistida N.º 2.954, enmarcada en la Ley Nacional N.º 26862, tiene como premisa garantizar el acceso igualitario a técnicas de reproducción medicamente asistida para la consecución de un embarazo que no puede lograrse en forma natural. Pueden acceder las personas a partir de los 18 años de edad, que expliciten su **voluntad procreacional**, definida esta como figura jurídica que determina que es padre/madre quien expresa la voluntad de querer serlo. Dicha voluntad se expresa a través del **consentimiento informado**³.

En este escenario de mejora de acceso a dichas técnicas, es que desde Salud Pública se hace necesario pensar y definir prácticas médico – asistenciales en materia de fertilidad. De esta manera se comienza a pensar y diseñar estrategias para instaurar el abordaje multidisciplinario de esta problemática, desde el surgimiento de esta ley y a partir de la demanda de grupos heterogéneos de nuestra sociedad, que solicitan acceder a los tratamientos de fertilización asistida de manera gratuita e integral.

Se entiende por reproducción medicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo.

Estas pueden ser de baja o de alta complejidad, con o sin donación de gametos y/o embriones. Las técnicas de baja complejidad hacen referencia a la unión entre el óvulo y espermatozoide dentro del sistema reproductor femenino. Las de alta complejidad en

³ El consentimiento informado para un procedimiento de reproducción asistida es la autorización que da el paciente antes del inicio del procedimiento de baja o alta complejidad. Para que el consentimiento sea válido, primero debe recibir por parte de las instituciones la información clara, precisa y adecuada sobre su estado de salud, los objetivos propuestos, los beneficios esperados, los riesgos, molestias y efectos negativos posibles, entre otras cuestiones. Finalmente, el consentimiento informado queda guardado en la historia clínica.



cambio son las técnicas en las cuales la unión entre el óvulo y espermatozoide se produce por fuera del sistema reproductor femenino. Estas técnicas son de alto costo, incluyen medicación y una estructura más compleja para su realización (laboratorio, embriología, quirófano).

Por Ley se autorizan hasta 4 tratamientos de baja complejidad, y 3 tratamientos de alta complejidad.

Según Resolución Ministerial⁴ se establece respecto a las edades de la mujer para realizar tratamiento de reproducción asistida con óvulos propios, hasta los cuarenta y cuatro (44) años cumplidos, y con óvulos donados hasta los cincuenta y un (51) años de edad. Salvo prescripción médica en contrario.

En el caso de que la mujer de entre cuarenta y cuatro (44) y cincuenta y un (51) años de edad, hubiera criopreservado sus propios óvulos antes de cumplir la edad de cuarenta y cuatro (44) años, podrá realizar cualquier tratamiento de reproducción médicamente asistida con dichos óvulos propios criopreservados.

La cuestión financiamiento de los tratamientos

Así como la Ley garantiza el acceso integral a los tratamientos de reproducción asistida para todas las personas que así lo requieran, como toda legislación posee un carácter restrictivo, en su artículo 9 estipula los requisitos de acceso. Una de las variables a tener en cuenta para dicha accesibilidad es la económica, el financiamiento de los mismos, ya sea desde lo público o privado. Para abordar este aspecto también se requiere construcción de complejidad, y la intervención de la disciplina, ya que cada situación requiere un análisis particular, debiendo establecer prioridades en relación al recurso administrativo disponible.

Si bien la Ley de Reproducción Medicamente Asistida estipula la cobertura total de los tratamientos, obligando tanto al ámbito de la salud pública como al ámbito privado (obras sociales, prepagas), las decisiones relacionadas al financiamiento es un aspecto a tener en cuenta en los procesos diagnósticos que se realizan desde el comité.

⁴ Ministerio de Salud de la Nación, 01/06/2018. Resolución Ministerial 1044/18 Ciudad de Buenos Aires



Al respecto, el Plan Provincial de Salud 2019-2023 (Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, 2019) plantea en el Eje Estratégico N 3, referido a salud sexual y reproductiva el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción asistida en el marco de la Ley ya mencionada, y según las características del Sistema de Salud Provincial. Además, establece la creación de un Centro Provincial de Fertilización Asistida para personas que no cuenten con cobertura social. Ya casi culminando la gestión del mencionado Plan, la creación de dicho Centro de Fertilidad continúa pendiente.

Cabe contar en este apartado, que los tratamientos de alta complejidad no se realizan en Hospital Público en la provincia, por no contar aún con la estructura y equipamiento para tal fin, por eso la proyección de la creación del Centro de Fertilidad antes mencionado. Por lo que se requiere derivar al sector privado, con gestión previa de presupuesto y pago, tramitado ante Nivel Central (Subsecretaría de Salud), ya que es un Hospital centralizado.

Las líneas que sustentan las políticas de salud en el sector público de salud se orientan a la salud como un derecho básico, componente fundamental de las políticas sociales, universalidad en la cobertura, gratuidad, equidad como objetivo.

La equidad en salud implica que todas las personas deberían tener las mismas oportunidades de llegar a su pleno potencial, es decir, en este caso, tener la oportunidad de acceder a los tratamientos con sólo requerirlo. Esto no es así, y la explicación radica en que cuando se promulga un determinado tipo de Ley como esta, la delimitación del presupuesto es algo que no se contempla en lo inmediato, sino el órgano responsable de su aplicación, en este caso Salud, debe preverlo. Resulta difícil contemplar presupuesto cuando aún no se cuentan con datos. Es decir, se puede deducir el gasto total estimado, por ejemplo, la cantidad de personas que requieren tratamiento de alta complejidad que se atiende por mes, esto daría un monto o aproximado por tratamiento.

De esta manera se va priorizando y reservando del presupuesto de salud una determinada cantidad para una determinada práctica, y si en un mes no llego a realizar la cantidad estipulada, queda acumulado el disponible para el mes siguiente.

Lo que sucede es que, al no proyectarse, por ser una ley relativamente nueva, se generan los pedidos a demanda y de manera singular (tratamiento por paciente), y cuando esto es



así aparecen una multiplicidad de variables a analizar, por cada situación. Lo cual termina siendo un gasto ajustado al libre albedrío de quien recibe ese presupuesto, y la decisión de quien está a cargo de esa gestión.

Por ejemplo, la medicación que se requiere para los tratamientos de alta complejidad, son de altísimo costo e importados, lo que hace que si no hay una estimación de cantidad de tratamientos no se puede prever la cantidad de medicación. Sumado a esto la problemática de los proveedores. Al comienzo de la implementación de la ley, la medicación se recibía a través del Programa Nacional de Reproducción Asistida, esto se interrumpió previo a la pandemia, y luego se delegó la gestión de ese insumo a cada provincia.

Por lo que se hace necesario estimar la cantidad de tratamientos anuales, para proyectar la cantidad de insumos necesarios. Al no estar esto genera un mayor gasto porque no hay previsión.

No es suficiente sólo con anteponer el deseo y el derecho de un hijo, sino que se tienen que dar ciertas condiciones para el financiamiento de un tratamiento.

Se discuten además coberturas que están actualmente en un vacío legal en relación con la temática, por ejemplo, los estudios de Testeo Genético Preimplantacional (PGT), que permite realizar el estudio genético del embrión, en casos específicos, previo a la implantación del mismo, y así seleccionar aquel que este sano, y evitar riesgos y complicaciones. Dicho estudio se realiza en el exterior, su costo es en moneda extranjera, y no está contemplado en la ley por lo que debe costearlo cada persona. No está indicado en todos los casos, pero si en aquellos en los que hay antecedente de anomalía cromosómica, o en los casos de edad avanzada reproductiva. Siempre pensando en lo que resulte más beneficioso para la salud de las personas.



II

Las nuevas configuraciones familiares y su reconocimiento jurídico

Hoy en día, la variabilidad en la conformación de familias se configura en torno a diversos modos vinculares, los cuales poseen un reconocimiento jurídico plasmado en el Código Civil y Comercial de la Nación (2015). Dicho ordenamiento legal dedica un Capítulo dentro del título de Filiación (Arts. 560 a 564), en el que se regulan aspectos antes no previstos relativos a la reproducción humana asistida, ratificando una nueva fuente de parentalidad, por lo que quedarían establecidas jurídicamente tres fuentes de filiación: por naturaleza, por adopción, **por técnicas de reproducción humana**.

Si bien la Ley de cobertura de tratamientos, se utiliza además como herramienta legal para regular y ordenar los procesos de las prácticas. Por lo que desde Salud Pública se torna necesario instrumentar las acciones para garantizar el acceso, tal como lo establece el artículo 4º, inciso a de la Ley N.º 2954⁵.

La permanente reforma en el campo legislativo en cuanto a ampliación de derechos, marca una conceptualización diferente en relación a los derechos reproductivos, y las configuraciones familiares actuales.

Se torna necesario repensar la diversidad de estas modalidades vinculares, donde se produce una ruptura con la imagen tradicional de familia nuclear, otorgando reconocimiento jurídico a otras formas de conformación familiar: familias monoparentales, biparentales, homosexuales, ensambladas, por adopción, entre otras.

Estos nuevos formatos de familia son parte de nuevas demandas: técnicas de inseminación en parejas homosexuales, solicitud embarazo en mujeres de edad avanzada, gestación subrogada (una mujer cursa la gestación de un embarazo a término con

⁵ Artículo 4º: La autoridad de aplicación, a través de la Comisión Provincial de Fertilización Médicamente Asistida, debe: a) Arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas por la presente Ley, con criterios de equidad y justicia social.



consentimiento, para otra persona), método ROPA (recepción de óvulos de la pareja) que se da generalmente en parejas mujeres, o parejas transgénero.

Repensar además las construcciones y representaciones sociales en torno a la “maternidad” como mandato social, ya que las conceptualizaciones actuales sobre el rol de la mujer ya no están asociadas sólo a lo reproductivo, sino a otros roles sociales, sumado a esto el poder de decidir, con autonomía, en un contexto de derechos reproductivos y planificación familiar.

Si bien es algo que la Ley de Fertilidad aún no explicita en la cobertura, tanto mujeres como hombres cuentan con la posibilidad de criopreservar gametos en pos de diferir la maternidad/ paternidad, debido al condicionante biológico relacionado a la edad tanto del hombre como de la mujer. Esto es un aspecto social importante en cuanto a la preservación del derecho a la planificación familiar. También lo pueden hacer las personas con cambio de género, previo a comenzar los tratamientos de hormonización.

La ley solo contempla la preservación de gametos femeninos (óvulos), y masculinos (espermatozoides) por causales de salud, referidas a personas que deban someterse a terapias medicas con efectos adversos sobre la fertilidad, como la quimioterapia.

El paciente debe recibir el asesoramiento en tiempo y forma, sobre este aspecto. Por lo que, para el área de oncología del Hospital, es una temática nueva, que se trabaja en conjunto con el Comité, ya que el asesoramiento previo en tiempo y forma al paciente, es fundamental. El procedimiento debe realizarse previo al inicio de las terapias oncológicas.

La complejidad que presenta el problema de la fertilidad, asociada a una multiplicidad de aspectos psicosociales, médicos, legales, bioéticos, está ligada a la imposibilidad de comprenderla desde una disciplina en particular. Por lo que esto fue el puntapié inicial al desafío de desarrollar una metodología interdisciplinaria desde un Hospital Público de alta complejidad, para el abordaje de esta problemática.

Me resulta importante comentar que previo a la conformación del Comité de Fertilidad, las consultas eran canalizadas por el Servicio de Ginecología, focalizando en el diagnóstico médico y el tratamiento adecuado. Aquí me parece importante describir un caso sumamente complejo, el cual no tuvo abordaje interdisciplinario, y el resultado



presentó desencadenantes sociales de alto riesgo, que se expresaron a partir del nacimiento del niño.

Mujer de 48 años, en pareja con un hombre de la misma edad. Ella tiene cuatro hijos de parejas anteriores, todos mayores de edad. El sin hijos. Realizan la consulta, por la edad y por causas biológicas, se indica tratamiento de Fertilización In Vitro con óvulos donados.

Logra embarazo, realizando los controles en el área de seguimiento de embarazos de alto riesgo del hospital. Luego del nacimiento del bebé las enfermeras del Servicio de Obstetricia sospechan que la mujer padece una adicción al alcohol, cursa un episodio de abstinencia, se muestra ansiosa, irritable, lábil emocionalmente. Otras pacientes internadas en la misma habitación afirman que maltrata al bebé, ingiere el alcohol preparado para realizar las curaciones del ombligo del Recién Nacido. El Servicio de Obstetricia solicita evaluación del servicio de Adicciones, luego da intervención al área de atención en maltrato a niños y adolescentes.

Ninguno de estos indicadores de riesgo fue valorados en las consultas médicas. Tal es así que a partir de esta situación es que se refuerza la necesidad de intervención desde un enfoque interdisciplinario para el abordaje de esta problemática, ya que por los múltiples aspectos que la atraviesan, adquiere la característica de complejo, y estos aspectos no pueden ser pensados desde una disciplina particular.

Estas configuraciones sociales implican el sometimiento a constante revisión sobre el punto de vista que tomamos a partir del pensamiento o la percepción desde donde observamos, pensamos y problematizamos la experiencia de esta realidad. Esto nos permite dar cuenta de la integralidad en la observación, respecto por ejemplo a las nuevas configuraciones de familia, y replantear nuestros discursos y prácticas.

Aún permanecen representaciones sociales en torno a la Maternidad, pese a que se problematizan y discuten permanentemente, con la existencia de marcos legales que contemplan cambios sociales:

- Maternidad como mandato (in)corporado es decir, dentro del cuerpo. Hoy se discute la posibilidad de pensar la maternidad como proyecto posible o no a partir de un sujeto con autonomía.



- Desnaturalización de la maternidad: no pensada como mandato biológico, sino pensada en términos de proyecto, motorizada por el deseo.
- El diagnóstico de infertilidad no solo como padecimiento de la mujer, tal como se consideró históricamente. Afecta en la misma proporción tanto a hombres como mujeres.

Con la ampliación de derechos plasmados en leyes, se abre otro camino respecto a que los sujetos puedan decidir con autonomía y libertad la planificación familiar. Por lo que atender/entender la reproducción humana y la parentalidad como un derecho humano, no resulta una cuestión menor a la hora de repensar los preconceptos establecidos.



III

Repensando funciones parentales, el concepto de filiación y las concepciones de familia

Como ya mencioné anteriormente, la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación incluye la regulación normativa de las Técnicas de Reproducción Asistida, sumando una tercera fuente filial: ***“Por tratamientos de reproducción médicamente asistida”***

El escenario a nivel vincular conduce al interrogante sobre la transformación de los lazos de sangre, la filiación biológica y la filiación socio-afectiva. Se produce un movimiento en la que se reconsideran las conceptualizaciones históricas en torno al parentesco, en la que se asociaba parentesco a sexualidad-reproducción.

Las técnicas de reproducción asistida, al permitir la procreación sin necesidad de mantener relaciones sexuales (mujeres solas que deciden parentar mediante técnicas de inseminación artificial), demuestra el avance en la disociación entre sexualidad y reproducción.

En Argentina la donación de gametos es anónima, si bien algunos países ya están implementando programas de identidad abierta, en nuestro país aún está en discusión esa posibilidad. Los Centros de Fertilidad tienen la obligación de preservar la información de los donantes, ya que la persona nacida bajo estas técnicas, puede acceder a dicha información a partir de los 18 años, si es antes debe contar con autorización judicial. No existe derecho a reclamo sobre cuidados y responsabilidades parentales.

Así, este carácter de anonimato parece dejar una incertidumbre sobre los orígenes de muchos niños, cuya herencia anónima podría seguir silenciada en generaciones sucesivas. Se produce un proceso de transformación de las identidades, de las formas de parentesco y de la filiación.



Desde la antropología también se suma una discusión en torno a necesidad de distinguir los conceptos de familia y unidad doméstica, para examinar la relación entre ellas. Plantea que las entidades en las que la gente vive actualmente no son familias, sino unidades domésticas, unidades mensurables empíricamente, dentro de las cuales la gente mancomuna los recursos y ejecuta ciertas tareas, y donde la composición de sus miembros varía. En cambio, “familia” tiene dos niveles de significado. Uno es normativo: maridos, esposas e hijos son un conjunto de parientes que deben vivir juntos. Por otro lado, incluye una red de parentesco más extensa que la gente activa selectivamente.

La antropología feminista tomó a la reproducción como un tema central, sacándolo de la medicina, y constituyéndolo como un área novedosa de los estudios críticos del parentesco, como lo son los trabajos sobre las tecnologías reproductivas y la biogenética. Estos trabajos se centran en las prácticas de saber que legitiman hechos biológicos inherentes en las nuevas tecnologías reproductivas y en nuevas prácticas genéticas.

Lo que en un comienzo consistió en subsanar un problema reproductivo de una pareja, por medio de una técnica determinada, se fue ampliando de modo tal que el uso de dicha técnica y sus efectos no se produjeran solo en el ámbito científico, sino también alcance lo extra-científico: parejas, niños, y cuerpo social.

Tomando algunas teorías del parentesco como la de David Schneider ⁶, antropólogo estadounidense, dedicado a estudios sobre esta temática, que inicia, en la década del ‘80, un proceso de deconstrucción sobre el parentesco americano como un sistema cultural cuyo modelo central es el genético-biologicista, asociando la sexualidad a la reproducción, a través de relaciones heterosexuales en el matrimonio, de éste a la familia, siendo la misma de carácter nuclear. En ese sistema cultural de parentesco que describe, el aspecto central es la consanguinidad, cuestionando esas concepciones culturales biologicistas, dominantes en Occidente. Por lo que la crítica que realiza a la entidad del parentesco tal como ha sido concebida, abre un proceso de análisis de transformación en el ámbito del parentesco, la familia y el matrimonio.

⁶ Ana Ma. Rivas Rivas (2009). Pluriparentalidades y parentescos electivos. Presentación del volumen monográfico. Revista de Antropología Social.



Así se abre camino a un proceso de construcción de múltiples maneras de emparentarse, en el que la biología, la elección y la voluntad están en relación de complementariedad entre lo biológico y lo social.

Por lo que el parentesco se transforma a través de los enfoques de género, salud, persona y cuerpo. El sujeto como agente activo con capacidad de elección y autonomía en la conformación de los modos de vincularse y emparentarse.

Ejemplo de caso práctico 1:

Pareja heterosexual con diagnóstico de esterilidad primaria. Se recomienda realizar técnica de Fertilización In Vitro (FIV) con ovodonación.

Plantean dudas respecto a recibir material genético de una tercera persona. Las entrevistas las transitan con muchas inseguridades. Plantean acerca de la herencia genética y que pasaría con los lazos sanguíneos. Es algo que sus familias de origen no aceptarían. Que pasaría cuando ese niño pregunte sobre sus orígenes, si serían o no capaces de poder darle esa información, cuáles serían las características fisonómicas (parecidos físicos).

En este caso se plantea un plan de acompañamiento desde lo psico social en transitar el diagnóstico, y la decisión de la ovodonación. Es muy importante la elaboración del duelo genético, concebido este como un estado emocional que puede aparecer en la pareja cuando no pueden concebir de manera natural y con sus propios gametos.

La importancia de la voluntad procreacional, y la perspectiva de derecho de ese niño a conocer la historia de sus orígenes.

Si bien la transmisión genética ya no es relevante como antes, no significa que aún prevalecen mandatos y presiones en relación con las representaciones y concepciones del parentesco y la familia.



IV

El rol del Trabajador Social Forense en el Comité de Fertilidad

A partir de la promulgación de la Ley de Reproducción Asistida, comienza a instalarse en el Hospital una demanda particular de parejas/personas en búsqueda de atención en para lograr un embarazo. Esto hace necesario complejizar la capacidad técnica profesional de la institución, relacionada a la temática, para dar respuesta.

Como plantea Krmpotic “el surgimiento de nuevos problemas sociales, así como la emergencia de nuevas modalidades de gestión de los mismos, establecen un conjunto de límites estructurales y funcionales como de potencialidades para el ejercicio de las profesiones en general y del Trabajo Social en particular.” (2012, p. 60)

Es conocido por todos que la sociedad argentina entendía la búsqueda de un/a hijo/a por los medios de medicina asistida, como un bien social al que sólo accedían quienes podían costearse por sus propios medios el tratamiento. Actualmente, integrar los equipos interdisciplinarios que se conforman para su puesta en práctica resulta un desafío para la disciplina y una alternativa laboral viable y pertinente que podemos incorporar.

La Ley de Reproducción Médicamente Asistida crea una tensión entre bien jurídico (claramente definido en el texto de la misma) respecto al derecho al acceso a técnicas para acceder a la maternidad/paternidad biológica; y el bien social (definiéndose a medida que se implementa, se discute y se reflexiona sobre los alcances de dicha ley), entre las prácticas profesionales y las demandas de los usuarios en el campo de lo socio-jurídico. Si consideramos el bien jurídico principal que se desprende de la ley, las categorías de análisis van a estar relacionadas con aquellos intereses vitales como la vida,



la familia, la procreación, la filiación, la concepción, la identidad, la igualdad, la equidad, la accesibilidad, entre otros.

En esta tensión entre bien jurídico y bien social, los cuatro instrumentos de la intervención socio-jurídica, descritos por Krmpotic (ley, dispositivo institucional, fundamentos teóricos y tecnologías de intervención) exhiben su propia dinámica, por lo que podemos hallar grados de acople, divergencias, problemas de sincronización, e inconsistencias entre un instrumento y otro, hasta tanto logren manifestarse coordinadamente unos y otros. La ley de fertilización médicamente asistida es de reciente aplicación, por lo que aún deben terminar de definirse y adecuarse los criterios y procedimientos más efectivos, que, a partir de los marcos teóricos actualizados, vayan nutriéndose de la práctica diaria.

“Nuestras prácticas responden no solo a problemas y demandas sociales sino a demandas administrativas” (Krmpotic, 2012, p.66). Es necesario para la instrumentación de la Ley, la definición de requisitos de admisión a los tratamientos, y muchas veces la definición de dichos criterios pueden llegar a resultar en tensión con los derechos, por todos los factores que atraviesa la demanda. Uno de los principales obstáculos es el recurso disponible para el financiamiento económico de los mismos.

El diagnóstico de infertilidad produce una pluralidad de sentimientos que confluyen la mayoría de las veces en un padecimiento subjetivo. El proceso de problematización se da a partir de los efectos que este diagnóstico produce en la salud mental, psicológica y social de los sujetos y el impacto que se evidencia a partir de constructos sociales, que están en proceso constante de problematización, pero que es difícil revertir totalmente.

Por lo que es muy importante la inclusión de la disciplina en los abordajes relacionados a esta temática. Algunos dispositivos de abordaje que se utilizan en las consultas son la consejería, contemplando la prevención, la asistencia y la promoción de la salud.

El acompañamiento en los duelos, en la identificación de deseos y motivaciones, en la deconstrucción de mitos y prejuicios en torno a la fertilidad.



La exploración de las distintas esferas de la vida de las personas, desde lo intrapersonal, interpersonal, lo social en relación a sus creencias culturales, por ejemplo, lo laboral, los hábitos de vida.

La incorporación del proceso diagnóstico psicosocial previo a los tratamientos apunta a analizar las circunstancias que rodean a la persona, así como el ciclo vital que transita, y las circunstancias desde las cuales se piensa en un medio familiar y social apto para el desarrollo del futuro niño, en un contexto de marco legal y jurídico de protección del interés superior del niño. Tal como lo establece la Observación General N° 14 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, en cuanto a que su interés superior sea primordial.

Nos corresponde como profesionales y funcionarios del Estado, promover lo que establece el artículo 10 de la Ley 2302 en el que ubica al Estado, la sociedad y la familia como los principales actores responsables de asegurar y efectivizar los derechos de niños y adolescentes, entre los que se encuentra el derecho a la identidad. Esto hace referencia a los procedimientos que incluyen material genético de terceros, por medio de la ovodonación o donación de espermatozoides.

Aquí ya se nos presenta una disyuntiva en la intersección de dos derechos: el de la parentalidad, y el del niño por venir. No podría contemplarse uno sin tener en cuenta el otro, y todas las variables que atraviesan ambas legislaciones, lo que denota un primer aspecto de complejidad en el diagnóstico. Así aparece la interdisciplina, como herramienta de estudio de problemáticas concebidas como sistemas complejos y que el estudio de sistemas complejos exija de la investigación interdisciplinaria.

Se trabaja a partir de consultas que realizan personas en relación con dificultades con la capacidad reproductiva. Estas son analizadas desde un enfoque de perspectiva de género con el objetivo de garantizar la accesibilidad a derechos humanos básicos, como son los derechos reproductivos, y un enfoque de protección del interés superior del niño.

Me parece importante destacar el enfoque de perspectiva de género como disparador del análisis de los casos, ya que lo que se intenta es vislumbrar la inequidad en el acceso a los recursos, la desigualdad de poder que existe todavía entre hombres y mujeres, las desventajas que la sociedad le asigna a éstas últimas a partir de un constructo cultural propio de un sistema que aun continua vigente. Observamos por ejemplo que ante



una dificultad de embarazo, quien primero realiza la consulta ante el especialista en ginecología es la mujer, y luego a las entrevistas psicosociales en la mayoría de los casos asiste solo la mujer. Es como si aún persiste el imaginario respecto a que el problema de fertilidad es en la mayoría de los casos de la mujer.

Diversas corrientes feministas, han emergido con una fuerza ascendente desde hace unas décadas, con el firme propósito, aunque no siempre los mismos medios, de quebrantar un sistema naturalizado desde hace siglos, cuestionando y visibilizando los estereotipos de género, transmitidos y perpetuados por muchas generaciones, para dar lugar al surgimiento de nuevos modos socio-culturales que incorporen la perspectiva de género desde una visión respetuosa de las diferencias. Aún queda camino por recorrer.

La metodología de abordaje interdisciplinario aplicada sobre la temática descrita requiere la construcción de un marco epistémico en común desde donde nos posicionamos para abordar el entrecruzamiento de fenómenos que atraviesan la temática.

Dicho marco epistémico se relaciona con las reformas jurídicas, y la multiplicidad de aspectos que atraviesa.

Así se da el trabajo desde el Comité Hospitalario, con un enfoque interdisciplinario que se realiza desde Salud Pública en relación con la temática. Cabe aclarar que este abordaje es solo desde la Salud Pública, ya que en las Obras Sociales y el sector privado no cuentan con este dispositivo.

Esta modalidad de intervención nos lleva a las disciplinas que formamos parte de este dispositivo, a estar en constante revisión de nuestras prácticas y preconceptos, transformando nuestras matrices de lectura de los procesos sociales. Se amplían derechos en la medida que se revisan modelos, concepciones, patrones sociales y culturales establecidos previamente.

Para lograr un abordaje interdisciplinario de los problemas de la fertilidad del Hospital, no alcanza solamente con reunirnos diferentes disciplinas para que cada uno aporte desde su mirada lo que considera pertinente al tema. Sino que requiere de un proceso mucho más complejo, tal como lo analiza Rolando García (2017) enfatizando la noción de interdisciplina como proceso. La construcción compartida de una pregunta y un problema a través de la articulación entre disciplinas, es lo que marca el inicio de un proceso de investigación interdisciplinaria, y un posterior diagnóstico.



La interdisciplina requiere la integración de diferentes enfoques disciplinarios en la delimitación de la problemática, para lo cual es necesario que cada uno de los miembros de un equipo de investigación sea experto en su propia disciplina, de tal modo que el abordaje sea integral.

Las disciplinas que conforman el equipo de fertilidad del Hospital, son del campo de lo legal, lo social, lo médico, farmacológico, genético y bioquímico.

Así queda conformado por médico especialista en fertilidad, abogado, psicóloga, trabajadora social, farmacéutica, bioquímica, médica genetista, medico endocrinólogo.

La intervención se orienta a realizar la descripción y valoración del contexto social, económico, de lazos sociales, de personas que proyectan transitar un proceso de búsqueda de embarazo, con la consecuente llegada de un niño a un determinado contexto; las condiciones clínicas de la persona, asesoramiento genético en caso de posibles anomalías cromosómicas. Son valoraciones diagnósticas que operan de manera condicionante en cada situación que se presenta. Toda esta información es procesada con el sujeto de intervención, y luego utilizada como insumo necesario para las recomendaciones y/o toma de decisión del Comité.

Las prácticas profesionales realizadas en el campo de la salud, aunque no sean del campo estrictamente jurídico adquieren sentido forense ya que la sustenta una perspectiva de derecho. “Lo jurídico no se haya escindido, sino que es constitutivo de la definición social de los problemas en el marco del Estado de Derecho” (Krmptic, 2012, p.58).

Ejemplo caso práctico 2:

Varón trans de 33 años de edad. Está en pareja desde hace 2 años, su pareja tiene 20 años, mujer cis.

Se presentan a la consulta con el especialista en Fertilidad solicitando tratamiento método ROPA (recepción óvulos de la pareja). La pareja sería la gestante y el varón trans aportaría los óvulos.

Como antecedente relevante, él presenta problemática de consumo de sustancias de larga data, sin adherencia a los tratamientos, sus evoluciones en H.C dan cuenta del retiro de medicación (por farmacia hospitalaria) sin plan de abordaje terapéutico, múltiples ingresos por guardia de emergencia en contexto de intoxicación (alcohol,



marihuana y cocaína) y violencia, con alta exposición al riesgo. Percibe pensión por discapacidad y salud mental según refiere, por “policonsumo y depresión”, también refiere “imposibilidad de trabajar” por secuelas en miembros superiores tras un accidente vial.

Ella registra consultas por guardia de emergencia, por crisis de angustia reactiva a discusión familiar, y de pareja. Desborde conductual, ideas de muerte, autolesiones, niega consumo de sustancias. Percibe un plan social actualmente. Posee nivel medio incompleto, abandono la escuela en primer año.

Durante la entrevista psicosocial permanece en silencio, alguna pregunta dirigida a ella responde rápidamente él. Quien manifiesta reiteradamente que quiere un hijo para darle lo que él no tuvo. Se muestra hostil por momentos, reconoce consumo habitual de benzodicepinas, sin registrar el abuso de fármacos. Increpa al equipo, manifiesta sentirse discriminado en su acceso a la parentalidad, por sufrir una patología crónica que lo obliga a tomar medicación, y por su condición de trans. Escaso registro de situación de riesgo y vulnerabilidad psicosocial. Ninguno de los miembros de la pareja cuenta con red de contención social ni familiar.

El manifiesta deseos de comenzar proceso de hormonización, refiere haberlo postergado por el deseo de ser padre. Impresiona falta de comprensión, de parte de ambos, de las técnicas de fertilización propuestas, inicialmente método ROPA y luego inseminación a ella con óvulos propios y semen de banco.

No terminan de escuchar al equipo, se retiran argumentando discriminación, y denuncia ante los organismos correspondientes.

Tomando este caso en perspectiva forense, identificamos factores de riesgo y vulnerabilidad, requerimos consolidar un enfoque socio-jurídico, articulando las variables sociales que presenta y entrecruzarlo con los aspectos legales como medio para la satisfacción de la demanda inicial que plantean que es la de parentar.

En el caso planteado el derecho a la maternidad/paternidad, que es la demanda inicial, se identifica como un bien jurídico a proteger, ya que es un derecho legítimo, pero el bien social presenta factores de riesgo que requieren ser abordados, previo a la realización del procedimiento. Ya que se evalúan riesgos potenciales, que culminarían en un escenario de daño mayor. La pareja involucrada, manifiesta su disconformidad frente a la resolución



de la demanda, ya que consideran vulnerados sus derechos por la condición de género, sin reconocer los aspectos centrales del diagnóstico. Por lo que plantean presentar un reclamo ante la Secretaría de Diversidad y Género Provincial, y si fuera necesario a los organismos judiciales competentes.

El Hospital Público como campo de práctica está inmerso en un contexto socio-legal que cumple un servicio básico y esencial que es brindar salud a la población, y las personas, familias, comunidades que atendemos están afectadas por problemas sociales, legales, más allá de la afección concreta de salud que padecen. De esta manera se amplía la práctica forense, aplicando conocimientos, valores y habilidades para trabajar los aspectos sociales y legales que afectan a las personas. Se instrumenta a través de técnicas especializadas, traducidas en intervenciones profesionales, la operacionalización de objetivos y acciones concretas. Por lo que es sumamente importante conocer la ley vigente de reproducción asistida, su correspondiente regulación, y los cuerpos normativos que la rodean.

Una vez realizado el diagnóstico pertinente, luego lo enmarcamos dentro del programa de Salud Sexual y Reproductiva vigente y el encuadre legal respecto a lo que establece la Ley, para finalmente discutir y analizar en el comité, emitiendo un dictamen de recomendación y acciones.

En ámbitos judiciales, puede ser solicitado un diagnóstico social a los equipos intervinientes, para brindar elementos a un/a Juez/a que debe decidir sobre el recurso de amparo que muchas personas, resguardadas por la mencionada ley, presentan para lograr ser incluidas en este beneficio.



V

La ética para la toma de decisiones: entre lo legal, lo técnico y lo ético en el Trabajo Social Forense

Las cuestiones éticas siguen generando polémica tanto a nivel científico como en el cuerpo social. Junto a la implementación de estas técnicas surgen para la práctica profesional nuevos dilemas morales, éticos y jurídicos a raíz de su aplicación en contextos más complejos.

Las técnicas reproductivas surgen en un primer momento para subsanar problemas relacionados a la esterilidad, pero el uso que se fue dando de las mismas se fue ampliando y hoy nos encontramos con demandas que sobrepasan los límites del encuadre de la ley. Las implicaciones sociales de las estas técnicas se discuten en relación con el dilema entre autonomía y sujeción

La edad promedio de las consultas ronda los 25/40 años. Personas con y sin cobertura social, que denotan seguridad en la atención y cobertura desde un Hospital Público, por lo que muchas veces se resisten a solicitar la cobertura a través de su obra social, pese a que son beneficiarios de muchas de ellas.

La mayoría con ingresos económicos variables, las mujeres en su mayoría con trabajo informal, y los hombres varía la condición. Muchos de ellos se desempeñan en ámbitos formales de trabajo, con cobertura de obra social, sin incorporación a la cobertura de sus parejas y/o grupo primario.



Con hijos, y con parejas actuales sin hijos. Mujeres con ligadura tubaria, que planifican en escenarios de vida, sociales y emocionales diferentes, a aquellos momentos en los que decidieron la anticoncepción quirúrgica definitiva, condicionadas y determinadas por el contexto.

Parejas igualitarias, personas con proyectos monoparentales. Parejas en los que alguno a ambos miembros presenta algún tipo de discapacidad mental o cognitiva, con o sin certificado de discapacidad.

Nos encontramos también frente a demandas que plantean la disyuntiva de realizar fertilización asistida con semen de donante o decidir una adopción. Posibilidad de vientre subrogado, esto aún no está legislado ni regulado en Argentina, se realiza mediante vía judicial. Indicación de ovodonación, en las que solicitan que el donante sea un familiar para no cortar los lazos de sangre. Pedidos de inseminación en mujeres que optan por la monoparentalidad, con la exclusión del hombre o de otra persona en su proyecto. Deseos de diferir la parentalidad optando por criopreservar gametos, para decidir en un futuro avanzar o no con un proyecto de esta índole.

Hombres con diagnóstico de esterilidad en la que les angustia dicho diagnóstico, con ideas y preceptos en relación con la intromisión de un tercero a través de la donación de espermatozoides.

El Trabajo Social, como una de las disciplinas responsables de la instrumentación de la ley, en conjunto con otras disciplinas, si bien debe dar respuesta a lo establecido en la ley, en el marco de una estructura de recursos limitados, entra en conflicto los principios éticos profesionales.

Así, desde el Comité de Fertilidad, se trabaja a través de la conformación de equipos multidisciplinarios en los que se evalúan todos los aspectos que se entrecruzan en un proyecto de planificación familiar.

La oferta de la ciencia y los avances en medicina reproductiva parecen no tener límite, las respuestas médicas a las demandas de embarazo se han configurado en una “medicina del deseo” (Frydman, 1986). Al decir de Patricia Akolombre, los límites entre la ley y el deseo es ambigua, el enunciado *deseo de hijo*, es tomado empáticamente como un deseo a ser satisfecho. Las variables legales, éticas, económicas, psicológicas y sociológicas se yuxtaponen en la práctica cotidiana enfrentándonos a la toma de decisiones que, al no



estar exentos de ideas, preceptos y preconceptos que enmarcan nuestras definiciones y que concebimos construidas socialmente, es importante reconocer desde donde discernimos y problematizamos la experiencia, identificando los marcos conceptuales y los nuevos escenarios que guían nuestras prácticas.

En este apartado trabajaré en relación a la ética como instrumento para la toma de decisiones desde el equipo hospitalario, y desde la profesión del trabajo social en particular. Se desarrollarán algunos casos, a modo de ejemplo, con sus respectivos análisis, en los que se ponen en evidencia los conflictos éticos para la profesión.

A partir de “suponer un saber hacer para conducirse de manera racional acompañado de un análisis crítico que permite al profesional reflexionar sobre las consecuencias de sus actos; garantizando una práctica responsable y efectiva al establecer normas que rigen la profesión y regulan el buen uso de las competencias profesionales pero, también, por reconocer la capacidad que tiene el hombre para tomar decisiones” (Lima, 2015, pág.132).

Una de las preguntas que interpelan nuestra práctica es ¿cuáles son los aspectos éticos en juego en cada situación que se nos presenta? ¿Cuándo decimos que un tratamiento no es recomendado? Siguiendo a Banks (1977) hago referencia a tres tipos importantes de cuestiones que motivan frecuentemente una tensión entre lo legal, lo técnico y lo ético para definir los problemas y dilemas éticos en la profesión.

- **Cuestiones sobre derechos individuales y bienestar:** derecho de la persona a seguir sus propias decisiones y elecciones, y la responsabilidad del profesional de trabajo social de procurar el bienestar del usuario, acompañando en la toma de decisiones, y velando además por la protección de la descendencia, y la vida en familia.

Caso práctico 3:

Mujer de 22 años. Dos hijos de 3 y 5 años. A partir de esas gestaciones, las cuales sitúa en un contexto social complejo atravesado por la violencia de género, por lo que decide realizar ligadura tubaria, ya que su deseo era no tener más hijos.

Al momento de la entrevista se encuentra en pareja con un hombre que no tiene hijos. Ella se encuentra desocupada, su pareja con trabajo formal y obra social.

Tratamiento médico indicado: Tratamiento FIV con óvulos propios.

Refiere que su actual pareja no tiene hijos, por lo que ella busca embarazo a través de estas técnicas para satisfacer la demanda de su pareja. Ya que él quiere un hijo “de su sangre”. Pareja que se niega a incorporarla a la obra social tanto a ella como a los hijos.

Con el transcurrir de los encuentros, logra hablar de sus propios deseos, y reconoce que no es su deseo volver a embarazarse, pero que no quiere perder a su pareja actual.

Cabe mencionar que su pareja nunca asistió a los encuentros, pese a reiteradas convocatorias.

Cuando el proyecto es biparental, uno de los requisitos es la presencia de ambos miembros de la pareja en las entrevistas, ya que se requiere dar el consentimiento sobre la voluntad procreacional.

Si bien el marco jurídico y legal de nuestro país promueve la libertad y autonomía, considerando que todas las personas tienen plena capacidad jurídica para tomar sus propias decisiones, nos parece importante reflexionar sobre este punto, ya que esta situación nos sitúa ante un escenario en el que confluye una clara intersección de derechos, en el que, desde una perspectiva de género, aparecen claramente las tensiones entre los cuerpos legales y los cuerpos femeninos.

En este caso el eje de intervención del equipo interviniente, y particularmente del trabajo social, es la demanda de la mujer atravesada claramente por un conflicto de intereses personales, en la que su pareja le exige un hijo de su sangre para considerar formar una familia. No se evidencia un deseo propio de la mujer, y así lo manifiesta, pero a pesar de eso decide avanzar con la demanda. La tensión se plantea a partir de que el bien jurídico que solicita es legítimo, pero el bien social se evidencia en un contexto de vulnerabilidad y potencial riesgo.



- **Cuestiones sobre el bienestar público:** si el interés público, es decir, los derechos e intereses de otras partes distintas al usuario, prevalecen sobre el interés privado.

Caso práctico 4:

Mujer que tiene embriones restantes criopreservados en centro privado de fertilidad, ya que en su momento cuando realizo tratamiento logró embarazo y su hijo tiene 2 años. Le solicitan del centro de fertilidad cancelar deuda de criopreservacion o en su defecto resolver el estado de los mismos.

Decide realizar el procedimiento de transferencia, en la que el embrión implanta y logra el embarazo. Luego de esto, asiste al Hospital Público, solicitando la interrupción legal del mismo, ya que no es su deseo tener otro hijo.

En este caso planteado se evidencia el problema que existe en relación con el vacío legal respecto al destino de los embriones. La representación del embrión se encuentra atravesada por múltiples supuestos y valores éticos, morales, sociales, culturales, psíquicos y emocionales. Existe una clara contraposición respecto al interés social relacionado con la ausencia de legislación y regulación de esta temática, y como esto resulta transversal al interés individual, ya que en este caso la mujer se vio en la obligación de decidir en contra de su voluntad y deseo.

Este escenario plantea controversias respecto a la decisión de qué hacer con los embriones congelados, ya que hay una ausencia de ley que reglamente el destino de los embriones, y la dificultad de las personas en tomar una decisión.

- **Cuestiones sobre la desigualdad y la opresión estructural:** la responsabilidad del trabajador social de desafiar la opresión y trabajar por los cambios políticos y sociales. Muchas veces esas responsabilidades, ante el usuario, ante la institución, ante la sociedad entran en conflicto y se debe encontrar un equilibrio.

Caso práctico 5:

Pareja heterosexual sin hijos. Mujer de 48 años y hombre de 50 años. Ambos miembros de la pareja cuentan con Certificado de discapacidad por retraso



madurativo. Antecedentes de violencia conyugal y abuso de sustancias, contexto de vulnerabilidad psicosocial, pensión nacional como único ingreso.

Tratamiento médico indicado: FIV con óvulos donados.

Si bien la edad opera como un factor de riesgo para la concreción de un embarazo, el derecho de las personas con discapacidad a acceder a los tratamientos de reproducción asistida, así como a la planificación familiar, es totalmente legítimo. Ambos asisten a las entrevistas y permanentemente hacen explícito su deseo de parentar. Los condicionantes sociales no deberían operar como un impedimento para garantizar el derecho a formar una familia, ya que así lo establece la Constitución Nacional. Realizan crítica de los conflictos en la pareja, y muestran disponibilidad a trabajar en ello, tomando el plan terapéutico que se les ofrezca. Por lo que es un caso que requirió de mucho debate, de diferentes posicionamientos ético – profesionales dentro del equipo, que se extienden hasta la actualidad.



CONCLUSIONES

Siguiendo la afirmación de Krmpotic (ob.cit., p. 66) acerca de que “*para pensar en una actuación forense precisamos consolidar un enfoque socio-jurídico, esto es, en la articulación teórico-analítica de lo social y lo jurídico...*”, entendemos que la Ley analizada resulta un claro ejemplo de cómo un bien jurídico se sostiene no sin una constante tensión con el bien social que intenta proteger, y es posible, que la emergencia de su implementación haga visible una cuestión presente en el marco de otras leyes pero que no siempre resulta tan evidente a los ojos de un observador o bien es soslayado por quienes intervienen desde ellas.

Como profesional de Trabajo Social y procurando avanzar en la especialidad forense, inserta en un comité interdisciplinario de abordaje de problemáticas de la fertilidad en un hospital público de alta complejidad, me encuentro interpelada permanentemente por un contexto de ampliación de derechos que requieren de la disciplina para instrumentar y diseñar acciones de implementación. La ampliación de los derechos reproductivos, las configuraciones familiares con entidad jurídica, las formas de elección de parentalidad.

Formar parte del equipo interdisciplinario que se conformó en el Hospital mencionado ha abierto la mirada en dos sentidos: por un lado, dando cuenta de un ámbito de vacancia donde el trabajo social puede aportar algo más que una perspectiva “económica” para determinar quiénes acceden o no a un tratamiento médico de



fertilización; por otro, asumiendo la capacidad técnica que poseemos como profesionales para orientar, capacitar, escuchar, y acompañar a las personas a partir de las diferentes situaciones que las convocan a la búsqueda de esta alternativa de fertilización, integrando las duplas psicosociales hospitalarias y asesorando a otras/os profesionales acerca de la perspectiva de derechos que nos acompaña desde la formación.

El acto de pensar sobre nuestra práctica tiene entre sus objetivos aclarar qué conceptos, matrices de conocimiento, están presentes en la producción de los conocimientos de la profesión.

En el hacer cotidiano la profesión ha podido instaurar un modo de posicionarse ética y políticamente que responde a los nuevos paradigmas de Derechos Humanos, para lo cual las/os profesionales que hacemos Trabajo Social no podemos dejar de preguntarnos por la esencia del hombre, sus maneras de subjetivación dentro de su contexto social inmediato y más amplio, como sujeto-sujetado a sus condiciones concretas de existencia, en un mundo que lo produce y a la vez es producido por él mismo.

La fertilidad, más precisamente la reproducción asistida, es una temática para la cual aún no hay teoría suficiente de sustento, y no tenemos distancia suficiente en el tiempo de implementación para medir resultados. Culturalmente nos encontramos en la búsqueda de legitimación social y acompañamiento de estas nuevas prácticas, ya que es la primera generación de padres y niños nacidos bajo estas técnicas.

La oferta de la ciencia y los avances en medicina reproductiva parecen no tener límite, las respuestas médicas a las demandas de embarazo se han configurado en una “medicina del deseo” (Frydman, 1986). Al decir de Akolombre (2003), los límites entre la ley y el deseo es ambigua, el enunciado *deseo de hijo*, es tomado empáticamente como un deseo a ser satisfecho. Las variables legales, éticas, económicas, psicológicas y sociológicas se yuxtaponen en la práctica cotidiana enfrentándonos a la toma de decisiones que, al no estar exentos de ideas, preceptos y preconceptos que enmarcan nuestras definiciones y que concebimos construidas socialmente, es importante reconocer desde donde discernimos y problematizamos la experiencia, identificando los marcos conceptuales y los nuevos escenarios que guían nuestras prácticas.

Es importante aclarar que los procesos de tratamiento son largos, por lo que el tiempo es un factor que requiere abordaje y acompañamiento. La tasa de éxito de embarazo es baja,



porque cada tratamiento es diferente, porque depende también del estado emocional en que las personas transitan ese proceso, y por supuesto las condiciones biológicas de cada persona.

Por eso es muy importante desmitificar ciertas creencias en relación con esto, ya que no se puede asegurar el logro de un embarazo con solo realizar el tratamiento, algo que muchas personas llegan creyendo a la consulta.

Los fragmentos de casos prácticos citados en el trabajo representan la importancia de la incorporación de la mirada psicosocial en el cuerpo médico hegemónico. Dando cuenta la complejidad de los múltiples aspectos que atraviesan la problemática, y la necesidad de abordaje interdisciplinario.

El desafío de la profesión y su ética, transitando un recorrido en cuanto a la diversidad sexual, nuevas configuraciones familiares, ruptura de binarismos sexo/ reproducción, familia / matrimonio, hijo/lazo de sangre, llevando el análisis a nuevos modelos reproductivos y escenarios de crianza.

El Comité Hospitalario opera también como la puerta de entrada de otros problemas sociales, si bien la demanda es la fertilidad, la experiencia nos demuestra que se van detectando otros problemas, que muchas veces pueden ser más graves que requieren ser abordados, que no solo tienen que ver con lograr un embarazo. Incluso en aquellos casos que nos generan dudas, se insta un acompañamiento durante el embarazo, y luego en el desarrollo del niño.

Finalmente, debemos hacer mención al diagnóstico social fundado, en tanto conlleva una gran cuota de poder (Krmptotic, ob.cit.), por lo que obviar dicha posibilidad resulta un posicionamiento ético-político irresponsable y reñido con la calidad de la atención que debemos ofrecer, y que, en última instancia, la ley reclama. Repensar nuestras concepciones acerca de la maternidad/paternidades biológicas; el derecho a acceder a los recursos estatales para propiciar la fertilización médica; nuestro propio rol en los equipos de salud, entre otras importantes cuestiones, entendemos, resulta una exigencia ética insoslayable.

Lo jurídico es constitutivo de la definición social, una práctica se convierte en forense utilizando la perspectiva socio jurídica como fundamento de los procesos de intervención en el campo de la salud. La interfase está en articular las variables sociales



con los aspectos legales, proyectando un enfoque socio jurídico, un campo socio jurídico de actuación y una práctica forense multidisciplinaria, resultando sumamente importante la formación en la Especialización de Trabajo Social Forense, adquiriendo las herramientas teóricas y prácticas, para una lectura especializada de la coyuntura socio política, local y global que nos atraviesa.



BIBLIOGRAFIA

Alkolombre P. (2003). *Parentalidad y Nuevas técnicas reproductivas*. Buenos Aires. Revista de Psicoanálisis.

Abraham de Cúneo L. (2004). *La maternidad y la paternidad a la luz de las técnicas de fecundación asistida*. Sociedad Argentina de Pediatría.

Alvarez Plaza C. (2014). *La diversidad familiar y la divulgación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a partir de donantes y/o gestación subrogada*. España. Universidad Complutense de Madrid.

Banks S. (1997) “*Ética y valores en Trabajo Social*”.Barcelona. Paidós

Convención Internacional de Derechos de Personas con Discapacidad/2008

Declaración Universal de Derechos Humanos/1948

Dominguez, M.E (2007). *El acto de juzgar entre el dilema y el problema ético*. Facultad de Psicología. Buenos Aires, UBA. Cátedra I de Psicología, Ética y Derechos Humanos.



García R. (1994). *Interdisciplinariedad y sistemas complejos*. Artículo publicado en Leff, Enrique (comp.), “Ciencias Sociales y Formación Ambiental”. Barcelona. UNAM. Gedisa.

González N. I. (2014). *El Derecho a conocer los orígenes biológicos versus el anonimato en la donación de gametos*. Universidad autónoma de Barcelona.

Guzzetti L. (2012) *La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional*. Revista Debate Público.

Krmpotic, C. (2012) *Trabajo Social Forense. Balance y Perspectivas*. Vol. 1. Buenos Aires. Espacio.

Krmpotic, C. y Ponce de León A. (2016) *Trabajo Social e Intervención socio-jurídica en la Argentina*. Diccionario Internacional del Trabajo Social en el ámbito socio – jurídico. Barcelona. Nova Casa.

Lagarde M. (1996) “*El género: fragmento literal: La perspectiva de género en Género y feminismo*”. Desarrollo Humano y democracia. España.

Ley Nacional N° 26.862/2013

Ley Provincial N° 2954/2015

Ley Nacional N° 26130/2006

Ley Nacional N° 26.743/2012

Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén (2019). *Plan Provincial de Salud (2019 – 2023)*. Neuquén, Neuquén



Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Tratamiento de Reproducción Medicamente Asistida*". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Resolución Ministerial 1044/18.

Organización Mundial de la Salud. "Infertilidad". <https://www.who.int/es/health-topics/infertility>

Organización Mundial de la Salud (2023). "La OMS alerta que una de cada seis personas padece esterilidad". Comunicado de prensa. Ginebra, Suiza.
<https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

Rivas Rivas A. M. (2009) "Pluriparentalidades y parentescos electivos. Presentación del volumen monográfico". Revista de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid, 2009.

Robles C. (2016). *Familias y homoparentalidad*. Buenos Aires. Espacio.

Rodriguez L. (2017). *Complejidad, interdisciplina y política en la teoría de los sistemas complejos*. de Rolando Garcia. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas.

Rodriguez L.(2017). *Contribución a la crítica del pensamiento complejo de Edgar Morin*. Bases de un programa de investigación sobre los paradigmas. Edgar Morin y el pensamiento complejo. Monográfico coordinado por Jose Luis Solana Ruiz en Gazeta de Antropología.

Salomé Lima N. (2015). *El rol del psicólogo en las tecnologías de la reproducción humana asistida (TRHA)*. Buenos Aires, UBA. Facultad de Psicología. Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos.

Solana Ruiz, J.L. "Trabajo Social, Complejidad e Interdisciplinariedad: Una síntesis de algunos planteamientos en España e Hispanoamérica". Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.



Tarducci M.(2013) *Adopción y parentesco desde la antropología feminista*. Buenos Aires. Revista La Ventana N°37.