



FACULTAD DE DERECHO
SECCIÓN DE POSGRADO

**LA NECESIDAD DE REGULACIÓN DE LA
VITRIFICACIÓN OVULAR COMO OPCIÓN PARA QUE
LAS MUJERES CON ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS
Y AUTOINMUNES PUEDAN TENER UN HIJO**

BIOLÓGICO

**PRESENTADA POR
JUDITH PEDRAZA POZO**

ASESORA

CARMEN ELENA ZAVALAGA ORTIZ

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN DERECHO CIVIL

LIMA – PERÚ

2021



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



POSGRADO DE LA FACULTAD DE DERECHO

**“LA NECESIDAD DE REGULACIÓN DE LA VITRIFICACIÓN OVULAR COMO
OPCIÓN PARA QUE LAS MUJERES CON ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y
AUTOINMUNES PUEDAN TENER UN HIJO BIOLÓGICO”**

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN DERECHO CIVIL

PRESENTADO POR:

JUDITH PEDRAZA POZO

ASESORA

MAG. CARMEN ELENA ZAVALAGA ORTIZ

LIMA, PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mi familia, a Liliana y mis tres Marías quienes me alientan y motivan siempre a ser mejor persona. Son la bendición más grande que tengo.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Mag. Carmen Elena Zavalaga Ortiz, quien con sus conocimientos me orientó y coadyuvó en la elaboración de mi Tesis de Investigación.

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Antecedentes de la investigación.....	1
1.1.1. Nacionales	2
1.1.2. Internacionales.....	4
1.2 Bases teóricas.....	7
1.2.1. Las TERAS y su clasificación.....	7
1.2.2. La Bioética aplicada a las Teras	10
1.2.3. Los principios jurídicos involucrados en la aplicación de las TERAS	12
1.2.4. La Crioconservación y la Vitricación.....	15
1.2.5. La Vitricación Ovular y la Infertilidad de las mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes.....	17
1.2.6. Prerrogativas de salud reproductiva posteriores a la enfermedad oncológica o autoinmune	29
1.2.7. Políticas específicas de salud reproductiva en el Perú.....	42
1.2.8. Definición de términos básicos	47
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	51
2.1. Diseño metodológico	51
2.1.1. Tipo de investigación.....	51
2.1.2. Nivel de investigación	52
2.1.3. Método de Investigación.....	52
2.1.4. Técnica de recolección de información.....	52
2.1.5. Diseño muestral	53
2.1.6. Instrumentos de recolección de datos.....	53
2.1.7. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	54
2.2. Descripción de la realidad problemática	54

2.3. Formulación del Problema	56
2.3.1. Problema General.....	56
2.3.2. Problemas específicos	56
2.4. Objetivos de la investigación	57
2.4.1. Objetivo General	57
2.4.2. Objetivos Específicos.....	57
2.5. Justificación de la investigación	58
2.5.1. Importancia de la investigación	58
2.6. Viabilidad de la investigación.....	60
2.7. Limitaciones de la investigación.....	61
2.8. Aspectos éticos.....	61
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	62
3.1. Análisis e interpretación de resultados	62
3.1.1. Encuesta aplicada al personal médico peruano, especialista y con experiencia en el procedimiento de Vitrificación Ovular	62
3.1.2. La regulación de las TERAS en el ámbito del Derecho Internacional.....	66
3.1.3. Legislación comparada de países que han regulado las TERAS de Criopreservación de óvulos y, por consiguiente, al procedimiento de Vitrificación Ovular.....	71
3.1.4. Aplicación de la vitrificación ovular en otros países	80
3.1.5. Respecto de la casuística referida a mujeres jóvenes que se sometieron a la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular.....	82
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	87
4.1. Eficacia del procedimiento de la vitrificación	87
4.2. La participación del Estado en el reconocimiento de la Vitrificación Ovular	90
y su compromiso con las pacientes oncológicas y enfermedades autoinmunes.	90
4.3. Doctrina y criterios jurídicos para la regulación de la Crioconservación Ovular ...	93
CONCLUSIONES.....	95
RECOMENDACIONES	97
FUENTES DE LA INFORMACIÓN	106
ANEXOS.....	117

Índice de Tablas

Tabla 1: Cuadro a nivel comparado sobre la regulación de las TERAS _____ 71

Índice de Figuras

Figura 1. Reserva folicular a lo largo de la vida de la mujer	19
Figura 2. Disminución de casos de cáncer de mama avanzado	22
Figura 3. Las enfermedades autoinmunes	26
Figura 4. Frecuencia de atención de pacientes, con cáncer, en edad fértil	63
Figura 5. Rango de edad de las pacientes atendidas con cáncer	63
Figura 6. Frecuencia de atención a pacientes con Esclerosis múltiple, Lupus, Artritis y otras enfermedades.....	64
Figura 7. Rango de edades de pacientes con Esclerosis múltiple, Lupus, Artritis y otras enfermedades que son atendidos por personal médico	64
Figura 8. Frecuencia de recomendación para someterse a la Criopreservación de Óvulos.	65
<i>Figura 9. Necesidad de que el Estado atienda estos casos.....</i>	<i>66</i>

RESUMEN

La Tesis de Investigación intitulada “La necesidad de regulación de la Vitricación Ovular como opción para que las mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes puedan tener un hijo biológico”, tiene como objetivo general la aprobación de un texto normativo que regule el uso de la Vitricación Ovular como procedimiento asociado a la técnica de reproducción asistida (en adelante, TERA) de Criopreservación de óvulos en el Perú. En ese sentido la investigación aplica el enfoque cualitativo y como metodología desarrolla la Investigación – Acción, utilizando como técnicas, la observación participante y la encuesta, dirigidas tanto a la legislación comparada y a la casuística sobre el tema de investigación, así como al personal médico peruano especialista, en el procedimiento de Vitricación Ovular, respectivamente. Los resultados y su análisis llevan a la conclusión de que el acceso integral a los procedimientos y técnicas de la reproducción asistida y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, constituyen los criterios relevantes para sustentar la regulación normativa de la Vitricación Ovular en nuestro país. En consecuencia, se recomienda que la implementación eficaz de la Vitricación Ovular en el Perú deberá ajustarse a los parámetros que señale la legislación en cuanto a los requisitos y condiciones de su uso, así como a las restricciones y medidas de seguridad para el funcionamiento del establecimiento sanitario respectivo.

Palabras claves: Regulación de Vitricación Ovular, enfermedades oncológicas y autoinmunes.

ABSTRACT

The Research Thesis entitled "The need to regulate Ovular Vitrification as an option for women with oncological and autoimmune diseases to have a biological child", has as a general objective the approval of a normative text that regulates the use of Ovular Vitrification as a procedure associated with the assisted reproduction technique (hereinafter, TERA) for cryopreservation of ovules in Peru. In this sense, the research applies the qualitative approach and as a methodology it develops Action Research, using participant observation and survey as techniques, aimed at both comparative legislation and casuistry on the research topic, as well as medical personnel. Peruvian specialist in the Ovular Vitrification procedure, respectively. The results and their analysis lead to the conclusion that comprehensive access to assisted reproduction procedures and techniques and the exercise of sexual and reproductive rights constitute the relevant criteria to support the normative regulation of ovular vitrification in our country. Consequently, it is recommended that the effective implementation of Ovular Vitrification in Peru must comply with the parameters indicated by the legislation regarding the requirements and conditions of its use, as well as the restrictions and security measures for the operation of the establishment. respective sanitary.

Keywords: Ovular vitrification regulation, women with oncological and autoimmune diseases.

INTRODUCCIÓN

La mujer peruana se caracteriza por tener múltiples ocupaciones en la sociedad actual y por ello se ve obligada a tener que postergar muchos aspectos fundamentales de su vida personal; entre ellos, la maternidad que en muchos casos termina, lamentablemente, en situaciones de infertilidad femenina. Es por eso que tiene la necesidad de recurrir a las TERAS.

La mencionada postergación no debe darse por mucho tiempo debido a que a mayor edad la mujer presenta un envejecimiento ovárico que hace más difícil y riesgoso tener hijos. La solución a este problema se presenta con la TERA conocida como Criopreservación ovárica y su procedimiento específico aplicable, la Vitricificación Ovular que brinda una respuesta eficaz a las mujeres con problemas de infertilidad.

El mencionado procedimiento también resulta aplicable para aquellas mujeres que padecen algún tipo de cáncer o que sufren enfermedades autoinmunes como el Lupus, la Artritis Reumatoide y Esclerosis múltiple. Estas mujeres deben someterse a tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia u otras cirugías que pueden afectar su fertilidad. En ese sentido, las mujeres deben recurrir a procedimientos para reservar sus óvulos para el futuro y poder tener su propia familia e hijos.

Por tanto, se advierte las ventajas significativas de la aplicación del procedimiento de Vitricificación Ovular en el Perú, al que pueden acudir las mujeres que presentan alguna deficiencia o enfermedad que les imposibilita ser madres.

La Vitricificación Ovular constituye uno de los dos procedimientos para el congelamiento de los óvulos que utiliza la Criopreservación de estos como TERA. Así según Rodrigo, De la Fuente, Salgado y Salvador (2018) “para su conservación a muy bajas temperaturas (-196 ° C) en nitrógeno líquido, sin que se afecte su viabilidad y por tiempo indefinido” (párr. 1).

Este procedimiento se viene desarrollando en América Latina desde el año 2004, en que nació Gabriela, quien según Medisur (2007) fue “una bebé colombiana por medio de un tratamiento que permitió la crioconservación de un óvulo y su posterior fertilización asistida, es el primer caso de su tipo en América Latina” (párr.1).

La Vitricación Ovular constituye ejemplo de cómo el avance tecnológico puede aportar en la solución de los problemas existentes y uno de ellos, que aqueja a las mujeres, concierne a los tratamientos de Radioterapia y Quimioterapia a que se ven sometidas y que, lamentablemente en el Perú, son numerosos y van en aumento.

Se trata de un procedimiento novedoso y utilizado en algunas clínicas de fertilidad del país. Sin embargo, no se tienen datos estadísticos, porque las mujeres acuden justamente a estas clínicas que les aseguran la protección de su privacidad.

En la investigación se da a conocer la eficacia de la aplicación del procedimiento de Vitricación Ovular en otros países y cómo se está implementando la Criopreservación de óvulos como TERA a través del procedimiento de Vitricación Ovular en el Perú.

Dentro de esa línea, el capítulo I de la tesis comprende el marco teórico que incluye antecedentes, bases teóricas, la definición de términos básicos utilizados en la investigación, así como, la Vitricación Ovular y la infertilidad de las mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes. Luego, en el capítulo II se describe la metodología utilizada en la investigación. El capítulo III contiene los resultados de la investigación y el capítulo IV la discusión para la elaboración de las conclusiones, recomendaciones, las fuentes de información y los anexos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

El proceso de identificación y selección de literatura jurídico-científica que ha servido de base y fundamento para la argumentación de la presente tesis, ha considerado como eje central las sólidas posiciones de los especialistas que en líneas abajo se detallarán.

Un elemento cognitivo transversal en todos los autores ha sido la prevalencia del derecho primigenio y superior de la persona humana a valerse de procedimientos, instrumentos y técnicas que validan legítimamente el derecho de poder tener un hijo, una aspiración no solamente ideal sino material de cualquier mujer y, de aquellas inmersas en una circunstancia física de padecer una enfermedad oncológica o autoinmune. Se trata, sin duda, de elementos juiciosamente relevantes desde la naturaleza del derecho humano, el fondo de la presente tesis de investigación.

Dado el enorme desarrollo de la ciencia médica en el siglo XX y más aún en lo que va del presente siglo, se advierte un importante avance científico en el que el derecho ha tenido que subordinar muchas de las pretensiones caprichosas en la forma de pétreos tabúes, para permitir el inherente derecho humano de las mujeres, más aún, en estado de vulnerabilidad, como sucede con las que padecen de

infertilidad, por diferentes causas, y ser asistidas por la ciencia para lograr la legítima consumación de sus aspiraciones.

El realismo de la sociología contemporánea, que fuera reconocido por estudiosos desde el pasado como Max Weber, han servido de verdaderas plataformas teóricas para amparar el derecho que progresivamente fue reconociendo a las prerrogativas y a las necesidades humanas contemporáneas, como pasa en la actualidad con las mujeres que, padeciendo infertilidad, podrían encontrar una luz al final del túnel por parte del sistema u ordenamiento jurídico.

Así, pues, el derecho como ciencia, pero también como instrumento, no ha podido evadir las diversas circunstancias de la realidad social que debe regular. Ese es su carácter inmanente y por eso es gratificante advertir el desarrollo de los trabajos de investigación que siguen creando el escenario doctrinario fundamental que como fuente del derecho y recogido por la norma jurídica, termina siendo convertido en imperativo categórico de reconocimiento de derechos, que hoy, más que nunca, se convierte en una necesidad como enunciamos a lo largo de esta tesis.

1.1.1. Nacionales

Muñoz (2019) sustentó la tesis de maestría titulada: “Implicancias legales de regular jurídicamente la inseminación artificial heteróloga en el Perú, 2017”, en la Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Concluye que diversas clínicas privadas en Arequipa desarrollan la TERA de la Inseminación Artificial Heteróloga,

pero la misma carece de una regulación jurídica orgánica para su desarrollo como tal.

Su investigación pone de manifiesto la necesidad de que se apruebe una norma legal que regule el uso de las técnicas de reproducción humana asistida en el Perú y, en favor de aquellas mujeres que padecen infertilidad y que deben recurrir a procedimientos como el de la Vitricación Ovular, para así poder cumplir su deseo de tener un hijo biológico, pese al tratamiento oncológico al que puedan ser sometidas.

Pisfil (2019) "Propuesta de principios y normas para regular vacíos legales en las técnicas de reproducción humana asistida", en la Universidad Nacional de Trujillo. Concluye que la regulación de las TERAS en el Perú debe incluir los siguientes temas: la protección del embrión in vitro desde su implantación en el útero de la mujer, el derecho de toda persona a reproducirse, tomar decisiones vitales y organizar su familia, evitando que el Estado le suprima y limite este derecho, sin justificación racional, legítima y proporcional, limitar la producción de embriones excedentes por ciclo, la maternidad subrogada y la criogenización.

La relevancia sustantiva en el objetivo general de la investigación se refiere al desarrollo de los temas sobre los que puede versar la regulación de las TERAS en el Perú. Así la postura del autor Pisfil, sugiere que la futura regulación contenga los temas del derecho a la vida, del ser concebido, el derecho reproductivo de la mujer, el tratamiento de los embriones excedentes, la maternidad subrogada y la criopreservación de gametos, que en este último caso abarca el procedimiento de la Vitricación Ovular.

Helfer y Tapia (2018) publicaron el artículo titulado: “Tendencias en los proyectos de leyes del 2018 para regular las técnicas de reproducción artificial en el Perú”, en la revista Apuntes de Bioética, de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Concluyen que el artículo 7 de la Ley General de Salud debe ser reemplazado por una norma que regule las Técnicas de Reproducción Asistida y guarde coherencia con la realidad de la vida humana presente en la fecundación artificial y compatible con el ordenamiento jurídico peruano constitucional y legal.

La relevancia de este trabajo para la investigación radica en que la regulación de las TERAS involucra que se tome en cuenta la situación actual y las dificultades de su puesta en práctica, así como, la regulación debe ser compatible con la Constitución Política y el resto de la legislación que resulte pertinente.

1.1.2. Internacionales

Gonzales y Morffi (2019) publicaron el artículo titulado: “Las técnicas de reproducción humana asistida. Propuesta de lege ferenda en el ordenamiento jurídico cubano”, en la revista Academia & Derecho, año 10 (9), pág. 233 -260. Concluyen que resulta impostergable en el ordenamiento jurídico cubano que se implemente una ley especial que otorgue el tratamiento adecuado respecto de la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida y acabar con la situación de oscuridad jurídica en este tema para la prevención de las consecuencias éticas, morales, psicológicas y legales que se pudieran suscitar en su evolución.

La relevancia de esta conclusión para la investigación radica en la regulación de las consecuencias éticas, morales, psicológicas y legales que involucra el desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida en el Perú.

Vidal (2019) elaboró el artículo titulado: “Acerca de la regulación jurídica de las técnicas de reproducción humana asistida”, publicado en la revista Actualidad Jurídica Iberoamericana N° 10, junio 2019, 478-513. Concluye que el reconocimiento jurídico de bienes y derechos de la personalidad, intrínsecos al ser humano, que no se pueden transferir ni renunciar como regla general, pero sí en los casos que permite la ley, siempre que se mantenga un mínimo invulnerable de protección de estos derechos, contribuye a la convergencia jurídica en el tema de la regulación de las técnicas de reproducción asistida.

Pone en relevancia los bienes y derechos de la personalidad que se hallan en el fondo de la cuestión referida a la regulación de las técnicas de reproducción asistida, tales como, los derechos a la vida, la dignidad de la persona, los derechos reproductivos y a tener una familia, etc.

Bertoldi, Stein, Raffaelli, Fornagueira, Palma, Viartola y Krede (2018) elaboraron el artículo titulado: “Regulación legal de las técnicas de fertilización asistida. Nociones fundantes y requerimientos jurídicos. Relevamiento de su efectividad en la ciudad de Córdoba”, publicado en la revista de la Facultad, en la Universidad Nacional de Córdoba. Señala que en la legislación no se regula, de modo específico, la Crioconservación de embriones y la donación de gametos y embriones.

Debemos precisar que respecto a la regulación sobre las técnicas de reproducción asistida existen algunos temas de naturaleza controversial que afectan aspectos relacionados con los límites a la voluntad del individuo, quien no puede ir contra algunas condiciones fundamentales de la convivencia social, como el respeto del cuerpo humano, de la vida misma y la dignidad de la persona; por ejemplo, la calidad del embrión que ya constituye vida humana y se plantea el tema de su donación y crioconservación. El rechazo en algunas legislaciones obedece precisamente a estas condiciones fundamentales de la convivencia social que son afectadas por estos hechos. Se trata de un tema importante porque constituye un filtro que estas sociedades imponen para la vigencia de las técnicas de reproducción asistida.

Cano y Esparza (2018) elaboraron el artículo titulado: “El anclaje jurídico ante las técnicas de reproducción asistida”, publicado en el Boletín Mexicano de Derecho Comparado, pág 151. Determinan que, a pesar de la expansión de centros donde se llevan a cabo las técnicas de reproducción asistida, en muchos países carecen de las circunstancias y condiciones jurídicas necesarias que las regule adecuadamente; por eso es que, con cierta frecuencia, se produce la lesión de derechos humanos que se podría evitar con una adecuada regulación.

Gómez-Segui y Navarro-Sarrias (2017) elaboraron el artículo titulado: “Las técnicas de reproducción humana asistida y su regulación legislativa española, *Therapeia*, 9, 75-96, en Valencia-España. Para ellos la evolución de la legislación española sobre técnicas de reproducción humana asistida ha pasado de una postura reguladora a otra en la que anotan respecto de la regulación de los derechos

fundamentales sobre este tema, en consonancia con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico.

Así, en un momento determinado, predomina el *ius imperium* del Estado sobre la voluntad del individuo para establecer las reglas sobre esta materia, luego viene el predominio de algunos derechos fundamentales que son reconocidos, inclusive a nivel del derecho comparado, finalmente, la postura de equilibrio en que se reconocen los derechos fundamentales, pero el Estado impone las reglas sobre la base de su discrecionalidad para aceptar algunos temas o, si fuera el caso lo regula para proteger valores superiores del ordenamiento social del Estado.

1.2 Bases teóricas

1.2.1. Las TERAS y su clasificación

Las técnicas de reproducción asistida, según Rovati (2014), consisten en diversos tratamientos aplicados para resolver los trastornos de fertilidad en la pareja.

La utilización de las TERAS se justifica ante la imposibilidad física de poder llevar a cabo la procreación en forma natural y según refiere Pisfil (2019) se trata de un medio alternativo que evita que se transmita una enfermedad genética grave a la descendencia.

Inseminación artificial

Bajo esta técnica, el semen es colocado sobre el órgano reproductor femenino, no se produce de manera natural, sino exclusivamente mediante un procedimiento médico de inoculación, cuya finalidad es la procreación.

La fertilización in vitro (FIV)

Es aquella técnica mediante la cual se efectúa la fecundación de los óvulos, fuera del cuerpo de la mujer, en el laboratorio y luego los embriones obtenidos se transfieren al útero de la mujer para su implantación y continuación del embarazo en su proceso normal.

Ahora bien, la inseminación artificial como la fertilización in vitro pueden asumir las siguientes modalidades:

Homóloga; cuando se utiliza el semen del marido para introducirlo en el útero de la mujer (inseminación artificial) o los gametos provienen de la pareja (marido y mujer), se fertiliza el embrión en el laboratorio y luego se transfiere al útero de la madre (Fertilización in vitro).

Heteróloga; el semen crioconservado proviene de un donante ajeno al matrimonio (inseminación artificial) o uno de los gametos no proviene de la pareja, de modo que el óvulo o espermatozoide proviene de la donación de un tercero. También puede darse el caso de la donación de embriones que se traslada al útero de la madre recurrente y donde, ni el ovulo ni el espermatozoide provienen de la pareja (fertilización in vitro).

Mixta; cuando el semen que va a fertilizar el óvulo proviene de dos personas diferentes, de la pareja y de un donante anónimo (inseminación artificial) o los

espermatozoides provienen tanto de la pareja de la mujer solicitante como de un tercero.

La microinyección espermática

Consiste en la fecundación in Vitro más activa mediante la introducción del espermatozoide dentro del óvulo para conseguir la fecundación.

Diagnóstico genético preimplantacional (DGP)

Es la selección de embriones idóneos obtenidos mediante la Fecundación in Vitro, la misma que se realiza aplicando técnicas genéticas. Según lo explica Rovati (2014), esta técnica se considera exitosa cuando da lugar al nacimiento de niños sanos.

Extracción espermática

Se refiere a la obtención de espermatozoides que serán utilizados en las técnicas de reproducción asistida. Como lo explica Rovati (2014), esto puede darse, de modo inmediato o por medio de la criogenización para su futura utilización.

Donación de óvulos (ovodonación)

Se trata de una técnica mediante la cual la mujer recibe ovocitos de una donante. Los óvulos donados serán inseminados con los espermatozoides del esposo de la receptora. Posteriormente se estimula a la receptora con un soporte hormonal exógeno para simular los efectos hormonales del ovario sobre el útero y se produzca la implantación, luego de efectuada la transferencia de los embriones.

Donación de embriones (embriodonación)

Consiste en la donación de embriones que no provienen de la receptora ni de su pareja. Ambos se convierten en padres por la tecnología y la buena disposición de los donantes.

La criopreservación

Procedimiento mediante el cual se procura la conservación óptima de las células humanas, para su posterior utilización, pudiendo ser de espermatozoides, óvulos o embriones.

La transferencia intratubárica de gametos

Se trata de una técnica que utiliza la laparoscopia para extraer los ovocitos que serán colocados junto con los espermatozoides, dentro de la región distal de la trompa.

Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)

Procedimiento utilizado en los casos de esterilidad masculina, debido a una escasa concentración de espermatozoides en el espermatozoides o problemas de movilidad de los espermatozoides.

1.2.2. La Bioética aplicada a las Teras

La Bioética constituye un concepto que tiene como sustento a la dignidad humana. El respeto a la vida y a los derechos humanos.

Respecto a la Bioética surgen dos corrientes, el personalismo y el principialismo bioético. El personalismo, por un lado, dirige su atención a la persona

y su cualidad inherente de ser digna; asimismo, se privilegia el bien último del individuo.

Por otro lado, se tiene el denominado principialismo bioético, generado por la experimentación con seres humanos en los hospitales, muy criticado debido a la falta de regulación ética y de control por las autoridades. En la corriente del principialismo, entonces, se formula los siguientes principios éticos, que deben seguir en los procesos de investigación con seres humanos: beneficencia, de justicia, no maleficencia y autonomía, los que son de alcance universal. A mayor extensión conviene traer a esta parte de investigación lo que sobre estos Principios desarrolla Cárdenas (2018):

1. Principio de Beneficencia: Cuando una acción se dirige a prevenir el daño o eliminarlo del todo.
2. Principio de Justicia: que se entiende como la distribución equitativa en la sociedad.
3. Principio de no Maleficencia: Se refiere a la obligatoriedad de los profesionales médicos de no hacer daño intencionadamente.
4. Principio de Autonomía: Se reconoce la libertad y voluntad como atributos personalísimos del individuo. (pág.90)

Con la Bioética se va a dar solución a las interrogantes y cuestionamientos que plantea el desarrollo científico, tecnológico e investigativo aplicables a la salud, la vida y el medio ambiente.

En adición a los presupuestos establecidos precedentemente sobre la aplicación de las Teras, es innegable que existen discrepancias entre los que desean someterse a las técnicas de reproducción asistida y la opinión médica.

La dialéctica científica refiere que el conflicto es resuelto desde el punto de vista bioético con la aplicación de dos principios: el de autonomía, por el cual contando con la debida información, el paciente puede asumir los riesgos del tratamiento aplicado sobre su persona; y el principio de no maleficencia, por medio del cual se considera que el embarazo agrava los problemas de salud de la mujer y al poner en peligro la salud de la descendencia, para este caso no se aplica la técnica de reproducción asistida.

1.2.3. Los principios jurídicos involucrados en la aplicación de las TERAS

El principio de igualdad

Se considera a la igualdad como regla básica de convivencia dentro de la sociedad. Esta condición hace que se le considere como uno de los principios constitucionales que sustentan el ordenamiento jurídico de un país, pero también que se le entienda como un derecho fundamental de las personas para exigir a nivel individual ser tratados de la misma forma que los demás, sin discriminación alguna.

Esta doble manera de entender la igualdad genera en los individuos la confianza y seguridad de que tendrán acceso, a los beneficios, así como a las políticas que establezcan las leyes y la Constitución Política del Estado.

Con mayor razón se justifica la aplicación del principio de igualdad tratándose del acceso a las técnicas de reproducción humana asistida, es importante para ello que la persona cumpla con todos los requisitos para ese acceso, pero también la regulación de la técnica respectiva debe estar claramente señalada en la norma; lo que todavía no se produce.

Desde esa perspectiva, la vigencia del principio de igualdad que posibilite el acceso de todos, sin discriminación alguna a las técnicas de reproducción humana asistida, requiere que estas últimas se encuentren reguladas, con la claridad y detalle suficiente en la respectiva legislación.

El principio de dignidad humana

En lo que se refiere a la dignidad humana, tanto su protección como su promoción deben ser labor prioritaria de las autoridades y del Estado mismo.

El artículo 1° de la Constitución Peruana de 1993, establece que: “el fin supremo de la sociedad y del Estado peruano” es la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad; el mismo que adquiere mayor relevancia en el ámbito de las técnicas de reproducción humana asistida cuyos procedimientos en su aplicación no deben afectar la dignidad de las personas que participan de estas técnicas y, en caso de no encontrarse aquellos regulados, la normativa a darse tiene que hacer respetar el mencionado principio.

El principio de autonomía

Se refiere a la libertad de la persona en la decisión que le corresponde tomar respecto a la aplicación de determinada técnica de reproducción humana asistida; decisión que supone se tenga acceso a suficiente información sobre el tema que permita la elección de la técnica que resulte más favorable a la situación de la persona. Esta información debe ser proporcionada por el profesional médico, quien señalará las ventajas y desventajas de su aplicación al paciente, quien con toda la

información en la mano podrá dar su consentimiento informado para la aplicación de determinado procedimiento asociado a una técnica de reproducción humana asistida, según su caso.

Esta idea también es parte de la información que se encuentra contenida en la normatividad vigente sobre el tema, que dará mayores luces a la persona sobre las consecuencias jurídicas en la aplicación de la técnica de reproducción humana asistida y no existan vacíos legales que pueden dar lugar a los abusos por parte de una de las partes que participan en el tratamiento.

El principio de no maleficencia

Este principio se refiere a la relación directa que se establece entre el paciente y el profesional médico que aplica la técnica de reproducción humana asistida. En concreto, quiere decir que en esta relación el profesional médico debe abstenerse de causar daño o un mal al paciente, aun cuando este así lo requiera.

En ese sentido, para la aplicación del mencionado principio se hace necesaria que exista la regulación jurídica del tema, porque de esa manera se podrá establecer el buen proceder de los profesionales médicos y la determinación de su responsabilidad legal en caso que incurran en determinado error. También significará estabilidad y seguridad jurídica para las partes que intervienen en el procedimiento de la técnica de reproducción humana asistida.

1.2.4. La Criopreservación y la Vitrificación

1.2.4.1. Diferencias entre la criopreservación y la vitrificación

La Criopreservación es aquella técnica científica que tiene como objetivo mantener la viabilidad y funcionalidad celular a muy bajas temperaturas. Mientras que, la vitrificación es uno de los métodos de Criopreservación basada en la congelación rápida, empleando una mezcla de altas concentraciones de crioprotectores que, a bajas temperaturas, aumentan su viscosidad lo que permite formar un sólido amorfo, evitando la formación de hielo extracelular. El enfriamiento alcanza cerca de los 1,500°C/minuto.

Es importante destacar que, a diferencia de la criopreservación de ovocitos, la vitrificación tiene la ventaja de conservar el potencial biológico reproductivo de los ovocitos con tasas de supervivencia de un orden del 90% en relación con la criopreservación lenta que ofrece tasas mucho menores de supervivencia afectando el desarrollo embrionario.

A partir del año 2003, los especialistas en la materia decidieron optar por la vitrificación ovular en sustitución de la criopreservación, debido a sus excelentes resultados. Los comités de prácticas clínicas de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) y la Sociedad para la Tecnología de Reproducción Asistida lo reclasificaron y dejó de ser considerado un procedimiento experimental.

1.2.4.2. Eficacia y utilidad de la Vitrificación Ovular

Conviene señalar que la Vitrificación Ovular ha permitido que se incremente el uso de la Criopreservación de Ovocitos y el nacimiento del primer bebé con esta técnica se realizó en el año 1999. Con su aplicación, se obtienen tasas de supervivencia hasta del 100% y las mujeres, pacientes de cáncer, que desean criopreservar sus gametos, mediante esta técnica, pueden posponer su maternidad previniendo la disminución de la fertilidad por factores de edad.

Una doctrina dominante concluye que la Criopreservación de Ovocitos posibilita que las mujeres diagnosticadas con cáncer puedan preservar su fertilidad y mantener su autonomía reproductiva. Ello frente a la posibilidad de vitrificar embriones, toda vez que en ese caso se requerirá la intervención de la pareja de la mujer o de un donante, lo cual no se ajustaría a la realidad toda vez que enfermedades oncológicas o autoinmunes afectan incluso a mujeres sin pareja.

A través de los años la vitrificación ha significado un avance importante en el campo de la fertilidad y goza del respaldo unánime de los expertos, por cuanto consideran que el ovocito vitrificado a bajas temperaturas por mucho tiempo, no hará que el embrión sufra daño neuronal. Ello queda demostrado con el incremento de las publicaciones científicas sobre el tema que se han producido en los últimos 10 años.

1.2.5. La Vitrificación Ovular y la Infertilidad de las mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes

1.2.5.1. Aplicaciones clínicas de la vitrificación de ovocitos

A continuación, desarrollamos el procedimiento médico utilizado en la vitrificación de ovular.

Según Nohales (2017) los ovocitos son almacenados con un tiempo de cuarentena, previo a su donación, otorgando mayor seguridad al proceso, incluso podrá ser objeto de programación para beneficio de las receptoras.

Existen diversos sistemas de vitrificación disponibles a nivel mundial, pero el método del Dr. Kuwuyama es el que se ha impuesto a nivel mundial. Su método se denomina Cryotech y ha sido reproducido en los diferentes laboratorios.

Según Dalvit (2018):

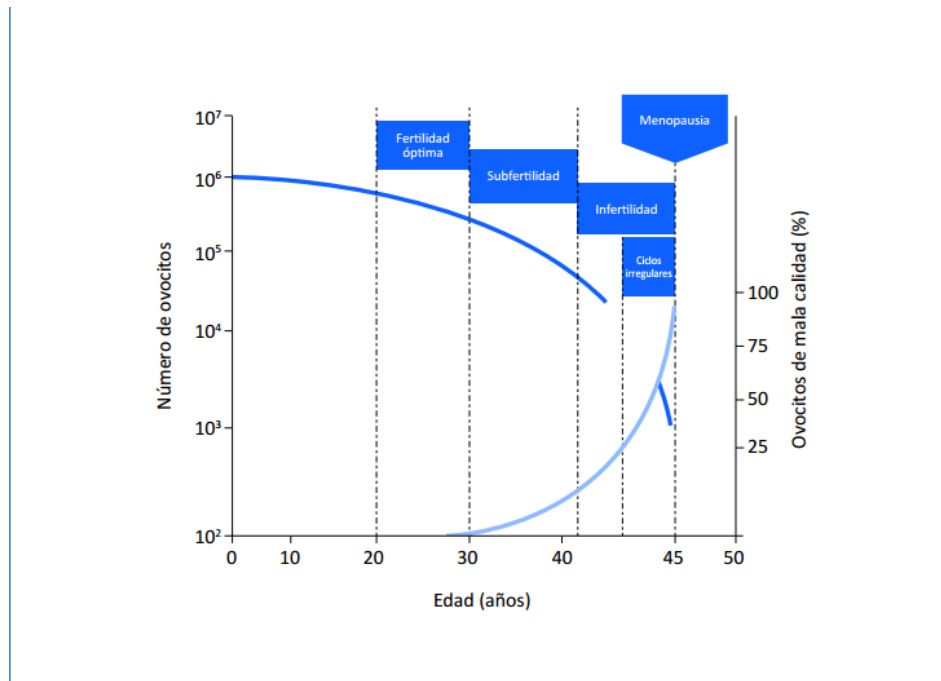
los ovocitos o embriones son equilibrados a temperatura ambiente en la solución que provee el kit; esta solución contiene etilenglicol (EG) y dimetilsulfóxido (DMSO) en medio mínimo esencial (MEM) con hidroxipropilcelulosa (HPC) y sin suplemento proteico. Los ovocitos o embriones se contraen y luego regresan a su morfología normal. Este proceso toma de 7 a 15 minutos, dependiendo de la calidad de cada ovocito o embrión. Luego, los ovocitos o embriones son trasladados a la solución de vitrificación que contiene EG + DMSO y trehalosa en MEM + HPC a temperatura ambiente, hasta que el ovocito o embrión

se encoja severamente y se sumerja en el medio de vitrificación. Los ovocitos o embriones son luego cargados individualmente con una pipeta de vidrio en la parte superior de la pajilla con una cantidad mínima de medio del kit y la muestra es rápidamente sumergida en el nitrógeno líquido; posteriormente se cubre una tapa protectora. El tiempo entre la inmersión en la solución de vitrificación y la inmersión en el nitrógeno líquido es de 60 a 90 segundos. Para la desvitrificación, la pajilla es sumergida directamente en la solución de desvitrificación (MEM+ trehalosa + HPC), a 37° grados centígrados por 1 minuto; luego, los ovocitos o embriones son incubados por 3 minutos en la solución diluyente del kit (MEM+ trehalosa + HPC) y finalmente lavados dos veces por 5 minutos en solución de lavado (MEM +HPC). (pág. 227-228)

1.2.5.2. Infertilidad en mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes

Según la ciencia, una mujer al nacer tiene su dotación de ovocitos de aproximadamente dos millones de folículos primordiales. Y en el tiempo dichos óvulos se van perdiendo. Se considera que, en el transcurso de su vida, cada mujer alcanza a tener 400 ovulaciones y el resto de ovocitos que tiene se van degradando, sin llegar a la maduración y ovulación por el ovario. El periodo de mayor fertilidad de la mujer oscila entre los 16 a 30 años y al llegar a la Menopausia solo cuenta con una decena de ovocitos.

Figura 1. Reserva folicular a lo largo de la vida de la mujer



Fuente: Sociedad Española de Fertilidad - Documento de recomendaciones para

la preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama.

Elaboración: Sociedad Española de Fertilidad

La Infertilidad

Se produce cuando existe incapacidad de lograr el embarazo, luego de transcurrido un año de mantener relaciones sexuales sin protección, tratándose de mujeres menores de 35 años de edad y, de seis meses, cuando la mujer es mayor de 35 años de edad.

Los factores que producen la infertilidad son múltiples, así tenemos los siguientes: Factor endocrino-cervical; cuando se produce fallas en la ovulación. El

factor cervical, referido a la integridad del tracto genital femenino, que se ve mermada por aspectos genéticos, mecánicos (amputación con fines terapéuticos, ante la presencia de enfermedad maligna) o por infecciones de transmisión sexual. Factor uterino, la presencia de alteraciones funcionales o anatómicas que no permiten la entrada de los gametos masculinos, la adecuada receptividad del endometrio el óvulo fecundado y que este pueda crecer y desarrollarse. Factor tuboperitoneal, que el gameto masculino pueda acceder a las tubas uterinas donde se encontrará con el óvulo y se producirá la concepción del nuevo ser. Factor masculino, referido a la menor cantidad de espermatozoides o la alteración en su movilidad, vitalidad o morfología.

Ahora bien, la causa femenina de la infertilidad proviene de la carencia hormonal progresiva que, desde el punto de vista fisiológico, opera desde los 50 años, esto es con la llamada Menopausia. Pero suele ocurrir en edades que no se corresponden con la situación fisiológica en que los niveles hormonales se hallan debajo del rango normal que corresponde. Se trata de una Menopausia precoz que se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, a nivel mundial.

Al contar con más de 35 años de edad y la cantidad de óvulos disminuida o deteriorada corresponde que el médico detecte la causa de la infertilidad. Mientras mayor edad se tenga, mayor será la posibilidad del riesgo de aborto espontáneo. Inclusive, de llegar a nacer, el bebé puede tener anomalías cromosómicas. Se presentan problemas de ovulación que conllevan menstruaciones irregulares. Al darse molestias intestinales o de los riñones, cabe que produzcan como efecto

secundario la desnutrición y falta de ovulación. La presencia de enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea que puede infectar las trompas de Falopio.

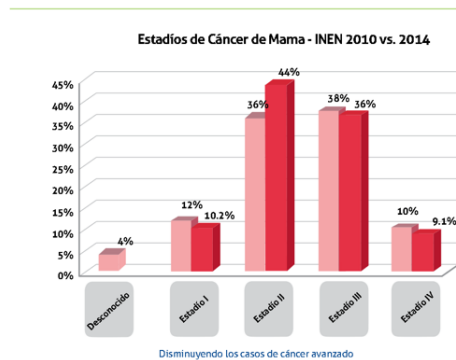
Entre las causas de infertilidad tenemos la que surge como consecuencia de padecer una enfermedad oncológica o autoinmune, y al día de hoy existen métodos para la preservación de la fertilidad orientados a que se produzca la gestación de forma no inminente. En caso de aparecer enfermedades oncológicas, sabemos que se requiere de un tratamiento agresivo y por ello la mujer decide aplazar su embarazo.

Enfermedades oncológicas

Según la literatura del derecho comparado, en el marco español, el diagnóstico de cáncer en las mujeres entre 15 a 30 años de edad es 2.7 veces más común que en aquellas que son menores de 15 años y este diagnóstico abarca un aproximado de 162, 000 casos al año en el mencionado país, siendo el cáncer de mama el tercer tipo de cáncer más frecuente. Recuperado de <https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/preservacion/Preservacion-Fertilidad-y-cancer-mama.pdf>

Respecto del cáncer de mama en el Perú, se cuenta con información estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) donde se advierte una “disminución en los casos de cáncer de 1er estadio; de un 12% a un 10,2% y los de 3er estadio de un 38% a un 36%” (Ministerio de Salud, INEN, s.f., diapositiva 30)

Figura 2. Disminución de casos de cáncer de mama avanzado



Fuente: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (s.f.).

INEN impulsando el Plan Esperanza

Elaboración: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Asimismo, cabe destacar que el Ministerio de Salud, INEN. (2014) cuenta con tratamientos innovadores por los cuales ejecuta radioterapia localizada, mediante un sistema automatizado y preciso que le permite el cálculo con probabilidad de error de cero, estableciendo la dosis de radiación que necesitan los pacientes.

Es importante resaltar que el INEN viene aplicando un tratamiento para el cáncer de mama, relacionado con la inhibición hormonal total de los ovarios, sensible a hormonas en edad pre menopáusica, que previene posibles recaídas y con óptimos resultados en estas pacientes. Consiste en un tratamiento con Exemestano que, además de la supresión de la función ovárica, reduce el riesgo de desarrollar cualquier tipo de cáncer invasivo en un 28% y reduce el riesgo de recurrencia para desarrollar

cáncer de mama invasivo en un 34, en comparación con tratamientos anteriores con Tamoxifeno.

Según San Juan del Caz (2018) con los avances existentes hoy en las ciencias de la salud, la tasa de supervivencia del cáncer en las pacientes jóvenes ha mejorado, alcanzando un 75%. Posteriormente, los médicos especialistas buscan mejorar la calidad de vida de las pacientes, siendo un factor importante en su recuperación la preservación de la fertilidad. De allí que, las pacientes que desean preservar su fertilidad son derivadas a las consultas de reproducción asistida a quienes se les brinda información sobre los procedimientos, avances y opciones terapéuticas en el ámbito reproductivo a las que pueden recurrir.

Ahora bien, resulta importante señalar que el tratamiento de Quimioterapia para el cáncer conlleva efectos secundarios en los pacientes y tratándose de las mujeres, los tipos de quimioterapia, las dosis suministradas y, la edad de la paciente en el momento del diagnóstico, tendrán impacto en su fertilidad. Resulta difícil determinar el grado de lesión gonadal que ocasionará el tratamiento antineoplásico; esto depende de múltiples factores y de la variabilidad individual que desarrolle cada paciente, pero básicamente se toma en cuenta dos factores: el grado de toxicidad del tratamiento y la edad del paciente.

En esta situación, surge la Vitrificación Ovular como una alternativa ideal para las mujeres diagnosticadas con cáncer o con enfermedades autoinmunes, que pueden preservar su fertilidad y favorecer su autonomía reproductiva.

En las últimas décadas, se advierte una mejora ostensible de las técnicas de vitrificación, al punto que la supervivencia de los ovocitos llega al 85%,

conservándose la capacidad de fertilidad y obteniendo embarazos efectivos en el rango del 45% al 65%.

Enfermedades autoinmunes sistémicas

Desde la perspectiva médica, se ha determinado que el sistema inmunitario constituye una estructura compleja que tenemos los seres vivos como defensa para repeler a los microbios y, en caso de no lograrlo el cuerpo humano tiene otro medio de defensa constituido por los leucocitos, que son células circulantes en la sangre, que pueden llegar a los tejidos infectados con microbios. Existe un tipo de leucocitos (los linfocitos B), que generan anticuerpos, los mismos que se adhieren a los microbios y los lesionan gravemente.

En el caso de los Linfocitos T su función es atacar a determinados microbios como los virus para destruirlos, una vez que se ha aplicado los linfocitos al organismo, este queda inmunizado contra determinada enfermedad y, ante su presencia, el organismo actúa rápidamente como respuesta a fin de eliminar el virus.

El sistema inmunitario cumple un rol de vigilancia ante la transformación cancerosa de los órganos, reconoce los cambios que ocurren en las células tumorales y las destruye precozmente. El tema de las inmunodeficiencias está referida a un sistema inmunitario defectuoso, donde no existen linfocitos B o Linfocitos T, o de existir tienen un mal funcionamiento. Estas enfermedades son conocidas como inmunodeficiencias primarias, que son congénitas y quienes la padecen son expuestas a graves enfermedades por infecciones, por no desarrollar una defensa propia. Cuando el sistema inmunitario resulta dañado por

medicamentos muy agresivos (como los que se suministran por cáncer), radiaciones, o determinadas infecciones, se presenta lo que se conoce como inmunodeficiencia secundaria.

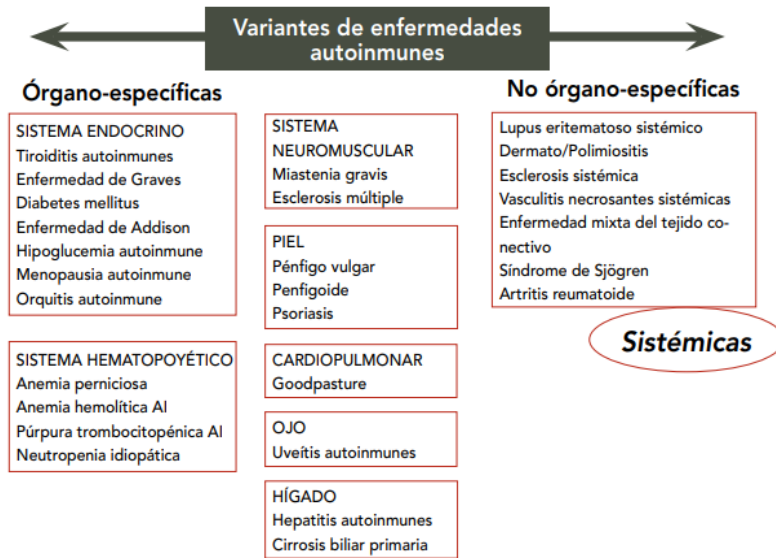
No perdamos de vista de que la autoinmunidad se refiere a aquella situación en la que el organismo del individuo reacciona ante componentes de su propio organismo y no ante elementos externos. Produciéndose una inflamación en la que el organismo se defiende de sí mismo. Desarrolla alergias a partes de su propio organismo.

Tengamos presente de acuerdo a las investigaciones de Sánchez, Castilo y García (2010) que existen enfermedades autoinmunes como la Diabetes juvenil o enfermedades inflamatorias de la tiroides, que terminan afectando órganos como el Páncreas (caso de la Diabetes) y la tiroides en el segundo caso, pero existen otras enfermedades autoinmunes que son sistémicas, vale decir, que se afectan órganos y sistemas del cuerpo humano, como las articulaciones, la piel, el sistema nervioso, pulmón, aparato digestivo, etc.

Se ubican como enfermedades sistémicas autoinmunes, el Lupus Eritematoso, la Esclerodermia, Dermatomiositis, Vasculitis.

En la figura siguiente, se da a conocer la relación de estas enfermedades vinculadas a un órgano específico y así como las sistémicas.

Figura 3. Las enfermedades autoinmunes



Fuente: Sánchez, J., Castillo, M. y García, F. Enfermedades autoinmunes sistémicas

Elaboración: Sánchez, J., Castillo, M. y García, F

Según el Ministerio de Salud (2019) en nuestro país, durante los últimos años ha sido recurrente una de estas enfermedades autoinmunes, la Artritis Reumatoide; así cada año se diagnostican más de 100 casos nuevos y que, por cada seis mujeres afectadas con esta enfermedad existe también un varón afectado. Dicha enfermedad en su desarrollo, vulnera la fertilidad en la mujer, recomendándose cada vez más el uso de las TERAS.

Según investigaciones de Paraíso y Salvador (2019) las alteraciones del sistema inmunológico son susceptibles de afectar la fertilidad de ambos sexos, pero en mayor número afecta a las mujeres. El cuerpo de la mujer rechaza reiteradamente a los espermatozoides y/o al embrión, por tanto, no se logrará la implantación, o producirá abortos espontáneos durante los tres primeros meses.

A lo largo de los años se ha establecido que la infertilidad inmunológica puede ser debido a los anticuerpos antiespermatozoides (AEA), que afecta al sexo masculino. Se trata de proteínas que se unen a los espermatozoides, afectando su capacidad de movimiento y la fecundación del óvulo. El cuerpo considera como extraños a los espermatozoides y se orienta hacia su destrucción. También se ha demostrado que, en la mujer, este tipo de infertilidad obedece a infecciones de transmisión sexual, endometriosis genital, etc. (pág. 15-17)

Otra causa es la Trombofilia hereditaria que se desarrolla por falta o modificación de anticoagulantes naturales que aparecen durante el embarazo, formándose coágulos sanguíneos que pueden llegar a la placenta impidiendo el desarrollo del feto. También, existe el síndrome antifosfolípido (SAF) por el cual una serie de anticuerpos antifosfolípidos ocasionan un estado de hipercuagulación en la sangre formando trombos en la placenta y eliminando el embarazo.

Finalmente, existe la Infertilidad aloinmune que ocurre cuando el sistema inmunológico de la mujer no reconoce al embrión como propio y, por ende, no permite la implantación embrionaria, produciendo la pérdida del embarazo.

Preservación de la fertilidad

Podemos definir la preservación de la fertilidad como la aplicación de estrategias, procedimientos médicos y de laboratorio orientadas a la conservación de la descendencia genética en adultos o niños que se hallen en riesgo de esterilidad. Se trata de un acto de prevención y protección de la futura fertilidad.

Los pacientes susceptibles de ser beneficiados con estrategias y procedimientos de preservación de la fertilidad son los pacientes oncológicos, como los pacientes que se encuentren preparados para un trasplante de médula ósea, o pacientes que adolecen de enfermedades autoinmunes y que necesiten tratamientos con quimioterapia, pacientes con cirugías recurrentes de ovario, aquellos que tengan defectos genéticos, así como, pacientes que deseen diferir su maternidad por razones ajenas a las médicas; finalmente, se aplica como complemento de las TERAS.

En la actualidad son cuatro los tratamientos relacionados para la preservación de la fertilidad. De un lado existe la crioconservación de ovocitos, en la que previamente se realiza la estimulación ovárica, luego son recogidos para su conservación mediante la vitrificación; en el caso de los embriones, serán vitrificados previa fertilización in vitro.

Por otro lado, el avance de la ciencia permite actualmente la conservación incluso de tejido ovárico, el cual es vitrificado y, con el paso del tiempo se vuelve a insertar en la mujer. Finalmente, en el caso de los varones, también es posible la vitrificación del semen antes de someterse a un tratamiento oncológico.

Tengamos en cuenta que, tratándose de mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), la preservación de su fertilidad tiene carácter limitado y se deberá considerar en aquellas pacientes que no han concebido y que serán expuestas a terapias citotóxicas.

La comunidad médica recomienda la preservación de la fertilidad en personas vulnerables que tengan una disminución de la reserva ovárica, es decir, mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 35 años. Con mayor razón, para aquellas mujeres que han sido diagnosticadas con enfermedades autoinmunes u oncológicas antes de ser sometidas a los tratamientos correspondientes y, en consecuencia, vean afectada su fertilidad.

1.2.6. Prerrogativas de salud reproductiva posteriores a la enfermedad oncológica o autoinmune

Teniendo en cuenta la legislación internacional podemos afirmar que, el derecho a la salud reproductiva forma parte del Sistema Universal Normativo que regula los derechos fundamentales del individuo; así en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 reconoce que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 establece “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La concepción programática del derecho a la salud se encuentra establecida por la gran mayoría de Constituciones en el mundo y nuestra Carta Magna de 1993, no es la excepción, como lo consagra el artículo 7° en que se señala lo siguiente: “Todos tienen derecho a la protección de la salud, la del medio familiar y la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí mismo a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

Asimismo, el artículo 9° de la Constitución de 1993, señala que: “El Estado determina la política Nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñar y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud”.

Por todo lo anterior, hoy el desarrollo de los Derechos Civiles ha evolucionado, de tal manera que, consideran a la salud como un derecho social de carácter programático que, mediante la ejecución de políticas públicas, la población goza y ejerce sus derechos a la salud integral, en el que se incluyen a los derechos sexuales y reproductivos inherentes a la persona humana.

1.2.6.1. La salud reproductiva a la luz de la Jurisprudencia Comparada

A la luz de la jurisprudencia constitucional Comparada, resulta relevante señalar que han resuelto algunas vulneraciones respecto al derecho a la salud, como

parte del derecho programático. Estas soluciones se expresan mediante dos enfoques diferentes que a continuación desarrollamos:

Enfoque conservador

Mediante este enfoque, se brinda protección constitucional al derecho a la salud vinculado con otros derechos fundamentales. Es el caso del Tribunal Constitucional Español que incluye al derecho a la salud dentro del derecho a la integridad personal.

Aplicando ésta perspectiva comparada, El Tribunal Constitucional Peruano, (2004) Sentencia N° 2016-2004-AA/TC ha señalado que el derecho a la salud no está incluido dentro de los derechos fundamentales, sino que se halla incluido en el capítulo de los derechos económicos y sociales. Agrega, además que, cuando la vulneración del derecho a la salud afecta otros derechos fundamentales, tales como el derecho a la vida, integridad física o libre desarrollo de la personalidad, se acentúa el carácter de derecho fundamental del derecho a la salud y eso hace posible su protección mediante el amparo. Por tanto, el carácter de derecho fundamental de derecho a la salud se sustenta cuando se halle vinculado a un derecho fundamental. ((fundamento 37)

Enfoque progresista

Desarrollada en algunas sentencias expedidas por la Corte Constitucional de Colombia que consideran al derecho a la salud como un derecho fundamental de las personas, tomando en cuenta su carácter de derecho universal programático. Corresponde al derecho a la salud en tanto derecho fundamental que garantice a todas las personas su defensa judicial mediante la acción de tutela en aquellas

situaciones en que las personas necesitan el servicio de salud y su protección constitucional.

Teniendo en cuenta los enfoques antes descritos, en nuestro país se advierte un desarrollo del derecho a la salud mediante valiosa y diversa jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano, tales como las Sentencias N° 2002-PC/TC de 2006 (Caso Pablo Fabián Martínez y otros); N° 2016 AA/TC de 2004; N°2945 AA/TC de 2003, entre otras, en las que se han amparado atenciones urgentes a favor de personas afectadas en su salud por falta de previsión o negligencia del propio sistema.

En consecuencia, podemos concluir que la atención a la salud es un derecho fundamental, integral y equitativo para todas las personas sin discriminación; además, es menester señalar que corresponde al Estado implementar las políticas de salud necesarias, priorizando aquellas que requieran de una protección especial e inmediata (que incluyan a la madre y al niño) y puedan acudir a la tutela judicial respectiva, en salvaguarda de su derecho a la salud, tal como ya ha sido recogido en los precedentes antes citados.

Más aún, como parte de la salud integral, podemos incluir los tratamientos médicos que hagan frente a posibles incapacidades físicas sobreviniente de seguimientos de enfermedades que tengan que acudir a las técnicas de reproducción humana asistida para preservar la salud, el derecho a ser madre y por consiguiente a tener una familia.

A mayor abundamiento, el derecho reproductivo de la mujer o el derecho a ser madre en el Perú no tiene consagración expresa en el ordenamiento

constitucional peruano; sin embargo, sí se encuentra relacionado con otros derechos, como el de la dignidad de la persona humana, el derecho a la salud, a la libertad, etc. Por tanto, se considera que los derechos reproductivos se ubican en nuestra Constitución Política de 1993, en el art. 3° cuando señala que: “La enumeración de los derechos establecidos en este capítulo no excluye los demás que la Constitución garantiza, ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre, o en los principios de soberanía del pueblo, del Estado democrático de derecho y de la forma republicana de gobierno”.

Queda evidenciado, que se trata de una cláusula de *numerus apertus* que, en doctrina, se le conoce como los derechos constitucionales implícitos.

Dentro de los derechos constitucionales implícitos existen aquellos que se encuentran contenidos en los artículos 2°, inciso 1 y 6, que podemos vincularlos con el derecho a la reproducción, que se deriva tanto del derecho al libre desarrollo de la persona como, al acceso a las políticas nacionales de población.

Con la Declaración de los Derechos Humanos, de 1948, se da inicio al reconocimiento trascendente de la salud sexual y reproductiva, que va de la mano con los derechos de todo individuo a la salud, a la salud materno infantil y a los cuidados necesarios para lograr su óptimo desarrollo.

Cabe resaltar que en la V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en la ciudad de El Cairo de 1994 por primera vez los Estados y la Comunidad Internacional reconoce el término “derechos reproductivos” y se reivindican los derechos de las mujeres en el ámbito reproductivo.

Para Villanueva (2006) el programa de acción de la CIPD define los derechos reproductivos como aquellos que abarcan derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, los documentos internacionales sobre derechos humanos que ya han sido aprobados por consenso en Naciones Unidas. En concreto, alude a los siguientes derechos:

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. (pág. 394-395).

De lo anterior podemos interpretar que en el Perú se admiten los derechos reproductivos, conforme lo establecido por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, en función a “los principios de igualdad, de no discriminación y de autonomía de la voluntad que constituyen elementos esenciales de los derechos reproductivos”.

Por tanto, a la mujer le corresponde ejercer sus derechos reproductivos, más aún si se haya en una situación de infertilidad, debe tener acceso a las técnicas de reproducción asistida.

A partir de la década de los 90 se produce un cambio radical en las políticas de población, centrándose básicamente en los temas reproductivos en función al control de natalidad para alcanzar determinadas metas demográficas.

Con el programa de acción de la CIPD estas metas fueron modificadas y reorientadas al bienestar de los individuos, así como, de su calidad de vida dentro del ámbito de los derechos humanos.

Se produce el empoderamiento de las mujeres que gozan de autonomía en todas las esferas vitales y primordialmente en los temas de la sexualidad y reproducción. En 1995, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas se aprueba una Declaración y Plataforma de Acción. En esta última se indica que los derechos humanos de las mujeres abarcan:

su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia (...) reconoce que la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos.

En el año 1996, la Unión Europea con todos sus Estados miembros aprobaron formalmente el Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Se promueve un enfoque holístico y se reconoce a la salud y los derechos en materia de reproducción y sexualidad.

Durante la Cumbre del Milenio, del año 2000 se toman en cuenta los siguientes aspectos fundamentales para mejorar la salud reproductiva a nivel global:

La disminución de la mortalidad materna, avanzar más en la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.

En el año 2005, en la Conferencia Mundial de la mujer celebrada en Beijing se concluye que aún se encuentra pendiente de solución el tema para las mujeres debido a la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos niveles de violencia a las que se encuentra expuesta la mujer y las altas tasas de mortalidad materna en África, Asia y América Latina.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020),

la salud reproductiva y la maternidad tienen reconocimiento, tanto mundial como regional, de que constituye un asunto de desarrollo humano y el derecho de disfrutar al más alto nivel posible la salud y otros derechos que se encuentran vinculados. La mortalidad materna y neonatal se produce por la ausencia de un acceso igualitario y puntual a servicios de calidad. Por eso, se hace necesario que la legislación desarrolle principios que permitan la reducción de las desigualdades y asegure la defensa del derecho a la salud reproductiva y de una maternidad saludable. (párr. 1)

Por otro lado, se reconoce que “la noción de derechos reproductivos incluye a la reproducción asistida”. En el Perú, la Defensoría del Pueblo, reconoce la importancia del respeto de los derechos reproductivos que están reconocidos en el artículo 6° de la Constitución”.

Nuestra Carta Magna en el artículo 6° (primer párrafo) tiene el enunciado siguiente:

La política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud.

Hay diversidad de opiniones y desde la naturaleza jurídica de los derechos humanos, “la procreación no constituye el acto considerado aisladamente, sino en tanto este acto se halle comprendido dentro de las circunstancias que lo humanizan. Así, como derecho humano, la procreación se entiende como el ejercicio responsable de la función reproductiva”.

De lo preceptuado por nuestra Carta Magna podemos señalar que no existe un derecho a la procreación como tal, sino que se trata de un derecho a las condiciones que permitan un ejercicio humanizado de la procreación. Es decir, el ejercicio de todos los actos naturales o con asistencia de la ciencia para la continuidad del género humano, pero no a cualquier precio, sino en función de la naturaleza humana y la dignidad del hombre.

Respecto de la jurisprudencia relevante referida a los derechos reproductivos de la mujer, madre de familia, tenemos, en el ámbito internacional, el conocido caso de Artavia Murillo y Otros vs. Costa Rica que, por intermedio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, presentó una demanda a la Corte Interamericana de Derechos Humanos donde nueve parejas con el diagnóstico de infertilidad severa señalaron que la prohibición por parte de Costa Rica de la práctica

de la Fecundación in Vitro interferiría, de manera arbitraria, con el derecho a la vida privada y familiar, el derecho a fundar una familia.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (2012), señaló que la prohibición del Estado atenta contra el derecho a la integridad personal, la libertad personal, la vida privada, la intimidad, la autonomía reproductiva, el acceso a servicios de salud reproductiva y a fundar una familia. Agregó la Corte IDH que la prohibición afecta a las personas en función de su discapacidad (infertilidad), estereotipo de género y situación de la economía.

El derecho a tener una familia

Hay una posición unánime de que el derecho de familia como parte del sistema constitucional, debe ser entendido como un medio que protege los derechos fundamentales de los individuos que conforman a la familia.

Por otro lado, debemos tener presente el principio de autonomía individual, basado en la libre elección de cada persona en elegir sus propios planes de vida, no correspondiendo al Estado interferir en ellas, salvo la creación de las instituciones que permitan su concretización, así como la legislación que las regule.

1.2.6.2. El desarrollo de la maternidad posterior al cáncer

Hace unos años atrás, recibir la noticia de un diagnóstico de cáncer era sinónimo de muerte y, para las mujeres solteras significaba, además, pensar en la imposibilidad de tener un hijo biológico y formar una familia.

Según los centros privados de reproducción humana asistida, como el Centro IVI de España (IVI, 2019) hoy la realidad es distinta, muchos tipos de cáncer se curan, se superan gracias a los avances de la medicina; como también es una realidad que mujeres jóvenes, en edad fértil, diagnosticadas con cáncer, previamente a someterse a los agresivos tratamientos oncológicos como: quimioterapias, radioterapias, e incluso cirugías radicales, optan por preservar sus óvulos a través de la Vitricación Ovular. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=LE3xmXgfl7k&t=43s&ab_channel=Ingenes

Como evidencia de la efectividad de la vitricación ovular daremos a conocer el caso de Estrella, una mujer joven española, que vive orgullosa por haber superado el cáncer y tener un hijo biológico, gracias al procedimiento de vitricación ovular. Expresa que fue una motivación importante, el ser madre y superar su enfermedad. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=4wHFIVPouNo&ab_channel=IVIRMA

Otras mujeres que han pasado por lo mismo manifiestan que la ilusión de formar sus propias familias en un futuro próximo las reconforta y fortalece. Y agradecen a los programas públicos del Estado, el que sea posible vitricar sus óvulos y en el caso de mujeres casadas han optado por vitricar embriones. Otros testimonios de mujeres italianas han expresado que haber vitricado sus óvulos también las ayudaron psicológicamente, a curarse, a convertirse en madres y a valorar mucho más la familia.

El desarrollo alcanzado por la Bioética, a través de las técnicas de reproducción humana asistida y sus procedimientos hacen posible cumplir el sueño

de la maternidad a las mujeres antes mencionadas y a otras les permite seguir soñando para que, en el futuro, cuando lo decidan, también materialicen su maternidad. Frutos, M. (2015). Consejos con la Radioterapia – Lucha contra el cáncer de mama. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=NT08lfpO100&ab_channel=MartaFrutos

1.2.6.3. Los aspectos psicológicos en la aplicación de las TERAS

Es pertinente para nuestra investigación considerar el tratamiento psicológico que debe acompañar a la aplicación de la TERA respectiva a la pareja o a la personal individual según sea el caso.

El tratamiento de reproducción asistida implica que los interesados se sometan tanto a un diagnóstico médico como psicológico. Esto influye en la eficacia del tratamiento de reproducción asistida aplicable. Cualquier trastorno psicológico que se halle en la pareja solicitante o la mujer, tendrá que seguir un tratamiento preventivo antes de iniciar la reproducción asistida. De igual forma cuando se trate de personas que padecen alguna enfermedad oncológica o autoinmune, requerirán de asistencia psicológica. Se advierten cambios positivos en estas pacientes, es decir “Mejora la situación psicológica de las pacientes y permite afrontar el futuro con esperanza, con normalidad; las mujeres desean concretar la maternidad y sentirse normales otra vez. Así se percibe la relación parental de manera más satisfactoria. Para la conservación del material genético, se considera a esta última como la principal motivación” (Montserrat Roca 2009, pág. 62-63). Más aún, se recomienda que el psicólogo sea un

especialista en reproducción asistida, para discutir los temas propios del tratamiento aplicable, revisando la posible disonancia cognitiva, la presencia de pensamientos mágicos e irracionales, se elaborarán técnicas de afrontamiento, solución de problemas y reestructuración cognitiva; en fin, se aplicará una terapia centrada en la paciente. (pág.65). Desde el punto de vista psicológico, resulta relevante la motivación para la preservación de la fertilidad de las pacientes oncológicas incluso para su pronta recuperación y satisfacción plena de su deseo de ser madre y el desarrollo de su instinto maternal.

Según ABC Ciencia (2019) el instinto maternal se trata de un comportamiento instintivo y automático orientado a asegurar la supervivencia de la descendencia. Este comportamiento se presenta en el ser humano, con el agregado de la cultura, vale decir de los conocimientos que se transmiten de generación en generación, que influyen y tienen mucho peso en el ejercicio del instinto.

Según los especialistas, “se produce la activación de los circuitos de recompensa, los mismos que producen placer y liberan una sustancia llamada oxitocina cuando se está amamantando al bebé, se trata de un ansiolítico natural contra el miedo y el estrés”.

También señalan que esta hormona contribuye a generar un importante lazo afectivo entre el niño y la madre, desarrollándose en la mujer el instinto maternal que transforma el cerebro. La madre puede reconocer el llanto de su hijo y eso activa determinadas zonas cerebrales que se vinculan con el comportamiento maternal y permiten el desempeño hábil de la madre en relación con el hijo. Se trata de la sensibilidad maternal.

1.2.7. Políticas específicas de salud reproductiva en el Perú

El desarrollo en la doctrina sobre salud reproductiva formó parte de un contexto internacional de políticas sociales implementadas por el Perú y otros países latinoamericanos en los últimos 15 años, bajo el impulso de diversas fuerzas internacionales. Estas fuerzas han evolucionado desde la mitad de los años 90, desde una orientación neo-maltusiana hasta un enfoque que implica las nociones de salud reproductiva y equidad de género por la influencia de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de la ciudad de El Cairo en el año 1994.

Según Rousseau (2007) se ha producido un cambio de paradigma en la aplicación de las políticas sociales, que en las décadas pasadas se habían eliminado por los ajustes macroeconómicos y disciplina fiscal a uno, en el cual se promueven las políticas sociales que inciden en el desarrollo del capital humano, como en el caso de las mujeres que se hallan en situación de pobreza.

Así a fines de los años 80, fue el Banco Mundial el que propició el paradigma de la reducción de la pobreza poniendo en práctica políticas sociales reorientadas al gasto social del Estado, hacia los sectores pobres y con focalización a un conjunto limitado de necesidades básicas entre las que se hallaba la salud reproductiva.

Nadie duda de que existe un componente dual en este concepto de salud reproductiva que permite entenderlo por un lado como derechos de la mujer sobre su propio cuerpo, vinculado también al concepto de autonomía personal y libertad

individual de la mujer en temas reproductivos, por otro lado, el acceso a servicios de salud reproductiva como parte de los derechos sociales y la demanda de subsidios para ese acceso.

En lo que respecta a los servicios de salud y seguridad social se hallaban en una situación de colapso a principios de la década del 90, que llevaron al gobierno de Fujimori a realizar reformas y una privatización parcial del sistema, que implicó un giro hacia un sistema liberal -informal. Se estableció un esquema de pensión privada con eliminación de las contribuciones del Estado y de los empleadores, asimismo, el gobierno de Fujimori orientó los fondos públicos a la creación de programas para los sectores pobres de la población, los llamados “paquetes básicos de salud”. Estos esquemas se aplicaban a un grupo de ciudadanos que no podían acudir a los servicios públicos de atención médica por impedimentos económicos.

En el gobierno de transición se estableció un nuevo Seguro Público de Salud (SPS) que por primera vez buscaba proveer un seguro público de salud a la mayoría de peruanos que no estaban asegurados. Entre las prestaciones de este seguro se encontraban:

- a) provisión de cobertura para todos los niños sin seguro; b) extensión de la cobertura del SMI a todas las mujeres sin seguro de 15 a 49 años de edad en lugar de cubrir solamente a madres embarazadas y madres de recién nacidos, incluyendo la detección de cáncer ginecológico, planificación familiar y tratamiento de complicaciones post-aborto; c) inclusión de una lista de intervenciones quirúrgicas de

emergencia para ser provistas gratuitamente a todos los adultos sin seguro. (Rousseau, 2007, pág.316)

En el gobierno de Toledo se reemplazó el SPS por un nuevo Seguro Integral de Salud (SIS).

Este seguro, según Rousseau (2007) redujo considerablemente los componentes de la salud reproductiva, otorgando solo los servicios en torno al embarazo y la atención natal y prenatal. Cabe señalar que el SIS cubre a los recién nacidos y las mujeres embarazadas, pero no a las mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años que no han sido beneficiarias.

Las políticas públicas sobre el tema de la salud reproductiva en el Perú han tenido diversas orientaciones que seguidamente se dan a conocer:

En el gobierno de Fujimori se aprueba el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia. Se buscaba alcanzar una tasa de crecimiento poblacional que permitiera al país llegar a los niveles de desarrollo por medio de la disminución de la fertilidad en armonía con la libre decisión sobre el tamaño de la familia y el intervalo de cada hijo. Cabe resaltar que el programa da prioridad a las mujeres que se hallen en la situación de “alto riesgo reproductivo” y se hallen asociadas a los distritos pobres rurales y urbanos. De modo que resulta claro el objetivo del programa de reducir la pobreza, pero, no se establece ninguna relación entre la planificación familiar y la autonomía de voluntad de la mujer.

Posteriormente, se elabora un nuevo Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1996 -2000) que toma como referencia importante al Programa de Acción de El Cairo. Así se promovía claramente la salud reproductiva

de los individuos, especialmente de las mujeres. Esto fue confirmado por la Ley General de Salud del año 1997, además de derecho de elección entre la amplia oferta de métodos disponibles de planificación familiar. El Programa destacaba el rol del Estado en la promoción y atención de lo que necesitaran las personas de todas las edades y sexo respecto de la salud reproductiva. Se reconoció al aborto inseguro como un problema de salud pública.

Cabe señalar que un rol importante en el desarrollo de las políticas públicas de Salud Reproductiva lo tuvieron, por un lado, la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia junto a las organizaciones feministas y por el otro lado la Iglesia Católica a través de la Conferencia Episcopal Peruana, el Opus Dei y una Asociación católica denominada Sodalicio de Vida Cristiana. De estas entidades formaron parte dos ex – Ministros de Salud del gobierno de Toledo, quienes se encargaron de desmontar y distorsionar el Programa de Planificación Familiar y el Programa de Salud de la mujer. Fue establecido un nuevo modelo de atención integral de la salud donde se puso énfasis en la salud materno -infantil y el respeto a la vida humana que se iniciaba desde la fecundación. Se consideraba como prioridades centrales a la salud materna y la paternidad responsable, pero no se hacía mención alguna de educación sexual de adolescentes ni reparto de anticonceptivos.

Asimismo, durante el mismo gobierno de Toledo, algunos sectores de la sociedad civil empezaron a establecer un rol opositor a esta tendencia ultra conservadora y así se llegó a la conformación de la Mesa de Vigilancia en Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, cuyos integrantes eran las organizaciones de

mujeres, ONGs del sector salud y de desarrollo, ONGs internacionales, los profesionales de la salud y académicos. Con el apoyo de los medios de comunicación presionaron al gobierno de Toledo para que incluya la anticoncepción de emergencia en la lista de anticonceptivos gratuitos del MINSA. Así esto fue implementado por la entonces Ministra de Salud Pilar Mazetti.

Como conclusión final de la evolución de las políticas sobre salud reproductiva en el Perú cabe indicar, la influencia de las ideas de los gobernantes de turno para la elaboración de las políticas públicas sobre el particular y la escasa vigencia de prácticas institucionalizadas, como lo revela la prioridad que el gobierno de Fujimori le dio a la salud reproductiva, lo que fue modificado rápidamente en los primeros años del gobierno de Toledo.

La relevancia de esta evolución para la investigación destaca la vinculación que se debe establecer entre los derechos sexuales y reproductivos en su calidad de derechos humanos reconocidos por la Constitución peruana y las políticas de salud pública que hagan efectivo estos derechos (sobre todo para las parejas infértiles), como se puede advertir en el nuevo Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1996 -2000) del gobierno de Fujimori que inclusive tuvo como referencia importante el Programa establecido en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en beneficio de la Salud reproductiva y los derechos reproductivos de la mujer. Asimismo, según la Resolución Ministerial - MINSA (2004) 771. estableció como una de las estrategias sanitarias nacionales del Ministerio de Salud, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva, señalando en sus considerandos que el Ministerio de Salud tiene como objetivo funcional la cultura de

salud para el desarrollo físico, mental y social de la población, así como que tenga un entorno saludable, se proteja y recupere la salud y se rehabilite las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad. Que la protección, recuperación y rehabilitación de la salud busca prevenir riesgos y daños, así como reestablecer la salud de la persona y de la población. Los objetivos son que se normalicen, estandaricen y cumplan con la atención integral y universal de la salud de la población.

1.2.8. Definición de términos básicos

Biología molecular

Es aquella parte de la Biología que se encarga del estudio e interpretación de los hechos biológicos, tomando como punto de partida las propiedades fisicoquímicas de las moléculas de la célula.

Biopsia embrionaria

Es la técnica que se utiliza para mejorar la eficacia de los procesos de Fecundación in Vitro.

Biotecnología

Se trata de aquella técnica que aplica la ingeniería, industria y principios científicos a los organismos vivos o agentes biológicos con el fin de producir variaciones orgánicas.

Criopreservación

Es el proceso mediante el cual se lleva a cabo el congelamiento, a bajas temperaturas, de células o tejidos para su almacenamiento y conservación; así se mantiene su viabilidad por tiempo indefinido.

Embrión

Se trata del ser vivo, producto de la concepción hasta que empieza su formación, al final del tercer mes de embarazo.

Estimulación ovárica

Es el empleo de medicación (gonadotropinas) para potenciar la respuesta ovárica y puede realizarse según la pauta de diferentes protocolos.

Fecundidad

Se refiere a la probabilidad que tiene la mujer de quedar embarazada dentro de un ciclo menstrual específico y que asciende aproximadamente al 20%, dependiendo de su edad.

Gameto

Es la célula masculina y femenina, cuya unión forma el huevo.

Genética

Es la Ciencia que tiene como objeto de estudio a la herencia biológica, vale decir que se refiere a la transmisión de los caracteres morfológicos y fisiológicos entre individuos de generación en generación.

Infertilidad

Se trata de una enfermedad del sistema reproductivo referida a la incapacidad de obtener un embarazo clínico, luego de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas.

Ingeniería Genética

Es la ciencia que se encuentra orientada al estudio, trabajo y modificación del material genético (ADN) en los seres vivos. Su finalidad estriba en la mejora de las condiciones de vida del ser humano, sobre todo en sus funciones biogénicas.

Oncofertilidad

Se refiere a la infertilidad de la mujer que tiene como origen el padecimiento de enfermedades oncológicas o los tratamientos invasivos para su combate.

Ovocitos

Es la célula germinal que participa en la reproducción.

Preservación de la fertilidad

Se refiere a la aplicación de estrategias médicas y de laboratorio para preservar la descendencia genética parental en adultos o niños con riesgo de esterilidad.

Recuperación de Ovocitos

Se trata del proceso quirúrgico de obtención de ovocitos en un estado madurativo que permita la fecundación. Requiere que se programe la punción en el momento adecuado.

Reserva ovárica

Se refiere a la cantidad de ovocitos existentes en los ovarios de la mujer en un momento determinado y que resulta indicativo de su estado de fertilidad.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Diseño metodológico

La Tesis de Investigación esencialmente cualitativa, abordará un procedimiento relativamente nuevo y poco conocido dentro de las técnicas de reproducción asistida: La Vitrificación Ovular asociada a la TERA de Criopreservación de óvulos y cuyo análisis se orientará más a su eficiencia como alternativa frente a la infertilidad de mujeres que padecen determinadas enfermedades.

Su examen requerirá de un esfuerzo holístico orientado más a los beneficios y eficiencia del procedimiento que a la cantidad. Esto originará diversas metodologías de recolección y análisis de datos, no necesariamente numéricos, por lo que se caracterizará a la tesis como una investigación cualitativa.

2.1.1. Tipo de investigación

El presente trabajo, será una investigación de tipo explicativa, que requerirá de una descripción de las características del procedimiento de Vitrificación Ovular y sustentará la necesidad de su aplicación a las mujeres con enfermedades oncológicas o autoinmunes que desean tener un hijo biológico.

2.1.2. Nivel de investigación

La descripción es el nivel de la investigación a realizar, en vista que se efectuará una delimitación del procedimiento de la Vitrificación Ovular, como parte de la TERA de Criopreservación, con la finalidad de establecer la necesidad de su regulación y que sirva como opción para que las mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes puedan tener un hijo biológico.

2.1.3. Método de Investigación

El enfoque de la investigación será cualitativo y en ese sentido, utilizará como método el de la Investigación – Acción, mediante el análisis de información que ha sido obtenida personalmente por la investigadora del personal médico especialista, con conocimientos y experiencia en el tema de la Vitrificación Ovular. La información recabada permitirá el conocimiento del acceso al procedimiento de la Vitrificación Ovular por parte de aquellas mujeres con enfermedades oncológicas o autoinmunes que desean someterse al mencionado procedimiento para poder tener un hijo biológico. Cabe agregar que no han sido parte de la investigación, las historias clínicas de las pacientes por tratarse de documentos privados.

2.1.4. Técnica de recolección de información

Dentro de la Investigación –Acción se utilizarán, como técnica de recolección y análisis, la Observación Participante, donde la misma autora de la investigación llevará a cabo la recolección de la información y las encuestas que sean necesarias.

Asimismo, se utilizarán, las fichas de análisis documental aplicable a la legislación comparada referida al tema objeto de investigación. Asimismo, el cuestionario de encuesta al personal médico, peruano, especialista y con experiencia en el procedimiento de Vitrificación Ovular.

2.1.5. Diseño muestral

La tesis estará orientada a que los elementos de la muestra proporcionen la mayor cantidad de información posible para sostener los objetivos de la investigación.

Así, la muestra de la investigación será elegida de la siguiente manera:

- ❖ Selección exhaustiva de personal médico peruano, especialista y con experiencia en el procedimiento de Criopreservación de óvulos.
- ❖ Selección de casuística referida a mujeres jóvenes que se sometieron a la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular,
- ❖ Selección exhaustiva de legislación comparada que incorpore a la TERA de Criopreservación de óvulos y, por consiguiente, al procedimiento de Vitrificación Ovular, señalando el fundamento doctrinario de su regulación.

2.1.6. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizarán, como tales, la Ficha de Análisis Documental aplicable a la legislación comparada referida al tema objeto de investigación. Asimismo, el cuestionario de

encuesta al personal médico peruano, especialista y con experiencia en el procedimiento de Vitrificación Ovular.

2.1.7. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

El proceso se iniciará con la recopilación selectiva de los datos; luego estos serán reducidos para su identificación, clasificación y síntesis.

Seguidamente, se hará la codificación de la información agrupando lo transcrito en categorías, temas o conceptos para relacionarlos y empezar a obtener las conclusiones, una vez que sea integrada toda la información.

2.2. Descripción de la realidad problemática

Hoy la mujer peruana ocupa un lugar destacado en la sociedad, busca el mejoramiento de su condición profesional, se dedica a actividades que antes estaban reservadas exclusivamente al hombre. Muchas veces lograr su desarrollo profesional las ha llevado a postergar su maternidad por un tiempo, lo que ha generado en muchos casos de infertilidad femenina. Ello las ha obligado a recurrir a las Técnicas de Reproducción Asistida, TERAS.

Sin embargo, como lo expresan los médicos especialistas, esta postergación no puede ser por mucho tiempo debido a que biológicamente a la mujer se le hace más difícil y riesgoso tener hijos cada año que transcurre, debido al envejecimiento ovárico. Una forma de solucionar este problema específico es la TERA conocida como Criopreservación Ovárica, cuyo procedimiento aplicable es conocido como

Vitrificación Ovular y que hoy está brindando respuesta a las mujeres que tienen este problema.

También la Vitrificación Ovular resulta esperanzadora para aquellas mujeres que padecen algún tipo de Cáncer o que sufren enfermedades autoinmunes como el lupus, la artritis reumatoide y esclerosis múltiple. Estas mujeres deben someterse a tratamientos de radioterapia, quimioterapia u otras cirugías que pueden afectar su fertilidad. En este sentido, cabe la posibilidad de que puedan reservar sus propios óvulos para el futuro y tener sus propios hijos biológicos.

De lo expuesto, se advierte que las ventajas de aplicar este procedimiento en nuestro país son significativas y al que pueden recurrir mujeres que tienen alguna deficiencia o enfermedad que las imposibilita a ser madres.

Este procedimiento forma parte de la Criopreservación de óvulos como TERA y constituye un ejemplo de cómo el avance tecnológico puede aportar en la solución de los problemas existentes, y uno de ellos, que aqueja a las mujeres concierne a los tratamientos de radioterapia y quimioterapia a que se ven sometidas y que lamentablemente en el Perú, son numerosos y van en aumento.

Es un procedimiento novedoso y utilizado en algunas clínicas de fertilidad del país. Sin embargo, no se tienen datos estadísticos, porque las mujeres acuden justamente a estas clínicas que les aseguran la protección de su privacidad.

A la fecha, los casos conocidos de Vitrificación de óvulos en el Perú y Latinoamérica han traído grandes esperanzas a quienes deben someterse a los tratamientos de radioterapia y quimioterapia, ya que mediante la Vitrificación se

congelan los óvulos a muy bajas temperaturas para cuando decidan ser madres biológicas.

2.3. Formulación del Problema

2.3.1. Problema General

¿Es necesaria la aprobación de un texto normativo que regule el uso de la Vitrificación Ovular como procedimiento asociado a la TERA de Criopreservación de óvulos en el Perú?

2.3.2. Problemas específicos

- ¿Es una solución la Vitrificación Ovular para las mujeres que han sido diagnosticadas con enfermedades oncológicas o autoinmunes y que desean tener hijos biológicos?
- ¿Se ha demostrado la eficacia en la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular en otros países?
- ¿El Estado debe establecer lineamientos para que las instituciones de salud públicas o privadas presten el servicio de Vitrificación Ovular a través de la Crioconservación de óvulos?
- ¿Cuáles serían los criterios a tomar en cuenta para la aplicación de la Vitrificación Ovular en el Perú?

- ¿Existe legislación comparada vigente que regule la TERA de Criopreservación de Óvulos y por consiguiente la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular?

2.4. Objetivos de la investigación

2.4.1. Objetivo General

Determinar la necesidad de la aprobación de un texto normativo que regule el uso de la Vitrificación Ovular como procedimiento asociado a las TERAS en el Perú.

2.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar si la Vitrificación Ovular constituye un procedimiento eficaz para las mujeres que han sido diagnosticadas con enfermedades oncológicas o autoinmunes y que deben someterse a tratamientos o cirugías que afectarán su fertilidad.
- Demostrar si la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular en otros países ha permitido que las mujeres puedan tener hijos biológicos luego de someterse a tratamientos o cirugías que afectan su fertilidad.
- Demostrar la necesidad que el Estado dicte medidas para que se realice el procedimiento de Vitrificación Ovular en establecimientos de salud públicos y privados.
- Determinar los criterios que deben ser tomados en cuenta al momento de regular la aplicación de la Vitrificación Ovular en el Perú.

- Determinar si existe legislación comparada que regule la TERA de Criopreservación de Óvulos y por consiguiente admita la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular.

2.5. Justificación de la investigación

2.5.1. Importancia de la investigación

El presente trabajo de investigación evidenciará la importancia de regular la Vitrificación Ovular como procedimiento vinculado a las Técnicas de Reproducción Asistida en el Perú, como solución a los problemas vinculados a la infertilidad futura, como consecuencia de tratamientos médicos invasivos.

El avance de la Salud Reproductiva, como tema de fondo para la aplicación de la Vitrificación ovular no es desconocido para el Estado Peruano que, dentro de la evolución de las políticas al respecto, ha tenido hitos importantes como el apoyo de sectores importantes de la sociedad civil y de organizaciones internacionales para su financiamiento.

Los derechos reproductivos implican que la mujer pueda elegir y decidir con autonomía sobre estos, acorde a lo previsto en la Constitución Política del Perú.

En nuestro país se han desarrollado programas que, con el apoyo del sector privado, han permitido el desarrollo de la Salud Reproductiva y los derechos que les son inherentes, a saber:

- El Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992 -1995 implementado por el Ministerio de Salud, según el cual:
se busca prevenir el riesgo reproductivo y el riesgo obstétrico de sus habitantes, permitiendo el libre acceso al diagnóstico y tratamiento de la pareja infértil y la promoción de la salud reproductiva mediante los tratamientos correspondientes. (Ministerio de Salud, 1992, pp. 13 -14)
- Según el Ministerio de Salud (2004) la Resolución Ministerial N° 771 - 2004/ MINSa, de fecha 27 de julio de 2004, cuyo artículo 1° establece como una de las estrategias sanitarias nacionales del Ministerio de Salud, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva, siendo el órgano responsable la Dirección General de Salud de las personas.
- El Ministerio de Salud (2005) mediante Nota de Prensa pone en conocimiento de la ciudadanía que el Área de Salud Reproductiva y Sexual del Hospital docente Madre Niño - San Bartolomé del MINSa ofrece servicios de fertilización a través de la atención de casos de alta y baja complejidad con costos de hospital público y accesible a gran parte de la población. A este servicio acuden las parejas que tienen demasiado espaciamiento del embarazo o su reserva ovárica ya no es suficiente. Para brindar este servicio, el Hospital San Bartolomé ha firmado convenio con un laboratorio privado.
- El Instituto Nacional Materno Perinatal (s.f.), el año 2012 inició con la implementación del método INVO (Procedimiento manual Intra vaginal

o cultivo de gametos Intra Vaginal) el tratamiento de la pareja infértil, aplicando con éxito, la Fertilización in vitro (FIV) como procedimiento de reproducción asistida, de alta complejidad, con el nacimiento de dos bebés normales en el año 2015.

Por otro lado, la implementación y el reconocimiento de la Vitricificación Ovular supone que el Estado peruano propicie el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, más aún, si tenemos en cuenta que han sido reconocidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del El Cairo, año 1994.

Hoy si bien es cierto la coyuntura de la Pandemia del Coronavirus concentra la atención y recursos del Estado, resulta vital en este tema el apoyo complementario de las organizaciones privadas, tanto para el financiamiento como la infraestructura y equipos necesarios para la implementación de la Vitricificación Ovular como servicio de salud brindado a las mujeres que padecen cáncer u otras enfermedades autoinmunes y que desean preservar su fertilidad para ser madres en el futuro.

2.6. Viabilidad de la investigación

La investigación es viable, cuenta con información, bibliografía nacional y extranjera; asimismo, existen los recursos humanos, financieros y de tiempo necesarios para desarrollar la presente investigación.

2.7. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones en la tesis estuvieron relacionadas con la escasa información existente en el país respecto de mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes que hayan podido superar la enfermedad y someterse al procedimiento de Vitricación Ovular para poder ejercer su derecho a la maternidad. Los médicos pertenecientes a las clínicas privadas proporcionaron información limitada.

2.8. Aspectos éticos

La investigadora ha realizado un trabajo de redacción personalísima, citando todas las fuentes de información utilizadas que coadyuvaron al desarrollo de la presente investigación.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Análisis e interpretación de resultados

3.1.1. Encuesta aplicada al personal médico peruano, especialista y con experiencia en el procedimiento de Vitricación Ovular

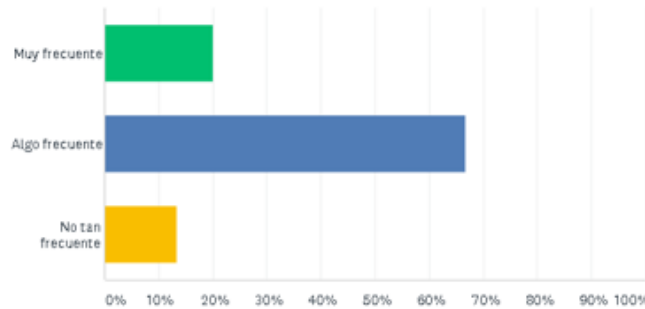
Fue aplicada la encuesta utilizando la Plataforma Survey Monkey, que permite realizar encuestas, tests y votaciones para el público en general. Así como, recopilar retroalimentación a través de un enlace web, por correo electrónico, chat móvil, redes sociales y otros. En este caso se realizó la encuesta, vía correo electrónico, a 15 médicos especialistas en Ginecología y Reproducción humana, de diferentes instituciones privadas, tales como la Clínica Maison de Santé, Clínica Ricardo Palma, el Centro de Fertilidad y Reproducción Asistida (CEFRA), las Clínicas Inmater, Procrear y el Centro del Mioma.

En adición incluimos la aplicación de la encuesta al personal médico antes citado, cuyos resultados son representados en gráficos que se adjuntan a continuación.

Figura 4. Frecuencia de atención de pacientes, con cáncer, en edad fértil

¿Con qué frecuencia atiende usted a pacientes, con cancer, en edad fértil?

Answered: 15 Skipped: 0



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Muy frecuente	20,00 % 3
Algo frecuente	66,67 % 10
No tan frecuente	13,33 % 2
TOTAL	15

Fuente: 15 médicos especialistas en Ginecología y Reproducción humana

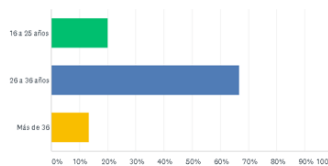
Elaboración: propia

Existe una frecuencia intermedia (ni muy frecuente, pero tampoco tan frecuente) de atención de pacientes con cáncer, en edad fértil, según el personal médico encuestado.

Figura 5. Rango de edad de las pacientes atendidas con cáncer

¿En qué rango de edad se encuentran las pacientes antes mencionadas?

Answered: 15 Skipped: 0



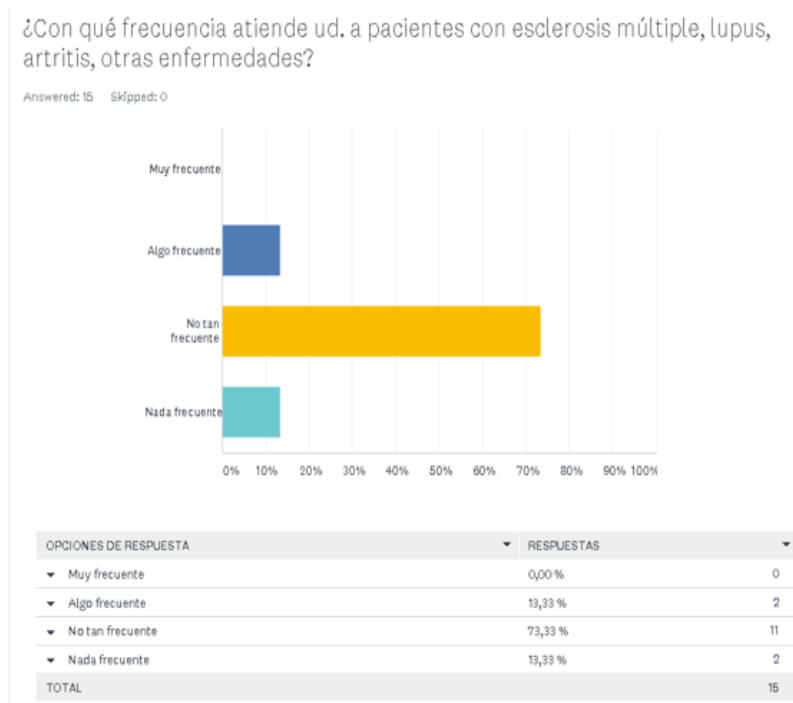
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
16 a 25 años	20,00 % 3
26 a 35 años	66,67 % 10
Más de 36	13,33 % 2
TOTAL	15

Fuente: 15 médicos especialistas en Ginecología y Reproducción humana

Elaboración: propia

Las pacientes con cáncer y en edad fértil que son atendidas por el personal médico encuestado oscila entre los 26 a 36 años de edad.

Figura 6. Frecuencia de atención a pacientes con Esclerosis múltiple, Lupus, Artritis y otras enfermedades



Fuente: 15 médicos especialistas en Ginecología y Reproducción humana

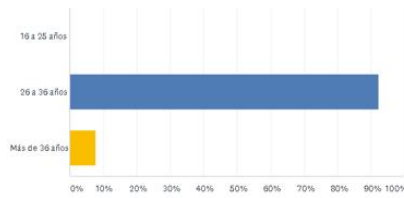
Elaboración: propia

No resulta tan frecuente la atención a pacientes con Esclerosis múltiple, Lupus, Artritis y otras enfermedades, según el personal médico encuestado.

Figura 7. Rango de edades de pacientes con Esclerosis múltiple, Lupus, Artritis y otras enfermedades que son atendidos por personal médico

¿En qué rango de edades se encuentran las pacientes antes mencionadas?

Answered: 13 Skipped: 2



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	CANTIDAD
16 a 25 años	0,00 %	0
26 a 36 años	92,31 %	12
Más de 36 años	7,69 %	1
TOTAL		13

Fuente: 15 médicos especialistas en Ginecología y Reproducción humana

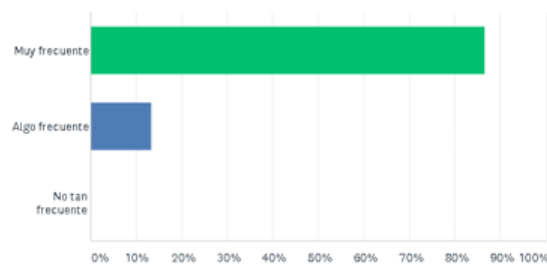
Elaboración: propia

Se ha establecido que el rango de edades predominante en los pacientes con Esclerosis múltiple, Lupus, Artritis y otras enfermedades oscila entre los 26 a 36 años de edad.

Figura 8. Frecuencia de recomendación para someterse a la Criopreservación de Óvulos.

¿Con qué frecuencia recomienda usted que las pacientes se sometan a la TERA de Criopreservación de Óvulos- Vitriificación?

Answered: 15 Skipped: 0



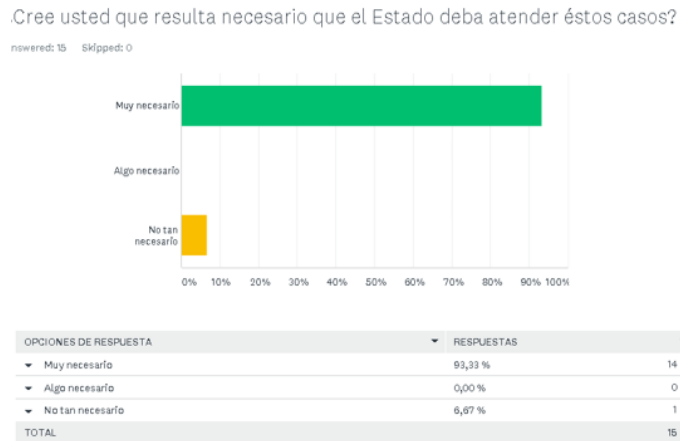
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	CANTIDAD
Muy frecuente	86,67 %	13
Algo frecuente	13,33 %	2
No tan frecuente	0,00 %	0
TOTAL		15

Fuente: 15 médicos especialistas en Ginecología y Reproducción humana

Elaboración: propia

Es alta la frecuencia con la que los médicos peruanos recomiendan a los pacientes que se sometan a la TERA de Criopreservación de Óvulos.

Figura 9. Necesidad de que el Estado atienda estos casos



Fuente: 15 médicos especialistas en Ginecología y Reproducción humana

Elaboración: propia

La gran mayoría de médicos encuestados opinan que resultaría necesario que el Estado atienda los casos de mujeres con cáncer y enfermedades autoinmunes que desean someterse a la TERA de Criopreservación de Óvulos y su procedimiento de Vitricación Ovular.

3.1.2. La regulación de las TERAS en el ámbito del Derecho Internacional

INSTRUMENTOS SUPRANACIONALES

A continuación, desarrollamos algunas Declaraciones Internacionales que resultan relevantes sobre el tema de la investigación:

De acuerdo a la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de 1997 en su artículo 1º, declara al genoma humano como patrimonio de la humanidad, así como el reconocimiento de su dignidad como calidad intrínseca, asociada a su diversidad.

En ese sentido, a todos los individuos se le reconoce el derecho a su dignidad, sin importar sus características genéticas.

Asimismo, en toda investigación, tratamiento o diagnóstico, relacionado con el genoma del individuo, luego de la evaluación rigurosa de los riesgos y ventajas que entrañe, debe cumplirse con las disposiciones que señale la legislación nacional. Es menester señalar que, siempre se deberá recabar el consentimiento previo, libre e informado de la persona interesada.

En el presente Trabajo de Investigación centramos nuestra atención en el denominado genoma humano y sus aplicaciones, sobre todo en los ámbitos de la Medicina, Biología y Genética, en los que debe prevalecer el respeto a los derechos humanos, las libertades fundamentales, la dignidad humana del individuo o del grupo de individuos.

Cabe señalar que no se permiten prácticas contrarias a la dignidad humana como la clonación para la reproducción de los seres humanos, porque impactan negativamente en la naturaleza de la dignidad de la persona humana.

Otro instrumento jurídico de relevancia lo constituye La Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras; que fuera aprobada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, para la Ciencia y la Cultura (UNESCO) de 1997. En el marco de esta Declaración, se

establece la protección del genoma humano con el respeto pleno de la dignidad humana, los derechos humanos y la preservación de la diversidad biológica.

En adición a la Normas Declarativas referidas precedentemente, cabe señalar a La Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos; aprobada por la UNESCO de 2003. Resulta pertinente señalar de que en esta Declaración se establece, entre otros, que la recolección, tratamiento, utilización, conservación de datos genéticos e informáticos humanos y de muestras biológicas que deben guardar compatibilidad con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, como marco jurídico Supranacional que regula los procesos jurídicos sobre estas pretensiones médicas, en favor de personas vulnerables con diversas enfermedades asociadas a la infertilidad y, de manera particular a las mujeres con las patologías a las que hacemos referencia, cuya afectación se pretende defender en esta tesis.

Resulta relevante referirnos a La Conferencia Internacional para la Población y el Desarrollo de la ONU (celebrada en la ciudad de El Cairo) de 1994, en cuyo marco fue abordado el tema de la salud sexual y reproductiva. Una de las consecuencias más importantes de esta reunión internacional fue haber aprobado el siguiente texto:

(...) 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.

Durante esta reunión internacional los gobiernos participantes reconocieron diversos derechos, declarando que la salud, los derechos sexuales y reproductivos constituyen derechos humanos fundamentales para el desarrollo. Conviene destacar que el nuevo concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos comprenden la planificación familiar y la salud sexual, que forman parte de la salud integral de las personas.

Asimismo, cabe señalar que el derecho a la sexualidad y la salud sexual se consideran de forma independiente a la reproducción y, las personas tienen el derecho de ejercer plenamente su sexualidad sin que sea necesaria la reproducción si así lo consideran.

Advertimos que se ha producido una evolución del concepto de salud sexual y reproductiva desde el enfoque tradicional de planificación familiar a una mayor promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, es importante destacar que se definió el concepto de salud sexual y reproductiva en los siguientes términos:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no como la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de

disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información 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 riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Por otro lado, respecto de la infertilidad, podemos decir que es la capacidad disminuida para concebir y tener hijos, considerándose que se genera una discapacidad, entendida como el deterioro de la función reproductiva.

Recordemos que, a las personas que sufren de infertilidad les resulta aplicable lo previsto por La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (ratificada por el Perú en el año 2001) que precisamente busca proteger de la discriminación a las personas que viven con algún tipo de discapacidad.

Asimismo, la convención recomienda que cada Estado implemente medidas que permitan a las personas tener iguales oportunidades en el ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales. El Estado tiene la obligación de proporcionar programas de atención que incluyan a la salud sexual y reproductiva; de lo que se

colige el derecho de las personas con discapacidad a acceder a las técnicas necesarias para encontrar la solución a sus problemas de salud reproductiva.

Conforme al desarrollo de los diversos instrumentos internacionales podemos concluir que, el avance en materia de derechos sobre salud sexual y reproductiva ha permitido a los Estados regular el desarrollo de programas que solucionen los problemas de infertilidad.

3.1.3. Legislación comparada de países que han regulado las TERAS de Criopreservación de óvulos y, por consiguiente, al procedimiento de Vitrificación Ovular

En esta parte se ha presentado el cuadro, a nivel comparado, de países que regulan sobre las técnicas de reproducción humana asistida y la crioconservación de ovocitos, así como también aquellos que no lo hacen. Seguidamente, se menciona a los países que regulan estas técnicas y que incorporan la TERA de Criopreservación, principalmente a nivel de América Latina.

Tabla 1: Cuadro a nivel comparado sobre la regulación de las TERAS

Tabla 2 Cuadro a nivel comparado sobre la regulación de las TERAS

PAÍSES	Regulan sobre las TERAS Crioconservación Ovocitos- Vitrificación	Solo regulan las TERAS	No hay regulación sobre las TERAS
ESPAÑA	X		
INGLATERRA		X	
FRANCIA		X	
GRECIA		X	

ITALIA		X	
RUSIA		X	
SUECIA		X	
NORUEGA		X	
PAÍSES BAJOS			X
ALEMANIA			X
AUSTRIA		X	
SUIZA		X	
PORTUGAL		X	
ESTADOS UNIDOS			X
CANADÁ		X	
ARGENTINA	X		
URUGUAY	X		
COLOMBIA		X	
BRASIL			X
COSTA RICA	X		
MÉXICO			X
CHILE			X
AUSTRALIA		X	
SUDÁFRICA		X	
ORIENTEMEDIO Y EXTREMO ORIENTE		SOLO TAIWAN	
INDIA		X	
ISRAEL		X	
JAPÓN		X	

Fuente: consulta en internet

Elaboración: Propia

LEGISLACIÓN COMPARADA

Luego de revisar la legislación de diversos países podemos señalar que España, Argentina y Uruguay se encuentran un paso más adelante que los otros, en lo que se refiere a regulación de las técnicas de reproducción asistida, asociada a modernos procedimientos como la vitrificación ovular que tratan de solucionar el problema de la infertilidad, por este motivo consideramos que son los pioneros en esta materia.

España

En el año 2006 se promulgó la Ley N° 14, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, vigente a la fecha, la misma que no establece restricciones en el uso de dichas técnicas lo que se evidencia con reciente información estadística la cual señala que el 3% de los nacimientos en este país provienen de la aplicación de una Tera.

Esta ley establece lo siguiente:

Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley. Siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta ley con independencia de su estado civil o de su orientación sexual.

Es importante como hito referir que en el año 1984 se dio el primer caso de Fecundación in Vitro en España. Enseguida se promulgó la primera ley que reguló esta materia, Ley N° 35 de 1988, en la que se estableció la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida, para los casos de esterilidad médica debidamente comprobada, y para prevenir enfermedades de origen genético o hereditario. A partir de entonces se abrió el marco de prerrogativas tanto a las mujeres solteras como a las mujeres casadas.

La Ley 14 permite la investigación médica sobre los gametos para mejorar la aplicación de las técnicas de reproducción actuales, entre las que se encuentra permitida la crioconservación de óvulos.

El Código Penal Español de 1995 penaliza la utilización de estas técnicas con fines distintos a la procreación.

La ley antes mencionada permite que se puedan experimentar nuevas técnicas, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida y la aprobación de la autoridad sanitaria correspondiente; de ese modo, se actualiza la relación de las técnicas de reproducción asistida permitidas.

La legislación española además introdujo cambios sustantivos, permitiendo la fecundación post mortem hasta los 12 meses siguientes al fallecimiento del marido, previo consentimiento de éste. También se presume dicho consentimiento si los pre - embriones fueron obtenidos con anterioridad al fallecimiento del marido. Asimismo, se considera nulo de pleno derecho el contrato (con o sin precio) por el que se convenga la gestación por la mujer que renuncia a la filiación materna a favor

del contratante o de un tercero. La filiación es determinada por el parto, tal como ocurría en la ley anterior.

Mirando la experiencia comparada, la vitrificación de ovocitos ha sido recogida en algunas legislaciones, pero de manera restringida en tanto que, “se limita el número de ovocitos a inseminar, disponiéndose de un número extra de ovocitos el día de la punción, como era el caso de Italia hace algunos años.

La Ley española N° 14 de 2006 en su capítulo III, artículo 11 señala que:

“Los preembriones sobrantes de la aplicación de técnicas de FIV que no sean transferidos a la mujer en un ciclo reproductivo, podrán ser crioconservados en los bancos autorizados para ello”. Asimismo, en el punto 4, indica los diferentes destinos que se les puede dar a los embriones. a.- Que sean utilizados por la propia mujer o su cónyuge. b.- La donación a otras mujeres con fines reproductivos. c.- La donación con fines de investigación. d.- El cese de su conservación.

La norma española ha constituido un gran avance siendo una de las más completas en el ámbito europeo respecto de las técnicas de reproducción humana, que permite además la incorporación de los nuevos desarrollos técnicos que resulten de los avances biomédicos. Asimismo, desde el punto de vista social permite el acceso de toda mujer mayor de 18 años de edad, sin tener en cuenta el estado civil u orientación sexual.

Argentina

En Latinoamérica, Argentina promulgó la Ley 26.862 de 2014 que regula el acceso integral de las mujeres a los procedimientos y técnicas médicas de reproducción asistida. A continuación, mencionaré algunos de sus artículos relevantes para la investigación:

Artículo 1.- La presente Ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico asistidas de reproducción médica asistida. Artículo 2.- Definición: 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 del embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyen o no la donación de gametos y/o embriones. Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrolladas mediante avances técnicos científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

Esta Ley ha previsto la creación de un registro de los establecimientos sanitarios habilitados para realizar los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida. Se incluye a los establecimientos que funcionan como bancos que reciben gametos o embriones.

En su artículo 8 establece lo siguiente:

El sector público de salud (...) incorporará como prestaciones obligatorias a sus beneficiarios la cobertura integral e interdisciplinaria

del abordaje, medicamentos, terapias de apoyo, procedimientos y técnicas que la OMS define.

En el 2015, entró en vigencia el nuevo Código Civil y Comercial que estableció una tercera fuente del derecho de filiación, cual es la voluntad operativa de procreación mediante las técnicas de reproducción humana asistida. Esta regulación tiene como base el derecho a fundar una familia y a la salud sexual y reproductiva, previstos en la Constitución Argentina. Es importante anotar que no se encuentra regulada la gestación por sustitución, pero tampoco se halla prohibida. Pese a ello, forma parte de la realidad social, cuyo reconocimiento se ha dado a través de polémicas sentencias judiciales.

Uruguay

La legislación uruguaya contempla dos normas que regulan las Teras; la Ley N°19.167 de 2014 que contempla la reproducción humana asistida y su Reglamento, el Decreto N° 84 de 2015 que establecen lo siguiente:

Respecto a los alcances y novedades que contempla la presente normativa regulan las técnicas de reproducción humana asistida aplicables a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate de procedimientos médicos idóneos para concebir, en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como, de mujeres solteras, de conformidad con los dispuesto en su normativa. De otro lado, al igual que el sistema argentino contempla que el Estado garantice el uso de las técnicas de reproducción humana asistida como parte de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de

Salud, preservando la fertilidad de las mujeres a través de la aplicación de procedimientos tales como la crioconservación de óvulos asociada a la vitrificación ovular, antes de que las mujeres sean sometidas a los tratamientos para superar las enfermedades que padecen, tales como: enfermedades oncológicas o autoinmunes. Su legislación garantiza que dichos tratamientos se lleven a cabo tanto en instituciones públicas como privadas, siempre que cuenten con la correspondiente habilitación del Ministerio de Salud Pública.

Costa Rica

Este país centroamericano, reguló la Fertilización in Vitro (FIV) mediante el Decreto Ejecutivo 24029-S de 2015. No obstante, se presentó un recurso de inconstitucionalidad de esta norma por considerar que se violaba el derecho a la vida, al implicar que la FIV podría tener como consecuencia el desecho de embriones humanos no considerados viables. La Sala de Constitucionalidad de la Corte Suprema de Costa Rica resolvió a favor del recurso antes citado, porque atentaba contra la Constitución y la Convención Americana de Derechos Humanos. La mencionada Sala tenía una restringida interpretación del derecho a la vida y que los embriones eran seres humanos. Esto afectó a varias parejas que en el año 2001 llevaron el caso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por considerar que la decisión de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Costa Rica vulneraba derechos reconocidos en la Convención Americana de Derechos Humanos.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos resolvió en el año 2012 (Caso Artavia Murillo y otros vs Costa Rica) que la situación constituía una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada, familiar y a constituir una familia; también se violaba el derecho a la igualdad de las víctimas en tanto que el Estado no le permitía el acceso a un tratamiento para superar su desventaja respecto de no poder tener hijos biológicos. La falta de atención por parte del Estado llevó a que se declarase la responsabilidad del mismo frente a esta denuncia.

La importancia de la sentencia de la Corte radica en que se reconoce los derechos reproductivos como derechos humanos que están incluidos en la obligación de respetar y garantizar los derechos a la privacidad, a formar una familia, a la libertad y a la integridad personal. Asimismo, que el derecho a la vida no es un derecho absoluto, sino de carácter gradual, conforme al desarrollo de la vida y otros derechos. Que, a la luz de la Convención Americana, el embrión no es una persona y que la protección se da con la implantación y no con la fertilización del embrión.

La Sentencia emitida por la Corte Interamericana llevó a que Costa Rica expidiera en el año 2015, el Decreto Ejecutivo 24029 que autorizaba la FIV y regulaba su implementación. No obstante, nuevamente fue presentada una acción de inconstitucionalidad, que hizo que la Sala Constitucional de la Corte Suprema declarara, por mayoría, que el decreto era inconstitucional por violación del principio de reserva de ley. La Corte Interamericana, en ejercicio del rol de supervisión de sus sentencias, decidió que se mantenga vigente el decreto ejecutivo, debiendo el órgano legislativo de Costa Rica expedir una norma posterior que se ajustará a los estándares de la sentencia de la Corte Interamericana. Hoy se encuentra vigente

en Costa Rica el Decreto Ejecutivo No. 39210-MP-S, del 10 de Setiembre del 2015, cuya importancia radica en permitir el uso de la fecundación in vitro, así como otras técnicas que a futuro puedan permitir superar la infertilidad.

En relación a la investigación, la vigencia de los derechos reproductivos implica el derecho de toda persona a la procreación artificial, de tener la libertad de decidir si accede a las técnicas de reproducción humana asistida y que esto no puede ser prohibido ni obstaculizado por el Estado.

En virtud a la sentencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, es necesario que el Perú al amparo de los derechos reproductivos adopté una posición respecto a las Teras y promulgue la Ley correspondiente.

3.1.4. Aplicación de la vitrificación ovular en otros países

Argentina

La Ley N° 26862 – Ley de Reproducción Médicamente Asistida de 2013, establece en su artículo 8° que: “También quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo, los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para aquellas personas, incluso menores de dieciocho (18) años que, aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro”.

Uruguay

También ha considerado la criopreservación, ya que en su Ley N° 19.167 de 2013, se ha preocupado por regularla, ampliando la criopreservación a gametos y embriones dentro de las técnicas de reproducción humana asistida. Asimismo, se establece la posibilidad de autorizar la creación de Banco de Gametos por instituciones públicas y privadas, las mismas que deben ser reguladas por el Ministerio de Salud Pública.

Debemos advertir que, en el caso de nuestro país, a diferencia de países como Argentina y Uruguay que desde el año 2013 cuentan con una legislación especial que regula las Técnicas de Reproducción Asistida, la nuestra por el contrario solo ha regulado la infertilidad en el artículo 7° de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud de 1997 señalando que:

Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida, siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de técnicas de reproducción asistida, se requiere del consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos. Está prohibida la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos.

Como podemos apreciar se reconoce el derecho de las personas que tienen problemas de infertilidad para que lleven a cabo su tratamiento y puedan procrear a

través de las TERAS, bajo ciertas condiciones. Es importante señalar que este artículo permite que se apliquen las TERAS para fines de procreación. Siendo insuficiente, para resolver los diferentes casos que involucran la problemática que rodea la infertilidad.

Consideramos importante, que el procedimiento de vitrificación ovular asociado a las TERAS, que sabemos que se realiza en algunas clínicas de fertilidad desde el año 2015, no cuenta con lineamientos legales que permitan prevenir, solucionar y superar los diversos problemas que se presentan en la práctica médica.

No comprendemos por qué el colectivo médico no ha demandado la atención del poder legislativo para que regule el procedimiento científico de la Vitrificación Ovular, toda vez que no vulnera el orden público ni las buenas costumbres. Entendemos que existen serios cuestionamientos éticos y morales para regular las TERAS; sin embargo, la vitrificación ovular debe ser regulada por el Estado, dado que constituye una opción para aquellas mujeres que tienen que postergar la maternidad para recibir tratamientos inmunológicos u oncológicos para superar las enfermedades que las aquejan.

3.1.5. Respecto de la casuística referida a mujeres jóvenes que se sometieron a la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular.

En las conversaciones previas que la investigadora tuvo con los médicos encuestados, expresaron tener conocimiento de casos clínicos, en los que se ha recomendado la vitrificación ovular como procedimiento para preservar la fertilidad.

Indicaron, además que se trataba de pacientes jóvenes con enfermedades oncológicas.

Cabe indicar que, en el presente trabajo se ha hecho mención a los casos atendidos por el Centro Privado de Fertilidad Español IVI (2019).

En este caso se cuenta con los testimonios de Estrella, Susana e Irene, mujeres que superaron el cáncer de mama y que posteriormente lograron ser madres. Son tres historias de superación y valentía. A continuación, el relato de su experiencia:

“Cuando me diagnosticaron cáncer de mama, directamente pensé: Me muero. Me lo comunicó la radióloga de la Unidad de Mama de mi hospital. Y en el momento en que pronunció esas tres fatídicas palabras, me atravesaron como puñales. Cáncer de mama... En ese preciso instante dejé de escuchar. Ella seguía hablando, pero mi mundo se paró en seco. Estaban conmigo mis padres, mi hermana e incluso unas compañeras. Pero el tiempo se detuvo a mi alrededor y yo solo pensaba: Cáncer, me muero; me invadió una sensación de mareo, lágrimas que caían de manera incontenible por mi cara, y el mismo pensamiento que me atormentaba”, explica Susana, una toledana de 42 años que se dio de bruces contra el cáncer hace 7 años. Tanto ella como Irene y Estrella se acogieron a nuestro Programa gratuito para pacientes oncológicas “Ser Madre después del cáncer” y vitrificaron sus óvulos antes de lidiar contra sus respectivas enfermedades.

El caso de Susana estuvo rodeado de casualidades. A sus 36 años, y sin hijos, luchó con perseverancia por guardar ese comodín que le permitiría cumplir su deseo de ser madre.

“Por suerte o por desgracia, tardé mucho más en encauzar el tema de la maternidad por la unidad que me trató. Radióloga, cirujano, cirujano plástico y oncólogo perfilaron los pasos a seguir para atajar cuanto antes mi cáncer. Pero la opción de ser madre en un futuro no se barajó en ningún momento. Y casi por casualidad, de repente, se me encendieron todas las alertas: ¿Y qué pasa si quiero ser madre? Soy yo, primera persona, mujer, y para mí era importante ser madre. Tuve la suerte de conocer a una persona que hizo sus prácticas de Biología en IVI, así que me habló de las opciones que ofrecíais para mujeres como yo, con una dura batalla por afrontar y una ilusión a la que me negaba a renunciar”, añade.

La información acerca de las opciones de preservar la fertilidad para guardar una esperanza por una futura maternidad es algo que todas las áreas implicadas en el diagnóstico y tratamiento del cáncer deben manejar y poner a disposición de los pacientes. Esto, en muchas ocasiones, es la motivación que llena de fuerza y energía a las pacientes para afrontar su cáncer con la ilusión de ser madres en un futuro. Se puede ser madre después del cáncer.

“Yo tenía claro que quería preservar mis ovocitos, así que insistí a mi oncólogo y le dije que necesitaba hacerlo. Y que, si no podía darme el

tiempo que necesitaba para vitrificar mis óvulos, que me dejara morir, pero que quería preservar. Quise luchar por ese comodín, por mi autonomía y libertad para decidir si quería ser madre, y la ciencia me brindaba la oportunidad de hacerlo. Debía aprovecharlo”, afirma.

Y fruto de la perseverancia de Susana, 7 años después, ha llegado a su vida Manuel, su bebé de 4 meses.

“Cuando se abre la veda y tu oncólogo te da vía libre es algo emocionante. Y el miedo está ahí, pero cuando ves las eco, ves cómo crece y cómo evoluciona, el miedo desaparece. La maternidad es una energía que trasciende, un poder que puede con y contra todo. Y cuando se materializa, se despierta por la mañana y te sonrío, y te mira como si estuviera viendo a Dios, te emocionas y todo tiene sentido. Algo por lo que has luchado tanto tiempo y que tienes justo entre tus brazos. El mayor regalo”, concluye.

Susana, Irene y Estrella forman parte de las más de 800 mujeres que han preservado su fertilidad en IVI, diagnosticadas de cáncer de mama, dentro del programa gratuito que ofrece para pacientes oncológicos. Gracias a él, ya son 29 los bebés que han nacido después de que sus madres superaran su enfermedad, a los que se unirán 7 más que están en camino. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=6g1HL9xJXyE>

Se cuenta también la información brindada en Gestar 15 Grupo de Reproducción Asistida (s.f.) donde consta una serie de testimonios sobre la

aplicación de las técnicas de reproducción asistida a mujeres o parejas con problemas de infertilidad en la Argentina.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

En esta parte de la Tesis se verifica el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación, a la luz del análisis, comparación e interpretación de los resultados obtenidos con las bases teóricas, obtenidas por la investigadora.

Se hace la mencionada verificación, partiendo de los objetivos específicos planteados hasta llegar al objetivo general de la investigación.

4.1. Eficacia del procedimiento de la vitrificación

Determinar que la Vitrificación Ovular constituye un procedimiento eficaz para las mujeres que han sido diagnosticadas con enfermedades oncológicas o autoinmunes y que deben someterse a tratamientos o cirugías que afecten su fertilidad.

La eficacia del procedimiento de Vitrificación Ovular se encuentra acreditada con lo afirmado por los diferentes autores consultados en el marco teórico de la tesis, quienes determinan que su aplicación obtiene tasas de sobrevivencia de hasta el 100% y les permite a las mujeres, pacientes de cáncer, posponer su maternidad y criopreservar sus gametos.

Este procedimiento cuenta con el respaldo unánime de los expertos respecto a su utilidad. Las publicaciones científicas existentes respaldan su uso rutinario

como procedimiento válido de reproducción asistida. Este uso ha sido comprobado en la encuesta realizada al personal médico especialista y con experiencia en el procedimiento de Vitrificación Ovular, quienes señalan la alta frecuencia con que recomiendan a las pacientes, sobre todo oncológicas, que se sometan al mencionado procedimiento. Finalmente, la gran mayoría recomienda que el Estado como parte de sus políticas de salud atienda también estos casos, destinando recursos para su aplicación e implementación. También es objetivo del Trabajo de Investigación, demostrar que la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular en otros países ha permitido que las mujeres puedan tener hijos biológicos, luego de someterse con éxito a tratamientos o cirugías que afectaron su fertilidad.

En las legislaciones revisadas, se demuestra este objetivo con el hallazgo de los siguientes casos: En Argentina, se conoce el caso de jóvenes con blastoma benigno de ovario, que tenían el riesgo de perderlo en la cirugía y eligieron la Vitrificación Ovular para conservar los óvulos, en caso fuera necesaria la extirpación del ovario en el momento de la cirugía. Resulta elevada la tasa de supervivencia de los óvulos sometidos a vitrificación. Esta elevada tasa de sobrevivencia de los óvulos que son sometidos a la vitrificación hace que este procedimiento sea una herramienta sumamente útil para preservar la fertilidad en distintos escenarios. Así, vitrificado el óvulo puede ser conservado hasta que la paciente lo requiera.

Además, se cuenta con el caso de Laura que fue diagnosticada con cáncer de mama y se sometió con éxito a la Vitrificación Ovular. Laura decidió vitrificar sus óvulos tras ser diagnosticada de cáncer de mama. Era una joven mujer que se dedicaba a la Optometría y madre de una niña de 13 años. Los médicos le

informaron sobre la opción de crioconservar sus óvulos para más adelante continuar con su maternidad y tener la familia que siempre soñó con otro bebé. Le explicaron que con las quimioterapias sus óvulos perderían calidad y que sería difícil en el futuro tener un hijo de manera natural.

Finalmente, Laura paciente oncológica,

LaSalud.mx, (2016). Laura, una madre que decidió vitrificar sus óvulos al ser diagnosticada con cáncer de mama. Expresó lo siguiente:

Me siento afortunada, la actitud representa muchísimo y no hay que dejarse caer. Actualmente es posible preservar la vida para tener más hijos. Los médicos te van orientando, para mí es una meta y un propósito para cumplir una esperanza: Ver que mi familia crece”. Estoy emocionada y le platiqué a mi hija cómo será el futuro y ella me respondió: “Yo quiero apoyarte”, dijo Laura entre lágrimas.

De la legislación comparada revisada se ha constatado que la legislación uruguaya incluye en su normativa la Ley Técnicas de Reproducción Humana Asistida (2013) Ley No 19167 incluye en su art. 1° a la Criopreservación de gametos y embriones como una de las técnicas de reproducción humana asistida,

Otras legislaciones, de manera indirecta, se refieren a la mencionada técnica por medio de la posibilidad del almacenamiento de embriones y gametos; asimismo, se sujeta la inclusión de las TERAS a su comprobación científica y evaluación por un ente gubernamental.

La inclusión en la legislación de la técnica de Criopreservación de gametos y embriones supone la puesta en práctica del procedimiento de Vitrificación Ovular, por ser éste, en la actualidad, el método más efectivo de congelación y conservación de gametos y embriones. Así lo manifiesta Nohales (2017) por la gran cantidad de publicaciones científicas existentes sobre esta materia y las altas tasas de supervivencia ovocitaria, de fecundación y desarrollo embrionario que presenta, en un mayor número, de las que se producen con los protocolos de congelación convencionales.

Inclusive, esto ha sido confirmado en la encuesta realizada al personal médico especialista y con experiencia en el procedimiento de Vitrificación Ovular, quienes señalan que, con alta frecuencia, recomiendan a las pacientes que se sometan a las TERAS de Vitrificación Ovular.

En consecuencia, se ha comprobado que existe legislación comparada que regula las TERAS de Criopreservación de óvulos y que esta incluye la posibilidad de ejecución de la Vitrificación Ovular como el procedimiento más efectivo de crioconservación de gametos y embriones en la actualidad.

4.2. La participación del Estado en el reconocimiento de la Vitrificación Ovular y su compromiso con las pacientes oncológicas y enfermedades autoinmunes.

Se refiere este objetivo a demostrar la necesidad de que el Estado procure medidas eficaces para llevar a cabo el procedimiento de Vitrificación Ovular, tanto en establecimientos sanitarios públicos y privados.

En la legislación correspondiente a los países que han regulado las TERAS, admiten la posibilidad de desarrollar la técnica de Criopreservación y almacenamiento de gametos – embriones, utilizando criterios técnicos-científicos. Los gobiernos de dichos países han tomado las siguientes medidas:

- ❖ La autorización de establecimientos médicos con bancos receptores de gametos (Argentina).
- ❖ El desarrollo de Criopreservación de gametos y embriones (España).
- ❖ La Criopreservación como técnica y conservación de gametos mediante vitrificación (Uruguay).

Uno de los aspectos relevantes de esta Tesis ha sido demostrar la necesidad de que el Estado dicte medidas para que se realice el procedimiento de Vitrificación Ovular en establecimientos de salud públicos y privados.

Respecto de las técnicas de reproducción humana asistida, se tiene lo siguiente:

- ❖ La existencia de una red de establecimientos públicos de reproducción humana asistida (Argentina).
- ❖ Mayor número de centros públicos que practican las técnicas de reproducción humana asistida en relación con los centros privados (España).
- ❖ La existencia de clínicas y hospitales del Estado más un fondo nacional que cubre los casos de alta complejidad (Uruguay).

- ❖ La reciente existencia de la Caja Costarricense de Seguro Social y una Unidad de Medicina Reproductiva (Costa Rica).

Por tanto, teniendo en cuenta la experiencia de los países antes mencionados sería recomendable que el Estado Peruano implemente centros hospitalarios donde se pueda brindar el servicio de Medicina Reproductiva al alcance de un amplio sector de la población que no cuenta con esta posibilidad.

En el desarrollo del derecho positivo habría que determinar la necesidad de la aprobación de un texto normativo que regule el uso de la Vitricación Ovular como procedimiento asociado a la TERA de Criopreservación de óvulos en el Perú.

Esta necesidad ha sido acreditada a través de los objetivos específicos de la investigación:

- ❖ Que existe legislación comparada que regula la TERA de Criopreservación de óvulos y, en consecuencia, admite la aplicación del procedimiento de Vitricación Ovular.
- ❖ La determinación de los criterios del acceso integral a los procedimientos y técnicas de la reproducción asistida y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como aquellos que resultan relevantes para sustentar la regulación normativa de la Vitricación Ovular en el Perú.
- ❖ El establecimiento de medidas eficaces que debe procurar el Estado para llevar a cabo el procedimiento de Vitricación Ovular en centros de salud públicos y privados.

- ❖ La mención de casuística en el ámbito comparado demuestra la eficacia de la aplicación del procedimiento de Vitrificación Ovular para las mujeres que requieran someterse a tratamientos o cirugías que afecten su fertilidad.
- ❖ La eficacia del procedimiento de Vitrificación Ovular que cuenta con el respaldo unánime de los expertos y las publicaciones científicas que avalan su uso como procedimiento rutinario en las unidades de reproducción asistida.

4.3. Doctrina y criterios jurídicos para la regulación de la Crioconservación Ovular

Conviene en esta parte de la Tesis determinar los criterios que deben ser tomados en cuenta al momento de regular la aplicación de la Vitrificación Ovular en el Perú.

Al respecto, es interesante señalar que de la legislación revisada correspondiente a otros países (Argentina, España y Costa Rica) todos coinciden en la exposición de motivos que es deber del Estado garantizar el acceso integral a las TERAS, así como, la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes objeto de esta investigación.

Asimismo, en el fundamento doctrinario de incorporación de las técnicas de reproducción humana asistida, se sustentaron en el acceso integral respetando los derechos a la dignidad, libertad e igualdad de la persona.

La Constitución Política peruana establece, en su artículo 2 inciso 1, los derechos a la vida, integridad física, libre desarrollo y bienestar. Además del respeto a la dignidad humana como fin supremo de la sociedad y del Estado.

En aplicación del artículo 2° de la Constitución Política consideramos que se estaría defendiendo el derecho de todas las personas en igualdad de condiciones para acceder a procedimientos que permitan atender sus problemas de salud como la infertilidad, respetando la dignidad humana en cuanto se utilicen procedimientos no invasivos que no dañen su salud.

Del mismo modo, se le debe reconocer el derecho a recibir información suficiente sobre la aplicación de procedimientos médicos para de esta forma, poder decidir y prestar su consentimiento con libertad.

Es importante destacar que la paciente que padezca de infertilidad tenga el derecho a la protección de su salud con dignidad, así como el derecho a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad, tal como lo prescribe el artículo 7° de la Constitución.

Se considera que este derecho específico sustenta la regulación de las técnicas de reproducción asistida en el Perú, además del artículo 9° de la Carta Magna que señala que la Política Nacional de Salud fijada por el Estado debe facilitar el acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.

Otro aspecto que no podemos olvidar es el vinculado al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la paciente infértil por medio de su libre autonomía personal, permitiéndole decidir el momento de la gestación y del número de hijos a tener.

Por lo tanto, se hace necesario y urgente contar con una regulación clara y precisa sobre las técnicas de reproducción humana asistida que permitan a los pacientes infértiles tomar una decisión adecuada, oportuna e informada.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En nuestro país se vienen realizando diferentes técnicas de reproducción asistida, mayoritariamente desarrolladas por instituciones de salud privadas, pese a no contar con una norma especial. Estos procedimientos se rigen al amparo del artículo 7° de la Ley General de Salud, el mismo que resulta ser muy ambiguo.

SEGUNDA: El procedimiento de Vitrificación Ovular constituye el más reciente avance de la ciencia y ha demostrado ser un medio eficaz por sus resultados. Cuenta con el respaldo unánime de los expertos, así como, de las publicaciones científicas que avalan su uso como procedimiento rutinario en las unidades de reproducción asistida para pacientes infértiles, como las descritas anteriormente.

TERCERA: En el Perú existe un número importante de mujeres que diariamente inician un tratamiento médico para superar diversos tipos de enfermedades oncológicas y autoinmunes y esa realidad no puede ser desconocida por el derecho.

CUARTA: Los criterios relevantes para sustentar una regulación normativa de la Vitrificación Ovular en el Perú son el acceso integral a los procedimientos y técnicas de la reproducción asistida y la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

QUINTA: Es necesaria la aprobación de un texto normativo que regule la Vitrificación Ovular como procedimiento asociado a la TERA de Criopreservación de óvulos accesible para toda mujer que padece de infertilidad y que así lo requiera.

SEXTA: La doctrina del derecho comparado tanto de Europa como de Latinoamérica, principalmente, ha orientado una importante corriente de regulación jurídica de las TERAS y los nuevos procedimientos que el avance de la ciencia permite, como en este caso lo evidencia la Vitrificación Ovular.

SÉPTIMA: La tendencia jurídica en el sistema internacional ha sido regular una nueva realidad, que injustamente no había sido positivizada antes y, que hoy en aplicación de los derechos humanos, recoge las aspiraciones de mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda la aprobación de un texto normativo que regule el uso de la Vitrificación Ovular en el Perú, por lo cual las mujeres con enfermedades oncológicas y autoinmunes podrán contar con la opción del mencionado procedimiento para poder tener un hijo biológico, por lo que, se les deberá facilitar ese acceso. En ese sentido, se formula el siguiente anteproyecto de ley:

ANTEPROYECTO DE LEY

LEY N° XXXXXXXXX

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY DE ACCESO A LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El presente anteproyecto de ley tiene como propósito lograr un orden jurídico que regule la diversidad de Técnicas de Reproducción Asistida, frente al aumento de

casos de personas que presentan diversos grados de infertilidad y desean consumir sus legítimas aspiraciones de maternidad.

La regulación del presente anteproyecto, establece los requisitos, procedimientos a seguir para que las personas mayores de dieciocho (18) años, con plena capacidad de ejercicio y que presenten algún grado de infertilidad accedan al uso de las Técnicas de Reproducción Asistida en el Perú.

En el ámbito del derecho internacional, sujetos como la Organización Mundial de la Salud - OMS, viene coadyuvando para promover la regulación jurídica que permita el acceso a tratamientos de infertilidad y garanticen las pretensiones de muchas mujeres que desean consumir sus legítimas aspiraciones de maternidad.

Para que no se produzca un tráfico ilegal y hasta anarquizante de las legítimas aspiraciones para concebir por parte de mujeres en circunstancias de vulnerabilidad, por una neoplasia o enfermedad autoinmune, resultará necesario contar con una legislación que regule y garantice por excepción, alcanzar la maternidad. Asimismo, reconocer la necesidad de contar con centros especializados para conseguir los objetivos previstos en la presente ley.

Artículo Primero. - Objeto de la Ley

La presente ley tiene como objeto garantizar el acceso integral a las técnicas de reproducción humana asistida que cuenten con la autorización de la Organización

Mundial de la Salud y su acceso a las pacientes infértiles, cuya condición de enfermedad es reconocida por la presente Ley. La aplicación de las mencionadas técnicas debe darse, previo consentimiento informado por parte de los pacientes. Este consentimiento puede ser revocado hasta antes del inicio del procedimiento de reproducción humana asistida aplicable.

Asimismo, la presente ley regula los requisitos mínimos que deben cumplir los centros y servicios de salud que se dediquen a estas actividades para su debido funcionamiento. Se establece las responsabilidades a las que se encuentran sujetas los equipos biomédicos interdisciplinarios y establece los derechos y obligaciones a que se encuentran sujetos los usuarios de este servicio.

Artículo Segundo. - Requisito indispensable para la aplicación del procedimiento de reproducción humana asistida

La aplicación del procedimiento de la técnica de reproducción humana asistida es de carácter excepcional y supone que quienes la soliciten hayan agotado todos los métodos y /o procedimientos para tener descendencia. En caso de ser aplicable, requiere la aceptación libre, voluntaria y con conocimiento de la mujer, siempre que el procedimiento aplicable tenga posibilidades razonables de éxito y no implique riesgos graves para la salud de la paciente.

Artículo Tercero. - Beneficiarios

Tendrán la condición de tales, las personas mayores de edad que requieran la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida con fines de procreación. Para ello, deberán tener la condición de pacientes infértiles y someterse a la evaluación médica y psicológica correspondiente, en los centros de atención públicos

o privados autorizados. Se incluye también como beneficiarios a aquellas personas, con diagnóstico de enfermedades oncológicas y/o autoinmunes, que puedan afectar su condición de fertilidad y requieran poder tener acceso a los procedimientos de las técnicas de reproducción humana asistida.

Artículo Cuarto. - Crioconservación de gametos y embriones

La crioconservación a través de la vitrificación de gametos solo se hará con fines reproductivos, previo consentimiento expreso e informado de los interesados, en los bancos de gametos que hayan sido autorizados para los siguientes fines:

- a) La utilización de la mujer o la pareja.
- b) la utilización de mujeres que cuenten con constancia certificada de alta de enfermedades oncológicas y/o autoinmunes.
- b) La donación con fines reproductivos.

En el caso de la crioconservación mediante la vitrificación de embriones sólo se permitirá su utilización en el caso de las parejas y con fines reproductivos.

El cese del consentimiento otorgado debe ser expreso e informado y puede ser modificado hasta antes de la aplicación de la crioconservación y durante la vida de quien procede. Está totalmente prohibida la comercialización de los gametos y embriones crioconservados y toda manipulación o modificación en el genoma humano.

Artículo Quinto. - Autorización obligatoria para los establecimientos que aplican procedimientos de técnicas de reproducción humana asistida.

Corresponde al Ministerio de Salud la autorización y puesta en marcha de los establecimientos sanitarios públicos y/o privados que apliquen procedimientos de

técnicas de reproducción humana asistida. Para ello, se deberá cumplir con los requisitos técnicos-científicos y de índole administrativo para la puesta en marcha del mencionado establecimiento. En el caso de los centros que funcionen como banco de conservación de gametos y embriones, deberán cumplir con los mismos requisitos que se exigen para el funcionamiento de un establecimiento sanitario.

El Ministerio de Salud se encargará del control y cumplimiento, en su ejercicio, de los requisitos para la puesta en marcha de los establecimientos sanitarios públicos y privados en salvaguarda del derecho a la salud de los pacientes.

Artículo Sexto. – De las condiciones de los equipos biomédicos

El equipo biomédico que trabaje en el establecimiento sanitario respectivo deberá contar con las calificaciones profesionales requeridas para la aplicación de los procedimientos de las técnicas de reproducción humana asistida. Los requisitos del equipamiento utilizado serán los determinados por la autoridad de salud correspondiente.

Los directivos y el personal que trabaje en los establecimientos sanitarios deberán sujetarse en sus actividades al cumplimiento del Código de Ética y de los estatutos del colegio profesional respectivo.

Las infracciones a la presente ley y su reglamento por parte del personal directivo, profesional y administrativo del establecimiento sanitario implicarán la aplicación de las sanciones administrativas pertinentes, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que correspondan.

Artículo Séptimo. – Registro Nacional de centros de reproducción humana asistida y de donantes de gametos

Ambos registros estarán a cargo del Ministerio de Salud, guardando la confidencialidad requerida en el caso del registro de donantes de gametos. El reglamento de la ley especificará el procedimiento y los requisitos para la inscripción de los centros de reproducción humana asistida y la donación de gametos.

Artículo Octavo. – Cobertura

El Ministerio de Salud, por intermedio del Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y las empresas de seguros se encargarán de incorporar, de manera progresiva y conforme a su disponibilidad presupuestal, como prestación la cobertura integral del abordaje, diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo de las técnicas de reproducción humana asistida que cuenten con autorización de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud peruano. Quedan comprendidos también los establecimientos sanitarios que se dedican a la crioconservación de gametos y embriones.

Esto no limita la posibilidad de que el Estado por intermedio del Ministerio de Salud pueda firmar convenios con Organismos No gubernamentales (ONG) especializados en técnicas de reproducción humana asistida para que se encarguen de brindar la cobertura integral requerida para la ejecución de la técnica de reproducción humana asistida correspondiente.

Artículo Noveno. - Límites de la cobertura

La persona infértil o la pareja podrá acceder a un máximo de tres intentos anuales de técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad, con un intervalo mínimo de tres meses entre cada uno de ellos y un máximo de dos intentos anuales para las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad en función de

las probabilidades de éxito o hasta agotar los embriones en las sucesivas transferencias.

Las técnicas de reproducción humana asistida deberán utilizar gametos donados y embriones que provengan de los bancos de gametos y embriones autorizados e inscritos en el registro nacional de centros y servicios de reproducción humana asistida.

Artículo Décimo. - Cobertura para pacientes con neoplasia o enfermedades autoinmunes

El procedimiento de vitrificación de gametos aplicado en un establecimiento público autorizado para la conservación de gametos se llevará a cabo luego del diagnóstico médico expreso que acredite que la enfermedad con neoplasia o autoinmune se halle en fase inicial.

En estos casos, el centro público a cargo de la crioconservación podrá conservar los gametos por un plazo máximo de hasta cuatro años contados a partir del primer diagnóstico médico de la respectiva enfermedad.

Vencido este plazo, sin que se hayan utilizado los gametos vitrificados, se hará la transferencia al centro privado de conservación de gametos, conforme a los convenios que haya firmado la institución pública con las entidades privadas acreditadas. Esta situación será notificada a la paciente.

Disposiciones Complementarias Finales

Primera. – Difusión y publicidad de las técnicas de reproducción humana asistida

El Ministerio de Salud realizará campañas de comunicación, difusión y publicidad de las técnicas de reproducción humana asistida dirigidas a la población a fin de facilitar

su acceso a las mismas. Del mismo modo, se hará la publicidad de la lista de centros públicos y privados que brindan el servicio de las técnicas de reproducción humana asistida a nivel nacional.

Segunda. – Nuevas técnicas de reproducción humana asistida

Se podrán incluir como tales, los nuevos procedimientos generados por el avance técnico-científico, previa aprobación por el Ministerio de Salud.

Tercera. – Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en el plazo de noventa días (90) contados a partir de su publicación.

SEGUNDA: Se recomienda que como parte de la regulación normativa de la Vitrificación Ovular en el Perú, el Estado promulgue la legislación que consagre los principios y los procedimientos de la Bioética aplicables a las cuestiones éticas que se susciten en el desarrollo de las TERAS, las que deberán contemplar el procedimiento de Vitrificación Ovular, asegurando la legítima aspiración de muchas mujeres con enfermedades oncológicas o autoinmunes que desean ser madres.

TERCERA: Se recomienda la implementación eficaz de la Vitrificación Ovular en el Perú en concordancia con la legislación nacional peruana, en cuanto a los requisitos y condiciones de uso, así como, a las restricciones y medidas de seguridad para el funcionamiento del establecimiento sanitario que corresponda.

CUARTA: Lograr la regulación del procedimiento de Vitrificación Ovular en el Perú para que las instituciones públicas y privadas puedan tener mayor conocimiento de estas técnicas, la celebración de convenios con otros países o entidades internacionales y los nuevos avances que surjan como consecuencia del desarrollo científico – tecnológico, los que podrán ser aplicados en el país y en beneficio de la salud de las usuarias de estas técnicas.

QUINTA: Realizar campañas que garanticen la información e ilustración sobre las bondades médicas del procedimiento de Vitrificación Ovular dado que, existe un número relevante de mujeres con enfermedades oncológicas o autoinmunes que luego de terminar sus tratamientos y superarlas, desean ser madres.

FUENTES DE LA INFORMACIÓN

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Bertoldi, M., Stein, P., Raffaella, A., Fornagueira, A., Palma, F., Viartola, S., y

Krede, M. (2018). Regulación legal de las técnicas de fertilización asistida. Nociones fundantes y requerimientos jurídicos. Relevamiento de su efectividad en la ciudad de Córdoba. *Revista de la Facultad*, IX (1), 53-78.

Cárdenas, S. (2018). *Las técnicas de reproducción asistida desde los fundamentos de la dignidad humana del Estado Social y Democrático de derechos colombiano* [tesis doctoral]. Universidad Libre de Colombia,

Helfer, O. y Tapia, S. (2018). Tendencias en los proyectos de leyes del 2018 para regular las técnicas de reproducción artificial en el Perú. *Apuntes de bioética*, 1(1), 102-124.

Muñoz, D. (2019). *Implicancias legales de regular jurídicamente la inseminación artificial heteróloga en el Perú, 2017*(Tesis de maestría). Universidad Católica de Santa María, Arequipa.

ONU (2015) *Declaración de los Derechos Humanos 1948* Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas Aegitas.

Sánchez, J., Castillo, M., y García, F. (2010). *Enfermedades autoinmunes*

FUENTES HEMEROGRÁFICAS

Dalvit, G. (2018). Vitrificación de ovocitos y pacientes con cáncer. *Biología en reproducción asistida. Rev. Perú Ginecología Obstétrica* 2018, 64(2), 225-230.

Recuperado de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322018000200011&lng=es&nrm=iso

Gomez-Segui, A., y Navarro-Sarrias, J. (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida y su regulación legislativa española. *Therapeia* 9, 75-96.

Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo>

González, C, Morffi, C. (2019). Las técnicas de reproducción asistida. Propuesta de lege ferenda en el ordenamiento jurídico cubano. 1-28

FUENTES ELECTRÓNICAS

ABC Ciencia (2019). *El instinto maternal, una poderosa fuerza de la naturaleza.*

Recuperado de https://www.abc.es/ciencia/abci-instinto-maternal-madres-gran-revolucion-naturaleza-201605010239_noticia.html

Alonso Zafra, J. Aurel Ballesteros, R. (s.f) Documento de recomendaciones para la preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama. Recuperado de

<https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/preservacion/Preservacion-Fertilidad-y-cancer-mama.pdf>

American Society for reproductive medicine (2013). *Edad y Fertilidad. Guía para pacientes.* Recuperado de

[https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/newsandpublications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/edad_y_fertilidadspanish.](https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/newsandpublications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/edad_y_fertilidadspanish)

Bloggersconelrosa (19 de octubre de 2015). *Consejos con la radioterapia lucha contra el cáncer de mama.* Recuperado de

<https://www.youtube.com/watch?v=NT08lfpO100>

Cano, F. y Esparza, R. (2018). El anclaje jurídico ante las técnicas de reproducción asistida. *Boletín mexicano de derecho comparado*, año L {151},13-50. Recuperado de www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v51n151/2448-4873-bmdc-51-151-13.pdf

Congreso de Argentina (2013) Ley 26.862 Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

Congreso de La República Oriental del Uruguay (2013) Ley N° 19.167

Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida.

Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ley-n-19167-fecha-29112013-regulacion-tecnicas-reproduccion-humana-asistida>

Congreso del Perú (1997) Ley N° 26842 Ley General de Salud

Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>

Congreso de la República (2017). *Constitución política del Perú*. Recuperado de www.congreso.gob.pe/does/files/documentos/constitucionparte1993-12-09-2017.pdf

Gestar 15. Grupo de reproducción asistida (s.f.). *Testimonios*. Recuperado de <https://grupogestar.com.ar/>

Gonzales, C. y Morffi, C. (2019). Las técnicas de reproducción humana asistida. Propuesta de lege ferenda en el ordenamiento jurídico cubano. *Revista Academia & Derecho* 10 (19), 233 -260. Recuperado de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/academia/article/view/6015/5540>

Instituto Nacional Materno Perinatal (s.f.). *Fertilización in Vitro. Medicina Reproductiva*. Recuperado de <https://www.inmp.gob.pe/servicios/fertilizacion-ivivtro/1554819444>

IVI RMA (2019, octubre 9). *Si, se puede ser madre después de un cáncer*. Recuperado de <https://ivi.es/blog/si-se-puede-ser-madre-despues-de-un-cancer/>

IVI RMA (2016, febrero 4). *He superado un cáncer y ahora soy mamá*. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=LE3xmXgfI7k&t=43s&ab_channel=Ingenes

Las Cortes de España (2006) Ley 14 Técnicas de reproducción humana asistida. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>

Lasalud.mx (2018). *Laura, una madre que decidió congelar sus óvulos al ser diagnosticada con cáncer de mama*. Recuperado de <https://lasalud.mx/2018/02/16/laura-una-madre-que-decidio-congelar-sus-ovulos-al-ser-diagnosticada-con-cancer-de-mama/>

Legislación de Dinamarca (1988) Ley 35 Técnicas de reproducción asistida. Recuperado de <https://www.bioeticaweb.com/regulacion-de-la-reproduccion-asistida-en-el-ambito-europeo/>

Ministerio de Salud (2019). *Se estima que en el Perú cada año se diagnostican más de 100 casos nuevos de artritis reumatoidea*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27840-se-estima-que-en-el-peru-cada-ano-se-diagnostican-mas-de-100-casos-nuevos-de-artritis-reumatoidea>

Ministerio de Salud (2014, 4 de junio). INEN brinda valioso aporte en nuevo tratamiento para cáncer de mama. Nota de Prensa. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32147-inen-brinda-valioso-aporte-en-nuevo-tratamiento-para-cancer-de-mama>

Ministerio de Salud (1992). *Programa Nacional de atención a la Salud Reproductiva de la familia 1992 -1995*. Recuperado de <https://1996pnsrpf2000.files.wordpress.com/2013/09/1992-programa-nacional-de-atenciocc81n-a-la-salud-reproductiva-de-la-familia-1992-1995-ministerio-de-salud.pdf>

Ministerio de Salud (2004). *Resolución Ministerial N° 771 -2004 MINSAl del 27 de julio del 2004*. Recuperado de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/281433/253112_RM771-2004.pdf20190110-18386-17szfc5.pdf

Ministerio de Salud (2005). *Realizan fertilización de alta y baja complejidad en Hospital San Bartolomé del MINSA. Nota de Prensa.* Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/42262-realizan-fertilizacion-de-alta-y-baja-complejidad-en-hospital-san-bartolome-del-minsa>

Ministerio de Salud y Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (s.f.). *INEN impulsando el Plan Esperanza [Presentación de Diapositivas].* Slideshare. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3721.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (1988) Decreto N°1546 Derecho del Bienestar Familiar. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14522>

Montserrat Roca, G. (2009). Aspectos psicosociales de la preservación de la fertilidad en los pacientes oncológicos. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida* 26 (1), 61-66. Recuperado de http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/2009_guias_de_psicologia_2_parte.pdf

Nohales, M. (2017). *Efectos de la vitrificación sobre los ovocitos humanos* (tesis

doctoral). Universitat de Valencia, España. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/93038962.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2020). Salud sexual y reproductiva. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/es/>

ONU (1966) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

ONU (1994) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.
Recuperado de https://www.un.org/es/events/pastevents/icpd_1994/

ONU (1995) IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>

Paraíso, B., y Salvador, Z. (2019). Infertilidad inmunológica: tipos, causas y tratamientos. *Reproducción asistida ORG*. Recuperado de <https://www.reproduccionasistida.org/esterilidad-inmunologica/>

Parlamento Británico (1990) Ley de Fertilización humana y Embriología.
Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/81.pdf>

Pisfil, E. (2019). *Propuesta de principios y normas para regular vacíos legales en las técnicas de reproducción humana asistida: legislación peruana* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12992>

Rousseau, S. (2007). Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos. *Estudios feministas, Florianopolis* 15 (2), 309 -331. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2007000200003&script=sci_abstract&tlng=es

Rovati, L. (2014). *Técnicas de reproducción asistida: explicamos cada una*. Recuperado de <https://www.bebesymas.com/concepción/técnicas-dereproducción-asistida-explicamos-cada-una>

San Juan del Caz, L. (2018). *Preservación de la fertilidad en mujeres oncológica: contribución de enfermería* (trabajo de grado). Recuperado de <https://1library.co/document/yj7xmr2y-preservacion-fertilidad-mujeres-oncologicas-contribucion-enfermeria.html>

UNESCO (2003) Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNESCO (1997) Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNESCO (1997) Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.phpURL_ID=13178&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Vidal, J. (2019). Acerca de la regulación jurídica de las técnicas de reproducción humana asistida. *Actualidad jurídica Iberoamericana* 10, 478-513. Recuperado de <https://idibe.org/wp-content/uploads/2019/08/478-513.pdf>

Villanueva, R. (2006). Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista ILDH* 43, 391-450. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08060-11.pdf>

JURISPRUDENCIAS

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2012). *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) vs Costa Rica*. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf

Tribunal Constitucional (2004) Sentencia N° 2016-2004-AA/TC

Tribunal Constitucional (2006) Sentencia N° 2002-PC/TC

Tribunal Constitucional (2003) Sentencias N°2945 AA/TC

Tribunal Constitucional (2004) Sentencia N° 2016 AA/TC

Tribunal Constitucional (2008) Sentencia N°02480 PA/TC

Tribunal Constitucional (2005) Sentencia N°7231 PA/TC

ANEXOS

Anexo 1.

CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
LOS ESTADOS PARTE EN LA PRESENTE CONVENCIÓN,

REAFIRMANDO que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano;

CONSIDERANDO que la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en su artículo 3, inciso j) establece como principio que "la justicia y la seguridad sociales son bases de una paz duradera";

PREOCUPADOS por la discriminación de que son objeto las personas en razón de su discapacidad;

TENIENDO PRESENTE el Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas de la Organización Internacional del Trabajo (Convenio 159); la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (AG.26/2856, del 20 de diciembre de 1971); la Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas (Resolución N° 3447 del 9 de diciembre de 1975); el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 37/52, del 3 de diciembre de 1982); el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en

Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (1988); los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (AG.46/119, del 17 de diciembre de 1991); la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud; la Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG/RES. 1249 (XXIII-O/93)); las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (AG.48/96, del 20 de diciembre de 1993); la Declaración de Managua, de diciembre de 1993; la Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (157/93); la Resolución sobre la Situación de los Discapacitados en el Continente Americano (AG/RES. 1356 (XXV-O/95)); y el Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (resolución AG/RES. 1369 (XXVI-O/96); y

COMPROMETIDOS a eliminar la discriminación, en todas sus formas y manifestaciones, contra las personas con discapacidad,

HAN CONVENIDO lo siguiente:

ARTÍCULO I

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por:

1. Discapacidad

El término "discapacidad" significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más

actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

2. Discriminación contra las personas con discapacidad

a) El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

b) No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.

ARTÍCULO II

Los objetivos de la presente Convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

ARTÍCULO III

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:

1. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, incluidas las que se enumeran a continuación, sin que la lista sea taxativa:

a) Medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración;

b) Medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad;

c) Medidas para eliminar, en la medida de lo posible, los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad; y

d) Medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la presente Convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

2. Trabajar prioritariamente en las siguientes áreas:

a) La prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles;

b) La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad;

y

c) La sensibilización de la población, a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad.

ARTÍCULO IV

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:

1. Cooperar entre sí para contribuir a prevenir y eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad.

2. Colaborar de manera efectiva en:

a) la investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades, el tratamiento, la rehabilitación e integración a la sociedad de las personas con discapacidad; y

b) el desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad.

ARTÍCULO V

1. Los Estados parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación de representantes de

organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o, si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la presente Convención.

2. Los Estados parte crearán canales de comunicación eficaces que permitan difundir entre las organizaciones públicas y privadas que trabajan con las personas con discapacidad los avances normativos y jurídicos que se logren para la eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad.

ARTÍCULO VI

1. Para dar seguimiento a los compromisos adquiridos en la presente Convención se establecerá un Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, integrado por un representante designado por cada Estado parte.

2. El Comité celebrará su primera reunión dentro de los 90 días siguientes al depósito del décimo primer instrumento de ratificación. Esta reunión será convocada por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos y la misma se celebrará en su sede, a menos que un Estado parte ofrezca la sede.

3. Los Estados parte se comprometen en la primera reunión a presentar un informe al Secretario General de la Organización para que lo transmita al Comité para ser analizado y estudiado. En lo sucesivo, los informes se presentarán cada cuatro años.

4. Los informes preparados en virtud del párrafo anterior deberán incluir las medidas que los Estados miembros hayan adoptado en la aplicación de esta Convención y

cualquier progreso que hayan realizado los Estados parte en la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Los informes también contendrán cualquier circunstancia o dificultad que afecte el grado de cumplimiento derivado de la presente Convención.

5. El Comité será el foro para examinar el progreso registrado en la aplicación de la Convención e intercambiar experiencias entre los Estados parte. Los informes que elabore el Comité recogerán el debate e incluirán información sobre las medidas que los Estados parte hayan adoptado en aplicación de esta Convención, los progresos que hayan realizado en la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, las circunstancias o dificultades que hayan tenido con la implementación de la Convención, así como las conclusiones, observaciones y sugerencias generales del Comité para el cumplimiento progresivo de la misma.

6. El Comité elaborará su reglamento interno y lo aprobará por mayoría absoluta.

7. El Secretario General brindará al Comité el apoyo que requiera para el cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO VII

No se interpretará que disposición alguna de la presente Convención restrinja o permita que los Estados parte limiten el disfrute de los derechos de las personas con discapacidad reconocidos por el derecho internacional consuetudinario o los instrumentos internacionales por los cuales un Estado parte está obligado.

ARTÍCULO VIII

1. La presente Convención estará abierta a todos los Estados miembros para su firma, en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el 8 de junio de 1999 y, a partir de esa fecha, permanecerá abierta a la firma de todos los Estados en la sede de la Organización de los Estados Americanos hasta su entrada en vigor.

2. La presente Convención está sujeta a ratificación.

3. La presente Convención entrará en vigor para los Estados ratificantes el trigésimo día a partir de la fecha en que se haya depositado el sexto instrumento de ratificación de un Estado miembro de la Organización de los Estados Americanos.

ARTÍCULO IX

Después de su entrada en vigor, la presente Convención estará abierta a la adhesión de todos los Estados que no la hayan firmado.

ARTÍCULO X

1. Los instrumentos de ratificación y adhesión se depositarán en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

2. Para cada Estado que ratifique o adhiera a la Convención después de que se haya depositado el sexto instrumento de ratificación, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que tal Estado haya depositado su instrumento de ratificación o de adhesión.

ARTÍCULO XI

1. Cualquier Estado parte podrá formular propuestas de enmienda a esta Convención. Dichas propuestas serán presentadas a la Secretaría General de la OEA para su distribución a los Estados parte.

2. Las enmiendas entrarán en vigor para los Estados ratificantes de las mismas en la fecha en que dos tercios de los Estados parte hayan depositado el respectivo instrumento de ratificación. En cuanto al resto de los Estados parte, entrarán en vigor en la fecha en que depositen sus respectivos instrumentos de ratificación.

ARTÍCULO XII

Los Estados podrán formular reservas a la presente Convención al momento de ratificarla o adherirse a ella, siempre que no sean incompatibles con el objeto y propósito de la Convención y versen sobre una o más disposiciones específicas.

ARTÍCULO XIII

La presente Convención permanecerá en vigor indefinidamente, pero cualquiera de los Estados parte podrá denunciarla. El instrumento de denuncia será depositado en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Transcurrido un año, contado a partir de la fecha de depósito del instrumento de denuncia, la Convención cesará en sus efectos para el Estado denunciante, y permanecerá en vigor para los demás Estados parte. Dicha denuncia no eximirá al Estado parte de las obligaciones que le impone la presente Convención con respecto a toda acción u omisión ocurrida antes de la fecha en que haya surtido efecto la denuncia.

ARTÍCULO XIV

1. El instrumento original de la presente Convención, cuyos textos en español, francés, inglés y portugués son igualmente auténticos, será depositado en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, la que enviará copia auténtica de su texto, para su registro y publicación, a la Secretaría de las

Naciones Unidas, de conformidad con el Artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas.

2. La Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos notificará a los Estados miembros de dicha Organización y a los Estados que se hayan adherido a la Convención, las firmas, los depósitos de instrumentos de ratificación, adhesión y denuncia, así como las reservas que hubiese.

Anexo 2 Resolución Ministerial 771 – 2004/MINSA

MINISTERIO DE SALUD

No. 771-2004/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DR. BEATRIZ CACERES ILLI
Secretaria General
MINISTERIO DE SALUD

Resolución Ministerial

Lima, 27 de Julio del 2004

CONSIDERANDO:

Que el artículo 5° de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, para lograr objetivos funcionales como la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población; el entorno saludable para toda la población; la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad; la prevención y control de las epidemias, entre otros;

Que el artículo 10° del Reglamento de la citada Ley, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, señala que el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud tiene como objetivo funcional general, prevenir riesgos y daños así como restablecer la salud de la persona y de la población; el que a su vez está conformado por diversos subprocesos, entre ellos el de regulación y supervisión de la salud individual y colectiva, cuyo objetivo funcional es lograr la normalización, estandarización y cumplimiento de la atención integral y universal de la salud de la población;

Que en el inciso c) del artículo 50° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 014-2002-SA, señala que son objetivos funcionales generales de la Dirección General de Salud de las Personas, el establecer las normas y control del desarrollo de las estrategias sanitarias y de los programas de salud de las personas;

Que, así mismo, en el inciso e) del referido artículo, se establece que es de cargo de la Dirección General de Salud de las Personas, proponer las políticas, prioridades y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención, con alcance sectorial e institucional, entre otros objetivos funcionales generales;

Que en cumplimiento de las indicadas funciones, la Dirección General de Salud de las Personas, ha propuesto institucionalizar las Estrategias Sanitarias Nacionales, contempladas en el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos- El Modelo de Atención Integral de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 729-2003-SADM, del 20 de junio de 2003, como mecanismos necesarios para mejorar la gestión sanitaria del sector;

Que a fin de garantizar que las mencionadas Estrategias Sanitarias Nacionales puedan diseñarse, implementarse y aplicarse exitosamente, es necesario establecer instancias de coordinación, supervisión y monitoreo;



MINISTERIO DE SALUD

De conformidad con lo previsto en el literal f) del artículo 8° de la Ley N° 27657 -Ley del Ministerio de Salud:

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Establecer las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, y sus respectivos órganos responsables:

Estrategia Sanitaria Nacional	Órganos responsables
<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Dirección General de Salud de las Personas
<input type="checkbox"/> Prevención y Control de Enfermedades Metabólicas y otras Transmisibles por Vectores	<input type="checkbox"/> Dirección General de Salud de las Personas
<input type="checkbox"/> Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA	<input type="checkbox"/> Dirección General de Salud de las Personas
<input type="checkbox"/> Prevención y Control de Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Dirección General de Salud de las Personas
<input type="checkbox"/> Salud Sexual y Salud Reproductiva	<input type="checkbox"/> Dirección General de Salud de las Personas
<input type="checkbox"/> Prevención y Control de Daños No Transmisibles	<input type="checkbox"/> Dirección General de Salud de las Personas
<input type="checkbox"/> Accidentes de Tránsito	<input type="checkbox"/> Oficina General de Defensa Nacional
<input type="checkbox"/> Salud de las Poblaciones Indígenas	<input type="checkbox"/> Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud
<input type="checkbox"/> Alimentación y Nutrición Saludable	<input type="checkbox"/> Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud
<input type="checkbox"/> Salud Mental y Cultura de Paz	<input type="checkbox"/> Dirección General de Promoción de la Salud



Artículo 2°.- Las Estrategias Sanitarias Nacionales estarán a cargo de Coordinadores Nacionales que serán nombrados por resolución ministerial.

Artículo 3°.- Los Coordinadores Nacionales tendrán las funciones de diseñar, planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar la implementación y ejecución de las Estrategias Sanitarias Nacionales, así como su articulación intra e intersectorial.

