

Lockett apoya nuestra causa y c
nuestros VIENTRES V



Ley Nacional
de Fertilización
Asistida

Infinitas gracias milo, por hacerme
que no hay que hablar de vientre
sino de dar vida, de amar.

FERTILIZACION ASISTIDA . UN DERECHO QUE NO PUEDE S

Curso de Auditoria Médica - Hospital Alemán

Prof. Dr. Agustín Orlando

2012

Monografía

“Fertilidad Asistida” En la Provincia de Buenos Aires

Andrea Nikceвич – Mónica Preisz

Adrián Villaravide

Indice:

I - Introducción

II - Generalidades

III - Tratamientos

V - Costos y Gastos

VI - Aspecto Legales

VII - Conclusión



I - Introducción:

Considerando que de acuerdo a la O.M.S., El Ministerio de Salud de la Nación y sus referentes Provinciales y La Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad, la “Infertilidad” es reconocida como enfermedad.

Y teniendo en cuenta que esta problemática afecta a la cuarta parte de las parejas en nuestro país, la aparición de una primera ley generó una gran movilización en procura de acceder a los tratamientos y es por ello que el 2 de Diciembre de 2010, en el ámbito del territorio de la Pcia. De Buenos Aires se sanciona la Ley 14.208 sobre “Fertilidad Asistida”, la misma tiene su origen dentro del seno del Gobierno, permitiendo, de esta forma que los habitantes de esta provincia accedan a través de los centros de salud públicos y extensibles al ámbito privado a un tratamiento de fertilización asistida, con el 100 % de cobertura en el costo del mismo.

Lográndose de esta manera presionar para que la misma se trate desde el Gobierno Nacional, con el fin de sancionar una ley que cubra todo el territorio.

Actualmente esta Ley Nacional es un proyecto con media sanción, quedando su tratamiento en la cámara alta del Congreso y posterior reglamentación y entrada en vigencia.

Por lo que hasta el momento nos valemos de la ley existente.

El acceso al tratamiento dentro del sistema público provincial, está reglamentado por esta ley y sus normativas, y es de aplicación obligatoria para todos los solicitantes sin distinción alguna, salvo la que esta detalla, y que a continuación describimos.

Requisitos de accesibilidad

1. *La pareja debe residir dentro del territorio de la Provincia de Buenos Aires, por un período de dos o más años. Presentación de certificado de Domicilio si es permanente y para quienes alquilan copia legalizada del contrato de alquiler.*
2. *Certificado Médico con la indicación de iniciar tratamiento de Fertilidad, expedido por profesional colegiado en la Provincia de Buenos Aires.*
3. *Presentar Recibo de Servicio o Impuesto a nombre de una de las partes con dos o más años de antigüedad.*
4. *D.N.I. (Argentinos o naturalizados exclusivamente) con domicilio en la Provincia.*
5. *Acta de Matrimonio ó certificado de Unión consensual legalizados.*

6. *Las parejas deben ser heterosexuales.(sin excepción)*
7. *La edad máxima en la mujer debe ser de 40 años.*
8. *No es necesario tener obra social. Si la tuviere debe declararla y presentar la documentación correspondiente. Si es de IOMA, debe iniciar el expediente de autorización con resumen de historia clínica.*

Es importante que toda la documentación se presente en original y copia, la cual quedará archivada en la Historia Clínica.

Si alguna de las partes ya tuviera hijos, de relaciones anteriores y/o con la actual pareja, no invalida el acceso al tratamiento.

“Una vez realizados todos los tratamientos sin resultado positivo,(máximo tres intentos) se pierde el derecho a nuevos intentos”. Queda aclarado cuando se firma la documentación para el inicio del tratamiento.

Las parejas firmarán los consentimientos médicos correspondientes, y el acta de conocimiento de las reglamentaciones de la ley vigente. Se someterán durante todo el tratamiento a seguimiento por el Servicio de Salud mental (Psicólogo y Sociólogo) y cumplimentaran los trámites que Servicio Social indicara a tales efectos.

II - Generalidades sobre Infertilidad

La infertilidad es una entidad común con importantes implicancias médicas , psicológicas, económicas y demográficas. Dicha entidad involucra a la pareja más que al individuo en particular.

Está definida como la imposibilidad de una pareja de concebir luego de 12 meses de relaciones sexuales regulares (2 a 3 veces por semana) sin uso de métodos anticonceptivos en mujeres menores de 35 años de edad; y luego de 6 meses en mayores de 35 años.

- **Primaria :** no presenta embarazos / partos previos
- **Secundaria :** antecedentes de embarazos / partos previos
- **Subfértil :** parejas que tiene disminuida la tasa de fecundidad por ciclo.

La tasa de infertilidad va aumentando a medida que progresa la edad materna; de 9% antes de los 29 años, hasta un 64% en el rango de 40 a 44 años. Existe vasta literatura que demuestra una disminución de las tasas de concepción, implantación y nacidos vivos en relación al incremento de la edad materna.

En la Argentina, aproximadamente la mitad de los tratamientos de fertilización asistida se realizan en mujeres mayores de 35 años edad, etapa durante la cual la fertilidad ya ha comenzado a declinar.

Además como tendencia mundial, se observa un retraso en la edad promedio de la primera gestación siendo de 28,8 años en la Argentina; 28,3 años en Suecia, aumentando a 29,6 años en Canadá.

Esto conlleva a una disminución de las tasas de efectividad y a un incremento de las tasas de aborto, anomalías fetales y aumento de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil.

El factor edad ha demostrado ser en diferentes estudios uno de los factores pronóstico más relevantes como variable predictiva de la tasa de nacidos vivos, aún como factor individual.

Causas de Infertilidad

La O. M. S. desarrollo un estudio en 8500 parejas infértiles, utilizando criterios estándar para determinar las situaciones medicas que contribuían a la infertilidad.

Algunas causas de infertilidad son fácilmente identificables, tales como azoospermia, amenorrea de larga data u obstrucción tubaria bilateral.

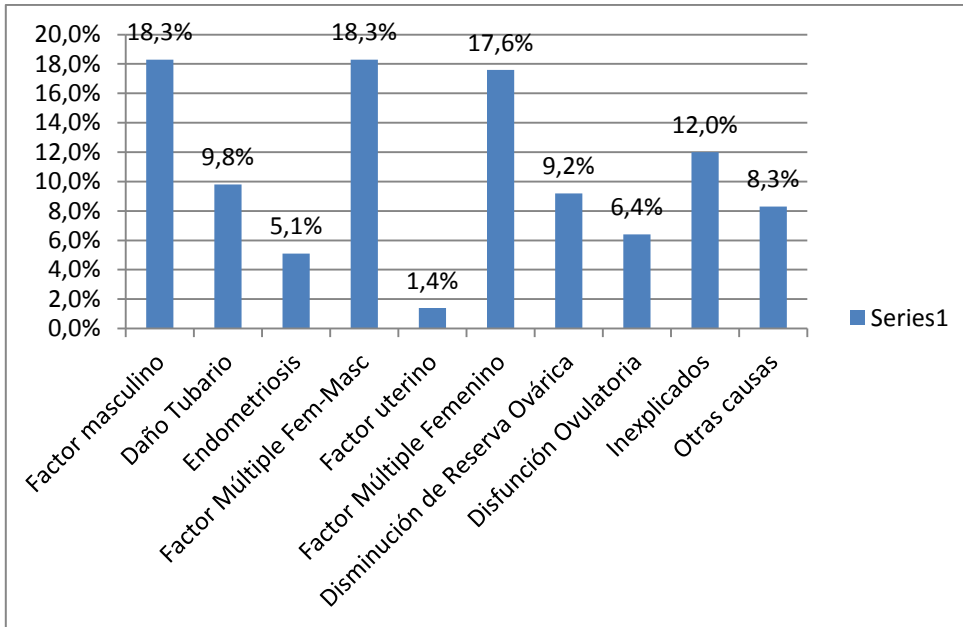
Sin embargo la situación es menos clara en la mayoría de las parejas: oligospermia, oligomenorrea con algunos ciclos ovulatorios, obstrucción tubaria parcial. Esto hace difícil priorizar dichos hallazgos al momento de asesorar a parejas infértiles.

La dudosa relación causal entre la anormalidad en pruebas diagnósticas y las verdaderas causas de infertilidad dificultan la estimación de la frecuencia de las mismas.

Ciertos factores se hallan asociados con la infertilidad :

- Factor masculino 18,3 %
- Daño tubario 9,8 %
- Endometriosis 5,1%
- Factor múltiple Femenino y Masculino 18,3 %
- Factor Uterino 1,4 %
- Factor Múltiple Femenino 11,3%
- Disminución reserva ovárica 9,2%

- Disfunción ovulatoria 6,4 %
- Inexplicados 12%
- Otras causas 8,3%



La frecuencia de estos factores es similar tanto en la infertilidad primaria como en la secundaria, y no ha variado significativamente en los últimos 25 años en países desarrollados.

Evaluación de la Infertilidad

El momento oportuno para la evaluación inicial de la infertilidad depende de la edad de la mujer así como también como los factores de riesgo de la pareja.

Con el paso de los años es sabido que declina la fecundidad, especialmente a partir de los 30 años de edad.

El retraso en la evaluación y el tratamiento de la mujer infértil puede disminuir la tasa de éxito.

Los factores femeninos incluyen la falla ovárica prematura (antecedentes de cirugía ovárica exposición a drogas citotóxicas ó radioterapia pelviana, enfermedades autoinmunes antecedentes familiares de menopausia precoz/falla

ovárica prematura), estadios avanzados de endometriosis o enfermedad útero-tubaria conocido o sospechada.

Los factores masculinos también deben ser evaluados en forma temprana (tratamientos de radioterapia, antecedentes de infertilidad con otras parejas. Etc.).

Además de éstos factores, deben tenerse en cuenta la recomendación acerca de los cambios en los hábitos de la pareja que puedan contribuir con la fertilidad: “mantener un adecuado peso corporal, abandonar el hábito tabáquico y limitar el consumo de alcohol y cafeína”.

Los siguientes exámenes son útiles en la mayoría de las parejas infértiles:

- Espermograma
- Dosajes de LH
- Histerosalpingografía
- Dosajes de FSH y estradiol

En parejas seleccionadas, debe completarse la evaluación inicial con :

- Ecografía ginecológica (evalúa presencia de miomas uterinos, quistes ováricos)
- Laparoscopia para diagnóstico de endometriosis u otra patología pelviana.
- Evaluación de la función tiroidea
- Evaluación de la reserva ovárica en mayores de 35 años de edad

Impacto psicológico de la Infertilidad:

Como profesionales de la salud desarrollamos la habilidad de diagnosticar y tratar la mayoría de los casos de infertilidad, en un enfoque inicial orientado hacia una condición orgánica.

Existen evidencias que los niveles de stress influyen en el resultado de los tratamientos para infertilidad, como axial también condicionan la decisión de los pacientes a continuar los tratamientos; sus reacciones ante la pérdida del embarazo y las complicaciones del mismo.

Investigaciones demuestran que las principales fuentes de stress en pacientes infértiles es el impacto de la infertilidad en su vida social, su salud sexual y la relación con su pareja.

Muchas veces el nivel de stress sufrido por la pareja es subestimado debido a los esfuerzos de esta de mostrarse con menos ansiedad, para ser psicológicamente aptos de someterse a un tratamiento para infertilidad. Por lo general el componente de la pareja que presenta el problema es el que sufre mayor stress.

El Gold Standard en asesoramiento psicológico es una entrevista personal con profesional psicólogo/psiquiatra, recomendándose un cuestionario que abarque distintas áreas, el mismo debería incluir a modo de ejemplo los siguientes tópicos:

- Se siente incomodo ante la presencia de mujeres embarazadas y/o bebes o niños
- Evita las situaciones en las que se encuentre con mujeres embarazadas y/o bebes o niños?
- Su relación sexual es muy satisfactoria, satisfactoria o insatisfactoria, y de ser así, siente que su infertilidad ha tenido un impacto negativo en su vida sexual ?
- Ud. solo tiene relaciones durante el periodo fértil de su ciclo?
- Siente que su pareja y Ud. están de acuerdo respecto al tratamiento de fertilización?
- Se siente apoyado y contenido por su pareja?
- Como esta su humor? Como se ha sentido? Es capaz de disfrutar sus actividades diarias?
- Está preocupado? Tiene problemas de insomnio ? Dificultades para concentrarse?
- Ha cambiado su apetito últimamente?

Los trastornos psicológicos más frecuentes entre las parejas infértiles son los trastornos de ansiedad (23 %) y la depresión (17 %).

IV - Tratamientos

Reproducción asistida

“Se define como reproducción asistida a todos los procedimientos por los cuales el médico o biólogo aproxima las gametas masculinas y femeninas con el objetivo de favorecer la fertilización”.

Se dividen en técnicas de:

- Baja complejidad : Inseminación artificial
- Alta complejidad : Fertilización in Vitro (FIV), inyección espermática intracitoplasmática (ICSI)

Indicaciones :

- Falta de respuesta a otros tratamientos (Endometriosis, varicocele, infecciones, etc.)
- Etiología no posible de resolver por otros tratamientos (Falla ovárica, agenesia de vías espermáticas)
- Conveniencia de no efectuar otros tratamientos (Edad materna avanzada, baja efectividad de los tratamientos convencionales)

Reproducción asistida de Baja Complejidad

Inseminación intrauterina homóloga : (IIH)

Consiste en la colocación de espermatozoides previamente capacitados en la cavidad uterina, utilizando semen de la pareja, a través de una cánula de inseminación, con el fin de lograr un embarazo.

Es la terapéutica de elección cuando existe un factor cervical, factor coital, factor masculino leve a moderado, paternidad diferida (enfermedades que requieren quimioterapia ó enfermedades crónicas) ó en parejas HIV + para evitar sobreinfecciones.

Otras indicaciones de esta técnica (aunque no necesariamente de inicio) son la anovulación normogonadotrófica : “amenorrea- oligomenorrea, defectos de la fase lútea, endometriosis, obstrucción tubárica unilateral”.

Con esta técnica el porcentaje de éxito, es decir la tasa de embarazo por ciclo estimulado es variable y oscila entre el 10 - 20 %, dependiendo del tipo de Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) siendo mayor, utilizando la combinación de Citrato de Clomifeno + gonadotrofinas, ó gonadotrofinas sola.

Luego del cuarto intento la tasa de embarazo se estabiliza, por lo cual es aconsejable intentar hasta 3-6 ciclos por pareja, debiendo tener en cuenta siempre cada caso en particular y la edad de la paciente.

Las tasas de embarazo (TE)y de nacidos vivos es significativamente mayor en pacientes con una edad menor o igual a 35 años , 23,1 % y 21,8% respectivamente vs. pacientes entre 35 y 40 años , TE 5,9 %, tasa de nacido vivo 3,5 %.

Inseminación cervical (Cup) :

Puede considerarse en los casos de factor coital, o en casos con semen heterólogo y cuando no puede utilizarse HOC . Se realiza con semen fresco, 12 hs posteriores del pico de LH, ya que posteriormente el moco cervical se vuelve hostil para los espermatozoides.

Perfusión tubárica:

Esta técnica consiste en bañar ambas trompas con semen previamente capacitado (aproximadamente 4 ml.), no presenta ventajas sobre la inseminación intrauterina homóloga .

Reproducción asistida de Alta Complejidad

Son técnicas que se han incorporado hacia fines de la década del 70 y desde entonces se han utilizado ampliamente, permitiendo que muchas parejas logran concebir. Constan de varios pasos, siendo la estimulación ovárica el eje fundamental.

El uso de fármacos inductores de la ovulación no sólo se indican en mujeres anovuladoras.

El objetivo de una adecuada estimulación ovárica consiste en :

- Obtener una respuesta suprafisiológica, aumentando así el número de ovocitos aspirados para fertilizar y como consecuencia, el número de embriones disponibles para la transferencia, con el incremento de las tasa de embarazo.
- Evitar picos espontáneos y prematuros de LH.
- Inducir la maduración folicular
- Disminuir las complicaciones derivadas de estos procedimientos.

Fertilización in vitro: (FIV)

Introducción

La Fertilización in Vitro (FIV) se refiere al procedimiento diseñado para superar la infertilidad y lograr el embarazo como resultado directo de su intervención.

En general los ovarios son estimulados por una combinación de drogas y uno o más ovocitos aspirados de los folículos ováricos; éstos son fertilizados en el laboratorio (in Vitro) luego de lo cual uno o más embriones son transferidos a la cavidad

uterina. Estos pasos ocurren alrededor de un intervalo de 2 o 3 semanas, el cual es llamado ciclo de FIV.

El primer embarazo y nacimiento vivo ocurrido luego de FIV, fue reportado hace más de 3 décadas atrás.

Desde entonces, más de 4.000.000 de embarazos han sido logrados a través de FIV y sus *modificaciones, conocidas genéricamente* como técnicas de reproducción asistida.

Dado la experiencia adquirida, el porcentaje de tratamientos exitosos ha aumentado y se han ampliado sus indicaciones, de allí que las técnicas de reproducción asistida cuenta entre el 1-3 % de los nacidos vivos en EEUU y Europa.

Selección de pacientes

Se debe realizar una completa evaluación de la infertilidad en ambos miembros de la pareja previo a la FIV.

Inicialmente indicada en mujeres con enfermedad tubaria que no puede corregirse quirúrgicamente, incluye además otros casos de infertilidad, tales como:

- Factor tubario
- Infertilidad masculina severa
- Reserva ovárica disminuída
- Falla de otros tratamientos
- Falla ovárica(recurriendo a la ovodonación)
- Factor uterino

Las desventajas de la FIV incluyen el alto costo, la necesidad de procedimientos y drogas asociadas con ciertos riesgos para la mujer y el aumento de complicaciones fetales.

En general, en ausencia de impedimentos absolutos para la concepción - (Trompas de Falopio obstruidas/ Factor masculino severo) se debe ofrecer a las pa-rejas 3 a 6 ciclos de superovulación e inseminación intrauterina antes de realizar FIV.

En parejas jóvenes sin impedimentos absolutos para la concepción es razonable aguardar 1 año de relaciones sin protección y 1 año de tratamiento convencional.

En parejas mayores el período es más corto, de hecho en parejas con mujeres mayores de 40 años es razonable ofrecer la FIV como primera opción.

Factores pre-ciclo asociados al éxito de FIV

- Menor edad materna
- Adecuada reserva ovárica
- Hidrosalpinx

Factores negativos y sin efecto sobre la FIV

- Leiomiomas submucosos (los subserosos no implican riesgo para el embarazo)
- Endometrioma
- Tabaquismo
- Antecedente de embarazo previo (mejor pronóstico)
- FIV previa fallida no es indicador de mal pronóstico en ciclos siguientes
- Obesidad (mayor prevalencia de infertilidad)

Pasos de la técnica

- Hiperestimulación ovárica controlada

Se realiza con la administración de diferentes esquemas :

- Estrógenos: Clomifeno / Tamoxifeno, Hormona Foliculoestimulante (FSH), Análogos de GnRh, Gonadotrofina Coriónica Humana (GCH).

Se llaman **pobres respondedoras** a las mujeres que requieren altas dosis de medicación para estimular el ovario y que producen bajo número de ovocitos por ciclo y bajos niveles de estradiol.

* Aspiración folicular y fertilización

Se realiza 36 hs luego de la administración de HCG, bajo control ecográfico y neuroleptoanalgesia.

Se introduce una aguja en cada folículo y el contenido folicular se aspira.

***Fertilización in Vitro**

Para lograr la fertilización los ovocitos recuperados son mezclados con espermatozoides móviles luego del procedimiento (swin up o gradientes de Isolite).

Los fracasos del tratamiento por factor severo masculino de infertilidad requiere del uso de micromanipulación e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)

La combinación de ICSI /FIV ha resultado en tasas de embarazo de parejas con factor masculino comparables con aquellas sin dicho factor.

Tasas de fertilización de aproximadamente 70 % pueden lograrse con la microinyección de espermatozoides fresco eyaculado. También se han logrado con espermatozoides obtenido del epidídimo o directamente del testículo.

La ICSI debe reservarse para aquellos con factor masculino de fertilidad severo o fertilización previa fallida.

Manejo del embrión:

La fertilización del ovocito se confirma por la observación de 2 pronúcleos dentro del cigoto luego de 17 horas de la inseminación o ICSI.

Luego de la fertilización las células individuales de cada embrión (blastómeros) se dividen cada 12 o 14 horas, por lo cual el embrión alcanza aproximadamente 8 células en 72 hs. Embriones entre los días 2 y 4 son llamados en estadio de división (Cleavage Stage Embryo).

El estadio de blastocito es alcanzado alrededor del día 5 luego de la recuperación del ovocito y se aguarda la implantación el día 7; la transferencia debe tener lugar previo a ese tiempo.

Hatching es un proceso natural en el cual el embrión se expande y eventualmente rompe la zona pelúcida para implantarse en la superficie del endometrio.

Assisted Hatching se refiere al procedimiento de laboratorio por el cual la zona pelúcida alrededor del tercer día es mecánicamente o químicamente abierta para ayudar al embrión en hatching.

El procedimiento puede mejorar el porcentaje de embriones para implantar en casos selectos de mal pronóstico.

Si se planeó realizar diagnóstico genético pre-implantación, la biopsia se realiza 72 hs luego de la aspiración del ovocito. El cultivo del embrión continua hasta el resultado

Luego de la fertilización los embriones se mantienen en cultivo por períodos variables de tiempo, aunque la mayoría de los programas los transfieren al útero alrededor de 72 hs luego de la aspiración.

La cantidad de embriones transferidos es variable y dependen de ciertos factores tales como, edad materna, número de ovocitos recuperados y la disponibilidad para la criopreservación.

La Sociedad Americana de Reproducción sugieren transferir no más de 3 embriones entre los 38 y 39 años de edad y hasta 5 en mujeres mayores de 40 años.

Los embriones excedentes pueden criopreservarse para futuras transferencias; aunque entre el 10 -20 % no sobrevive.

Se ha demostrado mejores resultados con la utilización de embriones criopreservados, esto puede ser debido a que ellos tienen menores niveles de estrógenos, lo cual favorece la implantación.

Ovodonación

La ovodonación es una parte integral de los sistemas modernos de reproducción asistida.

Originalmente se indicaba en mujeres con insuficiencia ovarica primaria (falla ovárica prematura), o para aquellas que hubieran tenido enfermedades genéticas y no quisieran transmitir el gen defectuoso.

Actualmente la ovodonación se utiliza en mujeres con ciertos desórdenes reproductivos y en aquellas que tienen una edad reproductiva avanzada.

En los estados Unidos, aproximadamente 17.000 procedimientos de FIV se realizan con ovocitos donados. A través de los años se han mejorado las técnicas de ovodonación. Ciertos refinamientos en la misma han mejorado notablemente su eficiencia, entre ellos se incluyen :

- Recolección de ovocitos del donante utilizando guía ecográfica.

- Administración de agonistas de la secreción de Gonadotrofinas (GnRh) o antagonistas a la donante y receptor respectivamente para facilitar la sincronización del ciclo menstrual de la dadora con la receptora
- Recurrir a donantes jóvenes para garantizar calidad y cantidad de ovocitos obtenidos.
- Mejorar las técnicas de criopreservación , las cuales permiten transferir múltiples ovocitos con una única donación.

A partir de 1989 se comenzó a utilizar la ovodonación para los casos relacionados con la edad materna avanzada.

Hoy en día las tasas de nacimientos exceden un 50% el número de embriones transferidos, en casos de mujeres de entre 40 y 50 años de edad. Esto sugiere que el descenso en la fecundidad, y el incremento de embarazos asociados a la edad se debe a problemas ováricos más que uterinos.

La selección de donantes se realiza en la comunidad y tradicionalmente no conocen a las receptoras.

En áreas metropolitanas de los EEUU las donantes cobran entre U\$S 2.500 – 8.000., Fuera de ese país la remuneración es mal vista e incluso es ilegal en algunos lugares.

Relacionar a la donante con la receptora se basa usualmente en similitudes fenotípicas. Las donantes son mujeres entre 21 y 34 años, ya que en mujeres mayores se requiere amniocentesis o biopsia de vellosidades coriónicas.

Para la selección de dadoras, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva sugiere incluir una evaluación de la salud física y mental de las candidatas, así como también evaluar el riesgo de enfermedades infecciosas.

Por otra parte la ovodonación conlleva varias problemas, ya que en general se trata de mujeres mayores de 35 años y sus embarazos deben considerarse de alto riesgo.

Son comunes los embarazos múltiples (mayor al 40 %), con las consecuentes complicaciones obstétricas. De ahí la importancia de enfatizar a las receptoras, particularmente a las mayores de 40 años para que evalúen la transferencias de un embrión único, para disminuir los riesgos de una gestación múltiple.

A pesar de todo lo expuesto el resultado sigue siendo bueno, así lo demuestra un estudio realizado sobre 74 embarazos en mujeres de entre 45 y 53 años, el cual arribó a las siguientes conclusiones :

EMBARAZO			
	UNICO	MELLIZOS	TRILLIZOS
CANTIDAD	45	24	5
PESO EN GRAMOS	3.218	2.558	1.775
GESTACION	38 sem.	36 sem.	34,5 sem.

* Complicaciones perinatales : 38 %

Parto prematuro (n=9)

DBT gestacional (n=6)

HTA gestacional (n= 3)

RPM (n= 3)

Placenta previa (n=3)

Placenta acreta (n=2)

Preeclampsia (n=2)

Síndrome HELPP (n=2)

Síndrome del túnel carpiano (n=1)

Para concluir, cabe agregar que el congelamiento exitoso de ovocitos ha simplificado los procedimientos y abaratado costos al no ser necesaria la sincronización del ciclo entre la donante y receptora; y por lo tanto la administración de agonistas -antagonistas GnRh.

Además ha permitido disminuir la criopreservación de embriones supernumerarios, y así también el costo económico de tal procedimiento; y los conflictos éticos religiosos que surgen al tener que decidir el destino de dichos embriones si no se utilizan, tiempo de conservación etc.

V - Costos y Gastos:

Dentro del ámbito de prestadores, en función de la ley vigente, con cobertura exclusivamente en la Provincia de Buenos Aires, es muy importante, destacar que los costos y gastos, son absorbidos por el Ministerio de Salud de la Provincia.

Para entender como la provincia da cobertura, es necesario, establecer el circuito, de cobertura y contrataciones.

“Las Obras Sociales y Prepagas, que dan cobertura a sus afiliados dentro de la Pcia de Bs. As. tienen acceso al tratamiento dejando en claro que las mismas pagaran el valor del módulo correspondiente, y que sólo el Hospital decide la cantidad de tratamientos a los que accederá la pareja. Por lo que las mismas deberán cubrir los gastos correspondientes sin derecho a reclamo”.

Que a continuación detallamos:

1- Se inicia el pedido de autorización para los servicios por la cantidad de parejas en tratamiento según el módulo al que pertenecen.

2- Se remiten las solicitudes al Ministerio de Salud, quién a través de la D.G.A. autoriza y procede al llamado a licitación o contratación directa, según el monto y presupuesto.

3- El prestador que gana la licitación o la contratación es el responsable de llevar a cabo los tratamientos correspondientes debiendo elevar con firma y documento de los pacientes y firma y sello de los profesionales intervinientes todos los procesos realizados detalladamente.

4- En todos los casos la medicación (hormonas) es entregada por el Hospital al paciente personalmente, por medio de la Farmacia.

“Las parejas sometidas a tratamiento, forman parte de un equipo de profesionales del Hospital que seguirán con ellos hasta la finalización del tratamiento, y serán sus personas de referencia incluso en su relación con prestadores privados”

5- La Obras sociales y prepagas, que autorizan a sus afiliados a realizar el tratamiento en el Hospital reciben el presupuesto según el tratamiento.

6- Logrado el embarazo, la pareja sigue su desarrollo hasta el nacimiento, con un obstetra de su confianza.

Detalle de los Módulos: (valor estimativo actual)

- **Baja complejidad:** “Inseminación Intrauterina” (IIU)
Inclusiones: Honorarios y Procedimientos Médicos
Prácticas: Monitoreo folicular por EcoEndovaginal
Dosaje Hormonal, materiales descartables. Procedimiento de Inyección Intrauterina. Uso de aparatología.
estudios y seguimiento de la paciente hasta el diagnóstico de embarazo por imágenes y dosaje hormonal ó certificación de tratamiento fallido.
Exclusiones: Medicación y prácticas de recuperación espermáticas
Valor del Módulo: \$ 1.900.-
- **Alta complejidad:** Procedimiento FIV / ICSI
Inclusiones: Honorarios y Procedimientos Médicos
Prácticas: Aspiración ovocitaria, laboratorio de Fertilidad.
Transferencia de Embriones. Material descartable de FIV/ICSI.
Diagnóstico y seguimiento estricto del tratamiento. Anestesia.
Monitoreo de Ovulación. Criterio de Cancelación. Dosajes Hormonales. Estudios Prequirúrgicos.
Exclusiones: Medicación.
Valor del Módulo: \$ 15.900.-

Los gastos erogados por los Hospitales, en procura de incorporar aparatología, generar un nuevo espacio físico acorde a las necesidades del servicio, afrontar la disponibilidad de material descartable, medicación y otros elementos necesarios para el desempeño óptimo del profesional, quedarán estipulados en función de los datos estadísticos que el servicio a través de sus responsables, remitirán al Ministerio de Salud, para que este autorice y gire los fondos presupuestarios a tales fines.

Cabe aclarar que para la apertura de una nueva unidad de Fertilidad Asistida, el Hospital interesado deberá elevar los informes de factibilidad al Ministerio de Salud, quién a través de sus Direcciones de Economía, Desarrollo y planeamiento entre otros sectores, verán la viabilidad y sustentabilidad de tal proyecto.

VI - Aspectos Legales:

Con el fin de atender a los numerosos reclamos de cobertura en Fertilización Asistida, por aquellas parejas con deseos de procrear, y que encontraban en aspectos socio-económicos y baches legales, la imposibilidad de afrontar los tratamientos, en la Provincia de Buenos Aires, atentos a lo establecido por la Constitución

Nacional en su Art. 43 y Art. 75 (y Cons. Provincial Art. 36), las leyes Nacionales 23.179 y sus decretos reglamentarios "Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", Ley 23.660 "Obras Sociales", Ley 23.661 "Sistema Nacional de Seguro de Salud", (resol. 2002-2006-2007), Ley 25.673 "Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable" (Ley 13.066 Homóloga Provincial).

Es que el 02/12/2010 se sanciona la Ley 14.208, invitando a las Obras Sociales Nacionales y Prepagas con cobertura de sus afiliados en territorio Provincial a incorporar los tratamientos dándole el máximo de cobertura posible.

Queda en claro que el IOMA, como institución oficial, incorpora las prestaciones para sus afiliados, cubriendo la totalidad de los tratamientos correspondientes.

Ley 14.208

EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

LEY

ARTICULO 1º: *La presente ley tiene por objeto el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad, de acuerdo a los criterios internacionales sustentados por la Organización Mundial de la Salud. Así mismo se reconoce la cobertura médico asistencial de las prácticas médicas a través de fertilización homóloga reconocidas por dicha Organización, conforme lo nombrado en la presente y su reglamentación.*

ARTICULO 2º: *La infertilidad es la dificultad de una pareja de concebir un niño naturalmente o de llevar un embarazo a término, luego de un año de vida sexual activa.*

ARTICULO 3º: *Son objetivos de la presente, entre otros:*

1. *Garantizar el mayor nivel de tratamiento médico asistencial integral dentro del ámbito de las parejas que padezcan esta patología, para la procreación de un hijo biológico.*
2. *Regular, Controlar y Supervisar los Centros Médicos que realicen tanto los diagnósticos y tratamientos de la infertilidad y los procedimientos de la fertilidad asistida.*
3. *Elaborar estadísticas para el conocimiento, estudio y seguimiento de esta problemática, a través de la Autoridad de Aplicación.*
4. *Efectuar campañas de información y prevención en todo el ámbito del territorio provincial a fin de informar a la población de las posibles causas de esta enfermedad y los tratamientos existentes para lograr el embarazo y llevarlo a término.*
5. *Propiciar el desarrollo de centros de referencia de procreación humana asistida integral en efectores públicos, cuyo número y ubicación definirá la Autoridad de Aplicación con miras de facilitar el acceso a la población de todo el territorio provincial.*
6. *Capacitar, por intermedio de la Autoridad de Aplicación, a los Recursos Humanos para lograr su especialización, dentro y para los efectores públicos de salud.*

ARTICULO 4º: *El Estado Provincial a través de sus efectores públicos, deberá otorgar los citados tratamientos destinados a garantizar los derechos de los habitantes de la provincia, con dos años de residencia en la misma, preferentemente a quienes carezcan de todo tipo de cobertura médico-asistencial integral en el sistema de seguridad social y medicina prepaga.*

ARTICULO 5º: Incorpórese dentro de las prestaciones del instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.), la cobertura integral conforme el objeto de la presente.

ARTICULO 6º: Incorpórese dentro de las prestaciones de las obras sociales y de Medicina prepaga con actuación en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, la cobertura médico-asistencial integral conforme al objeto de la presente, según las especificaciones que a tal efecto dicte la Autoridad de Aplicación.

ARTICULO 7º: El Poder Ejecutivo determinará la Autoridad de Aplicación. Créase en el ámbito de dicha Autoridad el Consejo Consultivo Médico de Fertilidad Asistida. El mismo dictará su propia reglamentación dentro de los 90 días de constituido, que incluirá la constitución de un Comité Asesor de Bioética Transdisciplinario. La Autoridad de Aplicación fijará, además las prestaciones que se ofrecerán a las parejas beneficiarias, teniendo en cuenta los avances científicos en la materia.

ARTICULO 8º: El Poder Ejecutivo determinará la Autoridad de Aplicación.

ARTICULO 9º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la Ciudad de la Plata, a los 2 días del mes de diciembre del año dos mil diez.

Cabe destacar que la Fertilidad Asistida no ha sido incluida en el P.M.O., y no se han incluido modificaciones a los alcances de la ley Provincial, en procura de alinearse con la futura ley Nacional.

VII - CONCLUSION

En los últimos 20 años, mucho se ha legislado en materia de In-fertilidad y factores que impiden a una pareja procrear. Pero ninguna solución en cuanto a su reconocimiento como enfermedad y su cobertura por el sistema de seguridad social, obras sociales y prepagas con cobertura nacional. Situación que obligó a muchas parejas a recurrir a la justicia para que sus coberturas dieran respuesta a sus necesidades frente a los altos costos de los tratamientos.

En tanto otras hicieron lo propio, por carecer de este recurso y exigirle al estado que cubriera los mismos en los hospitales públicos.

Un número considerable de proyectos de fertilidad se presentaron y solo en la Provincia de Buenos Aires, se convirtió en Ley.

Por primera vez se le da a este problema de salud, el carácter de enfermedad, permitiendo que quienes lo padecen accedan equitativa-mente a la posibilidad de tener un hijo. Es importante considerar que al no ser una ley nacional, las prestaciones de los tratamientos no es-tan incluidos en el P.M.O.

Muchos aspectos legales y éticos quedan por resolver, tales como, la cantidad de intentos, las edades apropiadas para cada tratamiento, Criopreservación de Ovulos, Esperma y embriones, como así también el tiempo de conservación.

Quienes y como deben preservarse las responsabilidades legales de cada efector y de cada miembro de los equipos interdisciplinarios, Donación de Ovulos - Semen, alquiler de vientre, la donación de embriones, etc...

En la Actualidad, se realizan 200 consultas de parejas nuevas por mes, en tanto las consultas de parejas en tratamiento supera las 2400 consultas mensuales, en ambos casos se tomaron los cinco hospitales Provinciales que actualmente cuentan con la unidad de fertilidad asistida. Hasta el mes de Noviembre del 2012 , durante este año se produjeron 30 nacimientos y 86 embarazos.

Referencias:

www.ms.gba.gov.ar

www.legisalud.gov.ar

www.infoleg.com.ar

www.uptodate.com

- Guías de prácticas clínicas en medicina reproductiva 2011 S.A.M.E.R. (Soc. Arg. de Medicina Reproductiva)
- Manual de Procedimientos Médicos. Programa Provincial De Fertilización Asistida.
- PREFER Instituto de Ginecología y Fertilidad
- IOMA - Reglamentación y legislación
- APROSS (Provincia de Córdoba)
- Constitución Nacional Argentina.

