

# Ley de reproducción humana en Uruguay. Consideraciones para el ginecólogo general

*Human reproduction law in Uruguay.  
Considerations for the general gynecologist*

Virginia Chaquiriand<sup>1</sup>

## Resumen

En noviembre se cumplirán 10 años de la ley de Reproducción Humana Asistida. Esta integró la esterilidad y los tratamientos de reproducción para parejas infértiles, así como para mujeres solas o en pareja homosexual a las prestaciones del sistema de salud. En este artículo analizamos las pautas y la normativa de nuestro país, la cobertura de los pacientes, cuáles son los estudios y las técnicas que se incorporaron, qué pasos y para quienes, indicaciones y financiamiento, así como distintos aspectos sobre lo que pensamos que falta y debiera agregarse en próximas etapas.

Nuestro país tiene una ley avanzada, que ha permitido el nacimiento en 8 años de más de

2000 niños solo con alta complejidad. En el correr de estos 10 años se ha mejorado la accesibilidad reduciendo el incremento en los copagos, y se incorporó la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos.

Tenemos resultados que nos permiten compararnos con orgullo a los mejores del mundo. Pero es importante continuar mejorando para poder ampliar la accesibilidad y la equidad, sin perder la excelencia en la calidad de atención.

**Palabras clave:** ley de reproducción asistida, Uruguay

## Abstract

November will mark the 10th anniversary of the Assisted Human Reproduction Law. This law integrated sterility and reproductive treatments for infertile couples, as well as for single women or homosexual couples to the health system benefits. In this article we analyze the guidelines and regulations of our country, the cover-

1. Ex. Prof. Adjunta de Ginecología.  
Presidente de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana.

Virginia Chaquiriand, <https://orcid.org/0000-0003-1509-2780>

**Autor corresponsal:** Virginia Chaquiriand, [virginia.chaquiriand@gmail.com](mailto:virginia.chaquiriand@gmail.com)

**Recibido:** 28/06/2023 **Aceptado:** 30/07/2023

age of patients, which are the studies and techniques that were incorporated, which steps and for whom, indications and financing, as well as different aspects about what we think is missing and should be added in the next stages.

Our country has an advanced law, which has allowed the birth in 8 years of more than 2000 children only with high complexity. In the course of these 10 years, accessibility has been improved by reducing the increase in co-payments, and fertility preservation in oncology patients has been incorporated.

We have results that allow us to proudly compare ourselves to the best in the world. But it is important to continue improving in order to increase accessibility and equity, without losing excellence in the quality of care.

**Key words:** Assisted Human Reproduction Law, Uruguay.

## INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2023 se cumplieron 10 años de la firma de la ley de reproducción humana asistida, la ley 19.167.<sup>(8)</sup>

Hasta entonces, en nuestro país la esterilidad, su estudio y tratamiento y no estaban incluidas en las prestaciones de salud, y por tanto quienes tenían dificultades para concebir tenían que afrontar el problema no solo desde el punto de vista médico y afectivo, que ya es todo un desafío, sino que el problema económico hacía que para muchos, fuera una situación insuperable.

Analizaremos qué brinda la ley, a quiénes y en qué condiciones. Y también qué debe saber un ginecólogo o cualquier integrante del sistema de salud para encaminar a las pacientes, así como nuestra visión sobre lo que tenemos y lo que debemos mejorar.

La ley reconoce la esterilidad como una

enfermedad e incorpora en las prestaciones del sistema de salud, su estudio, diagnóstico y tratamiento, así como el acceso a estudios y a las técnicas para mujeres solas o en pareja homosexual.

Se define como esterilidad la incapacidad de una pareja para la concepción natural luego de un año e infertilidad la incapacidad de tener un recién nacido vivo.<sup>(4)</sup>

Establece las técnicas de reproducción, su incorporación así como sus límites, siendo taxativa («La aplicación de cualquier otra técnica no incluida en la enumeración detallada precedentemente, requerirá la autorización del Ministerio de Salud Pública, previo informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida».)<sup>(8)</sup>

Describe el financiamiento de los tratamientos, el funcionamiento de los mismos y establece la comisión honoraria de reproducción humana asistida para determinadas funciones.

Luego de firmada la ley, en 2014 se hizo primero la reglamentación de las etapas de diagnóstico y estudio así como financiamiento de la baja complejidad, estableciendo el Manual de procedimientos para el Manejo Sanitario de la Reproducción Asistida según Ley 19.167 / 2013.<sup>(2)</sup> Y en 2015 la norma que establece el financiamiento de la alta complejidad a través del FNR (Fondo Nacional de Recursos), norma que se fue modificando en la evolución y revisando a la luz de los resultados; actualmente, la última vigente es de 2023.<sup>(3)</sup>

Básicamente, lo que inicia entonces es una nueva «era» en que todas las instituciones del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud; hospitales o mutualistas así como seguros que atienden por Fonasa) deben brindar las consultas por fertilidad a través de equipos multidisciplinarios, integrados por

ginecólogo, psicólogo y andrólogo. Se establece una guía de los estudios básicos a realizar en función de las guías internacionales de buenas prácticas, incluyendo los estudios en las PIAS (Plan integral de Atención en Salud). Esta guía es el Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la Reproducción Asistida de acuerdo a la Ley 19.167.<sup>(2)</sup>

### ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA EL GINECÓLOGO GENERAL?

Es muy importante realizar los estudios desde el inicio a ambos integrantes de la pareja, cada uno en su institución, y completando correctamente la valoración de los dos. En el caso de las mujeres de inicio requiere múltiples estudios (estudio de reserva ovárica, ecografía, exudado cervicovaginal, estudios hormonales, estudio de la permeabilidad tubaria, serologías y eventualmente otros estudios en caso de encontrar patologías). En el caso del hombre se inicia con serologías y espermograma completo, en caso de no ser completamente normal es necesario repetirlo a los tres meses, y luego si se confirma su alteración, estudios hormonales, ecografía y ecodoppler testicular, espermocultivo y eventualmente estudios genéticos (cariotipo, mutaciones con fibrosis quística).<sup>(2)</sup>

Luego de establecidos los diagnósticos, y si es necesario se realizan interconsultas con otras especialidades, se establece cuál será la técnica a realizar. Las de baja complejidad se realizan en la propia institución o en el proveedor externo que la misma designe, a través de copagos que se fijan al igual que los copagos de otros estudios o procedimientos (ejemplo: los de tomografías, resonancias, laparoscopias). En el caso de los hospitales públicos, estos tratamientos no tienen costo para los pacientes.

En las mutualistas los copagos son iguales para todas y los fijan las autoridades de salud. Los seguros tienen un régimen algo diferente en cada caso, como sucede para otras prestaciones.

Se cubren hasta tres intentos de relaciones programadas con estimulación de la ovulación y tres intentos de inseminaciones artificiales (con semen de cónyuge o de donante).

En caso de fallo de la baja complejidad o cuando de inicio la indicación es de alta complejidad, se presenta el caso ante el Fondo Nacional de Recursos (FNR) para solicitar la cobertura del mismo.<sup>(3)</sup> Se estableció para ello un sistema de copagos, siendo la reproducción humana asistida, la única prestación del FNR que tiene financiación parcial (para el resto de las prestaciones del FNR el financiamiento es total para todas las personas que tienen cobertura). (Por ejemplo la diálisis es siempre gratis para todos independiente de los ingresos que perciban los pacientes).

En las primeras visitas se realiza la historia clínica completa, examen físico, ecografía, estudio de la reserva ovárica, permeabilidad tubaria y factor masculino. Desde el inicio ambos integrantes deben hacer serologías infecciosas también.

Se sugiere consulta con psicología, y es obligatorio realizarla en caso de requerir donación de gametas o embriones, es decir que quienes vayan a hacer tratamiento con donación de semen, óvulos o embriones deberán consultar y tener el informe correspondiente para que se le asigne la donación.

Quienes tienen patologías de base, necesitan también valoración por los especialistas que los siguen, con vistas a optimizar el terreno para el embarazo, evaluar la potencial influencia del embarazo sobre la pato-

logía y viceversa, y también del tratamiento de reproducción sobre la patología, riesgos y complicaciones por la suma de ambas cosas.

De ahí la importancia en la práctica clínica, de trabajar en equipos interdisciplinarios con otros especialistas como ecografistas, medicina interna, endocrinología, nefrología, urología, hematología, genetistas y otros.

También es importante trabajar en equipo con otras subespecialidades de la propia ginecología como los que hacen endoscopia, cirugía ginecológica, y el seguimiento del embarazo luego de conseguido el mismo.

El ideal es tener diálogo fluido como sucede en los equipos de obstetricia de alto riesgo e insertar el equipo de reproducción en seno del mismo equipo. En el largo plazo permite un aprendizaje continuo de todo el equipo que enriquece a todos y permite brindar una asistencia integral.

Si hemos de describir a grandes rasgos los tratamientos, la baja complejidad es aquella en que la fecundación se produce en el vientre de la mujer, la alta complejidad cuando se produce en el laboratorio.<sup>(4)</sup>

El primer escalón de la baja complejidad son los coitos programados o relaciones dirigidas, en general con estimulación de la ovulación y seguimiento folicular ecográfico. Está indicado sobre todo en pacientes jóvenes con trastornos ovulatorios. Es esencial el seguimiento ecográfico para evaluar la respuesta a la estimulación y sobre todo evitar el embarazo múltiple.<sup>(11)</sup>

El segundo escalón son las inseminaciones artificiales, casi siempre con estimulación de la ovulación, que pueden ser con semen del cónyuge o semen de donante.

Para realizar estos tratamientos es indispensable tener certeza de la permeabilidad de las trompas y que el factor masculino sea

suficiente. De ahí la importancia de haber hecho una correcta valoración de ambos integrantes de la pareja desde el inicio.

Es importante explicar a los pacientes, en función de su terreno, su diagnóstico y la edad, las expectativas en tasas de embarazo que se puede tener de estas técnicas, así como los riesgos y complicaciones.

El mayor riesgo de las mismas es el embarazo múltiple,<sup>(11)</sup> y debemos tener claro que esto es una complicación y está muy lejos de ser el objetivo de los tratamientos. Por supuesto también pueden surgir otras, como el embarazo ectópico, la pérdida de embarazos, etc. Más raramente, el síndrome de hiperestimulación ovárica, dado que en principio el objetivo de la estimulación en baja complejidad debería ser la ovulación monofolicular, eventualmente hasta dos o máximo tres folículos.<sup>(12)</sup>

Las inseminaciones con semen de cónyuge en pacientes con factor cervical, endometriosis leve, anovulación o trastornos ovulatorios, factor masculino leve, esterilidad sin causa aparente de breve duración, obstrucción tubaria unilateral, defectos de fase lútea, uso de semen congelado, parejas serodiscordantes o ambas infectadas, incapacidad de depositar el semen en vagina (luego de fracaso de terapia).

Las inseminaciones con semen de donante se proponen frente azoospermia del marido (sin espermatozoides en la biopsia testicular), muy mala calidad del factor masculino, mujer sola o en pareja homosexual, enfermedades genéticas transmisibles de origen paterno y que no pueden o no desean hacer PGT (*preimplantation genetic testing*).

Existen criterios de inclusión y de exclusión: permeabilidad de una de las trompas verificada, factor masculino suficiente, serologías al día, reserva ovárica sea suficiente,

IMC (índice de masa corporal) entre 18 y 32, salud psicofísica, el bienestar del niño como pilar fundamental, y ausencia de consumo de sustancias tóxicas por parte de ambos integrantes de la pareja.<sup>(2)</sup>

En caso de tratamientos que requieran donación de gametas, se establece en el mismo manual, cómo se deben estudiar a los donantes, requisitos para la donación y condiciones. La misma debe ser anónima y altruista. El INDT (Instituto Nacional de Donación y Transplante) se encarga de controlar las donaciones, de gametos y embriones siendo de mucha importancia el reporte de los datos para que tengan la información completa.<sup>(2)</sup>

En los casos de pacientes con obstrucción tubaria bilateral, baja reserva ovárica, factor masculino severo, enfermedades genéticas transmisibles, enfermedades infecciosas transmisibles, endometriosis severa, o frente al fallo de la baja complejidad se planteará la alta complejidad o fecundación in vitro (FIV).<sup>(3)</sup>

Para poder acceder al financiamiento por parte del FNR de la FIV, la paciente tiene que tener menos de 40 años al momento de hacer la solicitud. Luego de cumplidos los 40 ya pierden toda posibilidad de acceder a estas ayudas si no fueron solicitadas previamente. Y para ello hay que hacer una solicitud formal, con formularios a firmar y llenar por parte del médico y la paciente o pareja y haber sido subidas al portal del FNR. No alcanza con que la paciente haya consultado con la intención de iniciar, si no se completó el trámite correspondiente.

Se debe informar sobre el efecto perjudicial de la edad sobre las tasas de embarazo tanto espontáneo como con tratamientos.<sup>(13)</sup>

Una de las «quejas» más importantes que recibimos quienes trabajamos en reproduc-

ción por parte de los pacientes, es la desinformación en cuanto al riesgo de posponer el embarazo. Y que en el control se habla de la anticoncepción pero no sobre reproducción.

De acuerdo a las normas internacionales sobre las buenas prácticas en reproducción, en pacientes menores de 35 años sin factores de riesgo de infertilidad, luego de pasado el año de búsqueda se justifica comenzar la valoración por equipo especializado.<sup>(4)</sup>

En pacientes mayores de 35 años o menores de 35 pero que tienen ciclos irregulares, o han tenido cirugías en el aparato reproductivo, endometriosis, patologías del aparato reproductor, antecedentes familiares de fallo ovárico precoz o que el marido tiene factores de riesgo para un factor masculino, alcanza con 6 meses para iniciar la valoración.

Otro elemento fundamental es que no se financiarán los tratamientos de las parejas que hayan solicitado la esterilización voluntaria y tengan hijos vivos.<sup>(3)</sup> Con lo cual, antes de realizar una ligadura tubaria debemos informar a las pacientes que, en caso de arrepentimiento o desear tener más hijos, el FNR no financiará el tratamiento si tienen hijos vivos.

Las técnicas de alta complejidad son múltiples, y la fecundación in vitro puede hacerse con ovocitos propios o donados, semen propio o donado, embriones propios o donados, y en caso que la mujer no pueda gestar por no tener útero o una malformación uterina que se lo impida, se puede hacer surrogación.

En el caso de gametas donadas o embriones donados, la donación es anónima y altruista.<sup>(8)</sup>

En el caso de la surrogación debe hacerse frente a indicaciones precisas y específicas y

al día de hoy quien surrogue tiene que ser familiar de 2<sup>do</sup> grado de uno de los integrantes de la pareja, y deben haber gametas de por lo menos uno de los dos.<sup>(3)(8)</sup>

En lo que refiere al financiamiento, el FNR subvenciona hasta tres intentos de estimulación y punción, independiente del origen de las gametas. En caso de ser necesario se puede hacer biopsia testicular para obtener espermatozoides del testículo y esto también entra en el financiamiento. Los pacientes deben ir pagando los intentos de a uno; el monto de copago se establece de acuerdo a franjas según los ingresos de los mismos certificados por la DGI.<sup>(15)</sup>

La cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos para el tratamiento de la infertilidad considera criterios de Inclusión, edad entre 18 y menos de 40, fallo en las técnicas de baja complejidad, afectación de la reserva ovárica, una obstrucción tubaria bilateral o proceso adherencial pélvico moderado-severo, endometriosis moderada-severa, esterilidad sin causa aparente de más de cinco años de evolución en mujeres mayores de 35 años, esterilización voluntaria de uno de los dos sin hijos vivos, factor masculino severo, enfermedades infectocontagiosas en el hombre (VHC y VIH).<sup>(3)</sup>

Para ovocitos donados se plantea por Insuficiencia ovárica prematura u oculta, fallo repetido de FIV por mala calidad ovocitaria o riesgo de transmisión de enfermedades genéticas por la mujer.

Con semen donado cuando haya azoospermia o fallo de tratamientos con semen propio a causa del factor masculino, alteraciones cromosómicas o genéticas, parejas serodiscordantes en que no sea posible lavar el semen o no lo deseen por los riesgos que aun puedan presentar, mujeres sin pareja o parejas de mujeres.

La transferencia de embriones donados estará indicada en fallos previos de FIV o IC-SI con gametos propios, o pacientes con insuficiencia ovárica que tampoco tienen espermatozoides.

## ¿CÓMO ES UNA FIV?

En la FIV se pretende obtener múltiples ovocitos para fertilizar, dado que no todos llegan a dar embrión. De ser necesario, con las técnicas de congelación embrionaria actuales podemos transferir un embrión y guardar el resto sin temor a perderlo por ello.

Lo deseable es siempre transferir un embrión.<sup>(14)</sup> En las jóvenes, porque las tasas de implantación de los embriones suelen ser buenas, y transferir más de un embrión aumenta el riesgo de múltiple; y en las más añosas, si bien las tasas son mucho menores, el riesgo de un embarazo múltiple es más grave y por tanto fundamental de evitar.

Cuando se evalúan los resultados y los costos globales, teniendo en cuenta no sólo los costos de los tratamientos de reproducción sino también los de las complicaciones del embarazo, parto, neonatales e infantiles, necesidades de asistencia especial por prematuridad u otras complicaciones de los embarazos múltiples, y las certificaciones y ausencias de los padres por los cuidados que requieren los hijos, es preferible aumentar la cobertura de los tratamientos priorizando la transferencia de un solo embrión las veces que haga falta hasta llegar al embarazo, antes que los embarazos múltiples.<sup>(17)</sup>

Se pueden transferir embriones congelados, existiendo para ello muchas indicaciones.<sup>(16)</sup> Entre otras destacamos el prevenir el síndrome de hiperestimulación ovárica y la realización de estudio preimplantacional de los embriones (PGT).

Al día de hoy, el FNR no cubre el PGT, por lo cual los pacientes deben hacerse cargo de los costos en forma particular, y es una técnica costosa.

Existen tres tipos de PGT. El PGT-A que es para detección de aneuploidías, PGT-M para estudio de enfermedades monogénicas, y PGT-SR para los pacientes portadores de rearrreglos cromosómicos como translocaciones u otras alteraciones.

En todas las parejas que vayan a hacer PGT, es fundamental contar con el cariotipo de ambos integrantes de la pareja. Cuando existe una indicación médica para el estudio, como pérdidas recurrentes de embarazo, baja reserva ovárica, factor masculino severo, la institución del SNIS debe cubrir el estudio dado que el cariotipo, así como el estudio de X frágil en pacientes jóvenes con baja reserva ovárica o la secuenciación del gen de fibrosis en el factor masculino severo, fueron incorporadas en las PIAS cuando se realizó la normativa del MSP para el estudio y diagnóstico de la pareja con esterilidad y la baja complejidad.<sup>(2)</sup>

Cuando quedan embriones congelados, se realiza la transferencia en diferido. Para ello se prepara el endometrio en ciclo natural, en ciclo sustituido (con estrógeno y progesterona) o en ciclo estimulado (con gonadotrofinas, letrozole o clomifeno), con tasas de embarazo similares, aunque en los últimos años se ha publicado mucha evidencia en favor del ciclo natural, porque el cuerpo amarillo sería protector frente a algunas complicaciones tardías del embarazo como estados hipertensivos severos, preeclampsia severa precoz, desprendimiento de placenta.<sup>(10)</sup>

El FNR cubre tres intentos de estimulación de FIV, con copagos en función de los ingresos de la pareja. Para cada intento de

estimulación deben realizar despistajes de cocaína marihuana y nicotina<sup>(3)</sup> dado que su consumo afecta las tasas de embarazo y hacer el copago correspondiente.

Cuando recién se reglamentó la ley de reproducción, el costo de los copagos, tanto para alta como baja complejidad era ascendente. Esto era muy mal vivido por los pacientes, porque tras que no conseguían el resultado esperado, se sentían penalizados de tener que pagar más por el mismo tratamiento.

Desde 2020, los costos son los mismos por cada intento.

También inicialmente se había establecido que una vez que la paciente cumpliera 40 años, no tendría derecho a más inicios de ciclo, con la excepción de los dos primeros años de funcionamiento de la ley, en que todas las pacientes con indicación independiente de la edad podían solicitar los tratamientos de alta complejidad.

Luego de pasados los dos años se modificó la normativa y desde 2017, si la paciente hace la solicitud antes de los 40, puede utilizarla después con iguales condiciones.

Las pacientes tienen que tener claro que más allá de poder ingresar el trámite, y tener derecho al financiamiento por el FNR usándolo luego de los 40, las tasas de embarazo van bajando por la edad y por tanto, el pronóstico por el paso del tiempo se ve afectado negativamente.

En cuanto a los resultados, en el último reporte de resultados publicado por el FNR, en 2023, se destacan números que nos enorgullecen, aunque también vemos oportunidades de mejora.

Destacamos del mismo los siguientes datos<sup>(1)</sup>:

- Entre 2015 y 2022 ingresaron 5625 solicitudes de inicio de tratamiento, de las cua-

les se autorizaron 5015 (89,2 %), la media de edad de las mujeres al momento de la solicitud fue de 36,3 años.

- De acuerdo al informe, 6,44 mujeres cada 1.000 hacen uso de las técnicas de Reproducción Humana Asistida en promedio. Los departamentos de Montevideo, Maldonado y Canelones son los que tiene tasas de uso más altas, mientras que en los departamentos de Artigas y Salto se observaron las más bajas.
- Casi 85 % viene del subsistema privado y 15,5 % del subsistema público.
- Existen tres clínicas (IMAE) que las pacientes pueden elegir, independiente del hospital, mutualista o seguro en que se atiendan.
- En las tres clínicas predomina el tramo etario de 35 a 39 años.
- Se registraron un total de 1799 partos del total de transferencias de embriones de ellos en 303 (16,8 %) correspondieron a embarazos múltiples (2099 nacidos vivos).
- 32 % de las transferencias financiadas por FNR culminan en un parto (con al menos un nacido vivo). En menores de 35, la tasa de parto/transferencia es de 0,39, de 35 a 39 es de 0,32, mientras que para las mayores a 40 años es de 0,24.
- El mismo reporte afirma que la edad de la mujer es el factor de mayor importancia en cuanto a las chances de conseguir un recién nacido vivo.

Desde 2022 se modificó la ley de reproducción agregando la cobertura de congelación de gametas en pacientes oncológicos menores de 40 años, que recibirán tratamientos que podrían afectar a su fertilidad.

En el caso de la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas, la cobertura de la misma es de 100 % del tratamiento.<sup>(3)</sup>

Esta es una incorporación sumamente importante a las prestaciones y tiene mucho impacto en el pronóstico reproductivo de pacientes que superarán el cáncer gracias a los avances de la oncología y que quedarán formar familia en el futuro.

Es fundamental que cada institución genere equipos de trabajo con los especialistas que siguen pacientes con patologías oncológicas y los equipos de fertilidad. De esa manera, en cuanto se hace el diagnóstico se informa a los pacientes, se los asesora y en caso de desearlo, se inicia el trámite para que no difiera el inicio del tratamiento de la patología oncológica.<sup>(6)</sup>

#### OPORTUNIDADES PARA EL FUTURO

En un futuro sería muy interesante poder ampliar la preservación de la fertilidad a otras patologías que pueden repercutir en el pronóstico reproductivo, sin necesariamente ser cáncer o requerir quimioterapia, como enfermedades auto-inmunes, endometriosis, enfermedades que requieren diferir el embarazo a edades límite, o cirugías que pueden comprometer el pronóstico reproductivo por patología benigna.

En estos 10 años se ha avanzado mucho y las pacientes pueden acceder a muchas ayudas que antes parecían para «elegidos», pero nunca es suficiente. Para las pacientes o parejas del interior es más difícil acceder a consultas especializadas y de acuerdo a los números publicados por el FNR, en el interior más profundo parecería haber menos acceso a los tratamientos.

Sigue siendo un desafío conseguir que algunas instituciones cubran los estudios necesarios solicitados por el FNR como cariotipo, estudios genéticos, y son estudios caros que a veces limitan mucho que los pacientes

puedan continuar avanzando con las autorizaciones necesarias.

Es importante insistir en información en cuanto a la repercusión de la edad sobre la fertilidad, los riesgos de diferir y las estrategias de prevención. La ley establece que desde los distintos actores, debe realizarse prevención, y sin duda, en ese aspecto todos tenemos aun mucho por construir.

Desde hace tiempo se viene trabajando en el FNR para incluir el PGT entre las prestaciones, sobre todo en casos de parejas que requieren este estudio para poder tener la autorización para poder hacer el tratamiento, como los portadores de fibrosis quística, X frágil o alteraciones en el cariotipo. Existe un compromiso por parte de las autoridades en incorporarlo prontamente, y esperamos ansiosamente por ello.

Por parte de pacientes, y muchos actores en el medio, se solicita prorrogar la edad límite para los tratamientos, sobre todo justificada en tratamientos con ovocitos donados. El argumento para limitar a 40 años el inicio de los tratamientos tiene que ver con las tasas de aneuploidías de embriones generados con ovocitos de más de 40, y las bajas tasas de éxito de los procedimientos.

Cuando los ovocitos son donados (y las donantes tienen menos de 32 años) las tasas de éxito pueden llegar al 50 %, aún cuando la transferencia se haga en pacientes mayores de 40. Por supuesto que las complicaciones del embarazo por la edad, como HTA, diabetes y otras, no podemos reducirlas, pero al día del hoy, con equipos entrenados y en pacientes adecuadamente estudiadas antes del iniciar el tratamiento, estas complicaciones son muy bien manejadas por los equipos de obstetricia así como los equipos interdisciplinarios que con ellos trabajan y permiten obtener muy buenos resultados.<sup>(9)</sup>

Sin dudas es un desafío establecer una edad límite, a partir de la cual ya no sería razonable financiar este tipo de procedimientos, ya no por el criterio tasa de embarazo, sino justamente por los riesgos del propio embarazo vinculados a la edad.

Para pacientes que han conseguido un embarazo luego de varios intentos de tratamiento, sería deseable que «la cuenta» vuelva a iniciar, porque quien tuvo un hijo luego de tres FIV, ya no tiene subvención por parte del FNR para un segundo hijo.

También sería deseable buscar la forma de extender el plazo de cobertura de la criopreservación de los embriones a cargo del FNR, cuando las parejas piensan transferirse más adelante.

Finalmente, otro tema de discusión son los copagos. Los tratamientos de reproducción asistida son la única prestación del FNR que no se financian a 100%. Sin duda comprendemos que esto es lo que ha permitido financiar estos tratamientos, afrontando los costos de la mejor calidad de asistencia disponible, los fármacos originales y permitiendo a las clínicas adquirir los mejores equipamientos, y gracias a todo ello, los resultados que tenemos en nuestro país, nos permiten compararnos con los mejores del mundo. Y todo esto, sin listas de espera.

No tan lejos, en otros países, dieron cobertura a 100% pero brindando una calidad mediocre de atención, que repercute en forma importante en los resultados.

En otros países hay listas de espera que pueden ser de años, lo que hace que pacientes de 38 años o más o esperan o recurren a los tratamientos en forma privada para no ver sus probabilidades bajar durante la espera.

Los aspectos económicos siguen siendo una limitante importante para las parejas

que desean embarazo, lo que hace que muchos deban desistir, endeudarse o limitarse a un solo hijo, y en los últimos tiempos también, favorece el turismo reproductivo a países en que por poco dinero les ofrecen «el oro y el moro», y que los pacientes terminan eligiendo viajar, desconociendo el riesgo que corren de tener resultados inferiores y menor calidad, pero que se ven «obligados» a elegir porque los copagos terminan siendo inaccesibles, sobre todo en los casos de pacientes que requieren múltiples intentos. De ahí la importancia de continuar trabajando para que lo económico no sea una barrera que impida a las personas a formar su familia.

Existen países como Francia, en que se subvenciona a 100 % con rangos mas amplios de edad, tanto las técnicas de alta y baja complejidad como preservación de ovocitos, por causa social o por patologías, como cáncer, endometriosis u otras patologías. Sin embargo, como no se acepta compensar a los donantes, tienen serias dificultades para conseguirlos, y eso es una limitante importante para acceder a este tipo de tratamiento.<sup>(7)</sup>

Como podemos ver no hay soluciones perfectas y cada país debe ir trabajando en la mejor solución, contemplando aspectos científicos, económicos y humanos, adaptándose a su realidad y posibilidades.

Pensamos que nuestro país se debe tener un sistema informático adecuado que registre todas las parejas que consultan por fertilidad, las causas que la determinan, los tratamientos que se realizan tanto de baja como de alta complejidad, que sean financiados o no por el sistema de salud, seguir los resultados, y controlarlos, así como conocer en el largo plazo la evolución de las pacientes que han realizado tratamientos, y de los

niños nacidos. Esto es una herramienta fundamental para el seguimiento y control, pero también para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud y planificación de políticas de estado.

## CONCLUSIONES

La ley de reproducción en estos 10 años nos ha permitido avanzar muchísimo en cobertura, accesibilidad y ha permitido el nacimiento de muchos niños. Solo de alta complejidad han nacido más de 2000 niños entre 2015 y 2022, en un país que necesita nacimientos, y no tenemos los números de la baja complejidad.

Tenemos un nivel de atención, de resultados y de profesionales, tanto clínicos como en los laboratorios, y todos los especialistas que forman parte de los equipos interdisciplinarios, que nos permiten compararnos con todo orgullo a los mejores el mundo.

Resta continuar trabajando en incorporar prestaciones y reducir barreras, sobre todo económicas, así como mejorar el acceso de quienes viven más lejos de las grandes ciudades, para reforzar también la equidad.

Si bien la infertilidad o la necesidad de tratamientos de reproducción no hace a la sobrevida de los pacientes, sí afecta a la calidad de vida y termina repercutiendo en otros aspectos de la salud mental y emocional. Es fundamental que aseguremos a nuestros pacientes que les brindaremos lo mejor que podamos, lo más cercano a lo que el estado actual del conocimiento muestra como lo mejor, acompañado de un trato cercano y humano, en el que además de tratar a los pacientes, los cuidamos y acompañamos.

Como país podemos estar orgullosos de que en estos 10 años autoridades ministeriales, parlamentarios, comisiones, integrantes

del FNR así como sociedades científicas, como la SURH sobre todo y asociaciones de pacientes, han trabajado en conjunto para entre todos permitirnos tener una ley que es muy correcta, e iría mejorando progresivamente, dejando de lado diferencias políticas e ideologías, priorizando dar la mejor calidad de atención a los pacientes, los mejores resultados y permitiendo que cada vez más profesionales de distintas áreas se vayan formando en el trabajo en equipo, que todos los días cambia, avanza y representa un gran desafío, porque si bien en su base hace a la salud y a los derechos, hace también a las familias, a la sociedad y a la felicidad de las personas.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad. REPORTE DE RESULTADOS. Unidad Evaluación. FNR Mayo 2023 Dr. Abayuba Perna, Dra. Natalia Piñeiro, Dr. Daniel Pedrosa
2. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. PARA EL MANEJO SANITARIO REPRODUCCION ASISTIDA según Ley 19.167 / 2013 URUGUAY
3. Fondo Nacional de Recursos (2023): "Tratamiento de la Infertilidad Humana y Oncofertilidad mediante Técnicas de Reproducción Asistida de Alta Complejidad. Normativa de Cobertura". Recuperado de: [https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2015/04/n\\_reproduccion\\_alta.pdf](https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2015/04/n_reproduccion_alta.pdf)
4. Remohí Bellver Matorras Weinig Ballesteros Pellicer Manual práctico de Esterilidad y Reproducción Humana. Aspectos clínicos. Capítulo 3. Edición 2017.
5. Isikoglu M, Avci A, Kendirci Ceviren A, Aydinuraz B, Ata B. Conventional IVF revisited: Is ICSI better for non-male factor infertility? Randomized controlled double blind study. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021 Sep;50(7):101990. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101990. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33221561.
6. Oktay K, Harvey BE, Partridge AH, Quinn GP, Reinecke J, Taylor HS, Wallace WH, Wang ET, Loren AW. Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2018 Jul 1;36(19):1994-2001. doi: 10.1200/JCO.2018.78.1914. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29620997.
7. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique. ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/8/2/SSAX1917211L/jo/texte> Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/8/2/2021-1017/jo/texte> JORF n°0178 du 3 août 2021
8. Ley N° 19167. REGULACION DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA Promulgación: 22/11/2013 Publicación: 29/11/2013 Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo: 2 Semestre: 2 Año: 2013 Página: 2088 Reglamentada por: Decreto N° 84/015 de 27/02/2015, Decreto N° 311/014 de 30/10/2014.
9. van der Hoorn ML, van Bentem K, Lashley E. Evidence-Based Pre-Pregnancy Counseling for Oocyte Donation Pregnancies: a Systematic Review and Guide for Physicians. Reprod Sci. 2022 Dec;29(12):3311-3320. doi: 10.1007/s43032-021-00821-x. Epub 2022 Jan 3. PMID: 34981463.
10. Lawrenz B, Coughlan C, Melado L, Fatemi HM. The ART of frozen embryo transfer: back to nature! Gynecol Endocrinol. 2020 Jun;36(6):479-483. doi: 10.1080/09513590.2020.1740918. Epub 2020 Mar 18. PMID: 32188299.
11. Sebghati M, Khalil A. Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021 Jan;70:112-122. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.013. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32859535.
12. Cohlen B, Bijkerk A, Van der Poel S, Ombelet W. IUI: review and systematic assessment of the evidence that supports global recommendations. Hum Reprod Update. 2018 May 1;24(3):300-319. doi: 10.1093/humupd/dmx041. PMID: 29452361.
13. Franasiak JM, Forman EJ, Hong KH, Werner MD, Upham KM, Treff NR, Scott RT Jr. The nature of aneuploidy with increasing age of the female partner: a review of 15,169 consecutive trophectoderm biopsies evaluated with comprehensive chromosomal screening. Fertil Steril. 2014 Mar;101(3):656-663.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.11.004. Epub 2013 Dec 17. PMID: 24355045.
14. Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology; Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Elective single-embryo transfer. Fertil Steril. 2012 Apr;97(4):835-42. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.11.050. Epub 2011 Dec 22. PMID: 22196716.
15. PRECIOS Y COPAGOS DE TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA MEDIANTE TÉCNICAS DE ALTA COMPLEJIDAD. VIGENTE

- HASTA 31/12/2023. <https://www.fnr.gub.uy/tabla-de-copagos-reproduccion-humana-asistida/>
16. Venetis C, Keller E, Chambers GM. Freeze-all embryos during treatment with assisted reproduction: Health economic aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2023 Feb;86:102303. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2022.102303. Epub 2022 Dec 29. PMID: 36658073.
  17. Graham ME, Jelin A, Hoon AH Jr, Wilms Floet AM, Levey E, Graham EM. Assisted reproductive technology: Short- and long-term outcomes. *Dev Med Child Neurol.* 2023 Jan;65(1):38-49. doi: 10.1111/dmcn.15332. Epub 2022 Jul 18. PMID: 35851656; PMCID: PMC9809323.
  18. Morales C. Current Applications and Controversies in Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidies (PGT-A) in In Vitro Fertilization. *Reprod Sci.* 2023 Jul 29. doi: 10.1007/s43032-023-01301-0. Epub ahead of print. PMID: 37515717.
  19. Madero JI, Manotas MC, García-Acero M, López Cáceres A, López Jaimes C. Preimplantation genetic testing in assisted reproduction. *Minerva Obstet Gynecol.* 2023 Jun;75(3):260-272. doi: 10.23736/S2724-606X.21.04805-3. Epub 2021 Jul 30. PMID: 34328296.



# Prueba cobas® HPV

## Proporcionar confianza con cada resultado

El **test cobas® HPV** para su uso en los sistemas cobas® 4800/5800/6800 es una **prueba molecular, in vitro, cualitativa y totalmente automatizada para la detección del ADN del virus del papiloma humano** (VPH, o HPV en inglés) en muestras de hisopado cervical.

Esta prueba utiliza la amplificación del ADN diana mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la hibridación de ácidos nucleicos para la detección de 14 genotipos de alto riesgo del VPH, en un único análisis. La prueba permite la identificación específica e independiente de los genotipos 16 y 18 del VPH y la detección simultánea del resto de genotipos de alto riesgo (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68) a niveles de infección clínicamente relevantes. Las muestras de células cervicales pueden obtenerse utilizando medios de citología líquidos y las mismas son estables entre 3 y 6 meses a temperatura ambiente, lo cual facilita su traslado y posterior procesamiento.

La prueba cobas® HPV está indicada para:

- Tamizaje (*screening*) primario para identificar mujeres con riesgo elevado de desarrollar cáncer cervical o que ya presentan la enfermedad de alto grado.
- Cribado primario de primera línea con objeto de valorar la presencia o ausencia de los genotipos 16 y 18 del HPV.
- Cribado de pacientes en cuyos resultados de la citología cervical se han detectado ASCUS

(células escamosas atípicas de significado indeterminado) a fin de determinar si es necesario realizar una colposcopia.

- Cribado de pacientes en cuyos resultados de la citología cervical se han detectado ASCUS con objeto de valorar la presencia o ausencia de los genotipos de alto riesgo 16 y 18 del HPV.
- Su uso conjunto con una citología cervical para valorar la presencia o ausencia de tipos de alto riesgo del HPV: 16 y/o 18 y otros.

El test cobas® HPV ha sido validado para su uso con muestras vaginales de autonomía recogidas bajo las instrucciones del personal sanitario

La prueba cobas® HPV proporciona un rendimiento fiable y **clínicamente validado** para la realización automatizada del *screening* de cáncer de cuello de útero. El robusto estudio clínico ATHENA, con más de 47.000 mujeres incluidas, que Roche realizó para validar clínicamente su test, ayudó a dar forma a nuestra comprensión del papel de las pruebas moleculares para la detección precoz del cáncer de cuello de útero.

A nivel nacional, cada día Roche manifiesta su compromiso con la causa de erradicar esta enfermedad, no solo trayendo al país la más alta tecnología sino también apoyando la educación médica continua, difundiendo información a la población, apoyando la realización de campañas en conjunto con la *Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer* y prestigiosas sociedades científicas, entre otras muchas acciones.

¡Difundamos esta información!

[hoyporvos.com.uy](http://hoyporvos.com.uy)

# Slinda®

DROSPIRENONA 4 mg  
LIBRE DE ESTRÓGENO

## Innovación en anticoncepción



24 + 4

**DOP**  
ÚNICA DROSPIRENONE  
ONLY PILL



APROBADO POR

**FDA** U.S. FOOD & DRUG  
ADMINISTRATION

**EMA** EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH

 Sólida eficacia anticonceptiva  
equivalente a los AOC.

 Seguridad comprobada.

 Único anticonceptivo  
aprobado en adolescentes.

 Excelente control de ciclo.  
Sangrados predecibles.

 Beneficios más allá  
de la anticoncepción.



Slinda.uy

 **ANTICONCEPTIVOS**  
Urufarma