

Ley 26.862

Reproducción Humana Asistida



Aportes para el camino hacia su reglamentación.

Los desafíos pendientes.



Observatorio de Salud
Facultad de Derecho
Universidad de Buenos Aires

por

Autora del estudio:
Dra. Marisa Aizenberg
Asistencia Técnica y Diseño:
Téc. Andrea Rosenzwaig

TABLA DE CONTENIDO

EL OBSERVATORIO DE SALUD	2
AUTORIDADES DEL OBSERVATORIO DE SALUD	2
NOTAS SOBRE LA LEY 26.862 DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA Y EL CAMINO HACIA SU REGLAMENTACIÓN	3
INTRODUCCIÓN	3
EL ANÁLISIS DE LA LEY Y EL CAMINO POSIBLE A SU REGLAMENTACIÓN	4
¿A QUIÉNES BENEFICIA ESTA LEY?	5
LOS ALCANCES DE LA COBERTURA	7
CONCLUSIONES	8
ANEXO ESTADÍSTICO	11
INFORMACIÓN ESTADÍSTICA ADICIONAL	15
ANEXO NORMATIVO	16
LEY NACIONAL 26.862	16
OTRAS NORMAS DE REFERENCIA	
LEY PROVINCIAL 14.208 (BUENOS AIRES)	19
DECRETO PROVINCIAL 2980/10 (BUENOS AIRES)	21
RESOLUCION 8538/10 (IOMA – BUENOS AIRES)	23
LEY PROVINCIAL 3225 (SANTA CRUZ)	40
LEY PROVINCIAL 4557 (RIO NEGRO)	41
LEY PROVINCIAL 9695 (CORDOBA)	43
RESOLUCIÓN 149/06 (I.P.S – SALTA)	44
LEY PROVINCIAL 2258 (NEUQUÉN)	67
RESOLUCIÓN 450/09 (S.E.M.P.R.E – LA PAMPA)	68
RESOLUCIÓN 157/13 (O.S.E.P – MENDOZA)	72
CODIGO DE ÉTICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA (SAMER)	77

EL OBSERVATORIO DE SALUD

El 14 de Septiembre de 2009, mediante la Resolución N° 22839/2009, el Decanato de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, resolvió la creación del "Observatorio de Salud". Se consideró para ello, la especial importancia que reviste para toda la sociedad asegurar la eficiencia, eficacia y equidad en el acceso al sistema sanitario, así como la garantía del pleno goce al derecho humano a la salud, siendo necesario a tal fin fortalecer los lazos entre la salud y el derecho mediante la creación de un ámbito propicio para la investigación, el análisis y el debate interdisciplinario del derecho de la salud, a fin de producir fuentes de conocimiento útiles para la comunidad en su conjunto.

En este sentido, el Observatorio de Salud, integrado por investigadores, gestores, profesionales y estudiantes provenientes de las más diversas disciplinas dedicados a este campo, contribuyen con su tarea a la mejora de políticas y servicios sanitarios y constituyen un espacio favorable para la creación y formación de consensos, dando lugar a la generación de propuestas orientadas a fortalecer y mejorar el funcionamiento del sistema de salud argentino, con la esencial finalidad de fomentar el derecho a la salud mediante el aseguramiento de su efectivo acceso por parte de los sectores más vulnerables de la sociedad.

Quienes integran este Observatorio, están convencidos de que un programa nada significa sin una meta que alcanzar; sus objetivos son claros y concretos y se encuentran orientados al fortalecimiento del Sistema Sanitario y al desarrollo del estudio del Derecho de la Salud, lo cual se lleva a cabo a través de las diferentes actividades que el Observatorio organiza y desarrolla, en constante vinculación con otras universidades, organizaciones o instituciones con quienes comparte un objetivo en común.

AUTORIDADES DEL OBSERVATORIO DE SALUD

Directora Académica: Dra. Marisa Aizenberg

Equipo Técnico:

Dra. Viviana Bonpland

Lic. Alberto Bozzolo

Dra. María Susana Ciruzzi

Coordinadora: Dra. Anahí Propatto

NOTAS SOBRE LA LEY N° 26.862 DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA Y EL CAMINO HACIA SU REGLAMENTACION

Por Marisa Aizenberg¹

INTRODUCCIÓN

La reciente promulgación de hecho de la Ley N° 26.862 que regula los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida, nos permite reflexionar sobre algunos aspectos relacionados con su impacto, no solo desde la perspectiva de la garantía de los derechos reproductivos, sino en un marco de referencia ampliado al Derecho de la Salud como bien social y colectivo, e incluso desde la órbita de los Derechos Humanos como directriz en la orientación de la igualdad de oportunidades en el acceso al sistema sanitario, y en la priorización y distribución de los recursos disponibles.

El desarrollo y los adelantos científicos en la materia bajo análisis, ha permitido la utilización de procedimientos y tecnologías que requieren de una regulación jurídica clara y específica, -hasta ahora solo normada por disposiciones de orden deontológico dictadas por las sociedades científicas-, sobre todo teniendo en cuenta que algunos aspectos de su implementación puede colisionar con derechos personalísimos y con la propia dignidad de las personas. La tarea resulta compleja ya que, al momento de comenzar a desplegar los contenidos objeto de reglamentación, aparecen rápidamente interrogantes que trascienden los aspectos jurídicos para convertirse en dilemas éticos e incluso religiosos², de difícil resolución.

Conceptos tales como persona, el inicio de la concepción, los límites de la manipulación genética, la investigación clínica y farmacológica, la ingeniería genética, el aborto, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, el ejercicio de los derechos personalísimos, la procreación como un derecho autónomo , la maternidad subrogada, la donación de

¹ Directora Académica del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Contacto: observatorioderechoysalud@derecho.uba.ar. Un agradecimiento especial al Lic. Alberto Bozzolo y a la Dra. Viviana Bonpland que con sus aportes y opiniones han enriquecido el presente texto. El presente trabajo cita textos del artículo publicado en la Editorial Errepar bajo la cita "Aizenberg, Marisa, Notas sobre la ley 26862 de reproducción humana asistida y el camino hacia su reglamentación, Erreius on line, Julio 2013, Editorial Errepar"

² http://clarin.com/sociedad/Iglesia-cuestionar-nueva-fertilizacion-asistida_0_933506753.html

óvulos o espermatozoides, su criopreservación, guarda y destino final, la inseminación post mortem, son sólo algunos de los temas que se encuentran hoy en el centro del debate³.

Por ello, y en palabras de Aida Kemelmajer, es importante comenzar por contextualizar el marco de referencia para la aplicación de una ley: un Estado democrático no obliga a nadie a poner en práctica una de las tantas posibilidades jurídicas que se ofrecen. Precisamente, por ser una democracia, cada persona puede actuar de acuerdo con sus convicciones morales, laicas o religiosas.

EL ANÁLISIS DE LA LEY Y UN CAMINO POSIBLE A SU REGLAMENTACIÓN

Desde el punto de vista estrictamente jurídico, la Ley N° 26.862 garantiza el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistidas, que son aquellas destinadas a la consecución de un embarazo y comprenden los procesos de baja y alta complejidad, autorizados por la autoridad de aplicación, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones (cfr. arts. 1 y 2).

Como puede observarse, se han reservado para la etapa reglamentaria, sensibles aspectos de orden técnico, que impactan en la calidad de los procedimientos y en la seguridad jurídica de las personas que deciden someterse a este tipo de tratamientos, así como la de aquellos profesionales y establecimientos que los llevan a cabo.

Según el texto de la norma bajo análisis, el Ministerio de Salud de la Nación en su carácter de autoridad de aplicación, deberá crear un Registro único de inscripción para los Establecimientos Sanitarios habilitados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, incluidos los establecimientos médicos donde funcionen bancos receptores de gametos y/o embriones, y dichos procedimientos sólo podrán realizarse en los establecimientos sanitarios habilitados. A tales efectos, consideramos imprescindible contar con un mecanismo articulador entre la Nación, las 23 provincias y la Ciudad de Buenos Aires, ya que cada una de ellas es responsable de la habilitación de los establecimientos en sus respectivas jurisdicciones. En este sentido, entendemos que la estructura del Consejo Federal de Salud, presenta las

³ AIZENBERG, Marisa “El tratamiento legal y jurisprudencial de las técnicas de reproducción humana asistida en Argentina (<http://www1.infojus.gov.ar/resource/kbee:/saij-portal/content/doctrina/doctrina/971a2290-bf8a-11e1-b593-0000c0a83463/CF120033F1.PDF>)

características adecuadas para el cumplimiento de los objetivos propuestos y brinda un ámbito apropiado para posibilitar la discusión que permita la unificación de criterios, tanto respecto de la habilitación de establecimientos, como para las normas de acreditación de dichos centros y los programas de formación y certificación profesional, junto con la Academia.

La ley pone también a cargo del Ministerio de Salud Nacional, asegurar el derecho de acceso igualitario a todos los beneficiarios en orden a las prácticas establecidas. Con esa finalidad, y en función del Registro a crearse, entendemos que en primer lugar deberá censarse la actual capacidad instalada en materia de infraestructura para el diagnóstico y empleo de las técnicas y procedimientos de reproducción humana asistida en todo el territorio de la Nación, así como los recursos humanos disponibles, para luego de su evaluación, poder proveer los recursos presupuestarios y financieros necesarios, para permitir ya sea a los efectores públicos en forma directa, o a través de un sistema integrado de redes que incorpore a los demás subsistemas, la consecución de los propósitos perseguidos.

Asimismo, dicho Ministerio tendrá que publicar la lista de centros de referencia públicos y privados habilitados, distribuidos en todo el territorio nacional con miras a facilitar el acceso de la población (debiendo para ello recurrir al auxilio de cada jurisdicción, como ya se mencionara), así como efectuar campañas de información a fin de promover los cuidados de la fertilidad en mujeres y varones y propiciar la formación y capacitación continua de recursos humanos especializados en los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida.

¿A QUIENES BENEFICIA ESTA LEY?

La presente ley garantiza el derecho de acceso a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, a toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la Ley N° 26.529 - de Derechos del Paciente-, haya explicitado su consentimiento informado. Dicho consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer (cfr. art. 7).

Puede apreciarse que uno de los componente clave de la nueva norma está centrado en el acceso a la información que se brinda, necesaria además para prestar el consentimiento a las prácticas medicamente aconsejadas para cada caso. Entendemos que la remisión lisa y llana a la Ley N° 26.529 no resulta adecuada, toda vez que dicho consentimiento y su garantía de revocabilidad en cualquier momento, además de

quedar debidamente documentado en los registros de la historia clínica, deberá contener información previa y oportuna vinculada a las técnicas de criopreservación, el tiempo máximo de guarda de los pre embriones, su destino en caso de no requerir su disposición con posterioridad, las opciones posibles (su donación a otras personas, su donación con fines de investigación, la destrucción en su caso), los criterios de selección de los donantes y las condiciones necesarias para la preservación de su salud, la limitación a la cantidad de nacidos del mismo donante, el resguardo de los datos personales en orden a lo dispuesto por la Ley N° 25.326, así como las causales que podrían permitir el derecho de acceso a dicha información, entre otros.

Nos resulta cuestionable además, que su aplicación se limite a “toda persona mayor de edad”. ¿Acaso no existen familias conformadas por padres menores de edad, no pueden presentar éstos problemas de imposibilidad para procrear? En tal caso, parecería que la solución más adecuada sería dejar librado al criterio médico la solución de este punto.

Por otra parte y en relación al reconocimiento del acceso a estos procedimientos como un derecho, la ley recoge datos de una realidad donde los modelos familiares se han transformado, aunque no exista un consenso social respecto de la igualdad y ampliación efectiva de estos derechos.

Si pudiera hablarse de una aceptación social generalizada en cuanto a las técnicas y procedimientos de reproducción medicamente asistida, parece no tener idéntica aplicación cuando sus destinatarios son personas solas o parejas del mismo sexo, aun cuando Argentina ha sido pionera en la región en la aprobación de la Ley N° 26.618 que garantiza a las familias constituidas por dos personas del mismo sexo, los mismos derechos y obligaciones de las constituidas por personas de distinto sexo, sin que ninguna norma del ordenamiento jurídico argentino pueda ser interpretada ni aplicada en el sentido de limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio o goce de los mismos derechos y obligaciones.

La garantía del reconocimiento a la cobertura universal y su acceso como un derecho será, a nuestro juicio, uno de los mayores desafíos para la implementación de una ley, que se enfrenta de antemano a barreras que suponen desigualdades territoriales y económicas. De allí la necesidad de redoblar el esfuerzo tendiente a transferir tecnología, infraestructura, capacitación y recursos adecuados para evitar la profundización de inequidades en la materia.

LOS ALCANCES DE LA COBERTURA

La ley establece que las prácticas enumeradas serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y se constituye asimismo en una norma de orden público, con pretensión de ser aplicada en todo el territorio de la Nación y a todos sus efectores de salud, sin distinción. Sin embargo, analizando sus preceptos, no resulta claro si las obras sociales provinciales o las de las fuerzas armadas, a título de ejemplo, han quedado sujetas a su aplicación. Aquí nuevamente la reglamentación deberá empeñarse para lograr universalizar y efectivizar los derechos consagrados, y entendemos necesario propiciar en este aspecto también, la participación que como articulador puede brindar el Consejo Federal de Salud, integrando para ello su actividad con la del Consejo Federal Legislativo de Salud, ámbitos éstos en oportunidades subutilizados, pero de inestimable valor a efectos de que las provincias acuerden criterios y estándares a adoptar para el cumplimiento de los contenidos de la Ley Nº 26.862 en sus respectivas jurisdicciones.

Se incorporan como prestaciones obligatorias, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. Incluye en el PMO estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo (cfr. art. 8).

Consideramos que la reglamentación deberá fijar los plazos para la adecuación y entrada en vigencia de las coberturas indicadas, así como la existencia, en su caso, de criterios de priorización -ello en función de los antecedentes legislativos existentes-, y determinar si se establecerán limitaciones en función de edades (máximas o mínimas) para su acceso; restricciones a la cantidad total de tratamientos por persona, y cualquier otra modalidades de cobertura en orden a la complejidad, de acuerdo a los estándares médicos vigentes. Es importante destacar que el texto legal establece que no se podrán introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

Consideramos valiosa la inclusión en la cobertura de los servicios necesarios para la guarda de gametos o tejidos reproductivos 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. Resulta evidente que para su aplicación oportuna, debe brindarse una información adecuada, al momento de la detección de aquellas enfermedades que impliquen la posibilidad de la pérdida de concebir.

CONCLUSIONES

El concepto de salud ha superado aquella tríada tradicionalmente propuesta por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) del bienestar “bio-psico-social”, para transformarse en un producto social dinámico. Desde esta perspectiva, la salud es el resultado de determinantes tales como la biología humana, el ambiente, el sistema sanitario y los estilos de vida, entre muchos otros, que deben integrarse en conjunto para su comprensión y análisis.

En consonancia con esta definición amplia de salud, se incorpora el concepto de salud reproductiva y se entiende por fertilización o reproducción humana asistida el conjunto de técnicas utilizadas en el ámbito de la medicina reproductiva, para intentar la fecundación de un óvulo y un espermatozoide.

Intentamos en estas líneas, poner de manifiesto algunos de los dilemas más relevantes que enfrenta y enfrentará nuestro sistema legal frente a la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida, sobre todo teniendo en cuenta las transformaciones socioculturales operadas en nuestra sociedad y su impacto en el mundo jurídico, “desde una visión comprometida con el humanismo y siendo conscientes de la relevancia y la existencia de factores económicos, sociales y temporales que actúan en este tema”⁴.

En la actualidad, Argentina ve sucederse dos fenómenos contrapuestos, por un lado, el de las “madres niñas” que conmueve al país entero y plantea fuertes cuestionamientos vinculados a la educación, la información, el rol de los organismos públicos y de las instituciones de salud; incluyendo dilemas éticos relacionados con la prosecución de estos embarazos por sus riesgos y complicaciones en pequeñas de 10 u 11 años, cuya constitución física y psíquica —en algunos casos— aún no se encuentra preparada para ello. Por el otro, observamos un grupo etario conformado por personas que rondan entre los 35 y 45 años de

⁴ GARRIDO CORDOBERA, LIDIA M., Virtualidades de la salud como Derecho Humano, en Salud

edad, los de la “maternidad/ paternidad postergada”, que esperan afianzar sus carreras personales para luego plantearse la posibilidad de ser padres, situación que los enfrenta a su propio reloj biológico, en una corrida contra el tiempo, en razón de la disminución de los índices de fertilidad —principalmente femenina— vinculados al paso de la edad.⁵

Sin duda, un largo camino se recorrió hasta la sanción de la Ley N° 26.862, marcado por proyectos legislativos que pendularon entre las prohibiciones y las restricciones hasta llegar a la ampliación del derecho de acceso a las técnicas de reproducción humana asistida a toda la población.

En este recorrido merecen especial mención las leyes provinciales, que comenzaron a abrir paso al reconocimiento de la infertilidad como una enfermedad, con diferentes restricciones en relación a la cantidad total de tratamientos, tipo de cobertura y edad de las mujeres que se someterían a ellos. Entre otras, podemos citar la Ley N° 14.208 en la provincia de Buenos Aires, la Ley N° 4557 de Río Negro, la Ley N° 9695 de Córdoba, la Ley N° 2258 de Neuquén, la Ley N° 3225 de Santa Cruz.

No puede tampoco soslayarse la huella dejada por la intervención de los tribunales en orden a la judicialización de estos temas, a través de la interposición de medidas cautelares que solicitan la cobertura de las técnicas, en ausencia de servicios públicos que brinden la prestación y la negativa casi constante por parte de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, que alegan cuestiones de alto costo⁶ para el financiamiento de estas prácticas y su impacto en las prestaciones de todo el conjunto de beneficiarios o afiliados.

El rol de las organizaciones sociales en general y de pacientes nucleados en torno a problemas de infertilidad en particular, también resulta merecedor de un reconocimiento especial por su constante lucha en pos de la consagración de los derechos y la importante tarea realizada para la sensibilización de la sociedad en su conjunto.

Nuestro Estado ha asumido compromisos internacionales. En particular, y en relación a las técnicas de reproducción humana asistida, deben considerarse las garantías referidas a la eliminación de toda forma de discriminación entre hombres y mujeres para el acceso a los servicios de atención médica, la planificación familiar, embarazo y parto, derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por la Convención Interamericana

⁵ Idem cita 3

⁶ <http://www.lanacion.com.ar/1588882-fertilizacion-asistida-las-prepagas-creen-que-la-ley-es-una-irresponsabilidad>

para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer⁷, que le permite decidir sobre su salud sexual y reproductiva⁸. Se asegura el derecho a beneficiarse del progreso científico a través de las prescripciones contenidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el artículo 15 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁹ y el ejercicio del derecho de fundar una familia, de conformidad con el artículo 17 de la Convención Americana, que debe ser aplicado a la luz del 5º párrafo de la Observación General N° 19 del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas¹⁰.

Los datos epidemiológicos nos informan que la infertilidad afecta entre un 10 y un 15% de la población, fenómeno que se comprueba a nivel mundial en todos los países desarrollados¹¹.

Con la sanción de la Ley N° 26.862 se ha dado un importante paso en materia de igualdad de acceso a los derechos reproductivos, que nos interpela en una mirada hacia la comprensión del ser humano en su integralidad, en sus valores, emociones y deseos de una maternidad o paternidad que por diferentes razones puede verse postergada, y que acompaña el espíritu de las disposiciones contenidas en el Proyecto de Reforma de Unificación Civil y Comercial.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, sabemos que la reglamentación no será una tarea fácil. Dotar al subsistema de salud público de los recursos humanos necesarios y la infraestructura con la capacidad técnica adecuada para brindar un diagnóstico temprano y los tratamientos adecuados, es tal vez el desafío pendiente más importante, junto con la garantía de acceso universal e igualitaria en un país de características federales, que requiere evitar seguir generando legislación anárquica y desarticulada en materia sanitaria, con la consecuente inequidad que genera el solo traspaso fronterizo de una jurisdicción a otra.

⁷ Cfr. Ley N° 26.485

⁸ Cfr. Ley N° 25.673.

⁹ “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a: b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones”.

¹⁰ “El derecho a fundar una familia implica, en principio, la posibilidad de procrear y de vivir juntos. Cuando los Estados Partes adopten políticas de planificación de la familia, éstas han de ser compatibles con las disposiciones del Pacto y sobre todo no deben ser ni discriminatorias, ni obligatorias”.

¹¹ Fuente: SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva).

ANEXO ESTADISTICO

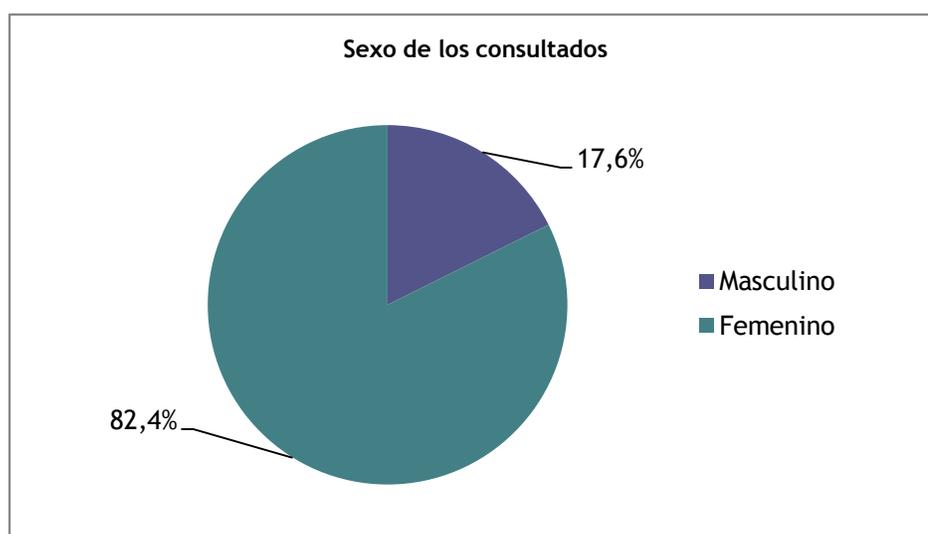
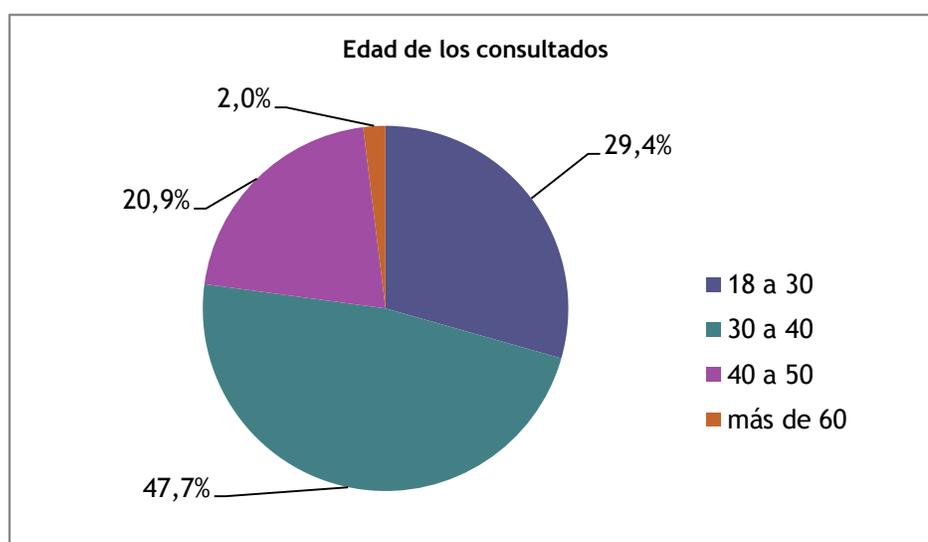
Entre los días 27 de Junio y 3 de Julio de 2013, una vez promulgada la Ley 26.862, este Observatorio de Salud decidió, a través de una encuesta, obtener una serie de datos cuanti y cualitativos cuya intención es orientar a la autoridad de aplicación en aquellos aspectos fundamentales de la reglamentación de la norma en cuestión.

Dicha encuesta fue realizada a alumnos de la Facultad de Derecho y fue también publicada en los sitios web del Observatorio de Salud (<http://observatoriodelasalud.blogspot.com.ar/> y <http://marisaaizenberg.blogspot.com.ar/>), invitando a responderla.

Se relevaron datos de una muestra anónima de 156 personas encuestadas a quienes agradecemos por su tiempo y colaboración.

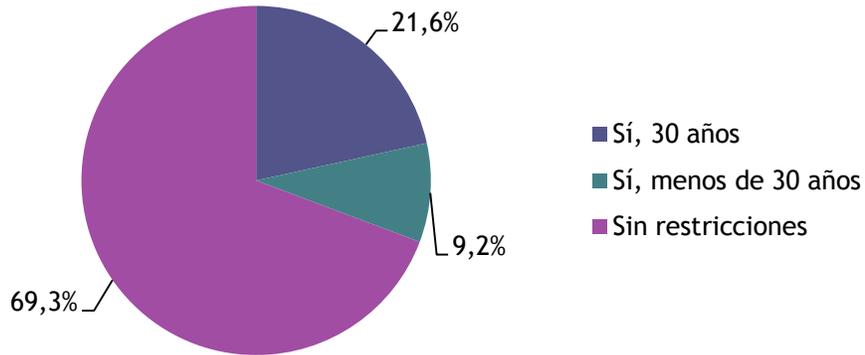
Compartimos a continuación los resultados:

Estructura y características de la muestra

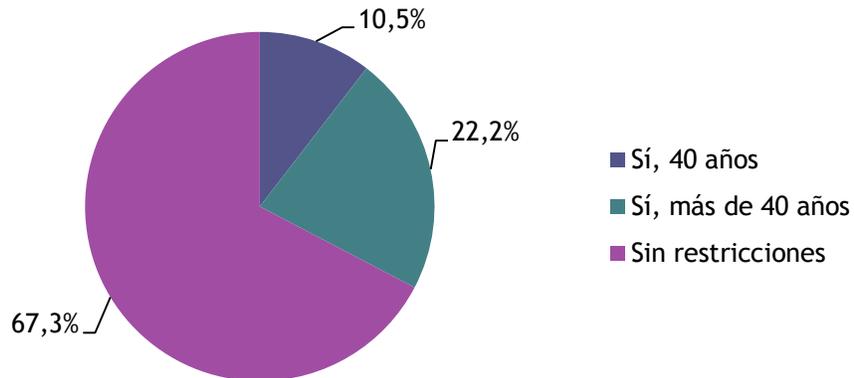


Preguntas y Respuestas

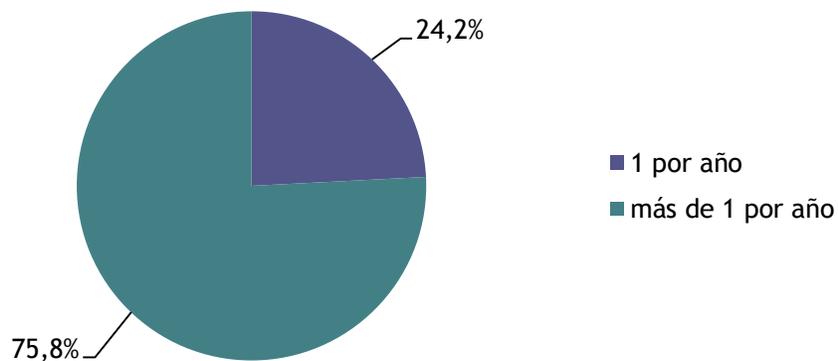
1 - ¿Entiende Usted que la cobertura de las técnicas de reproducción humana asistida debe tener restricciones respecto de edad mínima?



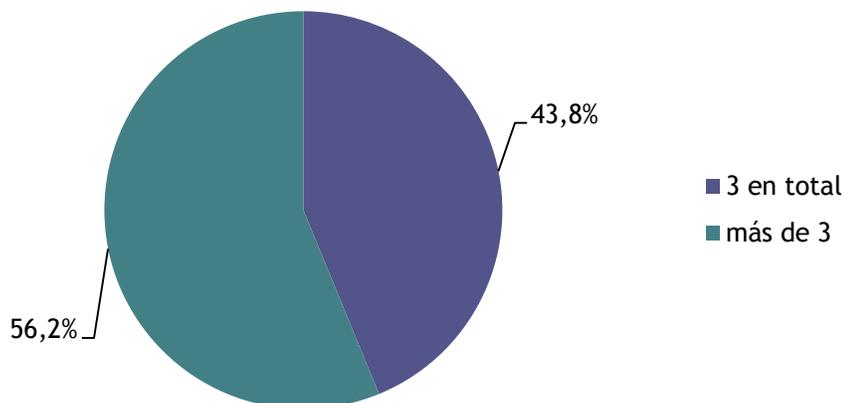
2 - ¿Entiende Usted que la cobertura de las técnicas de reproducción humana asistida debe tener restricciones respecto de edad máxima?



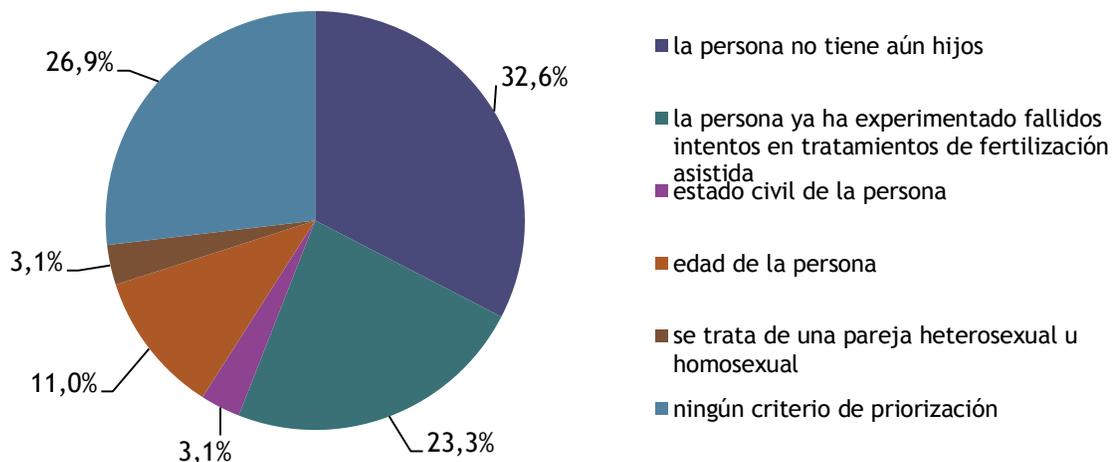
3 - ¿Entiende Usted que la cobertura de las técnicas de reproducción humana asistida debe tener restricciones respecto a la cantidad de tratamientos?



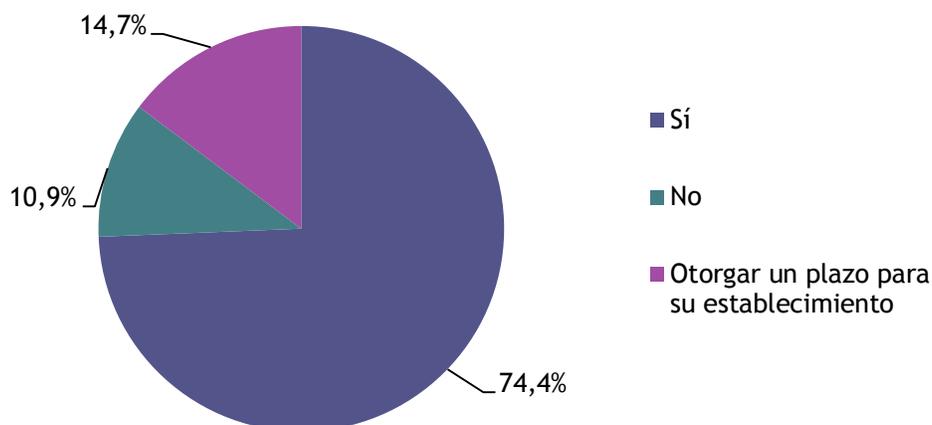
4 - ¿cuántos en total?



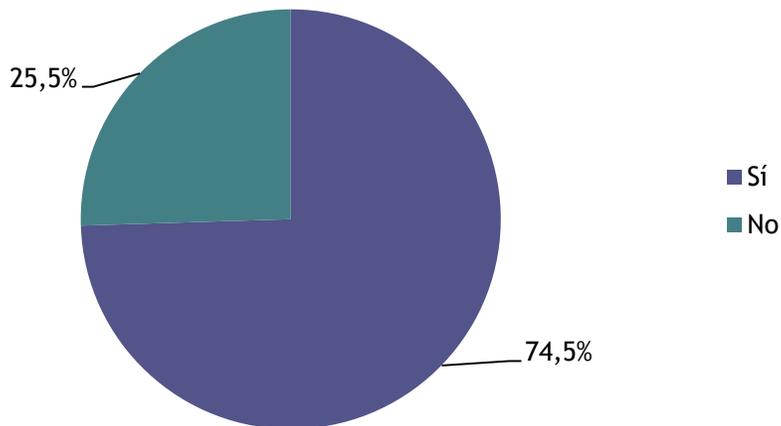
5 - ¿Son aplicables para Usted alguno de los siguientes criterios de priorización para acceder a los beneficios que otorga esta Ley?



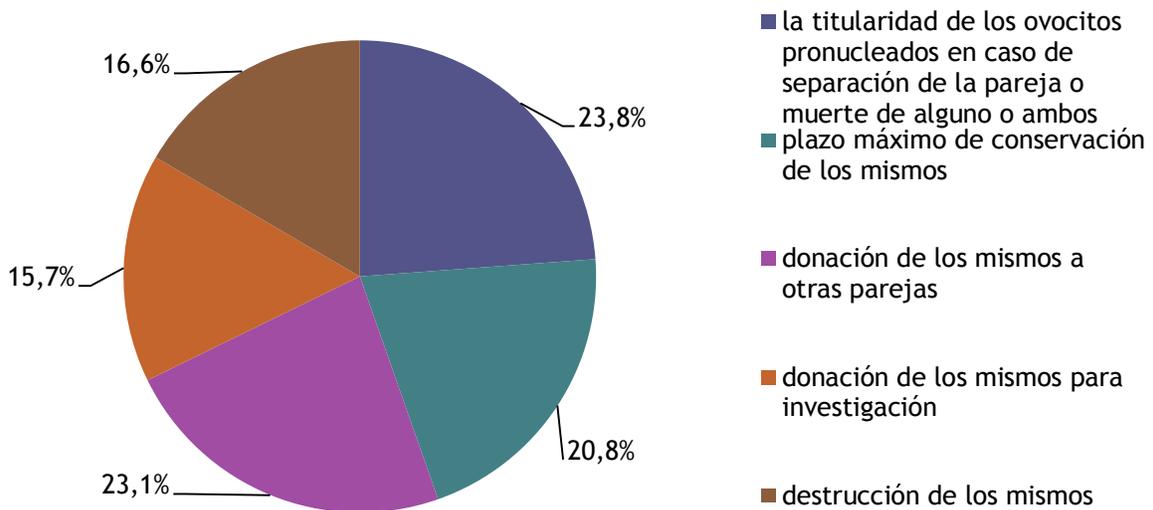
6 - En caso de no existir un servicio de salud público disponible en el lugar de residencia de la persona y que ésta no posea cobertura brindada por obra social o prepago ¿debe el Estado financiar el tratamiento a dicha persona en un establecimiento priva



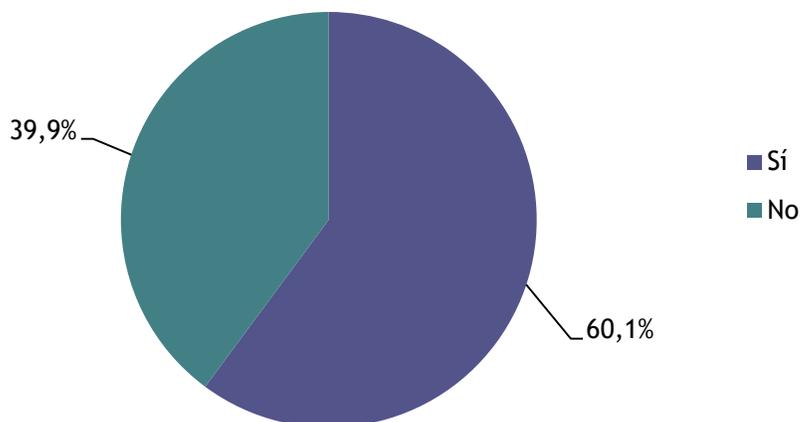
7 - ¿Considera Usted necesaria la conformación de un fondo especial con aportes de los tres subsectores (público, privado y de la seguridad social) para el financiamiento de los tratamientos que establece la Ley?



8 - El consentimiento al que se refiere la Ley debe establecer cláusulas específicas respecto de:

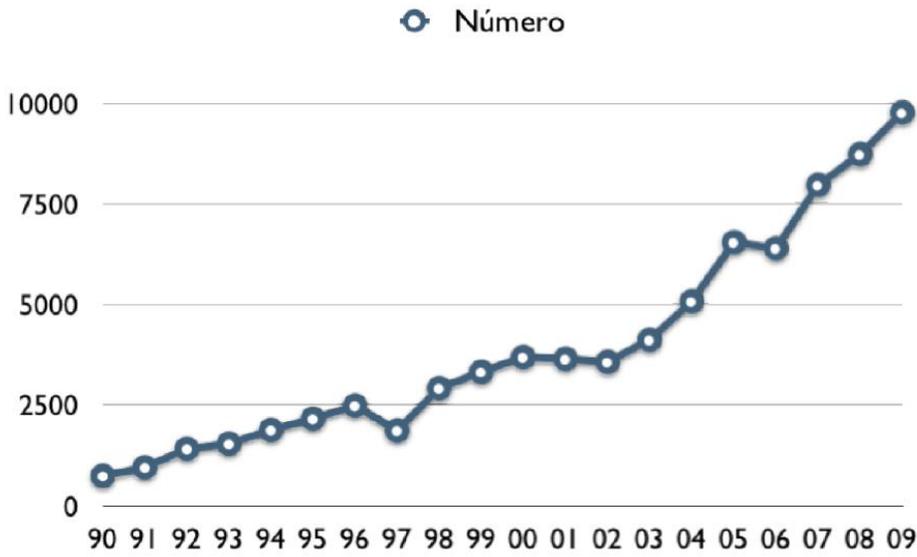


9 - En su opinión, ¿esta Ley legitima la gestación por sustitución (alquiler de vientres) en aquellos casos en que la persona no posea la capacidad de llevar adelante un embarazo?



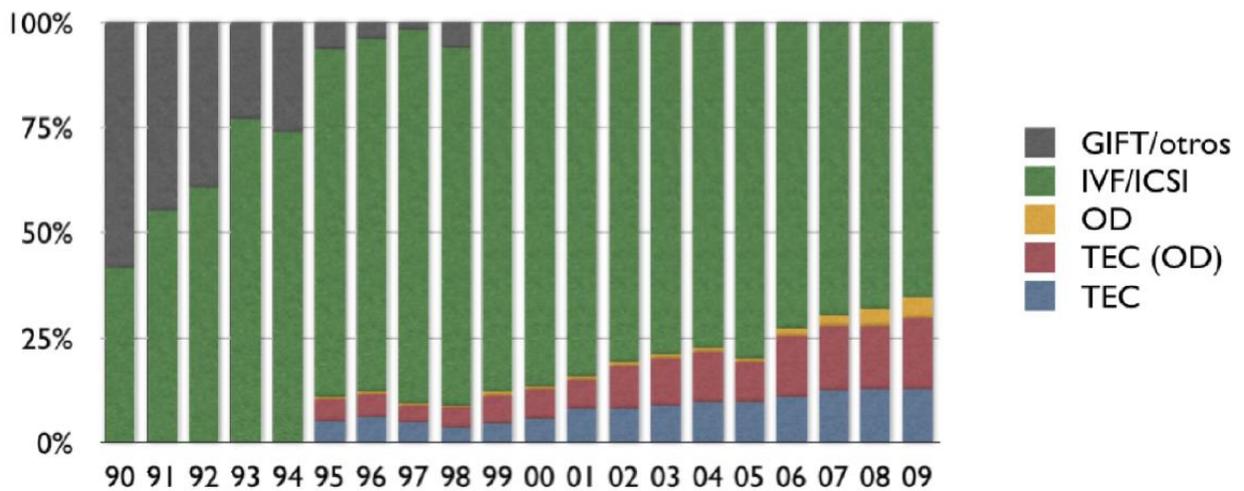
INFORMACIÓN ESTADÍSTICA ADICIONAL

NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ARGENTINA (1990-2009)



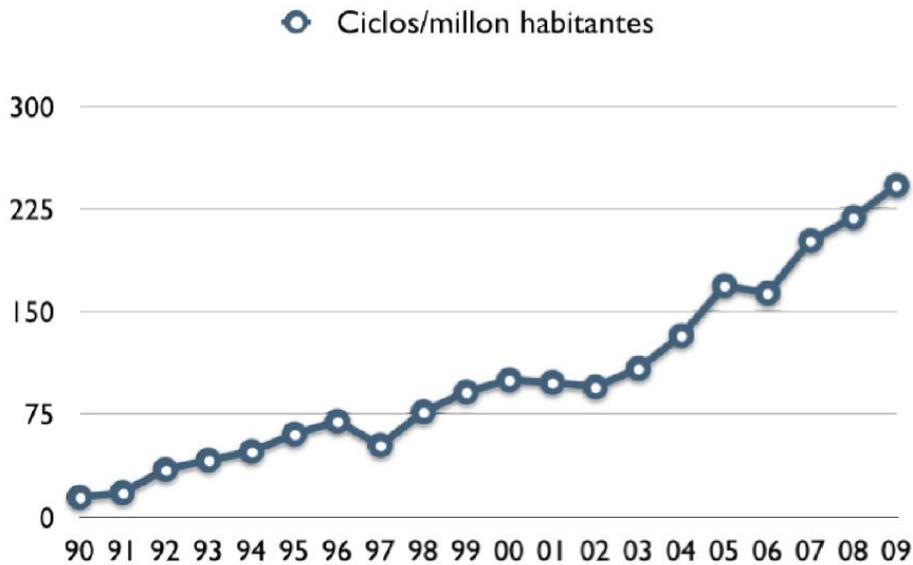
Fuente: SAMeR (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva)

TIPO DE PROCEDIMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ARGENTINA (1990 - 2009)



Fuente: SAMeR (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva)

ACCESO A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ARGENTINA (1990-2009)



Fuente: SAMeR (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva)

ANEXO NORMATIVO

LEY 26862 - PODER LEGISLATIVO NACIONAL (P.L.N.)

Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Sanción: 05/06/2013

Promulgación de Hecho: 25/06/2013

Boletín Oficial 26/06/2013.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º.- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Art. 2º.- 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 de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones.

Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

Art. 3º.- Autoridad de aplicación. Será la autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 4º.- Registro. Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, un registro único en el que deben estar inscriptos todos aquellos establecimientos sanitarios habilitados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida. Quedan incluidos los establecimientos médicos donde funcionen bancos receptores de gametos y/o embriones.

Art. 5º.- Requisitos. Los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida sólo pueden realizarse en los establecimientos sanitarios habilitados que cumplan con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.

Art. 6º.- Funciones. El Ministerio de Salud de la Nación, sin perjuicio de sus funciones como autoridad de aplicación y para llevar a cabo el objeto de la presente, deberá:

- a) Arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas por la presente;
- b) Publicar la lista de centros de referencia públicos y privados habilitados, distribuidos en todo el territorio nacional con miras a facilitar el acceso de la población a las mismas;
- c) Efectuar campañas de información a fin de promover los cuidados de la fertilidad en mujeres y varones.
- d) Propiciar la formación y capacitación continua de recursos humanos especializados en los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida.

Art. 7º.- Beneficiarios. Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones

de la salud, haya explicitado su consentimiento informado. El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer.

Art. 8º.- Cobertura. El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: a la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

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.

Art. 9º.- Presupuesto. A los fines de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación deberá proveer anualmente la correspondiente asignación presupuestaria.

Art. 10.- Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República. Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar, para el ámbito de sus exclusivas competencias, las normas correspondientes.

Art. 11.- La presente ley será reglamentada dentro de los noventa (90) días de su publicación.

Art. 12.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS CINCO DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL TRECE.

Amado Boudou; Julián A. Domínguez; Gervasio Bozzano; Juan H. Estrada.

OTRAS NORMAS DE REFERENCIA

LEY 14208 - PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL (P.L.P.)

Reconocimiento de la Infertilidad Humana como enfermedad. Reconocimiento de la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización asistida.

Sanción: 02/12/2010

Promulgación: 22/12/2010

Boletín Oficial 03/01/2011.

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 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 (OMS). Asimismo se reconoce la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización homóloga reconocidas por dicha Organización, conforme lo normado en la presente y su reglamentación.

Art. 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.

Art. 3º.- Son objetivos de la presente, entre otros:

a) 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.

b) Regular, controlar y supervisar los centros médicos que realicen tanto los diagnósticos y tratamientos de la infertilidad y los procedimientos de la fertilidad asistida.

c) Elaborar estadísticas para el conocimiento, estudio y seguimiento de esta problemática, a través de la Autoridad de Aplicación.

d) 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.

e) 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 a facilitar el acceso a la población de todo el territorio provincial.

f) Capacitar, por intermedio de la Autoridad de Aplicación, a los Recursos Humanos para lograr su especialización, dentro y para los efectores públicos de salud.

Art. 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 de Buenos Aires, con dos (2) 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.

Art. 5º.- Incorpórese dentro de las prestaciones del Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.), la cobertura médico asistencial integral conforme el objeto de la presente.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 8º.- El Poder Ejecutivo determinará la Autoridad de Aplicación.

Art. 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.

DECRETO 2980/2010 - PODER EJECUTIVO PROVINCIAL (P.E.P.)

Aprobación de la reglamentación de la Ley 14208.

Del: 29/12/2010

Boletín Oficial 03/01/2011.

VISTO el expediente N° 2900-18863/10, por el que tramita la reglamentación de la Ley N° 14208, y

CONSIDERANDO:

Que el derecho a la salud ha sido reconocido expresamente en diversos tratados internacionales con jerarquía constitucional y en la Constitución de la Provincia de Buenos Aires;

Que la Ley N° 14208 tiene por objeto el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad, de conformidad con los criterios internacionales sustentados por la Organización Mundial de la Salud;

Que asimismo se reconoce la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización homólogas reconocidas por dicha Organización;

Que conforme el artículo 4º de la Ley citada, el Estado Provincial, a través de los efectores públicos, deberá garantizar los tratamientos correspondiente a todos los habitantes de la Provincia de Buenos Aires, con dos (2) años de residencia en la misma, y preferentemente a quienes carezcan de todo tipo de cobertura médico asistencial integral en el sistema de seguridad social y medicina prepaga;

Que, en la instancia, deviene necesario designar la Autoridad de Aplicación correspondiente;

Que ha tomado intervención y expedido favorablemente Asesoría General de Gobierno;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 144 inciso 2º de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires;

Por ello,

El Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, decreta:

Artículo 1º.- Aprobar la reglamentación de la Ley N° 14208, que como Anexo Único forma parte integrante del presente.

Art. 2º.- Designar al Ministerio de Salud como Autoridad de Aplicación de la Ley N° 14208.

Art. 3º.- Establecer que el presente Decreto entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4º.- El presente decreto será refrendado por el Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

Art. 5º.- Registrar, comunicar, publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.

Daniel Osvaldo Scioli; Alejandro Collia.

ANEXO ÚNICO

REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 14208

ARTÍCULO 1º. Se entiende como fertilización homóloga, a la utilización de gametas propias de cada integrante de la pareja.

ARTÍCULO 2º. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 3º. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 4º. Accederán a los tratamientos de fertilidad asistida aquellas mujeres cuya edad se encuentre comprendida entre los treinta (30) y cuarenta (40) años. Se dará prioridad a las parejas que no tengan hijos producto de dicha relación, brindando la posibilidad de un (1) tratamiento de alta complejidad por año, hasta un máximo de dos (2).

Las parejas que requieran la realización de las citadas prácticas deberán presentar una declaración jurada, conteniendo:

a) datos personales, adjuntando copia certificada del documento de identidad;

b) composición del núcleo familiar, acompañando partidas certificadas emitidas por la autoridad competente;

c) manifestación de cobertura médico asistencial integral en el sistema de seguridad social o medicina prepaga.

Será facultad de la autoridad de aplicación requerir un informe ambiental.

La residencia en la Provincia de Buenos Aires por el plazo de dos (2) años deberá acreditarse al momento del requerimiento, mediante el documento nacional de identidad o la certificación emitida por la autoridad competente en materia migratoria, junto con toda otra prueba documental que, a criterio de la autoridad de aplicación, permita certificar dicha circunstancia.

ARTÍCULO 5°. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 6°. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 7°. La autoridad de aplicación fijará las políticas concernientes al desarrollo, control y evaluación de las prácticas de fertilización asistida, definirá las prestaciones médicas que se ofrecerán a las parejas, teniendo en cuenta los avances científicos en la materia, elaborará los protocolos médicos a implementar en los efectores públicos y confeccionará el modelo de consentimiento informado que deberán suscribir las parejas que asistan a los efectores públicos.

El Consejo Consultivo Médico de Fertilidad Asistida, con la asistencia del Comité Asesor de Bioética Transdisciplinario, será el órgano rector, consultivo y asesor con respecto a la asistencia integral de la infertilidad como enfermedad, y de todos los aspectos bioéticos relacionados con dicha asistencia.

RESOLUCION 8538/2010 - INSTITUTO OBRA MEDICO ASISTENCIAL (IOMA)

Cobertura de Fertilización Asistida por parte del IOMA.

Del: 30/12/2010

Boletín Oficial 03/10/2011

VISTO el expediente N° 2914 - 5863/10 iniciado por la DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES caratulado: ELEVA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA EN FERTILIZACIÓN ASISTIDA PARA AFILIADOS DE IOMA, y

CONSIDERANDO:

Que la Dirección General de Prestaciones elevó una propuesta de implementación de la metodología de ingreso de afiliados de esta Obra Social a las prestaciones de Fertilización Asistida en las distintas Instituciones habilitadas para tal fin;

Que en el marco propuesto la referida Dirección General entiende resultaría conveniente su puesta en vigencia a partir del día 03 de enero de 2011;

Que la misma Área proyectó los Anexos (compuestos por tres capítulos) en el marco de la referida propuesta, en los que se contemplan las normas operativas, los criterios de inclusión para los afiliados, las modalidades prestacionales contempladas, y los requisitos a cumplir por los Centros que brinden la prestación;

Que la presente propuesta encuentra sustento en lo normado por la Ley N° 14.208 de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario N° 2980 que reconoce a la Infertilidad Humana como una enfermedad y obliga al IOMA a incorporar dentro de sus prestaciones, la cobertura médico integral en Fertilización Asistida para sus afiliados;

Que la Dirección General de Administración no formuló objeción alguna al respecto;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas consideró que no encontraba objeciones u observaciones que formular desde el punto de vista de su competencia para que el Honorable Directorio analizara las presentes actuaciones y dispusiera la implementación de la cobertura de Fertilización Asistida para afiliados del IOMA.

Que el Honorable Directorio del Instituto, EN PLENO, en su reunión del día 29 de diciembre de 2010, según consta en Acta N° 52 RESOLVIÓ la implementación de la cobertura de Fertilización Asistida, aprobándose al mismo tiempo el dictado de un acto administrativo con los alcances consignados en el proyecto elaborado por la Dirección General de Prestaciones, delegando en el Director de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales la facultad de autorizar o denegar en forma fundada dichas prácticas;

Por ello,

EL HONORABLE DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

Artículo 1º: Aprobar la cobertura de Fertilización Asistida por parte del IOMA en virtud de los considerandos que anteceden.

Art. 2º: Aprobar las modalidades de implementación de la cobertura de Fertilización Asistida, así como los alcances, criterios de inclusión y requisitos para los afiliados aspirantes a la prestación, tal como lucen en el Anexo 1 de la presente.

Art. 3º: Aprobar los requisitos que deberán cumplimentar las Instituciones para adherirse a la red de Prestadores de Fertilización Asistida de IOMA, consignados en el Anexo 2 Inc. A y que forma parte integrante de la presente.

Art. 4º: Reconocer las inclusiones y exclusiones de los módulos y prácticas consignados en el Anexo 2 Inc. B y que forma parte de la presente, de conformidad con los considerandos citados anteriormente.

Art. 6º: Aprobar las Normas de facturación para los establecimientos que brindan la prestación reconocidas en el Anexo 3, y que forma parte integrante de la presente.

Art. 7º: Delegar en el Director de la Dirección de Auditoría y Fiscalización Medica de Establecimientos Asistenciales, la facultad de autorizar o denegar en forma fundada dichas prácticas, conforme los considerandos de la presente.

Art. 8º: Regístrese. Comuníquese a la Dirección General de Prestaciones, Dirección General de Regionalización y por su intermedio a las Direcciones Regionales y Delegaciones del Instituto, Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales, Comisión de Prestaciones del Honorable Directorio, y Mesa General de Entradas, Salida y Archivo. Publíquese. Tomen conocimiento las demás Direcciones del Instituto que tuvieron injerencia en el presente. Cumplido, archívese.-

Antonio La Scaleia

ANEXOS

COBERTURA DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA PARA AFILIADOS DEL IOMA

ANEXO 1. ALCANCES Y REQUISITOS

1.A. Descripción

1.B. Criterios de inclusión

1.C. Exclusiones

1.D. Documentación necesaria

1.E. Declaración Jurada

1.F. Circuitos administrativos

ANEXO 2. PRESTADORES

2.A. Requisitos

2.B. Módulos prestacionales

Módulo de Baja Complejidad

Módulos de Alta Complejidad

Exclusiones de los módulos

Cancelaciones del tratamiento

ANEXO 3. NORMAS DE FACTURACIÓN

ANEXO 1. ALCANCES Y REQUISITOS

1. A. DESCRIPCIÓN

Se define como Fertilización Asistida o Reproducción Asistida, al conjunto de acciones diagnósticas y terapéuticas destinadas a lograr un embarazo en parejas estériles cuando no es posible la corrección de la causa de fondo somática o fisiológica de esterilidad

En su mayoría estas prácticas implican la estimulación ovárica seguida de la extracción y aislamiento de un ovocito.

Las técnicas empleadas en este sentido se dividen en procedimientos de alta y de baja complejidad.

Procedimientos de baja complejidad:

a) Inseminación Artificial

Consiste en la introducción del semen en la cavidad uterina de la paciente con la finalidad de conseguir la gestación. La inseminación artificial consta de tres pasos:

- Estimulación hormonal del ovario.
- Preparación del semen, seleccionando y concentrando los espermatozoides móviles.
- Inseminación de la mujer.

Procedimientos de alta complejidad:

a) Fertilización In Vitro. (FIV)

Consiste en la extracción del ovocito para ser fecundado fuera del organismo femenino con espermatozoides previamente obtenidos del hombre, y su posterior implantación en el útero femenino. La FIV consta de los siguientes pasos:

- Estimulación ovárica
- Preparación del semen.
- Aspiración folicular por punción bajo control ecográfico.
- Cultivo de los ovocitos.
- Procedimiento de fertilización colocando los ovocitos junto a los espermatozoides seleccionados (FIV)
- Control de la fertilización y crecimiento embrionario.
- Transferencia embrionaria bajo control ecográfico.

b) Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides. (ICSI)

Se trata del mismo procedimiento con los mismos pasos sólo que la fertilización del óvulo con los espermatozoides se realiza mediante inyección Intracitoplasmática (Micropipeta), reservada para aquellos casos de gametos masculinos con trastornos de movilidad o azoospermia.

1.B CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS AFILIADOS.

La atención en Fertilización Asistida Homóloga está dirigida a las parejas de afiliados de IOMA con diagnóstico de Infertilidad, y tiene como objetivo principal brindar la cobertura necesaria que permita la concepción de un hijo biológico dentro de la pareja constituida.

La Ley Provincial de Fertilización Asistida N° 11.028 y su Decreto Reglamentario 2980 así como la presente Resolución, entienden por Homóloga a toda técnica de Fertilización Asistida que emplee gametas sólo provenientes de ambos miembros de la pareja, por lo tanto no se podrán ingresar solicitudes de cobertura que no cumplan con la inclusiones emanadas de dicha Ley.

- a) Serán beneficiarios de la cobertura las parejas en las cuales la edad de la mujer este entre los 30 y los 40 años inclusive.
- b) Los afiliados aspirantes a la cobertura deberán arribar al Centro de Fertilización con el diagnóstico de la causa de infertilidad.
- c) Se priorizará la cobertura a las parejas que no tengan hijos previos en común.
- d) Ambos miembros de la pareja deben estar vivos.

e) Tanto las parejas constituidas en matrimonio como las parejas de convivientes, deberán demostrar dicha unión por un período mínimo de 1 (un) año.

f) En el caso de las parejas donde sólo un integrante de la misma es afiliado al IOMA, se cubrirán las prácticas diagnósticas y terapéuticas de Fertilización Asistida sólo al afiliado a esta Obra Social.

g) Los afiliados voluntarios, podrán acceder a la cobertura de Fertilización Asistida a partir de los 2 (dos) años de su ingreso a la Obra Social.

h) Dado que la Infertilidad Humana es considerada por la OMS y por la Provincia de Buenos Aires como una enfermedad, este IOMA reconoce la misma como preexistencia y no incorporará como afiliados voluntarios a los pacientes que al momento de solicitar la afiliación, presenten dicho diagnóstico.

i) Solo se cubrirán los tratamientos realizados en los Centros acreditados por este IOMA dentro del Registro de Prestadores de Fertilización Asistida, y a los valores que resuelva el Directorio del Instituto.

j) En el caso de efectores públicos, el IOMA cubrirá el tratamiento sólo en aquellos Centros designados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

1.C EXCLUSIONES

No serán incorporados a la cobertura de Fertilización Asistida, los afiliados con alguna de las siguientes condiciones.

a) Enfermedad crónica de la mujer que pueda agravarse con el embarazo.

b) Enfermedad de transmisión vertical en etapa aguda o activa de alguno de los integrantes de la pareja.

c) Solicitudes de donación de gametas (óvulos o espermatozoides) o de embriones.

d) Inseminación con semen heterólogo, entendiéndose por semen heterólogo a aquél proveniente de un hombre que no sea el integrante de la pareja.

e) Criopreservación de embriones.

f) Utilización de útero de otra persona.

g) Cobertura de PGD (Diagnóstico Genético Preimplantatorio)

h) Selección embrionaria.

i) El IOMA no otorgará cobertura a aquellos afiliados que habiéndosele autorizado prácticas de Fertilización Asistida con anterioridad, hayan completado los topes prestacionales contemplados por la presente normativa.

j) No se reconocerá ningún tratamiento por la vía del reintegro. La cobertura en Fertilización Asistida exige la evaluación previa y su autorización por parte de la auditoría médica especializada de IOMA. Tampoco se efectuarán reintegros ni reconocimiento alguno por tratamientos realizados en establecimientos o consultorios fuera de los efectores acreditados por la Obra Social.

1.D DOCUMENTACIÓN NECESARIA

A) Documentación filiatoria que aportará el afiliado.

1. Carnet de IOMA, último recibo de sueldo, o constancia de pago de la afiliación voluntaria.

2. Fotocopia de DNI de ambos miembros de la pareja.

3. Declaración Jurada firmada por ambos miembros de la pareja donde conste:

La convivencia por un período de 1 (uno) año como mínimo,

Si tiene hijos con la actual o con anteriores parejas y cuantos.

4. En caso de que un miembro de la pareja no sea afiliado de IOMA, deberá adjuntarse:

a) Fotocopia de la libreta de matrimonio.

b) Si no están casados, Información sumaria del Poder Judicial con dos testigos que avale la convivencia de 1 año (uno) como mínimo.

c) Factura de tres servicios públicos a nombre del afiliado con el mismo domicilio que el del DNI.

B) Documentación Médica que deberá adjuntar el Centro

1. Indicación médica del Módulo de IOMA de Alta o de Baja complejidad y el protocolo de medicación elegido para la paciente.

2. Estudios complementarios que demuestren el diagnóstico previo de Infertilidad y su causa anatómica o fisiológica tales como: Dosajes hormonales, Histerosalpingografía, y Espermograma.

3. El afiliado deberá concurrir al Centro con la historia clínica del médico de cabecera (no especialista en Medicina Reproductiva) que acredite presencia o ausencia de enfermedades agudas o crónicas previas y el tratamiento recibido de las mismas. Dicha historia clínica la adjuntará el establecimiento a la solicitud de la prestación.

1.E. DECLARACIÓN JURADA PARA AFILIADOS DE IOMA CON SOLICITUD DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA

Por medio de la presente declaro:

Estar conviviendo actualmente con mi pareja desde hace más de 1 (uno) año.

SI NO

Poseo hijos con mi actual o con anteriores parejas.

SI NO CANTIDAD

Asimismo declaro cumplir con los restantes requisitos e inclusiones contempladas por IOMA para la acceder a la cobertura de Fertilización Asistida.

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MUJER:

DNI:

FIRMA

APELLIDO Y NOMBRE DEL HOMBRE:

DNI:

FIRMA

Todas las solicitudes de inclusión a la cobertura serán evaluadas por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales y la Subdirección Técnico Científica de Farmacia y Bioquímica dependiente de la Dirección General de Prestaciones del IOMA.

1.F CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS

1. El Afiliado con los estudios básicos de infertilidad indicados por su ginecólogo y realizados en los efectores de la red de IOMA, concurrirá al centro Prestador.

2. El Centro Prestador analizará la documentación y extenderá la indicación del módulo de Fertilización Asistida que considere necesario. Con éstos el Afiliado concurrirá a la Delegación de IOMA.

3. La Delegación de IOMA recibirá la documentación personal más la documentación médica extendida por el Centro y enunciadas en el Inciso anterior, efectuará el control de esa documentación, y de estar completa, tomará el trámite y lo elevará a IOMA Sede Central, Dirección de Auditoría Médica de Establecimientos Asistenciales.

4. La Auditoría Central de IOMA evaluará la documentación médica, analizará la solicitud y autorizará, denegará o solicitará, de ser necesario, alguna información adicional al Centro. En aquellos casos de excepción en que la auditoría requiera una segunda opinión ya sea por aspectos médicos o jurídicos de una solicitud, la misma será elevada a consideración del Honorable Directorio de IOMA.

5. El Afiliado retirará de la Delegación la autorización de la práctica y concurrirá con la misma al Centro, el cual extenderá al afiliado las recetas correspondientes al módulo autorizado por IOMA. El afiliado con las recetas concurrirá a la Delegación para solicitar la medicación por Sistema Meppes.

6. La Subdirección de Farmacias autorizará por Sistema Meppes el protocolo correspondiente, y comunicará la autorización a la Delegación, para que el afiliado concurra a la Farmacia a encargar el producto.

7. Una vez brindada la prestación, el Centro presentará la facturación ante IOMA Sede Central, Dirección de Auditoría y Fiscalización de Establecimientos Asistenciales junto con la documentación avalatoria enunciada en el Anexo 3.

ANEXO 2: PRESTADORES

2. A REQUISITOS

Estatuto Social, y Acta de Asamblea donde conste designación de autoridades, indicando la calidad de Presidente y/o representante legal de la Institución. De designarse un apoderado este deberá acreditar tal representación con el respectivo poder.

Personería Jurídica (Inscripción en la Inspección General de Justicia y/o Dirección Provincial de Personas Jurídicas de la Provincia de Buenos Aires)

Estatuto Institucional en el que deberá consignarse como objeto la atención referente a Fertilización Asistida.

Constitución de domicilio dentro de la jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires o Ciudad Autónoma de Buenos Aires con Escritura de dominio a nombre de la Institución o Contrato de Alquiler o Comodato, que acredite el carácter legal en que se ocupa el inmueble; y las actividades que en él se desarrollan.

Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como Clínica Monovalente categoría 2 especializada en Obstetricia y Ginecología, o habilitación del organismo que corresponda en el caso de Centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Constancia de Inscripción del Centro en la AFIP, indicando Razón Social, Nº de CUIT (con vigencia), Ingresos Brutos y Ganancias.

Certificado de libre deuda del Registro de Deudores Morosos de la Provincia de Buenos Aires.

Seguro de responsabilidad institucional del Centro.

Seguro de responsabilidad médica del profesional responsable.

Nómina del personal del establecimiento: médicos (con indicación de matrícula, título profesional, y certificado de colegiación, las especialidades deben ser reconocidas y actualizadas por entidad acreditada a tal fin) enfermeros, técnicos, auxiliares y administrativos, con indicación de su nombre, apellido, profesión y DNI.

Inscripción como generador de residuos patogénicos y contrato con el servicio de recolección de los mismos.

Certificado de habilitación emitido por Bomberos o certificado expedido por profesional ingeniero en seguridad e higiene matriculado.

Toda documentación debe ser presentada en original o firmada como copia fiel. Además el establecimiento debe contar con un sistema de información que garantice:

El registro de pacientes, patologías, estadísticas de interurrencias y complicaciones y requerimientos de derivaciones e interconsultas.

Confeción de historia clínica única de cada paciente con descripción detallada del mismo y evolución de los profesionales actuantes.

2. B MÓDULOS PRESTACIONALES

Baja complejidad:

MÓDULO 1: IIU (Inseminación Intrauterina)

Alta complejidad:

MÓDULO 2: FIV (Fertilización In Vitro) ó ICSI (Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides)

BAJA COMPLEJIDAD

MÓDULO 1. INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INTRAUTERINA

La autorización de los módulos de baja complejidad contempla hasta un máximo de 2 (dos) intentos en total por cobertura, con un período no menor de un mes entre cada uno.

Solo se contemplan 4 (cuatro) intentos por total de cobertura en los casos de Esterilidad sin causa aparente, donde se podrán realizar 2 (dos) intentos de baja complejidad y 2 (dos) de alta complejidad.

La complejidad de los Módulos autorizados quedará a criterio de la auditoría médica según la causa de esterilidad, condiciones clínicas y antecedentes de la paciente. Por ejemplo la Esterilidad sin causa aparente y el Factor masculino leve recibirán en todos los casos, cobertura inicial sólo a través de módulos de baja complejidad. Etapas del Módulo:

- a) Estimulación ovárica controlada.
- b) Preparación del semen.
- c) Inseminación intrauterina.

Inclusiones:

Honorarios médicos.

Prácticas

Monitoreo folicular por ECO endovaginal

Dosajes hormonales (Estradiol)

Mejorado y cultivo de espermatozoides

Materiales descartables

Procedimiento de Inyección intrauterina

Utilización de aparatología del Centro (ECO, Endoscopias, laboratorio, material descartable, medios de cultivo)

Procedimientos y/o prácticas específicas que sean necesarias agregar al módulo.

Estudios y seguimiento de la paciente hasta el diagnóstico del embarazo por imágenes y dosajes hormonales o la certificación del tratamiento fallido.

MÓDULO 1

Honorarios médicos \$ 1.000,00

Gastos en prácticas \$ 532,84

Valor total del Módulo \$ 1.532,84

ALTA COMPLEJIDAD

La autorización de los módulos de alta complejidad contempla hasta un máximo de 2 (dos) intentos en total por cobertura, sin que supere 1 (uno) intento por año. Sólo se reserva a consideración del Directorio de IOMA, un tercer intento, para aquellos casos específicos que la auditoría médica así lo disponga.

Por ejemplo las parejas con diagnóstico de Factor tuboperitoneal grave, factor masculino grave, o falla ovárica recibirán en todos los casos, cobertura a través de módulos de alta complejidad.

MÓDULO 2. FERTILIZACIÓN ASISTIDA (FIV ó ICSI)

Etapas del Módulo:

- a) Estimulación ovárica controlada.
- b) Preparación del semen.
- c) Aspiración folicular por punción bajo control ecográfico.
- d) Cultivo de los ovocitos.
- e) Procedimiento de fertilización (FIV o ICSI)
- f) Control de la fertilización y crecimiento embrionario.
- g) Transferencia embrionaria bajo control ecográfico.

Inclusiones

Honorarios médicos.

Prácticas.

Monitoreo de la estimulación ovárica controlada con ECO endovaginal.

Dosajes hormonales (Estradiol)

Mejorado y cultivo de espermatozoides.

Swim Up. Percoll

Laboratorio de gametas y embriones

Materiales descartables y medios de cultivo.

Aspiración folicular ovárica con punción ECO transvaginal bajo anestesia.

Clasificación y mantenimiento de embriones

Proced. de FIV ó ICSI (transferencia intrauterina ecoguiada de embriones)

Prácticas anestésicas

Control de la fertilización y crecimiento embrionario

Utilización de aparatología (ECO, Endoscopias, laboratorio, material descartable, medios de cultivo)

Procedimientos y/o prácticas específicas que sean necesarias agregar al módulo.

Anestesia.

Estudios y seguimiento de la paciente hasta el diagnóstico del embarazo por imágenes y dosajes hormonales o la certificación del tratamiento fallido.

MÓDULO 2 A B C D

Honorarios médicos \$ 3.000,00 \$ 3.000,00 \$ 3.000,00 \$ 3.000,00

Gasto en prácticas \$ 8.447,55 \$ 8.337,85 \$ 9.338,54 \$9.072,23

Valor total del Módulo \$ 11.447,55 \$ 11.337,85 \$ 12.338,54 \$12.072,23

Al valor del Módulo de Fertilización Asistida que se utilice, se le restará en la facturación \$ 376,38 en concepto de Medicación de Fase Lútea.

EXCLUSIONES DE LOS MÓDULOS

1. Medicación para estimulación ovárica.
2. Pruebas básicas para el diagnóstico de infertilidad

Las parejas aspirantes a recibir prestaciones en Fertilización Asistida deberán obtener previamente el diagnóstico de la causa de infertilidad antes de concurrir al centro Prestador. Para ello su médico ginecólogo le extenderá las órdenes de prácticas básicas para el diagnóstico de infertilidad. La realización de estas prácticas diagnósticas estará a cargo de los laboratorios y demás efectores pertenecientes a la red prestadora de IOMA.

DIAGNÓSTICO BÁSICO

Papanicolau.

Colposcopia

ECO ginecológica

ECO mamaria

Histerosalpingografía

Dosaje hormonal básico del 3º día del ciclo

FSH, LH

Estradiol

Prolactina

TSH, T4 libre

DHEA -S

Testosterona libre

Insulinemia

Dosaje hormonal básico del día 21 o 22 del ciclo

Progesterona sérica

Serología

VDRL

Citomegalovirus Ig M y por Ig G

Hepatitis B por Antígeno S y Anticuerpos Anti core

Hepatitis C

HIV por ELISA

Toxoplasmosis por HAI

Enfermedad de Chagas por Inmunofluorescencia

Rubeola por Ig M y por Ig G

Cultivo de flujo vaginal y endocervical para:

Aerobios, Anaerobios, Clamydia, Micoplasma, Ureaplasma

Espermograma básico

3. Prácticas de diagnóstico específico

Estas pruebas están destinadas a aquellas parejas que, con las pruebas básicas con las que concurre el Afiliado al Centro, no puede establecerse el diagnóstico de la causa de infertilidad o bien el Centro requiere una mayor precisión en el mismo. De ser necesaria alguna de estas pruebas, las mismas se realizarán en el Centro de Fertilización Asistida y serán facturadas luego de manera individual según la siguiente tabla de valores.

Espermograma específico \$ 390,00

Espermocultivo \$ 75,00

Test de Kruger \$ 55,00

Anticuerpos anti espermatozoides \$ 120,00

ECO ginecológica con conteo de folículos antrales \$ 143,00

4. Laparoscopía o histeroscopía:

En caso de necesitarlas el afiliado, éstas forman parte de las prácticas conveniadas de la Obra Social, tanto en sus modalidades diagnósticas como terapéuticas. Los afiliados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podrán realizarlas en los Establecimientos de 2º Nivel de esa ciudad que poseen convenio con IOMA.

5. Procedimientos de obtención de muestra de semen

En aquellas parejas con un factor masculino tal que se requiera de una obtención de muestra de semen se autorizará la práctica de obtención de esta muestra por TESE (Testicular Sperm Extraction) o PESA (Punction Epididimal Sperm Aspiration) a través de un trámite de excepción.

6. Primera consulta ginecológica

En el caso de aquellas pacientes que concurren al Centro sin el diagnóstico previo de Infertilidad, el Centro podrá efectuar esa primera consulta ginecológica y facturarla según valores de consulta IOMA, Cat. C, \$ 68,71 (sesenta y ocho pesos con setenta y un centavos)

CANCELACIONES DEL TRATAMIENTO

En las pacientes donde, por los estudios previos, se sospeche que puede evolucionar hacia un fallo en su intento de Fertilización Asistida, el Centro podrá cancelar el tratamiento. En este caso el establecimiento deberá facturar sólo una fracción del módulo autorizado y adjuntar los informes que avalen tal cancelación. El porcentaje del módulo a facturar dependerá del momento del tratamiento en que se efectuó la cancelación.

MOMENTO DE LA CANCELACIÓN por ciento A FACTURAR

- 1 No se logró desarrollo de folículos 30 por ciento
- 2 Durante la punción no se obtuvieron óvulos 60 por ciento
- 3 No se logró desarrollo embrionario 90 por ciento

ANEXO 3

NORMAS DE FACTURACIÓN

I) NORMAS

El Prestador deberá presentar factura B ó C, por triplicado, a nombre del IOMA, con indicación del domicilio, localidad, N° de CUIT y su calidad ante el IVA (exento)

Además el Prestador deberá confeccionar una factura por cada categoría afiliatoria (afiliados voluntarios individuales, afiliados voluntarios colectivos, o afiliados obligatorios) con monto final en cada una, por triplicado y firmada por el representante legal del mismo:

Afiliados Obligatorios: el N° de carnet del IOMA comienza con una cifra.

Afiliados Voluntarios individuales: el N° de carnet del IOMA comienza con una letra, de la A a la J inclusive.

Afiliados Voluntarios colectivos: el N° de carnet del IOMA comienza con una letra, de la K a la Z inclusive.

Cada factura contendrá todos los módulos brindados a estos afiliados en el transcurso de sólo un mes calendario de cobertura. No se podrán

volcar a una misma factura módulos brindados en distintos meses calendario.

Acompañando a cada factura, el Prestador deberá enviar:

Hoja de resumen mensual por cada factura y por triplicado donde constará nombre de cada paciente, N° de Afiliado, módulo facturado, y total general.

Conformidad firmada por el afiliado o familiar responsable debidamente identificado (firma, aclaración y N° de Documento, y relación filial)

Fotocopia de Historia Clínica completa con firma de los profesionales actuantes.

Informe de evolución y actividad específica desarrollada correspondiente al módulo facturado.

Consentimiento informado que firmó el afiliado al concurrir al Centro antes de comenzar con el tratamiento.

II) PLAZOS Y CIRCUITOS DE FACTURACIÓN

La documentación será presentada del 1 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada, en Mesa General de Entradas y Archivo del IOMA considerándose en caso de feriado el último día hábil anterior a la finalización de dicho plazo, debiendo facturar mes calendario en cada prestación.

El IOMA abonará las prácticas de Fertilización Asistida brindadas por el Prestador a sus Afiliados en un plazo de 30 días, contados a partir de la fecha de presentación de la facturación, siempre que la misma cumplimente las normas consignadas en este anexo.

La presentación de la facturación con posterioridad a los plazos establecidos será considerada como ingresada el día primero del mes inmediato subsiguiente.

Toda facturación de facturación que no cumpla con los requisitos enunciados será devuelta a los efectos de cumplimentar con la totalidad de los mismos.

III) REFACTURACIONES

Cuando del proceso de control de la facturación presentada surjan descuentos a practicar sobre la misma, el IOMA comunicará al Prestador el correspondiente débito al cancelar el pago, quedando a su disposición y a partir del tal momento el detalle de los débitos efectuados.

Si el Prestador no compartiere el motivo del débito efectuado por el IOMA, podrá presentar dentro de los 90 (noventa) días posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración fundamentado, que se formulará en una nueva factura emitida según las presentes normas y adjuntando la documentación respaldatoria que certifique dicha reconsideración es decir:

Nueva factura.

Pedido de reconsideración.

Copia de la planilla de certificación del débito realizado.

Copia del ajuste de facturación realizado por la auditoría.

No se podrá agrupar en una sola factura el pedido de reconsideración de varias notas de débito que correspondan a distintos remitos, sino que se emitirá una factura por cada remito que haya sido objeto de ajuste por parte del IOMA.

LEY 3225 - PODER LEGISLATIVO DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad. Cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas de fertilización. Incorporación dentro de las prestaciones de las obras sociales y de medicina prepaga.

Sanción: 07/07/2011

Promulgación: 28/07/2011

Boletín Oficial 06/09/2011

Artículo 1º - Reconózcase a la infertilidad humana como enfermedad, de acuerdo a los criterios internacionales sustentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableciendo a la misma como la dificultad para procrear naturalmente.

Art. 2º - Reconózcase la cobertura de las prácticas destinadas a la procreación de un hijo biológico a través de técnicas de fertilización homóloga asistida, reconocidas por la OMS.

Art. 3º - Son objetivos de la presente ley:

a) facilitar el acceso de la población al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la fertilidad dentro del ámbito de la provincia;

b) promover la capacitación de los efectores del subsector público;

c) regular, controlar y supervisar los efectores públicos y privados que realicen tanto el diagnóstico y tratamiento de infertilidad, como los procedimientos de fertilización asistida en los diferentes niveles de complejidad.

Art. 4° - Otórgase a través de la autoridad de aplicación la cobertura de los citados tratamientos a los habitantes de la provincia de Santa Cruz, que carezcan de toda cobertura médica en el Sistema de Seguridad Social y Medicina Prepaga y que posean un mínimo de dos (2) años de residencia en la provincia. La Caja de Servicios Sociales queda comprendida en los alcances de la presente, a los fines de ejecutar las prestaciones a sus afiliados.

Art. 5° - Incorpórase dentro de las prestaciones de las Obras Sociales y de Medicina Prepaga, con actuación en el ámbito de la Provincia, la cobertura médico-asistencial integral, conforme al objeto de la presente, según las especificaciones que a t al efecto dicte la autoridad de aplicación.

Art. 6° - Priorízase la realización de tratamientos y prácticas en el ámbito provincial, en los subsectores públicos y privados dentro de las complejidades disponibles.

Art. 7° - Establécese al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la presente ley.

Art. 8° - Los gastos que demande esta cobertura se solventarán con partidas del presupuesto de la autoridad de aplicación y de la Caja de Servicios Sociales que deberán ser especialmente asignadas para tal fin en el Presupuesto Anual.

Art. 9° - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.

Art. 10. - Comuníquese, etc.

LEY 4557 - PODER LEGISLATIVO DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO

Derecho a la descendencia como parte de los derechos sexuales y reproductivos. Derechos Personalísimos.

Sanción: 25/06/2010

Boletín Oficial 09/08/2010

La Legislatura de la Provincia de Río Negro sanciona con Fuerza de LEY:

Artículo 1.- Se reconoce el derecho a la descendencia como parte de los derechos sexuales y reproductivos y por lo tanto, reconocidos como derechos personalísimos.

Art. 2.- El Ministerio de Salud es la autoridad de aplicación de la presente ley y debe arbitrar las medidas necesarias para garantizar el derecho igualitario de todas las personas usuarias de los subsectores de salud, de acceder a medidas promocionales de salud, en tanto salud sexual y reproductiva, preventivas de padecimientos y complicaciones que potencialmente expongan al riesgo reproductivo o sexual, a los distintos procedimientos, tratamientos y reparaciones de eventuales causas de imposibilidad de acceder a la descendencia, destinados a resolver su derecho a la maternidad y paternidad responsable.

Art. 3.- El Instituto Provincial del Seguro de Salud (IProSS) debe incorporar en su cobertura con criterio unívoco la atención de las mujeres embarazadas, de sus parejas y de sus hijos o hijas, independientemente del procedimiento que originara su gesta, incorporando los procedimientos de fertilización asistida de baja y alta complejidad y mecanismos de recupero de la capacidad conceptiva o fértil de sus afiliadas y afiliados, realizando dichas prácticas en el ámbito provincial del subsector público y privado dentro de las complejidades habilitadas.

Todo aquel procedimiento que se encuentre comprendido en la Baja Complejidad será solventado con el presupuesto del Instituto Provincial del Seguro de Salud (IProSS) y aquellos que se consideren de Alta Complejidad, serán solventados con los fondos previstos en el artículo 31 de la ley K n° 2753.

Art. 4.- El Ministerio de Salud llevará a cabo campañas de información y difusión tendientes a los cuidados para la preservación, obtención o el recupero de la capacidad fértil privilegiando políticas saludables y de derechos y acceso a servicios y prácticas saludables articulando además estas acciones con los medios de comunicación masivos y difusión, Secretaría de Comunicación, Agencia Río Negro Cultura y Ministerio de Educación.

Art. 5.- Los avances científicos y los nuevos conceptos filosóficos y de género que innoven o redefinan los alcances posibles de los procedimientos tecnológicos y de reproducción asistida, serán sucesiva, progresiva y gradualmente incorporados a las capacidades técnicas y de los recursos humanos de los servicios de salud de los subsectores públicos y privados permitiendo el desarrollo de las capacidades técnicas y de ultra especialidades.

Art. 6.- Los gastos que demande esta cobertura se solventarán con las partidas que los ministerios destinen a tareas promocionales, preventivas, reparadoras y terapéuticas sometidas a consultas del Ministerio de Salud, especialmente al Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana o a quien la autoridad de salud considere oportuno requerir.

Art. 7.- Comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.

LEY 9695 - PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL (P.L.P.) CORDOBA

Administración Provincial del Seguro de Salud.

Sanción: 04/11/2009

Promulgación: 19/11/2009

Boletín Oficial 27/11/2009.

La Legislatura de la provincia de Córdoba sanciona con fuerza de Ley:

Artículo 1º.- INCORPÓRASE como inciso n) del artículo 12 de la Ley N° 9277 -Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS)- el siguiente:

"n) Cobertura de tratamientos de fertilización asistida, a fin de promover el desarrollo familiar a aquellos beneficiarios que acrediten las condiciones que establezca la reglamentación. El Directorio de la APROSS fijará los requisitos de acreditación necesarios que deberán reunir los prestadores especializados para su contratación, de acuerdo a lo establecido en el artículo 26 inciso h) de la presente Ley."

Art. 2º.- ELIMÍNASE el inciso m) del artículo 14 de la Ley N° 9277 - Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS)-.

Art. 3º.- COMUNÍQUESE al Poder Ejecutivo Provincial.

Héctor Oscar Campana; Guillermo Arias.

RESOLUCION 149/2006 - INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD
(I.P.S)

**Convenio interjurisdiccional. Instituto Provincial de Salud de Salta (I.P.S.S.).
Aprobación del convenio del sector privado sobre el cual se negociarán
los actuales y futuros convenios a ser firmados con dicho sector.**

Del 03/11/2006

Boletín Oficial 07/11/2006

Visto el Art. 10 de la Ley 7127/01, y

Considerando:

Que, conforme lo establece el artículo 10, siguientes y concordantes de la Ley N° 7.127, es facultad de la Intervención disponer los instrumentos más apropiados para el logro de los objetivos fijados por el Decreto N° 958/06;

Que, en el marco de los objetivos generales de reordenamiento administrativo dispuesto por la Intervención a cargo de esta entidad, se encuentra la facultad de implementación de nuevas normas relacionadas a sentar las bases de negociación sobre las cuales se suscribirán los futuros convenios de prestaciones de servicios a ser suscriptos con las entidades del sector privado;

Que, en consecuencia, se hace necesaria la implementación de un nuevo Modelo de Convenio del Sector Privado que tienda a lograr la uniformidad en los derechos y obligaciones de las entidades del sector privado que suscriban los mismos, adecuando las expectativas y exigencias de las partes de una manera más eficaz y correcta y estableciendo la equidad como base de cualquier negociación a ser entablada con las mismas;

Que la potestad reglamentaria que la ley 7.127 le confía al Instituto Provincial de Salud de Salta resulta suficiente para reglar la actividad en que la entidad interviene;

Que las áreas de Coordinación Ejecutiva de la Intervención a cargo de las áreas Contables, de Finanzas, de Recursos Humanos y de Operatividad del sistema integrado de Información y Coordinación Ejecutiva de la Intervención a cargo de Finanzas han coincidido en la conveniencia y viabilidad de un proceso normatizador relacionado al ítem en cuestión;

Que, siendo el servicio que brinda la Entidad a sus afiliados de interés público, se concluye que la relación jurídica con el Instituto Provincial de

Salud de Salta es de naturaleza bifronte, pues a la vez de conformar un vínculo de colaboración convencional con los intereses de los afiliados deben ajustarse al reglamento que regirá el nexo jurídico con la entidad;

Que asimismo, se propicia con las medidas adoptadas que el sector privado obtenga una oportunidad real de integrar el sistema y usufructuar las prestaciones que dispensa el Instituto Provincial de Salud de Salta;

Por ello, conforme Ley 7127 y en ejercicio de las potestades que le confiere el Decreto N° 958/06 el Interventor del Instituto Provincial de Salud de Salta resuelve:

Artículo 1° - Aprobar el Modelo de Convenio del Sector Privado que - como Anexo y Anexos I, II y III - forma parte integrante de la presente - sobre el cual se negociarán los actuales y futuros convenios a ser firmados con Entidades del Sector Privado que deseen adherir a dicha modalidad de contratación con el Instituto Provincial de Salud de Salta.

Art. 2° - Dejar establecido que los Convenios del Sector Privado que se encuentren en vigencia, deberán adecuarse íntegramente al modelo aprobado, hasta el 31 de Diciembre de 2006.

Art. 3° - A partir del 1° de Enero del año 2007, comenzarán a regir los nuevos convenios para el sector privado. Los actos, autorizaciones o prestaciones médicas en curso de ejecución como consecuencia de los convenios que caducarán el 31 de diciembre de 2006, deberán cumplirse y ejecutarse conforme las pautas establecidas en el contrato original.

Art. 4° - Encomendar a la Coordinación Ejecutiva de la Intervención a cargo de las áreas Contables, de Finanzas, de Recursos Humanos y de Operatividad del sistema integrado de Información y/o la que la reemplace en el futuro, la verificación del cumplimiento de la presente Resolución, facultándosela para realizar los ajustes operativos y técnicos necesarios para el logro de las finalidades planteadas.

Art. 5° - Comuníquese, etc.

Petrón.

ANEXO

CONVENIO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS

Entre el Instituto Provincial de Salud de Salta, con domicilio real y legal en la calle España n° 782 de la Ciudad de Salta, representado en este acto por el Sr., D.N.I. n° en su carácter de Presidente / Interventor,

en adelante El Instituto, por una parte; y por la otra el representada en este acto por el Sr, D.N.I. n°, con domicilio real en calle n° de la Ciudad de Salta, acreditando legalmente la representación que inviste con copia del Poder Gral./ Acta de Designación de Asamblea/ Resolución Interna /etc... etc... que se agrega al presente; en adelante la Entidad Firmante conviene en celebrar el presente Convenio que se regirá por las siguientes cláusulas y por las normas legales y reglamentarias del Servicio de Salud, implementadas por el Instituto para los Convenios del Sector Privado, suscribiendo los anexos I, II y III los que forman parte integrante de este Convenio.

Propósito: Las partes firmantes acuerdan que el presente Convenio tiene como propósito que el Instituto Provincial de Salud de Salta (I.P.S.S.) tienda de manera preventiva, a la preservación de la salud de los afiliados y beneficiarios pertenecientes a la Entidad Firmante, destinando prioritariamente sus recursos a las prestaciones de atención de los mismos, como así también a la cobertura respecto de aquellas contingencias que pongan en riesgo la integridad psicofísica de los afiliados, todo ello a través de prestaciones de salud equitativamente integrales, financieras y técnicamente eficientes y razonablemente equilibradas.

Que se acuerda por ambas partes la obligación primaria de cooperar en la prevención, cuidado, recuperación y rehabilitación de la salud de los afiliados a la Entidad Firmante, siendo este el principal propósito de este acuerdo.

Asimismo las partes adoptarán las medidas necesarias para el cumplimiento de sus obligaciones y asumirán conductas positivas en protección y tutela de los afiliados, evitando que cualquier acto u omisión que pudiere ser razonablemente evitado por estas, distorsione la realización de los objetivos convenidos, todo ello dentro de la regla hermenéutica de los contratos que se basa en los tres principios fundamentales a saber: la fuerza obligatoria de los convenios para las partes firmantes, el deber de celebrarlos, ejecutarlos e interpretarlos de buena fe; y la regla de que los convenios se formalizan ligados a la finalidad solidaria del servicio de salud.

De modo tal que ambas partes se comprometen a dispensarse un tratamiento recíproco fundado en la buena fe y la plena cooperación para el logro de los objetivos y finalidades convenidas.

Primera: El Instituto suministrará a las personas pertenecientes a la Entidad Firmante incorporadas a través del presente contrato, las prestaciones del Servicio de Salud, implementadas por el Instituto para los Convenios del Sector Privado, bajo modalidades diferentes a los afiliados forzosos y

conforme a los periodos de carencia establecidos de conformidad al plan prestacional elegido, no siendo de aplicación el Régimen Legal de las Obras Sociales, Sindicales y Pre-pagas. Las personas a incorporar al servicio de salud por la Entidad Firmante deberán pertenecer a la misma y no deberá en ningún caso ser inferior a la cantidad de (30) Treinta Afiliados Titulares.

Si con posterioridad a la entrada en vigencia del convenio se produjera la merma del número de Afiliados Titulares exigidas, se deberá comunicar fehacientemente a la entidad firmante dándole un plazo de 30 días para que regularice dicho tope exigido.

Si transcurridos 60 días corridos no se produjera la subsanación del requisito exigido, se procederá a la rescisión del Convenio Privado firmado, pudiendo las personas pertenecientes a la Entidad Firmante, continuar gozando con los servicios que brinda el Instituto a través de su posibilidad de incorporación mediante el Régimen de Afiliaciones Individuales cuando así lo soliciten.

Segunda: Las personas que se incorporen a través de este Convenio, serán Afiliados Titulares de El Instituto, pudiendo a su vez incorporar como beneficiarios solo a su grupo familiar primario. Los Adherentes podrán ser incorporados solamente con el pago de la cuota adicional que se corresponda según el caso, en las condiciones y alcances conforme al Régimen del Servicio de Salud, implementado por el Instituto para los Convenios del Sector Privado y el Anexo I, II y III que forman parte integrante del presente Convenio.

Los Afiliados titulares, los beneficiarios y/o adherentes, tendrán derecho a las prestaciones médicas asistenciales del Nomenclador de aplicación, con las limitaciones emergentes de Resoluciones Generales y Especiales que dicte El Instituto en el futuro y así lo indiquen.

Tercera: Los siguientes casos quedan excluidos del presente Convenio, por lo que El Instituto No otorgará prestación alguna, aclarándose que la enumeración no resulta taxativa, a saber:

- a) Los provenientes de exámenes médicos pre y post ocupacionales, los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y sus secuelas.
- b) Las derivadas de hecho del Afiliado cuando actuare con dolo o culpa grave por su participación en conducta criminal.
- c) Los tratamientos provenientes por agravación del estado del paciente como consecuencia de la falta de cooperación e incumplimiento de las normas y prescripciones o indicaciones médicas tendientes a su

mejoramiento o rehabilitación de su salud o capacidad laboral y que sean imputables al mismo.

d) Queda expresamente excluido el Implante Coclear. En el Plan 1 todo tipo de Transplante y en el Plan 2 todo tipo de Transplante que no se encuentre en el Nomenclador del I.P.S.S.

e) Los tratamientos provenientes de afecciones o secuelas de enfermedades preexistentes a la fecha de admisión al Sistema de Salud.

f) Internaciones en establecimientos geriátricos, internaciones para cura de reposo, para tratamiento de adelgazamiento, rejuvenecimiento y de belleza, ligados al aspecto estético de la persona (Dietología y cosmetología).

g) Tratamientos y/o lesiones derivadas del estado de alcoholismo, toxicomanías e intoxicaciones autoprovocadas.

h) Las lesiones físicas por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico (sismos, inundaciones, etc.) o de epidemia o de hechos del hombre (guerra civil, terrorismo, tumultos, etc.) no imputable al afiliado.

i) Operaciones de cirugía plástica, estética o reparadora salvo que se deban efectuar a raíz de un accidente.

j) Las lesiones que se deriven de la práctica deportiva de Alto Riesgo como ser Montañismo, Alpinismo, Automovilismo Deportivo, etc., no siendo la enunciación precedente taxativa).

k) Cualquier servicio y/o suministro no prescrito por un médico que pertenezca al listado de prestadores del Instituto.

l) Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro.

m) Investigación, tratamiento y/o intervenciones quirúrgicas para la infertilidad, tales como inseminación artificial o asistida, fertilización in vitro, monitoreo de la ovulación, etc., cualquiera sea su indicación.

n) Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación.

ñ) Estudios genéticos con relación al embarazo.

o) Cualquier servicio y/o suministro relacionado con revisión de esterilización masculina o femenina; cualquier tratamiento para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales.

p) Los gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas, etc.).

q) Las Derivaciones extraprovinciales.

Cuarta: En los casos de accidentes u otros hechos atribuibles a un tercero, las prestaciones serán otorgadas, en cuyo caso El Instituto se subrogara automáticamente en los derechos y acciones que tenga o pueda tener el Afiliado, a los efectos de obtener del responsable el recupero del valor económico de las prestaciones suministradas al Afiliado con más sus intereses y accesorios legales, debiendo el afiliado otorgar la documentación que le requiera El Instituto.

Quinta: La Entidad Firmante se obliga a abonar al Instituto por cada uno de los Afiliados Titulares, un aporte o cuota mensual, que se calculará de la siguiente manera:

- Para aquellas Entidades Firmantes que adhieran al Plan Prestacional 1 - Convencional, el aporte será el equivalente al 12% sobre la remuneración bruta que perciba el Afiliado Titular de dicha entidad o será igual a la media de los Aportes Personales y Contribuciones Patronales de los Afiliados Titulares del Sector Público Activo, el monto que resultare mayor. Dicha media de los aportes personales y contribuciones patronales, surgirá de la siguiente operación: El total de los Aportes Personales y Contribuciones Patronales de los Afiliados Titulares del Sector Público Activo percibidas por el Instituto correspondiente al mes inmediato anterior, se dividirá por la cantidad de Afiliados Titulares del Sector Público Activo correspondientes a igual mes. Se aclara que la Entidad deberá abonar en concepto de aporte o cuota mensual el monto que sea mayor.

- Para aquellas Entidades Firmantes que adhieran al Plan Prestacional 2 - Optativo, el aporte será el equivalente al 14% sobre la remuneración bruta que perciba el Afiliado Titular de dicha entidad o se calculará tomando idéntica fórmula que la establecida en el párrafo anterior, monto este al cual se lo multiplicará por un coeficiente adicional del 1,165. Se aclara de que la Entidad deberá abonar en concepto de aporte o cuota mensual el monto que resultare mayor.

En el caso de que la Entidad Firmante posea dentro del listado de personal que como afiliados presenta, personas que revistan el carácter de miembros de la entidad que perciban remuneraciones brutas y otras

que posean otro tipo de remuneración, estos últimos deberán acreditar en el momento de su incorporación el monto que en concepto de ingresos obtienen para la aplicación del porcentaje establecido según el plan prestacional elegido, caso contrario el cálculo del aporte a pagar se efectuará sobre las remuneración promedio más alta que surja según el Escalafón de la Administración Pública Central establecido para los Cargos Políticos de Autoridades Superiores o conforme el valor de la cuota que fije el Instituto a través del dictado de la Resolución Administrativa pertinente.

Sexta: Cuando la Entidad Firmante incorpore otros familiares y/o personas a cargo del Afiliado Titular, conforme al régimen vigente, abonarán por cada uno un aporte o cuota adicional mensual, que se calculará de la siguiente manera:

- Para aquellas Entidades Firmantes que adhieran al Plan Prestacional 1 - Convencional el aporte adicional será del 4% sobre la remuneración bruta o sobre la media establecida de conformidad a la fórmula fijada en el Artículo 5, 2do. párrafo del presente convenio.

- Para aquellas Entidades Firmantes que adhieran al Plan Prestacional 2 - Optativo el aporte adicional será del 6% sobre la remuneración bruta o sobre la media establecida de conformidad a la fórmula fijada en el Artículo 5, 2do. párrafo del presente convenio.

Asimismo, se deja expresamente aclarado que el aporte o cuota podrá ser incrementado, para ello el Instituto y la Entidad Firmante analizarán semestralmente el costo de valores de acuerdo a las variantes que se produzcan en los aportes que abonan los Afiliados Forzosos o según el costo promedio de las prestaciones según valores reconocidos por el Instituto en atenciones sanatoriales, bioquímicas, odontológicas y medicamentos.

Séptima: La Entidad Firmante conviene que sus Afiliados quedan obligados al pago del co-seguro mínimo vigente en el Instituto o el monto porcentual que en el futuro este establezca, el que se halla a cargo de cada Afiliado, no pudiendo en ningún caso ser exceptuado estos del pago del mismo.

Octava: Se conviene expresamente que la Entidad Firmante es Garante Solidario, liso, llano y principal pagador de la deuda que se genere por las prestaciones y/o documentación de sus afiliados y/o cualquier otro concepto, hasta la cancelación total de las mismas, aún en aquellos casos de rescindir el convenio o en caso de que el titular se haya desafiliado por cualquier causa.

Novena: El Instituto podrá incorporar, en virtud del presente Convenio, a quienes hayan sido Afiliados Individuales únicamente cuando estos hayan cancelado de manera total las deudas que mantengan en concepto de aportes o cuotas y/o prestaciones impagas y siempre que las condiciones del afiliado esté acorde a su situación de revista y en estricto cumplimiento de las condiciones y requisitos exigidos por la Entidad Firmante, para ser considerado como miembro de la misma.

Décima: La Entidad Firmante entrega en ese acto una Declaración Jurada comunicando al Instituto las personas propuestas para incorporar como Afiliados titulares, beneficiarios y/o en su caso adherentes, quienes deberán cumplimentar formalmente el trámite cumpliendo los correspondientes requisitos de ingreso; asimismo la Entidad Firmante adjunta fotocopias autenticadas del Estatuto Social, del Reglamento Interno y/o del Libro especial exigido por el Art. 52 de la ley 20.744, según corresponda de acuerdo a la actividad que asume la Entidad Firmante. Es obligación de La Entidad Firmante el comunicar las altas y las bajas mensualmente y a presentar la documentación respaldatoria que le requiera El Instituto de conformidad con las normas vigentes.

Asimismo se deja expresamente aclarado de que el Instituto se reserva el derecho de aceptar o no el ingreso bajo esta modalidad a todos o parte del listado que como altas presente la Entidad Firmante.

Décima Primera: Los aportes establecidos en la Cláusula Quinta y Sexta deberán ser abonados por mes adelantado y dentro de los primeros diez (10) días corridos del mes en curso, por la Entidad Firmante a través de Depósito en Entidad Bancaria o donde El Instituto lo indique en el futuro por medio fehaciente, debiendo acreditar ante El Instituto la constancia del Depósito realizado dentro de las 24 hs. de efectuado el mismo. La mora por incumplimiento de pago en los plazos establecidos, se producirá de pleno derecho, sin necesidad de intimación judicial o extrajudicial alguna provocando el Corte de los Servicios de manera inmediata y producirá la aplicación de la Tasa de Interés mensual del 1,41% (uno con cuarenta u uno por ciento) fijada por resolución N° 24/00 emitida por la Dirección General de Rentas de la Provincia o por la que sea dictada por el mencionado Organismo Tributario que la reemplace en el futuro.

Décima Segunda: Las liquidaciones y/o certificaciones de deuda que practique El Instituto serán títulos ejecutivos suficientes y servirá de base para formular cargo cuando se haya incurrido en mora, la que será automática y de pleno derecho. Sin perjuicio de ello, El Instituto podrá en cualquier momento, sin interpelación ni intimación alguna, y cuando se haya generado deuda disponer la suspensión de la cobertura asistencial

o sea del presente Convenio, hasta que se realice el pago de la deuda vencida con los intereses que esta hubiere generado por su mora.

Décima Tercera: El Instituto se reserva el derecho de verificar la información que suministra La Entidad Firmante para la incorporación inicial, las altas y las bajas de sus afiliados, pudiendo controlar si efectivamente la persona propuesta para ser incorporada figura en el Padrón de Afiliados y/o despliega y/o se encuentre encuadrado dentro de la actividad institucional de La Entidad Firmante, para lo cual en cada caso deberán estar inscriptos en los organismos impositivos, previsionales y laborales (A.F.I.P., A.N.Se.S., D.G.R., etc.) según la condición que revista. Tal comprobación la podrá realizar en cualquier tiempo y lugar por personal acreditado al efecto. Las observaciones resultantes del convenio realizado podrán dar lugar a la formulación de ajustes en el aporte mensual con más los intereses.

Décima Cuarta: Queda establecido que en ningún caso El Instituto remitirá a la Entidad Firmante informes estadísticos y/o contables de las prestaciones otorgadas a los Afiliados. Las comprobaciones que La Entidad Firmante estime realizar, se efectuarán en la sede de El Instituto, quien proporcionará la información que razonablemente pueda suministrar su sistema contable administrativo.

Décima Quinta: Serán causales de rescisión del presente convenio por parte de El Instituto la siguientes:

- a) La falta de cumplimiento en termino de cualquiera de las obligaciones a cargo de La Entidad Firmante.
- b) La falta de entrega a El Instituto de la documentación requerida, como así la negativa y reticencia a presentar toda otra información relacionada con los Afiliados al solo requerimiento de El Instituto.
- c) Cuando La Entidad Firmante falsee, oculte o adultere los datos de sus afiliados, titulares, beneficiarios, adherentes y/o cualquier otra documentación en la información suministrada a El Instituto en oportunidad desde la incorporación al régimen del Servicio de Salud, implementado por el Instituto para los Convenios del Sector Privado y durante la vigencia del mismo.
- d) Los casos de Caso Fortuito o Fuerza Mayor, (incluso los originados a raíz de conflictos con los Prestadores).

En cualquiera de los casos señalados El Instituto comunicará previamente su decisión de rescindir a La Entidad Firmante con una anticipación no menor de quince (15) días corridos y estará facultado a exigir el

cumplimiento del pago de las deudas existentes y a reclamar los reembolsos y los daños y perjuicios que eventualmente se ocasionaren.

Décima Sexta: La Entidad Firmante, una vez cumplido los primeros seis meses de vigencia, podrá rescindir el presente Convenio en cualquier momento y sin invocación de causa, debiendo comunicar al Instituto en forma fehaciente tal decisión con treinta (30) días corridos de anticipación, sin que se devenguen indemnizaciones de ninguna naturaleza.

Décima Séptima: La Entidad Firmante en caso de que comunique la rescisión del convenio, faculta a El Instituto a proceder al bloqueo automático en el sistema a los afiliados de dicha entidad, la cual deberá en el mismo acto devolver a El Instituto las credenciales de todos los Afiliados titulares, sus beneficiarios y/o adherentes. Los gastos por prestaciones indebidas que ocasionen sus ex - afiliados, como consecuencia de la omisión de este requisito quedará a cargo de la Entidad Firmante. Sin perjuicio de en caso del incumplimiento se le aplicará una multa por un valor equivalente al pago de un mes de aporte de la entidad al Instituto.

Décima Octava: Los impuestos y sellados que graven el presente convenio serán soportados por partes iguales, haciendo constar que El Instituto, se encuentra eximido de impuestos y tasas provinciales y municipales (Ley 7.127/01 Art. 37). La Entidad Firmante podrá estar exenta de dicho pago si acredita tal supuesto mediante la presentación de la documentación pertinente conforme a la normativa vigente.

Décima Novena: A todos los efectos legales del presente contrato, las partes constituyen sus domicilios legales en los arriba indicados, donde se tendrán por válidas y eficaces todas la notificaciones. El Instituto podrá efectuar las notificaciones pertinentes a través de cualquier diario de circulación comercial en la provincia, Boletín Oficial, etc. Las partes expresan su voluntad de someterse a la Jurisdicción y Competencia de los Tribunales Ordinarios de la Provincia de Salta - Jurisdicción Centro - Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo del Distrito Judicial del Centro, con expresa renuncia a cualquier otro fuero y/o jurisdicción que pudiera corresponderle.

Vigésima: El presente Convenio y normas generales que como anexo I, II y III forman parte del mismo, comenzarán a regir a partir del día de del año dos mil y tendrá un plazo de vigencia de Dos (2) Años. Ambas partes pactan de que el presente convenio No se renovará en forma automática, como así también la continuidad de hecho no importara Tácita Reconducción del contrato.

Cláusula Transitoria Primera: En razón de que a la fecha de entrada en vigencia del presente, existen Convenios Vigentes del Sector Privado firmados entre el Instituto y ciertas Entidades que poseen una cantidad de Afiliados Titulares, cuyo número es inferior a la cantidad exigida en la Cláusula Primera del presente, se aclara expresamente de que se establece el día 31 de Diciembre de 2.006, como plazo dentro del cual los convenios firmados por estas entidades deberán adecuarse íntegramente al presente modelo que en este acto se aprueba.

Cláusula Transitoria Segunda: Se establece que en el caso de que se tratara de la renovación de los contratos actuales vigentes del sector privado, las Altas nuevas a producirse se deberán realizar mediante la presentación de la Declaración Jurada de Salud, respetándose en las mismas condiciones que se encontraban las Altas de las personas que ya revestían el carácter de Afiliados a la entidad firmante del convenio del sector privado vigente.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de Salta, Provincia de Salta, República Argentina a los días del mes de del 2.006. Se deja constancia que cada parte hacen retiro de su ejemplar.

Entidad Firmante

I.P.S.

ANEXO I

NORMAS GENERALES DE INCORPORACION DE AFILIADOS, BENEFICIARIOS Y/O ADHERENTES A LOS CONVENIOS

1.- Régimen de Altas - Padrón Inicial.

La Entidad Firmante suministrará al momento de la firma del convenio, una nómina o listado de los titulares, beneficiarios y/o adherentes que requieran afiliación con indicación de los siguientes datos:

Nº de Orden o Código.

Apellido y Nombres del titular, beneficiarios y/o adherentes.

Documentos de Identidad del titular, beneficiarios y/o adherentes.

Fecha de ingreso a la Actividad del titular.

Cargo o tarea que Desempeña del titular.

Monto remuneración total (excluida asignaciones familiares) que perciba el afiliado titular.

Vínculo o parentesco del beneficiario y/o adherentes, los que deberán cumplimentar formalmente el trámite cumpliendo los correspondientes requisitos de ingreso.

Esta nómina constituirá el Padrón Inicial de Componentes de la Entidad Firmante que formará parte integrante del convenio, quienes serán exceptuados de la carencia inicial establecida para las altas posteriores.

Asimismo se establece que en el caso de que se tratara de la renovación de los contratos actuales vigentes del sector privado, las Altas nuevas a producirse se deberán realizar mediante la presentación de la Declaración Jurada de Salud, respetándose en las mismas condiciones que se encontraban las Altas de las personas que ya revestían el carácter de Afiliados a la entidad firmante del convenio del sector privado vigente.

2.- Altas Posteriores a la Firma del Contrato.

La Entidad Firmante podrá solicitar la incorporación de nuevos miembros titulares con posterioridad a la fecha de iniciación del Convenio de acuerdo y con ajuste a las condiciones que se indican seguidamente:

Las personas que soliciten su incorporación al Servicio de Salud, implementado por el Instituto para los Convenios del Sector Privado, con posterioridad a la fecha de iniciación del contrato, ingresarán con el periodo de espera (carencia) establecido conforme Anexo II, pudiendo gozar en tal período de:

Consultas médicas (de acuerdo a normas vigentes).

Medicamentos para tratamientos ambulatorios.

Las prestaciones no contempladas en el período de espera (carencia) se cubrirán con 100% a cargo del afiliado.

Se aclara que el Alta que se comunique por la Entidad Firmante al Instituto comenzará a desplegar sus efectos a partir del día hábil siguiente al cierre del mes en el cual esta sea comunicada.

3. Régimen de Bajas.

3.1 Serán causales de baja del afiliado titular y consecuentemente de los beneficiarios a su cargo, las siguientes:

a- Por haber perdido su condición de personal vinculado con la Entidad Firmante, ya sea laboralmente, o por acceder a los beneficios de la Jubilación o como asociado.

b- Por renuncia expresa del afiliado titular al Servicio de Salud, implementado por el Instituto para los Convenios del Sector Privado, comunicado a la Entidad Firmante y puesto en conocimiento en forma fehaciente e inmediata por parte de la misma al I.P.S.

c- Con suspensión o exclusión dispuesto por el Instituto, motivada en infracciones a las Normas Reglamentarias al Servicio de Salud, implementado por el Instituto para los Convenios del Sector Privado o por no ajustarse a las condiciones estipuladas en el presente convenio.

Será obligación de la Entidad Firmante, comunicar al Instituto la baja del Afiliado en el momento que esta se produzca.

3.2 Condiciones para la aceptación de la baja.

La baja estará condicionada a la devolución de las credenciales del Afiliado Titular, sus beneficiarios y/o adherentes y al cumplimiento de la cancelación de las deudas que, por todo concepto, el afiliado haya contraído con El Instituto, sin perjuicio de la responsabilidad de la Entidad Firmante en el pago de la misma.

Asimismo El Instituto procederá por medio del Dpto. Afiliaciones al bloqueo automático en el sistema a los afiliados de dicha entidad, se haya o no cancelado la deuda.

4.- Reingresos a Través del Convenio.

Las personas que hubieran sido dadas de baja por la Entidad Firmante podrán reingresar al Sistema de Salud, a través de la misma, conforme las siguientes condiciones:

- Si hubieran transcurrido menos de 3 meses desde su última baja, en cuyo caso no le serán de aplicación las carencias iniciales.
- Si hubieran transcurrido más de 3 meses desde su último egreso, le serán entonces de aplicación las carencias reglamentadas para las altas iniciales (Anexo II).
- No se admitirá reingresos de las personas desafiliadas por las causas señaladas en el punto 3.1 último párrafo del presente anexo.

4.1.- Pases desde afiliaciones individuales.

Sólo serán autorizadas cuando no existiera saldo por cuotas aportes impagas y cumpla con la actividad acorde a los fines de la entidad y con el plazo de carencia fijado en el Anexo II.

Si desde la baja de la afiliación individual hasta el alta por convenio del sector privado hubieren transcurridos un plazo no mayor a (3) tres meses, reingresará sin las carencias establecidas originalmente.

4.2.- Pases a afiliaciones individuales

Sólo serán autorizadas cuando no existiera saldo por cuotas aportes y prestaciones impagas para lo cual deberá acreditarse con Constancia de Libre Deuda emitida por la Entidad Firmante anterior y con el plazo de carencia fijado en el Anexo II.

Si desde la baja de la afiliación del sector privado hasta el alta por afiliación individual hubieren transcurridos un plazo no mayor a (3) tres meses, reingresará sin las carencias establecidas originalmente.

4.3.- Pases a otro convenio privado.

Solo serán autorizadas cuando no existiera saldo por cuotas aportes y prestaciones impagas para lo cual deberá acreditarse con Constancia de Libre Deuda emitida por la Entidad Firmante anterior y la persona que lo solicitare cumpla la actividad de la entidad posterior acorde a la finalidad en cada caso y con el plazo de carencia fijado en el Anexo II.

Si desde la baja de la afiliación del sector privado hasta el alta por el nuevo convenio hubieren transcurridos un plazo no mayor a (3) tres meses, reingresará sin las carencias establecidas originalmente.

5.- Suspensión de Servicios por Falta de Pago.

A partir del primer día del mes siguiente al vencimiento de la cuota aporte El Instituto dispondrá la suspensión de los servicios de salud a los afiliados titulares, sus beneficiarios y/o adherentes de la Entidad Firmante.

Para lograr la rehabilitación de los servicios La Entidad Firmante deberá abonar la totalidad del importe adeudado. Si el pago se efectúa entre el 1° y 10° día del mes en que rige la suspensión del servicio, las cuotas vencidas se actualizarán al valor de la cuota vigente para dicho mes.

Si en cambio el pago se efectúa entre el 11° día y el último día del mes en que rige la suspensión de los servicios además se aplicará el interés devengado hasta el día de la cancelación (Cláusula Décima).

El Instituto exigirá el pago total de las cuotas aporte mensual sin quita de ninguna naturaleza por los días en que estuvo suspendido el servicio de Salud.

El Instituto no reconocerá las prestaciones recibidas por los afiliados titulares, beneficiarios y adherentes, durante el período de suspensión del servicio, las que quedarán a cargo exclusivo del Afiliado.

ANEXO II

PLAN 1 - CONVENCIONAL

CONDICIONES PARTICULARES - BENEFICIOS

CON CARENCIAS DE INGRESOS (TIEMPO DE ESPERA)

QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACION

En todos los casos las prácticas autorizadas estarán obligadas al pago del coseguro mínimo vigente en el Instituto, el que estará a cargo del Afiliado.

Consultas y prácticas: Existen entre los prestadores dos tipos de aranceles: Padrón A (valores de la Obra Social) y Padrón B (Valores de la Obra Social más arancel diferenciado de libre pacto entre el Afiliado y el Prestador). Este último valor no tiene reintegro ni reconocimiento por parte de la Obra Social.

Se excluyen de la cobertura todo tipo de prácticas o procedimientos no nombrados o no valorizados por el I.P.S.

Queda excluido del presente plan la provisión de Cardiodesfibriladores, todo tipo de pre-transplantes, transplantes, post-transplantes e Implantes Cocleares.

Queda expresamente excluida la cobertura de cualquier tipo de derivación extra-provincial.

A) Desde el Inicio:

1) Consultas Médicas.

2) Cirugías e Internaciones de urgencia (accidentes y casos agudos no atribuibles a causas preexistentes), con excepción de la Cirugía Cardiovascular, Angioplastia y Hemodinamia.

3) Servicio de enfermería: En Servicios Propios.

4) Podología en Servicios Propios (Solo en pacientes Diabéticos y Mayores de 65 años).

5) Estudios de diagnósticos de rutina: Radiografías directas o contratadas. Análisis de laboratorio incluidos en el Nomenclador del I.P.S. Excepto las determinaciones por (R.I.E. - R.I.A.) Radioinmuno ensayo y los

correspondientes a los códigos bioquímicos superiores al 1169 del Nomenclador Bioquímico del I.P.S.

6) Electrocardiogramas.

7) Vacunas. (Solo las del Calendario oficial de vacunas del Ministerio de Salud o su equivalente).

8) Electroencefalograma.

9) Exámenes histopatológicos, por incisión o por punción únicamente.

10) Exámenes citológicos.

11) Odontología preventiva y de urgencia.

12) Electromiograma.

13) Fonoaudiología.

14) Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal en pacientes renales agudos.

15) Estudios Radiográficos con o sin contraste, excepto T.A.C., Resonancia Nuclear Magnética, Ecografías y Estudios de Medicina Nuclear.

B) A los 30 días:

1) internación clínica (pensión sanatorial - derecho de internación y honorarios médicos). (Cama de acompañante en caso de menores de 12 años de edad). Excepto terapia intensiva.

2) Intervenciones quirúrgicas: Sólo aquellas intervenciones quirúrgicas que en el Nomenclador del I.P.S. no prevean Anestesia General ni ayudante. (Tipo I).

3) Ecografía. Excepto Eco-Doppler.

4) Todo tipo de Análisis Bioquímico incluidos en el Nomenclador del I.P.S.

5) Ergometría.

6) Fonocardiograma y Ecocardiograma.

7) Todo tipo de estudios histopatológicos (incluidos en el Nomenclador del I.P.S.).

8) Estudios Endoscópicos.

9) Hemoplasmoterapia.

10) Medicamentos (Siempre y cuando no pertenezcan a enfermedades preexistentes o no cubiertas por el plan).

11) Plan Odontológico de recuperación infantil. Odontología (Toda práctica de operatoria dental, excepto implantes, prótesis y ortodoncia).

12) Psiquiatría y Psicología.

13) Fisioterapia y Kinesioterapia.

14) Optica.

C) A los 60 días:

1) Cirugía: Intervenciones quirúrgicas que en el Nomenclador del I.P.S. prevea anestesia general y/o hasta un ayudante. (Tipo II). Con excepción de la Cirugía Cardiovascular, Angioplastía y Hemodinamia.

2) Estudios de Medicina Nuclear.

3) Electrocardiograma de Holter. Mapeo ambulatorio de presión arterial.

4) Todo tipo de análisis Bioquímicos incluido en el Nomenclador del I.P.S.

5) Derivaciones dentro de la Provincia.

6) Hotelería.

7) Traslado en ambulancia.

D) A los 90 días:

1) Todo tipo de cirugías que no estén excluidas por el I.P.S. (Tipo III). Con excepción de la Cirugía Cardiovascular, Angioplastia y Hemodinamia.

2) Resto de estudios especializados incluidos en el Nomenclador del I.P.S. y que no se hallen excluidos por el I.P.S., o en los períodos de espera aquí detallados, subsiguientemente.

3) Tomografía Axial Computada.

4) Estudios con Eco-Doppler.

E) A los 120 días:

1) Terapia Intensiva: Pensión Sanatorial. Derechos de Internación. Honorarios Médicos.

2) Resonancia Nuclear Magnética.

3) Radioterapia.

F) A los 150 días:

- 1) Cirugía Cardiovascular, Angioplastia y Hemodinamia.
- 2) Prótesis y Ortesis. (Según los Convenios con los Prestadores y de conformidad a las normas de provisión del I.P.S.).
- 3) Audífonos. (Según los Convenios con los Prestadores y de conformidad a las normas de provisión del I.P.S.).
- 4) Alimentación Parenteral.
- 5) Litotricia Renal.

G) A los 180 días:

- 1) Planes Especiales: a) Plan Materno Saltá (MNS), b) Plan Diabetes Saltá (DNS), c) Plan Oncológico, d) Plan de Hemodiálisis, e) Plan H.I.V. y otros planes especiales vigentes o a crearse en el futuro.
- 2) Hemodiálisis en paciente renal crónico no preexistente al momento de la Afiliación.
- 3) Diálisis peritoneal. (Siempre que no se trate de enfermedad preexistente).
- 4) Factor II, VII, IX y X.
- 5) Factor VIII y Albúmina Humana.
- 6) Estudios de Alta Complejidad previstos en el Nomenclador del I.P.S. y no excluidos taxativamente del presente plan.

Plan 2 - Optativo

Condiciones Particulares - Beneficios

Con carencias de ingresos (tiempo de espera)

que se enuncian a continuación.

En todos los casos las prácticas autorizadas estarán obligadas al pago del co-seguro mínimo vigente en el Instituto, el que estará a cargo del Afiliado.

Consultas y prácticas: Existen entre los prestadores dos tipos de aranceles: Padrón A (valores de la Obra Social) y Padrón B (valores de la Obra Social más arancel diferenciado de libre pacto entre el Afiliado y el Prestador). Este último valor no tiene reintegro ni reconocimiento por parte de la Obra Social.

Se excluyen de la cobertura todo tipo de prácticas o procedimientos no nombrados o no valorizados por el I.P.S.

Queda excluido del presente plan la provisión de Cardiodesfibriladores, todo tipo de trasplante no nombrado por el I.P.S. y el Implante Coclear.

Queda expresamente excluida la cobertura de cualquier tipo de derivación extra-provincial.

A) Desde el Inicio:

1) Consultas Médicas.

2) Cirugías e Internaciones de urgencia (accidentes y casos agudos no atribuibles a causas preexistentes), con excepción de la Cirugía Cardiovascular, Angioplastia y Hemodinamia.

3) Servicio de enfermería: En Servicios Propios.

4) Podología en Servicios Propios. (Solo en pacientes Diabéticos y Mayores de 65 años).

5) Estudios de diagnósticos de rutina. Radiografías directas o contratadas. Análisis de laboratorio incluidos en el Nomenclador del I.P.S. Excepto las determinaciones por (R.I.E. - R.I.A.) Radioinmuno ensayo y los correspondientes a los códigos bioquímicos superiores al 1169 del Nomenclador Bioquímico del I.P.S.

6) Electrocardiogramas.

7) Vacunas. (Solo las del Calendario oficial de vacunas del Ministerio de Salud o su equivalente).

8) Electroencefalograma.

9) Exámenes histopatológicos, por incisión o por punción únicamente.

10) Exámenes citológicos.

11) Odontología preventiva y de urgencia.

12) Electromiograma.

13) Fonoaudiología.

14) Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal en pacientes renales agudos.

15) Estudios Radiográficos con o sin contraste, excepto T.A.C., Resonancia Nuclear Magnética, Ecografías y Estudios de Medicina Nuclear.

B) A los 30 días:

1) internación clínica (pensión sanatorial - derecho de internación y honorarios médicos). (Cama de acompañante en caso de menores de 12 años de edad). Excepto terapia intensiva.

2) Intervenciones quirúrgicas: Sólo aquellas intervenciones quirúrgicas que en el Nomenclador del I.P.S. no prevean Anestesia General ni ayudante. (Tipo I).

3) Ecografía. Excepto Eco-Doppler.

4) Todo tipo de Análisis Bioquímico incluidos en el Nomenclador del I.P.S.

5) Ergometría.

6) Fonocardiograma y Ecocardiograma.

7) Todo tipo de estudios histopatológicos (incluidos en el Nomenclador del I.P.S.).

8) Estudios Endoscópicos.

9) Hemoplasmoterapia.

10) Medicamentos (Siempre y cuando no pertenezcan a enfermedades preexistentes o no cubiertas por el plan).

11) Plan Odontológico de recuperación infantil. Odontología (Toda práctica de operatoria dental, excepto implantes, prótesis y ortodoncia).

12) Psiquiatría y Psicología.

13) Fisioterapia y Kinesioterapia.

14) Optica.

C) A los 60 días:

1) Cirugía: Intervenciones quirúrgicas que en el Nomenclador del I.P.S. prevea anestesia general y/o hasta un ayudante. (Tipo II). Con excepción de la Cirugía Cardiovascular, Angioplastia y Hemodinamia.

2) Estudios de Medicina Nuclear.

3) Estudios con Eco-Doppler.

4) Electrocardiograma de Holter. Mapeo ambulatorio de presión arterial.

5) Todo tipo de análisis Bioquímicos incluido en el Nomenclador del I.P.S.

6) Derivaciones dentro de la Provincia.

7) Hotelería.

8) Traslado en ambulancia.

D) A los 90 días:

1) Todo tipo de cirugías que no estén excluidas por el I.P.S. (Tipo III). Con excepción de la Cirugía Cardiovascular, Angioplastia y Hemodinamia.

2) Resto de estudios especializados incluidos en el Nomenclador del I.P.S. y que no se hallen excluidos por el I.P.S., o en los períodos de espera aquí detallados, subsiguientemente.

3) Tomografía Axial Computada.

E) A los 120 días:

1) Terapia Intensiva: Pensión Sanatorial. Derechos de Internación. Honorarios Médicos.

2) Cirugía Cardiovascular y Angioplastia y Hemodinamia.

3) Resonancia Nuclear Magnética.

4) Radioterapia.

5) Prótesis y Ortesis. (Según los Convenios con los Prestadores y de conformidad a las normas de provisión del I.P.S.).

6) Audífonos. (Según los Convenios con los Prestadores y de conformidad a las normas de provisión del I.P.S.)

7) Alimentación Parenteral.

8) Litotricia Renal.

F) A los 180 Días:

1) Planes Especiales: a) Plan Materno Salta (MNS), b) Plan Diabessnoa Salta (DNS), c) Plan Oncológico, d) Plan de Hemodiálisis, e) Plan H.I.V. y otros planes especiales vigentes o a crearse en el futuro.

2) Transplante Renal y de Cornea.

3) Hemodiálisis en paciente renal crónico no preexistentes al momento de la Afiliación.

4) Diálisis peritoneal. (Siempre que no se trate de enfermedad preexistente).

5) Factor II, VII, IX y X.

6) Factor VIII y Albúmina Humana.

7) Estudios de Alta Complejidad previstos en el Nomenclador del I.P.S. y no excluidos taxativamente del presente plan.

ANEXO III

ALCANCE DE LA TERMINOLOGIA APLICADA

PARA LOS CONVENIOS DEL SECTOR PRIVADO.

A.- Glosario.

Afiliado titular: Se entiende por Afiliado Titular, a la persona inscrita en la entidad afiliante que cumple con la actividad acorde a los fines de la entidad y tiene derecho a recibir prestaciones otorgadas, gestionadas o administradas por El Instituto.

Afiliado Beneficiario: Es la persona que integra el grupo familiar primario del afiliado titular, el cual se encuentra descrito en el Art. 5° de la ley 7127/01. Esta persona podrá ser incorporada al Seguro de Salud, a petición del afiliado titular.

Afiliado Adherente: Es aquella persona, cualquiera fuere su edad, que se encuentre a cargo del afiliado titular, no siendo integrante del grupo familiar primario.

Accidentes de trabajo: Es todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho u en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar del trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Afección: Circunstancia patológica, que afecta uno o más organos del cuerpo humano.

Culpa grave: Es una negligencia extraordinaria, superior al promedio común, es decir, no usar la atención más vulgar, no entender lo que entienden todos.

Dolo: Es un vicio de la voluntad en los negocios jurídicos, es la perversa intención de dañar. Su elemento característico es precisamente el propósito meditado de sacar ventaja del daño de otro, la intención consciente, malvada, del agente.

Enfermedad Preexistente: Se consideraran enfermedades preexistentes, aquellas que el asociado padeciera al momento de suscribirse el convenio por parte de la entidad afiliante.

Enfermedad profesional: Es toda enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado y en las actividades especificadas, provocada por la acción de elementos o sustancias que se indiquen por cada enfermedad profesional.

Exámenes médicos pre y post ocupacionales: Examen obligatorio que realiza el empleador a fin de determinar la aptitud del trabajador para las tareas que efectuara. El examen preocupacional se efectúa cuando el empleado entra a trabajar, como el postocupacional cuando se retira.

Nomenclador: Listado o código de prestaciones médicas elaborado por el I.P.S.

Período de carencia y/o Tiempo de Espera: Se define como período de carencia el lapso entre el ingreso del asociado al Plan y el momento en que empiezan a regir los beneficios del mismo, detallados en el anexo correspondiente a cada Plan.

Secuelas: Se consideraran a aquellas patologías que sean consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo.

Transplante: Es un tratamiento médico complejo, que permite que órganos de una persona fallecida puedan reemplazar órganos enfermos de una persona en peligro de muerte, devolviéndole la salud y por lo tanto salvándole la vida o transformando sustancialmente la calidad de la misma.

Implante: Fragmento de tejido o comprimido medicamentoso que se coloca en el tejido subcutáneo para corregir una insuficiencia hormonal.

Patologías Seculares: Son aquellas que aparezcan como consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo.

Tratamiento: Procedimiento o sistema que se determina previamente y se emplea en consecuencia para la curación de patologías que afectan al cuerpo humano.

Comisión Provincial Permanente de Fecundación Asistida e Investigación Genética - Creación - Funciones.

Sanción: 15/10/1998

Promulgación: 29/10/1998

Boletín Oficial 13/11/1998

Art. 1º - Créase en el ámbito de la provincia del Neuquén la "Comisión Provincial Permanente de Fecundación Asistida e Investigación Genética", constituida por la Subsecretaría de Salud; Federación Médica del Neuquén; Colegio Médico del Neuquén; Asociación de Clínicas y Sanatorios; Instituto de Seguridad Social del Neuquén; Sociedad Argentina de Pediatría -filial Alto Valle de Río Negro y Neuquén-; Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Río Negro y Neuquén; organizaciones no gubernamentales interesadas en la cuestión, y toda otra entidad o persona que se considere necesario incorporar a futuro. Cada una de las entidades mencionadas nombrarán representantes para proponer en un plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días las políticas sanitarias en el campo de la fecundación asistida e investigación genética.

Art. 2º - Será función de la Comisión Permanente asesorar para la reglamentación de la práctica de la fecundación asistida e investigación genética en la Provincia con las consideraciones e implicancias biológicas, éticas, jurídicas, socioculturales y económicas consecuentes con esta práctica. La misma deberá estar en un todo de acuerdo con las normas fijadas por la ley provincial 2207.

Art. 3º - Se considera "fecundación asistida" la que requiera de procesos no naturales tendientes a ayudar al proceso de fecundación, tales como la inseminación artificial, fertilización in vitro, microfertilización asistida y otras que se vayan incorporando.

Art. 4º - Queda prohibido en los establecimientos asistenciales de reproducción humana y fertilidad, como así también en los centros de investigación genética, la formación de bancos de embriones, admitiéndose la crioconservación de embriones humanos sólo en las excepciones que la reglamentación de esta ley determine.

Art. 5º - Quedan prohibidas, con previsión de sanciones severas, las prácticas de clonación, creación de híbridos, comercio de gametos y embriones crioconservados en humanos.

Art. 6º - Comuníquese, etc.

**RESOLUCIÓN GENERAL N° 450/09 - EXPEDIENTE N° 68568-5/08.-
LA PAMPA**

Santa Rosa, 12 de Mayo de 2009

VISTO:

Lo actuado en el presente expediente sobre "Fecundación Asistida"; y

CONSIDERANDO:

Que el Directorio del Instituto de Seguridad Social ha considerado oportuno y factible la incorporación de la infertilidad como patología a reconocer por la Obra Social;

Que interviniendo las distintas áreas de Prestaciones y Gerencia General del SEMPRES se han determinado los cambios a introducir al Nomenclador, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias;

Que han intervenido Asesoría Letrada y Auditoría Interna, no teniendo objeciones que realizar;

POR ELLO y en uso de las facultades conferidas por los artículos 10° inciso i) y 119° de la N.J.F. n° 1170 (t.o. 2000);

EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA

RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Incorpórese en el Título I -Prestaciones dentro de la Provincia - Sección I - Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares, Capítulos I al VI del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General n° 33/00 y sus modificatorias, el Código 22.03 Fecundación Asistida, de acuerdo al Anexo I que forma parte de la presente.-

ARTICULO 2°.- Incorpórese en el Título I -Prestaciones dentro de la Provincia -

Sección I -Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares, Capítulo XIII -Normas Complementarias, del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General n° 33/00 y sus modificatorias, el Código 50.30 Fecundación Asistida, de acuerdo al Anexo II que forma parte de la presente.-

ARTICULO 3°.- Regístrese, publíquese y pase al Servicio Médico Previsional a sus efectos.-

El Directorio

ANEXO I

TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA - SECCIÓN I –
PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES

CAPÍTULOS I AL VI

22 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

22.03 FECUNDACION ASISTIDA

A) Condiciones para ingresar al programa de Fecundación Asistida:

1. Solicitud realizada por médico Ginecólogo con presentación de historia clínica completa.

2. Cónyuge de primera o más nupcias cuyo matrimonio este legalmente constituido o pareja en unión de hecho, que cumplan con los requisitos impuestos para la utilización de la Obra Social, y que no posean descendencia biológica o adopción de ambos de ésta u otras uniones.

3. Edad límite de la mujer (42) años y del hombre (50) años.

4. Constancia de que sin utilizar método anticonceptivo no hayan tenido descendencia después de 3 años de matrimonio o unión de hecho y habiendo cumplido previamente los pasos diagnósticos y tratamientos de baja complejidad.

5. Dicha documentación será evaluada por Auditoria Médica, siendo citado el afiliado en caso de ser necesario.

6. Se reconocerán hasta tres (3) intentos en su etapa reproductiva.-

B) Informe técnico elaborado por el prestador deberá contener:

Indicaciones médicas de las causas de infertilidad:

1 Factor masculino:

1.1 Alteración del espermiograma tanto en cantidad como en calidad, en caso de no dar dentro de los valores normales repetirlo por lo menos una (1) vez en seis (6) meses.

2 Factor inmunológico

3 Factor femenino:

- 3.1 Obstrucción tubárica
- 3.2 Factor inmunológico
- 3.3 Esterilidad sin causa aparente
- 3.4 Endometriosis
- 3.5 Antecedentes quirúrgicos causantes de esterilidad
- 3.6 Menopausia precoz por falla ovárica

C) Exclusiones

Quedarán excluidas las siguientes situaciones:

- 1 Dadores
- 2 Madres subrogadas
- 3 Crío-conservación
- 4 Transferencia de más de tres (3) embriones por intento
- 5 Utilización de procedimiento Suzi (manipulación de espermatozoides)

D) RECONOCIMIENTO DE METODOS TERAPEUTICOS:

Según corresponda de acuerdo a Historia Clínica del afiliado.

1 Baja complejidad:

1.1 Inducción de ovulación (con un tiempo estimado de seis (6) ciclos de tratamiento con clomifeno), e

1.2 Inseminación artificial (en caso de esterilidad masculina)

2 Alta complejidad:

2.1 FIV (fecundación invitro)

2.2 ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides)

E) NORMAS DE RECONOCIMIENTO:

1 Auditoria Médica efectuará la evaluación final y con la recomendación pertinente se elevará al Directorio del ISS para su consideración.

2 El afiliado tomará conocimiento de la resolución definitiva, sobre la cobertura o no de lo solicitado.

3 De ser aprobado la obra social ofrecerá los prestadores adheridos que realicen la práctica.

Se reconocerá:

4 PREVIO AL PROCEDIMIENTO

4.1 Medicación a utilizar de acuerdo al procedimiento elegido.

4.2 Dosajes hormonales rápidos

4.3 Consultas (máx. seis (6) consultas por mes)

4.4 Ecografía transvaginal (máx. tres (3) por ciclos de inducción reconocido)

5 DURANTE EL PROCEDIMIENTO

5.1 Gastos sanatoriales/

5.2 Internación por un día /

5.3 Anestesia honorarios médicos/

5.4 Laboratorio biológico/

5.5 Medicación/

5.6 Material descartable.

6 POSTERIORMENTE AL PROCEDIMIENTO

6.1 Medicación /

6.2 Dosajes hormonales /

6.3 Una (1) ecografía transvaginal de control

7 MEDICACIÓN

7.1 La medicación hormonal tendrá una modalidad de cobertura del 100% y su provisión estará a cargo de la Obra Social.

22.03.01 INDUCCIÓN DE OVULACIÓN (con un tiempo estimado de 6 (seis) ciclos de tratamiento con clomifeno) Hasta \$ 700,00
Métodos terapéuticos de Baja complejidad:

22.03.02 INSEMINACIÓN ARTIFICIAL (en caso de esterilidad masculina) Hasta \$ 700,00 Métodos terapéuticos de Baja complejidad

22.03.03 FIV (fecundación invitro) Hasta \$ 7.000,00 Métodos terapéuticos de Alta complejidad:

22.03.04 ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) Hasta \$ 7.000,00 Métodos terapéuticos de Alta complejidad:

ANEXO II

TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

SECCIÓN I – PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES

CAPITULO XIII – NORMAS COMPLEMENTARIAS

Códigos	Descripción
---------	-------------

50 30	FECUNDACIÓN ASISTIDA-
-------	-----------------------

Fijase dentro del programa Fecundación Asistida el reconocimiento de métodos terapéuticos que tienen como finalidad lograr y llevar a término un embarazo, quedando comprendidas las prestaciones mencionadas en Item "E) Normas de Reconocimiento" del Código 22.03 incluido en T.I, S. I Cap. I a VI del Nomenclador SEMPRE.-

RESOLUCIÓN N° 157 - OSEP - MENDOZA

Visto: el Expte. N°014286-S-2012 caratulado: "Subdcción. Asuntos Jurídicos - proyecto de Resolución de Fertilización Asistida" y su acumulado Expte. N° 000241-8S-2009 caratulado: "Fertilidad Asistida (S. Fleming) - solicita la reformulación del Programa de Fertilidad Asistida" y

CONSIDERANDO:

Que por la presente pieza administrativa, se trata la reformulación del Programa de Fertilización Asistida, tanto en la modificación parcial de los requisitos que deben cumplir las parejas heterosexuales infértiles que soliciten el ingreso al Programa citado, como la inclusión del tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad (Técnica ICSI).

Que se agrega informe de la Dra. Aída Pinto, Coordinadora del Programa de Fertilización Asistida, donde se detalla la situación actual de las prestaciones, datos estadísticos y coberturas, según lo establecido por las Resoluciones del H. Directorio N° 1163/2001, N° 1748/2008, N° 1634/2009 y N° 2211/2010.

Que desde la Dirección de Asuntos Jurídicos se sugirió incorporar el tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad, teniendo en cuenta la gran demanda de afiliados que lo requieren.

Que cuenta con el VºBº de la Dirección de Atención de la Salud.

Por ello; y atento a las facultades conferidas por el Art.40º del Decreto Ley N°4373/63 y sus modificatorias EL H. DIRECTORIO DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS

RESUELVE:

Artículo 1º - Dejar sin efecto la Resolución N°1748/2008 del H. Directorio, los Artículos 2º, 3º, 4º y 5º de la Resolución N°1634/2009 del H. Directorio y el Artículo 1º de la Resolución N°2211/2010 del H. Directorio.

Artículo 2º - Disponer que el "Programa de Fertilización Asistida", dependerá exclusivamente del Hospital Pediátrico Alexander Fleming.

Artículo 3º - Modificar parcialmente el Anexo III de la Resolución N°1163/2001 del H. Directorio, conformando el Equipo Interdisciplinario del Programa de Fertilidad Asistida, de la siguiente manera:

Coordinadora: Dra. Aída Pinto Arias.

Profesionales Intervinientes: Dr. Jorge Ventura / Dra. Patricia Guarino

Artículo 4º - Encomendar al Programa de Fertilización Asistida actualizar y revalorizar los módulos detallados en el Anexo I de la Resolución N°1634/2009 del H. Directorio.

Artículo 5º - Disponer que el Programa de Fertilización Asistida de Baja Complejidad será destinado a todas aquellas parejas heterosexuales infértiles que soliciten su ingreso, debiendo cumplir con los siguientes requisitos:

1. Establecer que ambas personas sean afiliadas a la OSEP y posean una antigüedad en su afiliación de por lo menos dos (2) años. Esta antigüedad será exigida tanto a los afiliados obligatorios como a los voluntarios.
2. Disponer que la pareja debe estar casada en legal forma o que se encuentren unidos por medio de una relación de hecho por más de cinco (5) años.
3. Establecer que la pareja tiene que presentar infertilidad primaria o secundaria.

4. Disponer como edad mínima, para las mujeres afiliadas que desean ingresar al Programa, la mayoría de edad y como edad máxima la de 40 años cumplidos al momento de iniciar el pedido.

5. Acreditar los criterios médicos de inclusión al Programa:

- Dosajes hormonales en la mujer de FSH < 13 mui/ml
- Morfología espermática evaluada con criterios de KRUGER > 9%
- Separación espermática diagnóstica > 1 millón de espermatozoides móviles

Artículo 6º - Autorizar la realización del tratamiento de baja complejidad de fertilización asistida en el ámbito de la OSEP -efectores propios-, no otorgando subsidios para efectuar los mismos en el área privada, como tampoco reintegros fuera del ámbito autorizado, salvo para espermogramas o tratamientos de separación espermática, tanto para diagnóstico como para inseminación intrauterina.

Artículo 7º - Aprobar la propuesta presentada por el Programa de Fertilización Asistida referente al tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad (Técnica ICSI), conforme Anexo I, y que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 8º - Autorizar con un lapso de noventa (90) días, a través del Departamento de Convenios el Llamado a Registro de Prestadores en la especialidad de Fertilización Asistida de Alta Complejidad (Técnica ICSI).

Artículo 9º - Encomendar a la Subdirección de Convenios la confección de los Convenios que se originen del llamado autorizado en el Artículo 8º.

Artículo 10º - Encomendar a la Subdirección de Asuntos Jurídicos para que en forma conjunta con la Subdirección de Convenios, instrumenten las medidas necesarias a fin de realizar acuerdos o Convenios generales con las diferentes Obras Sociales y/o empresas de Medicina Prepaga para los casos de los afiliados que poseen doble cobertura.

Artículo 11º - Solicitar a la Secretaría de Comunicaciones proceda a publicar en el Boletín Oficial lo dispuesto en la presente Resolución.

Artículo 12º - Establecer como fecha de vigencia de la presente norma legal, la publicación solicitada en el Artículo 11º.

Artículo 13º - Ordenar su notificación, comunicación y posterior archivo en el Registro de Resoluciones.

Aprobado por Acta N° 05 - Sesión Ordinaria de fecha: 06-03-2013

Alberto Recabarren

Sirector General

Marisa E. L. Villar

Secretaria General

—

ANEXO I

TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD (TÉCNICA ICSI)

A. Cobertura a través de subsidio con un tope máximo de hasta la suma de pesos dieciocho mil con 00/100 (\$ 18.000,00) por tratamiento (Técnica ICSI y honorarios médicos), con 3 (tres) intentos máximos únicos:

- 100% de cobertura del total presupuestado / primer intento.
- 75% de cobertura del total presupuestado / segundo intento (el 25% restante a cargo del afiliado.)
- 50% de cobertura del total presupuestado / tercer intento (el 50% restante a cargo del afiliado.)

Será condición para acceder al subsidio del 2do o 3er intento, haber rendido por completo el subsidio otorgado con anterioridad.

B. El afiliado deberá presentar como mínimo dos (2) presupuestos, que serán evaluados por el Programa de Fertilización Asistida y se otorgará un subsidio por el de menor valor.

C. Los medicamentos indicados para realizar dicho tratamiento serán tramitados a través del Departamento de Planes Especiales de la OSEP, mediante planilla que deberá ser completada por los profesionales del Programa de Fertilización Asistida, con una cobertura del 100% en cada uno de los tres (3) intentos.

D. Los cupos (dos -2- parejas como máximo por mes y veinte -20- parejas por año) se determinarán a través de una lista de espera en el cual tendrán prioridad los casos de urgencia, definida esta, según criterio médico determinado por auditoría del Programa de Fertilidad Asistida.

E. Los criterios o requisitos de inclusión para cubrir hasta tres (3) intentos (máximos y únicos) de FIV o ICSI son:

- Edad de la Mujer: entre 30 y 40 años.

- No tener hijos vivos en la pareja actual.
- Haber cumplido con el tratamiento de baja complejidad según criterios normados por las Resoluciones del H. Directorio N°1634/09 y N°2211/10 y lo dispuesto en la presente norma legal, sin haber tenido resultados positivos.
- Esterilidad sin causa aparente.
- Obstrucción tubaria bilateral (no sea producto de prácticas quirúrgicas anteriores).
- Azoospermia obstructivas (no sea producto de prácticas quirúrgicas anteriores).

Los casos que surjan y sean contemplados como excepción a estos criterios o requisitos, serán previamente auditados y autorizados por el Programa de Fertilidad Asistida, quedando a criterio del H. Directorio acceder o no a dicha excepción.

F. No se dará cobertura a las siguientes prácticas:

- Ovodonación.
- Espermodonación.
- Criopreservación de: ovocitos, espermatozoides o embriones.
- Preservación de fertilidad.
- Útero subrogado.
- PGD (Diagnóstico Genético Preimplantacional).

G. No se autorizarán reintegros luego de que entre en vigencia la presente norma legal. En los casos que exista alguna justificación que avale aprobar el reintegro a modo de excepción, quedará a criterio del H. Directorio acceder o no al mismo y definir el porcentaje a reintegrar, previa auditoría del Programa de Fertilidad Asistida.

CODIGO DE ÉTICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

(De la SAMeR – Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva)

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de las técnicas de reproducción asistida (TRA), se hace necesario plantear la redacción de este Código de Ética para aplicar en la práctica clínica y en la investigación.

La reproducción asistida consta de una serie de técnicas destinadas a tratar problemas médicos, establecidas hace varias décadas. Estas pueden beneficiar tanto a los pacientes infértiles como a la sociedad en general, ya que ofrecen también la posibilidad de evitar alteraciones genéticas en la descendencia y desarrollar la investigación en reproducción y anticoncepción.

La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) insta a los profesionales que trabajan en reproducción humana a actuar conforme a la ética y con el debido respeto por la salud de los pacientes y del embrión en todas sus etapas.

Dados los aspectos éticos, morales y legales de las TRA, se hace necesaria la actualización del código existente en nuestra Sociedad.

El objetivo de este código de ética es ofrecer, a los profesionales en medicina reproductiva y a la sociedad en su conjunto, lineamientos éticos de los temas que consideramos más controvertidos.

El médico tiene la responsabilidad de entregar a sus pacientes, de manera comprensible para ellos, suficiente información sobre el propósito, los riesgos, los inconvenientes y las desilusiones inherentes al procedimiento, y debe obtener de ellos su consentimiento informado sobre las prácticas que se van a realizar. Tal como sucede en cualquier tipo de procedimiento, el médico debe contar con la formación especializada adecuada antes de asumir la responsabilidad de aplicarlo.

Este profesional debe actuar siempre conforme a las leyes y los reglamentos vigentes, así como a las normas éticas y profesionales. Por su parte, los pacientes tienen derecho al mismo respeto del secreto profesional y de la vida privada.

La investigación en reproducción asistida debe respetar estrictamente los principios de la Declaración de Helsinki, las guías éticas mundiales vigentes y el acuerdo por escrito de los participantes. Debido a que el uso de embriones en investigación implica consideraciones éticas muy serias, estas se tratarán en una sección aparte dentro de este código.



Sólo es aceptable la investigación en aquellos embriones que no sean viables. Se considera embrión no viable a aquel que queda detenido en cultivo in vitro luego de un período de tiempo adecuado o cuando se diagnostica como claramente no viable para la implantación según el diagnóstico genético preimplantacional.

La criopreservación de gametos y embriones ha contribuido de manera significativa a mejorar la eficiencia de los procedimientos de reproducción asistida y a preservar la fertilidad en pacientes en riesgo de perderla. Sin embargo, también ha llevado a la acumulación de embriones congelados para parejas o personas que, por circunstancias diversas (concreción del embarazo, enfermedades, muerte, divorcio, etc.) no desean un embarazo. Esto plantea dilemas de orden económico –el costo de la conservación prolongada– y de orden ético –el destino de los embriones no deseados– aún no resueltos.

Las técnicas conocidas genéricamente como “diagnóstico genético preimplantacional” (DGP), en conjunto con la aplicación de una técnica de reproducción asistida (TRA), plantean dilemas ético-morales por separado, que se hacen más complejos en conjunto, ya que la selección embrionaria mediante DGP implica la disposición de embriones considerados anormales por su constitución genética.

En la elaboración de este código de ética, la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) ha tratado de ser sensible a todas las dimensiones éticas sobre el reconocimiento de los derechos humanos básicos, considerando el bienestar de las personas que nacen gracias a estas técnicas.,

En la elaboración del presente código se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- La autonomía y el bienestar a largo plazo de las personas que intervienen en TRA e investigación.
- La necesidad de la toma de decisiones informadas.
- La importancia de un marco ético en la utilización de gametos y embriones en la práctica clínica, la formación y la investigación.

Por otra parte, este código abarca algunas actividades afines, como la capacitación profesional, la certificación de la calidad y las innovaciones técnicas.

1. OBLIGACIONES

1.1-El centro y/o los profesionales intervinientes deben actuar frente al paciente de manera leal, justa, diligente y transparente.

1.2-El centro y/o los profesionales intervinientes deben informar de manera veraz, objetiva, completa y precisa sobre el tratamiento y los servicios que prestan.

1.3-El centro y/o los profesionales intervinientes deben recibir las inquietudes de sus pacientes y responder a ellas mediante una respuesta adecuada, y atender a sus reclamos a través de la implementación de acciones correctivas.

1.4-El centro y/o los profesionales intervinientes deben ejecutar el compromiso asumido (tratamiento) con profesionalismo, buena fe, lealtad y eficiencia.

1.5-El centro y/o los profesionales intervinientes deben considerar que el embrión humano tiene la potencialidad de dar origen a una persona y, por esta razón y en virtud de su absoluta indefensión, es merecedor del mayor respeto y cuidado.

2. BENEFICIARIOS DE LAS TÉCNICAS

2.1-Las técnicas de reproducción asistida se aplicarán en aquellas personas mayores de edad que deseen tener un hijo.

2.2-Los procedimientos y decisiones médicas deben respetar los intereses y el beneficio de todos aquellos que estén involucrados en las técnicas.

2.3-Todos los participantes tienen derecho a la privacidad.

2.4-Los centros y/o los profesionales intervinientes deben respetar la confidencialidad de las historias clínicas dentro del marco legal vigente.

3. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTOS

3.1-Las personas que deben prestar consentimiento tienen que recibir información suficiente para entender la naturaleza, el propósito y las implicancias de su tratamiento/procedimiento. Además, deben tener la oportunidad de recibir asesoramiento apropiado acerca de las implicancias del tratamiento/procedimiento.

3.2-El centro debe darles a las personas que están considerando un tratamiento, la criopreservación o la donación el tiempo suficiente para que puedan reflexionar sobre sus acciones antes de firmar el consentimiento. Se les debe dar la oportunidad de preguntar y de recibir más información y asesoramiento.

3.3-Si durante un tratamiento surge la oportunidad de donar gametos o embriones para el tratamiento de otros o para investigación con embriones no viables o para formación profesional, el centro debe dar a

los donantes suficiente tiempo, información y asesoramiento sobre las implicancias de esta acción antes de que firmen el consentimiento

3.4-El centro debe asegurar que una persona autorizada por esa institución ha obtenido el consentimiento voluntario y sin presiones de una persona con la habilidad mental para prestar ese consentimiento.

3.5-Antes que se pueda aprobar un protocolo de investigación para el uso de un embrión no viable, un Comité de Ética deberá constatar la existencia de un adecuado diseño del mismo a fin de obtener el consentimiento informado de cada persona interviniente.

3.6-Los investigadores deben informar por escrito al Comité de Ética que han obtenido tal consentimiento y deben revelar cualquier restricción a la que está sujeto ese consentimiento. Los protocolos deben contemplar también las restricciones de la autorización.

3.7-Según los términos de la legislación vigente, tiene que existir un consentimiento adecuado para la investigación, que debe ser informado, competente, voluntario, específico y escrito.

3.8-El proceso de información y obtención del consentimiento para la investigación con embriones no viables debe realizarse por separado de los otros.

3.10-El formulario de consentimiento debe ser específico para el propósito, la naturaleza y el ámbito de aplicación y justificación de la investigación.

3.11-La explicación debe darse de acuerdo con las necesidades individuales del paciente (incluyendo idioma) y abarcar una explicación completa.

3.12-Los titulares de un embrión deben ser libres de retirar en cualquier momento el consentimiento para la participación en la investigación.

4. ESTATUS DEL EMBRIÓN OBTENIDO IN VITRO

4.1-A pesar de que hay diferentes opiniones en nuestra sociedad respecto del estatus moral del embrión humano, existe un amplio consenso acerca de que ese embrión merece una profunda consideración moral.

4.2-Desde la perspectiva biológica, la vida es un proceso dinámico y continuo, no un momento, y desde un punto de vista estrictamente científico, no puede afirmarse con certeza cuándo se comienza a ser persona o ser humano.

4.3-El embrión obtenido in vitro o embrión es un conjunto celular indiferenciado, con una potencialidad de desarrollarse como un ser humano. De esa potencialidad deriva un estatus diferente o un nuevo estatus que desde la perspectiva bioética merece el máximo respeto, protección y cuidado.

4.4-El número de embriones creados a través de las técnicas de reproducción asistida debe limitarse a aquellos que es probable que necesiten los pacientes en el desarrollo de sus tratamientos.

5. CRIOPRESERVACIÓN DE GAMETOS Y EMBRIONES

5.1-Las personas deben recibir información suficiente sobre la criopreservación y las opciones para el uso y destino de embriones almacenados, y prestar su consentimiento al respecto.

5.2-Las alternativas para el uso y destino de embriones deben ser planteadas desde el momento mismo de la criopreservación inicial y serán válidas para su aplicación en caso de muerte, incapacidad o imposibilidad de contactar a las personas para quienes se han conservado esos embriones. Las opciones incluyen su uso en un tratamiento reproductivo para el participante original, o la donación a otra pareja/paciente para un tratamiento reproductivo.

5.3-Se debe evitar la acumulación de embriones criopreservados, limitando el número de ovocitos que se van a fecundar según el caso.

5.4-Un centro y/o los profesionales intervinientes no deben efectuar un nuevo tratamiento de reproducción asistida a aquella persona o pareja que tenga embriones criopreservados en la misma institución o en otra.

5.5-Quien decida criopreservar gametos o embriones debe, al momento de firmar el consentimiento inicial, dejar establecida su voluntad sobre los posibles destinos de los gametos o embriones en caso de no utilizarlos para sí mismo o si el centro pierde contacto con él/ella.

5.6-El centro debe asegurar la identidad y seguridad de los gametos y embriones criopreservados.

5.7-El centro debe explicar las opciones para la utilización y el descarte de los gametos y embriones.

5.8-No deben conservarse gametos de una persona muerta o cercana a morir, o de una persona en estado vegetativo postcoma, sin su consentimiento por escrito.

5.9-Si una clínica recibe la notificación de que un titular de gametos ha muerto, debe descartar los gametos, salvo que haya una instrucción previa, clara y atestiguada.

5.10-Deben respetarse los deseos de las personas para quienes se conservan los embriones.

5.11-Si surgiese un conflicto entre los miembros de la pareja y uno de ellos solicitara la continuación de la criopreservación, los embriones serán mantenidos hasta tanto se resuelva la disputa.

5.12-Si mueren ambos miembros de la pareja, deben seguirse las directivas razonablemente expresadas y atestiguadas que ellos hayan dejado.

5.13-No es deseable conservar embriones de manera indefinida. Se debe tener una política clara que limite la duración de esta conservación. Se sugiere no demorar más de cinco años la transferencia uterina de los embriones y mantener una estrecha comunicación con los beneficiarios.

5.14-El centro debe contar con protocolos establecidos para asegurar que la conservación y el manejo de los gametos y embriones cumple con lo establecido por las normas con las que fueron acreditados por SAMeR, por las regulaciones legales existentes y por los consentimientos firmados por los pacientes.

6. DONACIÓN DE GAMETOS

6.1-Los gametos obtenidos para donación provendrán de personas mayores de edad.

6.2-Se sugiere mantener el anonimato entre el donante y el receptor de los gametos y que no los una ningún tipo de vínculo.

6.3-Todas las personas concebidas por técnicas de reproducción asistida con gametos donados tienen el derecho a conocer su origen genético.

6.4-La donación de gametos debe ser altruista y anónima. Sin embargo, hay que considerar la compensación económica por lucro cesante, viáticos, etcétera.

6.5-Las personas concebidas por gametos donados y los donantes de gametos deben ser protegidas de las probables consecuencias de tener muchos hermanos e hijos genéticos, por lo que los gametos provenientes de un mismo donante deben ser usados por un número limitado de receptoras de acuerdo a las Normativas de SAMeR

6.6-Las personas que conciben a través del uso de gametos donados tienen derecho a contar con información clínica relevante del donante para un correcto cuidado de la persona nacida.

6.7-El centro debe velar por la atención médica necesaria y adecuada de los donantes de gametos y de sus complicaciones.

7. DONACIÓN DE EMBRIONES

7.1-Los embriones que no son utilizados por aquellas personas que han recibido tratamiento de fertilización asistida pueden ser donados a otra mujer u otra pareja que tenga algún problema de fertilidad con el debido consentimiento de los donantes.

7.2-Se sugiere mantener el anonimato entre el donante y el receptor de los embriones.

7.3-Las personas nacidas por donación de embriones no sólo tienen el derecho a conocer su origen genético, sino también el derecho a saber de la existencia de hermanos genéticos.

7.4-Los centros de reproducción asistida tienen la obligación y la responsabilidad de llevar un registro exhaustivo de las donaciones.

7.5-Se recomienda no transferir embriones de distintos donantes a una misma receptora.

7.6-La responsabilidad del mantenimiento de los embriones es exclusiva de los donantes, quienes no pueden desentenderse de estos hasta que la donación se haga efectiva.

7.7-Los donantes pueden arrepentirse de hacer una donación mientras los embriones no hayan sido transferidos.

7.8-El centro de reproducción asistida puede reservarse el derecho a no hacer esas donaciones en su establecimiento.

8. DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL Y SELECCIÓN DE GÉNERO

8.1-Se debe evaluar con cuidado cualquier uso del diagnóstico genético preimplantacional (DGP).

8.2-Hay que restringir el uso del DGP, y evitar su utilización en la prevención de problemas que no afectan seriamente la salud, o en la selección de género por razones no médicas.

8.3-Es necesario buscar asesoramiento multidisciplinario en caso de seleccionar embriones para tejido histocompatible y convocar a un comité de ética para cada caso puntual.

8.4-La selección de género es éticamente aceptable sólo para evitar la transmisión de enfermedades ligadas a los cromosomas sexuales.

9. SUBROGACIÓN

9.1-La subrogación comercial no es éticamente aceptable. Por lo tanto, los centros de reproducción asistida y/o profesionales no deben intervenir cuando hay un arreglo económico de por medio.

9.2-Sólo en casos excepcionales se podrá considerar la subrogación altruista por los centros de reproducción asistida y/o profesionales, cuando exista una clara y documentada indicación médica, cuando se haya realizado una correcta evaluación psicológica y social del 11

caso, cuando exista un claro entendimiento de las implicancias médicas, éticas, sociales y legales.

10. INNOVACIONES, CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD Y FORMACIÓN PROFESIONAL

10.1-Las clínicas no deben introducir cambios sin antes evaluar la seguridad y eficacia de esas innovaciones, y sus consecuencias éticas y legales. Hasta no realizar esa evaluación, esas innovaciones deben ser consideradas experimentales y sujetas a aprobación por un comité de ética.

10.2-Para que una innovación sea incorporada en la práctica diaria, se debe probar su seguridad, su eficacia y su eficiencia.

10.3-La clínica debe asegurar y documentar que sus médicos están adecuadamente entrenados en el nuevo procedimiento.

10.4-En aquellos centros donde se realiza docencia e investigación, las cuales implican el uso de gametos y embriones humanos, la clínica necesita la consideración del Comité de Ética y el consentimiento de los titulares de gametos o embriones.

10.5-Se debe dar la más seria consideración moral al uso de embriones supernumerarios en la formación profesional.

10.6-Todo centro debe cumplir con los requisitos para el establecimiento de un programa de reproducción asistida de SAMeR.

11. INVESTIGACIÓN CON GAMETOS

11.1-No se deberá utilizar gametos para generar embriones con fines de investigación.

11.2-Toda investigación con gametos debe cumplir con la legislación local vigente, no utilizar prácticas inaceptables o prohibidas, emplear protocolos científicos válidos y minimizar riesgos.

11.3-Los investigadores deben brindarle toda la información relevante acerca de la investigación a quien provea los gametos.

11.4-Los investigadores deben mantener registros exactos, así como recopilar y reportar datos sobre los resultados.

12. INVESTIGACIÓN CON EMBRIONES

12.1-Se podrán realizar investigaciones y/o experimentación con embriones siempre que se trate de embriones no viables y que esas prácticas se lleven a cabo en el marco de un proyecto científico debidamente autorizado y aprobado por un comité de bioética.

12.3-Los investigadores deben brindarle toda la información relevante acerca de la investigación a quien provea los embriones.

12.5-No se avala la creación de embriones humanos de forma distinta a la fecundación de un óvulo humano por un espermatozoide humano ni utilizando las células precursoras de un embrión humano o de un feto humano.

13. CLONACIÓN

13.1-No se avala el uso de las técnicas de clonación para la creación de embriones humanos ni para fines reproductivos ni para investigación.