

# Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad

## REPORTE DE RESULTADOS

**Introducción**

---

***Contexto***

La infertilidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la patología del sistema reproductor caracterizada por la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas.[1]

Las técnicas de alta complejidad son aquellos procedimientos que incluyen la manipulación de gametos, o embriones humanos para generar el embarazo. Entre las técnicas incluidas se encuentra la fertilización in-vitro (FIV) y la inyección intra-citoplasmática de espermatozoides (ICSI), transferencia de embriones y criopreservación de los mismos, la donación de ovocitos y embriones y el tratamiento de útero subrogado. [1,2].

En el año 2015 se reglamentó el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad en el Uruguay. La Ley Nº 19.167/013, los Decretos Nº 84/015 y Nº 46/017, reglamentaron la financiación de las mencionadas técnicas.[3]

Para el acceso a la cobertura las pacientes deberán tener una edad mayor de 18 y menor de 40, y deben cumplir con los criterios establecidos en la normativa de cobertura financiera.[2]

El 17 de Agosto del 2020, mediante Decreto del Poder Ejecutivo se modifica la accesibilidad a las técnicas de Reproducción Humana Asistida, eliminado el incremento de los copagos según número de intentos, permitiendo un mayor alcance de la población objetivo.[4]

Son tres las clínicas de fertilidad habilitadas en 2015 por el Ministerio de Salud Pública, a realizar procedimientos financiados por el Fondo Nacional de Recursos; Clínica Suizo Americana (CSA), Centro de Esterilidad Montevideo (CEM), y Centro de Reproducción Humana (CERHIN).

### ***Antecedentes***

En el año 2017 se realizó un primer reporte de resultados de las Técnicas de Reproducción Asistida financiadas por el FNR. La misma incluyó a todas las pacientes que hubieran hecho uso de las técnicas en el periodo desde el 1 de Julio de 2015 hasta el 31 de mayo de 2016.

Metodológicamente se trató de dos cohortes de pacientes, cohorte gestaciones y cohorte parto, que permitieran comparar con resultados internacionales del número de embarazos y de partos atribuibles a las técnicas de Reproducción Humana Asistida. Como resultado de la evaluación se evidenció que no existían diferencias significativas en ninguna de las cohortes de pacientes en comparación con registros internacionales. [5]

El informe de evaluación realizado en 2017, tenía un período temporal de diez meses (Julio 2015 a mayo 2016), período de difusión de la tecnología con un total de 542 mujeres y 34 partos. [5]

## **Objetivos**

---

### ***General***

Conocer el resultado de las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad financiadas por el Fondo Nacional de Recursos desde el inicio de la cobertura.

### ***Específicos***

- Caracterizar a las pacientes que hicieron uso del programa de RHA (solicitud de cobertura aprobada) desde el inicio de cobertura hasta diciembre de 2019. La caracterización será en función de departamento de procedencia, tipo de prestador, la edad al momento de la solicitud y la clínica de fertilidad.
- Conocer los resultados de las clínicas por tipo de técnica, procedencia de gametos y grupo etario, considerando el Nacido Vivo producto de cada técnica financiada, desde el inicio de la cobertura hasta el 31 de diciembre del 2019 (resultado de las técnicas de reproducción asistida realizadas hasta el 31 de marzo de 2019).

## **Metodología**

---

El presente es un estudio observacional retrospectivo, de una cohorte de pacientes usuarias de los procedimientos de RHA, basados en registros secundarios del Fondo Nacional de Recursos y Ministerio de Salud.

De acuerdo a los objetivos específicos planteados se consideraron dos puntos de corte diferentes: para el 1er objetivo se tomaron aquellas mujeres incluidas en la cobertura financiera de las técnicas de reproducción humana asistida, desde el inicio de la cobertura en abril de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2019. Para el análisis del segundo objetivo se evaluaron los nacidos vivos producto de las técnicas de reproducción humana asistida realizadas hasta el 31 de marzo de 2019 (Nacidos Vivos hasta diciembre de 2019).

### ***Metodología por objetivo***

La caracterización de la población se realizó considerando los elementos destacados de aquellas mujeres aprobadas en la solicitud inicial de cobertura, así en cada año podremos ver el promedio de edad de presentación y su evolución temporal, la elección de clínicas, la movilidad entre clínicas, las tasas de procedencia según departamento y frecuencia de uso.

Para evaluar los resultados de las técnicas de reproducción, consideramos “outcome” principal las gestaciones y los Nacidos Vivos producto de alguna de las técnicas financiadas.

Se analizará el resultado de aquellas transferencias embrionarias de mujeres que no hayan sido objeto de cambio de clínica, para los resultados generales de las técnicas de RHA se consignó el universo de mujeres que hayan utilizado una técnica financiada por el FNR, pero en el análisis de los resultados por clínica se descartaron aquellos casos que cambiaron de clínica en el periodo.

Para llegar a los resultados desglosaremos el ciclo técnico-administrativo de forma de identificar en qué momento y a qué técnica corresponde cada Nacido Vivo, e imputaremos el NV a una técnica en un momento dado.

### ***Bases de datos***

Los datos utilizados para la presente evaluación fueron obtenidos de los siguientes formularios: a) solicitud de tratamiento, b) solicitud de ciclo de estimulación, c) realización de ciclo de estimulación, d) solicitud de transferencia de embriones, e) realización de transferencia de embriones, f) evaluación de transferencia de embriones y g) resultado de transferencia de embriones. Los datos fueron ingresados al sistema informático del FNR desde los formularios en papel o ingresados por las clínicas en el portal del FNR (<https://portal.fnr.gub.uy>). Cada formulario generó una base de datos, las cuales fueron exportadas individualmente. Se realizó un proceso de pegado secuencial, tomando como unidad cada ciclo de estimulación ovárica solicitado. El proceso de pegado fue controlado en cada etapa a fin de garantizar la correcta generación de la base de datos maestra.

Los datos de nacidos vivos fueron complementados con información provista por Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud. Se solicitó datos de los recién nacidos de las pacientes en tratamiento incluidas en nuestra muestra, los datos se cruzaron en base al número de cédula materno. Los referidos datos fueron cruzados con la información de las bases de datos del FNR, y pegados aquellos casos que correspondieron a productos de gestación de tratamientos de RAAC.

### **Análisis estadístico**

Para el análisis descriptivo se calcularon según el tipo de variables, medias, medianas, proporciones y tasas con sus intervalos de confianza al 95% utilizando el método de Fisher. Se utilizó el software estadístico STATA 16 (Texas, USA) y para los intervalos de confianza se utilizó WinPepi Versión 11.65.

## **Resultados**

---

***Caracterizar a las pacientes que hicieron uso del programa de RHA desde el inicio de cobertura hasta diciembre de 2019. La caracterización será en función de la edad, clínica de fertilidad, departamento de procedencia y tipo de prestador.***

En el período considerado ingresaron 3.560 solicitudes de inicio de tratamiento, de las cuales se autorizaron 3.264 (91,6%). Se negaron 225 solicitudes (6,3%) y quedaron pendientes de información 71 (2,1 %).

La media de edad al momento de la solicitud de inicio de tratamiento es de 39,2 años con un rango de presentación que va desde los 19 a los 58 años. El año con mayor número de mujeres incluidas en las técnicas fue 2016 con 814 mujeres (24,94 %), seguido por el 2017 con 672 ( 20,58%), año 2019 con 612 ( 18,7%), año 2015 con 595 ( 18,29 %) y el año 2018 con 571 ( 17,49 %) mujeres incluidas.

### **Procedencia y frecuencia de uso de las técnicas.**

Según el último censo del Instituto Nacional de Estadística la población total de mujeres en rango etario en 20 y 52 años es de 778.472 mujeres. [8][9] Si ajustamos el número de mujeres aprobadas en función de la cantidad de mujeres en el rango etario reproductivo por departamento, encontramos que aproximadamente 4,2 mujeres cada 1.000 hacen uso de las técnicas de Reproducción Humana Asistida existiendo amplia variabilidad entre departamentos (1,17-4,96 cada 1.000 mujeres). Los departamentos de San José, Colonia, Maldonado, Montevideo y Canelones son los que tiene frecuencias de uso más altas. Mientras que los departamentos de Artigas, Salto y Tacuarembó la frecuencia es inferior a 2,0 cada 1.000 mujeres.

Siguiendo con la distribución por Departamento, la que se muestra en la tabla I, vemos que 51% de las solicitudes son del interior del país, mientras el 49% restante son de Montevideo.

Tabla I - Distribución de solicitudes por departamento, y tasa de mujeres solicitantes en función de la edad (entre 20 y 54 años).

Departamento	Frecuencia	Población de mujeres (20 y 54 años)	Tasa Mujeres Solicitantes/ Población*1000
<b>SAN JOSE</b>	<b>121</b>	<b>24369</b>	<b>4,97</b>
<b>COLONIA</b>	<b>136</b>	<b>27437</b>	<b>4,96</b>
<b>MALDONADO</b>	<b>193</b>	<b>39714</b>	<b>4,86</b>
<b>MONTEVIDEO</b>	<b>1599</b>	<b>330684</b>	<b>4,84</b>
CANELONES	588	123342	<b>4,77</b>
SORIANO	79	17872	4,42
ROCHA	63	15168	4,15
LAVALLEJA	50	12887	3,88
FLORIDA	52	14726	3,53
RIVERA	77	23645	3,26
TREINTA Y TRES	30	10804	2,78
FLORES	15	5483	2,74
CERRO LARGO	47	18666	2,52
PAYSANDU	58	24888	2,33
RIO NEGRO	26	11774	2,21
DURAZNO	27	12387	2,18
TACUAREMBO	40	20244	1,98
ARTIGAS	30	16402	1,83
SALTO	33	27980	1,18
<b>Total</b>	<b>3264</b>	<b>778472</b>	<b>4,19</b>

por procedencia del prestador.

De las 3.264 pacientes con solicitud inicial aprobada, 2.765 (84,7%) proceden de prestadores de asistencia sanitaria del subsistema privado (Prestadores de atención Integral, Seguro Sanitarios (No Fonasa), o Prestadores de atención Integral pertenecientes a la Federación Médica del Interior).

El restante total de 499 mujeres tuvieron como prestador de origen, alguno de los efectores de asistencia sanitarias del subsistema público (Administración de Servicios de Salud del Estado, Hospital de Clínicas, Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Hospital Policial).

Tabla II - Distribución de pacientes con solicitud de inicio aprobada según prestador de origen.

PROCEDENCIA PRESTADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA	%
Privado	2.765	84,7
Público	499	15,3
<b>Total</b>	<b>3.264</b>	<b>100</b>

### ***Distribución por año y edad de presentación.***

La edad de presentación media ha variado a lo largo del período lo que refleja el cambio de la reglamentación vigente, disminuyendo de manera progresiva. En el 2015 la media de edad fue de 42,25 años, pasando en el 2016 a 41,14 años, para el año 2017 a 39,03, año 2018 a 36,69 y para el año 2019 a 36,19 (grafico 1: Medidas resumen Box-Plot).

A partir del 27 de febrero del 2017, finaliza el período transitorio de 24 meses establecido en el decreto 84/015 que establecía como límite superior de edad los 60 años. Mediante el Decreto 46/017 se establece que este límite superior es 40 años para el acceso a la cobertura financiera del FNR.

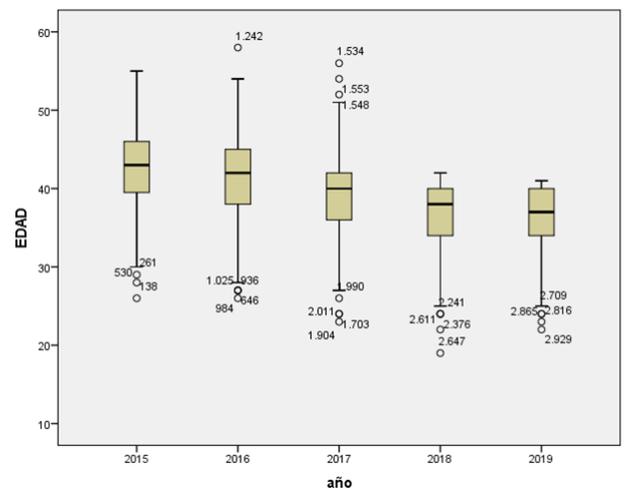


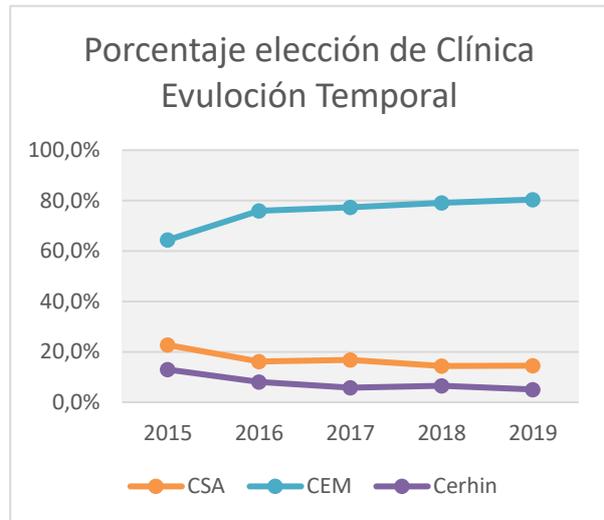
Gráfico 1 (medidas de Resumen edad) 1

### **Elección de Clínica y edad**

Del total de 3.264 mujeres, el 75,52% eligió CEM, el 16,85 % eligió la CSA y 7,63% eligió Cerhin.

La evolución temporal muestra anualmente una tendencia creciente en la elección de una de las clínicas, y el descenso en la elección de las otras clínicas de RHA, como se muestra en el gráfico 2 (elección de clínicas evolución temporal).

La elección de Clínica en el año 2015 vs. el año 2019, fue la siguiente: en el año 2015 el 64,4% eligieron CEM, 22,7% CSA y 12,9% CERHIN. Para el 2019 el 80,4 % de las usuarias eligieron la clínica CEM, un 14,5% CSA, y 5,1% a CERHIN.



*Gráfico 2- Elección de clínica Evolución Temporal*

### **Cambio de elección de clínica**

Se analizó la movilidad de pacientes entre las clínicas de reproducción, considerado aquellas mujeres que optaban por cambiar la clínica en algún momento del proceso asistencial, sea entre la solicitud inicial, los ciclos de estimulación y/o las transferencias embrionarias.

El porcentaje global de cambio de clínica entre las 3.264 mujeres fue de 4,1%, existiendo gran variabilidad entre cada uno de los efectores. Así, la Clínica Suizo Americana (CSA) presentó un porcentaje de cambio de pacientes hacia otra Clínica de 14,9%, el Centro de Reproducción Humana (Cerhin) con 14,0%, mientras que Centro de Esterilidad Montevideo (CEM) presentó un 0,7%.

### **Perfil de edad presentados por las clínicas**

La edad de la mujer es el factor de mayor importancia en cuanto a las chances de conseguir un recién nacido vivo.

Las investigaciones sobre el grado en el que las TRAAC aumentan la probabilidad de embarazo de mujeres de más edad han concluido que si una mujer pospone 5 años la búsqueda de embarazo (desde los 30 hasta los 35 años) sus probabilidades de embarazo se reducirán un 9% y el Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA) solo compensará un 4% de esta disminución. La reducción de las probabilidades en una mujer de 35-40 años será del 25% y el TRA solo compensará el 7%. (REDLara)

Por este motivo el análisis de resultados se realiza por tramos etarios considerando la edad al momento de la solicitud inicial: mujeres menores de 35 años, mujeres de entre 35 y 39 años (inclusive) y mujeres de 40 años en adelante. La mayoría de las pacientes se nuclean en el tramo entre 35 y 39 años, siendo el 44,9% de la población que se sometió a tratamiento. Las menores a 35 años representan el 33,50 % y las mayores a 40 años el 21,60%. Las solicitudes de inicio de las pacientes mayores a 40 años se presentaron desde

el inicio de la cobertura hasta febrero de 2017, momento en que entró en vigencia el Decreto 46/017 previamente mencionado. A partir de esa fecha las mujeres que habiendo sido autorizadas alcanzaran los 40 años de edad están habilitadas a culminar los tres ciclos de estimulación previstos por Ley.

La distribución por Clínica según rango etario, Clínica Suizo Americana es la que concentra mayor porcentaje de mujeres menores a 35 años, siendo el 36,8% de las presentadas desde la clínica.

En tanto Cerhin presenta el mayor porcentaje de mujeres mayores de 40 años con un 25,8 % del total de las mujeres presentadas por la clínica, tal como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 - Distribución porcentual de pacientes según rango etario y Clínica.

Clínica	Rango Etario		
	< 35	35-39	=> 40
<b>CSA</b>	36,80%	43,20%	20,10%
<b>CEM</b>	33,10%	45,30%	21,50%
<b>Cerhin</b>	31,90%	42,30%	25,80%
<b>Total</b>	<b>33,50%</b>	<b>44,90%</b>	<b>21,60%</b>

***Conocer los resultados de las clínicas por tipo de técnica, procedencia de gametos y grupo etario, considerando el Nacido Vivo producto de cada técnica financiada, desde el inicio de la cobertura hasta el 31 de diciembre del 2019.***

Hasta el 31 de marzo de 2019, a un total de 2.033 mujeres se le realizó al menos un ciclo de estimulación, habiendo 2.962 ciclos realizados lo que da un promedio de 1,46 ciclos realizados por mujer. De los ciclos financiados, 2.729 fueron ciclos completos (92,1%) y 233 fueron ciclos incompletos (7,9%).

El total de transferencias registradas en el período fue de 2.861, de las que 1.735 fueron de embriones en fresco y 1.126 de embriones criopreservados (transferencias diferidas).

Del total de las 2.861 transferencias, en el 78% de los casos el origen de los gametos femeninos fueron ovocitos propios, mientras que en el 22% se trató gametos femeninos donados (ovodonación).

Se registraron un total de 839 partos del total de transferencias de embriones en mujeres que utilizaron alguna de las técnicas de reproducción asistida, de ellos el 20,1% (169) correspondieron a embarazos múltiples lo que se traduce en un total de 1.008 Nacidos Vivos producto de las técnicas de RHA.

La distribución porcentual de los Nacidos Vivos según clínica de origen fue de 81,1% correspondieron al CEM, el 13,4% a la CSA y el 5,5% al CERHIN.

***Transferencias Embrionarias (Global)***

***Tasa de Parto/Transferencia (P/T)***

Del total de 2.861 transferencias embrionarias registradas desde el inicio de la cobertura, el 31% corresponde a mujeres menores de 35 años, el 41% al grupo etario de entre 35 y 39 años inclusive, y 26 % al grupo de más de 40 años.

La tasa de parto por transferencia en forma global fue de 0,29, lo que implica que el 29% de las transferencias financiadas por FNR culminan con un Nacido Vivo. A su vez la Tasa P/T disminuye en función de la edad, para las menores de 35 años la tasa de parto/transferencia es de 0,39, de 35 a 39 es de 0,28, mientras que para las mayores a 40 años es de 0,19.

Si analizamos la Tasa P/T global por clínica (sin discriminar rangos etarios), para CEM fue 0,32, CSA fue de 0,29, y para CERHIN 0,21.

En todas las categorías estudiadas las Tasas de Parto por Transferencia puntuales fueron favorables a una de las clínicas.

Se observan las siguientes Tasas P/T por estratos etarios y clínicas.

Tabla 4 - Tasa de parto por transferencia embrionaria según rango etario y Clínica.

Rango Etario	Transferencias totales	Partos	Tasa P/T	Intervalo confianza 95%
--------------	------------------------	--------	----------	-------------------------



Menores 35	CSA	96	36	0,38	0,28 - 0,48	53	21	0,4	0,26 - 0,54
	CEM	332	133	0,4	0,35 - 0,46	296	131	0,44	0,39 - 0,50
	Cehrin	42	15	0,36	0,22 - 0,52	11	0	0	0,00 - 0,28
	<b>TOTAL</b>	<b>513</b>	<b>190</b>	<b>0,37</b>		<b>385</b>	<b>156</b>	<b>0,41</b>	
35-39,9	CSA	118	28	0,24	0,16 - 0,32	38	15	0,39	0,24 - 0,57
	CEM	514	141	0,27	0,24 - 0,32	364	124	0,34	0,29 - 0,39
	Cehrin	63	17	0,27	0,17 - 0,40	18	5	0,28	0,10 - 0,53
	<b>TOTAL</b>	<b>775</b>	<b>197</b>	<b>0,25</b>		<b>451</b>	<b>150</b>	<b>0,33</b>	
40 y más	CSA	51	5	0,09	0,03 - 0,21	15	1	0,07	0,00 - 0,40
	CEM	313	66	0,21	0,17 - 0,26	240	62	0,26	0,20 - 0,32
	Cehrin	51	4	0,08	0,02 - 0,19	16	1	0,06	0,00- 0,30
	<b>TOTAL</b>	<b>447</b>	<b>80</b>	<b>0,18</b>		<b>290</b>	<b>66</b>	<b>0,23</b>	
Total GRL		<b>1735</b>	<b>467</b>	<b>0,27</b>		<b>1126</b>	<b>372</b>	<b>0,33</b>	

Si comparamos por grupo etario la tasa de Parto por transferencias (T p/t) en menores de 35 años, fue de 0,37 en el grupo de transferencia de embriones en fresco contra 0,41 en el mismo grupo de embriones criopreservados, en el rango entre 35 y 39 años la T p/t fue de 0,25 en transferencias de embriones en fresco contra 0,33 de embriones criopreservados y en el grupo mayores de 40 años la T p/t, fue de 0,18 en transferencias de embriones en fresco contra 0,23 de embriones criopreservados.

### ***Ovocitos propios y ovodonación.***

Del total de transferencias el 78% corresponden a transferencias de gametos generados a partir de ovocitos propios, y un 22% de ovocitos donados, imputándose un total de 208 (21%) nacidos vivos para las técnicas de ovodonación y 800 (79%) nacidos vivos a partir de ovocitos propios.

La distribución entre clínicas de los Nacidos vivos imputados a las técnicas de reproducción con ovocitos propios es, 78,5% para CEM, el 16,6% CSA y el 4,9% CERHIN.

Si comparamos los Nacidos Vivos en las técnicas de ovodonación según clínica de reproducción esta distribución es 91,3% CEM, 7,7% de CERHIN, y 1,0% de CSA.

La proporción de NV según clínica y rango etario es favorable a una de las clínicas en todas las franjas estudiadas como se muestra en la Tabla 6 (tanto para Ovocitos Propios como para ovodonación).

Tabla 6 - Distribución de Nacidos Vivos por rango etario según Clínica y origen de los gametos femeninos.

Nacidos VIVOS	Clínica	Ovocitos Propios		Ovdocitos Donados	
		Nacidos vivos	Proporción Rango etario	Nacidos vivos	Proporción Rango etario
Menores 35	CSA	72	18,0%	0	0%
	CEM	309	77,3%	11	100%
	CERHIN	19	4,8%	0	0%
35 – 39.9	CSA	48	15,5%	2	2,5%
	CEM	245	79,0%	68	84,0%
	CERHIN	17	5,5%	11	13,6%
40 y más	CSA	8	13,1%	0	0
	CEM	51	83,6%	100	96,2%
	CERHIN	2	3,3%	4	3,8%
*- Están excluidos las pacientes que cambiaron de clínica					

### ***Embarazo múltiple, Ovodonación y Ovocitos propios.***

La tasa global de partos múltiples fue de 20,1%, con diferencias entre clínicas. La clínica CERHIN reportó una tasa de parto múltiple de 26,2%, la CSA fue de 22,6% mientras CEM presento 19,3%.

La tasa de parto múltiple según técnica fue levemente superior en la técnica de ovodonación con una tasa del 20,9%, mientras que para ovocitos propios la Tasa de Parto múltiple fue del 19,9%.

La Tasa de parto múltiple global según estrato etario, fue más alta para las pacientes más jóvenes así en el estrato etario menores de 35 años la tasa fue de 22,32%, seguidas de las mayores de 40 años con 18,71%, y el rango etario entre 35 y 39 años con 18,48%.

En la Tabla 7 se muestran los resultados de Parto múltiples de cada técnica y clínica, divididas por rango etarios.

Tabla 7 - Distribución por rango etario y Clínica según origen de los gametos femeninos y parto múltiple.

Rango Etario	Clínica	Ovodonación			Ovocitos Propios		
		Partos totales	Parto múltiple	% Parto múltiple	Partos totales	Parto Multiple	% Parto múltiple
Menores 35	CSA	0	0	-	57	15	26%
	CEM	9	2	22%	255	54	21%
	Cehrin	0	0	-	15	4	27%
35-39,9	CSA	1	1	100%	42	6	14%
	CEM	57	11	19%	208	37	18%
	Cehrin	8	3	38%	14	3	21%
40 y más	CSA	0	0	-	6	2	33%
	CEM	84	16	19%	44	7	16%
	Cehrin	3	1	33%	2	0	0%

\*- Están excluidas las pacientes que cambiaron de clínica

## Conclusiones

---

Hasta diciembre de 2019 un total de 3.264 mujeres hicieron uso de las prestaciones financiadas por el Fondo Nacional de Recursos de técnicas de Reproducción Humana Asistida de alta complejidad, atribuyéndose a marzo de 2019 como resultado un total de 1.008 Nacidos Vivos producto de las técnicas financiadas (nacidos vivos hasta diciembre 2019). El corrimiento de la edad de inicio de la maternidad, ha hecho a las técnicas de Reproducción Asistida una opción en el tratamiento de la infertilidad de las parejas.

Año a año, se incluyen aproximadamente 700 mujeres a la cobertura por el FNR, la actual disminución de los copagos y la extensión de edad de maternidad proyectan un número de mujeres a financiar creciente.

La edad media de presentación ha variado en función del marco normativo, presentado al 2019 un promedio de 36,19 años (el más bajo desde el inicio de la cobertura), la modificación en la edad de presentación seguramente influya en resultados futuros tanto para gestaciones como para Nacidos Vivos.

La evolución temporal muestra anualmente una tendencia creciente en la elección de una de las clínicas, observándose la siguiente distribución entre las clínicas con los siguientes porcentajes de distribución: CEM (año 2015 el 64.4%, en 2019 80,4%), CSA (año 2015 22,7%, en 2019 14.5%), Cerhin (año 2015 12.9%, en 2019 5.1%).

La mayoría de las transferencias embrionarias evaluadas pertenecieron a transferencias en fresco (60.7%), superando el número de transferencias con embriones criopreservados. Los resultados mostraron una mayor tasa de parto en transferencias de criopreservados respecto a transferencias en fresco, en todos los grupos etarios e independiente de las clínicas de RHA esto debido a las mejores condiciones del endometrio al momento de la implantación.

La tasa de parto en relación a la transferencia cae con el aumento de la edad materna, siendo el grupo menor a 35 años el que presentó mejores resultados. En los grupos etarios analizados Uruguay se presenta con una Tasa de parto por transferencia global mejor a la reportada por el resto de los países (según el registro de Red Lara).

Respecto a las clínicas de Reproducción Asistida en las categorías analizadas, una de las clínicas presentó mejores tasas de parto por transferencias independiente de la edad materna con valores puntuales favorables en todos los rangos etarios analizados.

Los resultados de Ovodonación obtenidos son similares a los obtenidos para ovocitos propios, siendo imputados el 22% de las transferencias realizadas y el 21% del total de los nacidos vivos adjudicables a las técnicas de reproducción Asistida.

En un total de 1.008 nacimientos, se presentó una proporción de embarazos múltiples de 20,1% con variabilidad entre clínicas (19,3%-26,2%).

## **Bibliografía**

- (1) Infertility definitions and terminology n.d. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology> (accessed January 18, 2021).
- (2) Normativa Reproducción Asistida | Fondo Nacional de Recursos n.d. [http://www.fnr.gub.uy/normativa\\_RA](http://www.fnr.gub.uy/normativa_RA) (accessed January 18, 2021).
- (3) Ley N° 19167 n.d. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013> (accessed January 18, 2021).
- (4) [https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/decretos/08/msp\\_74.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/decretos/08/msp_74.pdf) (accessed January 18, 2021).
- (5) de Evaluación U, Autores F, Bazzano J, Perna A, Albornoz H, Gambogi DR. Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad financiadas por el Fondo Nacional de Recursos Reporte de Resultados. 2017.
- (6) Assisted Reproductive Technologies Review Committee Report of the Independent Review of Assisted Reproductive Technologies APPENDICES. n.d.
- (7) I 65 I Embarazos Pérdida reproductiva precoz. n.d.
- (8) Censos 2011 - Instituto Nacional de Estadística n.d. <https://ine.gub.uy/web/guest/censos-2011> (accessed January 21, 2021).
- (9) Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. n.d.
- (10) Fertilidad SEd. Registro Nacional de Actividad 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- (11) Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril.* 2009;92(5):1520-4.
- (12) Sullivan EA, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, de Mouzon J, Nygren KG, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART) world report: assisted reproductive technology 2004. *Hum Reprod.* 2013;28(5):1375-90