



Técnicas de reproducción asistida

La necesidad de ampliar la atención

Ayudando a los ciudadanos
Aprovechando los recursos
Huyendo de excusas

ÍNDICE	PÁGINA
Agradecimientos	3
Ficha técnica del estudio	7
Introducción y objetivo	8
La obtención de información	10
La realidad de los datos	13
Tiempos de espera en los centros públicos	19
Límites o excusas para el acceso a las TRA	21
Tratamientos por CC.AA	27
Coste de los tratamientos	31
Otros datos de interés	34
Opinión de los médicos consultados	39
Síntesis del estudio	43
Propuestas ADECES	45
Glosario	48

AGRADECIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento a todos los **facultativos y al personal** de los centros que han dedicado parte de su tiempo para responder a nuestras preguntas, aclararnos nuestras dudas y facilitarnos datos que nos permiten conocer más y mejor la realidad de la infertilidad en España, con el fin de transmitirla a todas las mujeres y parejas que tienen que recurrir a este tipo de tratamientos.

Por los datos facilitados y su disponibilidad para colaborar en este estudio, nuestra gratitud al Dr. Castilla, Coordinador del Registro de la **Sociedad Española de Fertilidad** (SEF) y por extensión a esta institución; y nuestro agradecimiento a la Dra. Calatayud y a la **Asociación Nacional de Clínicas de Reproducción Asistida** (ANACER) que preside.

A quienes no pudieron colaborar simplemente decirles que en el futuro esperamos poder contar con ellos.

A quienes no quisieron colaborar solo indicarles, como ya se habrán dado cuenta, que la naturaleza de este trabajo es contribuir extramuros del ámbito profesional a difundir, en la medida de nuestras posibilidades, el conocimiento sobre las técnicas de reproducción y elaborar propuestas para que cada vez más mujeres y parejas puedan hacer realidad la ilusión de tener un hijo.

Nuestro reconocimiento a los **profesionales de las administraciones autonómicas**, que con su esfuerzo han suplido la carencia de información pública disponible y la falta de personal.

CENTROS COLABORADORES	
NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA
HOSPITAL SAN JOSÉ	ÁLAVA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO	ALBACETE
HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA	A CORUÑA
ZYGOS (CENTRO GALLEGO DE REPRODUCCIÓN)	A CORUÑA
CENTRO MATERNO INFANTIL NUESTRA SEÑORA DE BELÉN	A CORUÑA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL	BADAJOS
CLÍNICA IERA - GC	BADAJOS
HOSPITAL DEL MAR	BARCELONA
CENTRO MÉDICO TEKNON	BARCELONA
CIRH (CENTRO DE INFERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN HUMANA)	BARCELONA
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA	CÁCERES
HOSPITAL GENERAL	CASTELLÓN
HOSPITAL REY DON JAIME	CASTELLÓN
CLÍNICA RUBAL	CIUDAD REAL
HOSPITAL REINA SOFIA	CÓRDOBA
CEFIVA	GIJÓN
CENTRE DE GENÉTICA	GIRONA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES	GRANADA
QUIRÓN DONOSTIA	GUIPÚZCOA
HOSPITAL SAN JORGE	HUESCA
POLICLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	IBIZA
HOSPITAL SAN PEDRO	LOGROÑO
HOSPITAL VIAMED LOS MANZANOS	LOGROÑO
CLÍNICA GINECOLÓGICA JUANA HERNANDEZ	LOGROÑO
CENTRO GINECOLÓGICO RIOJANO	LOGROÑO
CENTRO MÉDICO GINECOLÓGICO MANZANERA	LOGROÑO
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ	MADRID

CENTROS COLABORADORES

NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO	MADRID
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE	MADRID
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL	MADRID
HOSPITAL SEVERO OCHOA	MADRID
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE ASTURIAS	MADRID
CLÍNICA TAMBRE	MADRID
INSTITUTO GINECOLÓGICO LA CIGÜEÑA	MADRID
CLÍNICA GINEFIV	MADRID
IVI	MADRID
INSTITUTO GR (UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA GARCÍA DEL REAL)	MADRID
HOSPITAL UNIVERSITARIO MADRID MONTEPRÍNCIPE	MADRID
INSTITUTO MADRILEÑO DE FERTILIDAD	MADRID
IBILAB	MENORCA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	MURCIA
TAHE FERTILIDAD	MURCIA
DEXEUS	MURCIA
COMPLEXO HOSPITALARIO	OURENSE
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL ASTURIAS (HUCA)	OVIEDO
HOSPITAL MANACOR	PALMA DE MALLORCA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA	PALMA DE MALLORCA
CEFIVBA	PALMA DE MALLORCA
IBILAB (CLÍNICA SON MOIX)	PALMA DE MALLORCA
HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO	PAMPLONA
INSTITUTO NAVARRO DE GINECOLOGÍA	PAMPLONA
COMPLEXO HOSPITALARIO XERAL CIES	PONTEVEDRA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO	SALAMANCA
CLÍNICA MENCIA	SALAMANCA
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	SANTANDER
CLÍNICA CER (CENTRO DE ESTUDIO PARA LA REPRODUCCIÓN)	SANTANDER

CENTROS COLABORADORES

NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA
HOSPITAL GENERAL	SEGOVIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA	SEVILLA
HOSPITAL VIRGEN DE VALME	SEVILLA
IVI	SEVILLA
HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII	TARRAGONA
CLÍNICA EMBRIOGYN	TARRAGONA
CONCEPTUM	TARRAGONA
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA	TENERIFE
CLÍNICA IRMO (INSTITUTO DE REPRODUCCIÓN MARQUÉS DE OLIVEIRA)	TENERIFE
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO	TOLEDO
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	TOLEDO
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD	TOLEDO
CLÍNICA MARAZUELA	TOLEDO
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI	VALENCIA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO	VALENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FÉ	VALENCIA
CENTROS DE REPRODUCCIÓN FIVIA	VALENCIA
CREA (CENTRO MÉDICO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA)	VALENCIA
IVI	VALENCIA
HOSPITAL GALDAKAO	VIZCAYA
HOSPITAL TXAGORRITXU	VIZCAYA
HOSPITAL DE CRUCES	VIZCAYA
CONSULTORIO GINECOLÓGICO ELCANO	VIZCAYA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	ZARAGOZA
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	ZARAGOZA
CLÍNICA QUIRÓN	ZARAGOZA
IVI	ZARAGOZA
CLÍNICA MÉDICO QUIRURGICA MONTPELLIER (URAM)	ZARAGOZA

FICHA TÉCNICA DEL ESTUDIO

Centros contactados

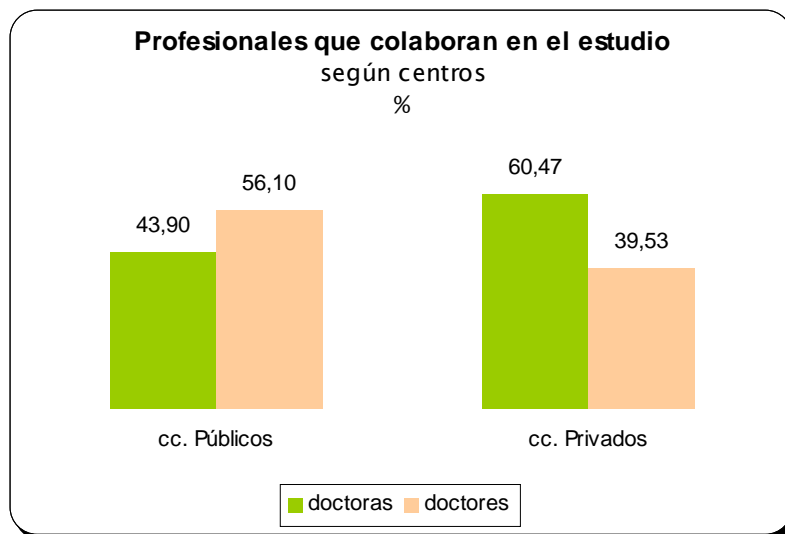
Para la realización de este estudio, ADECES ha contactado con 130 centros (46%) de los 281 registrados por la asociación, que realizan algún tipo de técnica de reproducción.

De los consultados 53 son centros públicos, lo que representa el (72%) de este tipo, según los datos de la asociación. En cuanto a las clínicas privadas, ADECES contactó con 77, es decir, el 37% del total de centros de este tipo censados por la organización.

Centros que han colaborado en este estudio

Del total de centros contactados han colaborado con ADECES en la realización de este estudio, el 77% de los públicos y el 56% de las clínicas privadas.

Gráfico 1



Fuente: ADECES

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es una realidad que afecta a un elevado número de personas. En el estudio de ADECES del año 2008 se indicaba que más de 800.000 parejas españolas la padecen y que crece a un ritmo de 16.000 casos por año. Unos datos plenamente vigentes a juzgar por la intervención del Dr. Bruna en el XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) realizado en Sevilla en Mayo de este año.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay entre 60 y 80 millones de parejas infértiles en el mundo. De ellas, entre un 2% y un 10%, presentan una infertilidad primaria, es decir, no han podido lograr un embarazo después de al menos un año de relaciones sexuales sin protección. Por su parte, entre el 10% y el 25% presentan infertilidad secundaria: parejas que han logrado al menos un embarazo, pero tienen dificultades para volver a quedarse embarazadas.

En la definición del modo de vida es evidente que cada individuo juega un papel determinante, pero también las administraciones públicas tienen una responsabilidad indudable en la organización socio económica de la sociedad, que está ligada a algunas de las causas del incremento de la infertilidad propia de nuestro tiempo. Son, por tanto, corresponsables.

En consecuencia, es necesario que las administraciones públicas adopten un compromiso decidido para ayudar a todas aquellas parejas o mujeres que queriendo tener hijos no pueden y necesitan recurrir a tratamientos de infertilidad.

Síntomas y Causas de la Infertilidad

El síntoma físico de la infertilidad es la incapacidad para conseguir un embarazo, pero también puede provocar una gama de reacciones emocionales que afecta a uno o ambos miembros de la pareja: ansiedad, depresión, culpa e incluso aislamiento de su entorno.

Existe un amplio consenso sobre algunas de las causas que provocan la infertilidad:

- El aplazamiento de la maternidad. España está viviendo un retraso evidente y progresivo de la maternidad. Actualmente, la edad media de la mujer española para dar a luz a su primer hijo se sitúa alrededor de los 32 años.
- El deterioro del semen debido a contaminantes medioambientales, estrés o mala alimentación.

Otros posibles orígenes son:

- ❑ Trastornos autoinmunitarios (el sistema inmunitario equivocadamente ataca y destruye tejido corporal sano).
- ❑ Desequilibrio o deficiencias hormonales.
- ❑ Infecciones (pélvicas, testículos).
- ❑ Disruptores Endocrinos (EDC), sustancias químicas con las que estamos en contacto diario como los plásticos, el pegamento, cosméticos o perfumes, que pueden actuar como hormonas femeninas o pseudo-estrógenos y pueden bloquear su acción y suplantar a las hormonas naturales.
- ❑ Quimioterapia.
- ❑ Obesidad .
- ❑ Edad avanzada.
- ❑ Consumo excesivo de alcohol, tabaco, cocaína.
- ❑ Ejercicio excesivo, trastornos alimentarios o desnutrición.
- ❑ Esterilidad idiopática (causa desconocida) etc.

OBJETIVO

El presente estudio indaga en las políticas públicas de las Comunidades Autónomas en relación con su compromiso con las parejas o mujeres infértiles, sumergiéndose en la oferta de tratamientos desde los centros públicos y privados: tiempos de espera, edades, costes, etc. Actualiza, en consecuencia, el estudio elaborado por ADECES en el año 2008.

LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

En este apartado se recoge la información primaria, es decir, los centros autorizados y homologados para realizar las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), el carácter público o privado de cada centro y el tipo de tratamiento que realizan.

Para acceder a dicha información hemos recurrido al Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad y a las Consejerías o Departamentos de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA).

Agradecemos al Ministerio de Sanidad la actualización del registro de centros, realizada en el mes de abril, sustituyendo el registro de febrero de 2003 por el de diciembre del 2009, y la unificación de la información. Potenciando la coordinación con las CC.AA, ADECES solicita **que las actualizaciones se realicen anualmente**.

En relación a las Comunidades es preciso recomendarles que **incrementen el uso de Internet** como medio de información, hasta ahora **menos desarrollado de lo que cabría esperar**.

Sistemas de recogida de Información.

El Ministerio de Sanidad facilita toda la información a través de su página Web. Sin embargo, de las 19¹ CC.AA sólo 8, es decir, un 42,11% ofrecen información a través de su página Web: Andalucía, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid y La Rioja.

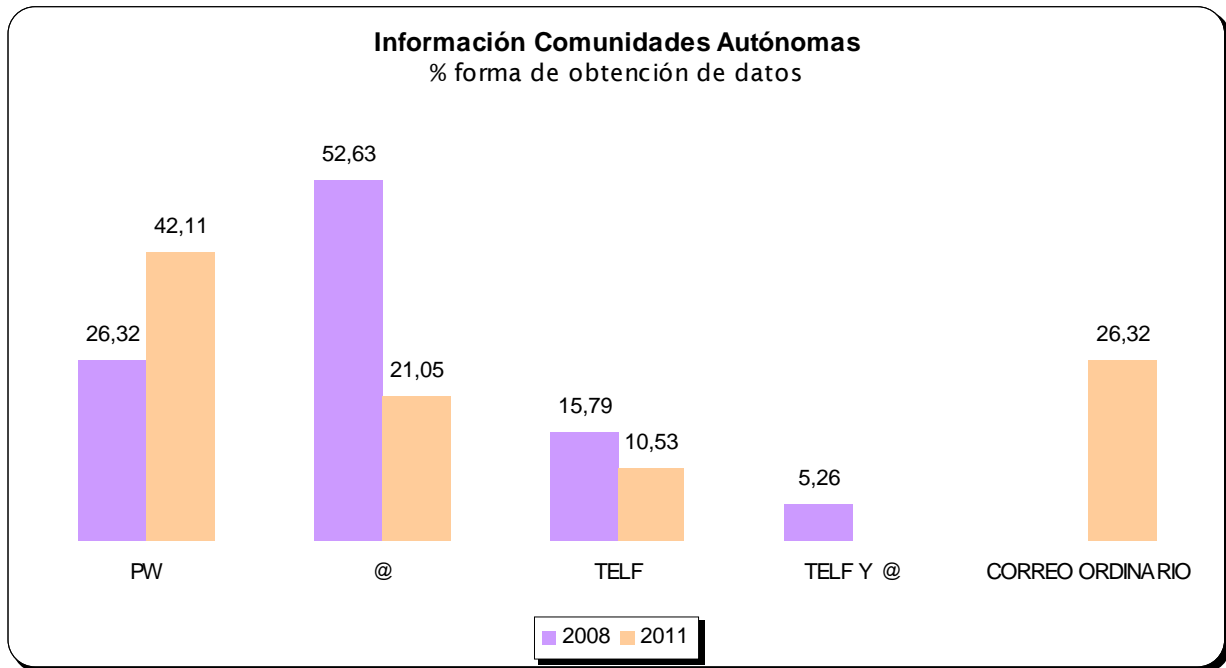
El 21,05%, esto es, cuatro del total de CC.AA, comunican sus datos a través del correo electrónico: Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha y Navarra.

El teléfono ha sido el medio utilizado por Ceuta y Melilla. Según su información no disponen de autorización para realizar TRA.

Cinco CC.AA (Asturias, Cantabria, Valencia, Murcia y Euskadi) han requerido y recurrido al correo ordinario para proporcionar la información.

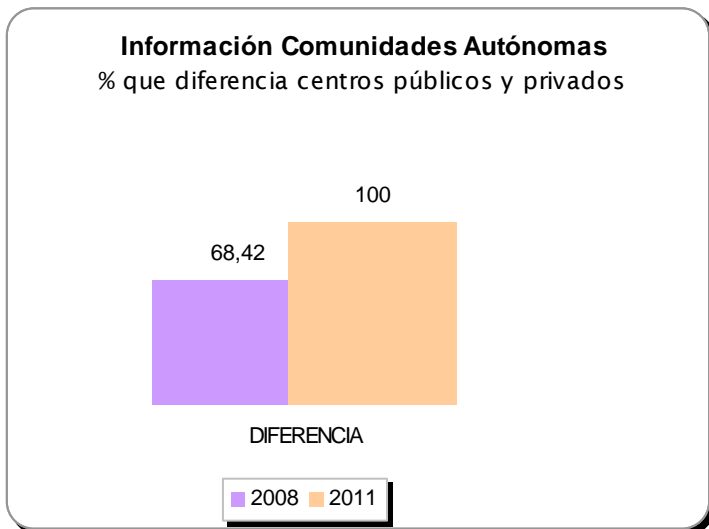
¹ Se incluyen las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Gráfico 2



Fuente: ADECES

Gráfico 3



Fuente: ADECES

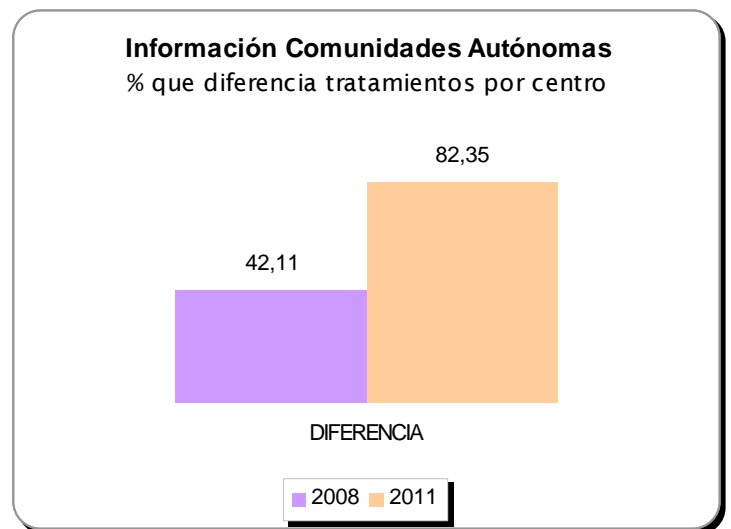
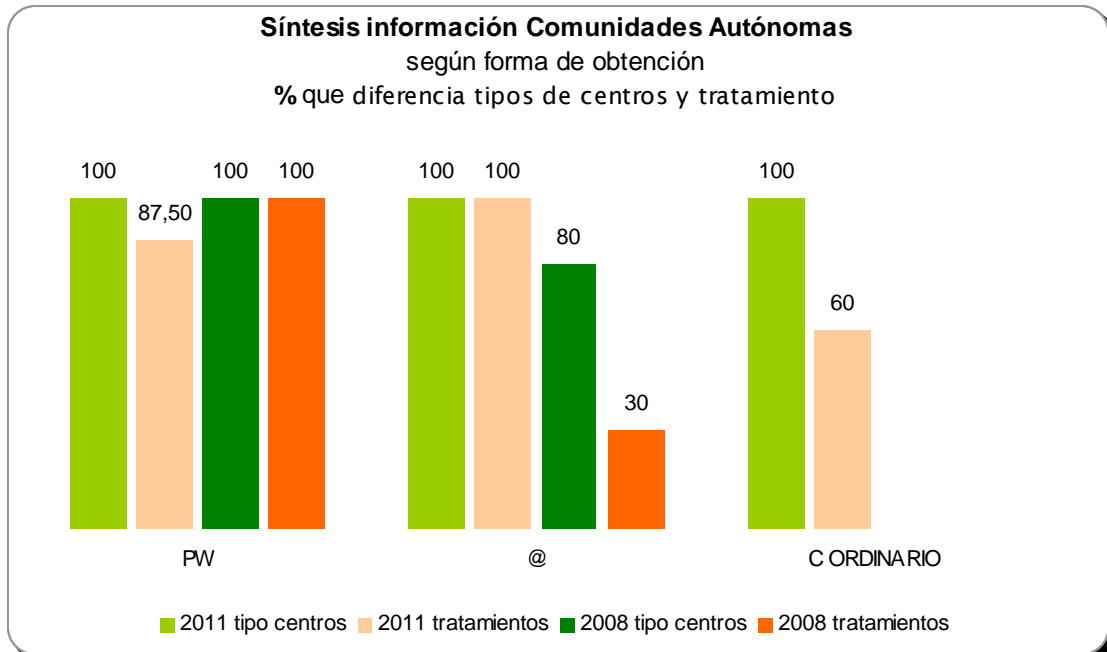


Gráfico 4



Fuente: ADECES

LA REALIDAD DE LOS DATOS

La situación de España 2011 en relación con la infertilidad y los tratamientos está definida por los datos que arroja el estudio, pero también por las incidencias que comienzan a observarse tanto en la sanidad pública como en los centros privados.

Ahora surgen prácticas y restricciones que no se observaban con anterioridad. La crisis parece generar distintas respuestas de adecuación, que se mencionarán más adelante.

Número de centros públicos y privados

El número de centros públicos que realizan Técnicas de Reproducción (TRA) varía según las fuentes, desde los 74 que estima ADECES a los 98 que contabilizan las Comunidades Autónomas (CC.AA), pasando por los 55 registrados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Mº).

También existen diferencias en el cómputo de los centros privados respecto a los cuales las cifras oscilan entre los 204 y los 242.

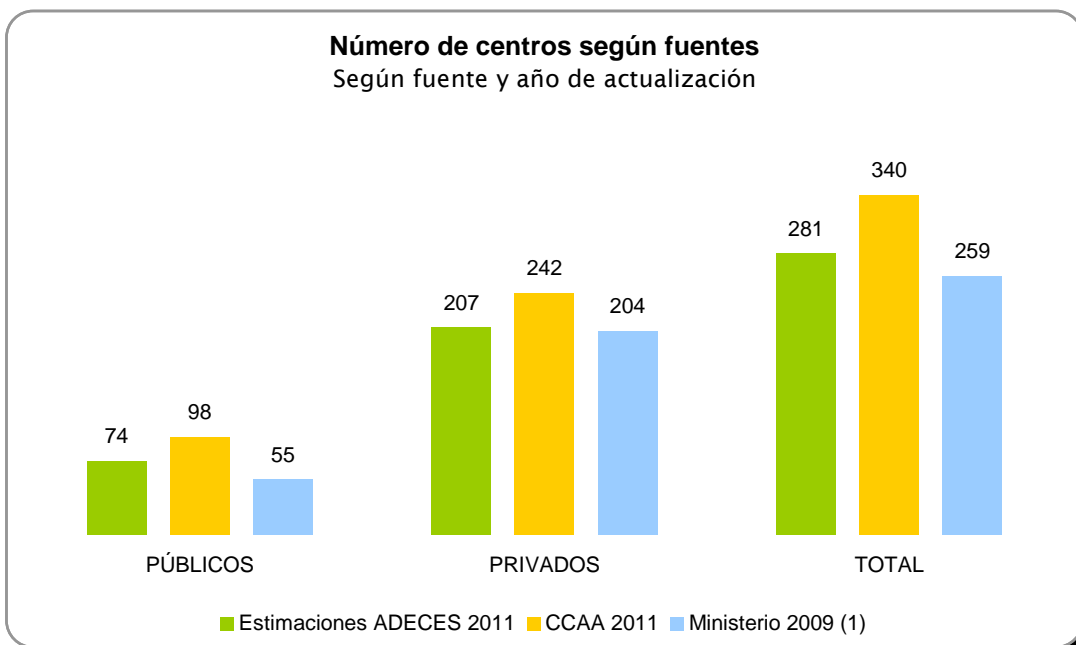
Conviene, no obstante, aclarar que la causa de esta posible discrepancia se haya en el modo de contabilizar centros y en la fecha de referencia de los datos.

Desde el punto de vista del cómputo de los centros hay que señalar que algunas CC.AA contabilizan tantos centros como técnicas que se desarrollan en los mismos, lo que puede traducirse en que un mismo centro compute hasta tres veces.

ADECES, sin embargo, en su recuento, atiende a los centros físicos disponibles para los ciudadanos.

Por último, los datos del Mº, presentan una diferencia con las otras dos fuentes porque se refieren al ejercicio 2009.

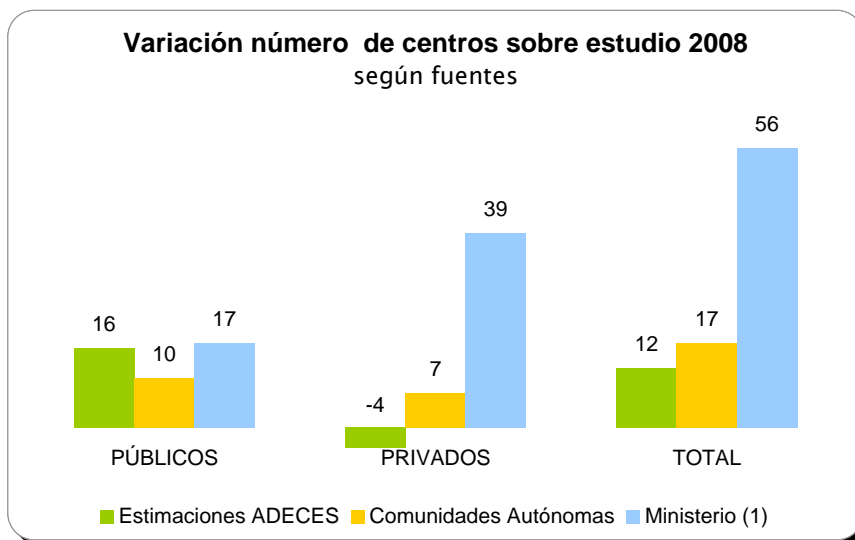
Gráfico 5



Fuente: ADECES

Según la procedencia de los datos, el número total de centros que realizan TRA se ha incrementado entre 12 y 56 respecto al estudio de ADECES del año 2008.²

Gráfico 6



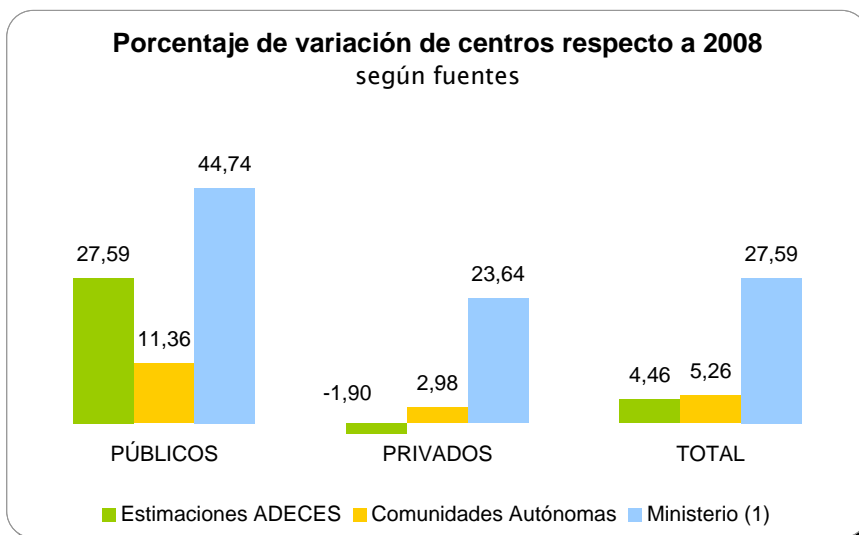
Fuente: ADECES

El saldo neto de centros respecto a las cifras de cada fuente recogidas en el anterior estudio, varían entre el 4,5% de ADECES y el 27,6% del M^o.

² Los datos del Ministerio de Sanidad se refiere al registro de centros de 31 de diciembre de 2009 (últimos publicados) y modifican los de 2003 que, en el anterior estudio, eran los más actuales.

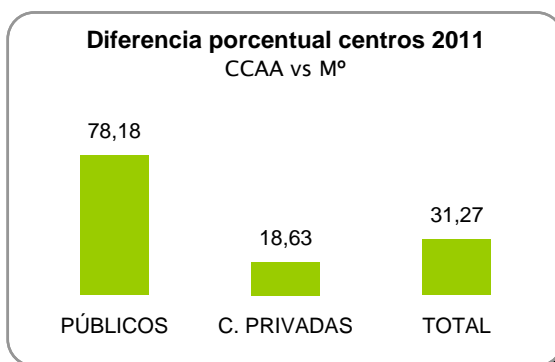
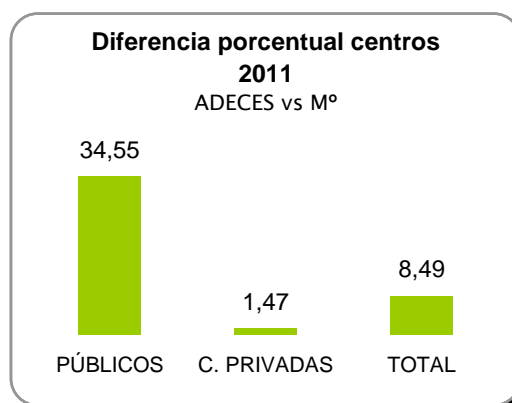
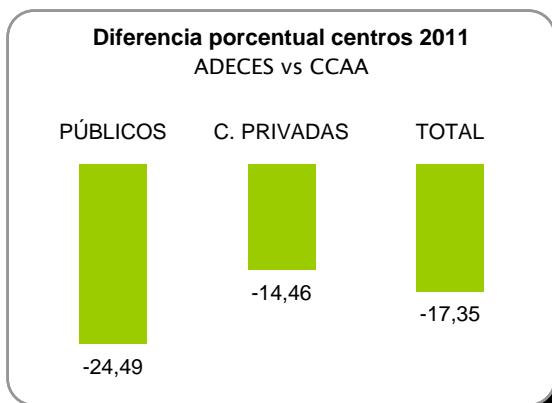
El mayor crecimiento porcentual se produce respecto a los centros públicos, ya que la base de partida de los mismos es menor. El Mº es la fuente que registra un incremento mayor, porque sus cifras actualizan las de 2003 recogidas en el anterior.

Gráfico 7



Fuente: ADECES

Gráfico 8, 9 y 10



Fuente: ADECES

El contraste de datos que arroja el estudio se puede apreciar en los gráficos 8,9 y 10. La mayor desviación se produce entre el M^o y las CC.AA.

Por su parte, las divergencias entre las estimaciones de ADECES y los datos del M^o responde sobre todo a la temporalidad de los mismos.

Las diferencias de los datos de ADECES con los referidos por las CC.AA tienen distinto origen según se trate de centros públicos o privados.

Centros públicos

Las causas de la diferencia del -24% son las siguientes:

- La Comunidad de Madrid, con su criterio de cómputo, registra 42 centros públicos frente a los 11 que contabiliza ADECES.
- Hay 7 centros públicos censados por ADECES y no informados por las CC.AA.

Centros privados

La diferencia del -14% se debe a la existencia de 2 clínicas sobre las que no informan las Comunidades de Asturias y Navarra y a los 37 centros que registra en exceso Madrid por su sistema de cómputo.

Los tratamientos y los tipos de centros

Crece ligeramente el número de centros públicos destinados a técnicas de Fecundación In Vitro (FIV) y Ovodonación, en tanto que entre los centros consultados se mantienen en el máximo nivel los centros que practican la Inseminación Artificial (IA).

En relación con la clínicas privadas los incrementos se producen en las mismas técnicas, en tanto que la IA desciende levemente. Entre los 207 centros privados hay al menos 11 que no realizan ningún tipo de tratamiento y se dedican a la medicina genómica.

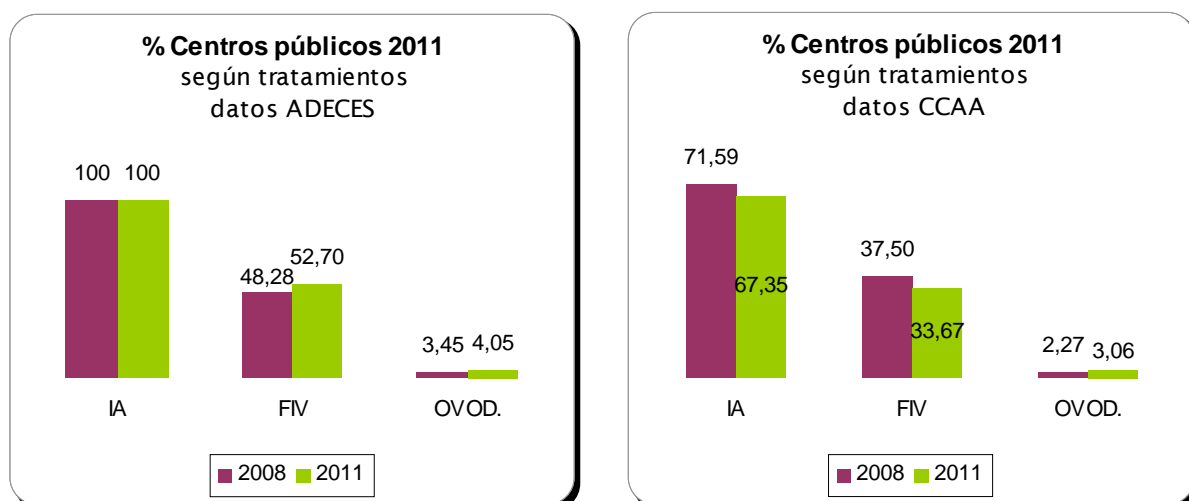
Todas las CC.AA disponen de centros públicos en los que se realizan técnicas de IA y FIV. En cambio, la Ovodonación sólo se practica en tres centros públicos situados en Valencia, Galicia y Euskadi.

Por su parte, las clínicas privadas, están presentes en todas las comunidades y en todas ellas, con un mayor o menor número de centros ofrecen todas las TRA.

Este reparto tiene importancia para el examen del grado de compromiso de las políticas públicas con las parejas o mujeres infértiles, ya sea a través de centros propios, conciertos con clínicas privadas o con otras comunidades.

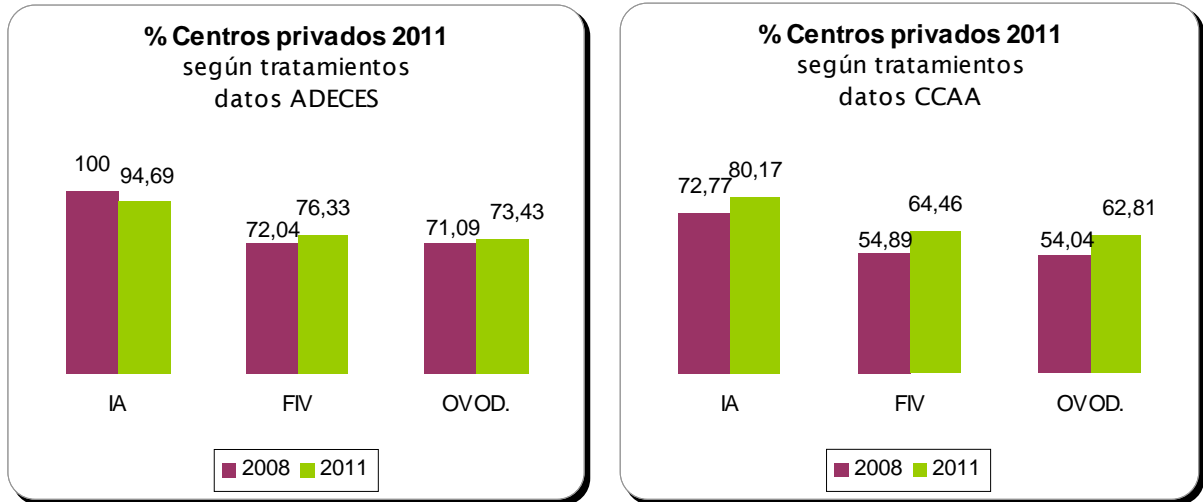
Al igual que en el estudio de 2008, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla carecen de centros públicos o privados en los que las mujeres o parejas infértiles puedan realizar tratamientos.

Gráfico 11



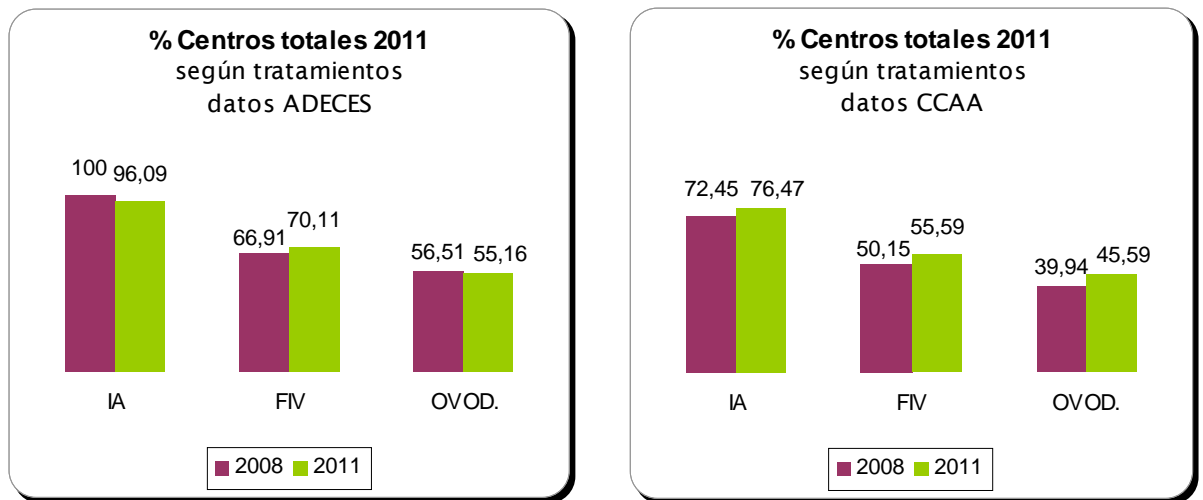
Fuente: ADECES

Gráfico 12



Fuente: ADECES

Gráfico 13



Fuente: ADECES

TIEMPOS DE ESPERA EN LOS CENTROS PÚBLICOS SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO

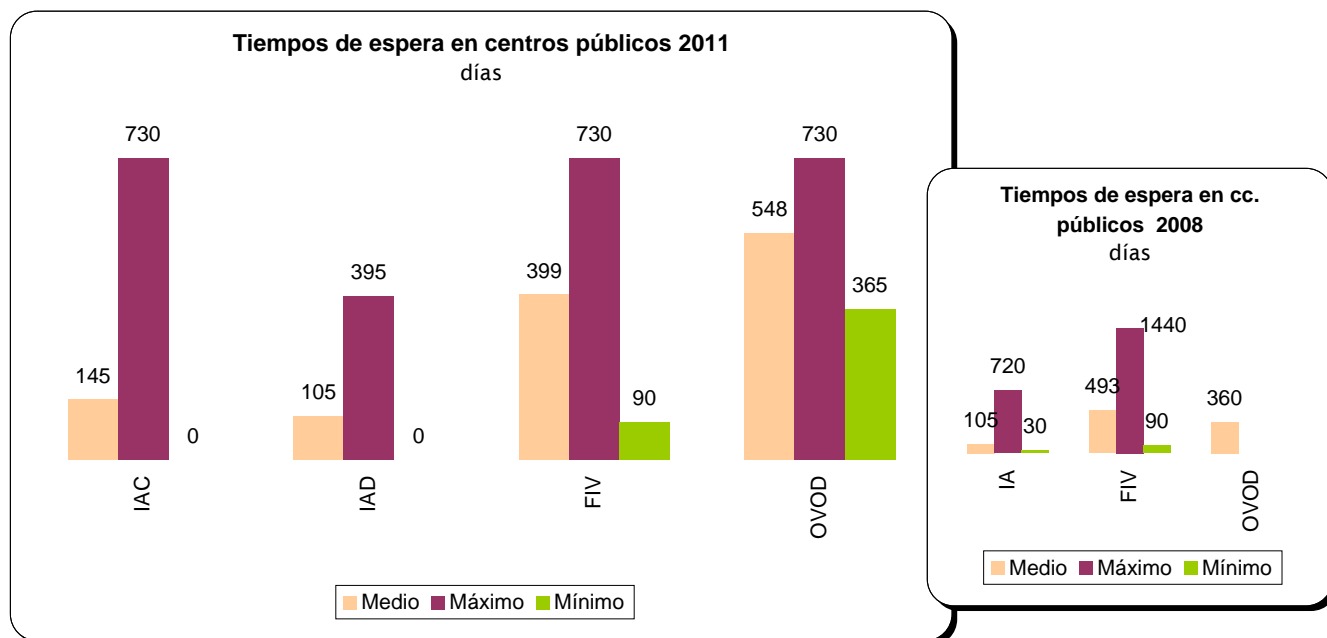
ADECES ha constatado que las unidades de reproducción humana asistida de los centros públicos, a pesar del crecimiento experimentado, siguen estando, por lo general, **escasamente dotadas (medios y personal) y el número de centros es insuficiente, como lo demuestran los datos sobre listas de espera** que aparece en el siguiente gráfico.

Como nota positiva, se confirma una reducción del tiempo medio de espera en relación al año 2008, de 94 días para los tratamientos de FIV. Tan importante como este dato lo es el hecho de que los tiempos máximos para esta técnica se reducen casi la mitad, pasando de los 1440 días de 2008 a los 730 en 2011.

Por lo que respecta a la Inseminación Artificial de Cónyuge o de Donante (IAC, IAD) los tiempos medios de 2011 se sitúan en los 145 y 105 días respectivamente. En 2008, los datos disponibles no hacían esta distinción, pero los tiempos máximos de la IA estaban en 720 días, prácticamente la máxima demora que refleja en 2011 la IAC.

Finalmente la Ovodonación ve incrementado en casi 200 días el tiempo medio de espera, en tanto que el tiempo máximo de espera registrado también se aproxima a los dos años, como en las otras dos técnicas.

Gráfico 14



Fuente: ADECES

Un recorrido por los tiempos de espera

En cuanto a la **IAC**, 19 de los 41 hospitales que han colaborado en el estudio no presentan listas de espera, entre ellos podemos destacar, el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.

En el caso de las **IAD**³ no tienen listas de espera hasta un total de 11 hospitales.

Se localizan tiempos máximo de espera de 730 días para la **IAC** en el Hospital Galdakao de Vizcaya (para la primera consulta) y en el Hospital San Jorge (Huesca).

Este registro baja hasta los 395 días para las **IAD** en el Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

Fuera de estos casos, los tiempos de espera más prolongados para la **IAC** son los 545 días de los Hospitales Txagorritxu (Vizcaya) y 12 de Octubre (Madrid), seguidos del Miguel Servet (Zaragoza) con 485 días.

En el caso de las **IAD**, los Hospitales Central de Asturias (Oviedo), Clínico Universitario (primera visita) y La Fé, ambos de Valencia, tienen una espera de 365 días.

Por lo que se refiere a la **FIV o FIV-ICSI** el tiempo máximo de espera se ha registrado en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona, Xeral Cies (Pontevedra) y Miguel Servet de Zaragoza (primer ciclo) con 730 días.

Otros hospitales con largos tiempos de espera son: Virgen de las Nieves de Granada con 605 días, Hospital Virgen de la Salud (Toledo) y General Universitario de Valencia, ambos con 545 días.

El tiempo mínimo de espera se sitúa en los Hospitales Materno Infantil de Badajoz, con 90 días y Materno Infantil Teresa Herrera, con 135.

Especialmente relevante es la situación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid) que no presenta listas de espera para ninguno de los tratamientos que realiza (IAC, IAD y FIV-ICSI).

Por último, respecto a la **Ovodonación**, se disponen de los tiempos de 2 de los 3 centros que la practican: Hospital De Cruces de Vizcaya (730 días) y Clínico Universitario de Valencia, 365 días para la primera visita.

³ No en todos los Hospitales se realiza la IAD.

LÍMITES O EXCUSAS PARA EL ACCESO A LAS TRA

Como se ha señalado en varias ocasiones a lo largo del estudio, las políticas públicas y su influencia en el tipo de vida, estimulan la presencia de causas de infertilidad.

Por otra parte, los poderes públicos, a través de la administración sanitaria, deben ofrecer respuestas a las necesidades de la población, en este caso mediante los tratamientos adecuados, tanto para satisfacer a los individuos como para abordar los retos sociales que la infertilidad introduce en nuestros días.

A lo largo del tiempo, factores científicos, éticos, económicos, etc. se han manejado como límites para acceder a las TRA, a éstos comienzan a añadirse excusas, que en términos prácticos restringen el acceso de determinadas personas o parejas.

Edad

La Ley 14/2006 de 26 de Mayo señala en el artículo 6.1 que “Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas...” por lo que legalmente no existe una edad máxima definida para acceder a las técnicas de reproducción.

Sin embargo, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) llegó al consenso de establecer el techo en los 50 años que es el que adoptan los centros privados.

Por su parte, los centros públicos sitúan la edad máxima de estas técnicas en 40 años.

Factores científicos y éticos

En última instancia, la edad límite dependerá del tipo de técnica y patología. Un alto porcentaje de profesionales señalan los 42-43 años como edad máxima para los tratamientos con óvulos propios y los 50 cuando se trata de óvulos de donante.

Factores económicos: la delgada línea con las excusas

La decisión de la sanidad pública de establecer un límite de 40 años para el acceso a las TRA no es ajena a la falta de medios de las unidades en funcionamiento, agravada con el incremento del número de parejas o mujeres que deben afrontar la infertilidad, combinación que provoca tiempos de espera de hasta dos años.

No obstante, más allá de los límites de edad la pregunta que surge en un tiempo de crisis como el actual es ¿cómo abordarán las administraciones públicas su responsabilidad a la hora de satisfacer las aspiraciones de todas aquellas parejas o mujeres que queriendo tener hijos no pueden, y necesitan recurrir a tratamientos de

infertilidad? ¿Cómo se van a gestionar los recursos públicos respecto a una materia tan sensible para los ciudadanos y para las sociedades?. Surge desde este prisma un hueco para las excusas.

Los primeros datos apuntan a recortes en esta área.

En el año 2009, Murcia retira el tratamiento de Inseminación artificial de donante (IAD), con lo que en la práctica se niega el acceso, a través del sistema público, a mujeres sin pareja o lesbianas.

A finales de 2010, la administración asturiana comienza a solicitar el pago de la medicación a las mujeres que quieren acceder a las TRA en solitario y en 2011, se han detectado siete casos en los que se deniega el acceso al tratamiento a mujeres que deciden ser madres en solitario o con parejas del mismo sexo.

Las edades de acceso a los TRA según tipo de centros

Las edades que se reflejan en este apartado son aproximadas y orientativas, ya que dependen fundamentalmente de cómo responda la mujer al tratamiento. Así, por ejemplo, una mujer de 30 años puede no responder a un tratamiento de FIV y tener que pasar directamente a Ovodonación y una mujer de 42 puede responder bien a una FIV y conseguir un embarazo.

Atendiendo a las técnicas de reproducción y a modo orientativo estas son las **edades más significativas** en cada tratamiento:

IA

- CENTROS PÚBLICOS
- Edad media máxima: 39,69 años.
- Edad límite establecida por debajo de la media. Con 38 años, se encuentran todos los hospitales públicos andaluces, el Hospital Virgen de la Salud (Toledo) y el Clínico de Valencia (cuando es el primer contacto con la unidad). También debajo de la media, aunque con 39 años, se encuentra el centro San Jorge (Huesca), Miguel Servet (Zaragoza), Manacor (Palma de Mallorca) y Príncipe de Asturias (Madrid).
- Edad máxima registrada ha sido 42 años en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
- Moda: la edad de 40 años es la que se repite con más frecuencia (26 veces) en la información facilitada por los centros públicos.

Mención especial merece el Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo) donde se practica la IAC, atendiendo a las características de la mujer.

- CLÍNICAS PRIVADAS
- La horquilla va de 40 a 42 años.

FIV o FIV-ICSI

- CENTROS PÚBLICOS
- Edad media máxima: 39,76 años.
- Edad límite establecida por debajo de la media. Con 38 años han fijado el límite de acceso el Hospital Virgen de la Salud (Toledo) y Clínico de Valencia cuando es el primer contacto con la unidad. Con 39 años se sitúan, Miguel Servet (Zaragoza) y Príncipe de Asturias (Madrid).

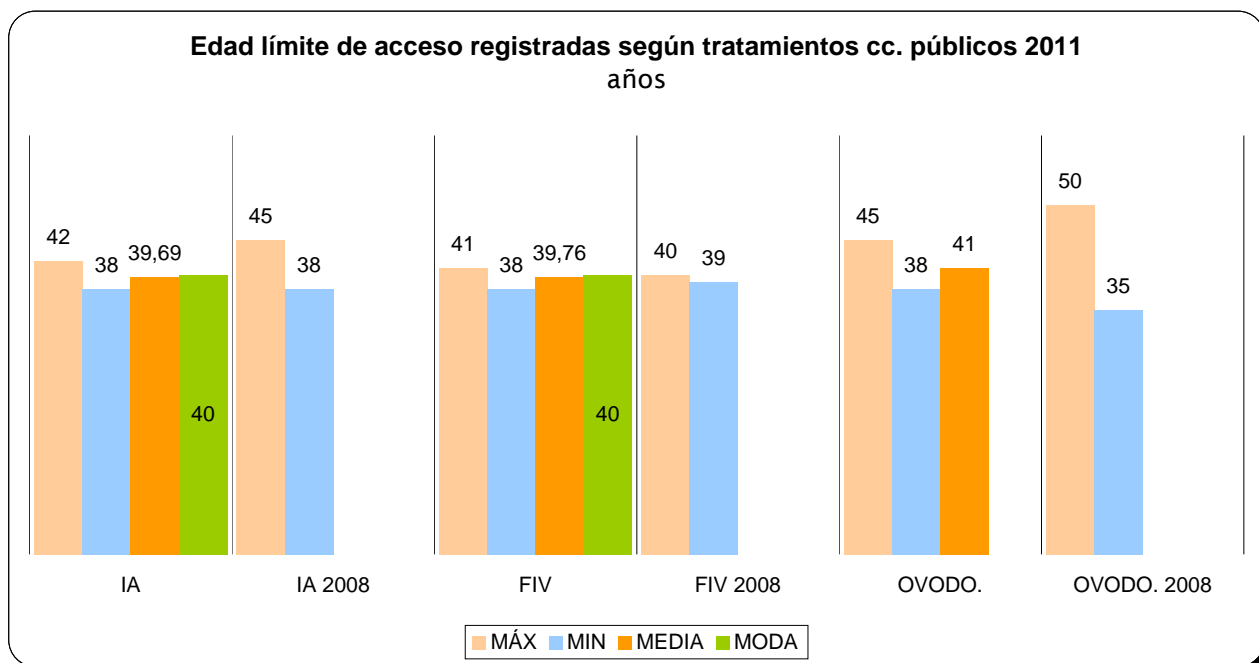
- ❑ Edad límite de acceso establecida por encima de la media. La edad máxima de acceso la tiene el centro público San Pedro (Logroño) con 41 años.
- ❑ Moda: la edad de 40 años es la que se repite con más frecuencia (16 veces) en la información facilitada por los centros públicos
- ❑ CLÍNICAS PRIVADAS
- ❑ La edad máxima en las clínicas privadas oscila entre los 41 y los 44 años.

OVODONACIÓN

- ❑ CENTROS PÚBLICOS
- ❑ Edad media máxima: 41 años. El Hospital De Cruces Vizcaya con 40 años como límite de acceso es el que más se aproxima a la media.
- ❑ Edad límite establecida por debajo de la media. Clínico de Valencia, 38 años (primer contacto).
- ❑ Edad máxima registrada Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña, 45 años (estipulado por el SERGAS).
- ❑ CLÍNICAS PRIVADAS
- ❑ La horquilla se mueve entre los 44 y los 50 años años.
- ❑ Moda: la edad de 50 años es la que se repite con más frecuencia (28 veces) en la información facilitada por los centros privados.

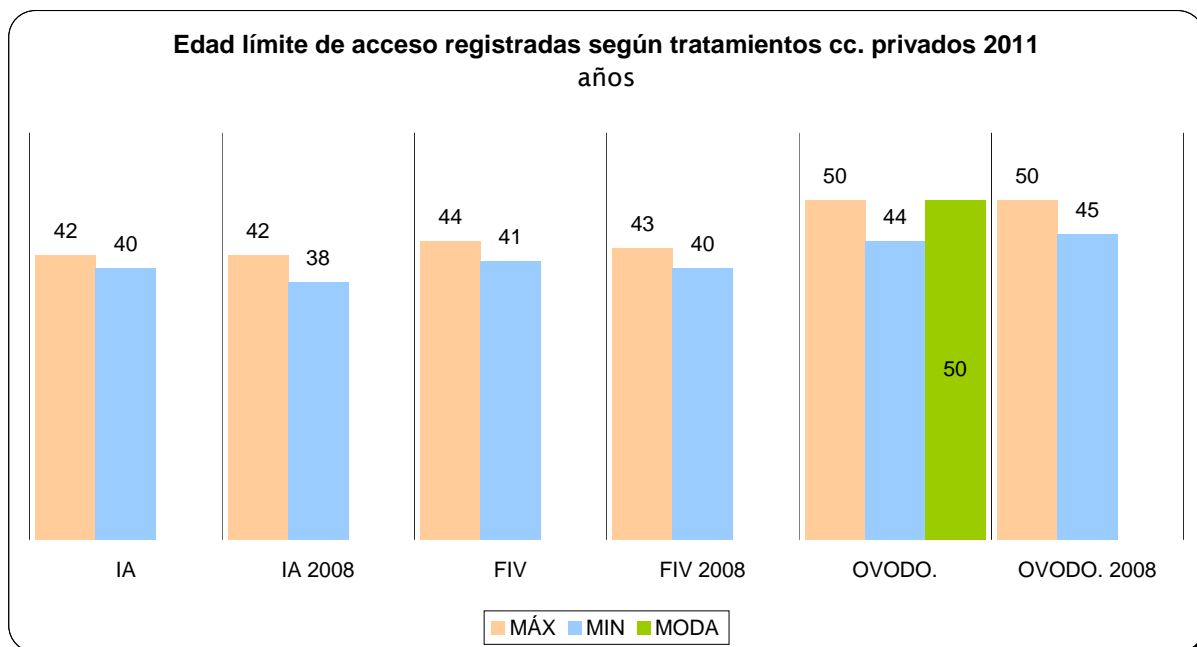
Cabe destacar que algunas clínicas privadas no aceptan a mujeres mayores de **45** años, basándose en dos factores; estado físico-psicológico de la mujer y consideraciones éticas de la maternidad a edad avanzada.

Gráfico 15



Fuente: ADECES

Gráfico 16



Fuente: ADECES

Para concluir este apartado indicar que los límites de edad para acceder a los tratamientos en los centros públicos se han estrechado. En la IA, por ejemplo, la edad máxima se ha reducido tres años, de 45 de 2008 a 42 en 2011. En FIV es la

edad mínima la que ha perdido un año, aunque se compensa ganando un año en la edad máxima. Finalmente, en Ovodonación se amplía la edad mínima (3 años), pero se recorta la máxima (5 años), dejando un saldo neto negativo de 2 años.

En el ámbito privado también hay movimientos, aunque la tendencia es la contraria. La edad límite mínima en IA se ha ampliado dos años, hasta los 40. En FIV, se ganan también dos años, actuando sobre la edad mínima y la máxima. Por último, en Ovodonación la edad mínima de acceso se ha acortado un año.

Es necesario insistir, una vez más, que estas edades son aproximadas y orientativas, ya que dependen fundamentalmente de cómo responda la mujer al tratamiento.

TRATAMIENTOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Sistema público y técnicas en las Comunidades y Ciudades Autónomas

Afortunadamente en este estudio se ha constatado que las 17 Comunidades Autónomas realizan las técnicas de IA y FIV (FIV-ICSI)

Un camino más lento registra la Ovodonación, ya que sólo tres autonomías nos informan de la práctica de dicho tratamiento en su territorio: Euskadi, Galicia y Valencia.

En el lado opuesto se sitúan las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que continúan sin ofrecer ningún tipo tratamiento a nivel público o privado. Las mujeres de ambas ciudades son derivadas a los Hospitales públicos de La Fé de Valencia y Carlos Haya de Málaga respectivamente.

Avances y retrocesos en el sistema público

En relación al estudio del año 2008, se registran **avances significativos**:

Tres centros públicos se han incorporado a la realización de **IA**:

- San Jorge (Huesca), que efectúa **IAC** desde marzo de 2009.
- Nuestra Señora del Prado (Toledo) que ofrece esta técnica a las mujeres desde enero del presente año.
- Virgen de la Arrixaca (Murcia) en el que, gracias al Dr. Álvarez, se ha confirmado que se realiza la IAC. Sería deseable, en consecuencia, que se corrija la información pública oficial.

Este Hospital dispone de una línea directa atendida por dos enfermeras a disposición de las mujeres o parejas que realizan estos tratamientos.

Tres Hospitales públicos se unen a los que ofertaban **FIV o FIV-ICSI**:

- San Pedro (Logroño), desde abril de 2009 y Virgen del Camino (Pamplona) desde abril del presente año, aunque este último mantendrá, hasta finales del 2011, el concierto con la Clínica Quirón para las FIV o FIV-ICSI.
- Una situación especial presenta el Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia), donde se realiza el tratamiento de FIV o FIV-ICSI, pero las punciones, fecundaciones y transferencias se remiten a las clínicas privadas IVI, Dexeus. Podrá realizar el tratamiento completo cuando dispongan del laboratorio de fecundación, dentro de 1 año aproximadamente.

En los tres años transcurridos desde el estudio de 2008 también se ha registrado algún **retroceso**:

- El Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres) que realizaba la IA, actualmente sólo realiza los estudios previos, remitiendo a las mujeres al Materno Infantil de Badajoz.
- Desde finales del 2009 no se realizan IAD en el centro Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Proyectos en curso

ADECES recoge en este apartado tres proyectos que contribuirán a aumentar los centros que realizan tratamientos de reproducción:

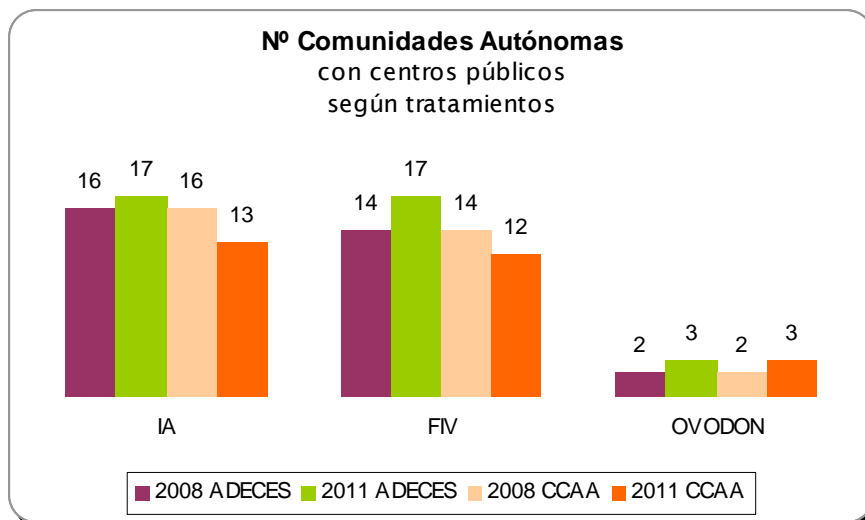
- El Hospital Virgen de Valme (Sevilla) abrirá en 2012 una unidad para realizar FIV o FIV-ICSI. En este año abrirá el segundo Hospital de Móstoles (Rey J. Carlos) y contará con una unidad de reproducción asistida.
- La Ciudad Autónoma de Melilla prevé contar con un centro privado a finales de 2011. Un paso importante, si tenemos en cuenta que las mujeres de Melilla tienen como Hospital de referencia el Carlos Haya de Málaga.

Sistema privado en las 17 CC.AA

Todas las Comunidades realizan las técnicas de Inseminación Artificial con semen de la pareja (IAC) o bien con semen de donante (IAD).

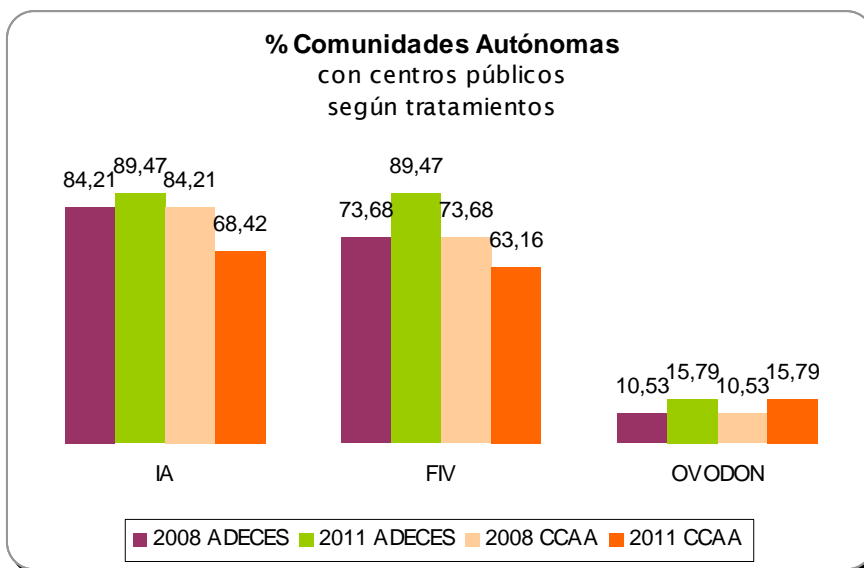
También se ofertan en las 17 los tratamientos de FIV o FIV-ICSI y Ovodonación.

Gráfico 17



Fuente: CC.AA y ADECES. Elaboración ADECES

Gráfico 18



Fuente: CC.AA y ADECES. Elaboración ADECES

□ Los cálculos se efectúan sobre las 17 Comunidades y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla

El sector privado, independientemente de la fuente, oferta todos los tratamientos en todas las comunidades, excepto en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Tomando en consideración ambas ciudades el porcentaje de oferta de todos y cada uno de los tratamientos es del 89,47%.

Conciertos para las Técnicas de Reproducción Asistida

Según la información facilitada por las distintas Comunidades, el panorama Español para los TRA presenta una gran variedad, que podemos sintetizar del siguiente modo:

Conciertos de hospitales públicos con clínicas privadas

Se registran conciertos de este tipo dentro de la propia Comunidad en:

- Cataluña (Hospital del Mar de Barcelona y clínica Corachan)
- Euskadi: Hospitales de Guipúzcoa y la Clínica Quirón para realizar el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP).
- Murcia: el Hospital Virgen de la Arrixaca mantiene conciertos para FIV o FIV-ICSI, con las clínicas IVI, Dexeus e Instituto Bernabeu...

Se registran conciertos de este tipo fuera de la propia Comunidad en:

- Navarra: concierta los tratamientos de FIV o FIV-ICSI del Hospital Virgen del Camino con la Clínica Quirón de Euskadi.

Conciertos de Hospitales Públicos con hospitales de su Comunidad

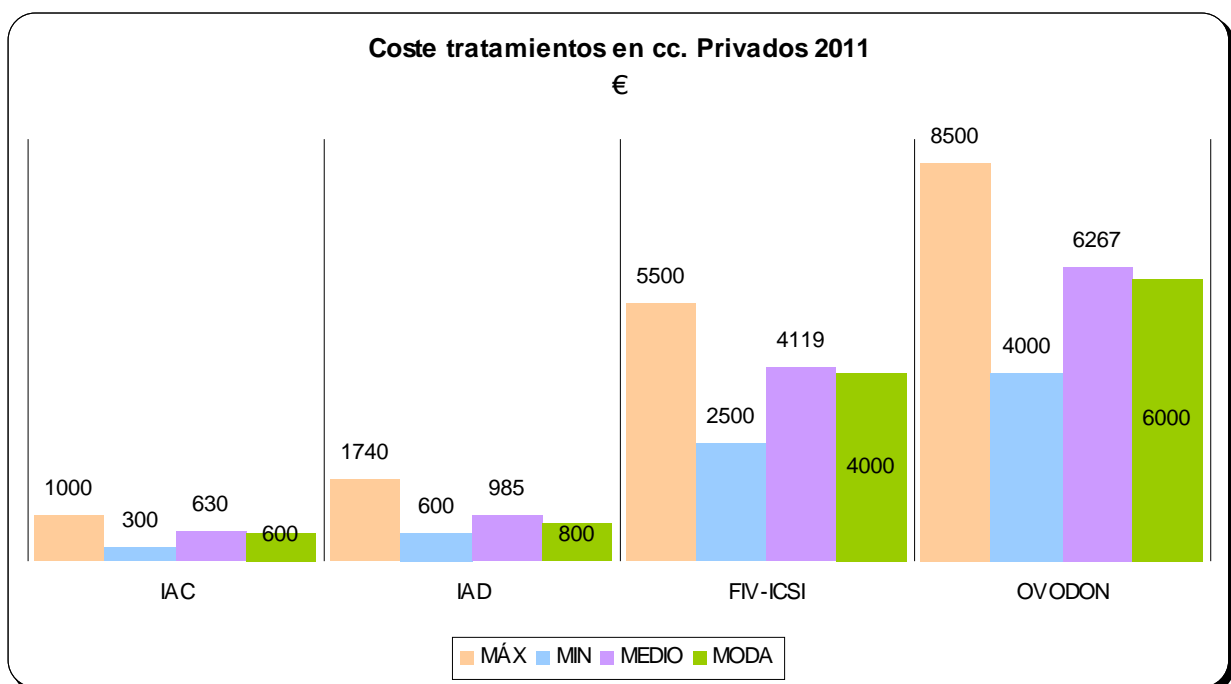
- Comunidad Valenciana: el Hospital General de Castellón tiene concertada la técnica de FIV o FIV-ICSI con La Fé de Valencia.
- Castilla y León: existe un protocolo de derivación a los centros públicos que realizan la técnica. En el caso de las Fecundaciones in Vitro, la mayoría de las mujeres se derivan al Hospital Clínico Universitario de Valladolid...

COSTE DE LOS TRATAMIENTOS EN CLÍNICAS PRIVADAS

La esperanza de tener un hijo, el aplazamiento de la maternidad, el tipo de tratamiento y los límites establecidos por la sanidad pública obligan a muchas parejas o mujeres a acudir a los centros privados. Otras deciden, desde el primer momento, acudir a estos centros y afrontar los costes de estas técnicas.

El siguiente gráfico muestra las horquillas de precios obtenidas para cada técnica por ciclo.

Gráfico 19



Fuente: ADECES

IAC / D: Inseminación artificial con semen del "conyuge" / con semen de donante

ICSI: Microinyección intracitoplásmica de espermatozoides

En consecuencia, el coste medio de una **IAC** es de 630 euros, con una horquilla que oscila entre los 300 y los 1.000 euros. La moda refleja un coste de 600 euros.

En el caso de la **IAD** se eleva a 985€ su coste medio. La moda se sitúa en 800 €.

Mientras que la **FIV-ICSI**⁴ registra un coste medio de 4.119€, siendo la moda de 4.000. El precio más alto registrado es de 5.500 euros y el menor es de 2.500 euros.

Por último, 6.267 euros es el coste medio para la **Ovodonación**, aunque se encuentran precios que van de los 4.000 a los 8.500 euros. La moda es de 6.000 euros.

Los costes se abonan por cada ciclo (intento) realizado.

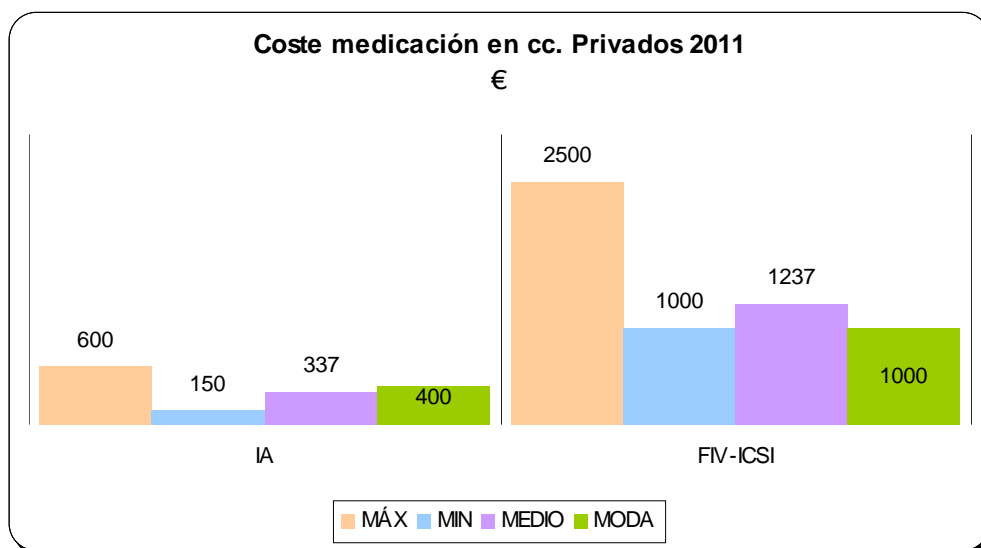
A estos precios habrá que añadir el **coste de la medicación** que dependerá de las características de la mujer y el tipo de tratamiento.

En la técnica de **IA** el coste medio se sitúa en 336 €, con una horquilla que va desde los 150 a los 600 euros, con una moda de 400 euros.

Por su parte, la medicación para la **FIV o FIV-ICSI** tiene un coste medio de 1.236€, aunque el precio de la medicación para esta técnica se puede mover entre los 450 y 2.500 euros. El precio modal es de 1.000 euros.

El gráfico, muestra la información obtenida sobre precios para el estudio de 2011, excepto para la medicación de **Ovodonación**, ya que no se han recogido muestras suficientes. De las tres recogidas la horquilla entre máximos y mínimos oscila entre 200 y 1.300 euros.

Gráfico 20



Fuente: ADECES

⁴ Más costosa que la FIV



Es necesario resaltar que a través del **CatSalud** (modelo sanitario catalán) **se cubre la medicación de 3 ciclos** a nivel público o privado para las parejas o mujeres que necesitan este tipo de tratamientos.

OTROS DATOS DE INTERÉS

Éxito de las distintas técnicas de reproducción asistida por ciclo (%)

ADECES en este apartado no pretende establecer ninguna clasificación, tan solo ofrecer una aproximación al porcentaje de éxito de dichas técnicas, teniendo en cuenta que en el mismo influye la edad de la mujer, tipo de tratamiento, causa de la infertilidad, número de embriones...

En el último registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF 2009) se facilitan los siguientes **porcentajes de éxito por ciclo** (intento):

- ❑ **IA:** 14,20%. Cuando se trata de **IAC** este porcentaje es del 12,60%. **IAD** el porcentaje es del 20,70%.
- ❑ **FIV-ICSI:** 31,10%.
- ❑ **Ovodonación:** 51%.

Los datos facilitados a la Asociación por los 84 centros públicos y privados que han colaborado en el presente estudio, dan un porcentaje de éxito por ciclo:

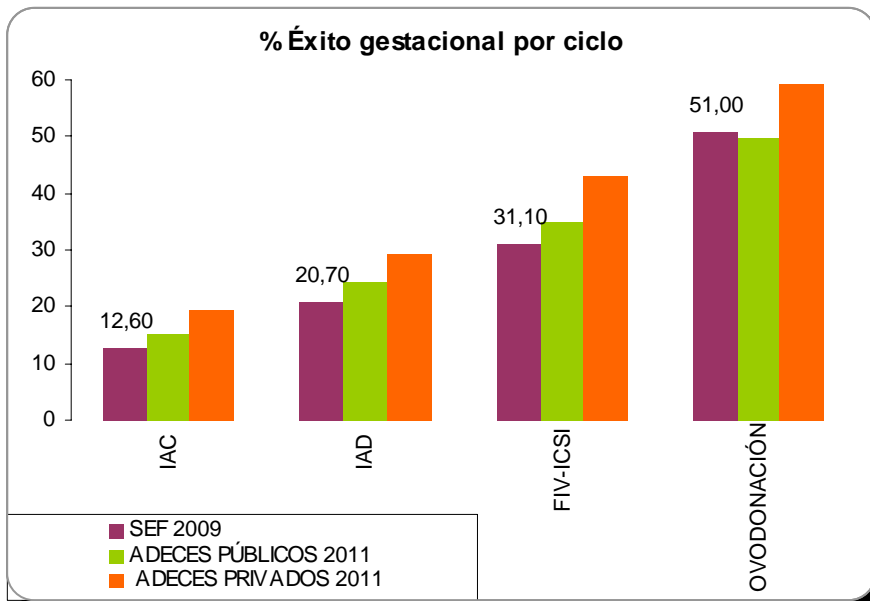
CENTROS PÚBLICOS

- ❑ **IAC:** 15,11%. **IAD** 24,37.
- ❑ **FIV o FIV-ICSI:** 34,89%
- ❑ **Ovodonación:** 49,75%.

CENTROS PRIVADOS

- ❑ **IAC:** 19,26%. **IAD** 29,45%.
- ❑ **FIV o FIV-ICSI:** 42,89%.
- ❑ **Ovodonación:** 59,43%.

Gráfico 21



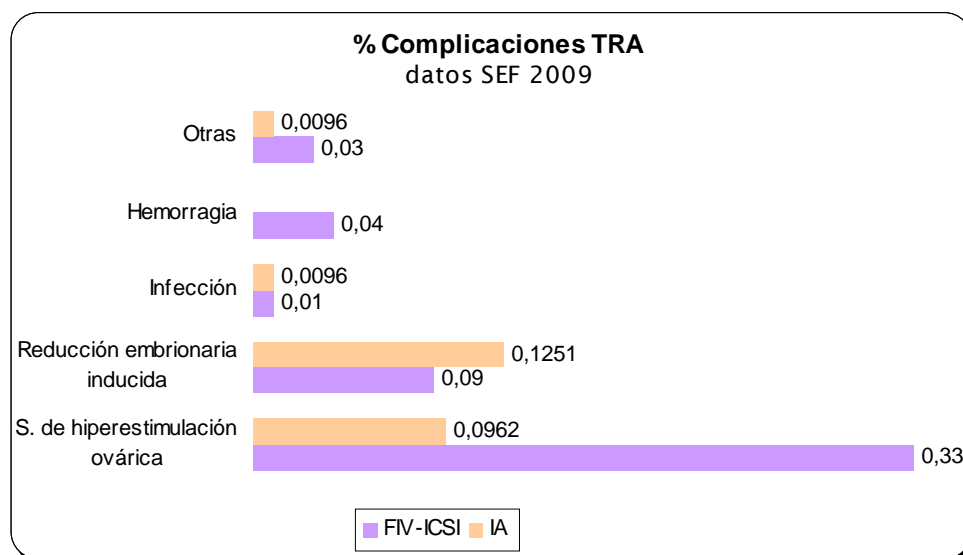
Fuente: SEF y ADECES. Elaboración propia.

Complicaciones de las Técnicas de Reproducción Asistida

En este apartado hemos contado con el asesoramiento de la Dra. Calatayud presidenta de ANACER, y los datos del registro 2009 de la SEF.

Las complicaciones en los tratamientos de reproducción, como los cuadros de hiperestimulación ovárica, cada vez son menos frecuentes por el avance experimentado en las pautas de estimulación y sobretodo por el control tan exhaustivo que se realiza a las pacientes, que permiten en la mayoría de las ocasiones, sospecharlo a tiempo y de este modo tomar medidas preventivas. Aún así, siempre habrá un riesgo de complicaciones, que en algunos casos pueden llegar al 2 - 3 % de incidencia.

Gráfico 22



Fuente: SEF

Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de ciclos según TRA

IA: las CC.AA que presentan un mayor porcentaje de ciclos son Madrid (18,5%), Andalucía (16,5%) y Cataluña (14%)

FIV o FIV-ICSI: las comunidades son las mismas que en el caso de IA, aunque crece el número de ciclos, algo lógico si tenemos en cuenta que es la técnica que más utilizada. Los porcentajes son los siguientes: Madrid (25,10%), Andalucía (17,70%) y Cataluña (16,60%).

Ciclos de mujeres de 40 años o más que intentaron una gestación.

Según datos de 2009 de la SEF, los intentos de gestación (ciclos) de las mujeres con una edad igual o superior a los 40 años ascendieron a 13.486, lo que representa 15,90% del total de ciclos, 84.491.

Maternidad en Solitario

En los dos últimos años se ha incrementado el número de mujeres que se plantean afrontar la maternidad en solitario, aproximadamente entre el 10 y el 15% de los tratamientos de reproducción asistida que se realizan en España se hacen a mujeres sin pareja.

El aplazamiento de la maternidad por causas laborales, no encontrar una pareja estable y edades superiores a los 35 años son algunos de los factores que contribuyen a esta situación.

Es importante destacar actuaciones como las del Instituto Madrileño de Fertilidad, centro privado, que tiene acuerdos de precios especiales con asociaciones de madres solteras por elección, organizan charlas informativas y ayudan a las mujeres a decidir cómo y cuándo decírselo a los niños.

Estamos en buenas manos

La Dra. Calatayud, nos señalaba que España es uno de los países con mayor número de tratamientos y uno de los pioneros en resultados.

Por otra parte, la entidad estadounidense sin ánimo de lucro, Global IVF, en el año 2010 señalaba que España es uno de los países más populares para realizar una donación de óvulos (Ovodonación), ya que es más barato, los cuidados médicos son extraordinarios y ofrece múltiples posibilidades de elección en el ámbito de la reproducción asistida

Esta Asociación estimaba que el coste de una Ovodonación en Estados Unidos es de 25.000 €

OPINIONES DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS

ADECES ha planteado a los profesionales que realizan TRA y que han colaborado en este estudio (41 de centros públicos y 43 de centros privados) estas dos preguntas, al objeto de conocer su opinión.

¿Debe la sanidad pública realizar conciertos con los centros privados con el fin de reducir las listas de espera?

¿Debe el sistema público sufragar los costes de la medicación de las mujeres y parejas que por edad o tipo de tratamiento tienen que acudir al sector privado para realizar las TRA?

Como se puede apreciar, en relación con 2008, en las respuestas que ofrecen los profesionales de la sanidad privada hay ligeras variaciones, pero en las respuestas de los profesionales públicos hay una diferencia considerable, reduciéndose significativa el porcentaje de profesionales que están a favor de los conciertos con clínicas privadas o del pago de la medicación.

Conciertos de la Sanidad Pública con la Sanidad Privada

A favor: motivos alegados desde los centros públicos

- ❑ Evitar las largas listas de espera, sólo ponen dos condiciones que se realicen ciclos de transferencia única (1 embrión) y que el concierto se efectúe con clínicas privadas de la provincia.

En contra: motivos alegados desde los centros públicos

- ❑ Las listas de espera deben solucionarse a través de la sanidad pública, abriendo más centros y más unidades y dotándoles de más medios (humanos y materiales).
- ❑ La gestión de los bienes públicos no debe realizarse por empresas privadas.
- ❑ Pueden derivarse los pacientes a los centros públicos de la Comunidad que realicen los tratamientos.

A favor: motivos alegados desde los centros privados

- ❑ Reducir las listas de espera porque repercuten negativamente en el éxito del tratamiento, la edad de la mujer es un factor importante en la calidad ovocitaria y por tanto embrionaria.

Requisitos:

1. Capacidad de asumir un determinado número de pacientes de la sanidad pública todos los meses del año.
2. Correcta gestión de las listas de espera por parte de la Administración y no se conviertan en una nueva fuente de negocio especulativo.

En contra: motivos alegados desde los centros privados en contra:

- ❑ Si los tratamientos ya se realizan en la Comunidad a nivel público.

Sobre si el sistema público debe sufragar los medicamentos de quienes han tenido que acudir al sector privado

A favor: motivos alegados desde los centros públicos

- ❑ Evitar la discriminación respecto a otras CC.AA (CatSalud abona la medicación para tres ciclos). Debe existir control y se deben auditar los centros.

En contra: motivos alegados desde los centros públicos

- ❑ Los responsables de la planificación sanitaria deben gestionar mejor los recursos. El dinero debe invertirse en el sector público, aumentando el volumen y la cartera de servicios.
- ❑ Hay profesionales que rechazan esta opción para las mujeres con edades avanzadas o si existen antecedentes de esterilización voluntaria (ligadura o vasectomía).

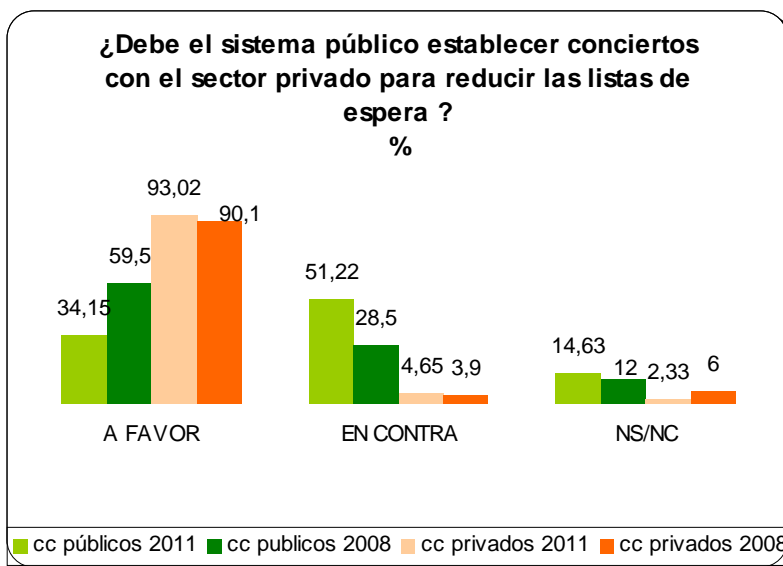
A favor: motivos alegados desde los centros privados

- ❑ Es una cuestión de justicia que si las mujeres no pueden acceder al sistema público, al menos, se les abone el precio de la medicación. Se trata de una enfermedad por carencia y no de un capricho.
- ❑ Hay discriminación y es un agravio comparativo que en alguna CC.AA este subvencionada la medicación y en otras no.

En contra: motivos alegados desde los centros privados en contra:

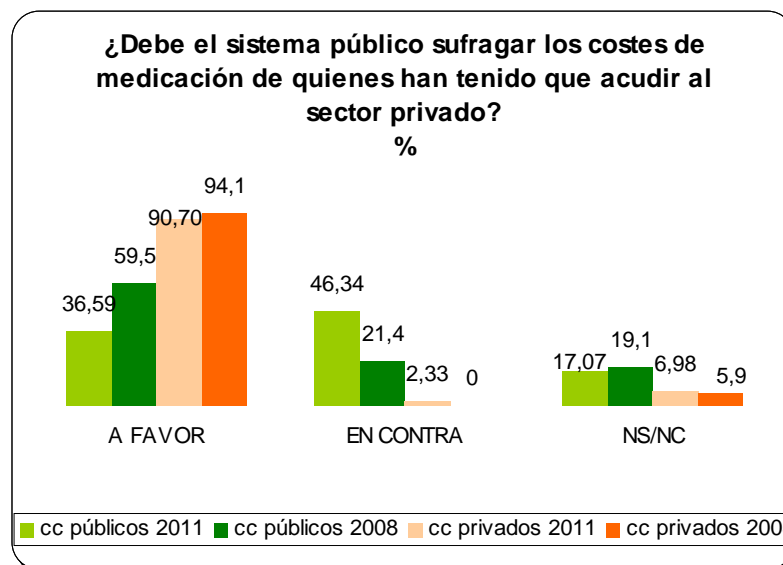
- ❑ Los fondos para la reproducción asistida no son ilimitados.

Gráfico 23



Fuente: ADECES

Gráfico 24



Fuente: ADECES

SÍNTESIS DEL ESTUDIO

- Las políticas públicas tienen una responsabilidad indudable en la organización socio económica de la sociedad, la cual está ligada a algunas de las causas del incremento de la infertilidad propia de nuestro tiempo.

En consecuencia, es necesario que las administraciones públicas adopten un compromiso decidido para ayudar a todas aquellas parejas o mujeres que queriendo tener hijos no pueden y necesitan recurrir a tratamientos de infertilidad.

- Según ADECES, en relación con el anterior estudio del año 2008, el número de centros dedicados a TRA se incrementa en un 4,5%.

El mayor crecimiento se registra en los centros públicos, ya que la base de partida de los mismos es menor.

- Todas las CC.AA disponen de centros públicos en los que se realizan técnicas de IA y FIV. En cambio, la Ovodonación sólo se practica en tres centros del sistema público, situados en Valencia, Galicia y Euskadi.
- Por su parte, las clínicas privadas, están presentes en todas las comunidades y en todas ellas, con un mayor o menor número de centros ofrecen todas las TRA.

Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla carecen de centros públicos o privados en los que las mujeres o parejas infértiles puedan realizar tratamientos.

- Se observa una reducción del tiempo medio de espera de 94 días para los tratamientos de FIV, en relación con el del año 2008. También disminuyen los tiempos máximos para esta técnica, pasando de los 1440 días de 2008 a los 730 en 2011.

Por lo que respecta a la Inseminación Artificial de Cónyuge o de Donante (IAC, IAD) los tiempos medios de 2011 se sitúan en los 145 y 105 días respectivamente.

Finalmente la Ovodonación ve incrementado en casi 200 días el tiempo medio de espera, en tanto que el tiempo máximo, se aproxima a los dos años, como en las otras dos técnicas (IAC y FIV).

- A lo largo del tiempo, factores científicos, éticos, económicos, etc. se han manejado como límites para acceder a las TRA a través del sistema público. A estos factores comienzan a añadirse excusas, que en términos prácticos restringen el acceso de determinadas personas o parejas a los tratamientos.

- Atendiendo a las técnicas de reproducción las **edades medias máximas** registradas para cada tratamiento a nivel público oscilan entre los 39,69 años para las Inseminaciones Artificiales y los 41 años para la Ovodonación.

En el sector privado la horquilla en relación a las **edades máximas** se sitúa entre los 40 a 42 años para las IA y los 44 a 50 años para las Ovodonaciones.

- En cuanto a los **precios de los tratamientos**, cabe señalar que:

El precio medio de la IAC es de 630 € (la moda se sitúa en 600 €). Si se trata de IAD, el coste medio es de 985 €, situándose la moda en 800 €.

En FIV-ICSI se registra una media de 4.119 €, mientras que la moda es de 4.000 €.

Para la Ovodonación las cifras referidas son 6.267 € de coste medio y 6.000 € de precio modal.

A estos precios hay que añadir el **coste de la medicación** que dependerá de las características de la mujer y el tipo de tratamiento.

En la técnica de IA el coste medio se sitúa en 336 € (la moda es de 400 €) y 1.236 € para la FIV-ICSI, con una moda registrada de 1.000 €.

- Un 34,15% de los profesionales públicos consultados son partidarios de concertos con la sanidad privada para reducir las listas de espera (26 puntos menos que en 2008). El porcentaje se eleva hasta el 93,02% dentro del sector privado (tres puntos más que en 2008).
- El 90,70% (tres puntos menos que en 2008) de los médicos del sector privado consultados son partidarios de que la sanidad pública abone el coste de la medicación a aquellas mujeres o parejas que por edad o tipo de tratamiento se ven relegadas de la sanidad pública. Dicho porcentaje se reduce hasta el 36,59% en el caso de los profesionales públicos (23 puntos menos que en 2008).
- De las 19⁵ CC.AA sólo 8, es decir, un 42,11% ofrecen información a través de su página Web relacionada con el carácter público o privado de los centros que están autorizados y homologados para realizar TRA y el tipo de técnica que realizan. Estas comunidades son: Andalucía, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid y La Rioja.

El resto de comunidades emplean el correo electrónico (4), correo ordinario (5) y teléfono (2).

⁵ Se incluyen las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
ESPAÑA 2011.

PROPUESTAS DE ADECES

- ADECES solicita de las administraciones públicas con competencia en materia sanitaria que frenen la tendencia de propiciar recortes para acceder a las TRA a través de los centros públicos. Tendencias que se vienen manifestando en la reducción del número de ciclos permitidos, en la exclusión de personas con determinadas opciones sexuales y el aumento de la diferencia entre la edad máxima de acceso en la sanidad pública y en la sanidad privada. A estas líneas de actuación se suma la limitación de las técnicas practicadas (IAD y OVODONACIÓN) otro factor de exclusión para mujeres o parejas en función de sus necesidades de tratamiento.

Este es el caso del Hospital Galdakao que por motivos económicos sigue sin recibir autorización para practicar FIV o el Hospital Virgen de la Arrixaca que en 2009 dejó de realizar IAD.

- ADECES, aún en tiempo de crisis, reclama un esfuerzo de inversión a las administraciones públicas en esta materia para facilitar el acceso a las TRA a través del sistema público a las mujeres o parejas que lo necesitan, ya que a tenor de los datos la infertilidad es un asunto de naturaleza individual o familiar, pero con repercusión en la organización social.
- El mayor esfuerzo inversor debe traducirse en el incremento de unidades, de medios y de técnicas practicadas desde el sistema público, al objeto de reducir las listas de espera de hasta dos años y ampliar los criterios y, por tanto, las personas con acceso a los tratamientos.
- Es necesario intensificar la información destinada a pacientes oncológicos sobre las posibilidades de ser padres con su carga genética una vez superada la enfermedad. En este sentido el conocimiento de la *vitrificación de óvulos* y de la *criopreservación de espermatozoides* es esencial para este tipo de pacientes.

Es necesario que la sanidad pública cubra esta eventualidad mediante sus propios medios o, en su defecto, a través de conciertos con clínicas privadas.

- Con la finalidad de garantizar el acceso de mujeres o parejas a las TRA en todo el territorio, el Ministerio de Sanidad debería autorizar a las ciudades de Ceuta y Melilla la realización de al menos la técnica más sencilla y, progresivamente extender esta autorización hacia otras técnicas. Se evitaría así que las mujeres y parejas de estas ciudades se desplazasen a las CC.AA de Valencia y Andalucía para los tratamientos.
- De igual modo, para reducir el número de personas excluidas del acceso a las TRA en el sistema público, las Comunidades autónomas deberán ir progresivamente incorporando nuevas técnicas en su territorio y por tanto

conceder las autorizaciones pertinentes a los centros públicos que, en algunos casos, se llevan solicitando desde hace 10 años. Es lo que ocurre, por ejemplo, en el Hospital Universitario de Móstoles que para los tratamientos de FIV a día de hoy remiten a las mujeres a los Hospitales de Alcorcón o Príncipe de Asturias de Alcalá de Henerares (a pesar de que la información de la web de la Comunidad indica que el citado hospital realiza esta técnica).

- Siguiendo el criterio de la mayoría de profesionales y con la intención de aumentar el número de personas que pueden acceder a las TRA a través del sistema público, desde ADECES se solicita que se homologue la edad máxima de acceso a los tratamientos de reproducción con óvulos propios en los 42 años y hasta los 45 años en el caso de los tratamientos con óvulos de donante.
- En tanto, el sistema público amplía la base de acceso y de tratamientos, ADECES solicita un programa ambicioso de conciertos con centros públicos de la misma comunidad para paliar las listas de espera o evitar las exclusiones de mujeres o parejas. En el supuesto de que estos conciertos no fuesen posibles o no sirviesen a las finalidades descritas, ADECES entiende que los convenios con las clínicas privadas deben jugar este papel.
- Dada las limitaciones de edad que establece el sistema público, las listas de espera y la importancia del tiempo para este tiempo de tratamientos, ADECES solicita que el sistema público de salud ayude a sufragar el coste de medicamentos a aquellas personas que han tenido que recurrir al sistema privado.
- ADECES recomienda a las administraciones públicas y a los órganos encargados de interpretar el derecho de acceso a las TRA a través del sistema público que no recurran a interpretaciones arbitrarias y discriminatorias por razones de sexo para impedir el acceso a personas que quieren ejercer la maternidad en solitario o siendo una pareja lesbiana. Estos impedimentos no sólo no encuentran acogida en el ordenamiento jurídico, sino que además atentan contra él.

En el supuesto de que se sigan reiterando estas restricciones solicita que los máximos órganos administrativos o en su caso los responsables políticos fijen interpretaciones no discriminatorias y acordes a derecho aplicables en todo el sistema.

- Las TRA tienen una naturaleza integral: miran a las mujeres y a las parejas, pero también a los hijos. De ahí que en relación con algunas técnicas tengan una gran importancia aquellos datos que condicionan la salud de los futuros hijos. En relación con este extremo, ADECES solicita que se ponga en marcha el Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones, obligatorio por Ley, y pendiente desde hace más de 20 años.

- El Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, en colaboración con las Comunidades Autónomas debe mantener actualizado el registro de centros autorizados y homologados para realizar técnicas de reproducción asistida, ya que la información acreditada es un derecho central de los ciudadanos en materia sanitaria.
- Las CC.AA deben incrementar el uso de Internet como canal de información en general y sobre este tipo de tratamientos en particular. Un canal hasta ahora menos desarrollado de lo que cabría esperar. Con esta opción se podría facilitar a los ciudadanos una información más completa y de acceso más rápido. La información básica que deben incluir en sus webs es la referida a los centros autorizados en su ámbito territorial, su naturaleza pública o privada y el tipo de tratamientos para los que están autorizados.

GLOSARIO

- ❑ **Asociación Nacional de Clínicas de Reproducción Asistida (ANACER)**, red española de expertos en medicina reproductiva.
- ❑ **Ciclo**. Intento de gestación. Período de tiempo que limita un acontecimiento. Por ejemplo, un ciclo de FIV se inicia alrededor de la menstruación y finaliza con la transferencia de embriones.
- ❑ **Criopreservación de espermatozoides**. Congelación de semen de aquellos pacientes oncológicos que van a ser sometidos a tratamientos de quimioterapia o radioterapia que puedan afectar a la producción de espermatozoides. El semen criopreservado puede durar años si está bien conservado.
- ❑ **Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP)**. Destinado a descartar, en los embriones obtenidos por FIV, determinadas anomalías cromosómicas en aquellos casos en los que exista riesgo de transmisión por parte de los progenitores, y asegurar de éste modo el nacimiento de un hijo sano.
- ❑ **Fecundación in Vitro (FIV)**. Consiste en la fecundación de los gametos en el laboratorio. Para ello se obtienen los gametos femeninos (ovocitos) y masculinos (espermatozoides) y se reproducen las condiciones óptimas que se darían en el interior del organismo.
- ❑ **FIV con Microinyección de Espermatozoides (ICSI)**. Técnica complementaria de la FIV, en la que un espermatozoide es microinyectado en cada uno de los ovocitos.
- ❑ **Inseminación Artificial Conyugal (IAC)**. Técnica que consiste en depositar en el canal genital femenino espermatozoides móviles, previamente seleccionados, del semen de la pareja.
- ❑ **Inseminación Artificial con Semen de Donante (IAD)**. Técnica similar a la anterior pero en la que se utiliza semen de donante anónimo.
- ❑ **Medicina Genómica** es la rama de la Medicina que se ocupa del diagnóstico, tratamiento y prevención de los defectos congénitos (DC), entendiéndose como tales aquellas anomalías morfológicas o funcionales presentes al nacimiento o que pueden aparecer más tardíamente a lo largo de la vida.
- ❑ **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

- ❑ **Ovodonación o Donación de Ovocitos.** Técnica que utiliza ovocitos donados para que sean fecundados con espermatozoides de la pareja, con el objetivo de obtener los embriones que de otro modo no se podrían conseguir. La donación de ovocitos conlleva un estricto proceso de selección de las mujeres apropiadas para ser donantes anónimas.
- ❑ **Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones.** Registro administrativo en el que se inscribirán los donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, con las garantías precisas de confidencialidad de los datos de aquellos.
- ❑ **Sociedad Española de Fertilidad (SEF)** es una sociedad científica sin ánimo de lucro que agrupa a la mayor parte de los profesionales españoles dedicados a la asistencia, investigación y docencia en fertilidad humana y reproducción asistida.
- ❑ **Técnicas de Reproducción Asistida (TRA):** todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.
- ❑ **Vitrificación de ovocitos.** Técnica de congelación celular avanzada, que permite alcanzar una mayor supervivencia tras la descongelación de los óvulos, ya que debido a la alta velocidad de enfriamiento se evita la formación de cristales de hielo que pueden dañarlos. Se trata de una técnica indispensable porque permite posponer la capacidad reproductiva de una mujer el tiempo que se desee, con las mismas posibilidades que en el momento en que se vitrifican los ovocitos, especialmente indicada para las mujeres que van a recibir tratamientos gonadotóxicos.