



*Asociación pro derechos civiles,
económicos y sociales*

España 2015

Técnicas de Reproducción Asistida

La necesidad de invertir:

Para ayudar a afrontar una esperanza

Para extender los derechos

Sin discriminación

Índice	página
Agradecimientos	3
Ficha técnica del estudio	7
Introducción y objetivo	8
La obtención de información	10
La realidad de los datos	12
Tiempos de espera en los centros públicos	18
Límites o excusas para el acceso a las TRA	21
Tratamientos por CC.AA	26
Coste de los tratamientos	29
Otros datos de interés	31
Opinión de los médicos consultados	34
Síntesis del estudio	42
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 trasmitirla 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 a la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), la Asociación Nacional de Clínicas de Reproducción Asistida (ANACER) y al Coleutivu de Llesbianes, Gais, Tresexuales y Bisexuales d'Asturies (XEGA). Un agradecimiento extensible a D^a Carmen Flores, presidenta del Defensor del Paciente, por aportarnos su experiencia y orientarnos sobre las listas de espera en los centros públicos.

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.

Gracias por vuestro esfuerzo y transparencia.

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.

CENTROS COLABORADORES

NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA (SEDE TXAGORRITXU)	ÁLAVA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO	ALBACETE
HOSPITAL MEDITERRÁNEO	ALMERÍA
CENTRO MÉDICO TEKNON	BARCELONA
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES	BIZKAIA
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO	BIZKAIA
CLÍNICA PRAXIS	BIZKAIA
HOSPITAL CIUDAD DE CORIA	CÁCERES
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ	CASTELLÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	CÓRDOBA
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ	CUENCA
HOSPITAL CAN MISSES	EIVISSA
POLICLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	EIVISSA
HOSPITAL DE PALAMÓS	GIRONA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES	GRANADA
URA QUIRÓN DONOSTIA	GIPUZKOA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL	LAS PALMAS
HOSPITAL SAN PEDRO	LOGROÑO
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS	MADRID

NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ	MADRID
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA	MADRID
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS	MADRID
CLÍNICA TAMBRE	MADRID
URH GARCÍA DEL REAL	MADRID
HOSPITAL QUIRÓN	MÁLAGA
CLÍNICA IMERA	MELILLA
IBILAB	MENORCA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	MURCIA
INSTITUTO BERNABEU	MURCIA
TAHE FERTILIDAD	MURCIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO	OURENSE
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)	OVIEDO
HOSPITAL DE MANACOR	P. DE MALLORCA
HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES	P. DE MALLORCA
INSTITUTO DE FERTILIDAD	P. DE MALLORCA
IBILAB (CLÍNICA SON MOIX)	P. DE MALLORCA
HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO	PAMPLONA

NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA
CLÍNICA MENCIA	SALAMANCA
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	SANTANDER
FIV	SANTANDER
HOSPITAL GENERAL	SEGOVIA
IVI	SEVILLA
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA	MÁLAGA
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII	TARRAGONA
IRMO (INSTITUTO DE FERTILIZACIÓN IN VITRO)	TENERIFE
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO	TOLEDO
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	TOLEDO
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD	TOLEDO
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÉCNIC LA FE	VALENCIA
CREA (CENTRO MÉDICO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA)	VALENCIA
IVI	VALENCIA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	ZARAGOZA
HOSPITAL QUIRÓN	ZARAGOZA
IVI	ZARAGOZA
CLÍNICA MONTPELLIER (URAM)	ZARAGOZA

FICHA TÉCNICA DEL ESTUDIO

Centros contactados

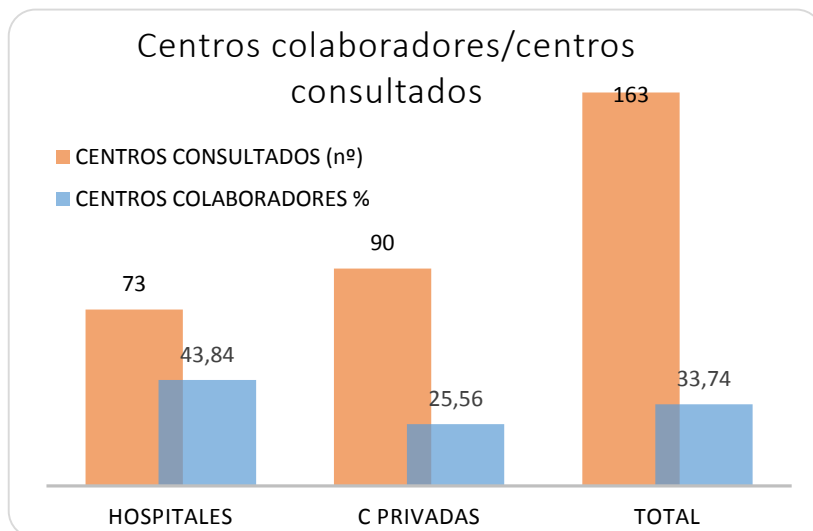
Para la realización de este estudio, ADECES ha contactado con 163 centros (45%) de los 361 registrados por la asociación, que realizan algún tipo de técnica de reproducción.

De los consultados 73 son centros públicos, lo que representa el (79%) de este tipo, según los datos de la asociación. En cuanto a las clínicas privadas, ADECES contactó con 90, es decir, el 33% 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 44% de los públicos y el 26% de las clínicas privadas.

Gráfico 1



Fuente: ADECES

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es una enfermedad que afecta a un elevado número de personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay 50 millones de parejas infértiles en el mundo. De ellas, un 2% presentan una infertilidad primaria, es decir, no han podido lograr un embarazo después de al menos un año de relaciones sexuales sin protección. Un 10% presentan infertilidad secundaria: parejas que han logrado al menos un embarazo, pero tienen dificultades para volver a quedarse embarazadas.

En el estudio de ADECES del año 2011 se indicaba que más de 800.000 parejas españolas la padecen y que crece a un ritmo de 16.000 casos por año. Esta situación ha dado origen a una mayor demanda de tratamientos de reproducción asistida, que unida a los avances científicos y tecnológicos han situado a España en el cuarto país europeo en medicina reproductiva.

En Europa, los tratamientos de reproducción asistida crecen a un ritmo del 5-10% cada año y se estima que el 3% de los niños nacidos son fruto de los avances en estas técnicas, señalaba el Dr. Caballero en el VI Simposio Internacional de Reproducción Asistida realizado en Madrid en noviembre de 2014.

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 factores causales de la esterilidad

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 algunos de los factores que provocan la infertilidad:

- El aplazamiento de la maternidad. Actualmente, la edad media de la mujer española para dar a luz a su primer hijo se sitúa en los 31 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 (azoospermia, anovulación).
- 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 y radioterapia.
- Obesidad.
- Consumo excesivo de alcohol, tabaco, cocaína.
- Ejercicio excesivo, trastornos alimentarios o desnutrición.
- Esterilidad idiopática (causa desconocida) etc.

OBJETIVO

El presente estudio explora las políticas públicas de las Comunidades Autónomas en relación con su compromiso con las parejas o mujeres infértiles, profundizando en la oferta de tratamientos desde los centros públicos y privados: tiempos de espera, edades, costes, etc. Actualiza, el estudio elaborado por ADECES en el año 2011.

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, Servicios Sociales e Igualdad y a las Consejerías o Departamentos de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA).

ADECES, solicita al Ministerio de Sanidad que potencie la coordinación con las Comunidades Autónomas, para que las actualizaciones del registro de centros de reproducción humana asistida 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 9, es decir, un 47,37% ofrecen información a través de su página Web: Andalucía, Cantabria, Castilla y León, Catalunya, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra y La Rioja.

El 26,32%, esto es, cinco del total de CC.AA, comunican sus datos a través del correo electrónico: Aragón, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana, Euskadi e Illes Balears.

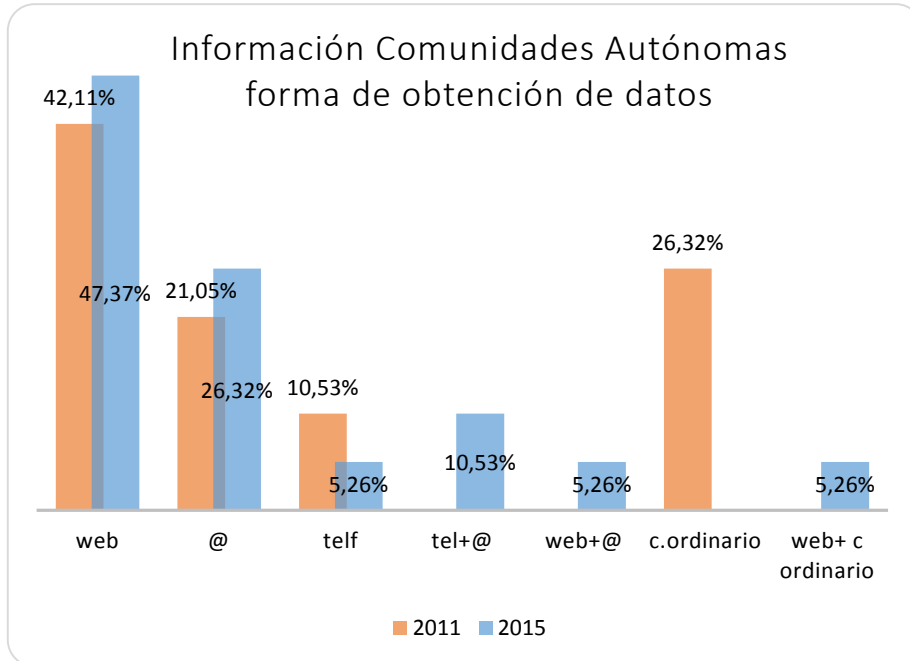
El teléfono ha sido el medio utilizado por Melilla. Según su información ya disponen de una clínica privada para realizar TRA.

Dos CC.AA (Asturias y Ceuta) han proporcionado la información a través del teléfono y correo electrónico.

Singular es el comportamiento de Canarias y Murcia, que proporcionan la información de los centros privados a través de su página web y para obtener los datos de los centros públicos se ha tenido que recurrir al correo electrónico y el correo ordinario respectivamente.

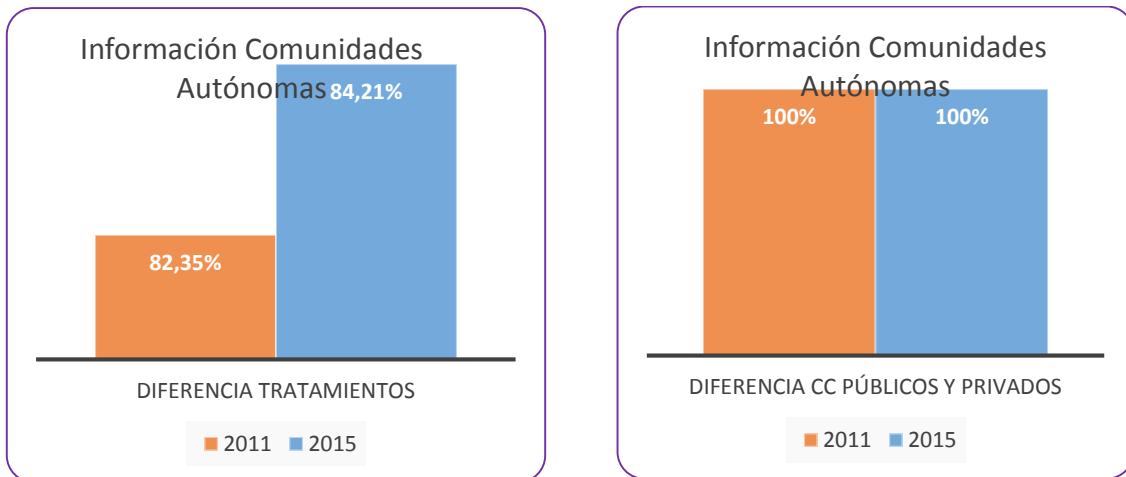
¹ Se incluyen las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
España 2015.

Gráfico 2



Fuente: ADECES

Gráfico 3



Fuente: ADECES

LA REALIDAD DE LOS DATOS

La situación de España 2015 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 parecer 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 Asistida (TRA) varía según las fuentes, desde los 92 que estima ADECES a los 89 que contabilizan las Comunidades Autónomas (CC.AA), pasando por los 94 registrados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (M^º).

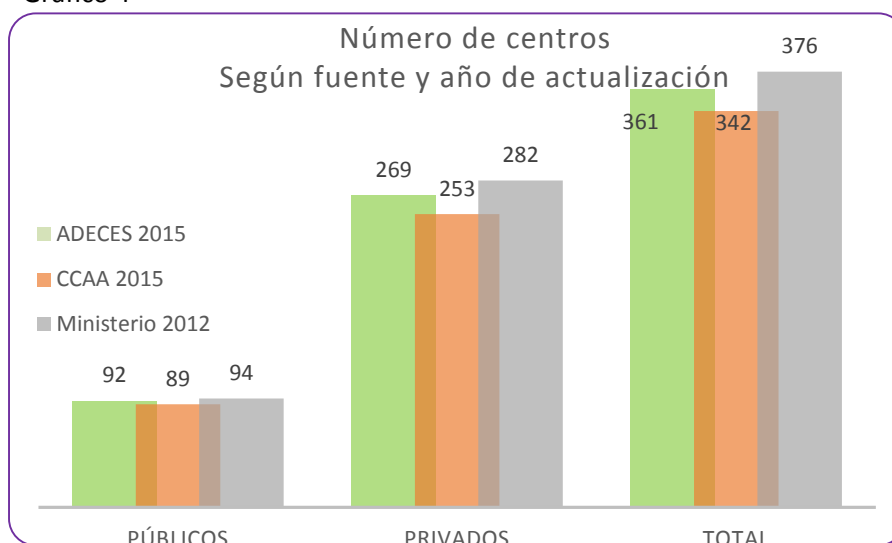
También existen diferencias en el cómputo de los centros privados respecto a los cuales las cifras oscilan entre los 253 y los 282.

Conviene, no obstante, aclarar que la causa de esta posible discrepancia podría atribuirse a la falta de coordinación de los datos entre ambas administraciones y a la fecha de referencia de los mismos.

Desde el punto de vista del cómputo de los centros hay que señalar que algunas CC.AA (Aragón, Comunitat Valenciana...) contabilizan más centros que el M^º y viceversa (Madrid, Murcia...).

Por último, los datos del M^º, presentan una diferencia con las otras dos fuentes porque están actualizados a fecha 31 de diciembre de 2012.

Gráfico 4



Fuente: ADECES

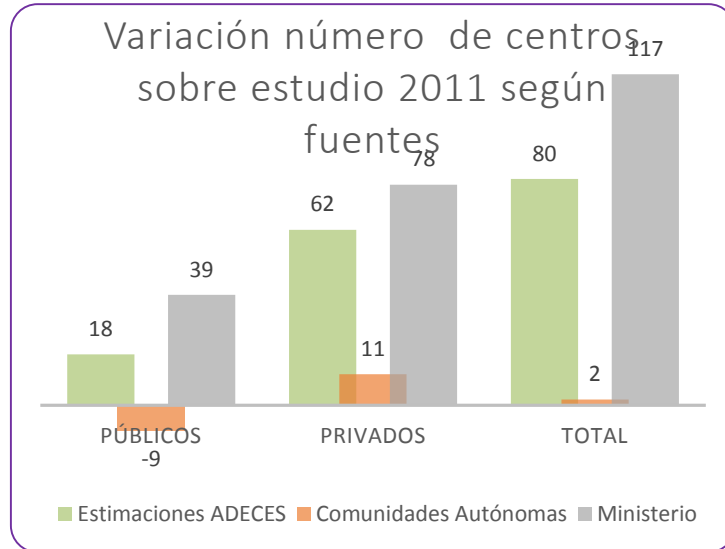
España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

Según la procedencia de los datos, el número total de centros que realizan TRA se ha incrementado entre 2 y 117 respecto al estudio de ADECES del año 2011

Gráfico 5

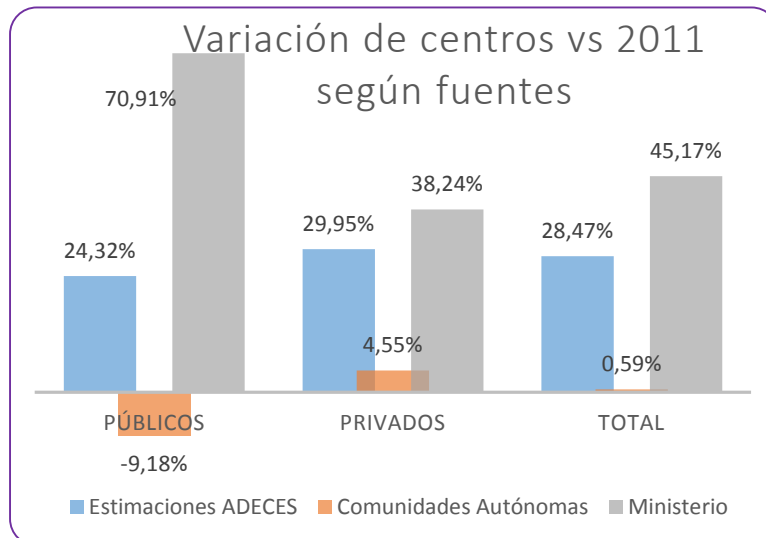


Fuente: ADECES

El mayor crecimiento porcentual se produce respecto a los centros públicos, ya que la base de partida de los mismos es menor. El M^º es la fuente que registra un **incremento mayor (70,91%)**, porque sus cifras actualizan las de 2009.

El saldo neto de centros respecto a las cifras de cada fuente recogidas en el anterior estudio, varían entre el 0,59% de las CCAA y el 45,17% del M^º.

Gráfico 6



Fuente: ADECES

El contraste de datos que proyecta el estudio se puede apreciar en los gráficos 7, 8 y 9. La mayor desviación se produce entre el Mº y las CC.AA.

La diferencia de los datos proporcionados por ambas administraciones puede tener su origen en la falta de coordinación y actualización de los mismos. Estas divergencias, entre el Ministerio y las CCAA tienen distinta causa según se trate de centros públicos o privados.

Centros públicos

Las causas de la diferencia del -5,32% son las siguientes:

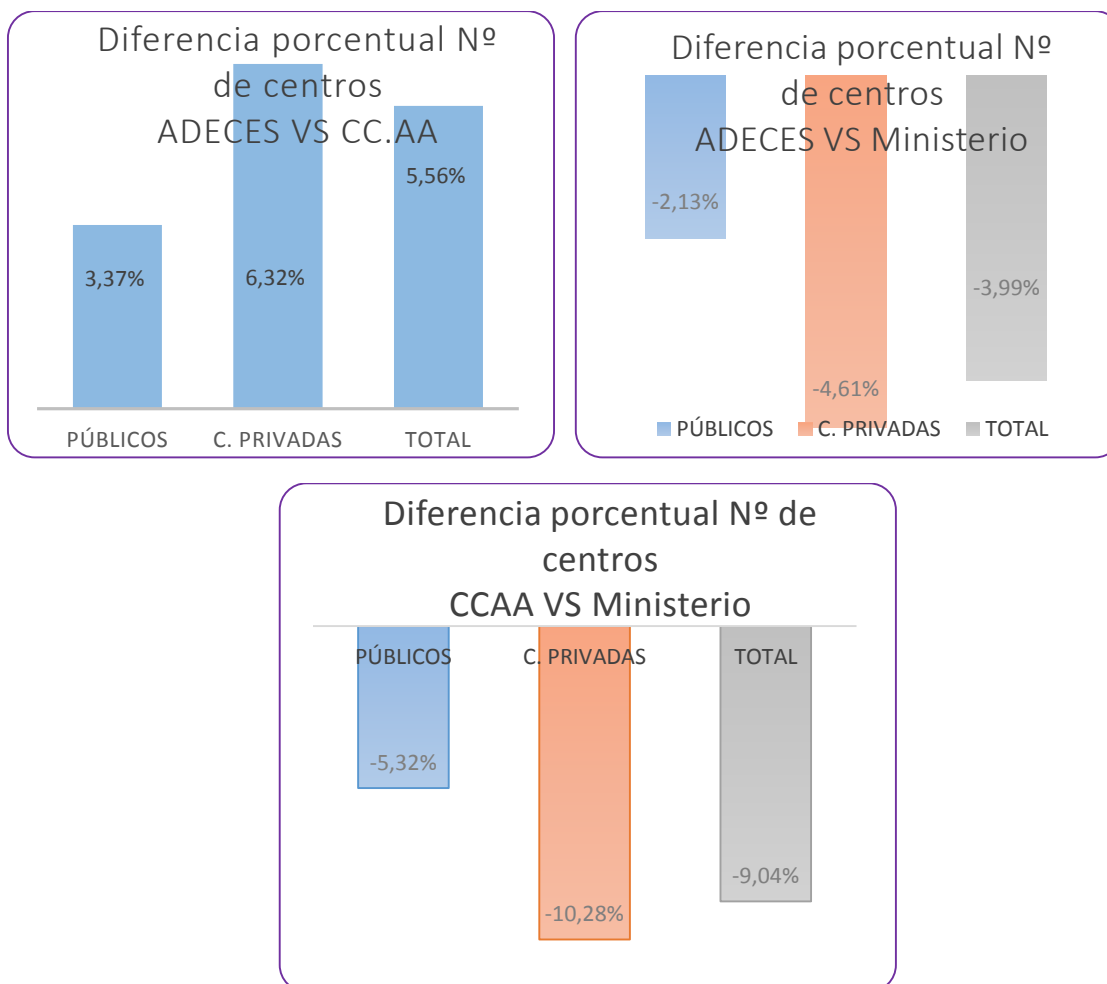
- El Ministerio de Sanidad, con su criterio de cómputo, registra 94 centros públicos frente a los 89 que contabilizan las CCAA.
- El Mº señala 13 centros públicos que no contabilizan las CCAA; 8 en Andalucía, 2 en Extremadura y 1 en Castilla y León, Madrid y Murcia.
- Por su parte, las CCAA apuntan 8 centros que no registra el Ministerio; 3 en Catalunya, 2 en Castilla-La Mancha, y 1 en Galicia, Illes Balears y Navarra.

Centros privados

La diferencia del -10,28% se debe a:

- Los 29 centros privados que contabiliza más el Ministerio que las CCAA.
- En el registro de centros de reproducción humana asistida del Mº constan 66 centros privados que no aparecen en la información facilitada por las CCAA. La horquilla de estos centros se sitúa entre los 29 de Andalucía y 1 de Navarra.
- Por otro lado, hay 37 centros privados facilitados por las CCAA que no figuran en los datos del Mº.

Gráfico 7, 8 y 9



Fuente: ADECES

Los tratamientos y los tipos de centros

Según las estimaciones de ADECES, se observa un retroceso en el número de centros públicos que realizan la técnica de Fecundación In Vitro (FIV) o Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), sin embargo, se confirma un aumento de los hospitales que efectúan el tratamiento de Ovodonación. Se mantienen en el máximo nivel los centros que practican la Inseminación Artificial (IA).

En relación con las clínicas privadas se advierte una reducción en todas las técnicas. Entre los 269 centros privados hay al menos 16 centros de diagnóstico (laboratorio de semen para capacitación espermática, banco de semen), que no realizan ningún tipo de tratamiento.

Todas las CC.AA disponen de centros públicos en los que se realizan técnicas de IA y FIV/ICSI. En cambio, la Ovodonación, según la información facilitada a la asociación, se

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

practica en algunos centros públicos situados en Valencia, Madrid, Galicia, Euskadi, Canarias y Andalucía.

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.

Gráfico 10

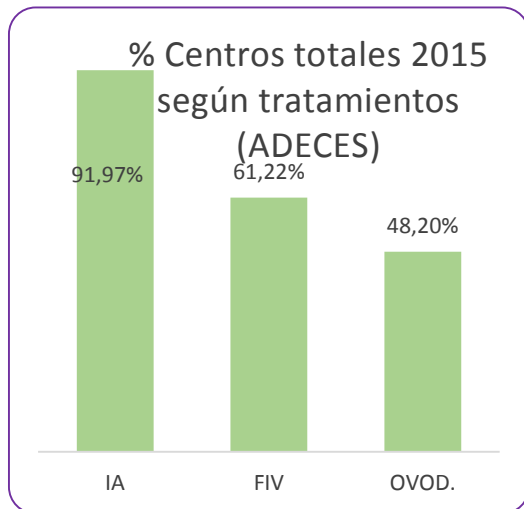
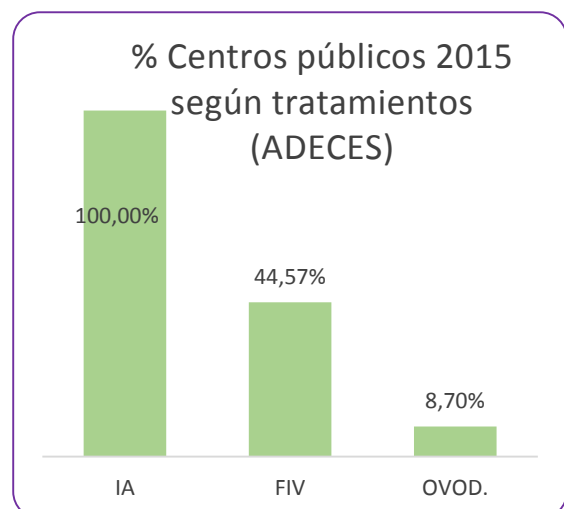
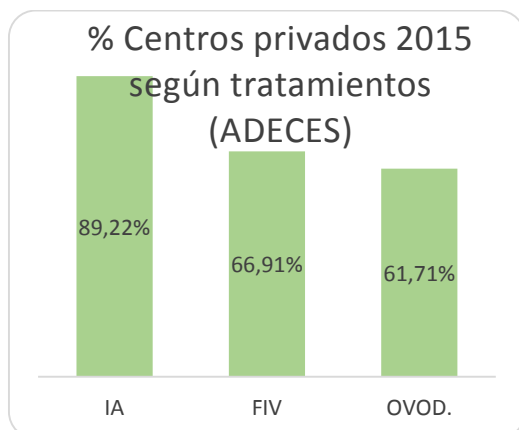


Gráfico 11



Fuente: ADECES

Gráfico 12



Fuente: ADECES

Gráfico 13

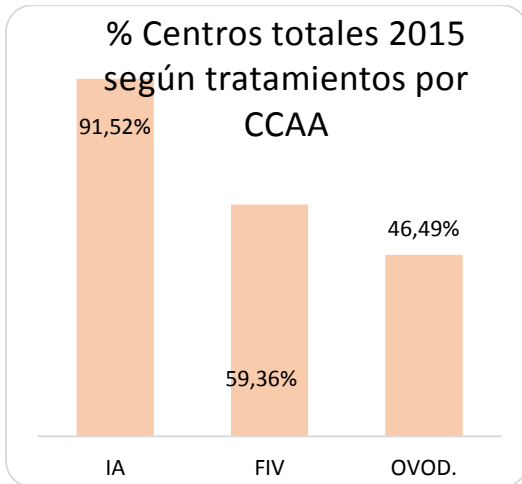


Gráfico 14

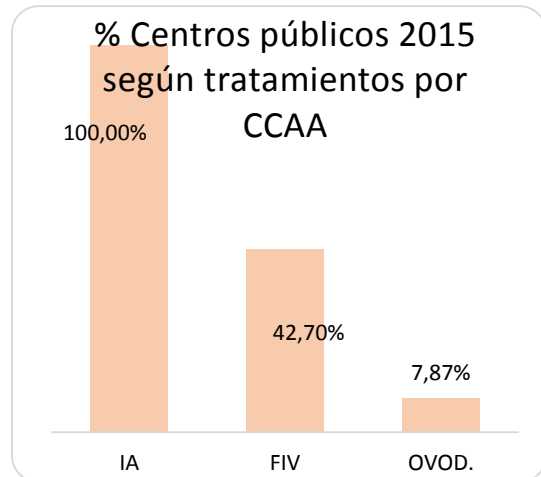
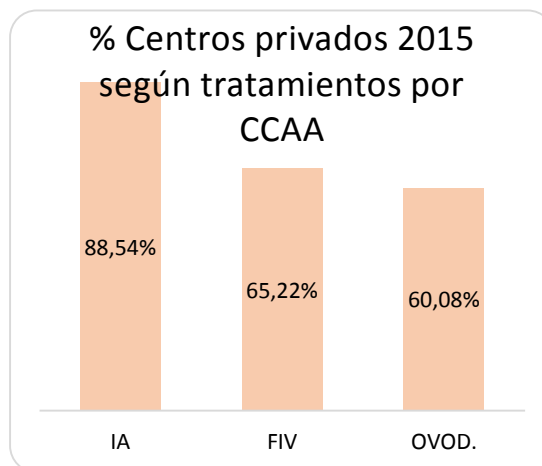


Gráfico 15



Fuente: ADECES

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

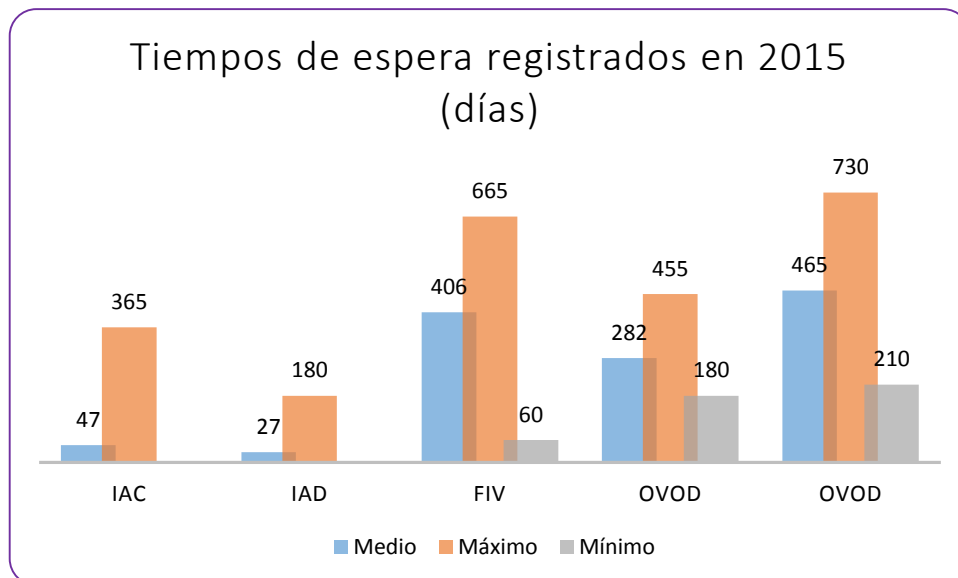
ADECES ha verificado que las unidades de reproducción humana asistida o unidades de esterilidad de los centros públicos, a pesar del crecimiento experimentado, siguen estando, por lo general, escasamente dotadas en medios y en personal. Es urgente que las administraciones se sensibilicen ante este problema de salud con trascendentes efectos sociales.

El tiempo medio de espera para los tratamientos de FIV/ICSI se sitúa en 406 días, es decir, se incrementa una semana en relación al estudio de 2011. Sin embargo, los tiempos máximos para esta técnica se reducen 65 días, pasando de los 730 en 2011 a los 665 en 2015.

Por lo que respecta a la Inseminación Artificial de Cónyuge o de Donante (IAC, IAD), los tiempos medios de 2015 se sitúan en los 47 y 27 días respectivamente. Mostrando una reducción de más de 78 días.

En último lugar, el tiempo medio de espera para el tratamiento de Ovodonación se establece en 465 días, es decir, 83 menos que en 2011. Mientras que el tiempo máximo se estanca en los dos años. Plazos que se ven reducidos casi a la mitad cuando existe una donante cruzada.

Gráfico 16



Fuente: ADECES

Un recorrido por los tiempos de espera

En cuanto a la IAC, 19 de los 32 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 IAD² no tienen listas de espera hasta un total de 13 hospitales.

Se detecta un tiempo máximo de espera de 365 días para la IAC en el Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

Este registro baja hasta los 180 días para las IAD en el Hospital Universitario Cruces (Bizkaia).

Fuera de estos casos, los tiempos de espera más prolongados para la IAC son los 180 días del Hospital Universitario Cruces, seguido de los hospitales Virgen de la Salud (Toledo), Universitari i Politècnic La Fe (Valencia) y Galdakao-Usansolo (Bizkaia), todos ellos con 150 días.

En el caso de las IAD, el Hospital Universitari i Politècnic La Fe y el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga) tienen una espera de 150 y 75 días respectivamente.

Por lo que se refiere a la FIV/ICSI el tiempo máximo de espera se ha registrado en el Hospital Universitario La Paz (Madrid) con 665 días.

Con una demora de 545 días, se sitúan los hospitales: Reina Sofía de Córdoba, Virgen de la Arrixaca (Murcia), Virgen de la Salud (Toledo) y La Fe de Valencia.

El tiempo mínimo de espera se localiza en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid), con 60 días.

Por último, respecto a la Ovodonación, se disponen de los tiempos de 4 de los centros que la practican, la horquilla se sitúa entre los 180 y los 730 días.

La crisis ha obligado a algunas mujeres a renunciar al tratamiento cuando las llaman del hospital, por temor a perder su reciente puesto de trabajo.

² No en todos los Hospitales se realiza la IAD.

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

Valoraciones de la presidenta del Defensor del Paciente

Las listas de espera son una de las razones para que muchas mujeres y parejas obtén por la sanidad privada. En la actualidad, basándonos en los datos que han facilitado los 32 centros públicos que han colaborado en el estudio, el tiempo medio de espera para acceder a un tratamiento de FIV/ICSI en la sanidad pública supera el año. Pero se detectan tiempos máximos que rozan los dos años.

Con el fin de ampliar la información sobre el plazo para acceder a las TRA, la asociación ha solicitado la colaboración de D^a Carmen Flores, presidenta del Defensor del Paciente.

La Sra. Flores nos manifiesta tiempos de espera de 2 y 3 años, una barrera que deja fuera de la sanidad pública a mujeres que superan los 36 años. Una realidad que se repite en comunidades como Catalunya, Madrid, Valencia...

Desde el Defensor del Paciente aconsejan a estas mujeres que denuncien ante la Consejería de Sanidad, explicando su situación y comunicando que es un tratamiento recogido en la cartera de servicios al que no pueden acceder por el retraso de las listas de espera.

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. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), *en la última década la tasa de natalidad en España se ha reducido del 10,44% al 9,11 (2013).*

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 adopta la mayoría de la sanidad privada. No obstante, empiezan a surgir centros que reducen la edad límite a los 46 años.

Por su parte, los centros públicos sitúan la edad máxima entre los 38 y 40 años, dependiendo de la técnica.

Factores científicos y éticos

En última instancia, la edad límite dependerá del tipo de técnica y patología. Un alto porcentaje de profesionales señalan los 40-42 años como edad máxima para los tratamientos con óvulos propios y los 48-50 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 38-40 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.

La entrada en vigor de la Orden SSI/2065/2014, de 31 octubre, limita a 38 años la edad de las mujeres para acceder al tratamiento de IAC, en algunos centros públicos se observa que esta limitación también se hace extensible a la IAD.

Otro de los criterios que establece esta Orden para poder acceder a los tratamientos de reproducción humana asistida (RHA), a las mujeres es no tener ningún hijo, previo y sano, en el caso de las parejas no tener un hijo común, previo y sano.

La IAD y la FIV/ICSI con gametos donados se verán condicionadas por la disponibilidad de gametos en el centro que las indique, bien a través del propio banco del centro o de un banco de gametos acreditado. *Esperemos que esta situación, no sea una vía para dejar fuera de los tratamientos a las mujeres o parejas que necesitan acceder a ellos para ver cumplido su deseo de tener un hijo.*

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/ICSI y tener que pasar directamente a Ovodonación y una mujer de 40 puede responder bien a una FIV/ICSI 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: 39,31 años si se trata de IAC y 39,40 para IAD.
- Edad límite establecida por debajo de la media. Para la técnica de IAC, con 38 años, se encuentran la mayoría de los hospitales públicos de Andalucía e Illes Balears. También se rigen por este criterio los Hospitales Generales de Castellón y Segovia, Complejo Hospitalario de Ourense, La Paz de Madrid, Virgen de la Arrixaca (Murcia) y Virgen del Camino (Pamplona).

En el caso de la IAD, los 38 años como edad límite establecida por debajo de la media se registra en la mayoría de los centros públicos de Illes Balears, en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga), Complejo Hospitalario de Ourense y Hospital General de Segovia.

- Edad máxima registrada ha sido 42 años para IAC en el Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo), cuando el lesionado medular es el hombre.

Moda: la edad de 40 años es la que se repite con más frecuencia, para la técnica de IAC (17 veces) y 13 para la IAD, en la información facilitada por los centros públicos.

Clínicas privadas

La horquilla va de 37 a 40 años.

FIV/ICSI

Centros públicos

- Edad media máxima: 39,89 años.
- Edad límite establecida por debajo de la media. En 39 años han fijado el límite de acceso el Hospital Universitario Materno Infantil de Las Palmas y el Hospital San Pedro (Logroño).

Moda: la edad de 40 años es la que se repite con más frecuencia (17 veces) en la información facilitada por los hospitales públicos.

Clínicas privadas

- La edad máxima en las clínicas privadas oscila entre los 40 y los 44 años.

OVODONACIÓN

Centros públicos

- Edad media máxima: se instala en 39,86 años.
- Edad límite establecida por debajo de la media. Hospital Universitario Materno Infantil de Las Palmas, 39 años (iniciar el estudio).

Moda: la edad de 40 años es la que se repite con más frecuencia (6 veces).

Clínicas privadas

- La horquilla se mueve entre los 45 y los 50 años.

Moda: la edad de 50 años es la que se repite con más frecuencia (18 veces) en la información facilitada por los centros privados.

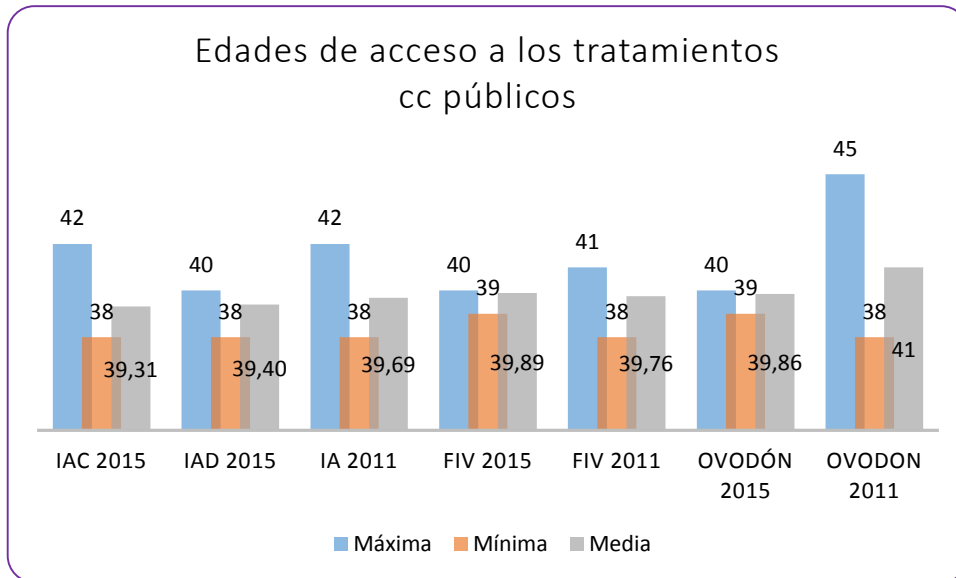
Cabe destacar que algunas clínicas privadas no admiten a mujeres mayores de 45 años, basándose en dos factores: estado físico-psicológico de la mujer y consideraciones éticas de la maternidad a edad avanzada.

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

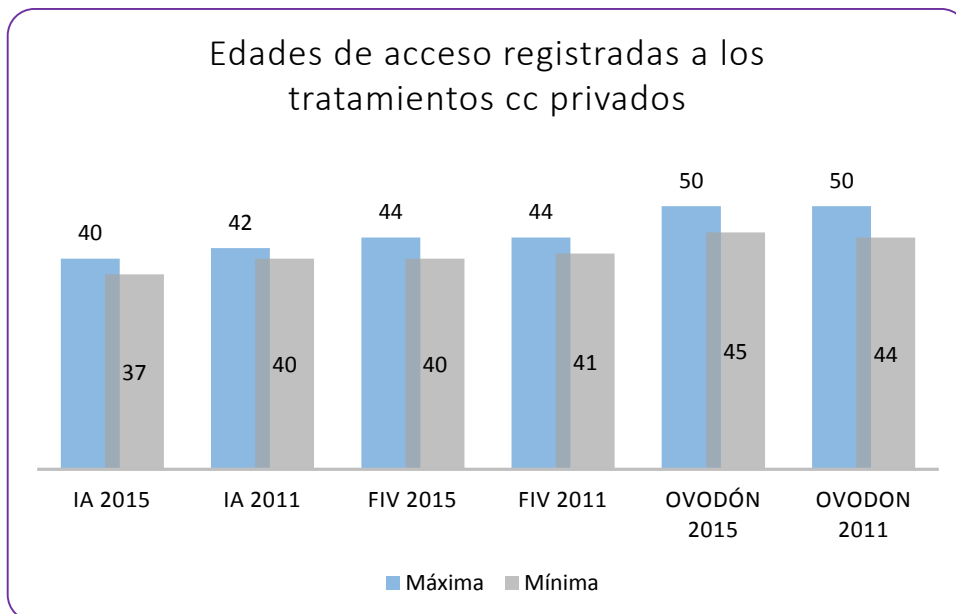
Para extender los derechos, sin discriminación

Gráfico 17



Fuente: ADECES

Gráfico 18



Fuente: ADECES

Número máximo de ciclos dependiendo de la técnica

La última modificación de la cartera de servicios comunes del SNS, establece una serie de criterios específicos para acceder a cada una de las técnicas de RHA.

Uno de los códigos, está relacionado con el número de ciclos que facilita la sanidad pública a las mujeres que requieren este tipo de técnicas. La horquilla de ciclos se sitúa entre los 3 y 6 en función del tratamiento.

En la IAC el número máximo de ciclos se establece en 4, mientras que en la IAD sube hasta un máximo de 6. Para las técnicas de FIV/ICSI y Ovodonación son 3 ciclos con estimulación ovárica, aunque se pueden ver reducidos en función del pronóstico, y del resultado de los tratamientos previos.

Los datos aportados por los 32 facultativos de la sanidad pública que han colaborado con ADECES, determinan que la media del número de ciclos es de 4,1 para la IAC y 5 para la IAD. Bajando a 2,74 cuando se refiere a la FIV/ICSI y a 2 ciclos en el caso del tratamiento de Ovodonación.

Llama la atención que el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, sólo ofrece 1 ciclo de FIV/ICSI a las mujeres a través de su concierto con las clínicas privadas de la región.

TRATAMIENTOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Sistema público y técnicas en las comunidades y ciudades autónomas

Afortunadamente en las 17 Comunidades Autónomas se realizan las técnicas de IA y FIV/ICSI.

El tratamiento de Ovodonación, sigue su camino ascendente, ya son seis las autonomías que nos informan de la práctica de dicha técnica en su territorio: Andalucía, Canarias, Euskadi, Galicia, Madrid y Comunitat Valenciana.

En el lado opuesto se sitúan las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que continúan sin ofrecer ningún tipo de tratamiento a nivel público. Las mujeres de ambas ciudades son derivadas a los hospitales públicos: La Fe de Valencia, Carlos Haya (Málaga) y Puerta del Mar (Cádiz).

Avances y retrasos en el sistema público

En relación al estudio del año 2011, se registran algunos **avances** significativos, por ejemplo, en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, las pacientes oncológicas y las mujeres con fallo ovárico precoz, pueden acceder a dos ciclos de Ovodonación.

Otro progreso significativo (aunque con año y medio de retraso), ha sido la inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), del Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) tanto con finalidad preventiva, como con fines terapéuticos a terceros (los denominados bebés medicamento).

La sanidad pública sigue evolucionando con la incorporación de psicólogos en las unidades de esterilidad, como en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona. O el acuerdo del Hospital Reina Sofía (Córdoba), con el servicio de Salud Mental para proporcionar terapias de grupo a las parejas que lo necesiten. Evidenciando la importancia de los aspectos psicológicos en este tipo de tratamientos.

Igualmente, desde el tiempo transcurrido desde el último estudio (2011), siguen detectándose **retrasos**, como la demora de tres años que registra el Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia), para disponer de un laboratorio de fecundación y poder realizar el tratamiento FIC/ICSI completo. En la actualidad, este centro sólo realiza la estimulación ovárica. En los centros concertados se lleva a cabo el resto del tratamiento (punción ovárica, fecundación de los óvulos y transferencia de embriones), es decir, el 100% de los tratamientos de FIV/ICSI son concertados.

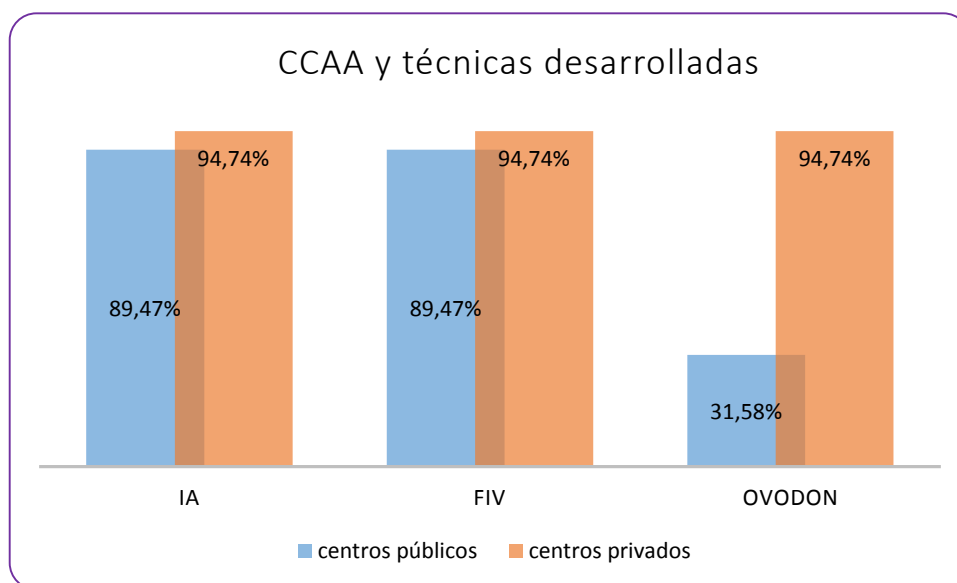
Por otro lado, aparecen **nuevos proyectos**, como la iniciativa del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid), que intentarán realizar 3 ciclos completos de FIC/ICSI en las parejas con mujeres mayores o iguales a 37 años hasta antes de cumplir los 40. En la actualidad las parejas pueden acceder a dos ciclos.

Sistema privado en las CC.AA y ciudades autónomas

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/ICSI y Ovodonación.

Gráfico 19



Fuente: CC.AA y ADECES. Elaboración ADECES

La Ciudad Autónoma de Melilla, dispone desde 2013 de un centro privado donde las mujeres y parejas que lo necesiten pueden acceder a las TRA.

En contraste, Ceuta sigue en la misma situación que en 2011, sin centros públicos o privados que realicen este tipo de tratamientos.

El sector privado, independientemente de la fuente, oferta todos los tratamientos en todo el territorio nacional, excepto en la Ciudad Autónoma de Ceuta. Contabilizando también esta ciudad el porcentaje de oferta de todos y cada uno de los tratamientos es del 94,74%.

Conciertos para las Técnicas de Reproducción Asistida

Según la información facilitada por las distintas autonomías, 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:

- Euskadi: la URA Quirón Donostia puntualmente realiza el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP), para centros públicos.

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

- Murcia: el Hospital Virgen de la Arrixaca mantiene conciertos para FIV/ICSI, con las clínicas IVI, Instituto Bernabeu, Tahe Fertilidad.
- Zaragoza: El Hospital Quirón colabora con la sanidad pública (sin ningún tipo de coste) en el programa de Preservación de la Fertilidad en mujeres oncológicas.

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

- El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) realiza convenios con la Clínica Tambre (Madrid).
- IVI Bilbao tiene acuerdos con la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Conciertos de hospitales públicos con hospitales de su comunidad.

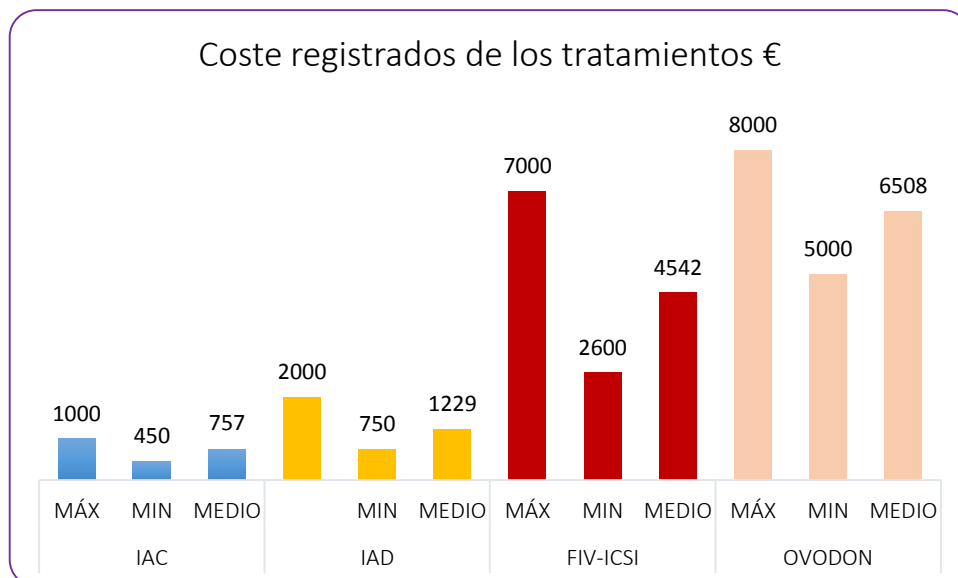
- Comunitat Valenciana: El Hospital General de Castellón tiene concertada la técnica de FIV/ICSI con la Fe de Valencia. Las mujeres de Ceuta y Melilla, también son atendidas en el Hospital Universitari i Politècnic La Fe, para los TRA.
- Euskadi: las mujeres solas o lesbianas que requieren TRA en el Hospital Galdakao-Usansolo de Bizkaia, son remitidas al Universitario Cruces.
- Illes Balears: el Hospital Can Misses de Eivissa, remite a las mujeres que necesitan el tratamiento de FIV/ICSI a su centro de referencia el Son Llàtzer de Palma de Mallorca.

COSTE DE LOS TRATAMIENTOS EN CLÍNICAS PRIVADAS

La esperanza de tener un hijo, el aplazamiento de la maternidad, el tipo de tratamiento y los nuevos límites establecidos por la sanidad pública, como rebajar la edad a menos de 38 años para acceder a una IAC, 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 20



Fuente: ADECES

En consecuencia, el coste medio de una IAC es de 757 euros, con una horquilla que oscila entre los 450 y los 1.000 euros. La moda refleja un coste de 800 euros.

En el caso de la IAD se eleva a 1.229€ su coste medio. La moda se sitúa en 1.200 €.

Mientras que la FIV/ICSI registra un coste medio de 4.542€, siendo la moda de 4.500. El precio más alto registrado es de 7.000 euros y el menor es de 2.600 euros.

Por último, 6.508 euros es el coste medio para la Ovodonación, aunque se encuentran precios que van de los 5.000 a los 8.000 euros. La moda es de 7.000 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 si sitúa en 384 €, con una horquilla que va desde los 200 a los 700 euros, con una moda de 600 euros.

España 2015.

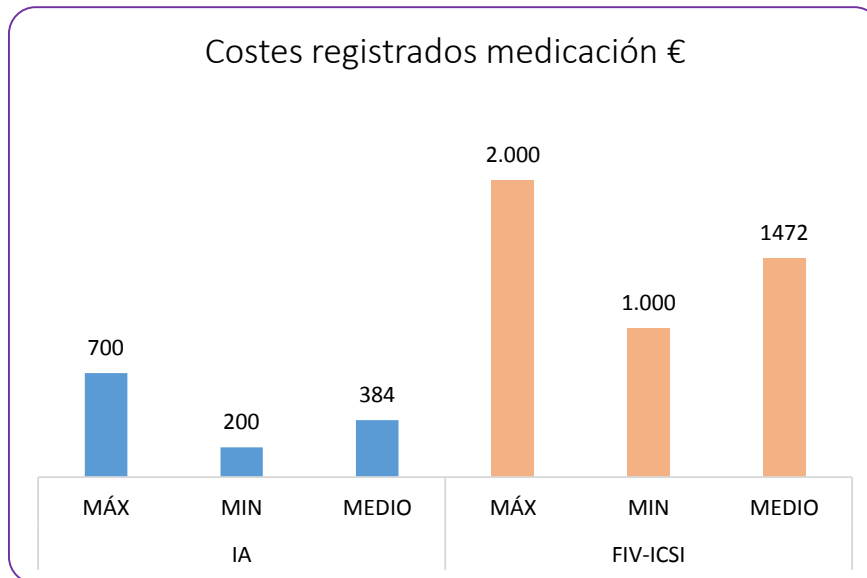
Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

Por su parte, la medicación para la FIV/ICSI tiene un coste medio de 1.472€, aunque el precio de la medicación para esta técnica se puede mover entre los 1.000 y 2.000 euros. El precio modal es de 2.000 euros.

El gráfico, refleja la información obtenida sobre precios para el estudio de 2015, excepto para la medicación de Ovodonación, ya que no se han recogido muestras suficientes. De las facilitadas, la horquilla entre máximos y mínimos oscila entre 200 y 2.000 euros.

Gráfico 21



Fuente: ADECES

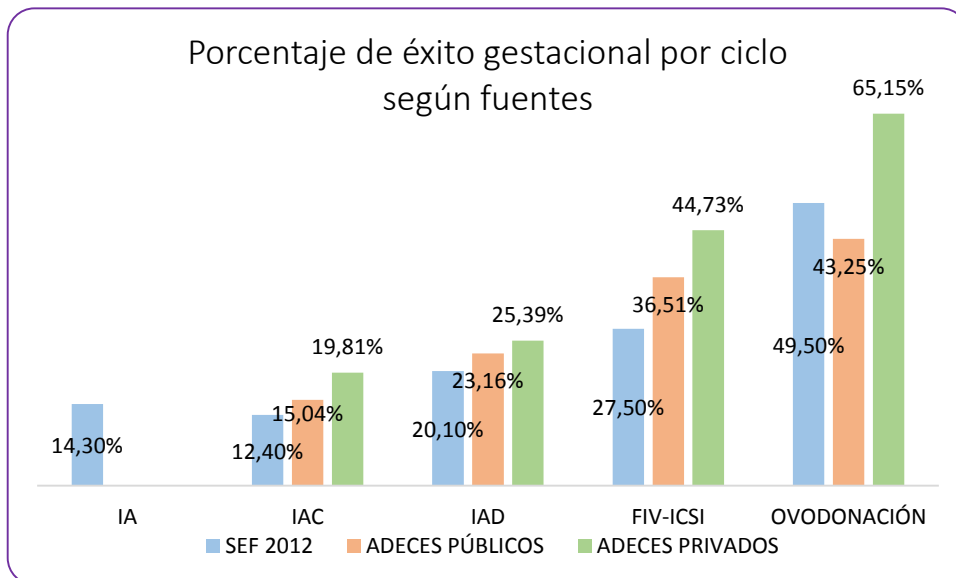
OTROS DATOS DE INTERÉS

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

En este apartado no se 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 gráfico siguiente, aparecen los **porcentajes de éxito gestacional por ciclo** (intento) correspondientes al último registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF 2012), así como los facilitados a ADECES por los centros públicos y privados colaboradores en este estudio.

Gráfico 22



Fuente: SEF y ADECES. Elaboración propia.

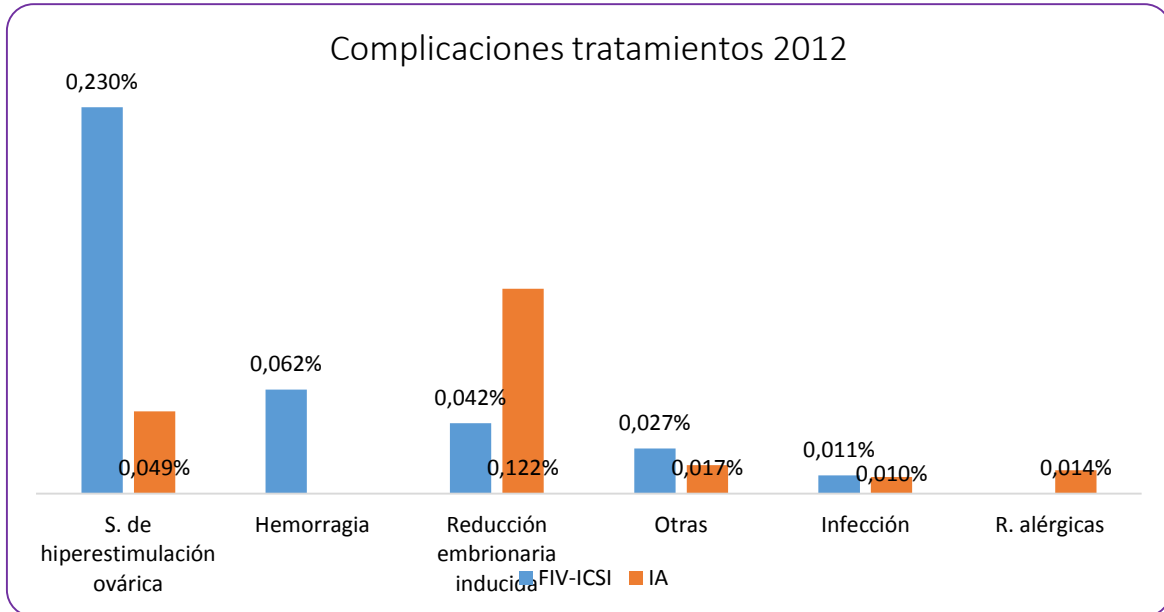
Complicaciones de las Técnicas de Reproducción Asistida

Desde el nacimiento en el año 1978 del primer bebe gracias a una FIV, los tratamientos de reproducción han experimentado una evolución vertiginosa.

El progreso en las técnicas de reproducción asistida y en los cuidados anestésicos y quirúrgicos ha permitido reducir las complicaciones asociadas a estos tratamientos por debajo del 1 %.

Ateniéndonos al último registro de la SEF (2012), las complicaciones más frecuentes que requirieron ingreso hospitalario son: el síndrome de hiperestimulación ovárica, las hemorragias y la reducción embrionaria inducida.

Gráfico 23



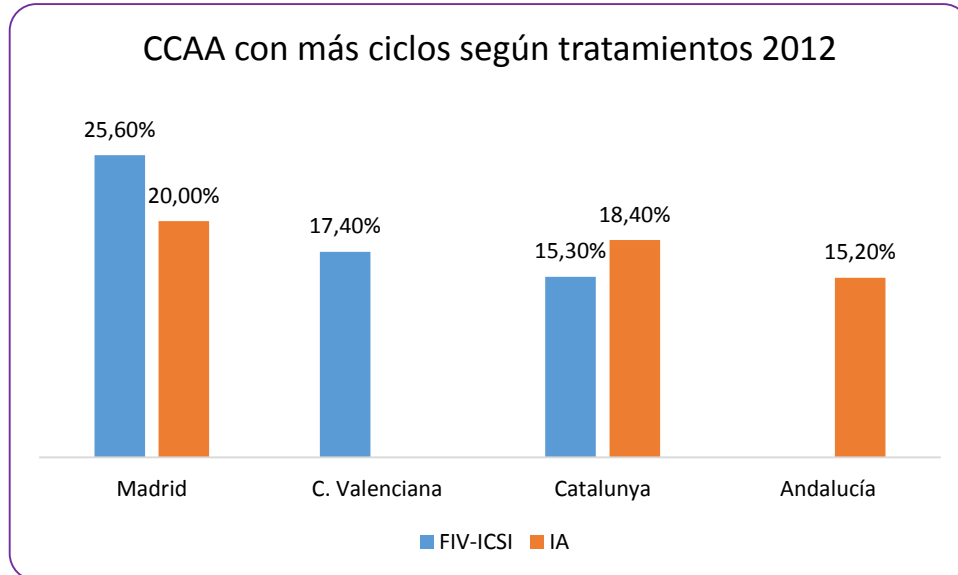
Fuente: SEF

Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de ciclos según TRA

IA: las CC.AA que presentan un mayor porcentaje de ciclos son Madrid (20,0%), Catalunya (18,4%) y Andalucía (15,2%).

FIV/ICSI: varían las comunidades que registran el mayor número de ciclos para esta técnica, desaparece Andalucía y se incorpora la Comunitat Valenciana, 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 (25,6%), C. Valenciana (17,4%) y Catalunya (15,3%).

Gráfico 24



Fuente: SEF

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

Según datos de 2012 de la SEF, los intentos de gestación (ciclos) de las mujeres con una edad igual o superior a los 40 años ascendieron a 19.107, lo que representa 19,19% del total de ciclos, 99.557.

La técnica más utilizada con estas pacientes fue la ovodonación, con 6.075 ciclos realizados.

Maternidad en Solitario

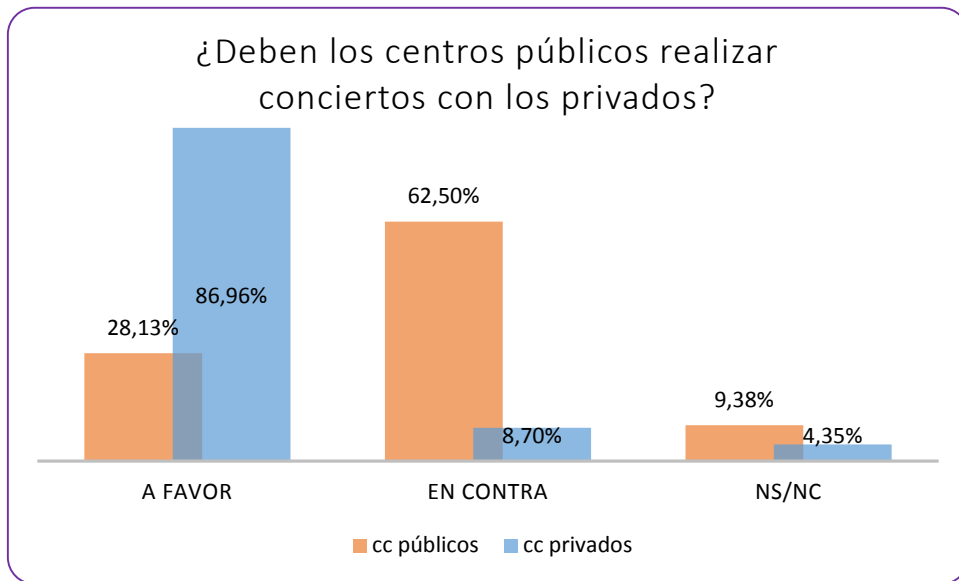
En los dos últimos años se ha incrementado el número de mujeres que se plantean afrontar la maternidad en solitario. Según el Dr. Antonio Requena, director médico general de IVI, en 2014, más de 4.500 mujeres sin pareja visitaron alguna de sus clínicas para realizar alguna consulta sobre los tratamientos. Este perfil de pacientes se ha incrementado un 13% respecto a 2013.

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.

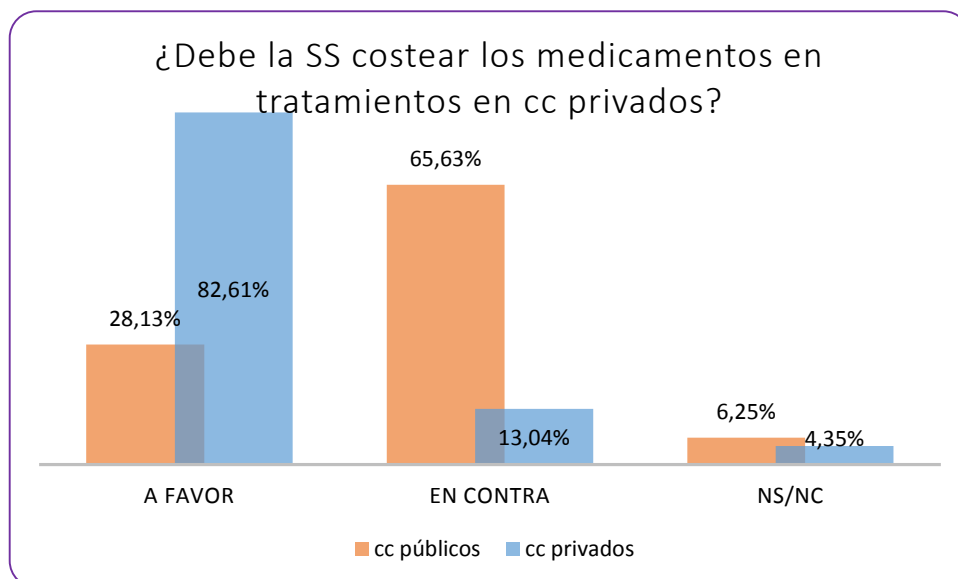
OPINIONES DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS

ADECES ha propuesto a los profesionales que realizan TRA y que han colaborado en este estudio (32 de centros públicos y 23 de centros privados) diversas preguntas, al objeto de conocer su opinión sobre los tratamientos y las formas de abordar los problemas de actualidad.

Gráfico 25 y 26

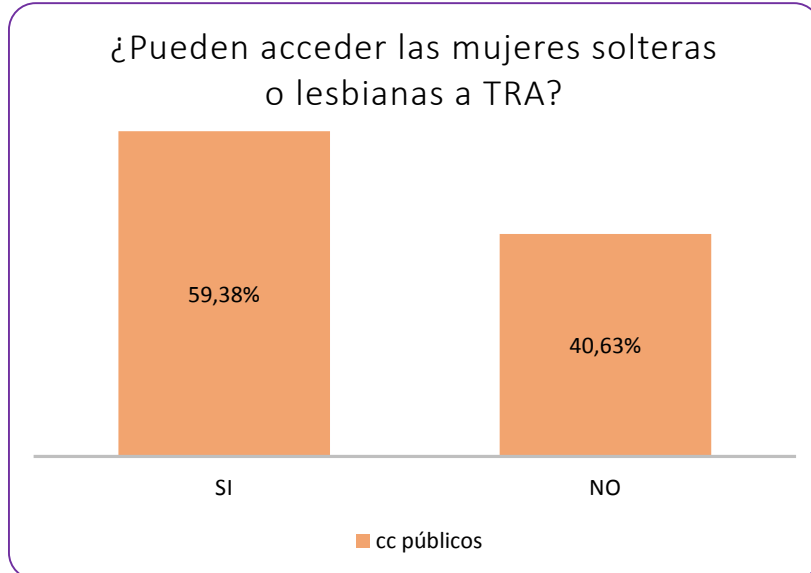


Fuente: ADECES



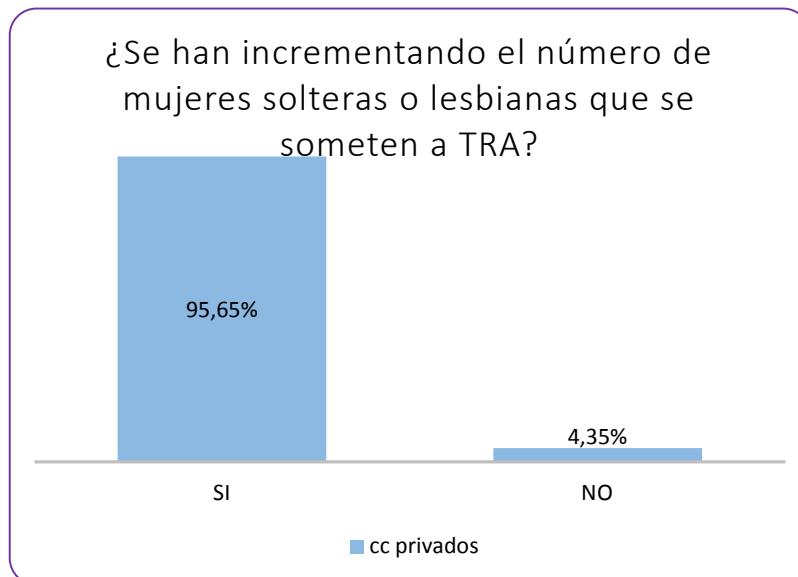
Fuente: ADECES

Gráfico 27



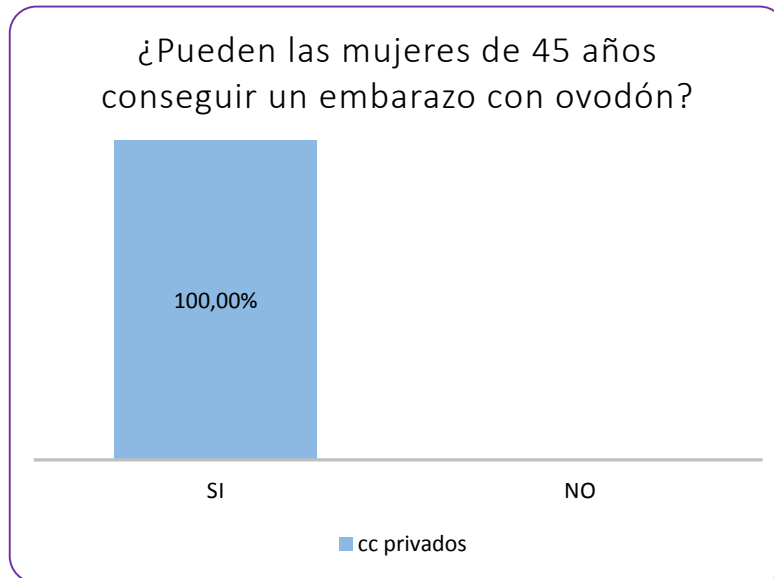
Fuente: ADECES

Gráfico 28



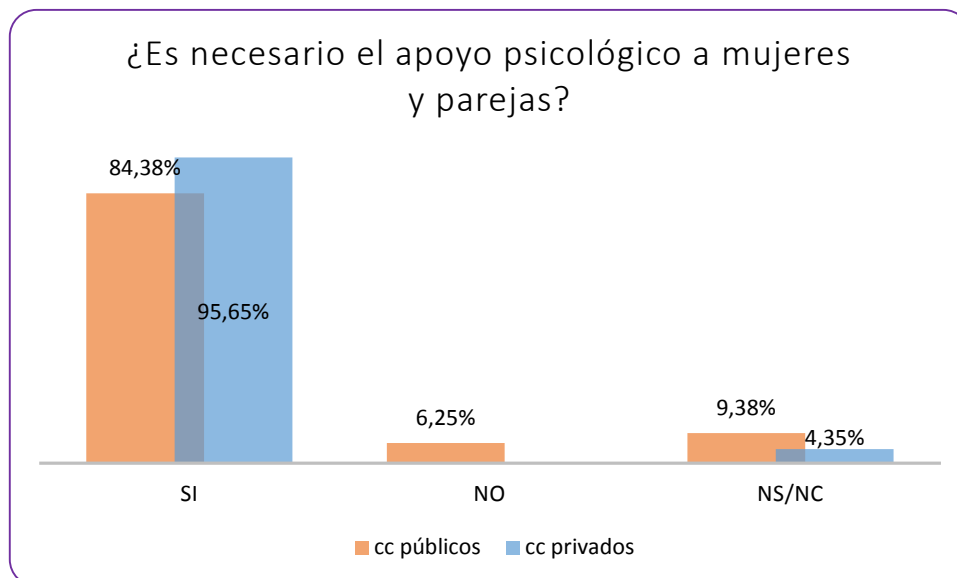
Fuente: ADECES

Gráfico 29



Fuente: ADECES

Gráfico 30



Fuente: ADECES

Como se puede apreciar, en relación con 2011, en las respuestas que ofrecen los profesionales de la sanidad pública y privada se registran descensos significativos del porcentaje de facultativos 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

Motivos alegados desde los centros públicos

A favor:

- Evitar las largas listas de espera y siempre que no se puede aumentar la actividad en los laboratorios de los centros públicos.

En contra:

- Las listas de espera deben solucionarse a través de la sanidad pública, es urgente respaldar las Unidades de Reproducción Asistida con mayor dotación de medios materiales, estructurales y personales.
- La gestión de los bienes públicos no debe realizarse por empresas privadas.

Razones aportadas desde los centros privados

A favor:

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

Cuanto más se tarde en aplicar un tratamiento, peor pronóstico de embarazo y por tanto se aumenta la necesidad de repetirlo, con el consiguiente gasto.

En contra:

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

La Seguridad Social debe sufragar los medicamentos a quienes han tenido que acudir al sector privado

Motivos citados desde los centros públicos

A favor:

- Solo en los casos que estuvieran cubiertos por las prestaciones de esa comunidad.

En contra:

- 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.
- Se han de definir los criterios de atención médica con el objetivo de atender al mayor número de pacientes con razonables posibilidades de éxito (gestación).

Argumentos aportados desde los centros privados

A favor:

- Sería razonable, 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.

En contra:

- Los recursos para la reproducción asistida no son ilimitados.

Acceso a este tipo de tratamientos a las mujeres que eligen la maternidad en solitario y a las lesbianas

Teniendo en cuenta los datos aportados por los 32 facultativos de la sanidad pública que han colaborado en el estudio, se confirma que el 41% de los hospitales públicos deniega el acceso a este tipo de tratamientos.

Una realidad que se manifiesta en las comunidades de Castilla-La Mancha, Catalunya, Madrid, Murcia, Navarra y Comunitat Valenciana. Afortunadamente este tipo de situaciones pueden variar, como ha ocurrido en Asturias.

Cronología de un cambio (información aportada por el Coleutivu de Llesbianes, Gais, Tresexuales y Bisexuales d'Asturies (XEGA)).

Marzo de 2011: llega a XEGA la primera mujer a la que se le deniega el acceso a los tratamientos de reproducción asistida en el Principado de Asturias. A finales de julio, ya son 15 las mujeres afectadas que contactan con la asociación.

Abril de 2011: se inicia un largo camino para conseguir que las mujeres solteras o mujeres no acompañadas de varón estéril puedan acceder a las TRA. XEGA desarrolla una campaña institucional y social.

Julio 2011: La mujer discriminada denuncia en julio de 2011 ante la Fiscalía su situación, esta asegura que abrirá una investigación.

Noviembre de 2011: la denuncia se archiva en el mes de noviembre.

Diciembre de 2011: La paciente demanda formalmente al SESPA y al Principado en el Juzgado de lo Social de Avilés.

Septiembre de 2012: se desestima la denuncia.

26 de abril de 2013 el Tribunal Superior de Justicia resolvió el recurso de la paciente a su favor. La Consejería de Sanidad del Principado y el SESPA acataron esta sentencia y desde entonces no hay constancia de problemas a la hora de acceder a la prestación.

Febrero de 2015 representantes de XEGA se reúnen con el Director General de Salud Pública y obtienen de la Consejería de Sanidad un compromiso explícito de que sus servicios sanitarios estarán libres de discriminación.

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

Porcentaje de mujeres solteras o lesbianas que acceden a las TRA

El 96% de los profesionales del sector privado que han participado en el estudio, manifiestan que en los últimos años se está registrando un incremento de mujeres solteras o con pareja femenina que acuden a los centros con la esperanza de tener un hijo. En algunas clínicas, este crecimiento representa un 20% anual.

Paralelamente, también empiezan a surgir un gran número de mujeres sin pareja o que aún no se han planteado la maternidad, pero desean vitrificar ovocitos por razones sociales.

Con la Ovodonación las mujeres de 45 años pueden conseguir un embarazo

En este apartado investigamos la viabilidad de que con 45 años una mujer sana, es decir, sin enfermedades predisponentes o patologías uterinas importantes que pudieran limitar su pronóstico, pueda lograr un embarazo mediante la donación de ovocitos.

Los resultados son determinantes, el 100% de los facultativos de los centros privados que han colaborado es esta sección, afirman que es totalmente factible que una mujer con 45 años pueda lograr un embarazo a través de la ovodonación.

Por otra parte, conviene señalar, que en este segmento concreto de edad debería contraindicarse el embarazo múltiple, no habría que transferirse nunca más de un embrión, advierte el Dr. Gorka Barrenetxea.

Importancia de los Psicólogos en las técnicas de reproducción

En los tratamientos de reproducción es fundamental el trabajo que realizan los médicos, biólogos, personal de enfermería y laboratorio. Sin embargo, ¿qué papel desempeñan los psicólogos en este tipo de técnicas?

El 89% de los facultativos que han participado en el estudio, señalan la importancia de estos profesionales en los tratamientos, a través de la evaluación y apoyo psicológico.

Aunque no todas las parejas o mujeres reaccionan de la misma manera, hay que tener en cuenta que la infertilidad es una enfermedad muy frustrante y en muchos casos vergonzante, que estigmatiza a las parejas, sobre todo a la mujer.

A veces, se producen situaciones estresantes que ponen a prueba la salud psicológica y autoestima de las personas y la convivencia de las parejas. La asistencia psicológica es importante para aumentar la aceptación del tratamiento, soportar los fracasos y disminuir la tasa de abandonos que es muy alta y que impide a muchas parejas o mujeres conseguir el éxito, indica el Dr. Enrique Pérez de la Blanca.

Sugerencias de los expertos en tratamientos de reproducción asistida

Completamos el IV estudio sobre tratamientos de reproducción asistida, con una serie de recomendaciones que han aportado los 55 profesionales que han colaborado con ADECES, con la esperanza de que llegue a sus destinatarios:

A las administraciones públicas

La infertilidad es una enfermedad que afecta a nivel psicológico y social, no se puede desatender a las parejas o mujeres que la sufren, aproximadamente 1.000.000 en España.

- Es indispensable, que se aumente la dotación de medios humanos y materiales en las unidades de reproducción ya existentes en centros públicos.
- Ampliar el número de centros públicos en los que se puedan realizar técnicas de reproducción asistida.
- Es fundamental, que las distintas CCAA proporcionen la atención en unidades especializadas en patologías concretas que tienen repercusión en la fertilidad, como en el caso de los lesionados medulares. O en su defecto que permitan el desplazamiento a las CCAA que las tienen.
- La esterilidad representa un problema de salud pública, no se debería limitar el número de ciclos de FIV/ICSI a uno, ni excluir a pacientes que requieran otro tipo de tratamientos como lo es la donación de ovocitos o esperma. Los derechos de las parejas y mujeres que precisan TRA, deberían ser los mismos independientemente de donde residan.
- Impulsar campañas de sensibilización. Desde una perspectiva puramente política, y en un entorno de natalidad en franco descenso, deberían potenciarse estos tratamientos; pero es que además, se trata de un auténtico problema de salud de cuya importancia no tiene conciencia la población general.
- El nivel clínico de la reproducción asistida en España es uno de los más altos de Europa y del mundo, ninguna política sanitaria o económica debería tomar medidas que perjudiquen este hecho.

A las parejas o mujeres

Con el deseo de que las indicaciones facilitadas por los facultativos sirvan de orientación y estímulo, en el camino que habéis iniciado con la esperanza de tener un hijo.

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

- La edad es un factor primordial a la hora de conseguir una gestación. Normalmente, la máxima capacidad reproductiva de las mujeres se establece entre los 20 y 30 años. Después de los 35 años y (especialmente después de los 40), las probabilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen considerablemente.
- Es aconsejable iniciar un estudio de esterilidad, tras un año de relaciones sexuales regulares sin utilizar ningún método anticonceptivo. A partir de los 35 años se recomienda consultar pasados 6 meses de intentos fallidos de conseguir una gestación.
- Existen diferentes motivos por los que muchas mujeres deben retrasar su maternidad: salud, personales, laborales. Dentro de las técnicas de preservación de la fertilidad, la vitrificación (técnica de congelación de óvulos), permite posponer la capacidad reproductiva de la mujer, el tiempo que desee, con las mismas posibilidades que en el momento en que se congelan los óvulos. La vitrificación ha sido tal vez la técnica de congelación que ha cambiado el mundo del laboratorio de reproducción, y representa un avance extraordinario, señala el Dr. Javier Nadal.

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 2011, el número de centros dedicados a TRA se incrementa en un 28,5%.

El mayor crecimiento se registra en los centros privados, pasando de 207 a 269.

- Todas las CC.AA disponen de centros públicos en los que se realizan técnicas de IA y FIV. En cambio, la Ovodonación se practica en seis autonomías: Valencia, Madrid, Galicia, Euskadi Canarias y Andalucía.

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 que realicen TRA. Situación que se agudiza en la Ciudad de Ceuta que tampoco dispone de clínicas privadas a las que puedan acceder las mujeres o parejas infértiles para este tipo de tratamientos.

- El tiempo medio de espera para los tratamientos de FIV/ICSI se sitúa en 406 días, es decir, se incrementa una semana en relación al estudio de 2011. Sin embargo, los tiempos máximos para esta técnica se reducen 65 días, pasando de los 730 en 2011 a los 665 en 2015.
- Por lo que respecta a la Inseminación Artificial de Cónyuge o de Donante (IAC, IAD), los tiempos medios de 2015 se sitúan en los 47 y 27 días respectivamente, registrando una reducción de más de 78 días.
- En último lugar, el tiempo medio de espera para el tratamiento de Ovodonación se establece en 465 días, es decir, 83 menos que en 2011. Mientras que el tiempo máximo se estanca en los dos años.
- 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.

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

- Atendiendo a las técnicas de reproducción las edades medias máximas registradas para cada tratamiento a nivel público oscilan entre los 39,31 años para la Inseminación Artificial Conyugal y los 39,89 años para la FIV/ICSI.

En el sector privado la horquilla en relación a las edades máximas se sitúa entre los 37 a 40 años para las IA y los 45 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 757 €. Si se trata de IAD, el coste medio es de 1.229 €. En FIV-ICSI se registra una media de 4.542 €, mientras que la moda es de 4.500 €.

Para la Ovodonación las cifras referidas son 6.508 € de coste medio y 7.000 € 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 384 € y 1.472 € para la FIV-ICSI.

- Un 28,13% de los profesionales públicos consultados son partidarios de concertos con la sanidad privada para reducir las listas de espera. En el sector privado el porcentaje es del 86,96%. En ambos casos seis puntos menos que en 2011.
- El 82,61% 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 al 28,13% en el caso de los profesionales públicos. En cualquiera de los casos 8 puntos menos que en 2011.
- Los datos aportados por los 32 facultativos de la sanidad pública que han colaborado en el estudio, confirman que el 41% de los hospitales públicos, deniega el acceso a los tratamientos de reproducción a las mujeres que eligen la maternidad en solitario y a las lesbianas.
- Todos los facultativos (23) de los centros privados que han colaborado en el trabajo, afirman que es totalmente factible que una mujer con 45 años pueda lograr un embarazo a través de la ovodonación.
- El 89% de los médicos que han participado en el estudio, señalan la importancia de los psicólogos en los tratamientos de reproducción, a través de la evaluación y apoyo psicológico.

- El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad facilita toda la información a través de su página Web. Sin embargo, de las 19 CC.AA sólo 9, es decir, un 47,37% ofrecen información a través de este medio: Andalucía, Cantabria, Castilla y León, Catalunya, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra y La Rioja.

El resto de comunidades emplean el correo electrónico (5), teléfono y correo electrónico (2), solo teléfono (1), web y correo electrónico (1) y, finalmente web y correo ordinario (1).

PROPUESTAS DE ADECES

- ADECES solicita de las administraciones públicas con competencia en materia sanitaria que frenen las políticas de recortes para acceder a las TRA a través de los centros públicos. Tendencias que se manifiestan en:
 - ✓ La reducción del número de ciclos permitidos.
 - ✓ La disminución de la edad, que en el momento del tratamiento tiene que ser inferior de 38 años para la IAC.
 - ✓ La exclusión de personas con determinadas opciones sexuales.
 - ✓ 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 Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) que registra una demora de tres años para disponer de un laboratorio de fecundación y poder realizar el tratamiento FIC/ICSI completo, además de facilitar solo un ciclo para este tratamiento a través del concierto con las clínicas privadas de la región.

- 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 (1.000.000 de parejas o mujeres la sufren en España) 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.
- 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.

- Con carácter transitorio, y en tanto la sanidad pública presente carencias de inversión que limitan las técnicas disponibles, las edades y el número de ciclos, ADECES solicita que las mujeres y parejas incluidas en estos procedimientos, cuenten con el apoyo público en la financiación de los medicamentos, aunque acudan a una clínica privada, siempre y cuando, con carácter previo, hayan sido excluidas del servicio público y con la condición de que se limite la financiación al mismo número de intentos que en los centros públicos.
- 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, pendiente desde hace más de 25 años según las previsiones de la Ley 35/1988.
- Es necesario intensificar la información destinada a pacientes oncológicos o a las mujeres que tengan que aplazar su maternidad, sobre las posibilidades de ser padres con su carga genética una vez superada la enfermedad o el plazo de tiempo estipulado. 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, Servicios Sociales e Igualdad 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.
- 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 41 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.
- ADECES, recomienda que los centros públicos incorporen en las unidades de reproducción a los psicólogos para ayudar a las mujeres y parejas a través de la evaluación y apoyo psicológico, teniendo en cuenta los efectos emocionales y desequilibrios que pueden surgir.
- ADECES, solicita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que potencie la coordinación con las Comunidades Autónomas, para que las actualizaciones del registro de centros de reproducción humana asistida 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. Con esta opción se podría facilitar a los ciudadanos una información más completa y de más fácil acceso.

GLOSARIO

ANACER. Es la Asociación que agrupa a las principales clínicas privadas de España.

Anovulación. Es la ausencia de ovulación que ocurre cuando los ovarios no liberan óvulos, y puede deberse a los siguientes factores: estrés, pérdida o ganancia de peso importante, excesiva producción de prolactina (hormona encargada de producir la leche materna), ovarios poliquísticos.

Aproximadamente un 35% de las mujeres en algún momento de su vida presenta anovulación, el origen de esta alteración hormonal puede estar en el hipotálamo, hipófisis, o en el ovario mismo.

Azoospermia. Ausencia de espermatozoides en el semen, la podemos dividir en dos grupos: azoospermia obstructiva, los conductos seminales están obstruidos pero hay producción de espermatozoides en los testículos y azoospermia secretora (falta de producción espermática), las causas pueden ser múltiples: cromosómicas, genéticas, infecciosas, hormonales, etc.

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

España 2015.

Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social

Para extender los derechos, sin discriminación

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), fundado en 1948 cuyo objetivo es alcanzar, para todos los pueblos, el mayor grado de salud. En su Constitución, la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Los expertos de la OMS elaboran directrices y normas sanitarias, y ayudan a los países a abordar las cuestiones de salud pública. La OMS también apoya y promueve las investigaciones sanitarias. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.

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.

Quimioterapia es una de las modalidades terapéuticas más empleadas en el tratamiento del cáncer, que engloba a una gran variedad de fármacos. Su objetivo es destruir las células que componen el tumor, con el fin de lograr la reducción de la enfermedad. A los fármacos empleados en este tipo de tratamiento se les denomina fármacos antineoplásicos o quimioterápicos. Estos fármacos llegan prácticamente a todos los tejidos del organismo, y ahí es donde ejercen su acción, tanto sobre las células malignas como sobre las sanas. Debido a la acción de los medicamentos sobre estas últimas, pueden aparecer una serie de síntomas, más o menos intensos y generalmente transitorios, denominados efectos secundarios.

Radioterapia es la utilización de radiaciones ionizantes para el tratamiento, local o locorregional, de determinados tumores empleando rayos X de alta energía. Su objetivo es destruir las células tumorales causando el menor daño posible a los tejidos sanos que rodean a dicho tumor.

Recepción de Óvulos de la Pareja (ROPA) tal vez sea la técnica más atractiva para hacer posible una “maternidad compartida”, es básicamente una fecundación in-vitro: una será madre biológica (aportando el óvulo) y la otra será madre gestante (la que queda embarazada, y dará a luz). El único requisito es que deben haber formalizado su matrimonio.

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) Agrupa a la mayoría de los profesionales dedicados en nuestro país a la asistencia e investigación en fertilidad humana, se ha caracterizado desde su fundación por una clara vocación de servicio público, y desde

hace años dedica esfuerzos a la difusión de información autorizada y veraz sobre la fertilidad, sus trastornos y los tratamientos necesarios para superar éstos.

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.

Transferencia embrionaria (TE) es la introducción de los embriones en el útero materno.

Vitrificación de Ovocitos es la técnica actual más eficaz para preservar óvulos. Se trata de una técnica de congelación ultrarrápida en la que la velocidad de enfriamiento es tan elevada que el agua líquida del interior de la célula en lugar de transformarse en hielo (como ocurre en la congelación lenta) pasa directamente a un estado vítreo. Los cristales de hielo intracelulares suelen provocar daños irreparables en el óvulo con lo cual evitar la formación de hielo es clave para la posterior supervivencia de los óvulos y la mayor ventaja que aporta la vitrificación.