@deces
asociación pro derechos civiles económicos y sociales

# INFERTILIDAD Y TRATAMIENTOS: ESPAÑA 2008

## La necesidad de un compromiso decidido de las administraciones públicas con un problema de nuestro tiempo

## Índice


| | |
|---|---|
| Ficha técnica del estudio | 3 |
| Introducción | 4 |
| Infertilidad y tratamientos en España | 5 |
| Número de centros | 5 |
| Tiempos de espera | 8 |
| Restricciones al tratamiento por edad | 9 |
| Tratamientos por CCAA | 12 |
| Precios | 14 |
| Otros datos de interés | 16 |
| El escaso uso de Internet | 17 |

## Ficha técnica del estudio

### Centros contactados

Se han realizado contactos con él 82,75% (48) de los centros públicos que realizan algún tipo de técnica de reproducción y con el 70% de las clínicas privadas (148).

Del total de 269 centros (públicos o privados), según datos de ADECES, la asociación ha contactado con el 73%.

### Centros que han colaborado en este estudio

El 87,5% de los centros públicos contactados han colaborado con ADECES en la realización de este estudio y también lo hicieron el 75% de las clínicas privadas.

### Agradecimientos

Nuestro sincero agradecimiento a todas las doctoras y doctores y al personal de los centros públicos y clínicas privadas que se han tomado la molestia de responder a nuestras preguntas, de aclararnos nuestras dudas y de facilitarnos datos que nos permiten conocer más y mejor la realidad de la infertilidad en España, así como el modo en que se afronta este reto de nuestro tiempo.

Nuestro agradecimiento también a la Asociación Nacional de Clínicas de Reproducción Asistida y a la Asociación de Fertilidad de Navarra

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

A quienes no quisieron colaborar simplemente indicarles, como ya se habrán dado cuenta, que la naturaleza de este trabajo es única y exclusivamente testar la realidad y proponer medidas que nos permitan mejorar.

Nuestro agradecimiento al personal al servicio de las administraciones autonómicas que nos han facilitado datos de especial interés, gracias sinceramente por realizar este esfuerzo.

## INTRODUCCIÓN

La infertilidad /esterilidad es una realidad que afecta a un elevado numero de personas. Más de 860.000 parejas españolas la padecen y crece a un ritmo de 16.000 nuevos casos por año.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cree que hay entre 60-80 millones de parejas infértiles en el mundo, entre un 2-10% de estas parejas son incapaces de concebir un hijo y un 10-25% presentan infertilidad secundaria.

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

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

-El aplazamiento de la maternidad.
-El deterioro del semen debido, sobre todo, al efecto de factores tóxicos medioambientales.

Otras posibles orígenes son:

-El estrés al que están sometidos el hombre y la mujer en la vida diaria.
-La obesidad extrema.
-La anorexia.
-El alcohol y el tabaco.
-La quimioterapia, etc.

**Es por tanto necesario que las administraciones públicas adopten un compromiso decidido para ayudar a todos aquellas parejas o mujeres que queriendo tener hijos no pueden y necesitan recurrir a tratamientos de infertilidad.**

## INFERTILIDAD Y TRATAMIENTOS: ESPAÑA 2008

Este estudio de ADECES es continuación del primero que realizó esta asociación en relación con este tema en el año 2006 bajo el título "Técnicas de reproducción: la costosa esperanza de tener un hijo" y que tuvo continuidad en el año 2007, con la denuncia sobre las limitaciones del sistema público para atender las necesidades de la población en este aspecto.

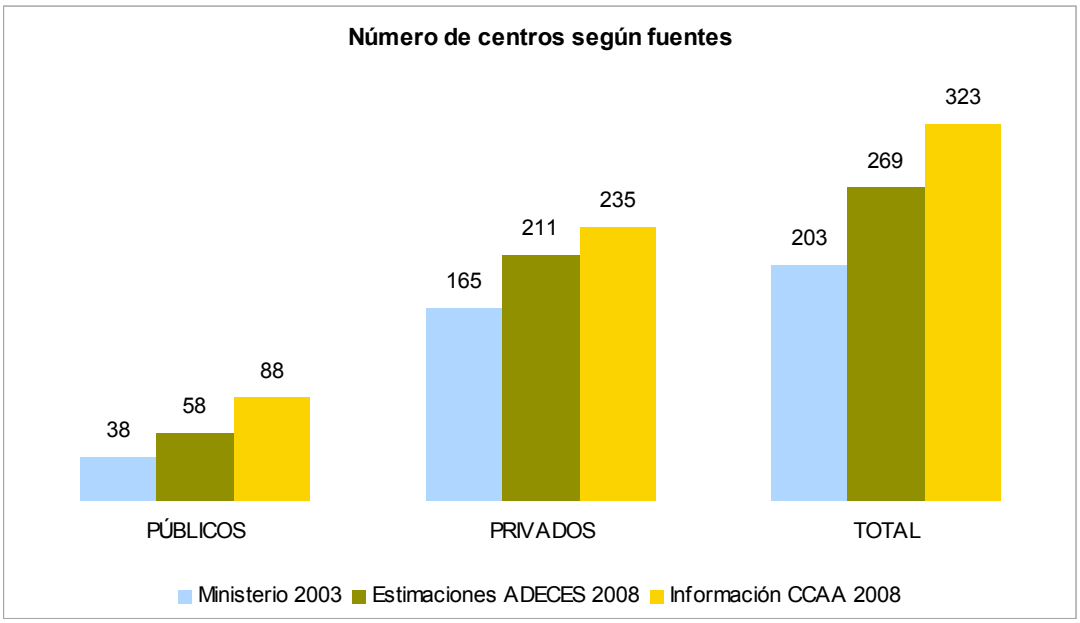
**"Infertilidad y tratamientos: España 2008", hace un recorrido por las políticas públicas de las Comunidades Autónomas en relación con su compromiso con las parejas o mujeres infértiles y, por tanto, se sumerge en la oferta de tratamientos desde los centros públicos y privados.**

**Las claves** que definen la situación de España 2008 son las siguientes:

## NÚMERO DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS

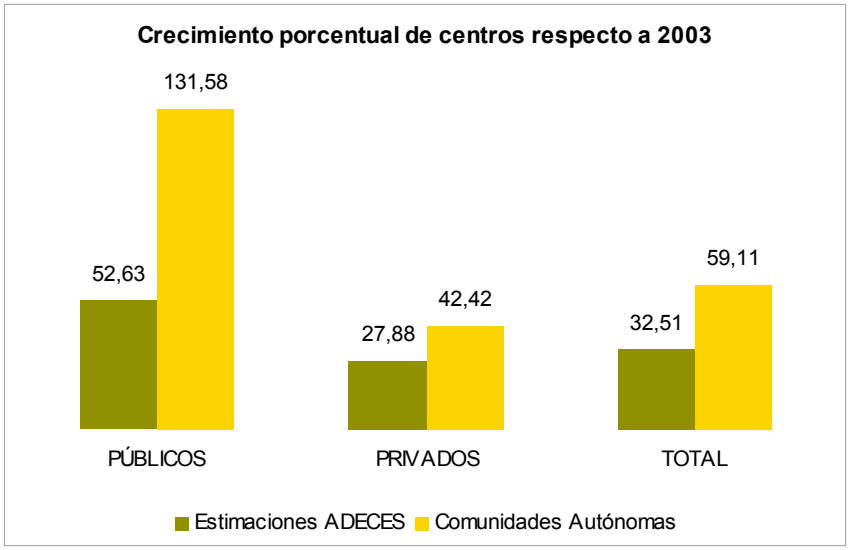
Crece el número de centros públicos respecto a los registrados oficialmente en 2003 por el Ministerio de Sanidad. **En términos porcentuales este crecimiento es más intenso que el experimentando por los centros privados, como no podía ser de otro modo dado el escaso número de centros públicos del año de referencia.** (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1




Fuente: ADECES

Gráfico 2



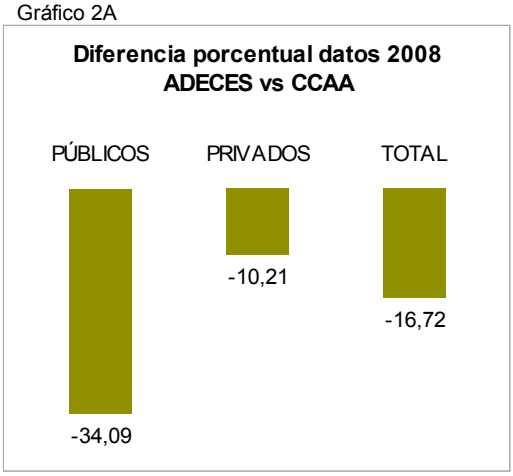

Fuente: ADECES

La diferencia porcentual que refleja el gráfico 2 entre los datos provenientes de las CCAA y de ADECES se desglosa en los siguientes.

En esencia cabe decir que en los centros públicos ADECES ha localizado en la información facilitada por las CCAA una diferencia porcentual de –34%, contabilizando las fuentes autonómicas 5 centros públicos más que la Asociación tanto en tratamiento de IA como de FIV.

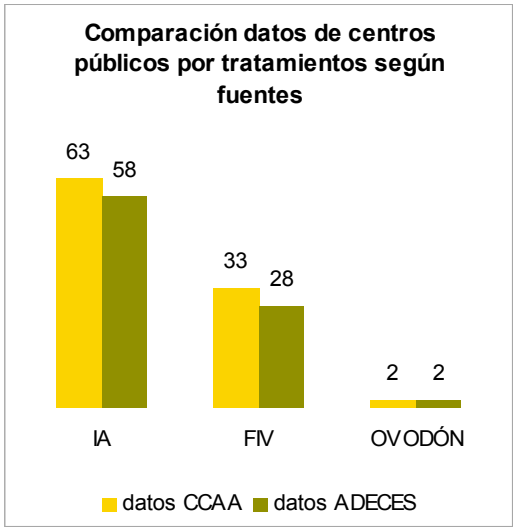
Por lo que hace referencia a los centros privados la diferencia es ligeramente superior al –10%, concentrándose el mayor volumen en los centros que realizan tratamiento de IA, en el que se registran 40 centros más según las CCAA.

Gráfico 2A



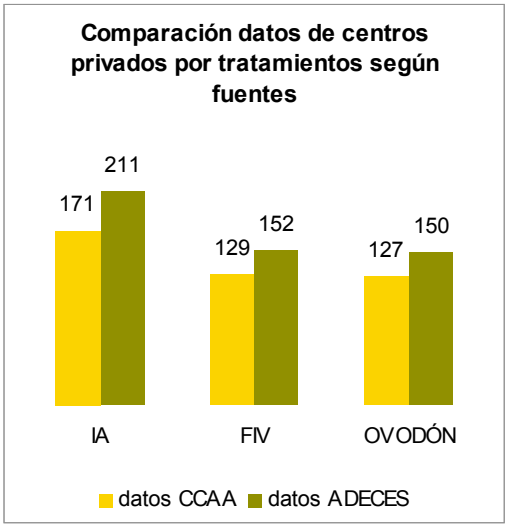

Fuente: ADECES

Gráfico 2B




Fuente: ADECES

Gráfico 2C

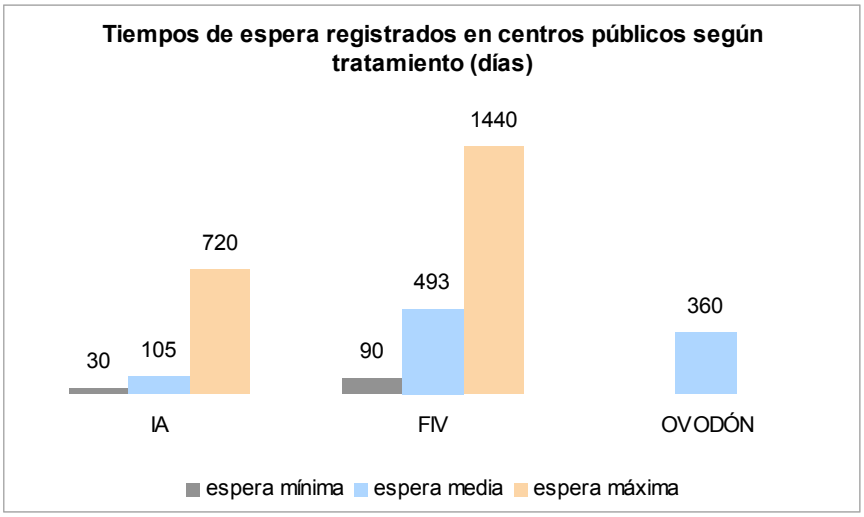



Fuente: ADECES

## TIEMPOS DE ESPERA PARA ACCEDER A LOS TRATAMIENTOS EN LOS CENTROS PÚBLICOS

A pesar del crecimiento experimentado, las unidades de reproducción humana de los centros públicos siguen estando, por lo general, **escasamente dotadas y el número de centros es insuficiente**, **como lo demuestran los datos sobre listas de espera** que aparece en el siguiente gráfico.

Gráfico 3




Fuente: ADECES

### Tiempos de espera medios registrados en centros públicos

Los tiempos de espera medios en la sanidad pública varían según los tratamientos desde los 105 días en inseminación artificial (IA) hasta los 493 días de la fecundación in vitro (FIV), pasando por los 360 de la técnica de Ovodón.

### Tiempos de espera máximos y mínimos en centros públicos según técnicas de reproducción

En cuanto a la **IA** se localizan tiempos máximo de espera de 720 días en el Hospital Txagorritxu de Álava, aunque en sentido estricto este tiempo es para realizar el estudio previo y determinar la técnica más apropiada al caso. La primera cita también se demora 310 días en el Hospital Galdakao.

Fuera de estos casos **los tiempos de espera más prolongados** son los 270 días del Hospital Severo Ochoa en Leganés (Madrid) y los 210 de los Hospitales de Móstoles (Madrid) y el Virgen de la Salud de Toledo.

**Los tiempos mínimos**, sin lista de espera, se localizan en Zaragoza, Palma de Mallorca, Tenerife, Segovia, Barcelona (Hospital del Mar), Castellón (aunque están ya saturados), Cáceres y Badajoz, Madrid (Ramón y Cajal) y Logroño.

Por lo que se refiere a la **FIV** el **máximo tiempo de espera** se ha registrado en el Hospital 12 de Octubre en Madrid, alcanzando los 1440 días (casi 4 años). Le sigue el Hospital CYP de Barcelona con 900 días.

Otros hospitales con largos tiempos de espera son los de Virgen de las Nieves de Granada, Carlos Haya de Málaga, Miguel Servet de Zaragoza, Central de Oviedo. Todos ellos con 720 días. En este plazo también se encuentra el C.H.G. de Albacete siempre y cuando se trate de parejas con hijos. De no ser así el plazo de espera de este centro es de 360 días.

El **tiempo mínimo** se ha registrado en el Hospital Teresa Herrera de Coruña con 90 días.

Especialmente relevante es la situación de Extremadura, Comunidad que tiene fijado por Ley un tiempo de espera máximo de **6 MESES y la obligación de derivar a la mujer a un centro privado en el supuesto de que se supere ese tiempo.**

Por último, respecto a **Ovodón**, sólo se dispone de los tiempos del Hospital Teresa Herrera de Coruña que son los que figuran en la tabla.

## RESTRICCIÓN A LA ATENCIÓN A LAS MUJERES POR EDAD. EL CASO DE LOS CENTROS PÚBLICOS

Aunque legalmente no existe una edad máxima definida en la que poder realizar los tratamientos, salvo las recomendaciones científicas sobre la materia, **los tiempos de espera, derivados de la falta de medios** de las unidades en funcionamiento y de la creación de nuevas unidades allí donde es necesario, **junto con el incremento del número de parejas o mujeres** que deben afrontar la infertilidad, **está obligando al sistema público a que la atención a mujeres se restrinja a determinadas edades**. **La edad media de atención a mujeres en centros públicos es de 40 años**, es decir, **5 años menos de la que se registra en centros privados.**

## Edades de atención a mujeres en centros públicos y privados según tratamientos

Legalmente no hay una edad establecida, aunque la Sociedad Española de Fertilidad llegó al consenso de establecer los 50 años como techo.

Las edades que constan en este apartado son aproximadas y orientativas, ya que dependen fundamentalmente de cómo responda la mujer. Así, por ejemplo, una mujer de 30 años puede no responder a un tratamiento de FIV y tener que pasar directamente a Ovodón y una mujer de 43 puede responder bien a una FIV y conseguir un embarazo.

Atendiendo a las técnicas de reproducción puede señalarse de modo orientativo que:

En **IA** prácticamente todos los centros públicos andaluces que realizan esta técnica sitúan la edad máxima de atención a mujeres en **38 años**, al igual que ocurre en el H. Son Dureta de Palma de Mallorca.

Otros centros de otras Comunidades no atienden a mujeres con 40 años cumplidos y, en otros casos, este límite se prolonga un año.

**La edad máxima de atención registrada ha sido 45 años** en el Hospital de Albacete.

En las **clínicas privadas** se ha recogido una **horquilla que va de 38 a 42** años.

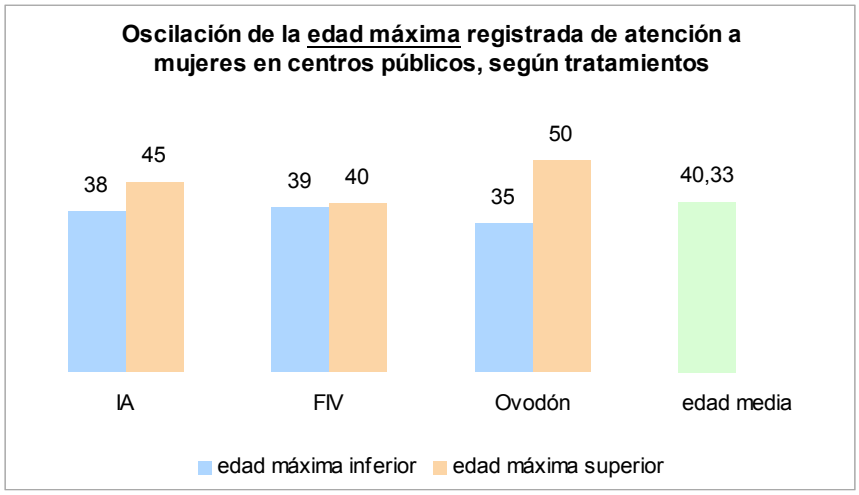
En la comunidad de Murcia el tope para realizar una IA es de 40 años en el caso de mujeres que provienen de la Seguridad Social.

En cuanto a la practica de **FIV** la edad máxima inferior registrada en **centros públicos** es de **39 años** y la superior de **40**, mientras que en los **centros privados** esta horquilla oscila entre los **40** y los **43** años.

Respecto a la **Ovodonación** en **centros públicos**, la edad máxima inferior de atención registrada es de **35** años (Vizcaya) al objeto de evitar la lista de espera y en el extremo superior **50** años (Coruña).

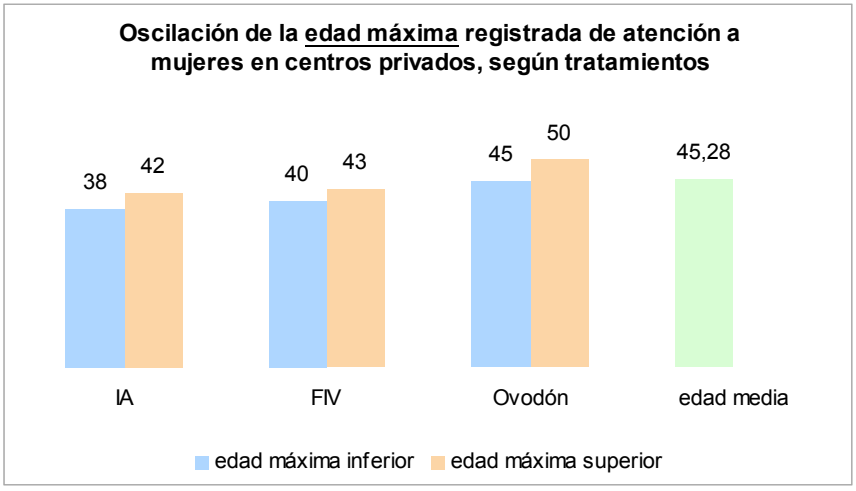
En los **centros privados** la **horquilla** para esta técnica está más concentrada, ya que las edades de atención registradas oscilan entre los **45** y los **50** años.

Gráfico 4




Fuente: ADECES

Gráfico 5




Fuente: ADECES

## TRATAMIENTOS QUE SE REALIZAN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

### Comunidades que no ofrecen ningún tipo de tratamiento desde el sistema público

**En 2008 tres Comunidades, Murcia y Ceuta y Melilla (ciudades autónomas) siguen sin ofrecer ningún tipo de tratamiento desde la red pública, ni tan siquiera la IA.** En el primer caso la demanda se satisface mediante conciertos con las clínicas privadas. En los otros dos, los tratamientos se derivan a hospitales públicos de Valencia y Málaga, respectivamente. En definitiva, sólo 16 de las 19 comunidades consideradas a los efectos de este estudio ofrecen algún tratamiento desde la red pública.

### Comunidades en las que no se realiza FIV en los centros públicos

Tampoco ofrecen FIV la Comunidad Autónoma Navarra, que presenta alguna característica adicional en esta materia que se comenta a continuación ni la Comunidad Autónoma de La Rioja en la que el Hospital S. Pedro- S. Millán espera realizar esta técnica en Febrero de 2009. Sólo 14 de 19 Comunidades ofrecen FIV en la red pública.

En Vizcaya, el Hospital Galdakao ha visto denegada en varias ocasiones su solicitud de realizar FIV por problemas económicos. En Álava el Hospital Txagorritxu ha presentado su solicitud para realizar el tratamiento de FIV desde el año 2003, sin que hasta ahora se le haya concedido.

Lo mismo ocurre en el Hospital de Móstoles (Madrid), que lleva 10 años solicitando este tratamiento que no realiza en la actualidad, a pesar de la información que figura en la web de la Comunidad y del Ministerio de Sanidad y Consumo como centro público.

### Comunidades en las que se realiza Ovodón en los centros públicos

En realidad tan sólo dos Comunidades de 19, el País Vasco y Galicia, cuentan con 1 hospital cada una de ellas en las que se realiza esta técnica.

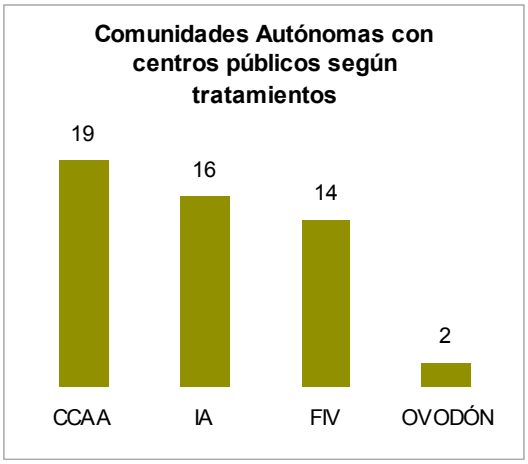
La Comunidad de Murcia, a través del Sistema Murciano de Salud, cubre el tratamiento de Ovodón de sus usuarias mediante conciertos con clínicas privadas de la propia comunidad.

El Hospital Materno Infantil de Badajoz podrá realizar la técnica de Ovodón a finales de este año o principios de 2009.

## El caso de la Comunidad Autónoma de Navarra

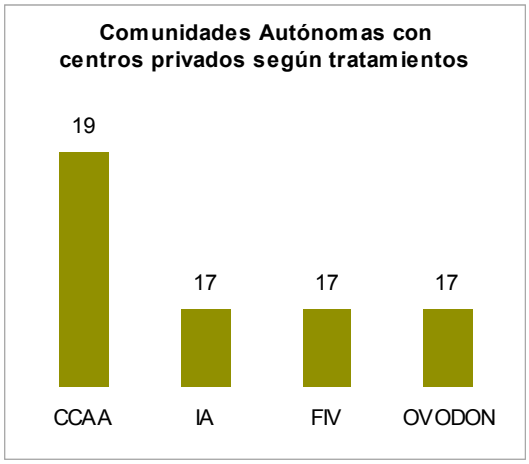
La Comunidad Autónoma de Navarra sólo ofrece tratamientos IA desde la red pública, recurriendo incomprensiblemente, para cubrir el tratamiento de FIV, a un concierto con una clínica privada de San Sebastián que también efectúa el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP). Salvo error, las clínicas privadas situadas en el ámbito territorial de la Comunidad Foral están excluidas de estos conciertos. Como consecuencia los usuarios navarros deben afrontar una lista de espera que oscila, según las fuentes, entre 12 y 24 meses y posibles desplazamientos de hasta 400 km (ida y vuelta).

Gráfico 6




Fuente: CC.AA. Elaboración ADECES

Gráfico 7

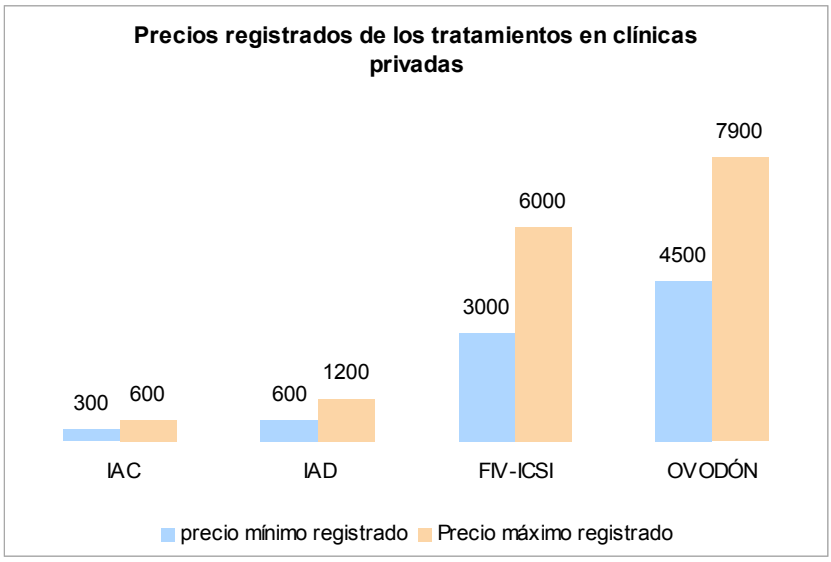



Fuente: CCAA. Elaboración ADECES

## PRECIOS DE LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS EN CLÍNICAS PRIVADAS

La esperanza de tener un hijo, el retraso en la adopción de la decisión y los límites establecidos por la sanidad pública obligan a muchas parejas o mujeres a acudir a los centros privados. A su lado 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 8

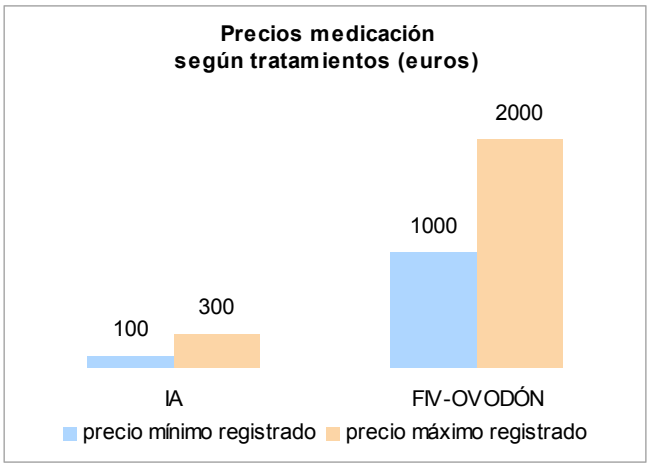



Fuente: ADECES
IAC / D: Inseminación artificial con semen del "conyuge" / con semen de donante
ICSI: Microinyección intracitoplásmica de espermatozoides

A estos precios habrá que añadir el coste de los medicamentos, que si bien en la técnica de IA son moderados, en FIV y Ovodón representan un coste considerable.

El gráfico siguiente muestra la información sobre precios obtenida en el estudio.

Gráfico 9




Fuente: ADECES

En consecuencia, el **coste total** de una **IA** oscilará entre los 400 y los 1.500 euros, mientras que la **FIV** y el **Ovodón** tendrá un coste que va desde los 4.000 euros a los 9.900. Cantidades que habrá que pagar por cada intento realizado.

Por técnicas de reproducción y según los datos recogidos, los **centros con precios más elevados** se encontraron en:

IA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Murcia

FIV: Baleares, Canarias, Cantabria, Galicia, Murcia y Valencia

OVODÓN: Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Madrid y Murcia

Es necesario resaltar que el **Sistema Catalán de Salud cubre la medicación de 3 ciclos** a las parejas o mujeres que por edad o tipo de tratamiento tienen que acudir a los centros privados.

## OTROS DATOS DE INTERÉS

### Éxito de las distintas técnicas de reproducción asistida

Inseminación artificial con semen del "conyuge", IAC: 13%
Inseminación artificial con semen de donante, IAD: 19%
Fecundación In Vitro, FIV: 29%
Microinyección intracitoplásmica de espermatozoides, FIV-ICSI: 33,5%

### CCAA con más ttos de FIV-ICSI a septiembre de 2007

Madrid (21,3%)
Valencia (20,5%)
Andalucía (18%)

### Tratamientos en mujeres mayores de 45 años (año 2004)

170 intentaron gestación con ovocitos propios

619 recurrieron a ovodón

### Nuevas autorizaciones

Comienzan a extenderse las autorizaciones para congelar óvulos en pacientes con cáncer, tal es el caso reciente de la autorización de la Generalitat de Catalunya a la clínica Teknon (Barcelona).

## La obtención de información y el escaso uso de la administración electrónica

Especial mención merece el capítulo sobre la recogida de información primaria, es decir, la referida a los centros autorizados para realizar tratamientos, el carácter público o privado del mismo y el tipo de tratamiento que realizan.

Resulta preocupante el **escaso uso** que hacen las Comunidades de una herramienta tan potente como **Internet** como medio de información a los usuarios.

Resulta paradójico que en la era de la Sociedad de la Información, con todo el potencial que ofrecen los instrumentos a nuestro alcance, sólo 5 Comunidades Autónomas ofrezcan información pública a través de su página web (Andalucía, Canarias, Castilla León, Cataluña y Madrid) .

**Internet es un modo transparente, cómodo y barato para que los ciudadanos conozcan los centros autorizados, su naturaleza y los tratamientos que prestan. Esta misma necesidad de información se puede extender a otras especialidades y cada día es más necesario extenderla.**

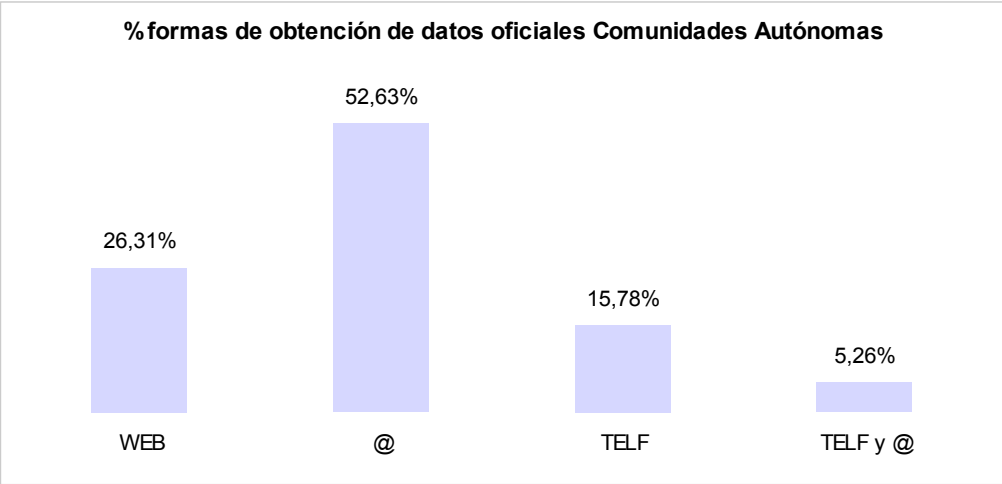
No parece demasiado lógico que ADECES haya tenido que recurrir en 10 Comunidades al **correo electrónico** para obtener información, lo que no siempre es fácil, ya que hay que localizar a la persona adecuada, el correo adecuado, etc. Y contar con la voluntad personal adecuada.

Para la realización de este estudio se estableció un envío de 3 correos electrónicos máximo por Comunidad Autónoma. Este límite se superó en 3 ocasiones. Aún así es necesario agradecer el esfuerzo personal de quienes contestaron a la petición de ADECES.

Mucho menos lógico todavía es que se pretenda que sea el **correo ordinario** el que sirva de cauce de información. Si esto le ha pasado a una asociación, ¿qué le pasa a los ciudadanos?.

Cuatro Comunidades Autónomas (P. Vasco, Navarra, Murcia y Galicia en relación con los centros privados) nos solicitaron que remitiésemos nuestra solicitud de información mediante correo ordinario y en el caso de Murcia nos demandaron el pago de una tasa de 6 euros. Finalmente la Comunidad de Murcia nos remitió la información vía correo electrónico.

Gráfico 10




Fuente: ADECES

**Potenciar la administración electrónica es imprescindible para que los ciudadanos accedan a más y mejor información**, ya que cuenta con el aval de la Administración Pública que, en última instancia es la que concede o no autorizaciones para la realización de los tratamientos.

La administración electrónica, por otra parte **reduce los costes de gestión** y permite **un uso más eficiente de los recursos humanos**; eso sin contar con la **reducción de tiempos de gestión y**, por tanto, **costes** que evita a los ciudadanos.

Sin embargo, la administración electrónica no sólo requiere herramientas informáticas que la posibilite, también es imprescindible abordar la permanente **actualización de la información**. La falta de actualización se ha comentado someramente en las páginas 6 y 7 del presente informe.

La diferencia más significativa de centros ADECES la ha localizado en la Comunidad de Madrid, donde según los datos de la web existen 111 centros, 35 públicos y 76 privados; mientras que ADECES constata la existencia de 46, de los cuales 10 son públicos y 36 privados.

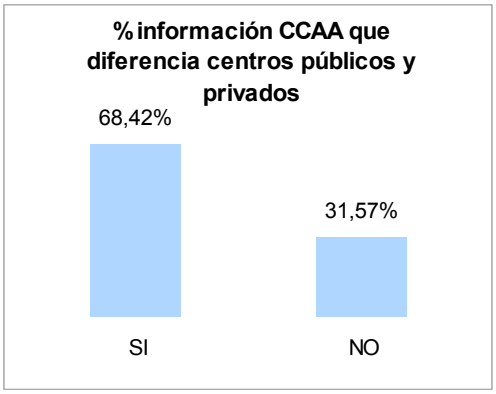
Aunque la información de la web recoge centros públicos que no ofrecen algunas técnicas de reproducción, la mayor parte de la diferencia es debida al modo de computar los centros, ya que la web contabiliza cada técnica realizada como un centro distinto.

Por último, **la información a través de la web resultó siempre bastante más completa** que la del resto de canales, ya que todas las CCAA que ofrecen información a través de sus páginas diferencian claramente entre centros públicos y privados e informan del tipo de tratamiento que se presta en cada centro.

Sin embargo, los porcentajes descienden en el caso del correo electrónico al 80 y al 30% respectivamente.

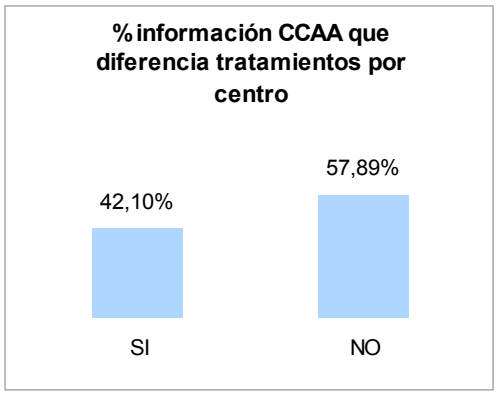
Por último el teléfono, empleado en este estudio como último recurso para obtener la información que se solicitaba no fue un cauce eficaz.

Gráfico 11



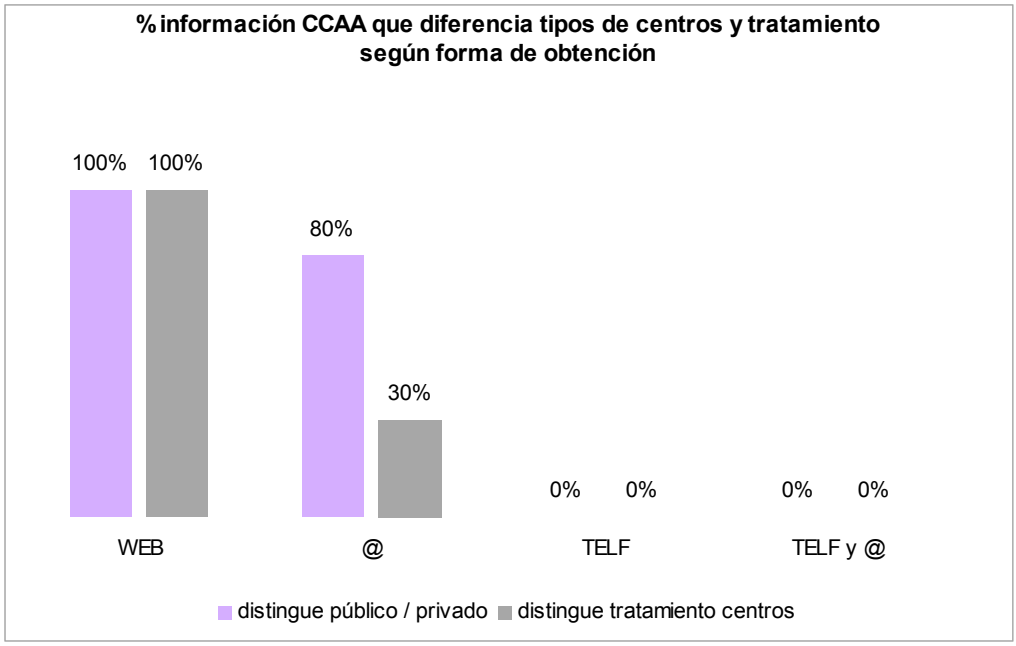

Fuente: ADECES

Gráfico 12




Fuente: ADECES

Gráfico 13




Fuente: ADECES

**Por último, ADECES quiere recordar el derecho a la información que asiste a los administrados, por lo que resulta todavía más incongruente no establecer mecanismos que lo faciliten.**

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ADECES

Las Administraciones públicas tienen una responsabilidad objetiva en el crecimiento de determinadas causas de infertilidad. Unas más difusas, como la definición de las directrices económicas, otras se revelan de forma nítida: la creciente contaminación del ambiente, la regulación laboral, en especial en lo relativo a la desigualdad de la mujer, etc.

**Esta responsabilidad objetiva requiere que las administraciones públicas adopten un compromiso decidido con las parejas y mujeres afectadas por la infertilidad.**

**Dicho compromiso, según ADECES, pasa por:**

1º.- **Dotar más y mejor las unidades de reproducción asistida que existen en los centros públicos** y, en su caso, ampliar, en función de las necesidades de población, el número de centros con unidades especializadas. Esta inversión contribuiría a reducir las amplias listas y tiempos de espera que se registran en algunas CCAA.

2º.- **Derivar a los usuarios a los centros públicos** de la Comunidad Autónoma que no tengan lista de espera, en el caso de que en su centro de referencia deba soportar tiempos de espera prolongados.

3º.- **Establecer mediante norma autonómica los tiempos de espera máximos** y el **derecho de los usuarios a acudir**, superados los mismos, a los centros privados de su Comunidad con los que la Administración Pública debe establecer concierto de colaboración.

4º.- **Sufragar, en los mismos términos que lo haga la sanidad pública, los costes de medicación de las parejas o mujeres** que acuden a las clínicas privadas, ya sea por derivación del sistema público o porque por razones de edad quedan excluidas de este tipo de tratamientos en los centros públicos.

5º.- Ofrecer a los usuarios, **mediante la página web de las Comunidades información sobre los centros autorizados** en su ámbito territorial y el tipo de tratamientos para los que se les ha concedido la misma.