



PROCURADOR DEL COMÚN
DE CASTILLA Y LEÓN

Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilma. Sra. Directora de Relaciones Institucionales y Acción Exterior
C/ Santiago Alba, 1
47008 VALLADOLID

Expediente: 2315/2025

Asunto: Vitricación ovocitaria en el Sistema público de Salud / Exclusión de mujeres con baja reserva primaria o precoz / Resolución
Centro directivo: Consejería de Sanidad y Bienestar Social

Ilma. Sra.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará, en la queja se planteaba la exclusión de las mujeres jóvenes con baja reserva ovárica de origen no conocido de los programas públicos de preservación de la fertilidad, pese al riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva. Se denunciaba una posible desigualdad en el acceso, al verse obligadas muchas mujeres a recurrir a tratamientos privados o asumir una eventual infertilidad.

Según manifestaciones de la persona promotora de la queja, los protocolos generales de preservación de la fertilidad en la sanidad pública prevén el acceso a la vitricación ovocitaria para aquellas mujeres cuya reserva ovárica se encuentra en riesgo por causas iatrogénicas, como tratamientos oncológicos, cirugías de riesgo o determinadas enfermedades que requieren intervenciones susceptibles de dañar el tejido ovárico, excluyendo a aquellas diagnosticadas de baja reserva ovárica de origen desconocido o primaria.

Se señalaba, a este respecto, que las mujeres jóvenes con baja reserva ovárica, frecuentemente diagnosticada de forma temprana, pueden enfrentarse a una disminución acelerada e irreversible de su potencial reproductivo, con riesgo de pérdida de la capacidad de concebir con óvulos propios en el futuro, situación que podría resultar equiparable, en la práctica, a la de aquellas mujeres que sí tienen acceso a la vitricación financiada por el sistema público.



Asimismo, se indicaba que dicha exclusión podría afectar al derecho a la salud reproductiva en condiciones de equidad, al obligar a estas mujeres a acudir a centros privados asumiendo elevados costes económicos para preservar sus posibilidades reproductivas, circunstancia que puede generar una situación de especial desventaja para quienes carecen de recursos suficientes.

Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, esta Institución se dirigió a V.I. solicitando información sobre la problemática objeto de aquella.

En respuesta a nuestra petición, esa Administración autonómica remitió informe, en el que se hacía constar que la insuficiencia ovárica prematura o primaria (POI) se caracteriza por la pérdida de la función ovárica en mujeres menores de 40 años, con una prevalencia aproximada del 1 % de la población femenina.

El ovario presenta una función limitada, vinculada a un proceso fisiológico de envejecimiento que implica el agotamiento progresivo de los folículos. Este proceso comienza durante la vida intrauterina, continúa tras el nacimiento y se acelera a partir de los 35 años. El número de ovocitos disponibles en un momento determinado constituye la reserva ovárica. En determinadas ocasiones, dicho agotamiento se produce de forma acelerada, de manera que la reserva ovárica no se corresponde con la edad cronológica de la mujer, siendo la insuficiencia ovárica primaria un ejemplo de esta situación, con la consiguiente reducción de las posibilidades de concepción natural.

Los tratamientos y técnicas relacionados con la reproducción humana asistida (RHA) se rigen por los criterios establecidos en el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como por la Orden SND/1212/2021, de 5 de noviembre, por la que se modifica dicho anexo.

La citada Orden, en el apartado relativo a los “tratamientos de RHA en situaciones especiales”, concretamente en el punto 5.3.8.3.d, referido a la criopreservación de gametos para uso propio diferido con finalidad de preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos especiales, establece como criterios de acceso los siguientes:

1.º Se realizará exclusivamente por indicación médica, no incluyéndose los supuestos en los que la técnica sea solicitada únicamente por voluntad propia del paciente para un uso diferido.

2.º Se aplicará a pacientes con posible riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva asociado a la exposición a tratamientos gametotóxicos o a procesos patológicos con riesgo acreditado de fallo ovárico prematuro o fallo testicular primario, es decir, por causas médicas definidas, fundamentalmente iatrogénicas.



Por tanto, la normativa estatal vigente no contempla entre los criterios de acceso a la criopreservación de gametos para uso propio diferido el diagnóstico de baja reserva ovárica de origen desconocido o primaria, ni tampoco la criopreservación solicitada por la propia paciente con la finalidad de posponer la maternidad por motivos personales o de planificación reproductiva.

A la vista de la información aportada, debe señalarse que la criopreservación de ovocitos constituye una técnica de reproducción humana asistida destinada a preservar la capacidad reproductiva de la mujer mediante la congelación de sus gametos en un momento de mayor calidad ovocitaria para su eventual utilización futura.

El Sistema Nacional de Salud ha incorporado esta técnica a su cartera común de servicios, aunque de forma limitada y bajo criterios de indicación médica estricta, vinculados principalmente a la prevención de la infertilidad derivada de tratamientos o procesos médicos que puedan comprometer la función ovárica.

El marco normativo vigente, integrado fundamentalmente por el Real Decreto 1030/2006 y la Orden SND/1212/2021, circunscribe el acceso público a la criopreservación de gametos a los siguientes supuestos:

- Pacientes con riesgo de pérdida de fertilidad derivado de la exposición a tratamientos gonadotóxicos.

- Pacientes con procesos patológicos que impliquen un riesgo acreditado de fallo ovárico o testicular primario de causa médica definida.

- Exclusión de los supuestos basados exclusivamente en la conveniencia personal o en la planificación reproductiva no asociada a una patología o tratamiento médico.

En consecuencia, la insuficiencia ovárica primaria o la baja reserva ovárica de origen no iatrogénico no se encuentran actualmente incluidas de forma expresa entre los supuestos financiados, al no estar vinculadas a un riesgo derivado de una actuación médica necesaria.

Desde una perspectiva médica, la insuficiencia ovárica primaria implica una pérdida de la función ovárica antes de los 40 años y puede ocasionar una disminución significativa de la fertilidad natural y un adelanto del agotamiento de la reserva ovárica.

No obstante, el ordenamiento jurídico sanitario diferencia entre la pérdida de fertilidad derivada de actuaciones médicas necesarias y aquella consecuencia de procesos naturales o idiopáticos, aunque ambas situaciones puedan producir efectos clínicos similares en términos de infertilidad.



El principio de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias exige que estas se proporcionen en condiciones de igualdad efectiva dentro del marco establecido por la cartera común de servicios, sin perjuicio de las limitaciones derivadas de la planificación sanitaria, la disponibilidad de recursos y la priorización de necesidades asistenciales.

En este caso, no se aprecia que la exclusión de la baja reserva ovárica no iatrogénica responda a una actuación arbitraria de la Administración sanitaria, sino a la aplicación de unos criterios normativos establecidos por la autoridad competente en materia de cartera de servicios.

No obstante, esta Institución considera oportuno poner de manifiesto que determinadas situaciones clínicas de insuficiencia ovárica primaria pueden producir una afectación precoz y sustancial de la capacidad reproductiva, con consecuencias funcionalmente equiparables a aquellas situaciones de riesgo iatrogénico que actualmente permiten el acceso a la técnica.

Esta circunstancia plantea y entendemos que exige una posible reflexión sobre la adecuación de los criterios actuales desde la perspectiva de la equidad material en el acceso a las técnicas de preservación de la fertilidad, en la medida en que el criterio vigente atiende principalmente al origen del riesgo y no exclusivamente a la gravedad, previsibilidad o irreversibilidad de sus consecuencias.

Corresponde, en todo caso, al legislador estatal y a los órganos de coordinación del Sistema Nacional de Salud valorar una eventual modificación de la cartera común de servicios, atendiendo a criterios clínicos, éticos, organizativos y de sostenibilidad del sistema.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

ÚNICA: Que, en el marco de sus competencias y en el seno de los órganos de coordinación del Sistema Nacional de Salud, valore la conveniencia de promover el estudio de una posible actualización de los criterios de acceso a la criopreservación de ovocitos.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.



PROCURADOR DEL COMÚN
DE CASTILLA Y LEÓN

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN
Tomás Quintana López