

30 años de la primera ley española

Reproducción asistida, de terapia para la infertilidad a elección social

La primera ley de reproducción asistida española cumple 30 años, con un creciente uso social de estas técnicas que va más allá de los problemas de fertilidad, para adentrarse en necesidades sociales como la maternidad diferida o las mujeres sin pareja masculina. Dilemas bioéticos como el de las madres-abuelas o la maternidad subrogada siguen abiertos.

Laura G. Ibañes

6 noviembre, 2018

Hace 40 años que los ginecólogos Patrick Steptoe y Robert Edwards añadieron el segundo nombre de Joy [Alegría] a la pequeña Louise Brown. Acababa de nacer por cesárea en un hospital de Reino Unido la que se convirtió, entre el asombro científico y social y las iniciales dudas bioéticas y legales, en la **primera niña probeta** del mundo.

Su historia devolvió la esperanza de concebir a miles de mujeres que, como la madre de Louise, acumulaban años de intentos fallidos y embarazos imposibles. Pero también abrió la puerta a un cambio que dista con creces de ser estrictamente médico y que se ha convertido en un verdadero fenómeno sociológico que afronta, cuarenta años y una auténtica **revolución científica** y técnica después, muchos vacíos legales y sinsentidos aún por resolver en la legislación española, que cumple este mes 30 años.

El 3% de los nacimientos en España es gracias a técnicas de reproducción asistida, con un uso creciente por parejas de lesbianas, mujeres solas y quienes habían congelado previamente sus óvulos

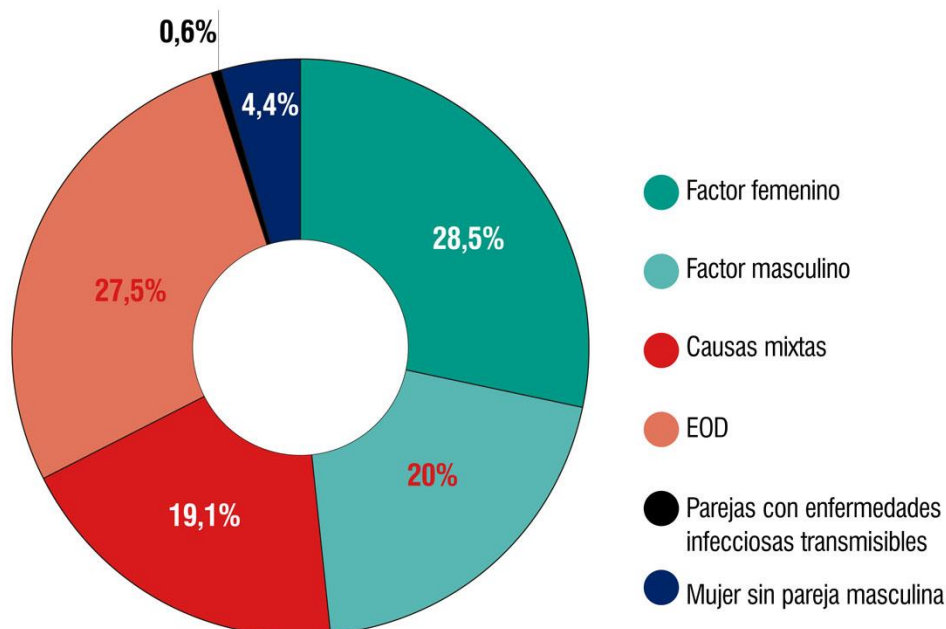
Con más de medio millón de niños nacidos al año por fecundación in vitro (FIV) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ISCI), las técnicas de reproducción asistida han dejado de ser el recurso de última opción para graves problemas de infertilidad que sufre aproximadamente el 15% de las parejas a ser una opción por elección vital. No en vano, el **3 por ciento de los nacimientos** en España son cada año ya de niños concebidos con técnicas de reproducción humana asistida.

De la mano de los bancos de semen y de la legislación sobre donación se ha dado respuesta (no en todos los países) a la demanda creciente de colectivos como parejas de lesbianas y mujeres solas que optan por ser madres sin una pareja masculina a su lado y que representan ya el 4 por ciento de las usuarias de técnicas de reproducción asistida.

Y de la mano de la generalización de las técnicas de criopreservación de óvulos y de embriones, nacidas inicialmente para conservar la opción a maternidad en pacientes que debían ser sometidas a ciertos tratamientos agresivos y deseaban ser madres en el futuro, se ha producido un auténtico

cambio social que ha permitido dar respuesta a la maternidad tardía (e incluso ser causa también en buena medida).

CAUSAS DEL USO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA



Maternidad tardía... y diferida

Las últimas cifras del [Instituto Nacional de Estadística \(INE\)](#) ilustran bien esta tendencia a la maternidad tardía: si en 1988 (año de la primera ley de reproducción asistida española) la edad media de la madre al tener su primer hijo era de 26,1 años, en 2017 es ya de 30,9. Para el conjunto de hijos de cada mujer la edad ha saltado de los 28,5 años en 1988 a 32 en 2017. De hecho, si hace dos décadas sólo el 1 por ciento de los niños nacían de madres de más de 40 años, actualmente esa cifra es ya en España del 4,2 por ciento.

Varias empresas valencianas ofrecen precios ventajosos a las empleadas que opten por congelar sus óvulos

La firma hace ahora un año de un convenio entre el Club de empresarios de las Primeras Marcas de la Comunidad Valenciana con el [Instituto Valenciano de Infertilidad \(IVI\)](#) para ofrecer precios ventajosos a las empleadas que opten por congelar sus óvulos para diferir su maternidad, a imagen de lo hecho por Facebook, Apple o Google, da buena idea del cambio social que se está produciendo al calor de las técnicas de reproducción asistida.

Y las cifras del IVI ratifican este profundo cambio hacia la maternidad diferida por elección. Sólo en la última década esta clínica privada, la principal en España en número de ciclos, ha contabilizado 5.000

mujeres que han criopreservado sus óvulos (la mayoría cuando tenían entre 35 y 39 años) para su uso más adelante y el 75 por ciento de ellas no tenía pareja en el momento en el que tomó esa decisión.

Dilemas bioéticos y legales

En paralelo a la maternidad diferida, la mejora y la democratización de las técnicas de reproducción asistida han hecho surgir nuevos dilemas bioéticos, debates sociales y evidencias de vacíos legales aún sin resolver.

¿Debería haber un límite legal sobre la edad de la madre en el momento del uso de técnicas de reproducción asistida? ¿o hay que celebrar que la ciencia haya sido capaz, como ocurrió hace dos años, de llevar a buen puerto el embarazo de la médica gallega Lina Álvarez a sus 62 años y dos décadas de menopausia? ¿Limitar el número de hijos nacidos de un mismo donante es una garantía de diversidad para la sociedad o un desfasado absurdo legal que impide a una mujer engendrar para su hijo un hermano del mismo donante? Una vez las técnicas de reproducción asistida han posibilitado hechos como la maternidad subrogada, ¿puede realmente aspirarse a frenarla? ¿Y eso sería socialmente deseable, o todo lo contrario?

La ley debe resolver todavía dilemas bioéticos y vacíos legales como el de las madres-abuelas, la maternidad subrogada o el derecho del niño a conocer sus orígenes biológicos.

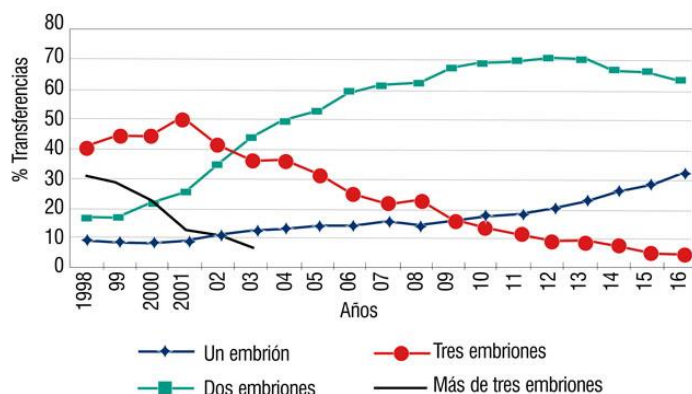
Treinta años después de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida, que publicó España de forma casi pionera en su entorno, parece claro que ni la reforma de 2003 ni la Ley 14/2006 que la sustituyó, han sido capaces de prever la variada casuística que los **cambios sociales** y las propias mejoras científicas han abierto.

Así al menos lo explica Luis Martínez Navarro, presidente de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), para quien “desde la Sociedad Española de Fertilidad creemos que hay muchos aspectos que mejorar en la ley porque la ley se hizo hace años y las técnicas y situaciones han cambiado mucho; por ejemplo, cuando se hizo la ley no existía siquiera la posibilidad de congelación”.

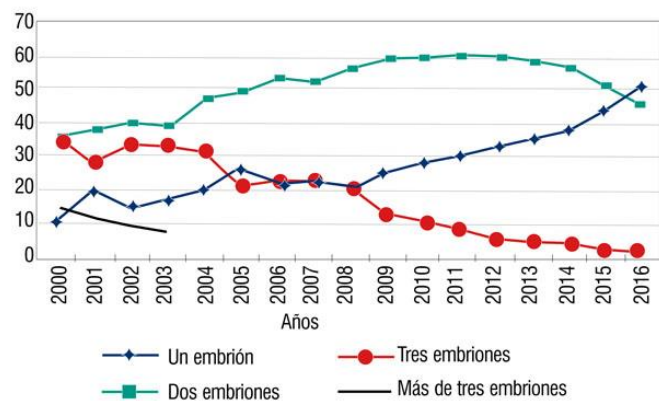
“Habría que resolver problemas como el número de niños nacidos por un mismo donante, que se fijó en 6 cuando no había congelación, y el manejo de parejas con el **mismo donante** de semen”. Martínez Navarro explica que, si “ese donante se usó en su momento, por ejemplo, para 6 mujeres diferentes y ahora cualquiera de esas mujeres quiere tener un nuevo hijo que sea hermano del que ya concibió no puede porque ese donante no puede usarse más. Se trata de regular nuevas situaciones lógicas que han surgido y a las que aún no se ha dado respuesta”.

OBJETIVO: MISMO ÉXITO CON MENOS PARTOS MÚLTIPLES

Evolución de la política de transferencia embrionaria FIV/ICSI con óvulos propios. SEF 1998-2016



Política de criotransferencia embrionaria (oocitos propios y de donante)



Diagnóstico genético

En su opinión, también “hace falta regular el diagnóstico genético y preimplantacional. Aunque hay cierto consenso sobre las patologías en las que hacer diagnóstico genético preimplantacional, se reclama todavía una petición expresa de permiso a la Comisión de Reproducción Humana Asistida para poder hacerlo. Finalmente, habría que resolver el debate de la subrogación uterina: existe una necesidad social y actualmente la ausencia de un debate sobre esta cuestión está generando que esta opción exista -opina- sólo para quien tiene dinero para pagarla [en otro país]”.

Consciente de la falta de acuerdo social sobre algunas de estas cuestiones, Martínez Navarro explica que “se trata de no ignorar situaciones que están ahí,” ya que “hay muchas opciones posibles de regulación; en Brasil, por ejemplo, en el caso de la maternidad subrogada lo que se ha decidido es permitirla pero sólo de forma altruista entre familiares de primera y segunda generación”.

Desde la Fundación IDIS, que aglutina a las principales aseguradoras sanitarias y hospitales privados, también se apuesta por la necesidad de reformar algunos aspectos de la ley actual.

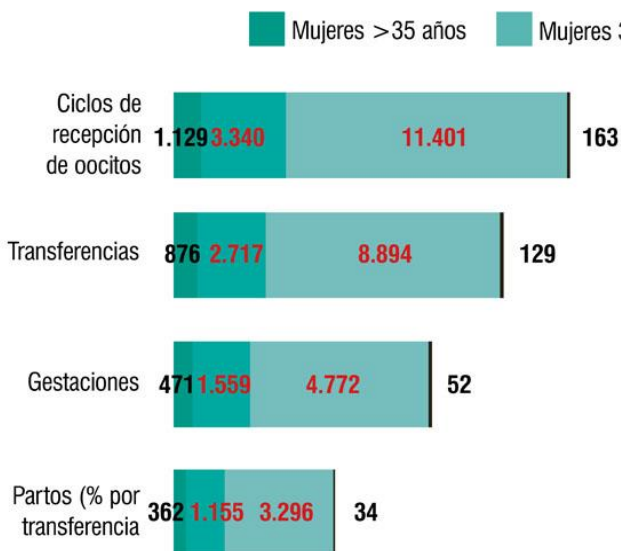
Las listas de espera, la desigualdad en el acceso a tratamientos, los límites de edad y la no financiación en mujeres sin pareja masculina han llevado a que el 80% de ciclos se realice en la privada

Luis Mayero, presidente de la Fundación IDIS, recuerda que entre las tareas pendientes de la ley está dar respuesta a cuestiones no resueltas del todo como las recogidas recientemente por la Fundación Grifols i Lucas en una monografía sobre la cuestión y “que se pueden resumir en cuestiones de acceso y financiación; el posible uso con fines eugenésicos, limitado por el artículo 1.1 de la ley y la prohibición de la clonación con fines reproductivos o el carácter de la compensación en relación con la supuesta gratuidad de la donación de gametos y preembriones”.

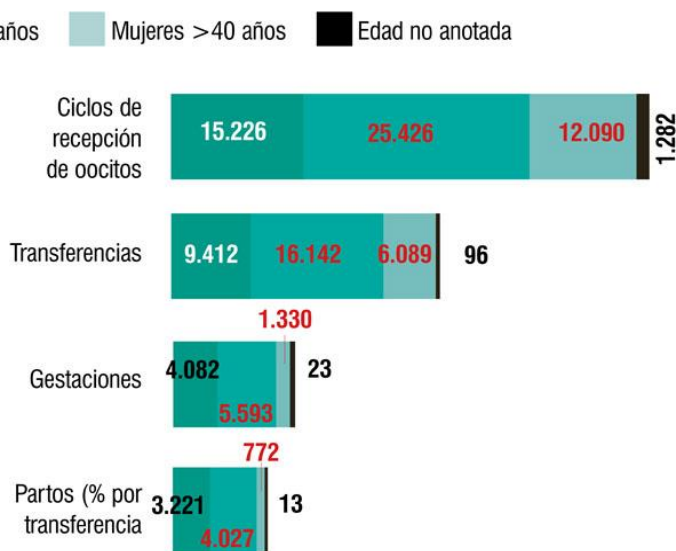
La lista de **tareas pendientes** se alarga a “la indeterminación de la edad máxima de acceso a la reproducción asistida en relación con los dilemas planteados por las llamadas madres-abuelas. Las lagunas existentes en torno a la disposición de los embriones sobrantes, en especial cuando existe desacuerdo entre pareja que los creó, o en el recurso al **diagnóstico genético preimplantacional** con fines distintos a la detección de determinadas enfermedades o alteraciones sobre el preembrión, como puede ser la selección de sexo por razones de equilibrio familiar. Y, finalmente, la gestación subrogada o de sustitución (el mal llamado **vientre de alquiler**), una técnica de reproducción asistida que hace más de 25 años que se utiliza en Estados Unidos”, detalla Mayero entre la larga lista de retos pendientes de la legislación.

Una lista que podría seguir alargándose con cuestiones como la incongruencia actual de la legislación española en la que los concebidos por técnicas de reproducción asistida con donación de gametos no tienen derecho a conocer la **identidad de sus padres biológicos** pero quienes han sido adoptados sí. A todas estas tareas de la ley se suman además las desigualdades entre autonomías, que mantienen condiciones distintas de acceso a la financiación pública de estos tratamientos y, según ha denunciado el Defensor del Pueblo, también listas de espera lo bastante dispares como para no poder garantizar equidad.

ACTIVIDAD CON OOCITOS DE DONANTE



FIV CLÁSICA+ISCI CON OOCITOS PROPIOS



Fuente: Registro Nacional de Actividad en Reproducción Asistida de la SEF 2016

Requisitos autonómicos de acceso a reproducción asistida

Con carácter general, la reforma de 2014 estableció que se haría un estudio de infertilidad tras 12 meses de relaciones con coito vaginal (lo que excluyó la opción de mujeres sin pareja masculina) o 6 meses en pacientes mayores de 35 años. El **acceso a tratamiento** se daría para mujeres mayores de

18 años y menores de 40 y hombres mayores de 18 y menores de 55. Además, se estableció como requisito no tener ningún **hijo previo y sano** o, en caso de parejas, no tenerlo en común. La norma nacional sólo financia la criopreservación por indicación médica, no por elección personal, y no sufraga su transferencia a mayores de 50.

Aunque la legislación nacional establece esto, las diferencias autonómicas siguen siendo notables. A simple modo de ejemplo: todas las autonomías, a excepción de Asturias y Murcia (que dice estar en trámites de reformar esta cuestión) han cambiado sus criterios para permitir el **acceso a mujeres solas** y lesbianas (Sanidad ha anunciado que lo adoptará con carácter nacional). En Castilla y León se ha añadido la financiación de inseminación en parejas, aunque tengan ya un hijo en común; en País Vasco se sufragan 5 **inseminaciones** en lugar de 4, en Murcia no se realizan tratamientos con donación de gametos (pendiente de reforma) ... Lo que da idea de la desigualdad que todavía persiste, incluso sin necesidad de fijarse en las demoras, elevadas en autonomías como Cataluña, con 3.500 mujeres en lista de espera.

Todo ello, sumado a las **limitaciones de edad** y de ciclos financiados, han hecho que, aun formando parte de la cartera de servicios pública, la reproducción asistida sea mayoritariamente prestada por la privada, que copa el 80 por ciento de ciclos anuales.