



BOLETIN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

II LEGISLATURA

Serie E:
OTROS TEXTOS

21 de abril de 1986

Núm. 166

INDICE

Núm.

Página

ASUNTOS DIVERSOS (AD)

AD 38-I	Aprobación por el Pleno del Informe de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación In Vitro y la Inseminación Artificial Humanas, así como las iniciativas particulares o sugerencias de los Grupos Parlamentarios de la Cámara	1975
---------	---	------

ASUNTOS DIVERSOS

AD-38-I

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del pasado día 10 de abril, ha aprobado el Informe de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación In Vitro y la Inseminación Artificial Humanas, así como las iniciativas particulares y sugerencias de los Grupos Parlamentarios de la Cámara.

En ejecución de dicho acuerdo y en cumplimiento de lo previsto en el artículo 97 del Reglamento, se ordena la publicación de las recomendaciones y de las iniciativas particulares o sugerencias de los Grupos Parlamentarios, aprobadas por la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 17 de abril de 1986.—P. D., El Secretario general del Congreso de los Diputados, **Luis María Cazorla Prieto**.

Como resultado de los trabajos realizados en la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación In Vitro y la Inseminación Artificial Humanas, el Pleno del Congreso de los Diputados ha aprobado lo siguiente:

RECOMENDACIONES

A) De carácter general

1. Se deberá autorizar la realización de las técnicas de reproducción humana asistida (Inseminación Artificial, Fecundación In Vitro con Transferencias de Embiones, u otras similares), siempre que estén justificadas y autorizadas y se realicen en Centros o Servicios Sanitarios y por equipos cualificados y legitimados para ello.

2. Debería procederse a la aprobación de una legislación que posibilite y regule las técnicas de fecundación asistida, así como la investigación y experimentación positivas que de aquellas puedan derivarse. En su defecto y hasta entonces deberían promulgarse las normas reglamentarias precisas.

3. La legislación o normativa debería tener en cuenta los intereses en conflicto de las mujeres receptoras, de los padres legales, de los donantes, de los futuros hijos, de los Centros Sanitarios y de los colectivos profesionales que realicen o intervengan en la realización de estas técnicas.

4. Debería producirse legislación o normativa sobre la cualificación y protección jurídicas de los gametos y de los embriones humanos, considerando a estos últimos

desde su origen y hasta su extinción natural, no provocada caprichosa ni arbitrariamente.

5. Debería garantizarse tanto al hombre como a la mujer, solteros o casados, el secreto sobre su esterilidad y sobre el origen de los hijos nacidos por estas técnicas de reproducción.

6. Se debería considerar como pareja heterosexual estable a la pareja que mantenga una relación similar al matrimonio, y asuma, respecto de los hijos, los derechos y obligaciones de aquél.

7. Deberán prohibirse las denominadas «desviaciones no deseables» de estas técnicas de procreación humana descritas en este Informe y las que normativamente se establezcan.

8. La realización de cualquiera de las denominadas «desviaciones no deseables» será considerada delito criminal.

9. Debería prohibirse la importación de gametos o embriones humanos.

10. No debería autorizarse la realización de estas técnicas en parejas homosexuales.

11. Se debería permitir que un miembro del matrimonio o de la pareja estable pueda utilizar los gametos congelados del otro miembro ya fallecido para lograr su propia descendencia. Véanse recomendaciones 13 y 61.

12. Se debería permitir la utilización de embriones en favor de un miembro del matrimonio o la pareja estable, después que el otro miembro haya fallecido.

13. Deberá legislarse que el hijo nacido por IA con semen del marido o varón de la pareja estable, o por FIV-TE con un embrión congelado originado con semen de aquéllos, cuando el material reproductor no esté en el útero de la mujer del matrimonio o pareja estable en la fecha de la muerte de aquéllos, no sea tomado en consideración a fines de la sucesión o de la herencia del fallecido.

14. Se deberá reglamentar sobre las condiciones en que se puedan congelar los gametos o embriones con garantías para su integridad y viabilidad, y sobre las manipulaciones de que puedan ser objeto.

15. Debería definirse legislativamente el ámbito constitucional de la investigación de la paternidad y maternidad.

16. Debería actualizarse la legislación en materia de adopción.

B) Sobre las técnicas de fecundación asistida

17. La Inseminación Artificial y la Fecundación In Vitro con Transferencias de Embriones o técnicas afines tendrán como finalidad fundamental la actuación médica ante la esterilidad irreversible de la pareja humana, para facilitar la procreación cuando las demás terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas, ineficaces o imposibles de realizar.

18. Estas técnicas podrán utilizarse también para la prevención y eliminación de enfermedades de origen genético o hereditario, cuando estén justificadas porque

exista un riesgo serio de transmisión al hijo, y sea factible hacerlo con suficientes garantías.

19. Una vez realizadas las técnicas, podrá autorizarse la investigación y experimentación con gametos y con embriones humanos no viables ni implantables, con fines exclusivamente positivos y en base a una estricta regulación.

20. Estas técnicas se deberán aplicar solamente cuando haya posibilidades de éxito y no supongan riesgo para la salud de la madre o la descendencia.

21. Estas técnicas no deberán utilizarse con la intención de seleccionar el sexo del futuro hijo, excepto cuando se trate de evitar una grave enfermedad ligada al sexo del hijo que va a nacer.

22. Estas técnicas sólo podrán realizarse en personas mayores de edad y en buen estado de salud psico-física y genética, cuando aquéllas así lo soliciten y estén indicadas.

23. Se considera obligatoria una información y asesoramiento suficientes a quienes deseen recurrir a estas técnicas de reproducción humana o sean donantes o receptores de gametos y embriones humanos, sobre los aspectos o implicaciones posibles de las técnicas como pueden ser los resultados previsibles o sus riesgos.

24. La información y asesoramiento se extenderá a cuantas consideraciones de carácter jurídico, biológico, ético o económico (si hubiere costes), lo requieran.

25. La aceptación de cualquiera de estas técnicas o sus derivaciones deberá recogerse en un formulario al efecto, cubierto y firmado por los propios receptores y/o donantes.

26. La mujer debe firmar libre y responsablemente su consentimiento para la Inseminación Artificial o la FIV y la TE o técnicas afines y podrá pedir que se suspendan en cualquier momento de su realización.

27. La Inseminación Artificial o la FIV u otras técnicas afines realizadas con semen de donante, en el caso de parejas estables o matrimonio deberán hacerse también con consentimiento expreso y escrito del varón de la pareja correspondiente.

28. La Fecundación In Vitro con óvulos de donante deberá hacerse con el conocimiento y consentimiento escrito previos tanto de la mujer como del varón con el que forma pareja o matrimonio.

29. Nunca deberá mezclarse semen de diferentes donantes para inseminar a una mujer.

30. Nunca deberán utilizarse óvulos de distintas donantes para realizar una FIV o técnicas similares.

31. Se deberá autorizar la capacitación in vitro del semen del varón correspondiente, para realizar una IAC.

32. En el supuesto de que por regulación legal o en su defecto por acuerdo de la Comisión Nacional de Fecundación Asistida se autorizase una gestación con estas técnicas sin finalidad terapéutica, los gastos no deberían ser costeados con fondos públicos.

33. Deberán transferirse al útero de la mujer solamente gametos o embriones con las debidas garantías genéticas y de viabilidad.

34. Solamente deberán transferirse al útero de la mu-

jer el número de embriones considerado científicamente necesario para asegurar razonablemente el embarazo.

35. Cuando se realicen estas técnicas, con gametos o embriones de donantes especialmente, estos datos sólo constarán en la historia clínica de la mujer, que deberá tratarse con las reservas exigibles.

C) La donación de gametos y embriones

36. Se debería autorizar la donación de gametos y embriones humanos.

37. La donación de gametos para la fecundación asistida no debería poder ser revocada.

38. La donación de gametos y embriones humanos nunca tendrá carácter lucrativo o comercial, si bien deberán compensarse a los donantes los gastos que pudieran originarse por aquéllas, tales como la pérdida de ingresos ocupacionales o los gastos de desplazamiento.

39. Se deberán prohibir las instituciones, ajenas a los Centros sanitarios autorizados para realizar las técnicas de fecundación asistida, que trafiquen con gametos o embriones humanos.

40. Las personas que trafiquen mercantilmente con embriones o gametos humanos serán objeto de sanción.

41. La donación de gametos o de embriones será realizada únicamente por personas mayores de edad, en buen estado de salud psico-física y genética y con libertad y capacidad para decidir.

42. La donación de gametos a los Bancos de gametos sólo se podrá realizar cuando el estudio psicofísico estandarizado de los donantes resulte favorable, e incluirá el fenotipo y el cariotipo, para descartar la transmisión de enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas.

43. Tales estudios de selección de los donantes, y en el caso de utilización de material genético fresco para uso inmediato, se realizarán en la medida de lo posible con la misma amplitud que cuando el material se va a congelar.

44. La donación de gametos o embriones será siempre voluntaria, y se realizará sin ningún tipo de coacción o inducción sobre los donantes, que la realizarán dando consentimiento escrito una vez que son aceptados como tales y han sido informados sobre sus fines y consecuencias.

45. La edad de los donantes debería establecerse entre los 18 y los 35 años de edad.

46. Cada hombre o mujer que donen semen u óvulos respectivamente, y también si conjuntamente donaran embriones, deberán comunicar si están casados o forman pareja estable o no. Cuando ocurra lo primero, deberán hacer la donación con consentimiento del otro miembro al que están vinculados.

47. Los donantes de gametos y embriones deberán ser mantenidos en el anonimato, custodiándose su ficha o historia clínica referencial en los Centros y Servicios Sanitarios con la exigencia del más estricto secreto.

48. Los donantes no deberán conocer la identidad de la receptora, y viceversa.

49. Los donantes de gametos y embriones deberán ser

advertidos de la posibilidad de que él o los hijos nacidos de su donación deseen ampararse en la Constitución y en las leyes para intentar recabar la investigación de la paternidad.

50. Los donantes de gametos y embriones, en ningún caso podrán reclamar ni ser reclamados para el cumplimiento de las responsabilidades ligadas a su paternidad o maternidad.

51. Los donantes tienen derecho a que los gametos o embriones sean tratados con las debidas garantías científicas y técnicas.

52. De un/a mismo/a donante de semen u óvulos respectivamente, sólo deberían nacer como máximo seis descendientes, y en una misma circunscripción territorial, hasta que este número se determine por Ley.

53. Se prohibirá desvelar la identidad de los donantes de gametos o embriones, y de los receptores.

Sólo cuando se den circunstancias extraordinarias que comporten un comprobado peligro para la vida del hijo, debería ceder el secreto de la donación en aras de aquel interés preeminente, sin que ello implicara reconocimiento jurídico de la paternidad ni publicidad de la identidad del donante.

54. No será divulgada ninguna información respecto de los donantes o de los receptores, o de las exploraciones o técnicas de que hayan sido objeto, para ningún fin, salvo que los receptores o los hijos nacidos soliciten información general sobre los donantes que no incluya su identificación.

55. Debería organizarse un Registro Nacional informatizado de donantes de gametos y embriones, así como de las muestras de material reproductor humano, con las garantías, cautelas y requisitos precisos, y en forma de clave.

56. El Registro Nacional de donantes de gametos y embriones debería consignar asimismo cada uno de los hijos nacidos de los distintos donantes, la identidad de las parejas o personas receptoras y su localización territorial, siempre que sea posible.

57. Se garantizará a los donantes de gametos o embriones que el material reproductor donado nunca será objeto de comercio y que su utilización será la acordada expresamente al hacer la donación.

58. La donación por parte del Banco de gametos o embriones a posibles receptores, exigirá en estos los mismos estudios y pruebas que a los donantes.

59. Los donantes de gametos y embriones nunca intervendrán en el traslado del material donado de un Centro o servicio a otro.

60. Cuando en el Registro Nacional citado o en los Centros o servicios sanitarios dedicados a la fecundación asistida se tenga conocimiento de que han fallecido los correspondientes donantes, la muestra donada deberá pasar a disposición de los Bancos en que el depósito deberá para ser utilizada según el acuerdo establecido al hacer la donación.

61. Los gametos de un miembro de una pareja estable o matrimonio, ya fallecido, podrían ser utilizados por el otro y para lograr su propia descendencia, pero en nin-

gún caso el hijo nacido deberá ser tomado en consideración a efectos de sucesión y herencia del fallecido.

62. Las personas que vayan a ser tratadas con radioterapia, quimioterapia o procedimientos similares para los mismos fines, podrán depositar sus muestras de material reproductor en los Bancos correspondientes, y sólo para su propia utilización posterior. Estas muestras serán destruidas si los depositantes fallecieran.

63. No deberá permitirse la donación de embriones obtenidos por lavado uterino, para transferencia a otra mujer.

D) Sobre manipulación con gametos y embriones

1) Congelación

64. El semen podrá congelarse, conservarse y depositarse en Bancos de gametos autorizados, durante el tiempo que la Ley determine y con las garantías que se señalen. Hasta que no exista normativa, el tiempo máximo de congelación se deberá establecer en cinco años.

65. La congelación de óvulos no deberá autorizarse con fines terapéuticos hasta se demuestre científicamente como realizable, con las garantías precisas.

66. Tales criterios de permanencia de las muestras en el Banco de gametos podrán ser modificados por indicación de la Comisión Nacional de Fecundación Asistida, en base a los nuevos conocimientos o avances técnicos y de forma reglamentada.

67. Deberá comunicarse a la pareja a cuya mujer se realiza una FIVTE, el número de embriones sobrantes y su manipulación ulterior para la congelación, conservación y depósito.

68. Los embriones sobrantes, por no transferidos al útero, podrán ser congelados y depositados en los Bancos de embriones autorizados al efecto, por un máximo de cinco años, en tanto este tiempo de congelación no sea fijado por Ley.

69. Pasados dos años del depósito de gametos o embriones congelados, estos quedarán a disposición de los Bancos correspondientes.

70. Hasta que se legisle al efecto, la duración de la congelación de los embriones podrá ser modificada reglamentariamente por indicación de la Comisión Nacional de Fecundación Asistida, y en función de los nuevos conocimientos científicos y técnicos.

71. El posible cambio en el tiempo de congelación de los embriones deberá comunicarse a la pareja que los produjo, salvo que los hubiera donado.

72. Los embriones congelados y almacenados en el Banco de embriones que no hayan sido donados a éste, o se encuentren en el plazo de congelación establecido, serán patrimonio de la pareja que los produjo para tener descendencia, la cual podrá disponer de ellos durante el tiempo reglamentado para una nueva gestación.

72 (bis). Los embriones que queden a disposición del Banco correspondiente sólo podrán ser utilizados para

transferencia cuando sean implantables, en las condiciones que legalmente se establezcan, que en ningún caso podrán suponer comercialización de los mismos, o para investigación autorizada.

73. Las parejas con embriones sobrantes de la FIVTE y congelados, deberán expresar su voluntad por escrito sobre aquéllos, para el caso de fallecimiento de uno de los miembros de la pareja, de divorcio, de contracción de enfermedades concretas o cuando deseen donarlos. Si hubieren fallecido, los embriones sobrantes pasarán a disposición del Banco de embriones.

74. Mientras permanezcan congelados y en depósito, los embriones no tendrán ningún derecho jurídico hereditario.

75. Los gametos o embriones congelados deberán ser revisados periódicamente, en los tiempos que reglamentariamente se estimen.

2) Investigación y experimentación

76. Sólo se autorizará la investigación y la experimentación en embriones no implantables.

77. Los embriones sólo pueden ser objeto de investigación y experimentación científica positivas hasta el catorce día siguiente al de su formación «in vitro», y cuando se manifiesten en ellos señales de imposibilidad de implantación en el útero de la mujer, por trastornos biológicos o anomalías.

78. La investigación o experimentación sobre embriones sólo serán posibles si están autorizados legalmente, o en su defecto, por la Comisión Nacional de Fecundación Asistida. En cualquier caso, esta Comisión Nacional deberá conocer previamente los proyectos claramente desarrollados, y autorizarlos.

79. Cualquier investigación sobre embriones no implantables tendrá exclusivamente como finalidad una actuación positiva en beneficio del individuo y de la humanidad.

80. La investigación y experimentación en embriones deberá contar con el consentimiento de la pareja de la que son sobrantes, una vez que haya sido informada de los fines que se persiguen.

81. Los embriones no podrán ser mantenidos in vitro más allá de catorce días desde que fueron originados, descontando de ese tiempo el que estuvieren congelados. Pasados esos catorce días los embriones deberán ser destruidos, o en otro caso se incurrirá en delito.

82. Los embriones que hayan sido objeto de investigación no deberán desarrollarse más de catorce días, descontando de ellos el tiempo en que pudieran haber estado congelados.

83. Se prohibirá la transferencia de embriones al útero de una mujer, cuando hayan sido objeto de investigación.

84. Se prohibirá utilizar gametos humanos para producir embriones, si hubieren sido objeto de investigación o experimentación, y su transferencia a una mujer.

85. Durante la vida intrauterina, el embrión o el feto

engendrados por estas técnicas de fecundación asistida o por vía natural, no podrán ser objeto de investigación si no es con una finalidad terapéutica o legal (éste sería el caso del diagnóstico de anomalías fetales graves para la interrupción voluntaria del embarazo, según está establecido por Ley).

86. Debería autorizarse la investigación dirigida a conocer el origen y desarrollo de la vida humana, la infertilidad y sus causas, los medios de anticoncepción y el cáncer, especialmente el coriocarcinoma.

87. Deberá prohibirse la experimentación con embriones y gametos humanos.

88. Podría autorizarse el test del hamster con fines positivos de investigación y experimentación, si bien debería regularse normativamente o en su defecto, ser autorizadas previamente por la Comisión Nacional de Fecundación Asistida, una vez estudiado el expediente oportuno.

89. Se prohibirá la unión de gametos humanos con los de otras especies, y las denominadas «desviaciones no deseables» de estas técnicas de reproducción humana asistida, que serán consideradas delito.

3) La terapéutica génica

90. La terapéutica génica sólo se autorizará en aquellas enfermedades en que haya un diagnóstico muy preciso, que sean de pronóstico muy grave o fatal, que no cuenten con otra alternativa de tratamiento y cuando ofrezca garantías de solución, al menos razonable, del problema.

91. La pareja deberá ser rigurosamente informada sobre los procedimientos, investigaciones diagnósticas, posibilidades de éxito y riesgos de la terapéutica génica, en el supuesto que ésta les fuera propuesta.

92. Se debería disponer de una lista de enfermedades en las que la terapia génica cuenta con medios diagnósticos fiables y con posibilidades razonables de éxito.

93. La terapéutica génica nunca deberá influir sobre los caracteres hereditarios no patológicos, ni irá dirigida a la selección de la raza.

94. La investigación de las enfermedades que se indiquen y la terapéutica génica, se realizarán únicamente en centros o servicios autorizados, y por equipos especializados y autorizados.

E) Las receptoras de gametos y embriones

95. Se debería recomendar como edades más idóneas de la mujer para la procreación utilizando estas técnicas, las comprendidas entre los 18 y los 35 años.

96. Quienes vayan a ser asistidas por estas técnicas de procreación no podrán escoger los donantes, debiendo confiar su elección al mejor criterio del equipo médico que realiza las técnicas.

97. Se deberá garantizar que los donantes tengan la mayor similitud fenotípica e inmunológica, y las máximas posibilidades de compatibilidad con la mujer recep-

tora y con el varón de pareja o matrimonio que constituyen.

98. Las receptoras de gametos o embriones y el varón que forme la pareja estable o matrimonio, tienen derecho a conocer determinadas características del o de los donantes, tales como el fenotipo, el grupo étnico, el grupo sanguíneo, la salud genética, etcétera, pero no su identidad.

99. La mujer y su pareja tienen derecho a ser informados sobre las pruebas que se hayan realizado al o a los donantes elegidos para contribuir a la realización en ella de estas técnicas.

F) Con respecto a los padres

100. Deberá regularse que el matrimonio o pareja estable a cuya mujer se realice una IAD, o una FIV con semen, óvulos o embriones de donantes —previa y fehacientemente consentidas por ambos miembros de aquel vínculo—, serán los padres legales del o de los hijos que nazcan.

101. El marido o varón de una pareja estable, a cuya mujer se ha realizado una IAD o una FIV con material germinal donado, sin que él haya dado su consentimiento —o cuando si hubo consentimiento éste fue desatendido en sus términos sustanciales probadamente—, podrá renunciar al hijo así nacido, que será registrado como sin padre.

102. Cuando se hayan donado embriones de una pareja previamente fallecida, la pareja receptora serán los padres legales, y sus hijos serán sus herederos (y no de los donantes), siempre que la pareja receptora haya dado su consentimiento expreso y escrito.

103. La condición de padres legales previamente consentida en estos casos citados, no podrá anularse aunque los hijos nacieren con taras o enfermedades hereditarias.

G) Con respecto a los hijos

104. Los niños nacidos con estas técnicas de procreación cuando en su origen hayan participado donantes anónimos, tendrán los mismos derechos que los niños concebidos, de forma natural o no, con gametos de los miembros de la misma pareja o matrimonio.

105. Los niños nacidos por estas técnicas tienen derecho a exigir la protección de sus padres legales.

106. Los hijos nacidos por estas técnicas cuando intervienen donantes, se inscribirán en el Registro local sin que conste ningún dato sobre su origen biológico.

107. El hijo nacido por estas técnicas de procreación deberá ser considerado legalmente como hijo de la madre que lo ha gestado y del varón de la pareja que constituye, siempre que ambos lo hubieran acordado y aceptado previamente en un documento fehaciente.

108. Debería prohibirse cualquier acción de filiación, cuando los padres hayan consentido la realización de estas técnicas a la mujer, previa y expresamente por escrito.

109. Se deberá garantizar el secreto de origen de los niños nacidos por estas técnicas de procreación, no sólo por las profesionales o Centros sanitarios, sino también al amparo de una legislación.

110. Sobre los hijos nacidos Postmortem, ver Recomendaciones 13 y 61.

111. Los hijos nacidos de donantes, tendrán derecho, llegada la mayoría de edad, a conocer las características generales biofísicas de los donantes, pero no su identidad.

112. Debería establecerse legalmente si los hijos nacidos de donantes pueden recurrir al amparo constitucional y a las leyes para recabar la investigación de la paternidad.

113. En cualquier caso, la investigación de la paternidad no deberá tener consecuencias legales para los donantes de gametos o embriones.

114. Para establecer la progenitura en los niños nacidos por donación de embriones se tendrá en cuenta la fecha en que nacieron, y no el momento de la producción in vitro de los embriones correspondientes.

H) Sobre la gestación de sustitución

115. Deberá prohibirse la gestación de sustitución en cualquier circunstancia.

116. Deberán ser objeto de sanción penal o del tipo que procediera, las personas que participen en un contrato de gestación de sustitución, aunque no sea escrito, así como las personas, agencias o instituciones que las propicien, y los equipos médicos que las realicen.

117. Deberán ser objeto de sanción los Centros Sanitarios o Servicios en los que se realizarán las técnicas para la gestación de sustitución.

I) Sobre la gestación en la mujer sola

118. Podrá autorizarse la gestación en la mujer sola por medio de estas técnicas, si padece una esterilidad irreversible que las justifique, y con cargo al erario público.

119. Si la mujer sola estéril tiene un ciclo ovárico normal, no se autorizará la gestación por donación de embriones.

120. La mujer sola no estéril podrá beneficiarse de estas técnicas. Se autorizará únicamente la inseminación artificial con semen de donante, sin que los gastos de su realización se hagan con fondos públicos.

121. Para autorizar una gestación en la mujer sola por estas técnicas, se valorará previa y razonablemente si la mujer reúne las condiciones precisas para gestar, mantener y educar dignamente al futuro hijo, y para facilitarle el adecuado ambiente de bienestar, evitando que pueda ser vejado o indisciplinado socialmente por causas ostensibles y notorias inherentes a la madre.

J) Sobre los requisitos de los Centros Sanitarios

122. Todos los Centros o Servicios en los que se realicen estas técnicas de procreación humana deberán tener

la consideración de Centros o Servicios Sanitarios, públicos o privados, y se registrarán por lo informado en la Ley General de Sanidad y en la normativa correspondiente de las distintas Administraciones públicas.

123. Las técnicas de Fecundación Asistida, y las actuaciones permitidas que de ellas puedan derivarse, sólo podrán ser realizadas en Centros o Servicios Sanitarios legalmente autorizados, acreditados y homologados para tales fines. Estarán dirigidos por un médico o titulado superior cualificado en las materias específicas que realicen, y su ámbito actuacional serán los equipos de trabajo.

124. El incumplimiento de los requisitos reglamentarios para el funcionamiento de estos Centros y Servicios, con las responsabilidades que de ello puedan derivarse, será sancionado administrativamente, sin perjuicio de otras actuaciones legales de que pueda ser objeto.

125. Para garantizar la buena práctica de estas técnicas, los Centros y Servicios deberán contar con el equipamiento y medios precisos, humanos y materiales, y entre ellos, en su caso, gabinetes psicológicos.

126. Los Centros y Servicios tendrán carácter regional y nacional.

127. Los Centros y Servicios deberán someterse al control de calidad y la evaluación de sus actividades.

128. Se debería tender a que los Bancos de Gametos y Embriones formen una unidad específica e interdisciplinar en los Centros o Servicios en los que se realizan las técnicas de Fecundación Asistida.

129. En los departamentos o servicios de Ginecología debería procurarse que las personas subsidiarias de estas técnicas y tratamientos sean atendidas independientemente de otras usuarias.

130. Se debería reglamentar el transporte de gametos o embriones entre los Centros o Servicios que realicen estas técnicas.

131. Se debería contar con un Registro Nacional de Centros o Servicios que realizan estas técnicas de procreación, a disposición de los usuarios.

132. La Comisión Nacional de Fecundación Asistida y las Administraciones sanitarias deberían indicar, y ser exigidos por las últimas, los requisitos de organización y funcionamiento de estos Centros y Servicios y los mecanismos de información y asesoramiento.

K) Sobre las actuaciones y responsabilidades de los equipos médicos

133. Los equipos médicos que trabajen en estos Centros o Servicios Sanitarios deberán estar contrastadamente cualificados y legitimados y contarán con las estructuras y equipamiento necesarios. Actuarán interdisciplinariamente y bajo la dirección de un Director de Centro, Departamento o Servicio.

134. Los equipos médicos que responsabilicen la realización de estas técnicas habrán de exigir los oportunos consentimientos de los donantes, de las receptoras y en su caso de los varones del matrimonio o pareja que constituyan, anticipadamente y por escrito.

135. Los equipos médicos serán responsables penalmente si violan al anonimato de los donantes, si realizan mala práctica con los gametos o embriones o con las técnicas de fecundación asistida, o si por omitir el chequeo genético de las partes implicadas se transmitieran a los descendientes enfermedades congénitas o hereditarias que hubieran podido evitarse con aquel examen previo.

136. El equipo médico no será responsable de los problemas que de estas técnicas puedan derivarse, siempre que las técnicas hayan sido programadas y realizadas correctamente y que las personas estén debidamente informadas de las posibles eventualidades y riesgos.

137. El equipo médico que haya actuado con buena práctica, no será responsable de que los hijos nazcan con taras o malformaciones, si bien, ocurriendo esta posibilidad con igual incidencia que en el embarazo normal, deberá comunicarse previamente a las personas sometidas a estas técnicas.

138. El equipo médico que actúe con buena práctica no será responsable de los daños que puedan producirse en los gametos o embriones, tanto frescos como congelados.

139. Los equipos médicos deberán realizar a los donantes y a las receptoras cuantos estudios estén protocolizados, y en especial los que puedan evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, hereditarias o genéticas, o de cualquier otro factor que pueda originar daños a la mujer o al futuro hijo.

140. El equipo médico y el personal que trabaje en estos Centros y Servicios estará obligado a guardar el secreto de los donantes y de las personas a las que se realicen estas técnicas.

141. Se sancionará penalmente cualquier información sobre los donantes o receptoras, con excepción de la gestión de sustitución, si ésta se autoriza.

142. Todas las referencias o datos sobre los donantes o las receptoras y sus compañeros en el matrimonio o la pareja, así como los consentimientos de las partes implicadas, deberán recogerse en una Historia Clínica en los Centros o servicios correspondientes, con la debida cautela y protección.

143. La no realización de las Historias Clínicas o la omisión de las citadas referencias o datos, determinará responsabilidades de los equipos médicos.

144. Los datos de las Historias Clínicas, exceptuando la identificación de los donantes, deberán ser puestos a disposición de la receptora y del varón al que está vinculada, o del hijo legal de ambos nacido por estas técnicas (llegada la mayoría de edad) si fueran solicitados por aquéllos.

145. El equipo médico no aceptará la donación de gametos o embriones cuando pueda sospechar razonablemente que no va a guardarse el secreto de la donación.

146. El equipo médico deberá responsabilizarse del seguimiento de los embarazos que haya conseguido por estas técnicas, aunque éstos puedan ser atendidos en el ámbito territorial de la mujer gestante.

147. El equipo médico deberá explicar a los solicitantes de estas técnicas las razones por las que no acepta realizarlas.

148. El equipo de un Banco de Gametos o Embriones deberá explicar las razones por las que un candidato o donante es rechazado.

149. El equipo médico no podrá realizar investigaciones o experimentaciones en gametos o embriones si no están legalizadas, o en su defecto si no han sido autorizadas previamente por la autoridad sanitaria, oída la Comisión Nacional de Fecundación Asistida, y en base a un proyecto.

150. Los equipos médicos no realizarán terapéuticas genéticas cuando haya otra posibilidad, o si no hay las debidas garantías diagnósticas y del tratamiento a seguir.

L) La Comisión Nacional de Fecundación Asistida

151. Se recomienda la creación de una Comisión Nacional de Fecundación Asistida, de carácter permanente, y en cuya composición participen tanto las administraciones sanitarias como los representantes de las distintas Sociedades relacionadas con la reproducción humana.

152. La Comisión Nacional debería estar constituida por un Comité de Inseminación Artificial, un Comité de Fecundación in vitro y técnicas afines, y un Consejo Social de amplio espectro social.

153. Las funciones de la Comisión Nacional de Fecundación Asistida deberán dirigirse a orientar e indicar sobre el mejor modo de realizar las actuaciones y organizar los medios y equipos, en aras a la óptima aplicación de estas técnicas de reproducción humana.

154. En tanto no se legisle al efecto, la Comisión Nacional de Fecundación Asistida debería estar legitimada para autorizar proyectos de investigación o experimentación relacionados con estas técnicas, o peticiones especiales para su aplicación.

155. Las Comunidades Autónomas deberían constituir Comisiones similares a la Nacional, de carácter Regional, y que tendrían su representación en aquélla como se regule.

CUADRO NUM. 1

Población de mujeres en edad fértil (entre los quince y los cuarenta y nueve años)	8,8 millones (un 47 por ciento de todas las del país)
Población de mujeres casadas en edad fértil	5,8 millones
Población de mujeres solteras en edad fértil	2,9 millones
Parejas casadas estériles (un 10-13 por ciento del total)	580.000-794.000 parejas casadas
(No se cuentan, por falta de datos, la esterilidad en las parejas estables no casadas, ni en las mujeres solas).	
El 40 por ciento pueden tratarse con la FIVTE o técnicas afines	222.000-317.000 parejas casadas
El 20 por ciento pueden tratarse con la Inseminación Artificial	111.000-158.500 parejas casadas

FUENTES: Plan Nacional de Centros de Orientación Familiar del Ministerio de Sanidad y Consumo (1984)

INE.

Aportaciones a la Comisión Especial.

«Revista Española de Investigaciones Sociológicas», número 10 (1980).

CUADRO NUM. 2

Total de mujeres casadas en España	10.657.745 (Fuente: INE)
Mujeres casadas entre veinte y treinta cinco años	2.646.801
Parejas estériles en España entre los veinte y los treinta cinco años	181.678
Casos nuevos de esterilidad cada año	16.000 aproximadamente
Casos tributarios de la FIV en estas edades	36.000-90.000
Casos nuevos cada año	3.000-8.000
Casos a atender por cada Centro sanitario de FIV	80-100 al año, aproximadamente
Número de Centros de FIV en España (principalmente privados)	13?
Número deseable de Centros FIV (uno por millón de habitantes)	38-40

FUENTE: SEF (Sociedad Española de Fertilidad).

A solicitud del Presidente de la Comisión Especial.

CUADRO NUM. 3

POBLACION FEMENINA COMPRENDIDA ENTRE LOS QUINCE Y CUARENTA Y NUEVE AÑOS. DESGLOSE POR COMUNIDADES AUTONOMAS

Andalucía	1.476.752	Extremadura	233.985
Aragón	260.335	Galicia	648.607
Asturias	259.135	Madrid	1.172.950
Baleares	152.258	Murcia	217.019
Canarias	331.467	Navarra	126.254
Cantabria	116.320	País Vasco	514.778
Castilla-León	578.200	Rioja	56.747
Castilla-La Mancha	361.973	Ceuta y Melilla	27.726
Cataluña	1.410.511		
Comunidad Valenciana	778.365	España	8.723.652

FUENTE: INE. Censo de población de 1981.

CUADRO NUM. 4
DECENIO 1971-1/3/1981

A) COMPONENTES DE CRECIMIENTO DEMOGRAFICO

CONCEPTOS	1971-1975		1976-1981	
	Cifras absolutas	Tasas por 1.000	Cifras absolutas	Tasas por 1.000
Nacimientos	3.375.401	19,35	3.216.256	16,96
Defunciones	1.494.422	8,57	1.527.070	8,05
Saldo vegetativo	1.880.979	10,79	1.689.186	8,91
Saldo migratorio	-199.102	-1,14	269.761	1,42
Crecimiento total	1.681.877	9,65	1.958.947	10,33

B) ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad	1970	1975	1981
CIFRAS ABSOLUTAS			
Población total	34.041.531	35.723.401	37.682.355
0-14 años	9.395.498	9.681.042	9.646.683
15-64 años	21.378.051	22.327.126	23.777.566
65 y más	3.267.982	3.715.233	4.258.106
PORCENTAJES			
Población total	100,0	100,0	100,0
0-14 años	27,6	27,1	25,6
15-64 años	62,8	62,5	63,1
65 y más	9,6	10,4	11,3
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL ACUMULATIVO (0/00)			
	75/71	81/76	
Población total	9,7	10,4	
0-14 años	6,0	-0,7	
15-64 años	8,7	12,3	
65 y más	26,0	26,8	

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO NUM. 5
EVOLUCION DE LA FECUNDIDAD

Año	Número medio de hijos por mujer	Edad media de las madres	Desviación típica	Año	Número medio de hijos por mujer	Edad media de las madres	Desviación típica
1974	2,88	28,8	5,8	1980 (1)	2,16		
1975	2,81	28,8	5,8	1981 (2)	2,00		
1976	2,79	28,5	5,8	1982 (2)	1,90		
1977	2,66	28,5	5,8	1983 (2)	1,79		
1978	2,53	28,4	5,8	1984 (2)	1,70		
1979	2,34	28,3	5,8				

(1) Cifra provisional. (2) Estimación.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO NUM. 6
EVOLUCION DE LA NUPCIALIDAD

AÑOS	SUMA DE LOS PRIMEROS MATRIMONIOS REDUCIDOS		EDAD MEDIA AL CONTRAER EL PRIMER MATRIMONIO. AÑOS CUMPLIDOS		
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Diferencia
1974	1,058	1,042	26,0	24,3	2,7
1975	1,060	1,037	26,4	23,9	2,5
1976	1,003	0,976	26,2	23,6	2,6
1977	0,982	0,955	26,0	23,5	2,5
1978	0,947	0,920	25,9	23,4	2,5
1979	0,902	0,842	25,9	23,4	2,5

PROPORCIONES DE SOLTEROS, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD
(por 100 habitantes)

GRUPOS DE EDAD	VARONES		MUJERES	
	1975	1981	1975	1981
TOTAL	51,17	49,88	45,85	44,24
De 14 años	100,00	99,54	100,00	99,28
De 15 a 19 años	99,00	97,77	95,31	93,92
De 20 a 24 años	85,52	81,35	62,02	58,76
De 25 a 29 años	39,40	36,70	23,37	22,43
De 30 a 34 años	18,44	17,37	12,77	12,53
De 35 a 39 años	12,39	12,28	9,80	9,95
De 40 a 44 años	10,70	10,45	9,61	8,81
De 45 a 49 años	9,42	10,12	10,70	9,07
De 50 a 54 años	7,97	9,31	11,40	10,72
De 55 a 59 años	7,16	8,21	12,72	11,77
De 60 a 64 años	7,12	7,57	13,13	12,66
De 65 y más años	7,13	7,46	13,80	13,98

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO NUM. 7
MATRIMONIOS, NACIMIENTOS, DEFUNCIONES 1974-1984

AÑOS	MATRIMONIOS		NACIMIENTOS		DEFUNCIONES		Crecimiento vegetativo por 1.000 hab.
	En miles	Por 1.000 hab.	En miles	Por 1.000 hab.	En miles	Por 1.000 hab.	
1974	267.171	7,63	685.219	19,56	298.484	8,52	11,04
1975	271.347	7,64	669.378	18,85	298.192	8,40	10,45
1976	260.974	7,26	677.456	18,85	299.007	8,32	10,53
1977	262.015	7,20	656.357	18,05	294.324	8,09	9,95
1978	258.070	7,02	636.892	17,32	296.781	8,07	9,25
1979	246.349	6,64	601.992	16,22	291.213	7,85	8,38

AÑOS	MATRIMONIOS		NACIMIENTOS		DEFUNCIONES		Crecimiento vegetativo por 1.000 hab.
	En miles	Por 1.000 hab.	En miles	Por 1.000 hab.	En miles	Por 1.000 hab.	
1980 (1)	213.363	5,71	565.401	15,13	287.621	7,70	7,43
1981 (1)	199.057	5,29	532.455	14,13	286.400	7,60	6,53
1982 (1)	188.836	4,98	509.685	13,44	282.250	7,44	6,00
1983 (2)	—	—	497.995	13,06	—	—	—
1984 (2)	—	—	480.634	12,55	—	—	—

(1) Cifras provisionales.

(2) Cifras estimadas.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO NUM. 8

Número de Bancos de semen en España: 14 (en su mayoría privados e irregularmente distribuidos por la geografía).

Necesidades de Bancos de semen en España: un Comité de la SEF-ASESA elabora un trabajo sobre tales necesidades.

Niños nacidos en España por Inseminación Artificial con semen de donantes: 2.000 aproximadamente.

Normativa legal para Bancos de semen: no hay.

Congelación de ovocitos y embriones: no es conocida, en España.

Embarazos por FIV en España: 61.

Nacidos por FIV: 23.

En curso: 31.

Partos prematuros: 1.

Embarazos ectópicos: 1.

Abortos: 7.

FUENTE: SEF (Sociedad Española de Fertilidad). ASESA (Asociación Española de Andrología). A solicitud del Presidente de la Comisión Especial.

GLOSARIO

ABO: Sistema de grupos sanguíneos humanos (A, B, AB, O).

ADN: Acido desoxirribonucleico; material del que están formados los genes, es decir, que contiene la información hereditaria en la mayoría de los organismos.

ARN: Acido ribonucleico; es un ácido nucleico que transporta señales para tareas específicas. Hay varios tipos de ARN, entre ellos, el ARN-mensajero, que lleva señales desde los genes a los ribosomas, el ARN-transferente, que recoge aminoácidos específicos y los lleva a los ribosomas, y el ARN-ribosómico, que atrae al ARN-mensajero.

Alfa-feto-proteína: Proteína del líquido amniótico y del plasma de la sangre, que se utiliza para diagnóstico de las graves lesiones del conducto neural.

Autosomas: Son los 22 pares de cromosomas, no sexuales, de la especie humana.

Anomalías cromosómicas: Una de las muchas variedades de alteraciones patológicas asociadas con trastornos de los cromosomas, sean en su número o en su estructura.

Blastocisto: Etapa del embrión que sigue a la de mórula, y en la que las células internas se disponen alrededor de una cavidad central, acumulándose otras en uno de los polos.

Cariotipo: Es el mapa o clasificación sistemática que se hace con la fotografía de los cromosomas de una célula somática, es decir, con sus características externas; los cromosomas se ordenan así en pares iguales, según su forma y tamaño. La representación gráfica del cariotipo se denomina idiograma. Por medio de una computadora se pueden así detectar todas las anomalías de los cromosomas.

Células reproductoras: Son los gametos, es decir, los espermatozoides del varón y los óvulos de la mujer.

Cigoto (o cigoto): Es la célula diploide (con dos pronúcleos), con potencialidad para desarrollar un ser humano, producida por la fecundación de un óvulo por un espermatozoide.

Citoplasma: Una de las partes principales de las células; masa transparente, viscosa y muy fluida contenida en el interior de las células, y separada del núcleo por su membrana; contiene diversos corpúsculos, órganos y sustancias.

Cromosoma: Es un cuerpo o material hereditario situado en el núcleo de las células somáticas, que contiene los genes. Tienen forma filiforme o parecida a una varilla, aunque luego se hacen más cortos y gruesos. Son pues, los vehículos de la herencia, y su número es constante en cada especie.

Cromosomas sexuales: Son los cromosomas que determinan el sexo, y se denominan X e Y; las mujeres tienen dos cromosomas X, y los varones tienen un cromosoma X y otro Y.

Ecografía: Técnica por la que se utilizan los ultrasonidos para visualizar los órganos sólidos y huecos y las cavidades orgánicas.

Embrión: Célula que cubre una serie de etapas, desde la formación del cigoto hasta su transformación en feto, si llega a implantarse en el útero y desarrollarse.

Espermatozoide: Célula reproductora o gameto masculino.

no, producida en los testículos, en el epitelio germinal de los tubos seminíferos.

Estradiol: Hormona femenina, segregada por el folículo ovárico, que aumenta por la acción de la hormona LH al estar próxima la ovulación.

Fenotipo: Definición que hace referencia a los rasgos externos o morfológicos manifestados por un individuo, por ejemplo, los ojos azules, la forma del cráneo, etcétera.

FIV: Abreviatura de Fecundación in vitro.

FIVTE: Abreviatura de Fecundación in vitro con transferencia de embriones al útero de la mujer.

Folículo ovárico: Estructuras de los ovarios en los que se producen los óvulos. Durante la ovulación o por estimulación de la misma, los óvulos maduros salen del folículo roto.

Gameto: Célula reproductora o germinal; el gameto masculino se llama espermio o espermatozoide y el femenino, óvulo.

Gen (o gene): Unidad básica de la herencia, compuesta por ADN, que ocupa un lugar determinado en un cromosoma; es una secuencia de ADN que origina un producto específico, que determina cada alternativa de un carácter diferencial.

Genotipo: Definición del tipo de genes de un individuo, es decir, la información genética total contenida en los cromosomas de un organismo, y que se refiere a uno solo, a varios o a todos sus caracteres diferenciales.

Gestación: Embarazo de la mujer.

GIFT: Abreviatura de la transferencia intratubárica de gametos (en inglés).

Gonadotropina coriónica: Hormona femenina segregada por la placenta, que estimula la fecundación ovárica durante el embarazo.

Hamster: Animal roedor usado en investigación y experimentación en el laboratorio.

Hormona luteinizante (LH): Se forma en la hipófisis e influye la hinchazón y ruptura del folículo ovárico para producir la ovulación, al estimular la producción de estradiol.

IA: Abreviatura de inseminación artificial.

IAC: Abreviatura de inseminación artificial con semen del cónyuge o del varón de una pareja.

IAD: Abreviatura de inseminación artificial con semen de un donante.

Implantación (o anidación): Fase en la cual el blastocisto se adhiere a la pared interna o mucosa —llamada endometrio—, del útero, y por medio de las denominadas vellosidades coriales. Comienza al 5.º-6.º día de la fecundación.

In vitro: Que se realiza en un cristal; se hace referencia a una técnica de laboratorio, a diferencia de «in vivo», que define lo que sucede en el organismo humano vivo.

Laparoscopia: Procedimiento instrumental que permite visualizar el interior de la cavidad del abdomen; se realiza a través de una pequeña apertura en la pared abdominal anterior y utilizando un artificio luminoso.

Material hereditario: Está constituido por el ADN y en algunos casos por el ARN.

Mitosis: Es un proceso especial por el cual las células se van dividiendo, partiéndose en dos, de tal modo que las células hijas tienen cada una de ellas un número completo de cromosomas y de genes, el mismo que tenía la célula madre original.

Mórula: Masa sólida de células semejando una mora, originada por la división celular del cigoto, y anterior a la etapa de blastocisto.

Ovocito: Células inmaduras del folículo ovárico que por un proceso de maduración en varias etapas van a dar lugar al óvulo maduro, con 23 cromosomas, en el momento de la ovulación.

Óvulo: Célula reproductora o gameto femenino producida en las células del epitelio germinal de la parte externa de los ovarios.

Quimera: Variaciones genotípicas que afectan sólo a las células somáticas.

Replicación: Los genes son capaces de realizar copias exactas de sí mismos, con lo que la reproducción y el desarrollo son posibles. Cada vez que una célula se divide, los genes tienen que replicarse, de modo que cada célula hija o nueva recibe la misma dotación de genes que había en la célula madre. Tal excisión de los genes se hace por su parte media, algo así como cuando se abre una cremallera. En la mitosis celular, que cursa por varias fases, primero se dividen los genes, luego los cromosomas y finalmente la célula se parte en dos nuevas células.

Ribosoma: Pequeña partícula citoplasmática esférica que está formada por proteínas y ARN; en ellas tiene lugar la síntesis de las proteínas.

TE: Abreviatura de transferencia de embriones.

Teratógeno: Agente que produce anomalías en un embrión durante el embarazo, cuando afecta a la madre.

TIG: Abreviatura de transferencia intratubárica de gametos (en español).

Vellosidades coriales: Son las prolongaciones que se establecen entre el embrión y la mucosa uterina durante la implantación que inicia el blastocisto al 5.º-6.º día de la fecundación del óvulo, aseguran la nutrición vascular del embrión (y más tarde, del feto), y fabrican hormonas que protegen la gestación.

SUGERENCIAS FORMULADAS A DETERMINADOS ASPECTOS DEL INFORME DE LA COMISION ESPECIAL, REALIZADO POR LA PRESIDENCIA, DE LOS DIPUTADOS DE LA COMISION Y SUS GRUPOS PARLAMENTARIOS

GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR

Principios Informadores

La ordenación que se propone se inspira en la defensa de la vida, en la protección de la familia, en la prevalencia de la verdad biológica, y en la lucha contra la esterilidad en el matrimonio.

Crterios Jurídicos

— Sólo podrá autorizarse la inseminación artificial de la mujer casada mediante semen del marido.

En consecuencia, se prohibirá la inseminación de la mujer no casada. También se considerará ilícita la maternidad subrogada.

— Para la inseminación artificial se requerirá el consentimiento expreso de ambos cónyuges.

— Se practicará en vida del marido; y si, contrariando esta recomendación, la inseminación se hiciera después de su muerte, el hijo nacido no tendrá derecho a suceder al padre premuerto.

— La fecundación in vitro sólo se autorizará con gametos de los cónyuges.

— Se prohibirá la manipulación de gametos y embriones con propósitos experimentales; pero podrán autorizarse las intervenciones que se realicen en gametos con fines preventivos y en embriones con fines terapéuticos.

GRUPO PARLAMENTARIO MINORIA CATALANA

Se desea hacer constar que el Informe y subsiguientes Recomendaciones son acreedores, en líneas generales, a un juicio positivo, atendidas la objetividad, seriedad y rigor con que son tratados los problemas que un asunto tan complejo y delicado como el que nos ocupa, plantea.

Habida cuenta del carácter pluralista de la sociedad, ampliamente reconocido en nuestro texto constitucional, hubiéramos deseado poder suscribir un Informe consensuado entre todos los Grupos Parlamentarios que permitiera, en un futuro próximo al Legislador desarrollar una normativa que provocara el mínimo de rechazos en la actual sociedad española, a la vez que no pusiera frenos innecesarios al progreso científico. Al no haber sido posible llegar a un consenso unánime, se formula el siguiente voto particular:

De la gestación de la mujer sola

Discrepamos de las Recomendaciones 118 a 121 del Informe, que al llegar a este punto parece que se desvía, sensiblemente, de los criterios rigurosos que en líneas generales se mantienen en todo su texto. En el Informe hay una contradicción entre lo expuesto en las Recomendaciones 17 y 18 y lo mantenido en la 120. En la 17, acertadamente, se señala como finalidad fundamental de las nuevas técnicas «la actuación médica ante la esterilidad irreversible de la pareja humana cuando las demás terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas, ineficaces o imposibles de realizar». Y la 18 dice que «también podrán utilizarse para la prevención y eliminación de enfermedades de origen genético o hereditario». Sin embargo, en la Recomendación 120, se dice que la mujer sola «no estéril» también podrá ser beneficiaria de estas técnicas. Parece claro que en el Informe es de mejor condición la mujer sola que la pareja estable, pues a esta última se le

exige una esterilidad irreversible y para aquélla se prescinde de tal condición.

Muy difícilmente la admisión de la gestación en la mujer sola puede basarse en argumentos constitucionales. Aunque se acuda a una interpretación amplia del artículo 32 y concordantes de la Constitución, no puede llegarse a la conclusión de que la protección a la familia en la misma configurada queda totalmente desligada de la pareja estable, matrimonial o no. Junto al derecho de la mujer a ser madre, está el derecho del hijo a nacer y desarrollarse en el seno de una institución familiar lo más completa posible. La más moderna psicología y pedagogía son unánimes en subrayar el necesario concurso de la pareja (padre-madre, masculino-femenino), en la educación de los hijos. Sería regresivo negar esta realidad científica por el simple hecho de que sea coincidente con la doctrina tradicional sobre la familia.

Los ejemplos de adopción, por la mujer sola (admitida por la legislación) y de la madre soltera (también admitida), carecen de valor ante este supuesto. En el primer caso, es mucho mejor para un menor tener un solo adoptante que no que no tenga ninguno. Y en el segundo, ante la ausencia de un padre legal es lógico que la madre asuma íntegramente los derechos y obligaciones de aquél. En ambos casos se trata de situaciones existentes en la realidad a las que la Ley debe dar solución.

La legislación no debe abrir la puerta para que las nuevas técnicas, por medios artificiales, den lugar a situaciones familiares incompletas o atípicas. El Derecho debe atender a las situaciones reales existentes, no prefabricar artificialmente situaciones anómalas.

GRUPO PARLAMENTARIO VASCO

Comentarios sobre la manipulación positiva de los embriones en sus primeros catorce días

Con relación al tema de la manipulación positiva de los embriones en sus primeros catorce días, estamos de acuerdo en dicha experimentación.

La Comisión de trabajo del Comité creado «ad hoc» en el Consejo de Europa, concretamente el principio 18, sólo admite la experimentación si la finalidad de la intervención terapéutica es para promover el desarrollo y nacimiento de un niño.

Familia, maternidad y paternidad, filiación

En nuestra opinión, estas prácticas sólo deben permitirse a parejas casadas; entre otras razones, por la propia estabilidad que formal y objetivamente desempeña el vínculo matrimonial, además si el interés primordial es del hijo que va a nacer, éste tiene derecho a acceder a un padre y una madre en una relación institucionalizada y permanente de principio. Una respuesta ético moral a la cuestión debatida recalcaría el acento en que la pareja no unida por vínculo matrimonial no responde intrínseca-

mente a la durabilidad, permanencia, estabilidad que comporta la relación jurídica matrimonial. Realmente, la única categoría jurídica que consagra la estabilidad es la que se deriva del casamiento. En tal sentido, no parece muy sostenible que dependa dicha catalogación del libérrimo criterio de los interesados, siendo los mismos quienes decidan la estabilidad de la unión de hecho. No tenemos que olvidar que el derecho opera con categorías jurídicas.

No dispone, como bien se ha argumentado, el ordenamiento jurídico de criterios uniformes y fundados para medir la estabilidad. Por otra parte, no tiene que quedar al arbitrio de los interesados apreciar la estabilidad, ¿a quién compete? ¿Al director del Banco de gametos? ¿A la autoridad judicial?

Reflexionando en la analogía que se hace con la adopción, en el sentido de que como puede adoptar una persona soltera, también podrá la mujer sola acceder a la maternidad sin el concurso del varón. Ahora bien, se olvida que con la adopción se intenta suplir las deficiencias de una filiación defectuosa reaccionando el derecho ante una situación ya producida.

Preeminencia de la maternidad de gestación por encima de la maternidad genética (página 41)

Estamos de acuerdo en la preeminencia de la maternidad de gestación por encima de la propiamente genética. No sólo por visatractiva del viejo adagio «partus sequitur ventrem» (el parto sigue al vientre; es decir, madre es la que ha parido), sino porque, prescindiendo de las connotaciones científicas, la propia estabilidad e integración del hijo en las relaciones familiares propende a una aceptación de la situación materno o paterno-filial, sin que siempre necesariamente tuviera que coincidir la realidad biológica con la realidad social. La relación de filiación, más que una relación biológica, es una relación social, afectiva, educacional. En tal sentido, la reforma operada en la filiación el 13 de mayo de 1981 desplazó el principio de que el padre es el que demuestra las nuptias por el de padre es el que demuestra la propia sangre, esta afirmación es válida en principio para los supuestos de inseminación natural.

El derecho debe amparar a quienes asumen voluntariamente su rol de padres, instituyendo una paternidad o maternidad legal, aunque biológica y genéticamente no lo fueran.

Consideración en torno al conocimiento del origen genético por parte del hijo. El anonimato de los donantes de gametos

En este punto la legislación debe seguir las pautas marcadas por el Consejo de Europa, de modo que en este punto establece que los facultativos o médicos del establecimiento clínico que usen las técnicas de procreación artificial deberán mantener el anonimato del donante y de

los miembros de la pareja en tanto en cuanto al hecho de la procreación artificial; sin embargo, la ley (puede prever) proveerá que el niño, cuando alcance la mayoría de edad deberá tener acceso a la información concerniente a la manera de su concepción y a las características de su donante.

Consideraciones acerca de la transformación de los valores sociales y culturales. Ética y Constitución (pág. 57 y ss.)

La lectura de estas páginas sugiere estas observaciones:

La dignidad de la persona humana que es la que tiene que ser protegida en la futura ley que regule estas prácticas, debe ser siempre punto obligado de referencia y valor primario a salvar en el caso de conflicto con otros posibles valores. El consenso social de que habla para tener valor ético no deberá atentar en ningún caso contra la dignidad de la persona, porque esta pierde su valor ético por el hecho de no ser aceptada por un grupo humano, aunque sea mayoritario.

Fecundación asistida (Inseminación Artificial, Fecundación in Vitro y otras técnicas) (pág. 66)

A este punto hacemos la observación siguiente:

Discrepamos de la postura adoptada como propuesta en el Dictamen base según la cual si bien la donación ha de ser anónima, en la donación de óvulos pudiera establecerse una excepción cuando la donante fuera una familiar de la receptora. Reflexionamos aun cuando se regulara que la donante no tuviera ninguna responsabilidad materno-filial, concluyendo en la duda, ¿de cómo podrá influir en el desarrollo de la personalidad del hijo y en una posible tensión psicoafectiva del sujeto en el futuro?

Sobre la manipulación genética

De acuerdo con el criterio del dictamen base, página 99, que las investigaciones en embriones sólo deberían autorizarse en embriones no viables.

No se podrá investigar ni manipular con embriones, aunque la pareja de quien provienen los gametos hubiera dado su consentimiento.

Las experimentaciones sólo podrán ser efectuadas cuando el embrión hubiera muerto, y contando con el consentimiento de la pareja de quien proceden los gametos. La muerte no tiene que haber sido voluntariamente provocada o precipitada y, en este sentido, el fallecimiento tiene que ser constatado por investigadores científicos que no pertenezcan al equipo que ha utilizado el embrión.

Inseminación homologada postmortem

Primera propuesta

En este punto nos manifestamos contrarios a la licitud de la inseminación postmortem. Entre otras razones, porque es un derecho indeclinable del hijo acceder, por lo menos abstractamente, a un padre y a una madre.

Segunda propuesta

Considerarlos como matrimoniales, si consta la voluntad por escrito, bien sea en testamento o en documento público, que en caso de fallecimiento dé su consentimiento a la inseminación «post mortem». Así, cuando esto ocurra, el centro hospitalario debe obligatoriamente restituir el depósito efectuado. Ahora bien, deberá probarse que en este centro hospitalario se llevó a cabo la fecundación con los gametos identificados.

Lógicamente, aquel consentimiento será revocable hasta el día de su fallecimiento.

Deberá producirse el nacimiento en un plazo prudencial y no deben existir conflictos de paternidad, es decir, que no se desencadene una presunción de paternidad si la viuda hubiera contraído nuevo matrimonio después del óbito.

El plazo puede oscilar entre las siguientes variantes: un año de luto, es decir, disuelto el matrimonio, después de transcurridos los trescientos días se empezaría a computar el año, o un plazo más breve; de todas formas, si se aceptara la licitud de la inseminación homóloga «post mortem», consideramos más sensato que sea el «Comité ad hoc» quien decida el plazo.

GRUPO PARLAMENTARIO CENTRISTA

Observaciones que presenta el Grupo Parlamentario Centrista al Informe de la Comisión Especial de Estudio de Fecundación «In Vitro» y la inseminación artificial humanas.

El Grupo Parlamentario Centrista, como el resto de los Grupos Parlamentarios, ha participado en los trabajos de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación «in vitro» y la inseminación artificial humanas, y considera que debieran regularse lo más pronto posible estas cuestiones, para que la Sociedad española pueda encontrar soluciones a problemas que están ya, no en el plano de la singularidad, sino que afectan a muchos de sus ciudadanos.

En relación con el informe presentado por el Presidente de la citada Comisión Especial, el Grupo Parlamentario Centrista, formula las siguientes consideraciones:

1.ª En líneas generales nos merece una valoración muy positiva, porque recoge con criterios de objetividad y análisis riguroso, las posiciones más razonables en torno a problemas que un tema tan difícil y complicado plantea. El informe se fundamenta en las importantes aportaciones que prestaron a la Comisión Especial cuantas personas fueron llamadas por los distintos Grupos Parlamentarios. Hubiera sido, por ello, bueno que el informe que se presenta al Pleno se hubiese suscrito y consensuado por todos los Grupos de la Cámara.

2.ª El informe no es lo suficientemente claro ni preciso respecto a los destinatarios de las técnicas de la fecundación «in vitro» y la inseminación artificial humanas. Parece, en principio, limitar los destinatarios al matrimonio y la pareja heterosexual (Recomendación 6), pero no excluye expresamente a las parejas ocasionales, ni tampoco a la mujer sola, que es especialmente autorizada o incluida (Recomendaciones 118 a 121). Y es incluida con mayores posibilidades que la pareja estable, puesto que a esta última se le exige una esterilidad irreversible, y en cambio la mujer sola «no estéril», puede ser también destinataria de estas técnicas.

Es en este punto donde el Grupo Parlamentario Centrista, discrepa claramente con lo formulado por el informe. Creemos que los destinatarios de estas técnicas deben ser el matrimonio y la pareja heterosexual que convive en relación similar al matrimonio. No creemos conveniente la inseminación artificial de la mujer sola, además de por razones que afectan a la institución familiar, por las propias motivaciones que le llevan a rechazar al hombre. No basta acudir a una amplia interpretación del artículo 32 de la Constitución para reconocerles este derecho, pues junto al derecho de la mujer a ser madre, debe cuidarse también la salud psíquica del niño y de su propia libertad para nacer y desarrollarse en un ambiente familiar propicio.

3.ª Existen otras discrepancias con el informe, relativas a la investigación de la paternidad, protección jurídica de los embriones y las consecuencias del uso de estas técnicas en algunas instituciones jurídicas, como la adopción, que creemos pueden ser superadas, y alcanzar una mayor coincidencia con los otros Grupos Parlamentarios, porque al no considerar estas discrepancias sustantivas, se puede llegar a un acuerdo, cuando las Cortes debatan y aprueben los necesarios textos legales.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961