



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Año 1985

II Legislatura

Núm. 334

COMISION ESPECIAL DE ESTUDIO SOBRE FERTILIZACION EXTRACORPOREA

PRESIDENTE: DON MARCELO PALACIOS ALONSO

Sesión celebrada el jueves, 26 de septiembre de 1985

Orden del día:

— Comparecencia de varias personalidades, a solicitud de distintos Grupos Parlamentarios.

Se abre la sesión a las once y cinco minutos de la mañana.

El señor PRESIDENTE: Buenos días. Les saludamos nuevamente, continuando en el trámite de esta Comisión especial para el estudio de la fertilización extracorpórea.

Como habíamos acordado en la sesión anterior, hemos buscado la fecha que nos parecía más oportuna para la reunión de este primer grupo. He de comunicarles que el señor Barri, por fallecimiento de su padre, no puede asistir; el señor Dexeus también ha excusado su asistencia; de la misma forma, el señor Usandizaga, y por parte de la Mesa ha excusado su asistencia el señor Rodríguez Sahagún.

Como habíamos comentado en su momento, hemos

considerado oportuno la creación de una serie de grupos de trabajo que vayan elaborando sus resoluciones de manera independiente para, al final del tiempo cronológico de esta Comisión, poder tener unas conclusiones que sirvan de recomendaciones finales. En este sentido, sólo queremos agradecerles que estén de nuevo aquí con nosotros.

Terminada esta breve introducción, permítanme que pase a comprobar la presencia de las personas convocadas para que quede constancia en acta. A continuación pueden ustedes intervenir en el orden que lo estimen oportuno.

(El señor Presidente pasa lista de los señores comparecientes.)

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el doctor Iglesias.

El señor CATEDRÁTICO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA (Iglesias Guiu): Yo querría en realidad, como cosa previa, hablar otra vez del nombre de esta Comisión. El otro día se apuntó la idea de que el nombre de fertilización extracorpórea quizá no era el más adecuado. Yo me he permitido estudiar un poco, en algún diccionario que he podido manejar, el nombre quizá más adecuado. En principio yo planteo la idea de que el nombre no deberíamos inventarlo nosotros, sino que está inventado, internacionalmente se habla de fecundación «in vitro» o «in vitro fertilization». Yo creo que me quedaría con este nombre de fertilización «in vitro». Lo que quizá sí cambiaría es «fertilización», puesto que aquí en España estamos acostumbrados a utilizar fecundación; y fecundación, por ejemplo, dicen los diccionarios, es el acto por el cual se impregna o fertiliza, y también que es la unión o fusión del elemento sexual masculino con el femenino. Cuando se habla de fertilización, en los diccionarios más bien se interpreta como la fertilización del suelo, relativa a agricultura. Es decir, parece más bien una traducción de la «fertilización» inglesa que no de una palabra que nosotros utilizamos habitualmente.

En conclusión, yo creo que como sea que el término de FIV o «in vitro fertilization» se ha generalizado en el mundo, quizá me ceñiría al nombre de fecundación «in vitro».

El señor PRESIDENTE: ¿Alguna intervención al respecto? (Pausa.)

Tiene la palabra el doctor Botella.

El doctor ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y FERTILIDAD (Botella Llusíá): Quisiera decir que estoy completamente de acuerdo. Fertilización es un anglicismo, porque fertilización en castellano significa exactamente esto, la mejora del suelo para convertirlo en fértil. En consecuencia, yo creo que se debe atender la proposición del doctor Iglesias, tanto más cuanto que la letra capital de fertilización y de fecundación es la misma y, por tanto, como se emplean abreviaturas, lo mismo se pone FIV, o sea, F, en un caso que en otro, pero parece que en castellano es más correcto el empleo del término «fecundación».

El señor PRESIDENTE: El señor Vanrell tiene la palabra.

El señor VANRELL: Creo que el tema ha quedado suficientemente debatido respecto a la terminología y yo me sumo a lo que acaban de decir mis predecesores en el uso de la palabra.

Quisiera presentarles a ustedes los trabajos del grupo de Barcelona. Nosotros nos dividimos en dos grupos a su vez.

El señor PRESIDENTE: Si me permite, señor Vanrell,

¿quedaría la definición que ustedes proponen como fecundación «in vitro», «Comisión para el estudio de la fecundación "in vitro"»? Perdone que le haya interrumpido, pero querría matizar esto a efectos de hacer la propuesta. ¿Doctor Calaf?

El doctor TOCOLOGO DEL HOSPITAL DE SAN PABLO DE BARCELONA (Calaf Alsina): A mí esta denominación me parece una limitación en tanto no incluye las inseminaciones artificiales. Estoy completamente de acuerdo con el cambio de «fertilización» por «fecundación», pero si le añadimos «artificial» incluye simultáneamente las formas «in vitro» e «inseminación artificial». Y la propuesta que yo hago es denominarla «fecundación artificial», que simultáneamente es válida para las dos técnicas.

El señor DIRECTOR DEL CENTRO DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL RAMON Y CAJAL (Caballero): Opino exactamente igual.

El señor PRESIDENTE: Al final resulta que hay una nueva propuesta, que es un elemento de conjunción, que sería «fecundación artificial».

El doctor Botella tiene la palabra.

El doctor ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y FERTILIDAD (Botella Llusíá): No estoy completamente conforme. Me parece que incluir la definición «Comisión para la fecundación "in vitro"» es insuficiente, puesto que nuestro programa de discusión incluye también la inseminación artificial. Deberíamos decir: Fecundación «in vitro» e inseminación artificial. Para que se entienda que son dos temas distintos, que tienen mucho de común, pero que tienen mucho de específico.

El señor PRESIDENTE: El señor Vanrell tiene la palabra.

El señor VANRELL: Yo coincido con el profesor Botella en el sentido de que «fecundación artificial» no es correcto, porque la fecundación es natural, es la inseminación la que es artificial.

Por tanto, creo que no tenemos más remedio que aceptar que el término tiene que ser doble: Fecundación «in vitro» e inseminación artificial.

El señor PRESIDENTE: El señor Zarazaga tiene la palabra.

El señor ZARAZAGA BURILLO: Señor Presidente, estoy de acuerdo en principio con todo lo que se ha dicho aquí, pero, señores, estamos ante una reunión de expertos que quieren hacer unas recomendaciones a una Comisión parlamentaria.

Nuestra experiencia de otras discusiones, de otras Comisiones y del Pleno es que quizá, en principio, lo de menos sea establecer el título de la ley o de lo que se vaya a tratar hasta no haberlo estudiado enteramente y, más tar-

de, poner el nombre; porque a lo largo de las discusiones pueden surgir cuestiones importantes que hagan rectificar aquello que se aprobó en el inicio. Esta es nuestra experiencia parlamentaria.

Por tanto, yo dejaría de discutir «ab initio» el porqué del título «fecundación», «inseminación», etcétera, ya que seguro que habrá, a lo largo de las discusiones, cambios. Yo lanzo, por ejemplo, la idea de «donación de óvulos». ¿Dónde está la donación de óvulos en la inseminación?, porque sería también «ovulación» o «involución»; y otros problemas de donación de vientres, que no entran dentro de este tema y, sin embargo, sí suponen reproducción humana; hay problemas, pues, de reproducción humana y cuestiones que surgirán a lo largo de los debates con los moralistas, con los genetistas, con los juristas, que quizá nosotros hoy día, médicos o especialistas en la medicina humana, no podemos casi colegir.

Por tanto, yo querría, señor Presidente, dejar en principio abierta la discusión al contenido de los debates de estos días, y más tarde, observando lo que han dicho también los genetistas y otros expertos, dar definitivamente el nombre a la Comisión.

A propósito, también querría invitar a una metodología de trabajo, creando un estilo en esta Comisión. Existen aportaciones individuales, existen aportaciones colectivas, no sé si convendría, señor Presidente, hacer una especie de introducción de cómo han de presentarse los documentos por los presentes, porque si no, vamos a tener discusiones de términos, de frases y no de contenidos. Yo había presentado una especie de programa diciendo: se presenta un documento por una persona, se presenta un documento incluso con texto alternativo por un grupo de personas, se confecciona un «rapport» final del día respecto a las discusiones, incluso con sus votos particulares, y después se hace un nombramiento de este grupo, o, podemos decir, conglomerado de especialistas en medicina, nombrando un solo portavoz ante la Comisión conjunta; si no, nos vamos a perder reiterando posiciones particulares que han sido discutidas previamente en los grupos de trabajo.

Únicamente, señor Presidente, preguntar, ya que, como he oído, algunas otras personas están también convocadas en este grupo de trabajo, si a éste o a otros grupos también nosotros podemos convocar otros especialistas.

Al final de todo, hacer una recomendación, no sé si alguno de ustedes está trabajando en algunas Comisiones o algunos Departamentos Ministeriales, Sanidad, por ejemplo, o Justicia. Estoy interesado, y creo que también los demás miembros de la Comisión, en recoger toda la documentación que se está elaborando por otros países, pero también la que se está elaborando en España. Sé que existen Comisiones preparadas y que han sido convocados algunos de ustedes a otras Comisiones de algunos Departamentos, Justicia o Sanidad, y que se están elaborando incluso documentos. Yo les invitaría a que también aportasen las discusiones, los dictámenes, los documentos a una Comisión parlamentaria que intenta poner en orden otras muchas cosas como Comisión legislativa en el futuro, antes de que comience el Ejecutivo a hacer re-

gulaciones a base de Decretos, a base de Ordenes Ministeriales o circulares sobre cosas que tienen que ser discutidas con este espíritu equilibrado y armónico que aquí queremos y con el que naturalmente se van a desarrollar estos debates.

El señor PRESIDENTE: Creo que, evidentemente, el cometido fundamental de la Comisión es que sea operativa y fructífera. En consecuencia, deberíamos evitar cualquier tipo de reiteración que nos situara en lo que ya ha sido tratado. En Comisiones previas habíamos acordado que el procedimiento de funcionamiento consistiría en que determinados grupos elaborarían sus propias conclusiones y, de acuerdo con sus propios criterios y libertad, las expondrían aquí. Creo que debemos dejar a todos los expertos presentes que expongan sus criterios siguiendo un orden de participación. Lo que establece el señor Zarazaga es exacto, pero creo que reitera lo que ya hemos planteado en ocasiones anteriores. Por tanto, una vez que se conceda la palabra a la compañera de la Mesa, considero que sería procedente que comenzáramos a trabajar sobre el tema. En todo caso, la referencia a la denominación y algunos otros aspectos que no tengan que ver directamente con la presencia de los expertos entre nosotros —permítanme que diga expertos, lo hago con el fin de facilitar la intervención—, pienso que se debe realizar a nivel de nuestra propia Comisión, sin perturbar el buen trabajo de las personas que han sido convocadas.

La señora Gorroño tiene la palabra.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: En primer lugar, quiero agradecer a los presentes su asistencia a esta Comisión. Siguiendo la línea de los dos ponentes anteriores, comentaré la pequeña experiencia que he tenido con los dos científicos que hemos nombrado en el partido, que son la doctora Ochoa y el doctor Bilbrao. Cada uno tenía su trabajo, pero no existía una unificación de puntos de vista. Consideré este problema y elaboré una metodología de trabajo. Estuve en la Universidad de Oxford y con una parlamentaria australiana conseguimos centrarnos en una metodología de trabajo que integrara todo lo que podrían decir los biomédicos. Se les entregó dicha metodología, y están rellenándola. El objetivo, como he indicado, era conseguir una unificación de criterios, porque había muchos trabajos cuyo tema era común. De esta manera, todos los científicos podrían tener la misma metodología. Les di esta metodología, la tengo aquí. No sé si sería conveniente que la leyeran todos los presentes, pero considero que ésta sería la manera de avanzar y que cada uno, expusiera su criterio independiente, sino que realizara dicha exposición dentro de esta metodología de trabajo.

El señor PRESIDENTE: El profesor Botella tiene la palabra.

El doctor ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y FERTILIDAD (Botella Llusía): Señor Presidente, siento tener que decir que no estoy conforme; permítanme usted mi dis-

crepancia. Yo entiendo que ésta es una Comisión consultiva, que no es ejecutiva, que no puede hacer otra cosa que recomendaciones. Por supuesto, se entiende de antemano que todo lo que vamos a hacer aquí no va a ser más que una mera recomendación sin propósito alguno, porque no podría tenerlo y sería una insolencia, sin propósito, repito, de ejecutividad.

Una vez dicho esto, creo que es muy importante, en primer lugar, hacer referencia a una cuestión semántica. La ha planteado el profesor Iglesias Guiu y creo que ha sido ratificada con el acuerdo de todos: esta definición de la Comisión, que debe entenderse como una recomendación de definición, no como una definición adoptada, sino como una nomenclatura recomendada, esta definición está recomendada en base, señor Presidente, a un hecho biológico o a una serie de hechos biológicos. Por tanto, no digo que deba prevalecer, pero lo que sí señalo es que en vista de que esta Comisión está enjuiciando la necesidad de una serie de cuerpos legales orientados a un hecho biológico, que es el hecho de la inseminación artificial y de la fecundación «in vitro», creo que la recomendación de la subcomisión biomédica acerca de un nombre en el cual parece que todos estamos de acuerdo debería tenerse en cuenta.

En segundo lugar, es evidente que si no adoptamos una metodología de trabajo nos vamos a perder. Sería ideal que el trabajo de esta Comisión pudiera terminar en la sesión de esta mañana, pero a estos efectos yo sugiero una cosa muy sencilla: las seis o siete personas del grupo médico que hemos venido hemos recibido dos proposiciones: una, del grupo de inseminación artificial de Barcelona, y otra, del grupo de fecundación «in vitro» de Barcelona. Las he leído, creo que están muy bien y que podrían servir como documento de trabajo. Me voy a permitir hacer una proposición: que adoptemos estos documentos y que sobre dicha base nos pongamos a discutir inmediatamente.

El señor PRESIDENTE: ¿Ha sido repartido aquí en este momento el documento?

El señor VANRELL: Nosotros hemos entregado una copia al señor Botella antes de salir. No tengo más copias. He entregado una copia al señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: De acuerdo. En este caso, se subsana el problema. Estoy de acuerdo con el profesor Botella en que sería conveniente que los especialistas propusieran el nombre adecuado para encauzar todas las reflexiones que se hagan al respecto. Creo expresar el sentir de la Comisión diciéndoles que recogemos la propuesta que han hecho de denominación de «Comisión de fecundación «in vitro» e inseminación artificial» y que haremos los trámites precisos para que en el cauce parlamentario pueda ser modificado lo que fue acuerdo de la Mesa.

El doctor Vanrell tiene la palabra.

El señor VANRELL: Señor Presidente, yo desearía iniciarme como portavoz del grupo de trabajo de Barcelona

informándoles de que, siguiendo nuestra metodología de trabajo, nos dividimos en dos subgrupos, uno de ellos que estudió el tema de la inseminación artificial en el que estamos incluidos el profesor Iglesias, el profesor Calaf y yo mismo, y otro grupo encabezado por el doctor Santiago Dexeus, el doctor Pedro Barri y el doctor Egozcue, que trataron el tema de la fecundación «in vitro». Pido disculpas por no haber traído más copias, hay una más que la ofrezco a la consideración de los presentes. Nosotros deseáramos informarles sucintamente —creo que este documento puede ser fotocopiado y entregado a los distintos miembros de esta Comisión— sobre los puntos y las recomendaciones que se hacen en relación con cada uno de los temas. Tengo las recomendaciones del profesor Egozcue. No ha sido convocado; él creía que debería haberlo sido hoy, porque también es médico, pero el señor Presidente me ha informado que se incluye como genetista. Por consiguiente, como él va a venir como genetista, voy a obviar la lectura de su comunicación y me van a permitir que lea lo que el doctor Barri me entregó para que lo hiciese nuestro.

El Grupo de Barcelona suscribimos ambas recomendaciones. Estamos de acuerdo tanto en lo que ha escrito Barri como en lo que nosotros hemos escrito en relación con el grupo formado por el doctor Barri, el doctor Dexeus y el profesor Egozcue. Por tanto, en principio, ustedes tienen una idea de que el Grupo de Barcelona, compuesto por seis miembros, seis expertos como nos ha denominado el señor Presidente de esta Comisión, está de acuerdo en lo que hemos presentado. Insisto una vez más en que me sabe mal que ustedes no tengan una copia de nuestras recomendaciones.

Si el señor Presidente me lo permite, voy a hacer gracia de la introducción, de la descripción y rendimiento, de la técnica de la inseminación artificial que me ha entregado el grupo de Dexeus, y voy a leer exclusivamente lo que se refiere a las implicaciones éticas, que es el punto séptimo, porque en ellas está quizá lo más sobresaliente en relación a las recomendaciones que el grupo de Barcelona quiere hacer en este sentido.

Dice el texto: «Parece difícil encontrar éticamente inaceptable la fecundación «in vitro» clásica, es decir, aquella que se lleva a cabo con gametos de la pareja, cuyos embriones serán transferidos al útero de la propia mujer, quien gestará y parirá su propio hijo (paternidad biológica y genética coincidentes).»

Otras implicaciones aparecen en aquellos casos en los que son necesarias variaciones de la técnica, variaciones que desde un punto de vista ético deberían ser estudiadas por separado.

a) Donación de gametos. Como ya se ha mencionado existen supuestos médicos que únicamente podrán resolverse con gametos procedentes de una tercera o cuarta persona. Si médicamente la necesidad existe (obstrucción tubárica más azoospermia, o más fallo ovárico definitivo, etc.), parecería éticamente aceptable que si el médico puede resolver el problema lo haga siempre que la donación de semen se ajuste a las normas aceptadas para la inseminación artificial con semen de donante que a continua-

ción leeremos. Para la donación de óvulos, hay que ser igualmente estrictos, pero en este caso se hace más difícil la transgresión hacia terrenos no éticos, dado que el procedimiento que debe pasar una mujer para donar sus óvulos es más complicado y de cualquier forma la donación impersonal de óvulos debería ser también numéricamente limitada, como los donantes de semen para la inseminación artificial.

b) Donación de embriones. Desde el punto de vista médico, la donación de embriones de una a otra pareja podría éticamente ser aceptada si valoramos que estamos ofreciendo una posibilidad de embarazo a una pareja estéril, a la vez que damos una opción de anidar a estos embriones como si fuese una adopción prenatal.

c) Congelación de embriones. Dada la experiencia científica de ausencia de riesgo al congelar adecuadamente embriones humanos, otra opción éticamente aceptable sería la congelación de estos embriones para su posterior utilización si no se ha conseguido el embarazo en el primer intento. Los donantes de embriones deberán expresar su voluntad sobre los embriones, en caso de que no los deseen por embarazo, divorcio, muerte, etcétera.

d) Cesión de úteros. Si médicamente está justificada, podría ser aceptada, siempre que no mediara interés económico y siempre que se preserve el derecho de la portadora a conservar el feto al final de la gestación.

Asimismo, como sucede en Australia, sería aconsejable que la portadora provenga del entorno de la pareja y se preste a su función por solidaridad o por cariño y no por un beneficio económico.

e) Fecundación «in vitro» en individuos solos. Debería regirse por lo mismo que decidamos sobre inseminación artificial con semen de dador a mujeres solas, que también lo comentaremos.

f) Experimentación con embriones. En determinados países, como en el Reino Unido, siempre que la pareja lo autorice, se puede experimentar con embriones hasta el 14º día posinseminación. En esta época aparece la cresta neural del embrión, primer esbozo del sistema nervioso. Es conocido que, por su rápido ritmo de división, el tejido embrionario es un adecuado «test» para determinadas drogas que posteriormente podrían beneficiar a amplios porcentajes de la Humanidad. Asimismo, del estudio de estas etapas iniciales del desarrollo podría permitir el posterior tratamiento y eliminación de determinadas anomalías congénitas.

Es complejo el definirse en este apartado y sigue siendo un punto de discusión en muchos países, como en Estados Unidos, Australia o la República Federal Alemana.

En este sentido tengo que decir que la intervención del profesor Egozcue es terminante y en este punto el grupo de Barcelona se remite a las conclusiones que escribió Egozcue en su comunicación.

Homologación y requisitos para un equipo de fecundación «in vitro». Dado lo costoso del tratamiento, a la vez que el porcentaje de éxitos obtenidos, consideramos imprescindibles:

Que el equipo de fecundación «in vitro» cuente con una autorización oportuna para su trabajo, dada por una co-

misión nacional interdisciplinaria; que los recursos técnicos homologados, como, por ejemplo, el radio y un análisis diario, la ecografía diaria y el quirófano estén homologados; dotación humana suficiente de ginecólogos, biólogos, bioquímicos, personal auxiliar, y el consentimiento estándar de la pareja, conforme ha sido informada adecuadamente del procedimiento y de sus riesgos y beneficios.

Finalmente, el Comité Permanente, que, dada la rapidez con la que se producen los avances técnicos en este campo, sería necesaria la presencia de un comité interdisciplinario con el dinamismo suficiente para ir adaptándose a las nuevas posibilidades técnicas que vayan apareciendo.

Si me permite, señor Presidente, yo desearía introducirles a ustedes en el informe que hemos elaborado, también con asistencia de todos los miembros, el grupo que está aquí presente de los doctores Calaf, Iglesias y yo mismo, sobre la inseminación artificial con semen de donante. Y también vamos a hacer lo mismo; vamos a evitar leerles a ustedes una introducción que hemos efectuado sobre la técnica de inseminación artificial con semen de donante, y el doctor Calaf pasará a comentarles los aspectos susceptibles de la legalización, y a continuación pondríamos las recomendaciones que nosotros hemos escrito sobre el tema.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el doctor Calaf.

El doctor TOCOLOGO DEL HOSPITAL SAN PABLO DE BARCELONA (Calaf Alsina): Aquí el procedimiento, como dijo el doctor Vanrel, ha sido un poco distinto. Hemos optado, por una parte, por la descripción y siguiendo un poco las directrices del borrador del Consejo de Europa, de los intereses que teóricamente la legislación debería proteger. En la segunda parte, que les leerá el doctor Vanrel, se pormenorizan aquellos aspectos, en un sentido o en otro, que, a nuestro entender, ya más particularmente podrían ser legalizados.

Es decir, lo que yo voy a leer ahora son aspectos que deberían ser, a nuestro entender, legalizados, sin describir en qué sentido y en qué forma deberían serlo. Pensamos que lo que hay que cubrir con la legislación son los intereses de las personas involucradas en el procedimiento y en este sentido lo hemos dividido en los intereses de la mujer inseminada, los intereses del futuro ser, los intereses del padre legal, los intereses del donante y los intereses del colectivo profesional.

Como intereses de la mujer inseminada creemos que debería establecerse la conveniencia de quién puede ser sujeto de una inseminación artificial, asegurar la bondad de esta indicación cuando se establezca por esterilidad conyugal o por otra indicación médica, asegurar el consentimiento de la mujer y su información sobre el procedimiento que se va a usar; establecer que esta información sea suficiente sobre riesgos, costos, resultados esperables, efectos secundarios, etcétera, la conveniencia o no —ha-

bría que establecer en qué sentido legislar— de ocultar la identidad del donante y/o sus características generales.

Algunos de estos puntos han sido contemplados en un sentido o en otro en algunas de las legislaciones o propuestas de ley existentes en Europa o en Australia.

Desde el punto de vista de los intereses del futuro ser, se contemplaría la conveniencia o no de garantizar el secreto sobre su origen; las garantías de no discriminación legal por su origen; las garantías sobre su salud: medidas de control y selección de los donantes; garantías para que nazca en un ambiente adecuado, asegurando, en lo posible, un desarrollo físico y psíquico correcto, y la conveniencia de limitar el número de embarazos conseguidos por un mismo donante.

Desde el punto de vista de los intereses del padre legal habría que decidir la conveniencia o no de garantizar el secreto sobre el origen de sus hijos e implícitamente sobre su incapacidad de engendrar; la conveniencia o no sobre el consentimiento escrito, en el que figure la figura de la mujer aceptándolo como padre legal de su futuro hijo; la conveniencia o no de buscar similitud fenotípica e inmunológica entre el padre legal y el donante.

Contemplando los intereses del donante cabría establecer la garantía del secreto sobre su identidad, para evitar que pueda ser requerido para cumplir responsabilidades ligadas a la paternidad; la garantía de secreto sobre el resultado de sus exploraciones previas a su aceptación como donante; la valoración de una posible compensación de gastos, pérdida de salario, desplazamientos, etcétera, diferenciando esta compensación de un pago por muestra de semen entregada; la garantía de que no se utilizará la muestra más que para lo convenido y no se establecerá comercio con la misma.

Finalmente, los intereses del colectivo profesional, que deberían contemplar la delimitación de responsabilidades; la distinción entre la mala praxis en los casos de fallos no imputables al técnico; la acreditación de profesionales o centros susceptibles de indicar o realizar inseminaciones; la normativa respecto a la normativa y control de calidad de los bancos de semen y, finalmente, la constitución de un comité español de inseminación artificial con semen de donante, que sea un comité de acreditación y requerimiento, responsable de crear nuevos bancos, establecer normas estatales de control de calidad y velar por su cumplimiento.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Vanrell.

El señor VANRELL: A continuación de esos aspectos susceptibles de legislación, que fueron la base de nuestro trabajo posterior, hemos hecho unas recomendaciones a título personal, los que estamos aquí presentes, en relación a lo que acaba de leer el doctor Calaf. Quizá sea un poco repetitivo, pero en estos casos vamos a dar nuestra opinión sobre la conveniencia o inconveniencia de cada uno de los aspectos que se han citado anteriormente.

La inseminación artificial con semen de donante puede

ser practicada a toda mujer que reúna las siguientes condiciones: que sea fértil, que esté indicada, si está casada o forma pareja estable; si es soltera, siempre y cuando no haga ostentación de lesbianismo, pero si no aceptamos que una mujer soltera pueda ser inseminada, ¿cómo puede una mujer soltera en la legislación española adoptar un niño?, y que esté en condiciones de educar y mantener dignamente a su hijo, proporcionándole un ambiente de bienestar, y esto está recogido en todas las legislaciones sobre inseminación artificial, al objeto de que prevalezcan los derechos del niño.

Las indicaciones médicas de una inseminación artificial con semen de donante se considerarán como tales cuando hayan fracasado todas las soluciones terapéuticas, si es que realmente existen soluciones terapéuticas, en cada caso. La mujer debe recibir información sobre los riesgos, los costes totales, la técnica y los resultados esperables. La mujer debe firmar su consentimiento específico, libre de coacciones, y podrá suspender en cualquier momento la inseminación. La mujer debe recibir información sobre las características generales del donante, pero con ocultación de su identidad. El niño debe tener garantía sobre el secreto de su origen, para lo cual se elaborará una normativa que proteja el secreto de la inseminación artificial, y el niño debe gozar los mismos derechos que el niño concebido con inseminación natural.

Los controles para la selección de los donantes y el control de las muestras incluirán todas aquellas pruebas susceptibles de excluir una enfermedad hereditaria, para lo cual un comité creado al respecto de inseminación artificial a nivel nacional elaborará una lista de pruebas indispensables a realizar por los bancos de semen, que modificará a tenor de las circunstancias.

El niño no podrá recibir en ninguna circunstancia información sobre las características de su concepción, y, por tanto, de su padre genético. Esto es un artículo muy debatido que en legislaciones como la sueca está en tela de juicio, pero nosotros hemos creído que el criterio de mantener el secreto sobre la identidad de su padre genético va en beneficio, fundamentalmente, del niño.

Se darán todas las garantías al marido sobre el secreto de su esterilidad y sobre el origen de sus hijos.

Se precisará consentimiento explícito del marido, que comportará la aceptación de su futuro hijo como suyo propio, y una mujer casada sin el consentimiento del marido no podrá ser inseminada. Dicho documento debe llevar el visto bueno de la mujer, que se compromete así a que el firmante sea el padre legal de su hijo.

La pareja recibirá garantías por parte del banco de semen de que se ha escogido al donante que reúna la mayor similitud fenotípica y monológica con el padre, como su grupo sanguíneo.

El donante tendrá las mismas garantías de secreto sobre su identidad que hemos referido para el padre legal.

En ningún caso el donante podrá reclamar ni ser reclamado para que se cumplan responsabilidades ligadas a su paternidad.

Las informaciones derivadas de las exploraciones previas a ser admitido como donante, tanto clínicas como

analíticas, no podrán ser divulgadas sin su consentimiento.

Como ya se ha dicho antes, la donación del semen debe ser gratuita, pero el donante podrá percibir una compensación económica por pérdida de su salario y por sus desplazamientos.

Se le darán garantías al donante de que no se establecerá comercio con su semen, que las muestras entregadas se emplearán exclusivamente en la indicación previamente convenida, clínica o experimental.

La inseminación artificial sólo puede estar realizada por un médico especialista en obstetricia y ginecología y en un centro asistencial adecuado.

Tanto si se efectúa la inseminación con semen fresco como congelado, las muestras deben ser remitidas por el banco responsable de su análisis y selección al ginecólogo, sin que la pareja intervenga en dicho transporte.

Los bancos de semen tendrán una normativa de constitución y funcionamiento. Su director será médico, farmacéutico o biólogo; su instalación cumplirá las normas dictadas al respecto por el comité de inseminación artificial; la captación de donantes se efectuará de una forma discreta; la selección de los donantes y de las muestras se regirá por las normas del comité de inseminación artificial.

Se creará un comité español de inseminación artificial, que está formado por la actual Comisión Mixta, integrada por los miembros de las sociedades españolas de fertilidad y de andrología, que ya existen, y este comité español de inseminación artificial se encargará de dictar las normas de instalación de bancos de semen, de elaborar la normativa para la selección de donantes y de control de muestras, del control de la calidad de los bancos de semen y de los ginecólogos que la practican, de elaborar un registro español de donantes y elaborar un proyecto de transporte interbancario de semen.

Se delimitarán las responsabilidades, en caso de que se lesionen los intereses de los sujetos implicados en la inseminación artificial, en el sentido de catalogarlos como imputables a la selección del donante, al control de semen, a su preparación, a su conservación o a su transporte, a la técnica de inseminación o a su indicación y no imputables a una mala praxis médica ni del banco de semen.

Hemos añadido un apéndice en relación a la inseminación artificial con semen del marido, que creemos que no debe estar legislada, excepto en una situación, que es cuando la inseminación artificial con semen del propio marido sea efectuada en caso de que la mujer sea inseminada con semen del marido ya fallecido. Yo creo que esto sí debe incluirse dentro de la legislación al respecto y no creemos, en cambio, que el legislador pueda limitar el período de tiempo en que el semen pueda mantenerse congelado, como recomienda, por ejemplo, la legislación sueca, ya que traería consigo una serie de cambios en función de la evolución de él.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Vanrell. ¿Alguna petición de palabra más? (Pausa.)
El señor Caballero tiene la palabra.

El señor DIRECTOR DEL CENTRO DE INSEMINACION ARTIFICIAL RAMON Y CAJAL (Caballero): Yo quería comentar que estoy absolutamente de acuerdo con lo expuesto por el grupo de Barcelona y me parece que es un banco sobre el cual nos podemos basar para continuar los trabajos. Sin embargo, me gustaría que sí se aplicara algo más sobre la inseminación artificial del cónyuge, por la sencilla razón de que no siempre se hace la inseminación directamente, sino que hay semen que se trata, se capacita, se selecciona, se le quitan líquidos, se le aumentan los espermatozoides. Eso puede conllevar unos riesgos que posiblemente todavía desconocemos, y en un momento determinado puede implicar una demanda o unos riesgos de cara al propio receptor de la técnica en sí.

El señor PRESIDENTE: Señor Calaf, tiene la palabra.

El señor TOCOLOGO DEL HOSPITAL SAN PABLO DE BARCELONA (Calaf Alsina): A este respecto es, evidentemente, un inconveniente que no hayamos comentado las intervenciones del doctor Egozcue, que precisamente como geneticista hace comentarios sobre los riesgos de la manipulación de gametos, tanto en este sentido como en el de posible selección de sexo en el momento de la inseminación o de posible inseminación para la selección de sexo. Este es un aspecto que el doctor Egozcue cubría y que hemos dejado aparte, teniendo en cuenta que será convocado en otra reunión más como geneticista que como clínico en este caso.

Yo no sé si él ha recibido fotocopia de lo de Egozcue, pero este aspecto de manipulación y riesgo se comenta.

El señor PRESIDENTE: Señor Guerra, tiene la palabra.

El señor GINECOLOGO (Guerra Flecha): Yo estoy de acuerdo con el trabajo que ha realizado el Grupo de Barcelona. Quiero felicitarles por el esfuerzo que han hecho y acepto perfectamente comenzar a trabajar con este proyecto que ellos han elaborado.

El señor PRESIDENTE: ¿Alguna intervención más? ¿No hay ninguna intervención más al respecto? (Pausa.)
El señor Botella tiene la palabra.

El señor ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y FERTILIDAD (Botella Llusía): Únicamente sumarme a lo que ya había dicho antes; por eso no había pedido la palabra. Básicamente, estoy de acuerdo con el proyecto o ponencia que nos presentan los dos Grupos de Barcelona, y yo creo que deberíamos discutirlos, porque hay algunos puntos con los que discrepo.

El señor PRESIDENTE: Yo animo al profesor Botella a que empiece la discusión de los puntos que estime oportunos, en cuanto a la intervención.

El señor ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y FERTILIDAD (Botella Llusía): Nos referiremos, por el orden que han empezado los colegas de Barcelona, primero a la po-

nencia sobre fecundación «in vitro». En la página 6 del proyecto, en el epígrafe A, a mí me parece que se debe aceptar para la fecundación «in vitro» la donación de espermas, es decir, que en un matrimonio estéril a cuya esposa se le hace una captación de óvulos no veo inconveniente alguno en que esos ovocitos sean fecundados por esperma de un donante, en caso de que haya indicación para ello.

En cambio, lo que no me parece adecuado es lo contrario, es decir, la donación del gameto femenino, la donación del ovocito. Esto supone entonces que en un matrimonio sin hijos, por una alteración anovulatoria o por una alteración cualquiera del ovario, se buscaría el gameto femenino, el ovocito de una donante, se fertilizaría con el esperma del marido o del otro donante y se le implantaría en el útero a la mujer que desea tener el hijo. Esto, biológicamente, se ha hecho, puede hacerse, parece que no hay mayor inconveniente biológico, pero a mí me parece que si nosotros, como biólogos, aceptamos esto, les creamos un conflicto enorme a los juristas, o, dicho con otras palabras, si nosotros lo proponemos como válido vamos a dar lugar a una polémica inacabable, porque, evidentemente, esto supone que hay dos madres, una madre genética y una madre uterina. A mí me parece que esto no puede ser. A mí me parece que no se debe aceptar ni esto, ni la madre subrogada, ni la madre que presta su útero. Sobre esto ya hay constancia tanto en los tribunales australianos como en los norteamericanos, hay precedentes de mujeres que han discutido sobre a cuál le pertenece la maternidad, si a la madre portadora o a la madre genética. Por lo tanto, yo suprimiría la donación de gametos femeninos, la donación de ovocitos.

Por la misma razón, también suprimiría la donación de embriones, y, como luego diré al hablar de la inseminación artificial heteróloga con donante, yo creo que a la mujer soltera no se le debe autorizar ni a la inseminación artificial ni a la fertilización «in vitro». Acepto que en la Ley se acepte en matrimonios canónicos, en matrimonios civiles y en parejas estables, no casadas; pero, en todo caso, yo creo que para que los médicos nos prestemos a traer un nuevo niño al mundo debemos tener la mínima garantía de que ese niño es acogido en una familia, y una familia se compone de una mujer y de un hombre, aun cuando este hombre sea simplemente el componente de una pareja estable.

Por último, en lo de la experimentación de embriones, éste es un capítulo sobre el que yo, en conciencia, no sé que decir, pero veo que la legislación sueca, la legislación inglesa y la legislación americana, las tres, aceptan la experimentación de embriones sólo hasta el catorce día. No veo el porqué, pero no se debería autorizar la experimentación de embriones después del decimocuarto día.

Señor Presidente, ¿quiere que pase al otro capítulo o lo dejamos aquí?

El señor PRESIDENTE: Continúe usted, señor Botella, ya que está en el uso de la palabra.

El señor BOTELLA LLUSIA: Muchas gracias.

En cuanto a la inseminación artificial (folio 5, artículo 1.º, punto 3), como he dicho antes, yo creo que la mujer soltera no debe ser inseminada. Acepto el artículo 1.2, si está casada o forma pareja estable. El artículo 1.4 es correcto.

En el artículo 2.º, me sumo a lo que decía hace un momento el doctor Caballero, tengo serias dudas sobre la inseminación artificial con semen de marido preparado. Me gustaría que estuviera aquí Egozcue y lo discutiría con argumentos, pero no les quiero cansar a ustedes con hechos científicos muy importantes, que derivan de que se acaba de descubrir la importancia fundamental de la capacitación del esperma en el útero, porque la capacitación incorrecta es origen de malformaciones congénitas.

Sobre el artículo 5.º, me dice que la mujer debe recibir información sobre las características generales del donante; yo creo que no, la mujer debe recibir la garantía de que el banco de semen ha seleccionado los donantes con los parámetros suficientes para que sean donantes de garantía genética, en cuanto a enfermedades hereditarias, etcétera, pero no otra cosa.

El artículo 13 dice: «La pareja recibirá garantías por parte del banco de semen de que se ha escogido el donante que reúna la mayor similitud fenotípica e inmunológica con el padre». Creo que puede ser así sólo en el caso de que sea una madre RH negativa, pero otra cosa no.

Por último, en lo que se refiere a la inseminación artificial con semen de marido —folio 8—, yo creo que no se debe autorizar ni la inseminación con semen de un individuo muerto ni se debe tampoco autorizar la congelación por encima de un tiempo determinado, que dejo a los geneticistas que lo discutan, pero se le debe poner un límite.

El señor PRESIDENTE: Hay un turno de palabra para la señora Gorroño. (Pausa.) Renuncia.

Entonces, tiene la palabra el señor Calaf.

El señor TOCOLOGO DEL HOSPITAL SAN PABLO, DE BARCELONA (Calaf Alsina): Yo quisiera comentar sólo los aspectos técnicos. Ya hemos dicho que aquí había partes que eran opiniones personales. Evidentemente, es justo que cada uno mantenga su opinión como crea conveniente.

Respecto al problema de la adopción de ovocitos, a nosotros nos parece que es importante diferenciar la subrogación, ya que tiene un aspecto básicamente distinto, que es el de la capacidad de mantener la privacidad. Es muy difícil que una madre que actúe como subrogada, pueda mantener su privacidad respecto a la madre portadora de aquel embarazo. En cambio, es mucho más fácil que el ovocito que se recibe como donado, bien sea por donación directa o por donación y congelación posterior, se pueda reconocer como el que ha originado un embarazo determinado, tanto en cuanto que en muchas ocasiones pueda tratarse de obtener fertilizaciones «in vitro» con ovocitos distintos recogidos en un mismo día y que nunca la beneficiaria va a tener conocimiento de quién ha sido realmente la donadora del ovocito. Este aspecto de

la privacidad a nosotros nos parece que desde el punto de vista legal crea una diferencia básica con la subrogación. Por esto, creemos que tendría que considerarse de una forma también distinta.

Respecto al problema de la donación de embriones, que somos conscientes que es éticamente delicado, nos parece que va directamente ligado a la posibilidad de congelación del embrión. El hecho de que se puedan congelar, crea la situación de lo que se puede denominar embriones restantes, en el sentido de que, cuando una pareja ha obtenido su embarazo, pueden persistir algunos de los embriones que se han creado por fertilización «in vitro», que queden en este banco de congelación, y, en cambio, pueden ser útiles para que sean aprovechados por una madre que no podría en aquel caso concebir por ella misma. Esta es una forma alternativa de dar salida a estos embriones restantes que pueden quedar, y, tal como decimos, éste es un hecho que va ligado directamente a que se legalice o no la congelación de embriones. No tendría sentido el hablar de la donación de embriones, si éstos no hubieran sido previamente congelados y hubieran quedado como inaplicables a la pareja que los dio primariamente.

Respecto al punto de las madres solteras, el caso es complejo, tanto que, cuando uno se lee la legislación sueca, el término que emplea para referirse a pareja estable, yo ahora no lo recuerdo, pero es especialmente feliz para describir algo que nadie puede probar directamente; es un poco, como antes decíamos, la ostentación del lesbianismo, porque, ¿qué es exactamente hacer ostentación de lesbianismo? Evidentemente, éste es un punto delicado, pero si tenemos en cuenta que las mujeres pueden, siendo solteras, inseminarse naturalmente, en el momento en que lo desean, y que esto es una cosa que está contemplada por la legislación, quizá debería contemplarse también el hecho de las mujeres para que se inseminen artificialmente.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Vanrell.

El señor VANRELL: Siguiendo en el turno de contestación a las interpelaciones del doctor Botella, que yo agradezco sinceramente, yo desearía insistir en el tema que ha tocado el doctor Palacios, ya que lo otro lo ha mencionado él, pero es una lástima que no hayamos leído lo del profesor Egozcue, que hubiese aclarado alguna duda respecto a que el Grupo de Barcelona no está de acuerdo en la experimentación de embriones más que en unas determinadas circunstancias que están descritas en lo que dice Egozcue.

El señor PRESIDENTE: Al hilo de esa consideración, señor Vanrell, quizá sería procedente y no sería descortés con el señor Egozcue, ya que han trabajado conjuntamente, que pudiéramos pasar a la lectura antes de que hubiera otras intervenciones, si todos están de acuerdo. (Pausa.) En este caso, puede dar lectura, si así lo desea, el señor Vanrell.

El señor VANRELL: El profesor Egozcue hace estas anotaciones en relación a las leyes que se presentaron en la Asamblea Nacional Francesa, cuyo texto es el siguiente: «Que la propuesta de ley presentada por la Assemblée Nationale francesa en mayo de 1984 es insuficiente y poco adecuada a la situación científica actual. Sus aspectos positivos están recogidos en el informe Warnock. Que la propuesta de ley presentada a la Cámara dei Diputati italiana en febrero de 1985 es positiva, pero se halla también recogida en el informe Warnock». Que lo mismo sucede con la propuesta de ley sueca, aunque ésta incluye un apartado que no permite la «anonimidad» de los dadores de gametos (en contraposición a las recomendaciones francesa, italiana e inglesa, nosotros mantenemos el criterio de la «anonimidad» de los dadores, tanto de semen como de óvulos) que podría hacer inviable cualquier programa de este tipo en el futuro.

En consecuencia, recomienda que el Parlamento español adopte como documento de trabajo el informe Warnock con las siguientes modificaciones. En la página 15, al tratar de la donación de gametos y en el apartado de la «anonimidad», incluir lo previsto en el artículo 14 de la propuesta italiana. Por lo que respecta a la comercialización de los métodos de fertilización artificial, creemos que constituye el mayor problema que la ley puede contemplar. La donación de gametos no debería ser nunca compensada económicamente, excepto para cubrir los gastos que la donación ocasiona al dador/dadora; está implícitamente escrito en los informes que hemos leído anteriormente. Se debía incluir en la legislación el artículo 2.º de la propuesta de ley francesa en el sentido de que la concepción y el embarazo no deben ser nunca objeto de comercialización. Por lo que respecta a la prestación de útero, debería estar expresamente vigilada (dice el doctor Egozcue, con lo que estamos de acuerdo —ver punto 6—) para que no se produzca como resultado de una compensación económica, sino debido a una prestación desinteresada, como en la donación de órganos para trasplantes.

El señor PRESIDENTE: Perdón, señor Vanrell, en el documento que tenemos nos da la impresión de que nos falta la página 2; es decir, del punto 1 se salta al punto 4. ¿En el original lo tiene usted?

El señor VANRELL: Tiene usted razón. La tengo en el original. Si le parece a usted, mientras hacen la fotocopia sigo con otro punto de la contestación al profesor Botella.

Yo desearía contestar muy brevemente al profesor Botella en relación a los puntos a que ha hecho mención de nuestras recomendaciones sobre inseminación artificial como semen de donante.

En el punto de la mujer soltera, yo creo, profesor Botella, que si la legislación española ya contempla que la mujer soltera pueda adoptar un niño, esto es una forma de que adopte a su propio hijo. En definitiva, si queremos hacer prevalecer los derechos del niño —como fueron las recomendaciones del Consejo de Europa— y que viva dentro de una familia, en este concepto de familia puede exis-

tir también la madre que no tiene su correspondiente marido, porque la legislación española ya lo contempla. Quizá no podría aceptarse si la legislación española no contemplase que una mujer soltera adoptase a un niño, pero si la legislación española lo contempla, no me parece que sea abrirnos a un criterio excesivamente amplio el que esta mujer soltera no solamente pueda adoptarlo, sino que incluso pueda concebirlo.

En lo que respecta a los peligros potenciales que obligan a una reglamentación sobre inseminación artificial con semen de marido, de lo que ya ha hablado el doctor Caballero, realmente yo creo que se puede legislar, pero teniendo en cuenta que el riesgo de los defectos de capacitación los tenemos mucho más con la fecundación artificial que con la inseminación artificial. Nosotros con la inseminación artificial sí que manipulamos los espermatozoides, pero los dejamos en el útero. En cambio, con la fecundación «in vitro» no los capacitamos nada más que «in vitro», porque no los dejamos en el útero. Por tanto, el riesgo de capacitación que sea defectuosa es mayor. Sin embargo, no se han demostrado en la fecundación artificial, en la fecundación «in vitro», problemas genéticos consecutivos a esta terapéutica.

Por tanto, a mí me da la impresión de que sí es posible que incrementemos la legislación sobre inseminación artificial. Yo creo que lo que realmente crea problemas éticos, problemas morales y problemas médicos suplementarios son la fecundación «in vitro» y la inseminación con semen de dador, pero la inseminación con el propio semen del marido comporta los mismos problemas éticos que tenemos en nuestra práctica diaria. Por tanto, yo no sé hasta qué punto sería conveniente introducir una legislación al respecto, salvo en el criterio de inseminar o no mujeres con semen de marido fallecido, sobre lo cual el grupo de Barcelona no nos hemos pronunciado, sino que hemos hecho solamente la observación de que debería ser legislado este tema.

En lo que respecta a que la mujer —y con esto acabo, profesor Botella— debe recibir información sobre las características generales del donante con ocultación de su identidad, quizá no está bien expresado —yo lo reconozco— y deberíamos haber dicho: las características del donante en relación a la similitud con su marido, con el padre legal. Yo acepto que lo correcto sería decir que la mujer recibirá información de que el semen se ha recogido de un donante que tiene unas características lo más parecidas a las de su marido legal, no las características generales, que no concreta suficientemente. Lo que queríamos decir en este punto es que hay que ocultar la identidad del donante.

El último punto sobre el que el profesor Botella nos ha interpelado es la relación con la similitud fenotípica inmunológica. Es posible que realmente no estemos ahora en condiciones de garantizar la mayor similitud inmunológica más que con el factor RH, pero la medicina cambiará y es posible que en poco tiempo tendremos la capacidad de hallar pruebas inmunológicas que nos permitan encontrar sémenes de hombres con una similitud inmunológica superior al factor RH en inseminación artificial.

Muchísimas gracias, profesor Botella, por sus intervenciones.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Vanrell. Supongo que el profesor Botella tendrá algo que decir, pero previamente tenía solicitada la palabra el señor Guerra.

El doctor GINECOLOGO (Guerra Flecha): Yo creo que el trabajo es muy exhaustivo y hay cosas en las que no estoy de acuerdo. Por ejemplo, en la página 5, el artículo 1.º, apartado 1.1, dice «que sea fértil». Yo creo que no es suficiente que sea fértil, sino que reúna unas condiciones porque, a lo mejor, genéticamente no es una mujer que podamos inseminar o tiene una edad pasada, con cierto riesgo, etcétera.

Hay más puntos. Por ejemplo, en el 7 yo cambiaría el término de «inseminación natural» por el de «fecundación natural».

Hay otra serie de puntos que a mí me gustaría leerlos un poco más detenidamente, porque ahora me encuentro un poco justo para decir en cada punto qué es lo que yo creo que se puede modificar.

El señor PRESIDENTE: El profesor Botella tiene la palabra.

El doctor ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y FERTILIDAD (Botella Llusía): Yo quería responder en este turno al profesor Vanrell. Evidentemente, soy consciente de que la legislación española hoy día permite la adopción de un niño por una madre soltera. Por tanto, pienso que los juristas le van a dar la razón a usted cuando hagan su informe. Pero yo he dicho esto para mantener un punto de vista mío que, en último caso, pondré como un voto particular o como una coletilla, si el señor Presidente me lo permite, cuando se redacte el documento.

La razón de mi postura es la siguiente. A mí me preocupa vivamente que con la tecnología de la reproducción la especie humana cambie fundamentalmente su estructura y sus relaciones; lo he escrito en muchos sitios y no les voy a repetir aquí los argumentos. Temo la aparición de un tercer sexo y temo, asimismo, la desaparición de la unión hombre y mujer como pareja básica, como unión básica en la vida, sea religiosa o no lo sea. Esto no me importa como biólogo, pero sí me importa mucho que el sexo masculino y el sexo femenino conserven cada uno su misión en la sociedad del futuro, porque veo que podemos evolucionar hacia las abejas o hacia las hormigas, donde una reina productora de óvulos sea artificialmente fertilizada por unos donantes anónimos y el resto de los individuos sean obreras o soldados. Esto es todo lo que tenía que decir. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, profesor Botella.

Simplemente quiero hacer una consideración que al hilo de su intervención me parece oportuna, y es que, evidentemente, aquí se producen contrastes de criterios, como es natural que así suceda, que se recogerán en la documentación general. No obstante, de todas las conside-

raciones que ustedes tengan a bien hacernos, será la Comisión la que de manera fiel, pero en síntesis, extraerá las conclusiones, ateniéndose a lo que ustedes plantean, y realizará un documento fácil y accesible para el propio Congreso.

Tiene la palabra el señor Caballero.

El señor DIRECTOR DEL CENTRO DE INSEMINACION ARTIFICIAL RAMON Y CAJAL (Caballero): En la documentación que se presenta, en uno de los artículos se habla de las características del donante. A mí me gustaría resaltar que posiblemente en un momento dado no se hablará de características del donante, sino de los donantes. En algunos centros, concretamente de Estados Unidos, en la actualidad, para un mismo ciclo de inseminación se está utilizando más de un donante, por supuesto con la consiguiente comparación inmunológica, probando los espermatozoides de un donante con el líquido seminal de otro para que no existan problemas inmunológicos de aglutinación y que, por consiguiente, se consiga la fertilidad. El hecho es evidente. Esto conllevaría a que posiblemente el anonimato del padre sería más intenso y, por consiguiente, existirían menos problemas en cuanto al reconocimiento de la paternidad por parte del donante.

Creo que sería interesante hacer la salvedad en cuanto a que, previo el estudio de compatibilidad del donante, podría emplearse más de un donante para un mismo ciclo de inseminación.

El señor PRESIDENTE: El señor Calaf tiene la palabra.

El doctor TOCOLOGO DEL HOSPITAL SAN PABLO DE BARCELONA (Calaf Alsina): Lo que hemos tratado de evitar es precisamente caer en los aspectos que eran excesivamente técnicos. Estoy totalmente de acuerdo con lo que dice el señor Caballero. Esto formaría parte de lo que, desde el punto de vista de la reglamentación, establecía en los bancos las normas de elección. Una cosa, tal como él dice, es la mezcla de semen y otra cosa es el uso, dentro de un mismo ciclo, de varios tipos de semen en distintas ocasiones. Dentro de lo que ya es específico en las normas de control de calidad y de selección de donantes, el hecho de que de forma reiterativa con un donante no se obtengan embarazos, o que se obtenga un número determinado de ellos, significa una forma de selección. Nosotros queríamos dar como garantía el hecho de que, como ocurre en la mayoría de bancos, bien sea de una forma manual o informatizada, se asegure que una pareja que, por ejemplo, tiene un determinado tipo de cabello rubio y lacio y ojos azules no vaya a tener un hijo con pelo negro y rizado y piel morena, cuando fenotípicamente no parecería posible.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Caballero.

El señor DIRECTOR DEL CENTRO DE INSEMINACION ARTIFICIAL RAMON Y CAJAL (Caballero): Inde-

pendientemente del tema que hemos comentado ahora mismo, yo propondría que, en vez de estar cada uno comentando los apartados que nos parecen más o menos interesantes de debatir, empezáramos por el punto primero y continuáramos por el segundo y el tercero porque, si no, podríamos pasar todo el día hablando sobre el tema.

El señor PRESIDENTE: La Mesa de la Comisión está dispuesta a seguir la metodología que ustedes consideren más productiva. Si el conjunto de ustedes así lo estima, nosotros adoptamos el procedimiento que consideren más adecuado.

Tiene la palabra el señor Calaf.

El doctor TOCOLOGO DEL HOSPITAL SAN PABLO DE BARCELONA (Calaf Alsina): Creo que quizá fuera más útil hacerlo al revés. Es decir, este es un documento que se ha aportado como información a la Comisión. Se pueden usar otros elementos de la Comisión para discutir y para ampliar, pero sería más práctico que la Comisión, sobre esta base, nos preguntara a los técnicos sobre aspectos que quizá hemos olvidado o que no han quedado suficientemente claros desde el punto de vista técnico porque, como discutíamos antes respecto a circunstancias como la soltería, etcétera, son más de opción política que de circunstancias técnicas.

El señor PRESIDENTE: En principio, señor Calaf, esto puede producirse cuando nosotros hayamos recibido la información de todos los técnicos. Van ustedes a permitirnos que esperemos hasta ese momento y oír todos los criterios que puedan plantearnos, para que podamos estudiar con detenimiento la documentación de las exposiciones aquí hechas y para que, a la vista de la maduración de esta temática, podamos ver si cabe que hagamos alguna pregunta concreta. En ese sentido, para nosotros en este momento sería más enriquecedor que ustedes llevarsen la discusión al contraste de criterios con la máxima expansión posible, de manera que tengamos los máximos elementos de juicio para poder aceptar sus conclusiones. Tengan en cuenta que muchos de nosotros —casi diría que todos nosotros— no somos expertos en la materia. En consecuencia, todo contraste que se establezca sobre un punto concreto es para nosotros un elemento de argumentación y de enriquecimiento importante.

¿Alguno de ustedes tiene alguna cosa más que decir en este momento? (*Pausa.*) La señora Gorroño tiene la palabra.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Para ampliar un poco el tema, diré que estoy de acuerdo en que hay cosas que no se han visto en estos informes que en nuestra metodología de trabajo nosotros las hemos incluido. Hay cuatro puntos que están incluidos en un informe que está haciendo el grupo de Bilbao siguiendo esta misma línea, al que le va a venir bien, en este aspecto, el trabajo realizado por el grupo de Barcelona. Por ejemplo, en el resultado del proceso médico hay unos apartados sobre la metodología que hemos seguido el grupo de Bilbao que

no están en la metodología presentada por el grupo de Barcelona. Yo no sé si servirá de algo, pero tenemos un esquema de trabajo en el que se incluyen puntos que no están especificados por el grupo de Barcelona; es bastante más amplio.

El señor PRESIDENTE: Como es un documento breve, ¿podría la señora Gorroño hacer una lectura de los criterios que consideran más estimables?

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Si lo creen oportuno, sí.

Nuestro esquema de trabajo lo hemos dividido en cuatro apartados: casuística, proceso médico, resultados e informe, para lo que es el grupo de biomédicos.

En la casuística, que los biomédicos incluyan todo lo que ellos crean conveniente desde todos los puntos de vista o muy personal; una enumeración y explicación de aquellos casos y circunstancias en los que la fertilización «in vitro» —se pone entre comillas porque se supone que está mal técnicamente— resuelve problemas o presenta ventajas con respecto a los procedimientos habituales de obtener una fertilización. Es un tema muy ampliable.

Segundo punto: proceso médico, descripción minuciosa y detallada de cada una de las etapas en que puede dividirse el procedimiento habitual para lograr culminar con éxito la fertilización y posterior nacimiento. Puede hacerse referencia en cada etapa a: procedimientos habituales de realización; condiciones médicas requeridas; peligros médicos fundamentales; recursos humanos y materiales requeridos; evaluación económica aproximada y procedimientos alternativos conocidos.

Tercer punto: resultados. Análisis de los resultados obtenidos hasta el momento mediante la utilización de procedimientos adecuados. Es preferible una evaluación estadística en base a parámetros que se hayan utilizado en este tipo de investigación.

Cuarto punto: un informe final del equipo de trabajo, en el que se señalen una serie de recomendaciones fundamentales de tipo médico de cara a una regulación jurídica de la fertilización «in vitro».

Este es el esquema que está siguiendo el grupo médico de Bilbao.

El señor PRESIDENTE: Muy interesante.

Respecto al punto dos, me parece que el señor Vanrell se había excusado de hacer una referencia por no hacer muy prolija la exposición. Creo que esto lleva a la feliz coincidencia de que se trabaja con unas ideas que se ajustan en lo básico, si interpreté bien su exposición, señor Vanrell.

El señor VANRELL: Señor Presidente, la ha interpretado correctamente. Yo no he expuesto la metodología de trabajo del proceso médico, que está escrita en el informe que nos ha enviado el doctor Barri, por creer que quizá sería un poco farragosa para ustedes la descripción pormenorizada de los aspectos técnicos de la realización

de la fecundación «in vitro», pero estamos dispuestos a ampliar el tema, si lo creen necesario.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Caballero.

El señor DIRECTOR DEL CENTRO DE INSEMINACION ARTIFICIAL RAMON Y CAJAL (Caballero): Me gustaría resaltar que si los aspectos técnicos van a quedar, por así decirlo, en manos del comité de expertos que regule la fecundación «in vitro», el comité de expertos de la Sociedad Española de Fertilidad, andrología, etcétera, en realidad tampoco deben ser tratados aquí.

El señor PRESIDENTE: En todo caso, para todos nosotros sería positivo un breve repaso de esta temática, en la línea que antes expresaba de tener una mejor información. Si no hubiera inconveniente por parte de ustedes, y sólo a esos efectos, sería interesante que se hiciese un breve repaso. Tengan en cuenta que cualquier cosa que pudiera ser de utilidad la recibimos con gran satisfacción.

Tiene la palabra el señor Vanrell.

El señor VANRELL: Señor Presidente, voy a dar lectura a la página dos, que erróneamente no fotocopiamos y que ahora tenemos a nuestra disposición gracias al señor Letrado en relación a los comentarios del profesor Egozcue sobre distintos aspectos que no quedaron perfectamente detallados en la exposición que yo estaba haciendo en relación a la fecundación «in vitro».

Respecto a la página 2, en este mismo capítulo, y además en el apartado 4.18, página 24, hay que tener en cuenta el artículo 2 de la propuesta de ley italiana, que obliga al receptor (donación de ovocitos) o a la receptora de la inseminación artificial a someterse al mismo tipo de estudios que el dador o dadora, no porque este tipo de fertilización artificial comporte un mayor riesgo que la fertilización por métodos naturales, sino para evitar que el receptor o la receptora puedan imputar al dador o a la dadora problemas genéticos o congénitos que tengan su origen en aquél o en aquélla. En este aspecto hay que reseñar que en el momento actual hay una viva polémica en los bancos de semen (en los bancos de ovocitos esto aún no se ha dado), concretamente respecto a la necesidad o no de practicar el cariotipo o análisis genético de los dadores. En este sentido podría ser enriquecedor que la Comisión discutiera este punto, que yo creo capital, de si es o no necesario que en los bancos de semen y en las futuras donaciones de ovocitos —si esto se llega a legislar positivamente— se analicen los estudios cromosómicos. Hay mucha literatura al respecto. Parece ser, en nuestra modesta opinión —yo ahora estoy improvisando y hablo a título personal, no de grupo—, que en el momento actual no hay información suficiente que haga imprescindible el estudio de cariotipo en los dadores de semen.

En relación al número de hijos que pueda tener un dador de gametos —en este caso concreto, si nos referimos a la inseminación artificial, un dador de semen—, hay leyes que respetan el máximo de seis o el máximo de diez,

pero en definitiva yo creo que sería más acorde que lo dijese el comité español de inseminación artificial, porque está dependiendo de la territorialidad de un buen banco de semen el número de gestaciones que se puede permitir a un dador para variar. Si se crea un sistema interbancario de bancos de semen a nivel de Estado español, como sucede en Francia, es muy probable que pueda ampliarse el número de gestaciones que se permite para un mismo dador. Yo quería tener en cuenta este aspecto en lo que respecta al tema de la experimentación con embriones. Dice el profesor Egozcue —ahí es donde me he perdido y yo desearía leerse textualmente—: «Creemos que la experimentación con embriones humanos, debido a su escaso número —y dejando aparte otras consideraciones—, no constituye un objetivo científico válido que no pueda suplirse con estudios en otras especies. Por tanto, apoyamos parcialmente la disensión de los doctores Marshall, Walker y Carriline, pero opinamos que los embriones humanos no implantables (con más de dos pronúcleos o que no progresan en su división), o sea, embriones humanos no implantables en el sentido de que no tienen una vitalidad demostrada, pueden ser utilizados para la investigación científica, porque no tienen posibilidades de desarrollarse. Por esta razón, creemos razonable incorporar el artículo 5 de la propuesta de ley francesa en el sentido de que durante la vida intrauterina» (y no si el embrión no puede implantarse, como hemos indicado), «el cigoto, embrión o feto no puede ser objeto de experimentación, excepto con una finalidad terapéutica», lo cual me permito añadir, está muy lejos de las posibilidades actuales.

En el punto 9, dice el profesor Egozcue: «Disentimos de la conclusión del informe Warnock, que admite que en algunos casos especiales podrían utilizarse embriones humanos para estudios toxicológicos o genotóxicos, ya que existen modelos animales adecuados a este fin».

El punto 10 —y con esto termino— dice: «Consideramos absurdo considerar la posibilidad de ectogénesis, así como la gestación en otras especies, ya que no existe ninguna especie, debido a sus características uterinas, capaz de llevar a término un embarazo humano».

Gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Vanrell. *(El señor Caballero pide la palabra.)*

Antes de conceder la palabra al señor Caballero, quisiera pedirles que, en aras de facilitar el trabajo de nuestros magníficos colaboradores en la toma de datos, dado que se exponen nombres que pueden no serles familiares, los recojan en una notita aparte a fin de que lo reflejen en el acta. Muchas gracias.

El señor Caballero tiene la palabra.

El señor DIRECTOR DEL CENTRO DE INSEMINACION ARTIFICIAL RAMON Y CAJAL (Caballero): Quisiera hacer algún comentario sobre los dos apartados, no para ir en contra de lo expuesto por el doctor Vanrell, sino simplemente para enriquecer el tema.

En cuanto al capítulo II, es un tema muy debatido en otras reuniones que sobre bancos de semen hemos tenido

en la Sociedad Española de Fertilidad, concretamente el último en Santiago. Parece ser que existe la opinión de que en la mujer receptora de la inseminación no se deberían hacer los mismos estudios que en el donante, por una razón muy sencilla, porque entonces tendríamos que pasar a exigir a todo matrimonio que se case los mismos estudios que se le van a hacer para una inseminación artificial. Esto sería bastante engorroso.

Respecto al hecho del cariotipo en los donantes, existe bastante discusión respecto al tema, unos opinan que sí y otros que no, pero realmenta la aparición —es un tema que conozco personalmente— de un solo donante con una alteración cromosómica, con una anomalía espermática en cuanto a lo eyaculado, creo que justifica la existencia de ese cariotipo. Así, la opinión general en Santiago sobre bancos de semen indicaba como conveniente —no lo exigía, pero sí lo recomendaba como conveniente— que se hiciera el cariotipo en todos los donantes. Posiblemente estuvieran más en tela de juicio los donantes con aquellas variantes que los genetistas llaman variantes de anomalía. Estos donantes se puede localizar. Es un tema que creo debemos dejar a los genetistas que lo decidan, puesto que no estamos capacitados para opinar sobre el mismo, pero abogaríamos por que se hiciera el cariotipo a todos los donantes.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Caballero.

El señor Calaf tiene la palabra.

El doctor TOCOLOGO DEL HOSPITAL SAN PABLO DE BARCELONA (Calaf Alsina): El riesgo que corremos en estas discusiones es caer en cosas excesivamente específicas. Yo propondría que, dada la importancia que tendría una legislación de este tipo, se establezca un comité técnico que delimite cuáles son estas necesidades. Actualmente, por ejemplo, un problema que está comentándose intensamente es la conveniencia de hacer detección de anticuerpos para-SIDA en estos casos. Evidentemente, en el curso del tiempo aparecerán problemas nuevos que deberemos solucionar. La ventaja es que existe como mínimo un criterio técnico que se considera consensuable o mayoritario para cada uno de los casos. Existe también, si vamos a detalles, la posibilidad de obviar la consanguinidad, a partir del momento en que en una localidad pueda haber un donante y una receptora que sean hermanos sin saberlo. Existen, evidentemente, mecanismos en los bancos. Lo que ocurre es que nos parece que la ley tiene suficiente con establecer que existan mecanismos para evitar este hecho, pero no va a ser lo suficientemente pormenorizada como para establecer cuáles y en qué momento van a ser los mejores.

Confiar a un comité técnico que tome estas decisiones de una forma consensuada, y para todo el país, da la garantía, desde un punto de vista costo-eficacia, de que se va a tomar una decisión global y aparentemente la más adecuada en cada momento, porque si vamos a cada uno de estos detalles será muy difícil alcanzar un consenso para que quede plasmado en ley. Por otra parte, se corre

el riesgo de quedar periclitada la ley en años o en meses, lo cual no es deseable.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Calaf.

El señor Caballero tiene la palabra.

El señor DIRECTOR DEL CENTRO DE INSEMINACION ARTIFICIAL RAMON Y CAJAL (Caballero): No pretendía entrar en discusión, sino simplemente, puesto que estamos comentando, hacer una ampliación que no conlleva ninguna discusión.

El señor PRESIDENTE: ¿Alguna intervención más de los presentes al respecto? (Pausa.)

En todo caso, la Comisión había pensado que, al final, si bien la argumentación del documento-informe, con las recomendaciones que se presenten, ha de ser todo lo más amplia posible, como antes decíamos, la síntesis esencial ha de ser reducida y asimilable, con recomendaciones concretas. Nosotros veríamos con mucho gusto que, al final de todo el trámite de la Comisión, el documento que nosotros hayamos podido extraer de todas estas consideraciones pueda ser revisado por ustedes, a efectos de que hagan las consideraciones que estimen oportunas, por si nosotros pudiéramos incurrir en errores de carácter semántico o en otras cuestiones que en nuestra interpretación no hayan sido felizmente recogidas.

El señor Botella tiene la palabra.

El doctor ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y FERTILIDAD (Botella Llusí): Yo creo que un buen método de trabajo, que simplificaría y abreviaría mucho nuestra labor, sería que este triple informe del grupo de Barcelona —que a mí me parece correcto—, con las objeciones que se han hecho aquí, pudiera pasar como documento definitivo de esta Comisión a las otras Comisiones, para lo cual bastaría con que el doctor Caballero y yo —que creo somos los que principalmente hemos hecho algunas objeciones— redactáramos cada uno un voto particular que se uniera a este triple informe. Así podría pasar a la Comisión o a las otras subcomisiones, porque si ahora pretendemos redactar un documento conjunto y simplificado tendríamos que prolongar la sesión toda esta mañana y gran parte de la tarde.

El señor PRESIDENTE: Pienso, con todo respeto, profesor Botella, que todavía no es el momento. Nosotros seguiremos la primera indicación que usted ha hecho sobre toda la documentación que se ha recogido, más la que los taquígrafos van a trasladar al papel. A la mayor brevedad posible lo llevaremos a los demás expertos de la Comisión, a efectos de que hagan una valoración.

Tengo en cuenta que no se ha realizado la convocatoria de algunas personas del llamado equipo técnico, por decirlo de alguna manera, que queda pendiente. Será bueno que reciban toda esta documentación y que, sobre ella, hagan las consideraciones que estimen oportunas. Llegado ese momento y con toda la documentación, pensamos

que sería interesante que todo este grupo se reúna de nuevo y delimite, clasifique, seleccione, extracte o resuma lo que estime oportuno al término y culminación del trabajo que hayan podido realizar los grupos.

¿Les parece bien? (El señor Botella Llusí pide la palabra.)

Tiene la palabra el doctor Botella.

El doctor ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y FERTILIDAD (Botella Llusí): De una u otra forma, yo rogaría al señor Presidente que la Secretaría de esta Comisión parlamentaria aceptara un voto particular mío, que redactaría por escrito, enviaría y se podría unir a toda esta documentación a fin de repartirlo a la totalidad de la Comisión técnica para una nueva reunión.

Díganos a dónde tenemos que mandarlo.

El señor PRESIDENTE: Al Congreso de los Diputados, Comisiones especiales, Comisión para el estudio de fertilización extracorpórea.

Ese planteamiento que usted hace es el que recoge la Comisión como planteamiento abierto, dado que coincidimos en que puede haber discrepancias que deben ser perfectamente recogidas.

Muchas gracias.

¿Alguna intervención más? (Pausa.)

En principio, damos por terminada la reunión de este grupo. La Comisión considera como fechas probables para la convocatoria del siguiente grupo, si es posible el día 17 y, si no, el 23, que es miércoles y ya, posiblemente, la reunión conjunta sería el 30. Teníamos intención de que, cuando menos, hubiese un período de quince días para que la documentación llegara a todos los componentes de la Comisión y puedan examinarla con detenimiento. En todo caso, el grupo siguiente estará compuesto por los genetistas y aquellos otros médicos que no hayan podido, por una razón u otra, concurrir a esta reunión.

¿Tiene alguna cosa más que decir? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Calaf.

El doctor TOCOLOGO DEL HOSPITAL SAN PABLO DE BARCELONA (Calaf Alsina): Quisiera pedirles que con la mayor anticipación se nos notificara la fecha de la convocatoria porque si no, muchas veces es difícil arreglar todos los asuntos para poder acudir. Agradeceríamos que nos comunicaran cuál de las dos fechas va a ser la reunión, tan pronto se sepa con certeza.

El señor PRESIDENTE: Así se hará. El señor Secretario Letrado toma nota del tema y procuraremos informales de la reunión con el mayor período de tiempo posible para que hagan sus valoraciones.

Muchas gracias a todos por su estupendo trabajo y nos veremos nuevamente.

Se levanta la sesión.

Eran las doce y cuarenta minutos de la mañana.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961