

REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN LESBIANAS.

SIMÓN MARINA, FERNANDO MARINA y DAVID MARINA

INSTITUTO DE REPRODUCCIÓN CEFER. BARCELONA. MIEMBRO DE

ANACER

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- CAMBIOS LEGALES
- REPRODUCCIÓN ASISTIDA
- SER LESBIANA Y MADRE
- ANONIMATO DEL DONANTE
- VALORACION ÉTICA
- NIÑO CON DOS MADRES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

Los términos lesbiana y lesbianismo se identifican actualmente con la homosexualidad femenina y derivan de Lesbos, isla del mar Egeo. Menos utilizados son los términos sáfica y safismo derivados de Safo poetisa homosexual nacida en Lesbos(618-568 A.E.C (Antes de la Era Común). Otros sinónimos son tribada (lesbiana) y tribadismo (lesbianismo). Estos términos se usaron durante toda la época romana y hasta la Edad Media, unos mil años, como única denominación para la homosexualidad femenina y significa “que se frota”, “que se refriega.” El término lesbiana en la antigua Grecia no se identificaba con el de homosexual sino con el de felatriz por la fama que tenían las mujeres de Lesbos en practicar felación. Es el filólogo bizantino Aretas (siglo IX-X) quien equipara como sinónimos homosexualidad femenina a lesbianismo y éste es el término mas difundido actualmente en los países occidentales.

Según Goethe la homosexualidad es tan antigua como la humanidad y por ello es natural. Se observa con frecuencia en primates y sobre todo cuando, la pareja heterosexual no está disponible, en perros, vacas, gallinas, etc. En más de 400 especies animales se ha constatado las prácticas homosexuales. La prevalencia de la homosexualidad femenina se estima es del 6%. Entre el 10 y 15 % de mujeres han tenido contactos sexuales con otra mujer y orgasmo (informe Kinsey de 1953). El informe Hite de 1976 dice que el 8% de mujeres preferían tener sexo con otra mujer; y el 9% eran bisexuales. Se estima que en EEUU las lesbianas representan el 2,6% de la población. En Australia entre el 1,3% y el 2,2%; y en España un 1%. Quizás como pensaba Freud la

homosexualidad sea la expresión de nuestra naturaleza biológica fundamentalmente bisexual.

La primera mención explícita a la homosexualidad femenina la hace Platón en su obra *El Banquete*. En la Grecia antigua la homosexualidad femenina se practicaba en la adolescencia (periodo transitorio de ambigüedad sexual) como sistema pedagógico de iniciación a la vida adulta junto con la enseñanza de canto, música y danza y cuidado del cuerpo. Se practicaba en grupos corales y ambientes privados. La sociedad de varones era insensible, carente de interés sobre el homoerotismo femenino. Esta indiferencia masculina explica la escasez de testimonios de escritores y pinturas clásicas sobre la homosexualidad femenina en contraposición a la abundancia de escritos y pinturas sobre la homosexualidad masculina. El arquetipo de homosexual femenina es la poetisa Safo. Su homosexualidad, puesta en duda por algunos autores, parece probada por el contenido de su obra poética como la *Oda a Afrodita*.

La homosexualidad femenina estaba en parte institucionalizada. En el Templo de Hera de la isla de Lesbos se celebraba cada año concurso de belleza con su componente de iniciación a la homosexualidad en la adolescencia. En Esparta se celebraba entre las muchachas, concursos de belleza de nalgas en el templo Calipige que significa literalmente “bella-nalga”, dedicado a la diosa Atenea.

En la época romana la liberación personal, sexual y económica de la mujer permitió costumbres sexuales más licenciosas y organización de orgías nocturnas con participación sólo femenina. Una de las más célebres era la dedicada a la diosa de la fecundidad Bona Dea. La homofobia y misoginia

sobre todo con las lesbianas rezuma en obras de Ovidio, Marcial, Petronio, Seneca el Viejo, etc. Pero ni en el derecho romano ni en el bizantino existieron normas específicas contra la homosexualidad femenina.

La llegada del cristianismo supuso el inicio de la represión contra la homosexualidad femenina. Así Pablo de Tarso dice que “provoca la ira divina”. Juan Crisostomo afirma que la homosexualidad femenina es “destructora del género humano” al no haber reproducción. La condena del cristianismo con la excomunión y el infierno se convierte en condena civil a partir de la conversión al cristianismo del emperador romano Constantino I el Grande (306-337 E.C) en el año 312. El código penal castigaba con la hoguera a los homosexuales. La pena de muerte por homosexualidad se mantiene en el código de las Siete Partidas de Alfonso X El Sabio. En el mundo católico y ortodoxo de la Edad Media se mantienen normas represivas contra el homoerotismo que se endurecen a partir del Renacimiento, llegando a veces a castigar a las lesbianas con la pena de muerte como en tiempos de Carlos I de España (1500-1558) “protector de la Iglesia”. Estas penalizaciones se mantuvieron hasta el siglo XVIII. En el siglo XX se internaba en hospitales a los homosexuales. En la mayoría de los países occidentales en el siglo pasado estaban aún vigentes leyes civiles que consideraban delito la homosexualidad.

En el año 2001 todavía se castiga la homosexualidad con prisión, castigo corporal y, en nueve países, con la pena de muerte. (Tabla 1)

Cuatro países son africanos y cinco asiáticos. Todos de religión musulmana predominante. Los países musulmanes casi todos tienen leyes homofóbicas.

Una declaración de las Naciones Unidas aboga por la despenalización de la homosexualidad en más de 90 países. En el año 2008 el Vaticano se opuso a la despenalización de la homosexualidad. El lesbianismo no ha sido explícitamente prohibido en el judaísmo. Maimonides (1135-1204) afirmó que el lesbianismo no era penalizado ni en la biblia ni en escritos rabínicos. La prohibición del lesbianismo entre los judíos parece haberse producido en tiempos recientes quizás por imitación de la prohibición cristiana. Lesbianas y gays judíos participan en las ceremonias matrimoniales y tienen acceso al rabinato.

En 1973 Albert Freedman con otros siquiatras consiguieron que la Sociedad Americana de Psiquiatría borrasen la homosexualidad de la lista de enfermedades siquiátricas y se considerase como una variante de la sexualidad normal. En mayo de 1990 la OMS excluyó la homosexualidad de la lista de enfermedades.

Las lesbianas fueron aceptadas con críticas sociales en el mundo greco-romano; fueron anatematizadas en los primeros siglos del cristianismo que consideró pecado la homosexualidad; pasó a ser delito civil incluso con pena capital a partir de la conversión de Constantino al cristianismo. La represión más o menos severa, incluida la pena de muerte se ha mantenido hasta la actualidad. La sociedad cristiana ha castigado la homosexualidad durante más de 1700 años, con prisión, hoguera, lapidación, horca, cadena perpetua, confiscación de bienes, internamiento en hospitales.

CAMBIOS LEGALES

La instauración de las democracias (el poder viene del pueblo no de los dioses); la extensión del laicismo; el afianzamiento de los derechos individuales sobre el pensamiento de la mayoría; el reconocimiento del derecho a decidir por uno mismo sobre todo en cuestiones tan personales, como la sexualidad; el derecho a reproducirse como un derecho recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, han ido eliminando las barreras religiosas, ideológicas y legales contra la discriminación por la sexualidad. Los movimientos feministas de los años 60 y 70 del pasado siglo y la revolución sexual de mayo de 1968 iniciada en París propiciaron la sexualidad libre. La sociedad quiso poner fin a la represión sexual tanto hetero como homosexual. Se abrió paso la libertad sexual y se separó sexualidad de procreación. A ello contribuyó la aparición de los anticonceptivos. Estos cambios empujaron a los gobiernos a equiparar a todas las personas eliminando la discriminación por la sexualidad.

El primer cambio legal fundamental en relación con la homosexualidad se produce con su despenalización. Entre el año 1950 y el año 2000 una serie de países occidentales la despenalizan: Reino Unido en 1957; Alemania en 1969...En España en 1822 se elimina la sodomía del código penal. La dictadura franquista penalizó y reprimió ferozmente a los homosexuales denominados “violetas” a los que aplicó la Ley de Vagos y Maleantes. En 1978 con la actual Constitución se despenaliza la homosexualidad en nuestro país pero se mantiene como “delito contra el honor en “el Código de Justicia militar

hasta 1986". En el 2001 el Parlamento promulgó una ley que obligaba a borrar las fichas policiales de los homosexuales.

En el año 2001 en 132 países no había leyes contra los homosexuales: diez países de Oceanía; 17 de África; 23 de Asia; 32 de América y 50 de Europa. Ningún país europeo tiene leyes contra los homosexuales desde el inicio del tercer milenio.

Un segundo hecho legislativo importante es legislar contra la discriminación. En total 60 países tienen leyes contra la discriminación sexual: tres en Asia; tres en Oceanía; cuatro en África; 13 en América y 37 en Europa. Entre estos hay once países que penalizan la homofobia: dos en Oceanía y nueve en Europa. (Tabla 2)

La manifestación pública de la homosexualidad concierne a la sociedad de la realidad oculta hasta hace pocas décadas y se empiezan a producir cambios legales que van recogiendo derechos no reconocidos hasta entonces por ser homosexual. Queda sin embargo el reducto familiar de la lesbiana que cuando no la acepta como tal, cuando la rechaza con fuerza le induce a depresiones, consumo de drogas, incluso suicidio más frecuente en el homosexual masculino. La lesbiana se ve rechazada por sus seres queridos, su familia. Si los padres de los homosexuales los aceptaran, no los escondieran a la sociedad, los comprendieran y los quisieran como son sería para ellos su mayor avance contra la discriminación. No hay peor discriminación que la de la propia familia. La generalización de "parejas de hecho" entre las parejas heterosexuales contribuye a salir de la rígida coraza del matrimonio religioso y las legislaciones comienzan a reconocerles derechos similares o iguales a las parejas casadas. Esta nueva realidad social se reconoce con leyes específicas

sobre “ parejas de hecho” o “ uniones civiles” que en mayor o menor grado igualan a estas parejas heterosexuales con las parejas casadas. Todo ello propicia el reconocimiento legal de las “parejas lesbianas de hecho” en diversos países. (Tabla 3)

Poco a poco y con variaciones de un país a otro se van reconociendo derechos disfrutados por las parejas heterosexuales como derecho a la herencia; al cobro de pensión y a mantener la misma vivienda al fallecer la pareja. En síntesis derechos como cónyuge. La pareja homosexual compartía la vida, la sexualidad, pero al salir de ese círculo privado ya no eran pareja pues la legislación no la reconocía como tal. El reconocimiento legal como “ pareja de hecho” o “ unión civil” en las parejas homosexuales ha supuesto un claro avance en la equiparación de las parejas homosexuales con las heterosexuales. En un grupo de países se permite contraer matrimonio a personas del mismo sexo. (Tabla 4)

La igualdad entre parejas homosexuales y heterosexuales se aproxima.

El deseo de paternidad/maternidad es independiente de la sexualidad. No es exclusivo de las personas heterosexuales. Las personas homosexuales como las heterosexuales tienen interés y deseo de tener hijos adoptados o propios. La adopción por parte de parejas lesbianas u homosexuales masculinas no está permitida en la mayoría de países. Es legal solo en 17 países. (Tabla 5)

Todos los países que aceptan la adopción por parte de parejas homosexuales han legalizado las “uniones civiles” o los matrimonios homosexuales. Entre los países con “unión civil homosexual” legalizada sólo el 21 % (8 de 38) aceptan la adopción. Entre los países con matrimonios homosexuales legalizados, el 90 % (9 de 10) aceptan la adopción. Sólo Portugal ha legalizado el matrimonio

homosexual pero no la adopción. Un grupo de países (Argentina, Colombia, Costa Rica, Finlandia, Francia, México, Nueva Caledonia y Puerto Rico) no permiten la adopción por parejas homosexuales pero sí por personas solteras. La discriminación contra las parejas homosexuales es patente en el tema de la adopción. Sólo 17 países la han legalizado mientras un grupo de ocho países no permiten adoptar un niño a una pareja homosexual, lesbiana o masculina, y aceptan que adopten personas solteras. Una legislación más restrictiva en relación con las parejas homosexuales se observa en el campo de la reproducción. La lucha de lesbianas y homosexuales masculinos por tener hijos biológicos; por no tener que renunciar a la maternidad/paternidad por el hecho de ser homosexual se ha iniciado hace unas décadas. Las técnicas médicas de reproducción asistida disponibles en la actualidad permiten que una persona tenga hijos biológicos, con la forzosa aportación de células germinales de una persona del otro sexo pero sin cohabitar.

El gran impedimento es el legal. El derecho a reproducirse no se le reconoce a las parejas homosexuales en la mayoría de los países.

Las ideas de una parte de la sociedad cercenan los derechos de los colectivos de homosexuales que desean tener hijos al impedirles la legislación acceder a las técnicas de reproducción asistida para tener hijos biológicos. La tabla 6 resume los países que permiten la aplicación de técnicas de reproducción asistida, principalmente en lesbianas. (Tabla 6)

Queda un largo camino para que los derechos reproductivos de las personas homosexuales sean reconocidos, autorizados y aplicados. La discriminación sigue vigente incluso en Europa y en Estados Unidos.

REPRODUCCION ASISTIDA

A lo largo de la historia la mujer lesbiana, no la bisexual, para tener hijos tenía que renunciar a la maternidad o tener relaciones sexuales con hombres. Es posible que en tiempos pasados alguna mujer lesbiana que deseara ser madre se introdujese semen ella misma o con ayuda de otra persona sin cohabitar. Pero hasta la aparición de las técnicas de reproducción asistida la pareja lesbiana no tenía acceso fácil a la maternidad.

En el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida se han de resaltar cuatro hitos útiles para las parejas lesbianas como tales: la inseminación artificial, la donación y congelación de semen; la fecundación in vitro y la donación de óvulos en tanto en cuanto una mujer puede gestar un embrión formado con óvulos de otra mujer.

A finales del siglo XIX se inicia tímidamente la reproducción asistida con esporádicas inseminaciones artificiales con semen fresco.

Esta situación se mantuvo hasta la segunda mitad del siglo XX. En 1953 se consiguen en EEUU las primeras gestaciones con semen congelado con nieve carbónica (-80°C) y utilizando glicerol como medio crioprotector (Bunge y Sherman, 1953). La congelación de semen permite que un semen producido aquí y ahora se utilice en otro lugar y tiempo. La congelación de semen y la inseminación artificial hace posible la maternidad mediante una técnica sencilla (la IAD o Inseminación Artificial con semen de Donante) y sin que la mujer tenga que tener relación sexual con un hombre. En España organizamos el primer banco de semen a finales de 1977 (Marina, 1980).

En 1978 nace la primera niña de fecundación in vitro (FIV) (Steptoe y Edwards, 1978) lo que permite abordar el tratamiento de esterilidad por obstrucción tubárica, donde la inseminación es inútil; en la esterilidad de causa desconocida ó idiopática; o en los fallos de la IAD.

En 1983 Trounson et al., en Australia consiguen el primer embarazo con óvulos de otra mujer. Se demuestra que una mujer puede gestar embriones formados con ovocitos de otra mujer. Se abre una nueva opción de ser madre a la mujer sin ovarios o con ovarios no funcionantes. La donación de óvulos ha alcanzado una amplia difusión pues permite tener hijos a mujeres menopáusicas. La FIV y gestación con embriones formados con óvulos de otra mujer permiten efectuar la técnica de ROPA (Recepción de Óvulos de la Pareja) en una pareja lesbiana en la que ambas desean participar en tener hijos. Una aporta los óvulos que se fecundan con semen de donante; y los embriones obtenidos se transfieren al útero de su pareja (Marina et al., 2010). Desde el año 1983 la ROPA era técnicamente posible. El freno era la ley que no reconocía la igualdad de derechos entre las parejas lesbianas y las heterosexuales.

SER LESBIANA Y MADRE

La primera opción, la más difundida, de la mujer lesbiana que desea ser madre sin cohabitar con un hombre es, si ella es fértil, la inseminación artificial con semen de donante (IAD). En los países en que la pareja lesbiana no es reconocida como pareja de hecho ó matrimonio, o no se han equiparado los derechos reproductivos de las parejas lesbianas con los de las heterosexuales, la pareja de la mujer inseminada no tenía derechos ni obligaciones sobre el

hijo/a. Para la ley la mujer inseminada lesbiana era equiparable a la mujer soltera, divorciada ó viuda. Esta era la situación en España donde la ley permitía la adopción por una mujer soltera. Al comenzar a funcionar el primer banco de semen en enero de 1978 (Marina, 1980) se aceptó legalmente la IAD en mujer sin pareja masculina sin distinguir si tenía pareja femenina o no. Si ambas mujeres lesbianas deseaban tener hijos se utilizaba semen del mismo donante para inseminar a las dos. Los hijos serán hermanos de padre desde el punto de vista genético. La ley no reconocía vínculos familiares entre las dos mujeres lesbianas que formaban la pareja y sus hijos. Vivían juntas, compartían la sexualidad, pero sin nexo legal entre ellas ni con los hijos de la otra.

Las técnicas de reproducción asistida son dos: IAD y FIV. La IAD es más sencilla pero menos eficaz. Se indica en mujeres de menos de 37 años y con trompas permeables. La FIV se indica en mujeres mayores de 37 años, con trompas obstruidas o que han efectuado tres ciclos de IAD sin conseguir gestación. La ROPA es una FIV compartida con la pareja lesbiana. La que desea aportar los óvulos se hace la estimulación ovárica igual que en la FIV, y los embriones obtenidos con sus óvulos y semen de donante se transfieren al útero de su pareja lesbiana. La ROPA es la misma técnica que se usa en la donación de óvulos. La diferencia es que en el caso de la donación de óvulos la donante (en España) ha de ser anónima. La donante no es pareja de la mujer que va a llevar la gestación; no va a formar parte de esa familia. En el caso de la ROPA ambas mujeres participan en la formación y gestación del embrión para formar una familia (Marina et al., 2010).

ANONIMATO DEL DONANTE

Si el donante de semen, y lo mismo sucede con la donante de óvulos, debe ser anónimo o no es un tema controvertido. Las personas interesadas en mantener el anonimato o no del donante son tres: el donante de semen, la pareja lesbiana y el niño nacido. El donante al hacer la donación de semen no le mueve el deseo de ser padre, de tener hijos; no tiene interés ni siquiera en saber nada sobre la mujer inseminada; ni si se ha conseguido o no gestación con su semen. En los más de treinta años de experiencia que tenemos con donantes de semen podemos afirmar que en síntesis las principales motivaciones que inducen a un hombre a ser donante de semen son la compensación económica; un sentimiento mayor o menor de altruismo, a veces estimulado por tener algún familiar con problemas de fertilidad; y un tercer motivo es saber si son fértiles pues se les hace un estudio andrológico gratuito. El hombre, joven, habitualmente estudiante universitario de entre 18 y 29 años, soltero, que dona semen para tratar la esterilidad ajena, no desea que años después venga un niño o un muchacho/a a conocerle por ser su padre biológico. En esos años el donante habrá probablemente formado su propia familia con sus propios hijos. No hay duda que la mayoría de donantes de semen prefieren el anonimato. No desean ser identificados por la pareja lesbiana ni por el hijo.

La pareja lesbiana, la otra parte interesada, prefiere por el contrario, aunque no siempre, conocer la identidad del donante de semen y desea saber lo más posible sobre el padre biológico de su hijo. La misma actitud suelen tener las mujeres solteras que se inseminan; desean conocer al donante. Este deseo de

conocer la identidad del donante no se da en todas las parejas lesbianas ni en todas las mujeres solteras. Las parejas heterosexuales, sin embargo, que han conseguido su hijo con semen de donante prefieren que el donante sea anónimo y mantienen ante su hijo el secreto de su origen. Si no se le informa de su origen no se le crea la necesidad de conocer a su padre biológico. Pero la información al hijo sobre su origen genético tarde o temprano la pareja lesbiana se la dará, se la tendrá que dar y le inducirá, le estimulará a conocer a su padre biológico. Este interés no lo tienen por igual todos los niños nacidos de semen de donante y que conocen su origen. Un registro nacional de donantes de semen, propugnado por algunos en Estados Unidos permitiría conocer cuantos niños se han conseguido con semen de un donante, reducir el riesgo de semiconsanguinidad y facilitar la información médica y social del donante a la mujer tratada y al hijo. Los mismos objetivos se pueden conseguir con un registro nacional de donantes encriptado como prevee la ley en España, (que limita a seis el número de niños nacidos con semen de un donante) sin necesidad de exponer la identidad del donante.

A nivel legal hay países que mantienen el anonimato de los donantes de semen, como España. En otros países como Alemania, Suiza y Suecia los donantes de semen no han de ser anónimos. El Reino Unido exige que se informe sobre el donante pero no de su identidad. La repercusión práctica en estos países ha sido una disminución drástica de donantes de semen que obliga a las parejas, o mujeres, que precisan semen de donante a desplazarse a otros países o anotarse en listas de espera (Sawyer, 2009). El conocer al padre biológico es un derecho de la persona. La Constitución española reconoce este derecho a conocer la identidad de los padres genéticos en

parejas heterosexuales con hijos genéticos de ambos. (Constitución española, artículo 39.2) Por otro lado la ley sobre reproducción asistida de 1988 (Ley 35/1988) y actualizada en el 2006 (Ley 14/2006) preservan el anonimato de los donantes de gametos. Ante un recurso de inconstitucionalidad presentado ante el Tribunal Constitucional sobre el anonimato de los donantes de semen, el Tribunal Constitucional (sentencia 1169/1999) distingue entre “progenitor” y “padre legal” y considera que la anonimidad del donante de semen es constitucional. El Tribunal Constitucional argumenta que el derecho a investigar la paternidad va dirigido a establecer entre las personas afectadas una unión legal que incluye derechos y obligaciones recíprocos que surgen de una relación paterno-filial. La relación entre donante, aunque se conozca su identidad, y la pareja lesbiana y el hijo, nunca establecerá derechos ni obligaciones entre ellos. Las leyes de reproducción asistida citadas especifican con toda claridad que el donante de semen no tendrá derechos ni obligaciones sobre el niño nacido de la utilización de sus espermatozoides. Si los padres siguen guardando el secreto, en parejas heterosexuales que han utilizado semen de donante, la demanda de conocer la identidad del donante será pequeña. Pero no es el caso de las parejas lesbianas. Una solución podría ser que el donante de semen, voluntariamente acepte que se conozca su identidad. Algunos bancos de semen en Estados Unidos tienen como opcional el “consentimiento de identificación” y estimulan a los donantes a poder ser identificados por las mujeres y los niños con una compensación económica superior al donante anónimo. Una cuestión que surge es si podrá el donante, que aceptó ser identificado cuando hizo la donación de semen, cambiar de

opinión; y si cambia de opinión y no desea ser identificado por su hijo genético si la pareja lesbiana podría obligarle a identificarse.

Es dudoso qué beneficio puede obtener la mujer o el niño al conocer al hombre que hizo donaciones de semen, pero sin intención de formar una familia ni tener hijos propios aunque este hijo lleve sus genes. No todas las parejas lesbianas, ni mujeres solteras, ni todos los niños desean conocer al donante. La controversia sobre si el donante de semen ha de ser anónimo o no continúa. Si se informa al hijo de su origen genético surge la duda de a qué edad debe hacerse y si esa información le será beneficiosa. Puede crearle preocupación y un fuerte deseo de conocer a su padre genético; y puede revolverse contra su madre por haber estado engañado hasta el día en que se le informó de su origen genético. Es más probable que esto suceda en hijos de parejas heterosexuales a los que se les informa, al llegar a la mayoría de edad, de que su padre legal y social no es su padre biológico. En el caso de la pareja lesbiana que le explica su origen desde muy pequeño entre los cuatro y los ocho años de edad, es previsible que el niño lo acepte bien. El derecho a reproducirse es un derecho fundamental y el derecho a conocer el padre genético es un derecho pero no fundamental. El secreto guardado sobre el origen genético del niño no tiene ningún efecto negativo en la adolescencia de estos niños/as.

VALORACIÓN ÉTICA

La valoración ética de la reproducción asistida efectuada en parejas lesbianas involucra directamente a la pareja lesbiana, al centro médico que hará el

tratamiento y al niño nacido en tanto en cuanto podría afectarle negativamente. Un cuarto actor a considerar es la sociedad en la que se producen estos hechos.

Se ha de distinguir la reproducción asistida, IAD o FIV con semen de donante, aplicada a una sola mujer sin participación biológica de su pareja lesbiana, de la ROPA en la que ambas mujeres participan biológicamente en tener el hijo, una aportando los óvulos y otra llevando la gestación. En el caso en que desde el punto de vista biológico sólo participa una mujer, con sus óvulos y su útero, la discusión ética es menor. Los argumentos en contra se refieren a la falta de la figura paterna; desarrollo en una familia con dos mujeres lesbianas con el teórico riesgo de que los niños se vean inducidos a la homosexualidad; las posibles repercusiones síquicas negativas y el rechazo social. LA IAD en mujeres lesbianas hace años que se viene efectuando. En algunos países como España hace más de 30 años que la practicamos. Si la ley lo permite la valoración ética no debe ser negativa. Negar la reproducción asistida a una mujer por ser homosexual sería discriminarla, no reconocerle un derecho fundamental, el derecho a reproducirse. Diversos estudios psicológicos efectuados en niños nacidos de mujeres lesbianas, han mostrado que la ausencia de un padre no afecta negativamente al desarrollo del niño. Pertener a una familia cuya madre lesbiana convive con su pareja lesbiana no afecta al desarrollo síquico normal del niño; y el lesbianismo de su madre no influye en su orientación sexual (Golombok y Tasker, 1996).

El hecho de que ambas mujeres se inseminen con semen del mismo donante no cambia la situación ni la valoración ética comentada; cada mujer tiene su propio hijo con el mismo padre genético. Tampoco cambia la valoración ética el

hecho de que en vez de IAD se efectúe FIV porque la mujer tratada tenga obstrucción tubárica. Es un dato técnico que no cambia la valoración ética. En la práctica la pareja lesbiana que se hacía IAD era tratada como la mujer soltera. La pareja de la mujer inseminada era mera acompañante sin derechos ni obligaciones sobre el niño que tendría su pareja. No se le pide que dé su consentimiento escrito para hacer la IAD a su pareja. En parejas lesbianas en las que una es madre genética y gestacional y la otra “madre social”, esta suele tener celos de la relación entre la madre biológica y su hijo (Pelka, 2009). Estas parejas comparten su vida y su sexualidad pero no la maternidad. En el caso de la ROPA en la que una mujer aporta los óvulos y su pareja lleva el embarazo, ambas contribuyen biológicamente al nacimiento del hijo; ambas desean participar en el proyecto de formación de una familia, de un nuevo modelo de familia, con dos madres biológicas. Ambas están mucho más involucradas que en el caso de la IAD en que una sola es la madre y la otra es sólo la pareja. La participación de ambas en formar una familia es mucho más intensa, mucho más profunda en el caso de la ROPA que en el caso de la IAD o de la FIV. En el caso de la ROPA ambas son madres, una genética y otra gestacional; ambas han de dar su consentimiento escrito antes de efectuar la ROPA; ambas tienen derechos y obligaciones sobre el niño pues ambas han contribuido biológicamente a su formación, a su existencia.

A nivel del colectivo de lesbianas la ROPA es una opción más, nueva, distinta a la IAD. Les permite tener un hijo con participación biológica de ambas a diferencia de la IAD. La novedad de la técnica y la poca extensión con que todavía se practica en el tiempo, en los países y en los centros médicos, no permite prever si la ROPA será una técnica ampliamente solicitada por el

colectivo de lesbianas; practicada por los centros de reproducción y aceptada por la sociedad. En nuestra corta experiencia desde el 2007 en que efectuamos el primer caso de ROPA la demanda de ROPA está incrementando sensiblemente a pesar de lo poco conocida que es aún.

Al aplicar los principales principios éticos médicos a la realización de la ROPA fácilmente se deduce que es una práctica ética. El primer principio ético-médico es “no hacer el mal”. Con la ROPA no se hace mal. Se podría pensar que se hace mal al niño. La experiencia que hay con IAD en parejas lesbianas es extrapolable a la ROPA. Dicha experiencia evidencia que el niño de madre lesbiana no tiene ninguna desventaja en su desarrollo síquico ni de género al llegar a la adolescencia en relación con niños de parejas heterosexuales.

El segundo principio es “hacer el bien”. El objetivo de la ROPA es tener un hijo deseado por ambas mujeres para cuidarlo educarlo y quererlo. Está claro que hacer la ROPA es hacer el bien. Es mejor existir que no existir.

El tercer principio bioético es el de “autonomía”. La ROPA cumple perfectamente este principio que es el de la decisión personal, libre, de la pareja lesbiana. La ROPA no es posible efectuarla sin previo conocimiento, consentimiento y solicitud de la pareja lesbiana.

El cuarto principio ético es el de la “justicia o de igualdad” de toda persona a acceder a todos los medios sanitarios, en este caso, para reproducirse. Este principio está totalmente condicionado en su aplicación por los recursos económicos disponibles siempre limitados y la asignación por parte de la autoridad sanitaria de esos recursos a los distintos colectivos que precisen la reproducción asistida. La aplicación de la ROPA en centros de reproducción

privados y pagada por la pareja lesbiana no ha de tener en cuenta el principio de justicia pues no es aplicable en la medicina privada.

Los centros de reproducción asistida y los médicos que reciben demandas de efectuar ROPA por parte de una pareja lesbiana no tienen una postura común. Unos las rechazan por ser ilegal en su país o por indefinición legal o porque no consideran estas demandas de ROPA como éticas. Otros, centros y médicos, las aceptan y las practican. Un tercer grupo aceptan las demandas de ROPA sólo si hay una motivación médica. Es el caso de una mujer con ovarios no funcionantes y útero normal; y su pareja con ovarios normales y con útero no válido para llevar a término un embarazo. Rechazan efectuar ROPA si la pareja lesbiana es fértil. Es decir limitan la ROPA a las parejas infértiles. Así ocurrió en Holanda en el 2000 y se publicó en De Telegraaf. Esta distinción no la hace la ley en los países donde la ROPA es legal (España, Estados Unidos) Los centros de reproducción y los médicos tienen el derecho de efectuar ROPA en todos los casos, en ninguno o sólo en las parejas lesbianas estériles. Este argumento de efectuar técnicas médicas (en este caso reproductivas), sólo si hay alteración anatomofuncional (en este caso de la fertilidad) no se sostiene pues en la práctica médica diaria está generalizado el uso de técnicas médicas invasivas (ligadura de trompas como anticonceptivo en una mujer sana; cirugía estética, etc.) con la única base que el paciente lo desea, lo decide ejerciendo su derecho al principio de autonomía.

El argumento dado para negar la ROPA en mujeres lesbianas fértiles y proponerles IAD es su menor coste económico y riesgo. Pero no se aplica este argumento a la pareja heterosexual donde la mujer es fértil y el hombre presenta una severa alteración de su fertilidad. Se les propone y se les practica

FIV con ICSI antes de IAD porque desean tener hijos de los dos aunque la FIV-ICSI sea más costosa y con mayor riesgo para la mujer, sana y fértil por otro lado.

La discriminación se basa a veces en si la pareja lesbiana está casada o no, aceptando para efectuar ROPA sólo a la pareja lesbiana casada. Este rechazo a efectuar la técnica ROPA por ser la pareja lesbiana fértil o por no estar casada es discriminarlas. A las parejas heterosexuales no casadas no se les niega la reproducción asistida por no estar casadas. No hay porqué discriminar a la pareja lesbiana por no estar casada. El Comité Ético de la Sociedad Americana de Reproducción Asistida (2009) afirma que es una obligación ética (en algunos estados es una obligación legal) tratar a todas las personas igualmente con independencia de su estado civil y su orientación sexual.

NIÑO CON DOS MADRES

La familia clásica ha sido la formada por padre y madre casados y los hijos. Este modelo de familia no es en la actualidad el único. Se forman familias de divorciados, con los hijos compartidos; ó que ambos miembros de la nueva pareja aportan hijos de parejas anteriores. Familias monoparentales: mujeres u hombres solteros con hijos, ya sean adoptados o genéticos. Un modelo de familia es el formado por una pareja lesbiana y sus hijos. Este modelo familiar cómo repercute en el hijo. Una diferencia evidente respecto a la familia clásica es la falta de un hombre. La figura paterna no es indispensable para el buen desarrollo síquico y social del niño (Golombok et al., 1997). En 1990, la Human Fertilisation and Embriology Act requería a los centros de reproducción que

tuviesen en cuenta la necesidad de un padre al efectuar tratamientos de reproducción asistida. En el año 2008 sólo requería parientes que cubran las necesidades del niño en vez de padre. Parientes, profesores, amigos masculinos substituyen a la figura paterna de la que carece una familia de pareja lesbiana.

El niño ve a la pareja femenina de su madre como un pariente. Para el niño es mejor tener dos personas que lo cuiden que una. Es mejor tener padre y madre ó dos madres que una familia monoparental. El desarrollo del niño en una familia lesbiana no se ve afectado negativamente desde el punto de vista síquico ni afecta a su desarrollo de género ni a su sexualidad (Brewaeys et al., 1997; Golombok y Tasker, 1996). La tasa de separación entre parejas de lesbianas con hijos no difiere de la de parejas heterosexuales (Breaways et al., 1997). La aceptación o rechazo social dependerá del medio social en que se desarrolle. Cada día el rechazo social a este tipo de familias se debilita porque la sociedad occidental cada día es más tolerante y reconoce los derechos de las personas independientemente de su sexualidad.

Estudios sicólogos recientes muestran que los adolescentes cuya cabeza familiar es una mujer lesbiana ó sola, presentan mayor autoestima, mejor rendimiento escolar y relaciones sociales que los niños cuya cabeza de familia es un hombre. Los hijos de parejas lesbianas entran y pasan la adolescencia con equilibrio y bienestar psicológico alto (Golombok et al., 1997). Los conflictos entre el niño y la madre y la pareja lesbiana son similares a los de las parejas heterosexuales. Todos los hijos adolescentes de parejas lesbianas se identificaron como heterosexuales. La idea de que los hijos de madres

lesbianas y padres homosexuales serán lesbianas u homosexuales no se corresponde a la realidad.

Los argumentos más frecuentes para rechazar la aplicación de las técnicas reproductivas en parejas lesbianas se refieren a los derechos y bienestar de los hijos nacidos en el seno de estas parejas. No hay argumentos sólidos para pensar que a estos niños se les hace daño por tener una ó dos madres lesbianas.

La experiencia acumulada demuestra que el desarrollo síquico y de género no sufre menoscabo en los hijos de estas familias. La posible discriminación social es un factor secundario ante el hecho de unas personas que ejercen su derecho fundamental a reproducirse y de tener unos hijos deseados.

Factores económicos y culturales favorables habitualmente en las parejas lesbianas junto con un fuerte deseo de tener hijos ayudan al desarrollo de éstos. En la pareja heterosexual no es infrecuente que se produzca un embarazo sin haberlo deseado ni buscado. La pareja lesbiana ha de planificar y someterse a técnicas de reproducción asistida para conseguir gestación. La pareja lesbiana no puede tener hijos no deseados. La familia presiona a la pareja heterosexual sin hijos a que los tenga. La pareja lesbiana tiene que justificarse por tenerlos. En nuestra experiencia más de la mitad de las parejas lesbianas no han informado a sus familias de su decisión de tener hijos. Las mujeres lesbianas en su deseo de maternidad no forman un colectivo homogéneo. Unas son bisexuales y tienen hijos de su relación heterosexual previa. A éstas se les negaba la custodia de sus hijos por ser lesbiana. Otras no desean, no tienen interés en ser madre; no requieren reproducción asistida. Un tercer grupo de mujeres lesbianas desean vivir la maternidad plena. La

misma mujer aporta los óvulos y lleva la gestación. Su pareja lesbiana puede no estar interesada en la maternidad; puede no desear ser madre. Tendrá derechos y obligaciones sobre el hijo de su pareja en función de las normativas legales de su entorno y del deseo de ambas. Puede que ambas mujeres deseen gestar pero cada una con sus propios óvulos. En estos casos suelen solicitar semen del mismo donante para la IAD de ambas. Otro grupo de parejas lesbianas desean compartir más íntimamente la maternidad siendo una madre genética (aporta los óvulos) y otra madre gestacional (técnica ROPA). Algunas desean tener un segundo hijo intercambiando la participación de ambas: la que aportó los óvulos para el primer hijo gesta el segundo y viceversa. Sería una ROPA cruzada podríamos decir.

Desde un punto de vista biológico estricto el hijo nacido de ROPA no es fruto de una reproducción sexual. La reproducción sexual implica que los progenitores intercambian genes al formarse el embrión por la unión de ambos gametos, masculino y femenino. El embrión, el hijo recibe genes de ambos progenitores. En el caso de ROPA los progenitores siguen siendo el donante que aporta espermatozoide y la mujer que aporta el óvulo. Pero en la ROPA hay un trasfondo humano de participación, de colaboración en la maternidad. Cada mujer aporta uno de los dos pilares básicos, aunque no suficientes, para tener un hijo, los óvulos y la gestación. El tercer elemento indispensable es el donante que aporta el espermatozoide pero no participa humanamente en la formación de esa familia de pareja lesbiana con sus hijos. La denegación de la IAD, FIV o ROPA a una mujer lesbiana por su estado civil o por su sexualidad es discriminatoria y atenta contra el derecho de toda persona a la reproducción.

Atenta contra el principio de autonomía que no es más que un principio de libertad individual.

BIBLIOGRAFÍA

- American Society for Reproductive Medicine, Ethics Committee. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. *Fertil Steril*. 2009;92:1190–1193.
- Brewaeys A, Ponjaert I, Van Hall EV, Golombok S. Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mothers families. *Hum Reprod*. 1997;12:1349–1359.
- Bunge RG, Sherman JK. Fertilizing capacity of frozen human spermatozoa. *Nature*. 1953;172:767–768.
- Golombok S, Tasker F. Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Dev Psychol*. 1996;32:3–11.
- Golombok S, Tasker F, Murray C. Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers. *J Child Psychol Psychiatry*; 1997;38:783–792.
- Marina S. The first sperm bank in Spain organization and first year results. In: David G, Price WS, eds. *Human Artificial Insemination and Sperm Preservation*. New York: Plenum Press 1980;57–60.
- Marina S, Marina D, Marina F, Fosas N, Galiana N, Jové I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Hum Reprod*. 2010;25:1–4.

Pelka S. Sharing motherhood: maternal jealousy among lesbian co-mothers. *J Homosex.* 2009;56:195–217.

Sawyer N. Who's keeping count? The need for regulation is a relative matter. *Fertil Steril.* 2009;92:1811–1817.

Stephoe PC and Edwards RG. Birth after reimplantation of a human embryo (Letters to the Editor) *Lancet*, August, 12, 1978.

Trounson A, Leeton J, Besanko M, Wood C, Conti A. Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro. *BMJ.* 1983;286:835–838.

Tabla 1. Países (en el 2001) que castigaban con la pena de muerte a las parejas homosexuales

Arabia Saudí

Bangladesh

Emiratos Arabes Unidos

Irán

Mauritania

Nigeria

Somalia

Sudan

Yemen

Tabla 2. Países que penalizan la homofobia

Alemania

Australia

Dinamarca

España

Estados Unidos: California, Illinois, Massachussets, Minnesota, New Jersey,
New York, Wisconsin

Holanda

Irlanda

Islandia

Noruega

Nueva Zelanda

Suecia

Suiza

Tabla 3. Países que han legalizado las parejas homosexuales como “parejas de hecho” o “unions civiles”

Alemania	Hungría
Andorra	Irlanda
Argentina	Islandia
Australia	Israel
Austria	Italia
Brasil	Luxemburgo
Colombia	Martinique
Croacia	Méjico (algunos estados)
Dinamarca	Nueva Caledonia
Ecuador	Nueva Zelanda
Eslovenia	República Checa
Estados Unidos (en 11 estados)	Reino Unido
Finlandia	Suiza
Francia a)	Uruguay

a) “la union civil” se denomina PACS (Pacte Civil de Solidarité)

Tabla 4. Países que han legalizado el matrimonio de parejas homosexuales

<u>PAÍS</u>	<u>AÑO</u>
Holanda	2001
Bélgica	2003
España	2005
Canadá	2005
Sudáfrica	2005
Noruega	2006
Suecia	2008
Portugal	2010
Méjico (algunos estados)	2010
Estados Unidos (siete estados*)	2011

*En diversos años. El último ha sido Nueva York en el 2011.

Tabla 5. Países que han legalizado la adopción por parejas homosexuales

Andorra	Holanda
Australia	Islandia
Bélgica	Méjico D.F
Brasil	Nueva Zelanda
Canadá	Noruega
Dinamarca	Sudáfrica
España	Suecia

Tabla 6. Países que permiten la reproducción asistida en parejas
homosexuales

Bélgica

Dinamarca

España

Estados Unidos

(algunos estados)

Holanda

Noruega

Reino Unido