

Prácticas discriminatorias en REPRODUCCIÓN ASISTIDA.



**Equipo de Estudios de la
Federación de Asociaciones de
Familias Monoparentales (FAMS) en colaboración con
Aitana Rica Perdiguero (estudiante de Prácticum UC3M)**

Ante las prácticas discriminatorias dirigidas hacia un modelo familiar diferente al normativo, como es el de la familia tradicional, este análisis tiene por objeto visibilizar aquellas desventajas producidas en el ámbito intrafamiliar en materia de técnicas de reproducción asistida.

Para ello, el presente análisis va a sistematizar y a plasmar la evolución que experimentan dichas técnicas en el transcurso de los años poniendo atención en las normativas legales de cada momento con intención de observar si existen o no prácticas discriminatorias hacia los modelos de familias monoparentales.

Las técnicas de reproducción asistida

Antes de adentrarnos en nuestro objeto de estudio, creemos que es conveniente realizar un pequeño repaso sobre los términos que utilizaremos a continuación. En primer lugar, las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) hacen referencia a aquellos tratamientos de manipulación controlada de gametos, incluyendo tanto óvulos como espermatozoides, con el único fin metódico de lograr un embarazo deseado.

Dentro de este tipo de técnicas pondremos nuestro foco de interés en dos de ellas: la *inseminación artificial* (IA), la cual consiste en la introducción del esperma del donante de manera artificial en el aparato reproductor de la mujer; y en la *fecundación*

in vitro (FIV) que consiste en la extracción del óvulo de la mujer, inseminándolo de manera artificial en un laboratorio con el espermatozoide del donante para, posteriormente, introducir el embrión en el cuerpo gestante, siendo esta técnica más efectiva que la anterior pero con la mitad del número de ciclos financiados por la seguridad social, como ya explicaremos más adelante.

Esta clase de técnicas son empleadas en dos tipos de circunstancias. La IA es la más indicada para aquellas mujeres que gozan de óvulos muy fértiles y de buena calidad, pese a que la calidad ovocitaria es complicada de determinar, la cual suele darse en aquellas mujeres que no han alcanzado los 40 años de edad, sobre todo si tenemos en cuenta que la edad límite para tratamientos de fertilidad en la sanidad pública son los 40 años. Dado las características prevaecientes de la paciente, la IA se suele utilizar en aquellas mujeres solteras o con una pareja de su mismo sexo, debido a su imposibilidad de gestación por métodos naturales. Por otro lado, la FIV se emplea en aquellos casos de mujeres en los cuales hace falta una mayor estimulación ovocitaria, ya que su escaso número de óvulos o la baja calidad de los mismos imposibilitan el uso de la técnica anterior. En este procedimiento entrarían aquellas parejas de ambos sexos con problemas de esterilidad.

Definición del objeto de estudio

Este análisis pretende revelar el enfoque discriminatorio en la aplicación de estas técnicas, discriminación que se lleva a cabo en ciertos sectores de la sociedad como lo es en las familias monoparentales, aquellas mujeres sin pareja, o en los casos de colectivos como son las LGTBI.

Una de estas prácticas discriminatorias es la privación del derecho a la reproducción asistida. Esta privación viene amparada por mecanismos institucionales y leyes respaldadas por partidos políticos que entraron en materia de estado el 31 de octubre del 2014 en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud argumentando lo siguiente:

a) Tratamientos de RHA con fin terapéutico: Se aplicarán a las personas que se hayan sometido a un estudio de esterilidad y que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

1.º Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.

2.º Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

Éstas eran dos de las cuestiones en las que debía situarse la mujer para que el Estado financia su tratamiento, sentencia realizada por la ministra de sanidad de aquel

entonces, Ana Mato, al sostener que “la falta de varón no es un problema médico” lo cual mantenía al margen a aquellas mujeres sin pareja o con pareja de su mismo sexo.

No fue hasta cuatro años más tarde, en el año 2018, cuando se puso en marcha la reforma de dicha orden ministerial, la cual había causado daños irreversibles en la sociedad, perdurando a día de hoy el eco en la conciencia de muchas personas, así como en profesionales sanitarios con capacidad de decisión sobre los deseos reproductivos de sus pacientes.

Estaríamos tratando con un problema de índole ideológico, donde las mujeres sin pareja y lesbianas, al no ajustarse dentro del modelo de “familia tradicional” quedarían excluidas de dichos servicios de reproducción asistida, viéndose obligadas a pagar por su tratamiento en clínicas privadas para la consecución del mismo derecho que otras obtenían gratis mediante la financiación pública de la Seguridad Social. Ese esfuerzo económico trae consigo responsabilidades afectivas, como el no poder formar una familia por falta de recursos en caso de que no pudieran quedarse embarazadas en un primer intento. Así como la impotencia a no ser tratadas como iguales y tener que sufrir dicha norma discriminatoria que en muchas de las ocasiones acabaría en sentencias jurídicas.

Dicha reforma tardaría tres años más en aprobarse, situándonos en el año 2021, donde hasta ese momento todavía seguían existiendo casos discriminatorios en las Técnicas de Reproducción Asistida. A continuación, podemos observar un extracto del Boletín Oficial del Estado emitido el 5 de noviembre de 2021, que modificaría el anexo del anterior, recogiendo las prácticas discriminatorias que se dirigían hacia los siguientes colectivos.¹

Este enfoque determinó que por la aplicación de alguno de los criterios que recogía la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, no tuvieran acceso a las técnicas de reproducción humana asistida algunos colectivos de mujeres, como es el caso de las mujeres sin pareja, las lesbianas o las personas transexuales que conservan la capacidad de gestar.

Seis. Se modifica el apartado 5.3.8.3.a).2.ºi), que queda redactado de la siguiente manera:

«i) Existencia de indicación terapéutica, mujeres sin pareja, personas transexuales que conservan la capacidad de gestar y mujeres lesbianas.»

La existencia de indicación terapéutica nos muestra que el procedimiento médico queda debidamente cumplimentado demostrando así su eficacia, seguridad y un balance de beneficios ante riesgos.

¹ Texto extraído del Boletín Oficial del Estado. O. SND/1215/2021, de 5 de noviembre, con enlace de ref. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-18287>.

Factores de discriminación y las familias monoparentales

La existencia de una ley no garantiza que los procedimientos de reproducción asistida no sigan teniendo factores discriminatorios, privando de esta manera a mujeres con capacidad de gestar su derecho a ser madres, perpetuando la estigmatización que sufren aquellas familias de índole monoparental y condicionando la reproducción del resto.

A lo largo de la historia, la mujer ha sufrido numerosas discriminaciones tan sólo por el hecho de ser mujer. En la actualidad, una de ellas deriva del deseo de ser madres y en el abanico de posibilidades que, desde el ordenamiento jurídico, se brinda sin tener en cuenta todas las distintas formas en que puede conceptualizarse actualmente la maternidad. Bajo esta afirmación queremos mostrar algunos de los factores que dan cabida a esta situación discriminatoria y la variación temporal de los mismos, viéndose comprometidos en el proceso tanto el ámbito económico como el social.

Dichos factores discriminatorios se pueden diferenciar teniendo como punto de referencia la nueva normativa vigente aprobada en el 2021, antes de la cual aquellas personas que estuvieran dentro del colectivo, como las lesbianas o las transexuales con capacidad de gestación, no podían acceder a los recursos de la reproducción asistida por no cumplir los requisitos establecidos en el BOE, mencionados previamente, dado la “ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal” así como la “existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva” eran algunas de las discriminaciones que se encontraban las mujeres por su condición sexual.

Dichos factores no sólo afectarían a las mujeres por su condición sexual, sino también a aquellas mujeres sin pareja que querían tener hijos. Además, dicha norma recogía otro factor discriminatorio dentro de las mujeres sin pareja, y era que la sanidad pública no permitía el uso de dichas técnicas si la mujer ya tenía algún hijo sano o si dicha pareja ya tenía algún hijo en común, lo que nos viene a decir que aquella mujer que ya haya tenido un hijo en pareja y quisiera otro estando sola, no podría acceder a esos tratamientos, mientras que con una pareja distinta sí.

El resultado de ello sería la legalización de prácticas reproductivas que generarían la exclusión de las familias monoparentales, obviando no sólo la discriminación que ello supone o la falta de igualdad entre unas personas y otras al acceso a los recursos sanitarios, sino también cierta torpeza al no facilitar la reproducción a todas aquellas

personas que lo deseen, olvidando que la baja natalidad experimentada actualmente en nuestro país necesita de políticas incentivadoras y no inhibidoras de la natalidad.

Entre la multitud de factores que suponen una discriminación para el actual acceso a los tratamientos de reproducción asistida, centrándonos en aquellos más conocidos como son la *fecundación in vitro* y la *inseminación artificial*, nos encontramos con los siguientes:

La primera de las barreras que nos encontramos a la hora de querer acceder a un Tratamiento de Reproducción Asistida es la **condición física de la mujer**, lo que supone un factor discriminante en 11 de las 19 Comunidades Autónomas que reconoce el territorio español, debiendo ajustar su Índice de Masa Corporal en un rango de más de 19 y menos de 30, es decir que una mujer con una altura de 160 cm que pese 45 kg se queda se queda lejos de poder optar a un Tratamiento de Reproducción Asistida dado que su IMC es de 17,58. Lo mismo sucede en el caso contrario donde esa misma mujer pesa 85 kg, ya que tiene un IMC de 31,22, quedando, de esta manera, excluidas un porcentaje significativo de mujeres que están en edad reproductiva.

Otro factor discriminante es el **lugar de residencia**, parcialmente explicado en el punto anterior acerca de que cada Comunidad Autónoma se rige por sus propias reglas, lo que genera ciertas desigualdades a la hora acceder a las Técnicas de Reproducción Asistida, ya que éstas varían en función del lugar de residencia de la persona en cuestión. Algunas de estas desigualdades se consolidan en el tratamiento dado a varias técnicas como son: el congelamiento de embriones, la criopreservación de los óvulos, la tenencia o no de VIH, hepatitis B o C, la implicación del gasto de las donaciones de semen u óvulos financiados o no por la Seguridad Social... entre muchos otros.

La **edad de la mujer** también se ha convertido en un factor discriminatorio en la actualidad, teniendo como elemento condicionante a la sanidad pública. Además, cada Comunidad Autónoma ha establecido un límite de edad, el cual oscila entre los 38 – 40 años, y una vez alcanzado ese límite ya no podrán seguir accediendo a los Tratamientos públicos de Reproducción Asistida, y es más, se le interrumpirán los ciclos pese a no haber acabado con el tratamiento. Todo ello sin tener en cuenta los retrasos que sufre la atención sanitaria, los cuales repercute en la edad deseada de aquellas mujeres que quieren tener hijos.



² Los datos del INE de esta gráfica muestran la correlación existente entre la edad media a la maternidad de la primera hija/o y el transcurso del tiempo. En dicha gráfica podemos observar cómo aumenta la edad de las madres primerizas a medida que avanzan los años. La edad media de la maternidad se ha ido retrasando cada vez más. Este fenómeno de la maternidad tardía en España se debe a numerosos factores como la precariedad laboral, la dificultad de conciliación de la vida familiar y la laboral, la imposibilidad de ser madres por prejuicios sociales, como el ser madre soltera...

Estas dificultades repercuten directamente en los Tratamientos de Reproducción Asistida, siendo éstos cada vez más numerosos, por lo que podemos observar un sesgo todavía mayor, para el difícil acceso a la mayoría de las mujeres que quieran ser madres teniendo límites de edad para acceder a dichos recursos.

Esta problemática se asienta en dos tendencias contradictorias: por un lado, se fuerza a la mujer a tener los hijos a una edad más temprana, a pesar de las dificultades que esto supone, además de no obtener ninguna ayuda estatal que favorezca esta premisa. Por otro lado, podemos observar como la edad media de la maternidad en España es cada vez más tardía, mientras que la edad máxima para acceder a los Tratamientos de Reproducción Asistida siguen sin variar adaptándose a esta tendencia.

Una posible solución que plantamos ante esta problemática podría ser el realizar ciertos análisis que proporcionen datos sobre el estado de los óvulos de la mujer gestante, para saber si el tratamiento tendrá éxito. De esta manera, extendemos un abanico amplio de posibilidades donde aquellas mujeres que quieran ser madres a una edad más tardía puedan serlo, y aquellas mujeres con problemas de fertilidad puedan saber su probabilidad de éxito antes de enfrentarse al tratamiento.

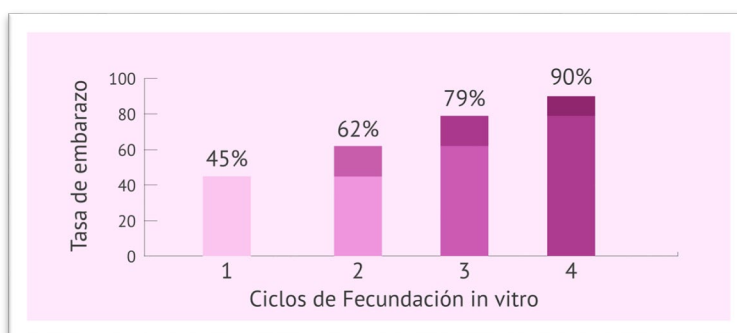
² Tabla extraída del INE. Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre. Unidades: años.

Otro factor discriminante es el **número de ciclos** provistos en el tratamiento, explicado por la correlación positiva entre el número de ciclos y la eficacia a la hora de conseguir quedarte embarazada, es decir, cuántos más ciclos se realicen, más probabilidades de éxito hay.

El número de intentos que tienen cobertura bajo la sanidad pública son, en la mayoría de las Comunidades Autónomas, tres en el caso de *fecundación in vitro*, y seis con un tratamiento de *inseminación artificial*, siendo este último menos efectivo.

Según relata un estudio publicado por la revista académica JAMA³, el 65% de mujeres logró su objetivo una vez pasados los seis ciclos, lo que supone un punto de reflexión dado que en el tratamiento financiado por la Seguridad Social en la técnica reproductiva de *fecundación in vitro* te permite un número máximo de tres intentos, tras los cuales deberás hacerte cargo del coste que suponga la diferencia de los mismos, lo que nos llevaría al factor económico que entra en una correlación directa con el número de ciclos.

A continuación, se muestra una gráfica de la tasa de embarazo acumulada en *fecundación in vitro* (FIV). En ella podemos observar como a medida que el número de ciclos aumenta, el porcentaje de éxito aumenta con él, notándose una clara diferencia en los dos primeros ciclos. Pero no es hasta el cuarto ciclo, el cual no viene incluido en la sanidad pública, en el que el porcentaje de éxito ronda el 90%. Además de tener como referencia el estudio mencionado previamente, en el que el 35% de las mujeres no logran su objetivo de quedarse en cinta hasta después de los seis ciclos o intentos.



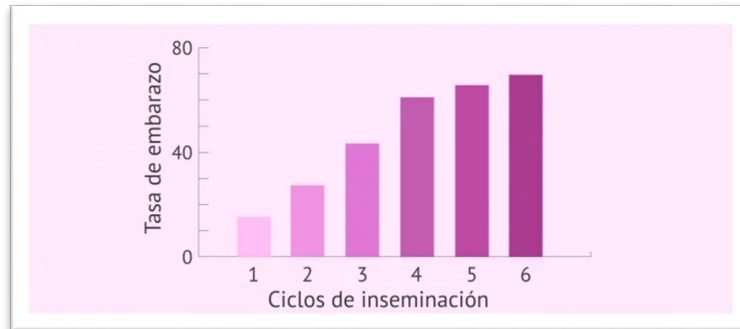
4

Por otro lado, se muestra la tasa de embarazo acumulada en *inseminación artificial*, en la cual podemos observar que, tras los seis intentos financiados por la Seguridad

³ JAMA: Journal of the American Medical Association

⁴ Tabla extraída de Reproducción Asistida ORG con ref. <https://www.reproduccionasistida.org/numero-de-intentos-en-la-reproduccion-asistida/tasa-de-embarazo-acumulada-en-fecundacion-in-vitro/#comments>.

Social, la probabilidad de éxito para quedarte embarazada apenas ronda el 70%, porcentaje muy distante de la precedente técnica reproductiva.



5

Además de las tablas anteriores, la siguiente tabla extraída del INE muestra la cifras relativas al porcentaje de aquellas mujeres que nunca han estado embarazadas y quieren estarlo, tomando como referencia el tiempo durante el cual lo han estado intentando y fijándose en aquellas que se han sometido a un Tratamiento de Reproducción Asistida. La población de nuestro análisis alberga a aquellas mujeres de entre 18 y 55 años de edad.

Mujeres que nunca han estado embarazadas y quieren estarlo según el tiempo durante el cual lo han estado intentando en función de si se han sometido alguna vez o están sometiéndose a un tratamiento de reproducción asistida y edad												
	Total				No se ha sometido a un tratamiento de reproducción asistida				Si se ha sometido a un tratamiento de reproducción asistida			
	Total	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	Total	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	Total	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años
total	100,00	40,66	35,36	23,98	71,53	36,43	22,81	12,29	28,47	4,23	12,55	11,69
Menos de 30 años	100,00	36,59	35,71	27,70	74,27	36,59	27,16	10,52	25,73	.	8,55	17,18
De 30 a 34 años	100,00	48,18	35,32	16,50	79,37	47,50	22,10	9,76	20,63	.	13,21	6,74
De 35 a 39 años	100,00	43,42	36,96	19,62	71,93	35,43	26,77	9,73	28,07	7,99	10,19	9,90
De 40 a 44 años	100,00	30,12	42,07	27,81	66,22	27,91	27,45	10,85	33,78	.	14,61	16,96
De 45 a 49 años	100,00	30,03	36,21	33,76	61,63	22,22	22,53	16,88	38,37	7,80	13,68	16,88
50 y más años	100,00	47,91	29,68	22,42	75,08	44,52	16,29	14,27	24,92	3,39	13,38	8,14

Notas:
El símbolo '.' debe interpretarse como dato que no se proporciona por muestra insuficiente.

Fuente:
Instituto Nacional de Estadística

En esta tabla podemos apreciar como el tiempo en el que las mujeres que se han sometido a un Tratamiento de Reproducción Asistida oscila en su mayoría entre los 1-3 años y más de 3 años de tratamiento. Teniendo en cuenta que el número máximo de ciclos recomendados que se pueden suministrar en un año es de cuatro, nos lleva a la conclusión de que las mujeres han tenido que optar por ampliar su número de ciclos por la vía privada, dado la insuficiencia del número de ciclos financiados por la

⁵ Tabla extraída de Reproducción Asistida ORG con ref. <https://www.reproduccionasistida.org/numero-de-intentos-en-la-reproduccion-asistida/>.

Esta obra está disponible bajo licencia Creative Commons 2.5 Reconocimiento-NoComercial-Compartir Obras Derivadas 2.5. Esta obra puede ser reproducida, distribuida y exhibida y puede ser utilizada para realizar obras derivadas **siempre y cuando:** se atribuya la autoría a FAMS y no se utilice para fines comerciales y las obras derivadas se compartan bajo la misma licencia de la obra original.

sanidad pública, o en su caso la necesidad de interrumpir el tratamiento dado al factor económico del que tratamos previamente, como es la falta de recursos económicos.

Otra barrera que nos podemos encontrar, y que es otro factor discriminante, es la **objección de conciencia del propio médico**, entendiendo ésta como la negativa a participar en ciertos actos, como es en nuestro caso el de facilitar un Tratamiento de Reproducción Asistida. Esto es explicado por la incompatibilidad o la contrariedad de los valores del médico con los de la mayoría de los ciudadanos que se muestran acorde a dicha ley, norma o estado de cosas. Sin embargo, la objeción de conciencia en el ámbito sanitario suele surgir a raíz de diversas prácticas como son el aborto, el diagnóstico genético preimplantacional, los fármacos contraceptivos y la Reproducción Asistida, entre otros.

Algunas de las barreras mencionadas en puntos anteriores entran en relación directa con la objeción de conciencia del propio médico, como sería el no tratar a ciertas pacientes por temas de drogadicción o enfermedades como el VIH, la hepatitis B o C; así como situar a aquellas mujeres lesbianas y solteras en el mismo contexto, equiparando su orientación sexual y estado civil con una enfermedad.

En una sociedad en la que el ideal de familia es la familia biparental heterosexual, cualquier otro modelo de familia es susceptible de ser estigmatizado, este es el caso de las familias monomarentales a las que se considera incompletas y una desviación del modelo ideal. Un estigma que continúa permeando y que provoca un trato desigual, basado en prejuicios sobre las mujeres y sobre el rol familiar y social que deben desempeñar. Dicho estigma puede intervenir en la objeción de conciencia.

Numerosos son los casos en los que nos topamos con esta práctica que implica un retroceso en los derechos tanto sexuales como reproductivos legislados en el ámbito de la reproducción asistida, afectando a todas aquellas mujeres con una orientación sexual o estado civil fuera de lo tradicionalmente considerado como normativo. De esta manera les depara una barrera moral a la que hacer frente ante la negativa de un cuestionable profesional, creando cierta inestabilidad emocional.





Otro factor discriminatorio que no debemos dejar pasar por alto es el hecho de la **imposibilidad de tener familia monomarental de más de un hijo**, la normativa permite acceder a reproducción asistida por la sanidad pública, cumpliendo requisitos, para un segundo hijo sano solo si es en pareja o con una pareja diferente. Es decir, todo hombre o mujer puede optar a dos hijos (sanos) mediante reproducción asistida a través del sistema público de salud si es en pareja, en el caso de las mujeres sin pareja, solo existe la posibilidad de optar a tener un hijo mediante este sistema, dicha circunstancia se da incluso si has tenido tu primer hijo en pareja, pero en el caso de querer tener un segundo hijo, no es posible si no tienes una pareja,

ya que la Orden modificada que se incorporó a la Ley para incluir expresamente a mujeres sin pareja y parejas de mujeres, sigue manteniendo esta discriminación.

Además de todas las dificultades emocionales que suponen someterse a un Tratamiento de Reproducción Asistida, como puede ser el no quedarse embarazada en un primer ciclo; debemos tener en cuenta el **factor económico** que esto alberga, dado que no todas las mujeres que quieren ser madres disponen de recursos económicos para costearse este tipo intervención.

Este planteamiento nos lleva a otro factor discriminatorio como es el **coste de oportunidad** de aquellas mujeres que no pueden permitirse pagar un seguro privado, y que por ello deben esperar la extensa lista de la Seguridad Social, pudiendo incluso no llegar a realizarse el tratamiento por algunos de los factores discriminatorios mencionados previamente, como puede ser el de la edad. Dado que tanto si has iniciado el tratamiento como si no, este queda interrumpido en el momento en el que se alcance la edad máxima marcada como límite.

A continuación, mostramos una tabla orientativa de precios en reproducción asistida donde, fijándonos en las dos primeras columnas, podemos observar el precio que supone costearse cada ciclo dependiendo del tratamiento que elijas, lo que supone para aquellas mujeres que, por alguno de los factores de discriminación mencionados previamente, tengan que financiárselo por sus propios fondos o, en su lugar, tener que tomar la difícil decisión de no poder optar por su maternidad, debido a la falta de dichos recursos económicos.

	 Gametos propios	 Donación semen	 Donación óvulos	 Doble donación
Inseminación artificial	500-1000€	900-1700€	-	-
FIV-ICSI	3000-5000€	3200-5000€	4500-9000€	5000-9000€

6

Concienciación de la imposibilidad del reemplazo generacional

⁶ Tabla extraída de Reproducción Asistida ORG con ref. <https://www.reproduccionasistida.org/numero-de-intentos-en-la-reproduccion-asistida/>.

Esta obra está disponible bajo licencia Creative Commons 2.5 Reconocimiento-NoComercial-Compartir Obras Derivadas 2.5. Esta obra puede ser reproducida, distribuida y exhibida y puede ser utilizada para realizar obras derivadas **siempre y cuando**: se atribuya la autoría a FAMS y no se utilice para fines comerciales y las obras derivadas se compartan bajo la misma licencia de la obra original.

El coste de oportunidad que supuso para muchas mujeres no poder acceder a los mismos recursos que otras por su condición sexual o su situación sentimental, significó un claro retroceso en los índices de fecundidad, así como el posible incremento significativo en las tasas de natalidad que podría haberse dado en España.

La situación relativa a las tasas de natalidad en España a lo largo de los años ha ido cada vez a peor. Así lo muestra el índice de fecundidad o número medio de hijas/os por mujer que, teniendo como último dato actualizado el del año 2020, se sitúa en el 1,19, el cual no alcanza el 2,1 necesario para que exista reemplazo generacional. Como indica el índice de fecundidad del 1,19, el cual hace referencia al número medio de hijos por mujer. Este dato nos explica que el hecho de que España no llegue al índice de fecundidad de 2,1 por mujer, el cual sería la cifra de fecundidad de reemplazo, no nos garantiza una pirámide de población estable.

En un eje comparativo de las tasas de fecundidad a nivel mundial, podríamos señalar a España como uno de los países con las tasas más bajas, a pesar de situarse dentro del ranking de los tres países que encabezan la lista de los tratamientos de *fecundación in vitro*; que como ya hemos señalado previamente son una de las técnicas más efectivas dentro de la reproducción asistida.

Siguiendo con nuestro eje comparativo, pero poniendo el foco de interés en la cantidad de Tratamientos de Reproducción Asistida que se han realizado en España en los últimos años, así como en el impacto que ha tenido en la población española, podemos exponer que los Tratamientos de Reproducción Asistida han crecido un 28% desde el año 2014, donde se redactó el primer Registro Nacional, hasta el Registro Nacional de actividad del 2018 de la SEF⁷, el cual fue presentado por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Fertilidad. Estos datos traducidos a términos anuales suponen un incremento anual de alrededor de un 7%, lo que explica que cada vez haya más nacimientos gracias a técnicas de ese tipo.

Los registros datados en el 2018 explican que casi el 10% de los bebés son nacidos mediante técnicas de reproducción asistida, lo que expresado en cifras absolutas serían unos 37.094 bebés de los 372.777 registrados en toda España.

A modo de cierre

Por tanto, desde un enfoque sociodemográfico, cabe preguntarnos el por qué no se premia a aquellas familias que quieren tener hijos sin ser biparentales dado al factor

⁷ SEF: Sociedad Española de Fertilidad.

beneficioso del incremento de las tasas de natalidad, lo cual sería un claro incentivo para la mejora del bienestar español que tanto tiempo llevamos buscando.

“Tenemos derecho a un trato en igualdad de condiciones al resto de familias ya que aportamos valores, riqueza a través de la reproducción social y de los cuidados. Esto es un bien social que no está ni reconocido ni protegido”⁸.

Además de los numerosos aspectos que debieran modificarse para evitar que sigan ocurriendo este tipo de discriminaciones, desde la Federación de Asociaciones de Madres Solteras venimos demandando que se brinde esa igualdad de condiciones a nivel normativo para que todas aquellas mujeres puedan ejercer su derecho a ser madres, sin importar su estado civil o condición sexual, teniendo de esta manera un reconocimiento legal en la sociedad para este tipo de familias.

Por último, incidir que desde FAMS pretendemos eliminar cualquier tipo de diferencia que pueda existir entre aquellas familias biparentales de aquellas que no lo son, reparando en una calidad equitativa de los derechos de ambas, brindando así una mayor oportunidad y visibilidad a aquellos modelos de familia que, como empezamos diciendo, se alejan de aquel modelo que se tiene como referencia, la denominada familia tradicional.

Bibliografía

- Villarquirán, A., Saucedo, E., García, J., Barranquero, M., Dolz, M., & Reus, R. (diciembre 09, 2020). *¿Cuántos intentos es recomendable hacer en reproducción asistida?*. Marzo 17, 2022, de Reproducción Asistida ORG Sitio web: <https://www.reproduccionasistida.org/numero-de-intentos-en-la-reproduccion-asistida/>
- Arnanz, C. (octubre 07, 2020). *El 10% de los bebés nace por reproducción asistida*. Marzo 18, 2022, de Natalben Sitio web: [https://www.natalben.com/noticias/bebes-nacen-espana-reproduccion-asistida#:~:text=Los%20nacimientos%20por%20tratamientos%20de,Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica%20\(INE\).](https://www.natalben.com/noticias/bebes-nacen-espana-reproduccion-asistida#:~:text=Los%20nacimientos%20por%20tratamientos%20de,Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica%20(INE).)
- Redacción. (noviembre 15, 2019). *Nuevas cifras sobre reproducción asistida en España: más ciclos, menos transferencias, más niños*. noviembre 19, 2019, de RHA Profesional Sitio web: <http://www.rhaprofesional.com/nuevas-cifras->

⁸ Citando a Carmen Flores Rodríguez, presidenta de FAMS [Federación de Asociaciones de Madres Solteras].

[sobre-reproduccion-asistida-en-espana-mas-ciclos-menos-transferencias-mas-ninos/](#)

- Fuentes, V. (mayo 17, 2018). *El 7% de los nacimientos en España son fruto de la reproducción asistida*. Abril 08, 2022, de SINC Sitio web: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/El-7-de-los-nacimientos-en-Espana-son-fruto-de-la-reproduccion-asistida>
- Szamatowicz M. *Assisted reproductive technology in reproductive medicine - possibilities and limitations*. Ginekol Pol. 2016;87(12):820-823. doi: 10.5603/GP.2016.0095.
- Rodríguez, S. (noviembre 05, 2021). *Adiós a la exclusión de solteras, lesbianas y personas trans de la reproducción asistida: "Fue un veto ideológico"*. Abril 13, 2022, de infoLibre Sitio web: https://www.infolibre.es/politica/adios-exclusion-solteras-lesbianas-personas-trans-reproduccion-asistida-veto-ideologico_1_1212617.html
- Orden SND/1215/2021, de 5 de noviembre, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y los anexos I y II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-18287>
- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/10/31/ssi2065>
- Redacción. (noviembre 5, 2021). *El Gobierno devuelve el derecho al acceso a la reproducción humana asistida del SNS a mujeres sin pareja, lesbianas y bisexuales e incluye a las personas trans con capacidad de gestar*. Marzo 28, 2022, de La Moncloa Sitio web: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2021/051121-reproduccionasistida.aspx#:~:text=El%20Gobierno%20ha%20devuelto%20el,transexuales%20con%20capacidad%20de%20gestar>.
- Carpinello O, Casey Jacob M, Nulsen J, Benadiva C. *Utilization of fertility treatment and reproductive choices by lesbian couples*. Fertil Steril. 2016 Dec;106(7):1709-1713.e4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.050. Epub 2016 Sep 22.
- Tasas de natalidad en España. INE Datos 2020.

<https://civio.es/medicamentalia/2021/11/16/diferencias-en-reproduccion-asistida-por-comunidades-autonomas/>

Esta obra está disponible bajo licencia Creative Commons 2.5 Reconocimiento-NoComercial-Compartir Obras Derivadas 2.5.
Esta obra puede ser reproducida, distribuida y exhibida y puede ser utilizada para realizar obras derivadas **siempre y cuando**: se atribuya la autoría a FAMS y no se utilice para fines comerciales y las obras derivadas se compartan bajo la misma licencia de la obra original.