



Guía de reproducción asistida para mujeres sin pareja masculina

Índice

- 1.- Ser madre sin pareja masculina
 - 1.1.- Cuando llega tu momento para ser mamá

- 2.- Tratamientos de reproducción asistida para mujeres sin pareja masculina
 - 2.1.- Inseminación artificial con espermatozoides de donante (IAD)
 - 2.2.- Fecundación *in vitro* (FIV) con espermatozoides de donante

- 3.- Consejos para afrontar el proceso

- 4.- Ley de Reproducción Asistida en España
 - 4.1.- Condiciones personales de la aplicación de las técnicas
 - 4.2.- Donantes y contratos de donación



Prólogo

Con 20 años no quería ser madre soltera. En aquel momento seguía presa del ideal romántico y no concebía la familia sino era en pareja. Tampoco quería entonces ser madre y sí ser periodista, viajar, disfrutar. Hice todo lo que me había propuesto menos encontrar el hombre ideal con el que casarme y tener una familia. Las historias de amor se sucedieron unos a otras hasta que por fin encontré el amor de mi vida: yo. Y dejé de temer ser madre soltera para elegirlo.

Aún recuerdo el día en que busqué en el aún muy joven internet “madres solteras por reproducción asistida”. La respuesta fue: “no hemos encontrado nada”. Pero en mi empeño recordé a mi abuela, en 1998, leyendo el periódico y aconsejándome acudir, con sus propias palabras, a uno de esos lugares donde el hijo te lo traías puesto en el bolsillo y sin necesidad de un hombre.

La hemeroteca me hizo reencontrarme con lo que mi abuela leyó en aquel entonces. La reproducción asistida en España había dado

un gran salto y por primera vez nos permitía a mujeres sin pareja y a parejas de lesbianas acceder a sus tratamientos.

Y eso hice. Pero no sin más. Antes tuve que resolver todos mis miedos, dudas, incógnitas. Nadie estaba allí para dar alguno de estos pasos a mi lado. Por mi cuenta fui al psicólogo y por mi cuenta fui tomando la decisión, una de las dos mejores decisiones de mi vida, de las que solo me arrepiento en algo: haber tardado tanto en tomarlas, haber estado tanto tiempo pensándomelo.

Y esto es lo que os vais a encontrar en esta guía que tanta falta hacía y que Igenomix ha tenido a bien dejar en las manos de tantas y tantas mujeres que ahora estáis en ese mismo momento en el que yo me encontré: “quiero ser madre sin pareja masculina, pero no me atrevo a dar el paso”.

Entre estas páginas os vais a encontrar la solución a muchas de vuestras dudas y un poco de espacio para vuestros miedos:



cómo son los diferentes tratamientos, quiénes son los donantes, qué pruebas se les hace, la necesidad de un acompañamiento profesional por el vaivén emocional al que nos vemos sometidas... Páginas que os ayudarán a tomar la decisión, páginas que os acortarán el camino y páginas que os acompañarán en vuestro proyecto.

Cuando yo fui madre soltera por primera vez en 2003 lo había elegido por las circunstancias de mi vida. Cuando lo volví a ser en 2010 lo elegí porque estaba convencida de la felicidad que me había dado la monoparentalidad y que hasta que no comencé a crecer junto con mi hija no entendí...

Ahora, hoy en día, ya no soy esa chica valiente que decidió ser madre sola. Ahora soy una más de todas esas muchas mujeres que a diario toman la decisión de ser madres sin la figura paterna. Formo parte de ese grupo de mujeres que dejaron de buscar una pareja para ser madres y de las que no tuvieron que renunciar a serlo por tener una pareja que aportase su espermatozoides, sin por ello dejar de buscar o encontrar el amor.

Y tú, que estás ahí leyéndome, disfruta de esta guía que tanto te va a ayudar no solo a tomar la decisión sino a empezar el camino hacia tu maternidad asistida sabiendo qué hacer y resolviendo muchas de tus dudas y miedos.

Rosa Maestro



1

Ser madre sin pareja masculina

Todavía no existe ningún estudio oficial sobre el número de mujeres sin pareja masculina que acude a la reproducción asistida para ver satisfecho su deseo de ser madre. Los únicos datos que se conocen son del Instituto de la Mujer que corresponden a 2009 y solo hablan de las familias monoparentales, no se contabilizaron otros modelos de familia como las formadas por dos progenitores del mismo sexo.

Aunque no haya datos oficiales, **las clínicas de fertilidad están de acuerdo en que el número de mujeres que consiguen ser madres gracias a un donante anónimo de esperma ha crecido exponencialmente en los últimos años.** Así lo corrobora la [organización MASOLA](#) que, además añade que

suelen ser mujeres entre los 35 y 45 años.

Estos son los datos que maneja MASOLA, una de las organizaciones de madres solteras por decisión propia más conocidas, basados en la información que han recogido de las clínicas de reproducción asistida:

- Las mujeres sin pareja masculina que recurren a los tratamientos de reproducción asistida han aumentado un 40% desde 2008.
- Las mujeres sin pareja masculina sobrepasan el 10% del total de los pacientes de las clínicas de reproducción asistida.



1.1. Cuando llega tu momento para ser mamá

Cuando las mujeres deciden dar el paso de ser madres, suelen haberlo meditado durante mucho tiempo antes y han llegado a la conclusión de que ya es su momento. En el caso de las mujeres solteras o de las parejas de mujeres lesbianas desde que toman la decisión aún les queda un camino por recorrer para lograr su deseo de convertirse en madres: tendrán que recurrir a un tratamiento de reproducción asistida.

Aunque el acceso a la reproducción asistida a través de la sanidad pública depende de la legislación de cada momento, en todas las ciudades existen multitud de clínicas de fertilidad a las que pueden acudir. Una vez que han elegido la que se adapta mejor a sus necesidades, comienza el proceso.

- **Primera consulta.** En esta primera visita responderán a todas vuestras dudas. Es recomendable que os llevéis apuntado todo lo que queréis preguntar, es mucha la información nueva que vais a recibir. Otra buena opción es tomar notas de la información recibida o incluso grabar la consulta con el permiso del médico, ya que solo se retiene una pequeña parte de la información recibida, que suele interpretarse sesgada a favor propio.

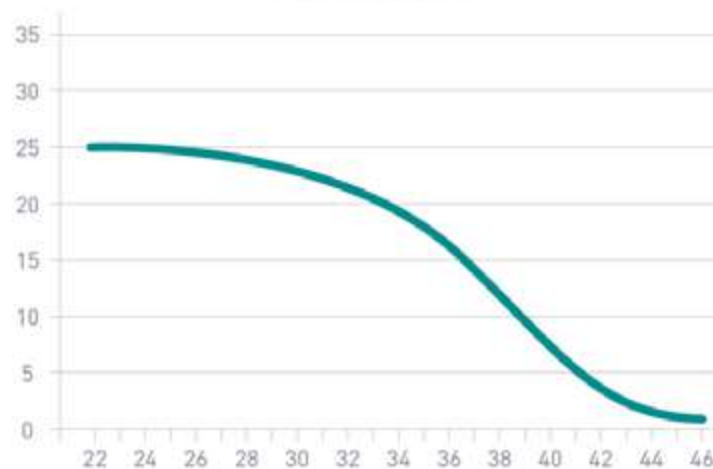
Os harán preguntas médicas sobre cuestiones que pueden afectar a vuestra fertilidad, antecedentes médicos familiares, vuestra edad y vuestros hábitos de vida con el fin de daros un diagnóstico acertado. Posiblemente, os realizarán la primera ecografía transvaginal para valorar el estado de vuestro útero y reserva ovárica. Es fundamental conocer si la paciente tiene **baja reserva ovárica (BRO)** antes de comenzar un tratamiento de reproducción asistida. La reserva ovárica es el número de óvulos que tiene una mujer, se considera que hay baja reserva cuando la cantidad ha disminuido bastante más de lo que correspondería con





su edad. También la edad es un factor de riesgo para tener BRO, con el paso de los años va reduciéndose el número de óvulos hasta agotarse o envejecer. A los 40 años la probabilidad mensual de embarazo de una mujer sana es sólo del 5% (20% a los 30 años). Pero, existen otros factores que pueden acelerar la pérdida como recibir quimioterapia o radioterapia, operación de los ovarios, endometriosis, menopausia precoz, enfermedades autoinmunes u otras enfermedades genéticas que afecten a los ovarios.

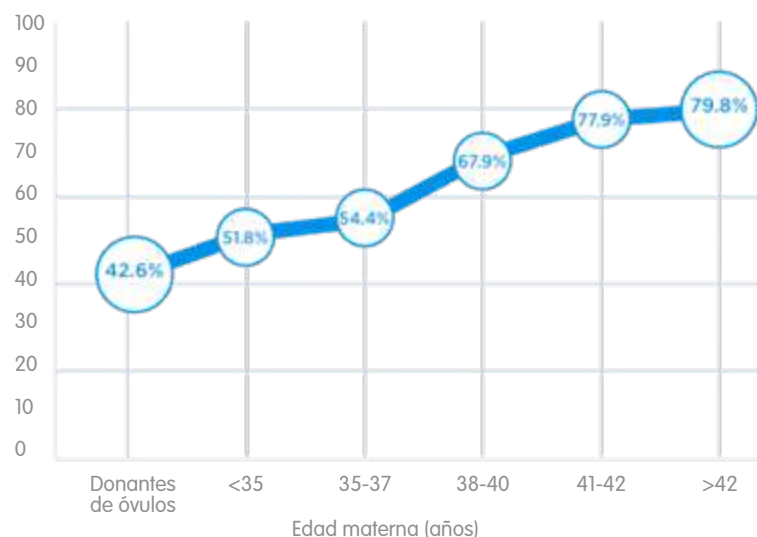
Probabilidad de embarazo mensual natural según la edad



Adaptado de Johnson JA et al. JOGC 2012; 34:80

En el caso de las parejas de mujeres lesbianas, esta ecografía se la tiene que realizar la madre gestante o, si elegís el Método ROPA (Recepción de óvulos de la pareja), ambas madres (la gestante y la donante de óvulos). En base al resultado de la ecografía, decidirá qué más pruebas es necesario realizaros de cara a la segunda consulta.

Índice de blastocistos aneuploides según edad materna





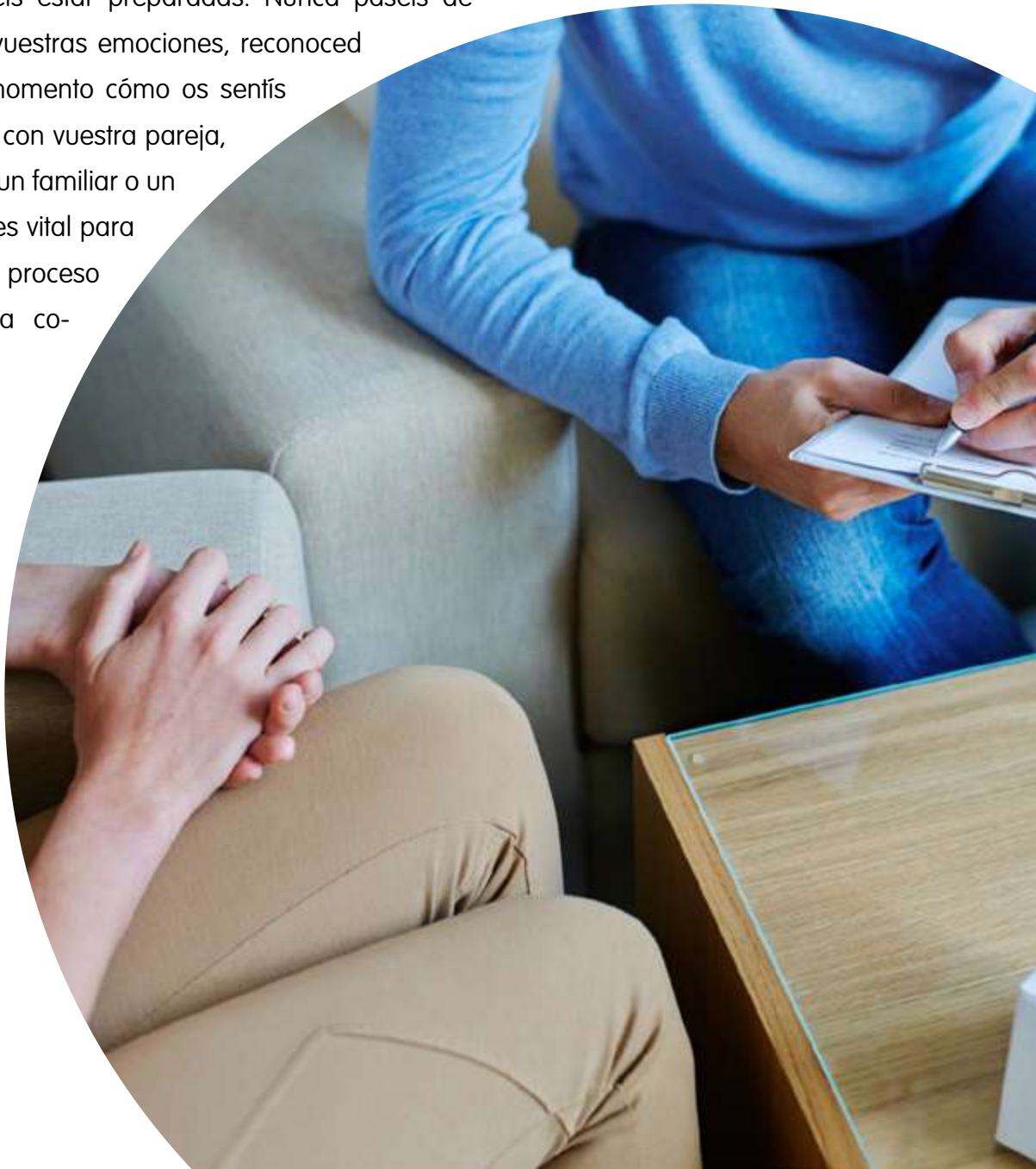
- **Pruebas médicas.** Ya hemos hablado de la ecografía transvaginal que os realizarán en la primera visita. Además, será necesario haceros un análisis de sangre para descartar enfermedades infecciosas, vuestros niveles hormonales, rubeola, toxoplasmosis, vitamina D, ácido fólico, etc. También os pedirán una mamografía, una ecografía de mamas y una citología. En los tratamientos con el Método ROPA, algunas pruebas deben hacérselas las dos madres y otras, solo la madre gestante. Si en la primera ecografía comprobaron que todo estaba en orden y si no hay antecedentes médicos familiares que puedan afectar a vuestra fertilidad, no se necesitará ninguna otra prueba médica, por el momento.

Además, existen otras posibles barreras a la fertilidad que es importante conocer, como la endometritis crónica. Esta enfermedad, generalmente, asintomática, consiste en una inflamación del endometrio producida por bacterias infecciosas, [el test ALICE de Igenomix](#) detecta eficazmente las bacterias que la causan. Esta enfermedad afecta hasta al 30% de las mujeres con infertilidad. En casos de fallo de implantación recurrente, este dato asciende al 66%. Así, vuestro ginecólogo podrá tratar la enfermedad antes de empezar con el tratamiento de reproducción asistida para así aumentar las probabilidades de éxito.

- **Resultados de las pruebas médicas.** En una segunda cita con el ginecólogo que os llevará durante todo el tratamiento de reproducción asistida, se realizará una valoración de los resultados obtenidos en las pruebas médicas. Es posible que considere necesario realizar otras pruebas distintas, incluso, de otras especialidades médicas con el fin de abordar el embarazo con el mínimo riesgo posible. Si todo está correcto, se programa la fecha del comienzo del tratamiento.
- **Información sobre tratamientos de reproducción asistida.** Esta consulta es el momento apropiado para informaros con todo detalle de los tratamientos a los que podéis recurrir en base a los resultados obtenidos en las pruebas médicas y atendiendo a vuestro caso particular: mujer soltera o pareja de mujeres lesbianas. Os informarán de las probabilidades de éxito que tendréis con cada uno de los tratamientos y os darán su opinión de expertos sobre cuál es el más adecuado para vuestro caso. También os contarán paso a paso en qué consisten los tratamientos: tiempos, medicación, etc.



- **Elección del tratamiento.** Con toda la información que os dé vuestro ginecólogo, seréis vosotras quienes decidiréis cuál es tratamiento de reproducción asistida al que vais a someteros: [inseminación artificial \(IA\)](#) o fecundación *in vitro* (FIV) y sus variantes (con gametos propios, ovodonación o adopción de embriones).
- **Acompañamiento psicológico.** En algunas clínicas el tratamiento de reproducción asistida incluye una consulta obligatoria con un psicólogo, en otras es opcional. En cualquier caso, no descuidéis vuestras emociones. Vais a comenzar un proceso en el que pasaréis por toda la gama de emociones. Un día estaréis esperanzadas y al siguiente, sentiréis tristeza sin saber por qué. Esta montaña rusa emocional es completamente normal, pero, debéis estar preparadas. Nunca paséis de largo por vuestras emociones, reconoced en cada momento cómo os sentís y habladlo con vuestra pareja, un amigo, un familiar o un terapeuta es vital para el éxito del proceso que vais a comenzar.





2

Tratamientos de reproducción asistida para mujeres sin pareja masculina

Las mujeres solteras y las parejas de mujeres lesbianas que queréis ser madres tenéis varios tratamientos a los que podéis acceder: inseminación artificial con espermia de donante (IAD) o fecundación *in vitro* (FIV). Sobre este último tratamiento existen varias posibilidades: con óvulos propios y espermia de donante; con ovodonación y espermia de donante; adopción de embriones; o el Método ROPA solo para parejas de mujeres lesbianas. Os explicamos en qué consiste cada uno de estos tratamientos.

2.1. Inseminación artificial con espermia de donante (IAD)

[La inseminación artificial \(IA\) es la técnica de reproducción asistida más sencilla de todas.](#)

Ya que es la que más se parece al proceso por el que se produce un embarazo natural. Si tras el estudio médico, vuestro ginecólogo os aconseja empezar con inseminación artificial se recurrirá a espermia de donante (IAD). Estos son los pasos que tendréis que seguir:

- **Elección e información del donante.** Según la Ley de Reproducción Asistida española, los donantes deben ser mayores de edad y tener un buen estado de salud psicofísica. Es obligatorio que se sometan a un estudio que incluye sus características fenotípicas y psicológicas y otros datos clínicos para garantizar que no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que puedan



Es importante destacar la posibilidad de reservar muestras de esperma del mismo donante por si en el futuro decidís tener más bebés.

transmitir al bebé. Si los donantes proceden de clínicas de otros países, obligatoriamente deberán haber sido sometidos a las mismas condiciones y pruebas.

En España la donación de esperma es anónima, las personas receptoras no pueden elegir ninguna característica del donante, ni tampoco se les da información sobre su identidad. La clínica de reproducción asistida será quien haga la elección del donante más adecuado para vosotras basándose en datos como el parecido fenotípico y el grupo sanguíneo. El esperma del donante será tratado en el laboratorio con el fin de aumentar su capacidad de fecundar. La compatibilidad genética con el donante también es un factor a tener en cuenta. Si el donante y la madre gestante son portadores de una mutación en el mismo gen, el bebé podría sufrir un síndrome genético grave, ya que el 5% de las parejas comparte mutación. [El test CGT de Igenomix](#) es un análisis genético de portadores que, antes de un tratamiento con esperma de donante permite elegir al donante adecuado, previniendo enfermedades genéticas incurables en el bebé.

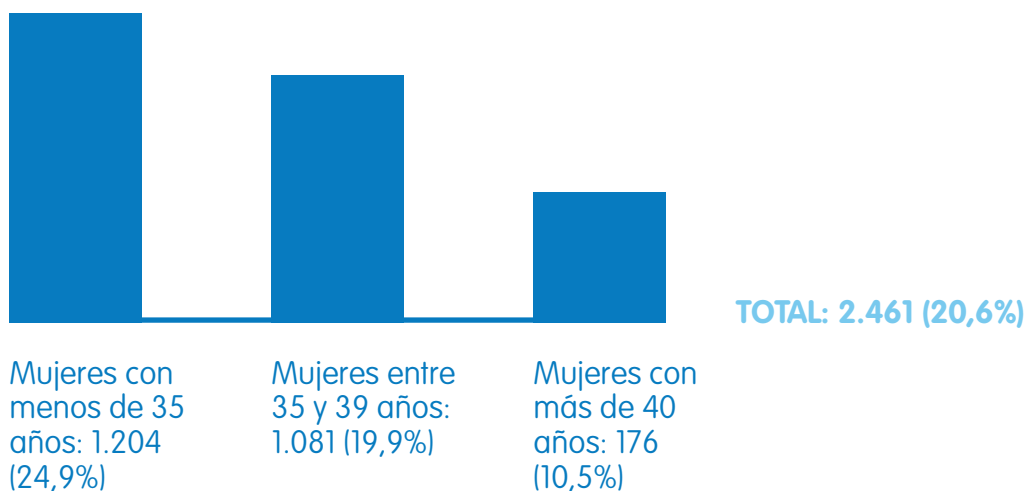
- **Ecografía inicial.** Con ella, el ginecólogo hace una valoración del estado del útero con el fin de asegurarse de que no hay ninguna anomalía y determina el momento del ciclo en el que os encontráis.
- **Estimulación ovárica.** Dependiendo de vuestra reserva ovárica, el ginecólogo os dirá si considera necesario someteros a una [estimulación ovárica](#) previa a la inseminación o no. El tratamiento consiste en administraros una medicación hormonal con el fin de que en el siguiente ciclo menstrual produzcaís más ovocitos de los habituales para así aumentar las probabilidades de quedaros embarazadas. La toma de hormonas para conseguir varios ovocitos maduros se realiza durante los 8-10 días una vez comienza la regla.





- **Seguimiento ginecológico.** Durante las dos semanas siguientes, el ginecólogo realiza ecografías transvaginales para determinar el número de folículos desarrollados en cada ovario y su grado de crecimiento.
- **Ovulación.** Alrededor de los días 11 y 12 del ciclo menstrual [los ovocitos](#) ya tienen la capacidad de ser fecundados. En este momento, os prescribirán otra hormona (HCG) para terminar de madurar el óvulo. De este modo, controlan el momento idóneo para inseminación artificial, que será unas 24 o 48 horas después de la administración de esta hormona.
- **Inseminación.** Mediante una ecografía vaginal, el ginecólogo determinará cuándo es el día idóneo para realizar la inseminación. La IAD consiste en la introducción del esperma del donante en el interior del útero de la madre. Es un proceso rápido e indoloro, tras unos minutos de reposo podréis salir andando y continuar con vuestra vida normal.

Algo que todas las mujeres se preguntan cuando comienzan con un tratamiento de reproducción asistida es cuáles son las tasas de éxito. La probabilidad de quedar embarazadas depende de muchos factores médicos y personales, no es posible determinar las probabilidades que tiene una paciente en concreto. Según los últimos datos, de 2015, del Registro Nacional de Actividad (Registro SEF) estas son las tasas de embarazo de los tratamientos de IAD:

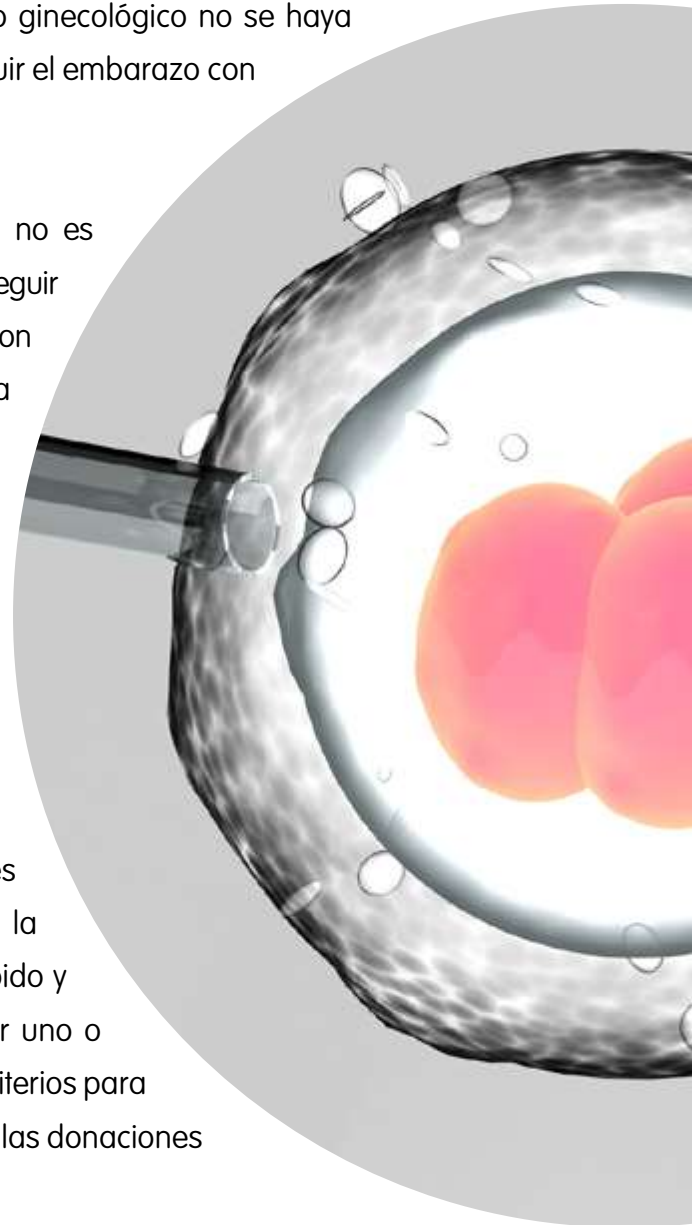




2.2. Fecundación *in vitro* (FIV) con espermatozoides de donante

En la fecundación *in vitro* (FIV) el óvulo es fecundado en el laboratorio con el espermatozoides del donante, previamente tratado. Más tarde, se introduce el embrión o embriones en el interior del útero de la mujer. Como os hemos adelantado, la FIV ofrece varias posibilidades:

- **Con óvulos propios.** Siempre que tras el estudio ginecológico no se haya encontrado señales de que no es posible conseguir el embarazo con vuestros propios óvulos.
- **Ovodonación.** Esta opción es la elegida cuando no es posible o existen muy pocas probabilidades de conseguir el embarazo con los óvulos de la madre gestante. Con los mismos criterios con los que la clínica determina el donante de espermatozoides más adecuado para cada paciente, elegirá a la donante de óvulos. La única diferencia es que la edad sí es determinante en el caso de las donantes de óvulos, no pueden superar los 35 años.
- **Adopción de embriones.** Al igual que sucede con la ovodonación, es una opción adecuada cuando no es posible o existen muy pocas probabilidades de conseguir el embarazo con los óvulos de la madre gestante. Además, el proceso es más rápido y sencillo que la ovodonación. Se trata de adoptar uno o más embriones que otra pareja ha donado. Los criterios para elegir a la pareja donante son los mismos que en las donaciones de espermatozoides y óvulos.
- **Método ROPA.** Este es el tratamiento elegido por muchas parejas de mujeres lesbianas. Se trata de la Recepción de Óvulos de la Pareja. Una actúa como donante de óvulos para la otra madre, que será la gestante. Con este tratamiento ambas madres lesbianas están involucradas en la gestación, la dos serán madres biológicas del bebé.





Algunos de los pasos de los distintos tratamientos de FIV son comunes, y otros varían en función de vuestra elección:

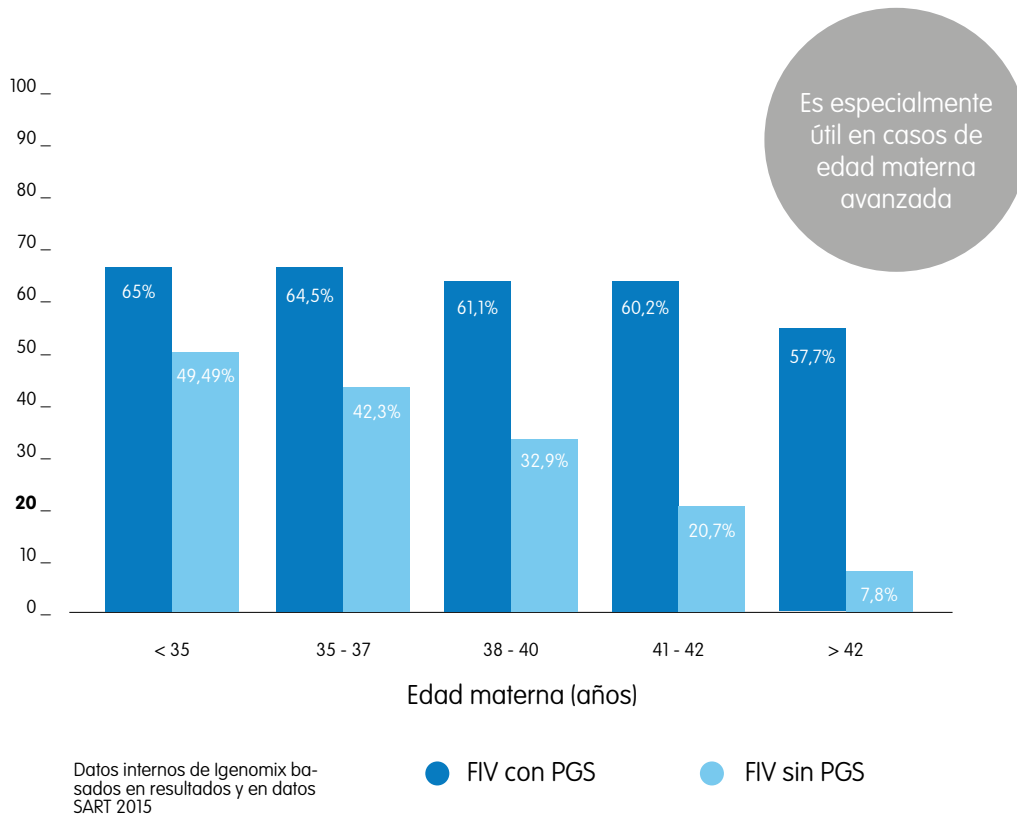
- **Elección e información del donante de espermia.** La elección del donante es igual en todos los tratamientos. Como hemos comentado más arriba, es la clínica la que hace la elección del donante anónimo más adecuado para vosotras.
- **Ecografía inicial.** Siempre es necesario realizar una ecografía antes de comenzar cualquier tratamiento de reproducción asistida para valorar el estado del útero de la madre gestante y [la reserva ovárica](#).

Los siguientes pasos no serán necesarios si vais a adoptar uno o más embriones o vais a solicitar ovodonación. Solo os afectan si vais a ser madres con vuestros óvulos. En el caso de las parejas de mujeres lesbianas que se decidan por el método ROPA, será la madre que aporta los óvulos la que tendrá que someterse a la estimulación ovárica y la punción folicular.

- **Estimulación ovárica.** Se trata de administrar un [tratamiento hormonal](#) para hacer trabajar al ovario de modo que genere más ovocitos de los habituales. En un ciclo natural solo un ovocito llega a madurar. Con la estimulación ovárica se consigue una ovulación múltiple.
- **Punción folicular.** Mediante las ecografías vaginales de seguimiento, el ginecólogo determinará cuándo es el momento propicio para extraer los óvulos de la madre.
- **Cultivo de embriones y fecundación.** En el laboratorio se fecundan los óvulos con el espermia del donante y se les realiza un seguimiento durante un máximo de 6 días. Según vaya el desarrollo del embrión o embriones, el embriólogo decidirá si la [transferencia embrionaria](#) se realizará en día 2, 3, 5 o 6. Hay distintas pruebas genéticas que permiten mejorar las probabilidades de embarazo sano durante el tratamiento de reproducción asistida. [El PGS \(Diagnóstico genético preimplantacional\)](#) es un estudio genético del embrión antes de su transferencia. Permite identificar y transferir a la madre gestante aquellos embriones sin alteraciones en el número de cromosomas. Este tipo de alteraciones puede dar lugar a síndromes genéticos importantes en el bebé.



Tasa de embarazo en curso por transferencia de blastocisto



Estos pasos son para las madres que reciben el embrión o embriones en su útero:

- **Preparación del endometrio.** El endometrio importa. El endometrio es una capa de tejido que recubre el interior del útero y es donde se implanta y reside el embrión durante el embarazo. Es tan importante como el embrión, aunque sea menos conocido. El éxito en la reproducción depende de la perfecta sincronía entre embrión y endometrio. La madre gestante es sometida a un tratamiento hormonal para [preparar el endometrio](#) con el fin de facilitar la implantación del embrión en el útero materno. Además del tratamiento que te prescriba tu ginecólogo, y para mayor seguridad, puedes solicitar el [test EMMA de Igenomix](#), que determina tus niveles de flora endometrial y te recomienda el mejor tratamiento para equilibrarla, mejorando tu pronóstico reproductivo.
- **Transferencia del embrión.** Para realizar la transferencia del embrión o embriones de mejor calidad al útero materno el equipo médico tiene que hacer coincidir la maduración del embrión o embriones con un óptimo estado del endometrio de la madre gestante. El período de receptividad suele encontrarse entre los días 19 y 21 del ciclo menstrual, y suele monitorizarse mediante ecografías vaginales en las que se mide el engrosamiento del endometrio.

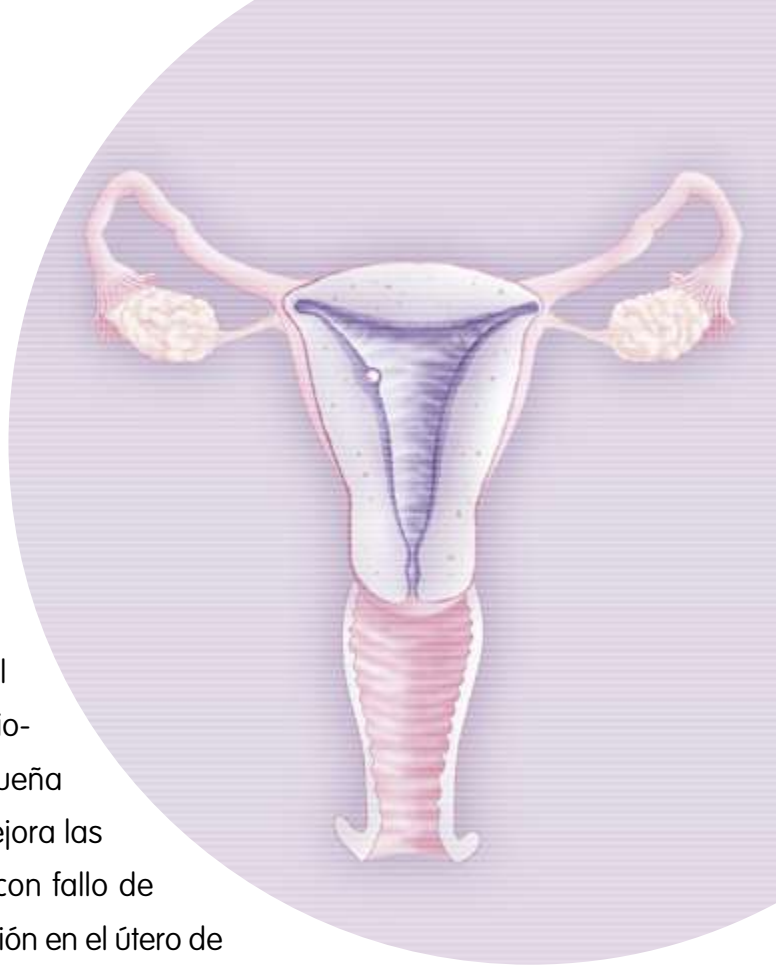


Sin embargo, este periodo de receptividad conocido como la ventana de implantación puede variar de una mujer a otra. De hecho, 3 de cada 10 mujeres tienen una ventana de implantación desplazada.

[El test ERA de Igenomix](#) permite identificar el momento óptimo para la transferencia embrionaria mediante el análisis genético de una pequeña muestra de tejido endometrial. Esta prueba mejora las tasas de embarazo en un 73% en pacientes con fallo de implantación. El especialista depositará el embrión en el útero de la mujer mediante un catéter. Es una intervención rápida y sencilla. Igual que en la inseminación artificial, tras unos minutos de reposo, la paciente podrá salir andando y continuar con su vida normal, siempre que no practique deportes como la equitación. En cuanto a las estadísticas de éxito de los tratamientos de FIV, según el último estudio, de 2015, del Registro SEF éstas son las tasas de embarazos:

- FIV con embriones en fresco: 2.344 (42,3%)
- FIV con embriones congelados: 1.278 (37,4%)

TOTAL: 3.622 (40,4%)





3

Consejos para afrontar el proceso

Someterse a un tratamiento de fertilidad es un proceso que no sabemos cuánto va a durar, puede ser largo. Emocionalmente es una etapa complicada que debéis enfrentar con fortaleza y apoyo. Para hacer más fácil el camino hacia vuestra maternidad hay una serie de cuestiones que os ayudarán:

- **Consultad con el médico las dudas.** Es importante que no tengáis la menor duda en ninguna de las fases del tratamiento. Vuestro ginecólogo y el resto del equipo de la clínica implicado en el tratamiento están siempre a vuestra disposición para consultar todas las dudas que tengáis.
- **Cuidad vuestra salud física.** Desde el momento en que os decidís a buscar el embarazo ya tenéis que adoptar hábitos de vida saludable para favorecer el proceso. Se recomienda dejar de consumir tabaco, alcohol u otras drogas. Mantened una [dieta equilibrada y saludable](#), reducid el consumo de azúcar, cafeína y alimentos procesados. Realizad ejercicio suave como caminar o nadar, siempre que vuestro ginecólogo no os diga lo contrario.
- **Controlad el estrés y la angustia.** Debéis tener paciencia, el proceso puede ser largo. Procurad mantener una actitud positiva.



- **Compartid vuestros sentimientos.** Comunicad lo que sentís, a vuestros seres queridos. Es fundamental expresar lo que vais sintiendo puesto que vuestras emociones irán como en una montaña rusa. Hablar ayuda a liberar miedos, tensiones, frustración, angustia...
- **No estéis solas, buscad apoyo.** No es recomendable vivir este momento en soledad, ni siquiera si emprendéis la maternidad en solitario. Podéis ser madres solteras, que no solas, acompañadas y apoyadas por vuestro entorno. Buscad apoyo entre vuestros familiares y amigos, o, en su defecto, en organizaciones de madres solteras por decisión propia. Para las mujeres que lo hacéis en pareja es fundamental que os apoyéis en la otra. Hablad, compartid todo lo que pensáis y vais sintiendo con vuestra pareja. Tanto la madre gestante como su pareja necesitáis el apoyo de la otra. Es importante que estéis unidas durante todo el proceso.

MASOLA

masola.org

masola.org@gmail.com

AMSPE

madressolterasporeleccion.org

asociacionmspe@gmail.com

+34 622 323 173

- **Distraeros.** Es difícil, sí, pero, procurad que el proceso que estáis viviendo no ocupe toda vuestra vida y vuestra mente. Seguid con vuestras costumbres, salid con amigos, divertíos, viajad, id al cine... ¡Distraeros!
- **Diferentes proyectos.** Tener otros proyectos permitirá que no os enfoquéis solo en el único objetivo de ser madre. Disponer de otras áreas en las que construir y crecer será enriquecedor.
- **Ayuda psicológica.** No dudéis en pedir apoyo psicológico. En ocasiones, se pasa por momentos más difíciles de lo que habíais imaginado en un principio. En las clínicas de reproducción asistida suelen tener consulta psicológica, pero, si lo preferís, podéis acudir a otro terapeuta de vuestra confianza. Lo importante, es que no dejéis de lado lo que sentís en ningún momento a lo largo del tratamiento, es fundamental trabajar con las emociones.



4

Ley de Reproducción Asistida en España

Las personas que acuden a la reproducción asistida suelen preguntarse cuestiones legales sobre la misma como, por ejemplo, la edad máxima permitida para someterse a un tratamiento. **La Ley de Reproducción Asistida española solo marca la edad mínima, los 18 años**, pero, en cuanto a la edad máxima lo que recoge es lo siguiente: "Entre la información proporcionada a la mujer, de manera previa a la firma de su consentimiento, para la aplicación de estas técnicas se incluirá, en todo caso, la de los posibles riesgos, para ella misma durante el tratamiento y el embarazo y para la descendencia, que se puedan derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada."

Sin embargo, los especialistas en reproducción asistida y la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) [han llegado a un acuerdo y han establecido la edad máxima de la mujer en los 50 años](#).

En la Seguridad Social reducen aún más la edad límite para someterse a una FIV son 40 años, para una inseminación artificial con espermatozoides de la pareja (IAC) son 38 años y para una inseminación artificial con espermatozoides de donante (IAD) son 40 años.

Pero, hay que tener en cuenta que, en algunas comunidades autónomas no permiten a las mujeres solteras o a las parejas de mujeres lesbianas acceder a los tratamientos de reproducción asistida. Esto va cambiando constantemente, en el último año algunas comunidades, como Madrid, han vuelto a dar acceso a las mujeres sin pareja masculina, aunque no ofrecen el método ROPA. Si os decidís por acudir a la Seguridad Social, deberéis informaros de los requisitos que se piden en vuestra comunidad autónoma.

Otro tema que les suele preocupar a las mujeres solteras y a las parejas de mujeres lesbianas es lo relativo a los donantes. ¡Os contamos todo lo que debéis saber sobre la [Ley de Reproducción Asistida](#) en España!



4.1. Condiciones personales de la aplicación de las técnicas

En el artículo 3 de la Ley de Reproducción Asistida destacamos todo lo relativo a la aplicación de los tratamientos:

- Solo se someterá a tratamiento a las mujeres que tengan probabilidades reales de éxito y no exista riesgo para su salud o la del bebé.
- **Solo se permite la transferencia de un máximo de tres embriones** por cada tratamiento de FIV.
- Tanto los pacientes como los donantes deberán estar informados de todos los aspectos biológicos, jurídicos y éticos que les afecten.
- Las mujeres que comiencen un tratamiento de reproducción asistida deberán aceptar por escrito un consentimiento informado y detallado de todas las condiciones.
- **Las mujeres podrán decidir suspender el tratamiento de reproducción asistida en cualquier momento, siempre que sea antes de la transferencia embrionaria.**
- Toda la información relativa a cada caso (la identidad de los donantes y datos, condiciones y circunstancias de las pacientes y su posible descendencia) debe estar guardada con las debidas garantías de confidencialidad.

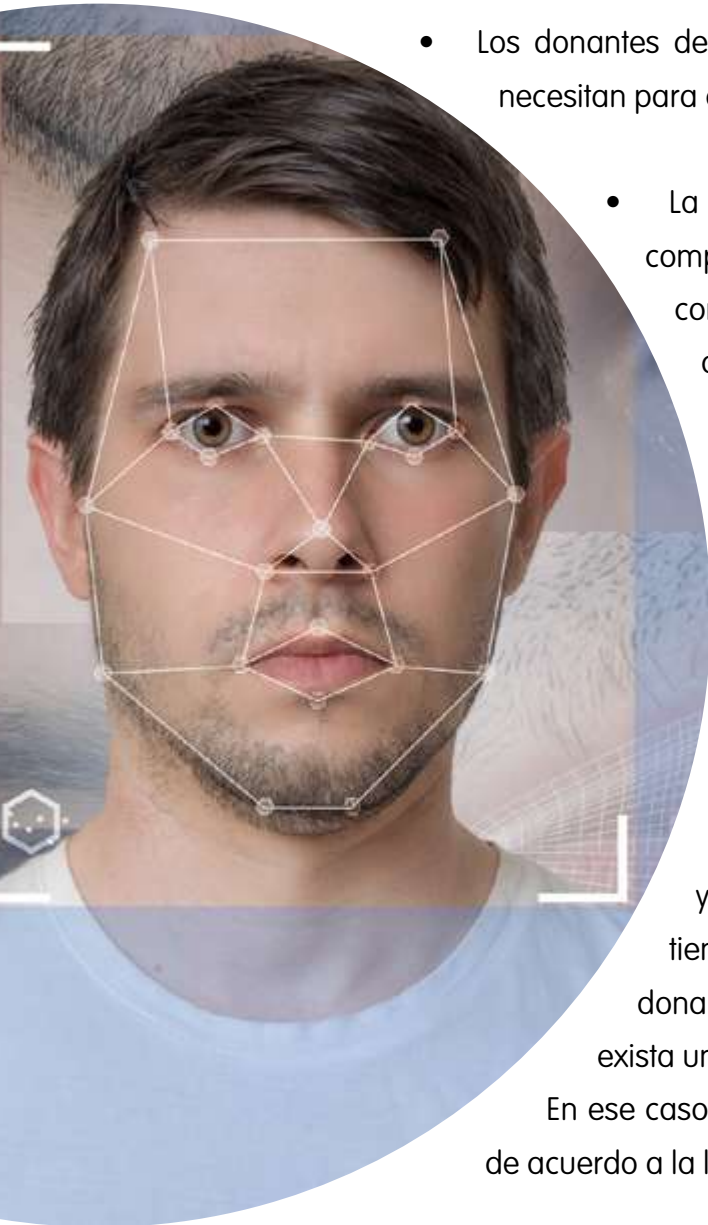




4.2. Donantes y contratos de donación

Todo lo relativo a los donantes queda reflejado en el artículo 5 de la Ley de Reproducción Asistida. Los puntos que más suelen preocupar a las futuras madres son los siguientes:

- **La donación es gratuita y confidencial entre la clínica y los donantes.**
- Los donantes de gametos solo podrán revocar la donación si los necesitan para ellos mismos, siempre que sigan disponibles.
- La donación nunca tendrá carácter lucrativo. La única compensación económica que pueden recibir es para compensar las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales derivados.
 - El contrato entre la clínica y los donantes deberá reflejarse por escrito, previa información de los fines y consecuencias de la donación.
 - La donación siempre será anónima y deberá garantizarse confidencialidad absoluta.
 - Los bebés nacidos o sus representantes legales y las mujeres receptoras de gametos y preembriones tienen derecho a obtener información general de los donantes, pero no su identidad, excepto en el caso de que exista un peligro para la vida o la salud de la descendencia. En ese caso, la revelación de la identidad del donante se hará de acuerdo a la ley.





- **Los donantes deben ser mayores de edad y tener un buen estado de salud psicofísica.** Se les someterá a un estudio que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas y otros datos clínicos para garantizar que no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que puedan transmitir al bebé. Si los donantes proceden de clínicas de otros países, obligatoriamente deberán haber sido sometidos a las mismas condiciones y pruebas.
- **En España el número bebés nacidos de un mismo donante no puede ser superior a seis.** Los donantes deberán declarar si han realizado donaciones en otros centros y dar toda la información relativa a las mismas: condiciones, fecha y centro.

Sea cual sea vuestra situación, si tenéis el deseo de ser madres, informaos de todas las opciones que tenéis a vuestro alcance, acudid a un centro especializado para que os realicen una valoración y os cuenten las opciones más recomendables para vuestro caso particular. Hoy en día la reproducción asistida está muy avanzada y existen multitud de tratamientos y soluciones.

Autores: Nasser Al-Asmar y Rosa Maestro

igenomix 
PIONEERS IN REPRODUCTIVE GENETICS