

Los derechos reproductivos a la luz del derecho comparado: El caso español y francés

 Laura López

al400275@uji.es

Universidad Jaume I

Resumen: La infertilidad se ha convertido en un tema de candente actualidad en las sociedades modernas. Los cambios económicos, laborales, el aumento de la esperanza de vida, etc., ligados a la desinformación que existe en torno a la salud reproductiva y los derechos reproductivos de la mujer, no han hecho sino dificultar y entorpecer el poder formar una familia, lo que se ha traducido en un incremento en la reproducción asistida. El artículo que presentamos, así pues, profundiza en dichas prácticas desde un punto de vista legislativo y compara las legislaciones de España y Francia, enmarcadas en el contexto europeo, respecto a tres pilares fundamentales: prácticas y técnicas permitidas por ley, otorgamiento de consentimiento y la figura del donante en el proceso de donación. Los resultados apuntan que la legislación española tiene un enfoque más completo, tanto en lo que se refiere a técnicas permitidas como en el establecimiento de restricciones de acceso al tratamiento basadas en la edad.

Palabras clave: infertilidad; reproducción asistida; técnicas de reproducción asistida; donantes; consentimientos informados

1. Introducción

Los modelos familiares, laborales y de vida han cambiado más que significativamente en el último siglo, en una sociedad globalizada donde los movimientos migratorios y el contacto con otras culturas y sociedades es cada vez más evidente. Los cambios en la estructura familiar han sido vertiginosos en los últimos años, tanto en el Estado español como en el contexto europeo. Tanto es así, que la familia nuclear que se mantiene sin apenas cambios toda la vida no es ya la norma, sino un caso más en un amplio abanico de formas diversas de organización (Beck-Gernsheim et al., 2003). Las sucesivas crisis económicas, con las consecuentes olas de exclusión social, marginación y violencias que traen consigo; la falta de democracia económica, así como el papel de las grandes multinacionales y oligopolios en la vida política y social de los Estados, están dando como resultado cambios profundos en todas las áreas de nuestra sociedad que impactan irrefrenablemente en nuestra rutina diaria —exigencias laborales, estrés, cambio de hábitos, etc.— (Peire y Di Stefano, 2022).

Si circunscribimos el debate al ámbito de la salud, vemos cómo al menos la mitad de la población mundial continúa sin acceso a servicios esenciales de salud, y la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a vacunas y medicamentos de calidad en muchas partes del mundo dificulta la consecución de una vida sana (Cárdenas, 2022).

Pensemos, sin ir más lejos, en la presión social y cultural de tener hijos antes de cierta edad y cómo dicha presión ha de conjugarse por fuerza con las demandas actuales del mundo laboral (igualdad salarial, oportunidades de contratación y promoción, etc.) y el resto de prioridades en la vida de la mujer. En tales contextos, la maternidad puede ser vista como una carga en lugar de un derecho, lo que puede llevar a la discriminación en el lugar de trabajo y a la decisión natural de la mujer de posponer todo lo posible tener hijos (Díaz, 2023, p. 2).

Durante los últimos años, la demanda de servicios de reproducción asistida ha sufrido un progresivo incremento que se debe, por un lado, a la creciente accesibilidad a las técnicas reproductivas (Solís, 2000, p. 40) y, por otro, a la transformación del papel que desempeñan las mujeres en la sociedad, ya que su incorporación masiva al mercado laboral ha conllevado el retraso de su «edad reproductiva social» (Enguer y Ramón Fernández, 2018: 106). Al fin y al cabo, el periodo de máxima fecundidad de la mujer es el que comprende entre los 20 y los 35 años (Carrera, 2022, p. 5).

De igual manera, existe un factor que antaño no suponía un problema real para las sociedades, y es la longevidad prolongada que han ido adquiriendo las personas, sumada a la volatilidad y exigencias del mercado laboral y cómo estas resulta en un retraso sistemático en el nacimiento del primer hijo. La longevidad adquirida de las mujeres hoy día es uno de los factores clave para la salud reproductiva. Ahora mismo nos encontramos ante una media de 85 años de vida en el caso de las mujeres, sobre todo en Europa (Díaz-Olalla, 2022, p. 320), lo que hace que estas quieran retrasar cada vez más la maternidad y planificar su fertilidad. Sin embargo, no podemos olvidar que la posibilidad de tener hijos de manera natural disminuye con la edad, lo que puede llevar a la mujer a la búsqueda de opciones de reproducción asistida.

La liberación de la mujer en la década de los sesenta abrió las puertas al uso de métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva o el DIU (Enricci, 2022, p. 30), dispositivos que regulan la anticoncepción. No obstante, hoy en día sigue sin existir información clara, completa y de fácil acceso sobre salud reproductiva para la mujer (Gahete, 2022, p. 1263). Aunque solemos tener nociones o educación sobre cómo una mujer puede no quedarse embarazada o evitar un embarazo, nadie nos enseña o nos educa en salud reproductiva a la hora, por ejemplo, de buscar un embarazo o de entender el amplio espectro de la fertilidad y la planificación familiar.

No es de extrañar, si tenemos todos estos factores en cuenta, que nos encontremos hoy día con cuestiones relacionadas con la maternidad que están en pleno centro del

debate, como pueda ser la gestación subrogada¹. El retraso de la maternidad, ligado a los factores que hacen que sea más difícil buscar un embarazo a medida la mujer cumple años, ha hecho que la maternidad subrogada esté cada vez más en boga. Pese a que en la mayoría de los países europeos está prohibida esta técnica, nos encontramos con muchos casos de mujeres o parejas (también parejas homosexuales) que intentan acceder a esta técnica ya sea por circunstancias físicas (factores uterinos graves, abortos de repetición, etc.) o psicológicas (Fernández Canales, 2017, p. 5). La problemática ética de este tipo de tratamiento o técnica, a la par que su dimensión jurídica, parece estar más de actualidad que nunca.

Así, la práctica de la gestación subrogada, o por sustitución, descrita ya en 2012 por el Departamento de Derechos de los Ciudadanos y Asuntos Constitucionales de la Unión Europea (Conferencia de la Haya, 2012, p. 10)², parece haber desatado en los últimos años un acalorado debate social a nivel europeo (también en España) debido a los problemas éticos y jurídicos que plantea; y como sucede en otros temas relacionados con el cuerpo femenino como el aborto o la prostitución, las posturas no solo son contrapuestas sino que, llamativamente, todas ellas apelan a distintos derechos fundamentales de las partes implicadas.

2. La (in)fertilidad y los derechos sexuales reproductivos

La Organización Mundial de la Salud (2009) define la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que se caracteriza por la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales sin protección, ya sea debido a aspectos fisiológicos o, como hemos visto, aspectos sociales (Flores, 2022, p. 357).

El origen de la esterilidad, en un 30 % de los casos, es atribuible a la mujer; en otro 30 %, al hombre; en un 25 %, es mixta y, en un 15 %, es de origen desconocido (Urgellés Carrera et al., 2012, p. 535). A pesar de ser un problema que afecta de igual manera a hombres y mujeres, las mujeres han sido y siguen siendo consideradas las responsables de la reproducción. De hecho, tanto la sociedad como las propias mujeres han internalizado la reproducción como algo propio y exclusivo que forma parte de ellas mismas y que constituye un elemento fundamental de su identidad. Esto entronca directamente, como hemos apuntado ya, con un déficit sistémico de conocimientos en salud reproductiva, base de los derechos sexuales de la mujer.

¹ El caso de la presentadora española de televisión Ana Obregón, que recientemente ha tenido una hija/nieta mediante gestación subrogada a partir del espermatozoide de su hijo fallecido, es buen ejemplo de ello, especialmente por los problemas jurídicos, éticos y de filiación que plantea.

² El Departamento de Derechos de los Ciudadanos y Asuntos Constitucionales de la Unión Europea define la gestación por sustitución como la «práctica en la que una mujer queda embarazada con la intención de entregar el niño a otra persona al nacer».

Junto a la esterilidad, el otro gran desconocido en la salud sexual y reproductiva de la mujer es, de acuerdo con Távara (2017, p. 397), el reconocimiento efectivo de los derechos sexuales, que comprenden el derecho básico de toda persona a tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; esto es, libre de enfermedad, lesiones, coerción o violencia, e independientemente de la situación reproductiva de cada uno; a tener acceso a una educación en sexualidad que sea oportuna, integral, gradual, científica y con enfoque de género; a que se respete a su identidad sexual y de género; y a contar con información y servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los derechos reproductivos comprenden, así pues, el derecho básico de toda pareja y de toda persona de decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos/as y de tener la información y los medios de hacerlo, así como acceder plenamente a los métodos para regular la fertilidad (Guevara, 2020, p. 7). Asimismo, implican contar con servicios de calidad para el cuidado de las personas gestantes, recibir atención de emergencia y contar con todos los insumos para garantizar la maternidad saludable y segura.

Algunos de estos derechos sexuales y reproductivos, señalados recientemente por la Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer Chilena (según Borda Altamirano, 2023), pero extrapolables a escala global, son los siguientes:

- Tomar decisiones sobre salud, cuerpo, vida sexual e identidad, sin temor a sufrir discriminación
- Pedir y recibir información sobre sexualidad, reproducción y acceso a servicios de salud relacionados con ellas, así como también a métodos anticonceptivos
- Decidir si tener hijos/as, cuándo, cuántos y con quién
- Elegir nuestra pareja íntima, si casarnos y cuándo
- Vivir sin sufrir discriminación ni violencia, incluida violación y otras formas de violencia sexual, mutilación genital femenina, embarazo forzado, aborto forzado, esterilización y matrimonio forzados
- Decidir qué tipo de familia formar

Desde tal perspectiva, los derechos sexuales y reproductivos se pueden adscribir a un territorio conceptual que se define en términos de poder de acceso a recursos: recursos para tomar decisiones informadas sobre la reproducción, la crianza de los hijos, la salud reproductiva y la vida sexual; y recursos para estar en condiciones de tomar decisiones seguras y efectivas. Debido a los problemas de (in)fertilidad, las técnicas de reproducción humana asistida se han popularizado en las sociedades occidentales y una gran cantidad de personas ha podido tener acceso a ellas.

3. Cuestiones bioéticas en salud reproductiva y reproducción asistida

El concepto de bioética, independientemente de su aplicación en el ámbito de la fertilidad, nace a raíz de los problemas que comienzan a plantearse debido al enorme desarrollo biotecnológico del siglo pasado en el marco de la percepción del peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por falta de diálogo entre el saber científico y el saber humanístico al que pertenecen la ética, la filosofía y las ciencias jurídicas (Tinant, 2003, p. 88). La palabra «bioética», de hecho, aparece por primera vez de la mano del bioquímico estadounidense Van Rensselaer Potter que, destacando como elementos esenciales el mundo de los valores éticos y el mundo de la biología, designa con ese término a la disciplina que promueve el diálogo entre la ciencia y las humanidades, entre la vida y el comportamiento. Por ende, se ha dicho de la bioética que aspira a conjugar, en síntesis paradigmática, ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser (Finset et al., 1999, p. 7).

Una clara muestra del camino que la reflexión bioética va abriendo entre el derecho y la sociedad (y entre la sociedad y el derecho), así como la existencia de vasos comunicantes entre la bioética y los derechos humanos, se puede observar en las concepciones sobre salud, en particular la salud sexual y los derechos reproductivos (Minyesrky, 2019, p. 30).

Por esa razón, como ya hemos avanzado, son numerosos los debates éticos que se plantean a la hora de enfrentarse a la reproducción asistida. Debido a la sensibilidad de estos problemas éticos, y el hecho de que cada Estado sea soberano para legislar en materia de bioética, podemos entender que muchas familias decidan beneficiarse de aquellos sistemas jurídico-sanitarios que más les beneficien a la hora de realizar un tratamiento que les permita formar una familia. Por este motivo, puesto que se trata de un ámbito sanitario no exento de problemas éticos y jurídicos (Carranza Chunga, 2022, p. 167), hacemos hincapié en la necesidad de establecer un marco regulador comparado que profundice en las técnicas de reproducción asistida (TRA) de cara a entender, como haremos a continuación, no solo aquellos aspectos médicos y jurídicos que motivan a la mujer, por ejemplo, a acudir a otro país en búsqueda de la salvaguarda de sus derechos reproductivos; sino también aquellos casos donde el legislador es más permisivo, laxo, a la hora de trazar los límites en cuanto a tratamientos y técnicas se refiere.

Con todos estos factores en mente, nos proponemos realizar una aproximación a la legislación en torno a la reproducción asistida para comprender cómo los Estados se enfrentan a estos debates bioéticos y de salud. Queremos entender por qué las pacientes deciden acudir a otro país, donde incluso se hable una lengua diferente, para poder realizar un tratamiento de fertilidad. Para ello, y a modo de estudio de caso, analizaremos cómo España y Francia abordan en su respectiva legislación las técnicas de reproducción asistida.

4. Legislación en materia de reproducción asistida en España y Francia

Como ya hemos anunciado, el objetivo del presente artículo es el de analizar la legislación existente en España y Francia en torno a la reproducción asistida y conocer, así, las semejanzas y diferencias entre ambos países, de manera que podamos dar una explicación, o al menos comenzar a esbozar, el porqué del peregrinaje de pacientes francesas a España para la realización de tratamientos de fertilidad que se constata de forma continuada (Aparicio, 2021).

Para ello, y dado que ambos países se encuentran bajo la superestructura institucional europea, comenzaremos trazando una panorámica del ámbito comunitario y su legislación, disposiciones y recomendaciones bioéticas sobre reproducción asistida para, en segundo lugar y de forma contrastiva, profundizar en dos de sus Estados Miembros: España y Francia.

Cabe destacar que no todos los documentos que presentaremos a continuación tienen rango de ley. De hecho, en el ámbito europeo se incluyen tanto convenios como directivas de la Unión Europea y, por lo tanto, no resultan vinculantes para los Estados Miembros, aunque sí arrojan luz sobre la importancia de dichos aspectos y sobre la hoja de ruta comunitaria en materia de bioética y reproducción asistida.

Así pues, el estudio que presentamos comenzó con la compilación de un corpus de legislación formado por tres subcorpus individuales: uno con textos normativos y recomendaciones en el plano supranacional (en este caso, de la Unión Europea) y uno por cada Estado objeto de estudio (España y Francia).

En el caso de la Unión Europea, recogimos once instrumentos reguladores (1997-2015) que posteriormente clasificamos en tres bloques (convenios, directivas y resoluciones) atendiendo a la naturaleza y características de dichos textos, así como el órgano emisor y el alcance de los mismos.

Así, como muestra la Tabla 1, nos encontramos principalmente con el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, conocido popularmente como Convenio de Oviedo, junto al instrumento diseñado para su ratificación y un protocolo adicional posterior, de 1998, que aborda específicamente la cuestión de la clonación humana.

Pese a que ninguno de los tres textos aborda de forma directa los tratamientos de reproducción asistida, sí son esenciales para entender el marco en que, posteriormente, se desarrollará la investigación en reproducción asistida y su introducción con la práctica médica.

Junto al Convenio de Oviedo, cinco son las directivas europeas que, como muestra la Tabla 2, profundizan en la calidad y seguridad en los tratamientos con las células y los tejidos humanos (evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento, donación, etc.).

Tabla 1. Textos de referencia en el subcorpus de normativa y recomendaciones supranacionales (convenios).

Instrumento	Año
Carta de los Derechos Humanos ³	1948
Convenio de Oviedo, para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina ⁴	1997
Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina) ⁵	1997
Protocolo adicional al Convenio de Oviedo para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, por el que se prohíbe la clonación de seres humanos ⁶	1998

Tabla 2. Textos de referencia en el subcorpus de normativa y recomendaciones supranacionales (convenios).

Instrumento	Año
DIRECTIVA (UE) 2015/565 DE LA COMISIÓN ⁷ de 8 de abril de 2015 por la que se modifica la Directiva 2006/86/CE en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la codificación de células y tejidos humanos.	2015
DIRECTIVA (UE) 2012/39/UE DE LA COMISIÓN ⁸ de 26 de noviembre de 2012, por la que se modifica la Directiva 2006/17/CE en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la realización de pruebas con células y tejidos humanos.	2012

Tabla 2, continúa en la página siguiente

³ Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf [Último acceso: 15 de mayo de 2023].

⁴ Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatyenum=164> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

⁵ Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-20638> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

⁶ Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatyenum=168> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

⁷ Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2015.093.01.0043.01.SPA [Último acceso: 20 de abril de 2023].

⁸ Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2012.327.01.0024.01.SPA [Último acceso: 20 de abril de 2023].

Tabla 2, continúa de la página anterior

Instrumento	Año
DIRECTIVA 2006/86/CE DE LA COMISIÓN ⁹ de 24 de octubre de 2006 por la que se aplica la Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere a los requisitos de trazabilidad, la notificación de las reacciones y los efectos adversos graves y determinados requisitos técnicos para la codificación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos (SE TRANSPONE, por Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio).	2006
DIRECTIVA 2006/17/CE DE LA COMISIÓN ¹⁰ de 8 de febrero de 2006 por la que se aplica la Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la donación, la obtención y la evaluación de células y tejidos humanos (SE TRANSPONE, por Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio).	2006
DIRECTIVA 2004/23/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO ¹¹ de 31 de marzo de 2004 relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos (SE TRANSPONE, por Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio).	2004

Por último, cabe mencionar también las siguientes dos resoluciones del Parlamento Europeo sobre donación voluntaria y no remunerada de tejidos y células, así como comercio de óvulos humanos:

Tabla 3. Textos de referencia en el subcorpus de normativa y recomendaciones supranacionales (directivas).

Instrumento	Año
Resolución del Parlamento Europeo ¹² , de 11 de septiembre de 2012, sobre la donación voluntaria y no remunerada de tejidos y células (2011/2193(INI)).	2012
Resolución del Parlamento Europeo ¹³ , de 10 de marzo de 2005, sobre el comercio de óvulos humanos.	2005

⁹ Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32006L0086> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

¹⁰ Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A32006L0017> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

¹¹ Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A32004L0023> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

¹² Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1445854943810&uri=CELEX:52012IP0320> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

¹³ Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52005IP0074&qid=1445854730707&from=ES> [Último acceso: 20 de abril de 2023].

En el caso de España, trabajaremos con el marco estatal que proporciona la ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Asistida, que amplía y refuerza la legislación anterior de 1988 (Ley 37/1988 sobre Técnicas de Reproducción Asistida). Pese a que las competencias en sanidad se encuentran transferidas a las distintas autonomías del Estado español, que regulan sobre todo las TRA en el ámbito público, el estudio que presentamos se mantendrá únicamente en el plano estatal para poder trazar paralelismos con la legislación francesa, un país de tradición mucho más centralista.

Para el caso francés, nos hemos encontrado con una única ley que legisla y recoge toda la información necesaria sobre las TRA, o la PMA por sus siglas en francés. Se trata de la Loi bioéthique de 1994, reformada en 2021.

Una vez compilado el corpus, nos hemos centrado en tres puntos fundamentales en torno a las TRA: las técnicas propiamente dichas, los consentimientos informados y los donantes. Hemos escogido estos tres elementos porque representan los puntos fundamentales de la legislación en torno a las TRA. Al tratarse de dos países distintos, con contextos sociales, legislaciones y condiciones distintas, nos encontraremos con legislación y situaciones diferentes a la hora de poder acceder a este tipo de técnicas.

5. Análisis de datos

5.1. Técnicas de reproducción asistida

Comenzaremos el análisis de datos con una panorámica general sobre las TRA en ambos países objeto de estudio. En el contexto europeo, tal y como puede desprenderse de los instrumentos analizados, no encontramos ningún apunte relacionado directamente con las TRA, puesto que se trata de convenios, disposiciones y directivas de carácter general. No obstante, se redacta el primer apunte relacionado con el análisis genético de los embriones, ya sea para la elección del sexo o por motivos de investigación a través del capítulo III en los artículos 5, 14 y 18, respectivamente. El análisis genético de los embriones, así pues, estaría justificado en el caso de alguna patología relacionada con los pacientes, pero nunca con el fin de obtener información relacionada con el sexo del embrión.

En el caso de España, en el primer artículo de la ley se presentan las distintas técnicas de reproducción asistidas que pueden desarrollarse de forma legal: fecundación in vitro (FIV), transferencia de embriones (TE), inseminación artificial (IA) y crioconservación de gametos. A lo largo de toda la ley se especifica que todo tratamiento o técnica se hará siempre bajo la supervisión médica y un equipo especializado y siempre con el consentimiento escrito de la paciente para realizar dicho tratamiento.

En cuanto a las técnicas propiamente dichas, cada una de ellas incluye tratamientos distintos. Por ejemplo, la TE puede darse a raíz de una FIV o bien de una donación de óvulos o doble donación. Asimismo, en la ley se especifica que se podrá transferir

hasta tres embriones en el útero de la mujer. No obstante, se puntualiza que el número de embriones será establecido y acordado en función de las recomendaciones médicas de manera que no suponga ningún riesgo médico (Artículo 4).

En cuanto a la crioconservación de gametos, encontramos la congelación de óvulos y la congelación de semen (preservación de la fertilidad) (Artículo 11).

Por otra parte, en el Artículo 3 de la ley se especifica que estas técnicas podrán utilizarse también en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético o hereditario cuando sea posible recurrir a ellas con suficientes garantías diagnósticas y terapéuticas y estén estrictamente indicadas, lo que se conoce como diagnósticos preimplantacionales (DGP) como el PGT-A o PGT-M (Lloveras, 2010, p. 11).

En España, la realización del DGP debe ser comunicada a la autoridad sanitaria correspondiente, la cual informará a su vez a la Comisión Nacional de Reproducción Asistida (Artículo 12.1). El objetivo de dicha técnica es poder detectar patologías genéticas severas, de manifestación temprana y sin cura para seleccionar los preembriones no afectados para su transferencia, o para evitar la transferencia al útero materno de preembriones con pocas probabilidades de resultar viables debido a alteraciones cromosómicas.

En el caso de Francia, al revisar la legislación comprobamos que se permite la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la inseminación artificial y la donación de óvulos (Artículo 152-10). No obstante, la doble donación sigue estando prohibida, a diferencia de España (Artículo 2141-3). Por último, el Diagnóstico Genético Implantacional está justificado por ley única y exclusivamente en los casos en los que el hombre y la mujer compartan una mutación genética que puedan transmitir a su descendencia y, a la vez, pueda influir en la incapacidad de implantación del embrión en el momento de la transferencia. Además, en el Artículo 2141-2 se indica que se establecerán límites de edad para la realización de las TRA. Se limita a 43 el tratamiento de FIV y a 32 la conservación de óvulos. Asimismo, se deja clara la prohibición de la gestación subrogada (artículo 674-2).

Tras un análisis de la ley, podemos observar que los criterios de inclusión de las parejas en este tipo de proyecto son bastante exhaustivos. Los pacientes tienen que acudir a la clínica en la que desean realizar el tratamiento y tienen que pasar diferentes etapas entre las que se incluye no solo las pruebas necesarias para realizar el tratamiento, si no también varias entrevistas con el personal médico para ver si son aptos para poder realizar el tratamiento (Artículo 152-10). No obstante, con la revisión de la ley en 2021, se admite a tratamiento a las parejas de mujeres y a las mujeres solteras (artículo 2141-2).

En cuanto a la preservación de ovocitos, la legislación actual francesa establece que la mujer solo podrá acceder a este tratamiento:

Si está aquejada de una enfermedad que afecte de forma directa a su vida reproductiva.

Si se convierte en donante y, entonces, se guardan algunos ovocitos para su propio uso.

En cuanto a esta técnica, cabe mencionar que, aparte de darse estas dos condiciones, solo podrán acceder a ella pacientes de entre 29 y 37 años. Asimismo, queda reflejada la prohibición de la utilización del semen de la pareja en caso de fallecimiento (Artículo 2141-2).

5.2. Consentimiento informado

En segundo lugar, profundizaremos en cómo se enfrenta cada contexto legislativo al acto de otorgamiento de consentimiento (CI). Si atedimos a las disposiciones europeas, el Artículo 3 de la Carta de los Derechos Humanos introduce la necesidad de otorgamiento de CI, así como la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos:

2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular:

a) el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley;

b) la prohibición de las prácticas eugenésicas, en particular las que tienen como finalidad la selección de las personas;

c) la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro;

d) la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.

Asimismo, en el Convenio de Oviedo observamos, en primer lugar, la importancia y necesidad del consentimiento por parte de los pacientes (Capítulo 5), retomando así el principio del Artículo 3 de la Carta de los Derechos Humanos.

En cuanto a los puntos relevantes sobre el CI en el Convenio de Oviedo, cabe destacar los siguientes: el consentimiento se muestra como uno de los factores principales a tener en cuenta a la hora de establecer las TRA (Artículo 6). Asimismo, se insiste en la importancia del consentimiento como elemento central del proceso, ya sea para el caso de los donantes como para el caso de las pacientes, que deberán conocer todos los puntos del tratamiento médico, implicaciones, riesgos y condiciones legales ligadas al tratamiento (Artículo 5) Los consentimientos deberán especificar y explicar el tratamiento al que van a someterse las pacientes, así como las distintas fases y riesgos derivados de dichas técnicas. Los signatarios de dichos consentimientos, mediante su firman, afirman y consienten que han leído y comprenden toda la información que se les ha proporcionado, lo que refuerza la dimensión jurídica del proceso.

En el caso de España, tanto pacientes como donantes deberán firmar los consentimientos ligados a los tratamientos a los que se sometán (Artículo 11). Un aspecto relevante en cuanto a los CI es el caso de aquellas parejas heterosexuales que

realicen un tratamiento conjunto, donde se requerirá el consentimiento explícito por parte del hombre para poder continuar con el tratamiento en caso de fallecimiento. El hombre debe indicar si autoriza, en caso de fallecimiento, a utilizar su muestra seminal o embriones ya generados para que la mujer pueda utilizarlo en los doce meses siguientes a su fallecimiento. El hijo nacido de este tratamiento será considerado hijo legal del padre fallecido a todos los efectos (Artículo 9).

En el caso de Francia, el CI es necesario y obligatorio tanto para pacientes como para donantes (Artículo 152-10). Además, los pacientes habrán de acudir a un notario en caso de realizar un tratamiento con donante de óvulos (Artículo 152-10).

5.3. La donación y la situación de los donantes

Por último, nuestro tercer punto de análisis es el de los donantes y el acto de donación propiamente dicho. En el plano europeo, la directiva 2004/23/CE destaca la confidencialidad y el anonimato de los donantes. Se establece que la donación será anónima y que en ningún caso se podrá revelar su identidad, con el fin de proteger su derecho como donante y el acto altruista de la donación (Real Decreto 1720/2004). Asimismo, se establece la voluntariedad de la donación y la compensación económica que reciben los donantes para aliviar los inconvenientes derivados de la donación. Se recalca en este apartado la necesidad de animar a los Estados a promover la donación como un acto altruista y no como una manera de comercializar u obtener algún beneficio.

Este es, sin duda, uno de los mayores debates en torno a la donación: si la donación es un acto verdaderamente altruista o si los donantes participan de este proceso por la compensación económica que reciben derivada de los inconvenientes causados. Pese a que queda reflejado el anonimato de la identidad de los donantes, creemos que se trata de un debate que suscita muchas dudas a la hora de enfrentarse a este tipo de tratamientos, puesto que genera muchas preguntas a los pacientes (Saus Ortega, 2018, p.5). No obstante, el objetivo del anonimato reside precisamente en poder garantizar a los donantes la seguridad de que pueden ejercer su altruismo sin ningún tipo de compromiso con su donación.

La directiva 2006/17/CE, por su parte, resulta especialmente interesante ya que establece en su anexo los análisis y pruebas a los que deben someterse los donantes para poder serlo en los Estados Miembros. Así, para evaluar el riesgo de contaminación cruzada (Sociedad Española de Fertilidad, 2008), la normativa exige que se realicen las siguientes pruebas biológicas: VIH-1,2 Anti VIH-1,2 Hepatitis B HBsAg Anti HBc Hepatitis C Anti VHC-Ab. En determinadas circunstancias, podrán ser necesarias otras pruebas en función de los antecedentes de viajes y de exposición del donante y de las características del tejido o las células donadas (por ejemplo, RhD, paludismo, CMV, Trypanosoma cruzi). Todos estos elementos vienen recogidos en el anexo final de la directiva. Este aspecto es de vital importancia, ya que se establecen unos parámetros mínimos y obligatorios que han de cumplir todas las clínicas para que los aspirantes puedan convertirse en donantes.

En el caso de los donantes masculinos, además, las donaciones de semen por una persona externa a la pareja se habrán de mantener en cuarentena un mínimo de 180 días, tras los cuales se repetirán las pruebas biológicas pertinentes. Esta segunda evaluación se podrá evitar si la primera determinación para VIH, VHB y VHC se hizo mediante técnica de amplificación de ácidos nucleicos. Todos estos datos quedan recogidos, igualmente, en el anexo de la misma directiva.

En el caso de la legislación española, el Capítulo 3 nos resulta especialmente interesante por un conjunto de aspectos. La donación en España es anónima, es decir, ni los pacientes pueden conocer la identidad de los donantes ni estos pueden conocer la identidad de los pacientes. Asimismo, se trata de un acto altruista, regulado, como hemos visto, por consentimientos informados. Los donantes han de tener por ley entre 18 y 35 en el caso de las mujeres y entre 18 y 40 en caso de los hombres. Así, tal y como hemos visto en la legislación europea, tienen que cumplir ciertos requisitos médicos para poder convertirse en donantes (Apartado 6 del Artículo 5). En este mismo apartado se indica que, por ley, los donantes tienen que ser fenotípicamente lo más parecido posibles a la paciente receptora.

Finalmente, en el caso de Francia, el principal requisito es que el donante sea mayor de edad. Además, antes de convertirse en donante, se informa de las disposiciones legales y condiciones en relación con la donación de gametos en Francia, tal y como figura en el Artículo 2143-2. En el caso de la legislación francesa, no existe un artículo específico dedicado a los consentimientos informados, sino que en cada uno de los artículos en los que se define un tratamiento, técnica o condición para el tratamiento o la donación se repite la condición del consentimiento informado para llevar a cabo dicho procedimiento o técnica.

5.4. España y Francia ante la encrucijada de las TRA

El objetivo del presente apartado es establecer una comparación entre los sistemas legislativos objeto de análisis en torno a los tres puntos fundamentales que hemos destacado: técnicas, consentimientos y donantes.

En cuanto a las técnicas, podemos afirmar que, a grandes rasgos, las técnicas utilizadas en ambos países son las mismas y, por lo tanto, a priori los pacientes pueden acceder a todas las técnicas en ambos países por igual. No obstante, hemos recalcado que, en el caso de Francia, no se puede optar por un tratamiento de doble donación, así como el DPI (Zegers-Hochschild et. al, 2009, p. 1523).

La principal diferencia en cuanto a la legislación de los dos países radica en que la legislación francesa establece una edad límite para la realización de cada uno de estos tratamientos (Ruddy, 2020, p. 30). A modo de ejemplo, la edad límite para realizar un tratamiento en Francia que sea costeado por sistema de salud público francés es de 43 años. En España, cualquier mujer puede acceder a este tratamiento sin importar la edad.

En cuanto a los consentimientos informados, podemos observar que existe en ambos países la necesidad de otorgar un CI que incluya la firma y el acuerdo de los

pacientes y donantes de manera que quede reflejado el consentimiento para realizar el tratamiento. En el caso de España, como hemos podido observar, existe un artículo y apartado específico que incide en la importancia del CI, mientras que en el caso de Francia se reitera esta condición en cada uno de los artículos de la ley.

En cuanto a los donantes, queda claro que en ambos países los donantes tienen que ser mayores de edad y que han de otorgar consentimiento para comprometerse con los gametos que van a donar, es decir, que entienden y consienten que los gametos que donan son para el uso de TRA en favor de terceros. Asimismo, el anonimato es uno de los factores comunes entre ambas legislaciones. La donación siempre resulta un tema controvertido, puesto que los pacientes pueden tener dudas en cuanto la información de los donantes. Siempre se les aclara, además, que por ley los donantes han de parecerse físicamente lo máximo posible a los pacientes (color de pelo, ojos, estatura, grupo sanguíneo, color de piel y raza).

6. Conclusiones

En Francia, las diferentes leyes que conforman el dispositivo bioético van más allá de lo puramente clínico y tienden a conciliar intereses opuestos entre la libertad de la investigación científica y la integridad física de la persona, la no-comercialización del cuerpo humano o el control del desarrollo de la neurociencia cognitiva, por ejemplo (Borrillo, *ibid.*: 1).

En 2021, la ley francesa se revisó con el fin de poder reflejar los avances sociales (Décheaux, 2012, p. 568). No obstante, a pesar de que los modelos familiares hayan cambiado, ha sido en 2021 cuando se ha empezado a establecer el debate del acceso de las parejas de mujeres y mujeres solteras a los tratamientos de reproducción asistida. Hasta hace bien poco, la diferencia más significativa entre ambas legislaciones residía en que una pareja de mujeres no podía realizar tratamiento en Francia, puesto que la legislación no contemplaba la pareja de mujeres como proyecto parental. No obstante, en este punto hemos de aclarar que el devenir de los tiempos desempeña un papel fundamental.

Otro aspecto relevante son listas de espera que existen en Francia para poder acceder a los tratamientos, mientras que en España los pacientes pueden realizarlo en cualquier momento sin lista de espera, siempre y cuando sea a través de una clínica privada. Por ello, la lista de espera es lo que orienta en muchos de los casos a los pacientes con edades más avanzadas a acudir a clínicas privadas para poder empezar el tratamiento sin demora.

A los 43 años resulta difícil intentar realizar un tratamiento con los propios gametos de la mujer, sobre todo si la paciente ya presenta problemas de fertilidad. En estos casos, la orientación de tratamiento es la ovodonación. Otro punto a favor de realizar este tratamiento en el extranjero es que en Francia no existen tantos donantes como en España, tal y como hemos avanzado anteriormente, de ahí que la lista de espera

para poder realizar un tratamiento sea mayor. Asimismo, las técnicas que utilizan las clínicas francesas no son las mismas que pueden ofrecer las españolas, de ahí que decidan venir directamente a una clínica privada española en el caso de los pacientes franceses.

Asimismo, cabe mencionar que existe el factor de la financiación, ya que, en Francia, estos tratamientos son financiados por la sanidad pública siempre y cuando se cumpla con los criterios de edad y de necesidad de realizar el tratamiento para poder formar una familia (es decir, que existan problemas de fertilidad).

En cuanto a los donantes, ¿qué hace que en Francia haya menos donantes que en España? Analicemos las condiciones que tienen que cumplir los donantes en cada uno de los países.

Podríamos entrar en aspectos psicológicos y cómo los pacientes pueden aceptar el duelo genético que supone aceptar que no van a realizar tratamiento con sus propios gametos, pero lo que nos interesa en el presente artículo es entender que, realmente, la legislación española ofrece más privacidad a los donantes para que puedan ejercer el valor del altruismo, y también a los pacientes, a los que libera del estrés de tener que lidiar y gestionar más información de la necesaria sobre sus futuros hijos.

En cuanto a la transferencia de embriones, podríamos decir que la legislación española es mucho más segura que la francesa, puesto que la francesa no especifica el número máximo de embriones que puede transferirse a las pacientes mientras que, en España, la legislación autoriza la transferencia de hasta tres embriones. Creemos que esta ley se queda obsoleta, puesto que fue creada en un momento en el que se transferían embriones en día tres y no en día cinco (en estadio de blastocisto), como se hace actualmente. Aun así, en la mayoría de clínicas privadas españolas, al hacer firmar el consentimiento informado de cada tratamiento se limita el número de embriones a dos y solamente se permite cuando el comité médico autoriza a hacerlo, puesto que no supone ningún riesgo añadido para la paciente.

Como hemos visto, en 2021, y bajo el slogan «*la PMA pour toutes*» («la reproducción asistida para todas»), se permitió a parejas de mujeres y mujeres solteras en Francia hacer uso de la reproducción asistida. Creíamos que esta iniciativa iba a ayudar a las mujeres francesas a acceder a estos tratamientos en su país. No obstante, desde que se ha promulgado la ley no se han detectado cambios significativos en cuanto al número de pacientes que acuden a España para someterse a tratamiento para lograr formar una familia. Está claro que las listas de espera y el escaso número de donantes sigue siendo el problema fundamental por el que los franceses siguen buscando ayuda en el extranjero para intentar acelerar el proceso.

Además, nos seguimos topando con el problema de la edad, porque por mucho que la ley francesa haya cambiado, la edad límite para realizar un tratamiento sigue siendo 45 años.

En el caso de España, cualquier mujer puede recurrir a la Seguridad Social para acceder a un tratamiento. El único problema es que la lista de espera en la sanidad pública suele ser de dos años. Si las parejas o mujeres que quieren acceder a dichos tratamientos son jóvenes, la espera no supondrá ningún problema. No obstante, está claro que, en lo que se refiere a la maternidad, una mujer de edad más avanzada no suele poder retrasar el proyecto de forma tan sencilla.

En el caso de España, y de acuerdo con la legislación vigente, podemos afirmar que no importa dónde realicen el tratamiento los pacientes, ya que se debe respetar en todo momento la ley estatal. No obstante, es cierto que la ley, como hemos avanzado, empieza a quedar obsoleta, puesto que las técnicas han evolucionado y la situación ya no es la misma que en 2006 (como es el caso de transferencia de embriones en día tres).

No podemos dejar de mencionar el aspecto social de ambas legislaciones y, por ende, de ambos países. En Francia, la donación no suele estar tan bien vista y no hay tantos donantes como puede haberlos en España (Rives, 2020). Asimismo, existe una cultura arraigada de pasar siempre por la sanidad pública (*assurance médicale*) para cualquier necesidad médica. Si la seguridad social no les proporciona la ayuda económica necesaria para poder realizar el tratamiento, lo más sencillo para ellos es acudir a España, puesto que el conjunto de pruebas necesarias y requerimientos médicos para la realización del tratamiento pueden hacerlos en su país con la asistencia de la seguridad social y aportar los resultados directamente en la clínica en la que realicen el tratamiento.

Asimismo, muchos pacientes franceses acuden a España ya que el Diagnóstico Genético Preimplantacional no les está permitido. Así, muchas parejas aquejadas de ciertas enfermedades genéticas no quieren transmitir la enfermedad a sus futuros hijos y, por ende, acuden a España, donde la realización de este tipo de técnica es posible. En Francia, este aspecto es también objeto de debate, puesto que consideran que el Diagnóstico Genético Preimplantacional tiene como objetivo la selección embrionaria y no el diagnóstico de alguna enfermedad que pueda dificultar la implantación o el desarrollo embrionario una vez dentro del útero de la mujer.

En definitiva, son muchas las diferencias entre ambas legislaciones, lo que implica que muchos pacientes acudan a centros privados de reproducción asistida en España. Además, los pacientes tienen la ventaja de que en todos los centros tienen asistencia en su propio idioma, lo que facilita un proceso que la mayoría de veces resulta estresante y de una gran carga psicológica.

Lógicamente, las leyes nunca podrán incluir una previsión de los avances científicos futuros y, por tanto, tampoco podrán someterlos a regulación hasta que no se dispongan de amplios conocimientos sobre estos. La Ley 14/2006 vigente en España enumera la relación de técnicas que hoy en día se aplican, aunque deja la puerta abierta a la experimentación con nuevas técnicas, previo permiso de la autoridad sanitaria. Así pues, esta parece una decisión acertada, ya que no cierra la puerta a

que se produzcan nuevos avances en reproducción asistida. Sin embargo, exige un control por parte de expertos en la materia.

El anonimato de los donantes permite preservar su intimidad y ofrecerles una estabilidad familiar, tanto a estos como a las familias que recurren a la reproducción asistida (García, 2004).

Por otro lado, España goza, en general, de una normativa permisiva y avanzada en cuestiones sociales, ya que permite el acceso de las mujeres a las TRA independientemente de su estado civil y su orientación sexual.

La legislación francesa, por su parte, resulta algo más conservadora y está íntimamente ligada al aspecto social del país. Por ello, son muchas las pacientes que comienzan su recorrido en Francia (los intentos permitidos por la seguridad social) y luego acuden a España.

En definitiva, tal y como hemos avanzado en la introducción del presente artículo, la biomedicina está avanzando a pasos agigantados y, por tanto, la legislación habrá de evolucionar progresivamente también para atender a las necesidades (y posibilidades) que vayan surgiendo a raíz de la investigación.

Asimismo, creemos que resulta de vital importancia evidenciar el papel de la salud reproductiva, teniendo en cuenta que las sociedades están en continua evolución (Labañino et al., 2022, p. 7). Hasta ahora, como hemos comprobado, la sociedad se ha preocupado más en preservar la esterilidad de la mujer que en potenciar la importancia de una buena salud reproductiva. El objetivo, así pues, sería poder obtener de manera generalizada la información necesaria para enfrentarse a la maternidad, cuáles son los factores a tener en cuenta y las implicaciones que conlleva adelantar o retrasarla.

En definitiva, las TRA están asistiendo a una actualización constante no solo a nivel tecnológico, sino sobre todo a nivel social. Hemos podido comprobar cómo la legislación ha tenido que incluir nuevos cambios para poder dar respuesta a los nuevos modelos familiares y a las necesidades de los derechos reproductivos de la mujer de hoy día. Estamos seguros de que, en un futuro, estos cambios serán incluso más significativos y que, muchas de las legislaciones más conservadoras tendrán que comenzar a dar respuesta a las necesidades de su sociedad.

Referencias bibliográficas

- Aparicio Morcillo, A. (2021). Estudio de la fertilidad y la reproducción asistida en España. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad Pública de Navarra. https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/39818/Aparicio%20Morcillo%2c%20Andrea_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beck-Gernsheim, E., Butler, J., y Puigvert, L. (2003). *Women & social transformation*.

- Borda Altamirano, M. G. (2023). La importancia de los métodos anticonceptivos como medio para la prevención de embarazo adolescente en el Centro de Salud Juancito Pinto La Paz (Doctoral dissertation, Carrera de Trabajo Social).
- Cárdenas-Urrelo, R. P. (2022). Modelo de intervención para mejorar los indicadores sanitarios maternos del seguro integral de salud peruano. *Revista Salud Amazónica y Bienestar*, 1(1), e229-e229. <https://doi.org/10.51252/rsayb.v1i1.229>
- Carranza Chunga, P. (2022). Vacíos legales con respecto de un caso de reproducción asistida. Un enfoque desde la perspectiva del análisis económico del derecho. *Persona Y Familia*, 11(1), 163–173. <https://doi.org/10.33539/perfyfa.2022.n11v1.2570>
- Carrera Gutiérrez, C. O. (2022). Edad paterna avanzada como factor de riesgo para aborto espontáneo. [Tesis doctoral inédita]. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Conferencia de la Haya. (2012). Rapport préliminaire sur les problèmes découlant des conventions de maternité de substitution à caractère International. Recuperado de <https://assets.hcch.net/docs/b4114840-8e21-4f34-b054-43fe4c01ab32.pdf>
- Déchaux, J. (2012) Reviewed Work: Les lois de l'enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011) by Dominique Mehl. *Revue française de sociologie*, 53(3), 548-551.
- Díaz, M. Á. G. (2023). *Algunos comentarios sobre el Anteproyecto de ley de familias* (No. 2023-04). FEDEA.
- Díaz-Olalla, J. M., Valero-Oteo, I., Moreno-Vázquez, S., Blasco-Novalbos, G., Moral-Luque, J. A. D. y Haro-León, A. (2022). Caída de la esperanza de vida en distritos de Madrid en 2020: relación con determinantes sociales. *Gaceta Sanitaria*, 36, 309-316. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.07.004>
- Enguer Gonsálbez, P. y Ramón Fernández, F. (2018). Dilemas bioéticos y jurídicos de la reproducción asistida en la sociedad actual en España. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(1), 104-135. <https://doi.org/10.18359/rubi.3160>
- Enricci, M. B. (2022). Investigación y promoción de espacios: una tarea urgente para repensar las narrativas de la menstruación en La Pampa. *La Aljaba. Segunda Época. Revista de Estudios de la Mujer*, 26(2), 27-38. <https://doi.org/10.19137/la-aljaba-2022-2622>
- Fernández Canales, J. (2017). *La maternidad subrogada*.
- Finset, A., Anke, A. W., Hoff, E., Roaldsen, K. S., Pillgram-Larsen, J., & Stanghelle, J. K. (1999). Cognitive performance in multiple trauma patients 3 years after injury. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 576-583.

- Flores, J. (2022). Evolución de las tecnologías de reproducción asistida. Una mirada desde la biomedicina. *Interdisciplina*, 10(28), 355-368. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83302>
- Gahete Muñoz, S. (2022). Sexualidad no es maternidad. Sexualidad, anticoncepción y aborto en el movimiento feminista español (1976-1983). *Investigaciones Históricas, época moderna y contemporánea*, 42, 1261-1288. <https://doi.org/10.24197/ihemc.42.2022.1261-1288>
- Gracia, D. (2004). Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Triacastela.
- Guevara R. (2020). Derechos sexuales y derechos reproductivos. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*; 9(1), 7-8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020183>
- Labañino, Y. R., Rodríguez, Y. O., Laffita, D. M., Blancart, N. E. y Laffita, X. T. (2022). Intervención educativa sobre conocimientos de salud reproductiva en adolescentes. *Revista brasileira em Promoção da Saúde*, 35, 1-10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.13593>
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Boletín Oficial del Estado, Madrid, núm. 126, de 27 de mayo de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14/con>
- Lloveras, N. y Sapena, J. (2010). El diagnóstico genético preimplantacional. *Revista de Bioética & Derecho*, 18, 10-16. <https://doi.org/10.1344/rbd2010.18.7981>
- Minyersky, N. (2019). Derechos reproductivos y bioética. El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. *Revista Pensar en Derecho*, 14, 9-38.
- Peire, J. y Di Stefano, R. (2022). De la sociedad barroca a la ilustrada: aspectos económicos del proceso de secularización en el Río de la Plata. *Andes. Antropología e Historia*, 15(1).
- Real Decreto 1720/2004, de 23 de julio, por el que se establecen las tipologías fisiopatológicas que permiten la superación de los límites generales establecidos para la fecundación de ovocitos en procesos de reproducción asistida. Boletín Oficial del Estado, Madrid, núm. 180, de 27 de julio de 2004. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2004/07/23/172>
- Rives, N., Drouineaud, V., Metzler-Guillemain, C., Eustache, F., Papaxanthos, A., Blagosklonov, O. y Ducrocq, B. (2020). Gamete donation in France: state of the art, reflections on anonymity, secrecy on the mode of conception, the interest of non-identifying data. *Médecine de la Reproduction*, 22(3), 241-249. <https://doi.org/10.1111/andr.13075>
- Ruddy, Lauren A. (2020). La PMA pour toutes : comment l'histoire et la société façonnent la médecine et la bioéthique en France. [Trabajo final de grado]. Colby College.

- Saus Ortega, C., (2018). La maternidad biológica compartida en parejas lesbianas. La técnica de fertilización in vitro con el método de recepción de ovocitos de la pareja (ROPA): una revisión de la literatura, *Matronas Profesión*, 19(2). 1-7.
- Sociedad Española de Fertilidad (2008). Grupo de Interés en Ética y Buena Práctica Clínica de la SEF. <http://www.sefertilidad.net/index.php?seccion=grupos&subSeccion=etica>
- Solís, S. (2000). Técnicas de reproducción asistida. Aspectos bioéticos. *Cuadernos de bioética*, 41, 37-47.
- Távora, L. (2017). Contribución de la revista peruana de ginecología y obstetricia al desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos en Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(3), 393-408.
- Tinant, E. L. (2003). ¿Pueden, deben, la Ética y el Derecho detener el avance biotecnológico?. *Revista Cuadernos de Bioética*, (2), 3.
- Urgellés Carrera, S. A., Reyes Guerrero, E., Figueroa Mendoza, M., y Batán Bermúdez, Y. (2012). Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 549-557.
- Zegers-Hochschild, F.; Adamson, G. D.; de Mouzon, J.; Ishihara, O.; Mansour, R. y Nygren, K. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, *Fertil Steril*, 95(5), 1520-1524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>