

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Cárdenas-Gómez, O.C. (2018). Protección de los derechos de las personas interesadas en las técnicas de reproducción humana asistida. Una perspectiva de derecho comparado. *Revista Jurídicas*, 15 (2), 151-170.
DOI: 10.17151/jurid.2018.15.2.9.

Recibido el 27 de abril de 2018
Aprobado el 10 de junio de 2018

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS EN LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA. UNA PERSPECTIVA DE DERECHO COMPARADO

OLGA CAROLINA CÁRDENAS-GÓMEZ* |

RESUMEN

A nivel internacional, las legislaciones en materia de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) difieren en temas como el acceso a las mismas, la fecundación *post-mortem* y la donación de gametos. Si las legislaciones se fundamentan en tres principios comunes ¿Cómo explicar entonces disposiciones tan distintas, muchas de las cuales podrían considerarse violatorias de los derechos fundamentales de las personas interesadas? El objetivo de este artículo es explicar dichas diferencias a partir de una jerarquización distinta de los principios comunes. Mediante una metodología cualitativa con un enfoque hermenéutico y crítico social, el diseño de la investigación, de carácter documental, implicó una revisión de la normativa y la jurisprudencia de siete países, así como de la literatura científica sobre la materia. El análisis de

los resultados permitió identificar que si bien, los derechos de las personas interesadas son protegidos, dicha protección se realiza de manera distinta en cada país.

PALABRAS CLAVE: derechos reproductivos, reproducción humana, legislación, sistemas jurídicos, libertades civiles.

* Ph.D. en Derecho de la Université Laval. Docente investigadora del Departamento de Jurídicas de la Universidad de Caldas. Integrante del Grupo de Investigación en Estudios Jurídicos y Sociojurídicos de la misma universidad. E-mail: carolina.cardenas@ucaldas.edu.co. [Google Scholar](#). ORCID: 0000-0002-4448-2449.



PROTECTION OF THE RIGHTS OF PERSONS INTERESTED IN ASSISTED HUMAN REPRODUCTION TECHNIQUES. A PERSPECTIVE OF COMPARATIVE LAW

ABSTRACT

At the international level, legislation on assisted reproductive technology (ART) differs in topics such as access to the techniques, post-mortem fertilization, and gamete donation. If legislations are based on three common principles, how to explain these different dispositions, many of which could be considered as violating the fundamental rights of the persons interested? The objective of this article is to explain said differences from a different hierarchy of common principles. Through a qualitative methodology with a hermeneutic and critical social approach, the research design of a documentary nature, involved the revision of the regulations and jurisprudence in seven countries as well as the scientific literature on the subject. The analysis of the results allowed identifying that, although the rights of the interested persons are protected, this protection is carried out in a different way in each country.

KEY WORDS: reproductive rights, human reproduction, regulation, legal systems, civil liberties.

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento del primer bebé por fecundación *in vitro* en julio de 1978 (Stephoe & Edwards, 1978), las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) han conocido un progreso considerable en cuanto a los procedimientos utilizados (inseminación artificial, fecundación *in vitro* e inyección intracitoplasmática de espermatozoide) y sus intervenciones conexas (estimulación ovárica, maduración *in vitro* de ovocitos y diagnóstico preimplantatorio). Sin embargo, estos avances han generado numerosos cuestionamientos éticos (v.g. estatus moral del embrión y destino de los embriones supernumerarios), médicos (v.g. consecuencias de la estimulación ovárica, maduración *in vitro* de ovocitos y utilización del diagnóstico preimplantatorio) y jurídicos (v.g. filiación de los niños nacidos a partir de las TRHA, la donación de gametos, el anonimato del donante y el acceso a las técnicas).

En este contexto, los médicos especializados en medicina reproductiva, los legisladores, los filósofos, los expertos en ética y la sociedad en general han sido invitados a reflexionar sobre los principios fundamentales que deben orientar el desarrollo y utilización de las TRHA con el fin de garantizar la protección de los derechos de las personas interesadas (médicos, pacientes, donantes y niños nacidos a partir de esas técnicas). En la mayoría de los países, la adopción de una ley sobre la materia estuvo precedida de la conformación de comisiones de expertos. Estas comisiones tenían el propósito de formular recomendaciones sobre las medidas jurídicas o políticas para reglamentar las TRHA según la cultura jurídica y las condiciones culturales propias de cada país. Entre las comisiones de expertos más importantes cabe mencionar: la Comisión Gubernamental de Suecia (1981), el Comité de investigación de la fertilización y embriología humanas del Reino Unido (1982-1984), la Comisión especial de estudio sobre la fecundación *in vitro* y la inseminación artificial humanas del Congreso de Diputados de España (1984-1986) y la Comisión Real sobre las nuevas técnicas de reproducción en Canadá (1989-1993). Según el reporte Warnock (1984), las comisiones cumplieron su mandato en un momento en el que la opinión pública estaba dividida entre el entusiasmo por el progreso científico alcanzado, la satisfacción de poder ofrecer una alternativa a las personas infértiles y la inquietud frente a un progreso científico aparentemente incontrolable que ofrecía nuevas posibilidades de manipulación del desarrollo humano desde sus estados iniciales.

En sus análisis, las comisiones coincidieron en que las legislaciones sobre las TRHA debían tener en cuenta un cierto consenso social. En efecto, la adopción de una ley sobre la materia implicaba no solamente regular el trabajo de los científicos respecto al desarrollo de nuevas técnicas sino también conocer las preocupaciones y expectativas de todas aquellas personas susceptibles de verse afectadas por la utilización de las técnicas. Ese consenso permitiría a los científicos, los grupos de interés, los expertos en ética y la sociedad en general establecer unos principios mínimos sobre la utilización de las TRHA.

Las recomendaciones de los expertos coincidieron en que las legislaciones en materia de TRHA debían tener como objetivo general mantener un equilibrio entre la calidad de las intervenciones médicas, el avance de las investigaciones en materia de reproducción y la protección de los derechos de las personas interesadas. Podría considerarse entonces que si todas las legislaciones buscan ese objetivo común, principalmente aquel de proteger los derechos de las personas interesadas, sus disposiciones deberían ser similares. Sin embargo, una revisión de las legislaciones de siete países en temas como el acceso a las TRHA, la fecundación post-mortem y la donación de gametos permitió establecer la divergencia entre las disposiciones legales sobre esos temas. A partir de esa constatación, la pregunta que surge es: ¿Existen países donde los derechos de las personas interesadas son desconocidos o parcialmente vulnerados (protegidos)?

La respuesta inicial a esta pregunta debe ser negativa. En efecto, difícilmente puede concebirse una ley que desconozca los derechos de las personas interesadas en las TRHA. No obstante, si existen disposiciones legales diferentes, esto debe obedecer a una protección distinta. Ahora bien, si ese es el caso ¿qué explicación podría darse? Este es precisamente el objetivo de este artículo. La protección distinta podría entenderse si los principios que orientan la toma de decisiones no tienen la misma importancia, es decir, si una jerarquización es posible entre ellos. Según el orden de prioridades, intereses y convicciones propias a cada sociedad, uno de esos principios puede ser privilegiado frente a otro lo que implica la toma de “una decisión”, en detrimento de otras decisiones posibles.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la consecución del objetivo formulado fue netamente cualitativa con un enfoque hermenéutico y crítico social. El diseño, de carácter bibliográfico documental, implicó una revisión de la normativa de los países seleccionados en temas como el acceso a las TRHA, la fecundación post-mortem y la donación de gametos. Igualmente, se revisaron los informes de los comités de expertos y de los comités de ética, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales, así como la literatura científica en materia de la protección de los derechos y libertades de la persona, el respeto de la dignidad humana y la búsqueda del bien común en materia de reproducción.

En una primera etapa, se seleccionaron los siete países cuya legislación sería analizada. Para ello se tuvo en cuenta que los países debían pertenecer a la tradición judeocristiana y tener legislaciones en materia de TRHA que ofrecieran elementos de comparación interesantes. Los países escogidos fueron: Alemania, Bélgica, Canadá, España, Francia, Italia y Reino Unido. Estos países además de

cumplir con los dos requisitos anteriores se caracterizan por poseer valores sociales comunes y avances científicos comparables en materia de TRHA.

En la segunda etapa, tres principios comunes a las legislaciones en materia de TRHA fueron identificados: la protección de los derechos y libertades de la persona, el respeto de la dignidad humana y la búsqueda del bien común en materia de reproducción. La identificación de estos principios se realizó a partir de la lectura de los informes o reportes de los comités de expertos y de los comités de ética principalmente del Comité de investigación de la fertilización y embriología humanas del Reino Unido, de la Comisión real sobre las nuevas técnicas de reproducción en Canadá, del Comité consultativo de Bioética de Bélgica y del Comité consultativo nacional de Ética para las ciencias de la vida y la salud de Francia. El análisis de la literatura sobre los principios al igual que los instrumentos internacionales relativos a los derechos y libertades de la persona contribuyeron igualmente a dotarlos de un contenido.

Con el fin de presentar los resultados encontrados y demostrar la validez de la hipótesis propuesta, este artículo se dividirá en tres secciones. En una primera sección se presentarán las disposiciones legales de los países escogidos en temas como el acceso a las TRHA, la fecundación post-mortem y la donación de gametos. En la segunda parte, se explicará el contenido de los tres principios comunes sobre los que se fundan las legislaciones sobre las TRHA. Igualmente, se abordarán los diferentes elementos constitutivos de cada principio. En la tercera parte, se relacionarán las legislaciones con los principios comunes al explicar la manera como los principios son jerarquizados. Finalmente, en la conclusión se explicará porqué la priorización de principios es susceptible de cambiar a través del tiempo.

Algunas legislaciones en materia de TRHA

Las legislaciones en materia de TRHA poseen elementos comunes como la lista de las técnicas e intervenciones conexas disponibles (v.g. inseminación artificial, fecundación *in vitro*, donación de gametos), sus modalidades de acceso y utilización (beneficiarios de las técnicas, edad límite para hacer uso de ellas y condiciones del consentimiento), los derechos y deberes de los beneficiarios, el funcionamiento de los centros de reproducción asistida y la utilización de gametos. Sin embargo, estos elementos no son regulados de la misma manera. Un análisis comparativo de las legislaciones de Alemania, Bélgica, Canadá, España, Francia, Italia y Reino Unido sobre el acceso a las técnicas, la fecundación *post mortem* y la donación de gametos permite evidenciarlo.

Acceso a las técnicas

Inicialmente, las TRHA fueron concebidas para que las personas con problemas de fertilidad pudieran convertirse en padres de un niño vinculado a ellos genéticamente. Sin embargo, el acceso a las técnicas es actualmente solicitado por las parejas del mismo sexo y las personas solas. La pregunta es entonces: ¿Quién puede tener acceso a las TRHA? Según la respuesta dada por cada país estudiado, dos posiciones existen.

Acceso sin restricción

La legislación del Reino Unido autoriza el acceso a las TRHA a todas las personas sin consideración de su estado civil o de su orientación sexual (*Human Fertilisation and Embryology Act, 1990*). Así las parejas casadas, las parejas que conviven en una unión, las parejas del mismo sexo, las personas solas, las personas con alguna capacidad especial y las personas o parejas seropositivas pueden tener acceso a las TRHA (Morgan & Lee, 2002). Sin embargo, los centros de reproducción asistida pueden negarse a ofrecer las técnicas por razones de orden clínico o argumentando la protección del interés superior del menor (Stern, 1994).

Canadá también puede ubicarse dentro de esta posición. La *Loi sur la procréation assistée* consagra expresamente que las personas que buscan tener acceso a las TRHA no deben ser objeto de discriminación en virtud de su orientación sexual o de su estado civil (art. 2).

Acceso reservado a ciertas personas

El acceso reservado a las TRHA presenta dos alternativas posibles. Primero, existen legislaciones donde el acceso a las TRHA se consagra únicamente en favor de las personas que sufren algún tipo de infertilidad cuando no existen otros métodos terapéuticos o de aquellas que pueden transmitir a sus hijos una enfermedad genética. Este es el caso de Alemania, Francia e Italia. En Alemania e Italia, solo las parejas heterosexuales, casadas o que vivan en una unión estable y en edad de procrear pueden tener acceso a las TRHA (Legge 19 febbraio 2004 n.º 40, art 1, n.º 2). Las condiciones impuestas por la ley limitan el acceso a las TRHA a las personas solas y a las parejas del mismo sexo. En Francia, se prevé además que en el caso de parejas que convivan juntas, ellas deben demostrar una convivencia de al menos dos años (Loi n.º 94-654 du 29 juillet 1994, art. L 152-2). Sin embargo, de aprobarse la reforma a la Ley de bioética 2018 que se estudia actualmente, todas las mujeres, al margen de su estado civil u orientación sexual, tendrían acceso a las TRHA (Comité Consultatif Nationale d'Éthique, 2018).

La segunda posición comprende el acceso a las parejas heterosexuales casadas o que conviven en una unión y en algunos casos para las mujeres solas.

Las legislaciones de España y Bélgica se ubican dentro de esta posición (Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons suynuméraires et des gamètes, art. n.º 6 & Ley 14/2006, art. 6, n.º 1). Igualmente, Bélgica establece límites según la edad de las personas que buscan tener acceso a las técnicas (Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons suynuméraires et des gamètes, art. 4).

Fecundación post mortem

La fecundación *post mortem* comprende la solicitud que una viuda realiza al centro de reproducción asistida para lograr la fecundación de sus óvulos con los gametos de su pareja fallecida o la transferencia de los embriones obtenidos dentro de un tratamiento de asistencia médica a la procreación iniciado antes de la muerte de su esposo/compañero.

Las opciones que los países pueden tomar varían entre la prohibición y la autorización con o sin límites.

Admisibilidad sin condición a la fecundación post mortem

La legislación de países como el Reino Unido permite la fecundación *post mortem* siempre y cuando la persona fallecida haya dejado expreso su consentimiento para proceder a la fecundación o a la transferencia de embriones (Human fertilisation and embryology (deceased fathers) Act 2003 c. 24, art. 1 (1) d) (i), (ii). La legislación no establece ninguna diferencia según el sexo de la persona fallecida a pesar de que en el caso de la muerte de la mujer, el hombre necesite solicitar la ayuda de una gestante subrogada. El consentimiento otorgado sirve entonces para utilizar óvulos, espermatozoides o embriones.

Restricción a la fecundación post mortem

Las restricciones previstas por los ordenamientos legales pueden ser de dos tipos: la prohibición de la fecundación *post mortem* o el establecimiento de restricciones asociadas principalmente a la obtención de los gametos después de la muerte de la persona, sin que exista un consentimiento previo o al término en que debe realizarse la fecundación.

Alemania, Francia e Italia se inclinan por la prohibición de la fecundación *post mortem*. En estos países, el consentimiento dado por el difunto para el tratamiento de reproducción asistida no produce ningún efecto después de su muerte. (Gesetz zum Schutz von Embryonen -Embryonenschutzgesetz - EschG-, art. 4, n.º 1, 3) & Legge 19 febbraio 2004 No. 40, art. 5 et 12, n.º 2). La muerte implica entonces el fin del consentimiento otorgado porque la persona fallecida ya no tiene

interés en convertirse en padre. Igualmente, existen argumentos que sostienen la inexistencia de un “proyecto parental común” después de la muerte de uno de los miembros de la pareja. La ley italiana prevé que si la muerte del hombre se produce después de la fecundación de los óvulos y antes de su transferencia al útero, los embriones deben transferirse en virtud de la protección que la legislación otorga al embrión. A pesar de la prohibición en Francia, en 2016, el Consejo de Estado autorizó el envío de unas pajillas de semen congelado de un hombre muerto a España con el fin de que su esposa tuviera acceso a la fecundación *post mortem* (Consejo de Estado, 2016).

La otra posición permite el acceso a la fecundación *post mortem* solo en ciertos casos. En Bélgica y España, la fecundación *post mortem* es permitida si la persona fallecida expresó su voluntad sobre cómo proceder con sus gametos o embriones. Sin embargo, la utilización de los gametos o de los embriones debe realizarse dentro de cierto tiempo. Bélgica establece, por ejemplo, que la fecundación debe realizarse seis meses después de la muerte y en todo caso dentro de los dos años siguientes al deceso del autor del proyecto parental (Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 16 et 45). En España, el plazo previsto para la utilización de los gametos es de 12 meses contados a partir de la muerte del autor del proyecto parental (Ley 14/2006, art. 9).

Donación de gametos

La donación de gametos es aceptada directa o indirectamente por la mayoría de los países estudiados. No obstante, Italia mantuvo la prohibición hasta 2014 cuando la Corte Constitucional autorizó la fecundación heteróloga (Corte Constitucional, 2014). Anteriormente, la Legge 19 febbraio 2004 impedía a las parejas con problemas de infertilidad tener acceso a las TRHA con gametos de donante.

Los países que aceptan la donación de gametos coinciden en los siguientes aspectos: el estado de salud de los donantes, el límite de edad para donar gametos y el número máximo de niños que pueden nacer de un mismo donante. Sin embargo, aspectos tan importantes como el anonimato del donante, el pago por la donación de gametos y la donación de gametos personalizada presentan importantes diferencias lo que permite establecer dos categorías: el control limitado y el control ampliado a la donación de gametos.

Control limitado a la donación de gametos

Los países cuyas legislaciones responden de forma afirmativa a las tres divergencias mencionadas pueden ser considerados países con una donación de gametos permisiva. En el Reino Unido, por ejemplo, la identificación de los donantes es

permitida para proteger el derecho del niño a conocer sus verdaderos orígenes genéticos y ciertas condiciones médicas del donante que pueden tener una incidencia sobre su estado de salud (Schenker, 1997). En ese país, los donantes pueden igualmente recibir una compensación monetaria por la donación y por los gastos en que se incurrió para hacerla (Code of practice, 2008). Finalmente, la donación personalizada de gametos está autorizada principalmente en el caso de la donación de óvulos. La *Human Fertilisation and Embriology Authority* (2004) también permite que las mujeres que no tienen los recursos económicos para sufragar los gastos de una TRHA puedan acceder a ella si aceptan donar óvulos a otra paciente que lo necesite (The London Women's Clinic "OVA", 2008).

Control ampliado a la donación de gametos

Otros países pueden dar una respuesta positiva a algunas de las divergencias mencionadas y una repuesta negativa a otras. Otros llegan incluso a establecer condiciones diferentes para la donación de espermatozoides y la donación de óvulos. Este último es el caso de Alemania. En este país, la ley no menciona expresamente la donación de espermatozoides. Sin embargo, la Cámara de médicos autoriza esta donación en los casos de esterilidad irreversible o transmisión de una enfermedad genética a la descendencia (Furkel, 2002). El donante es seleccionado por el cuerpo médico quien tiene la obligación de revelar a quien nace a partir de la donación de espermatozoides (no a los padres de éste) la identidad del donante (Furkel, 2002). En consecuencia, la donación de gametos personalizada no es viable.

En el caso de la donación de óvulos, la situación es completamente diferente. La legislación alemana prohíbe este tipo de donación en virtud del derecho del niño a tener una sola madre, a la vez genética y biológica (Verchraegen, 2002). El legislador no percibe esta prohibición como una discriminación contra las mujeres sino como una protección a la dignidad tanto de la madre receptora como de la madre genética. La legislación alemana prohíbe igualmente el pago a los donantes en virtud del principio de gratuidad de la donación de gametos (Sénat de la France, 2008).

Otros países ubicados igualmente dentro de esta categoría son Bélgica, Canadá, España y Francia. Estos países protegen la identidad del donante de manera distinta. Los niños nacidos a partir de gametos de donante tienen la posibilidad de conocer solamente datos no nominativos de este como su estado de salud (Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gametos, art. 57, Loi sur la procréation assistée, art. 15, c) & Ley 14/2006, art. 5, nº 5). España permite la revelación de la identidad del donante dentro de un proceso judicial o cuando un riesgo grave puede ser causado

al niño (Ley 14/2006, art. 5, nº 5) mientras en Bélgica y Canadá, la identidad del donante puede ser revelada cuando éste haya dado su consentimiento (Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 57 & Loi sur la procréation assistée, art. 15,4) et 18, 3). Las legislaciones de esos países reconocen también la posibilidad de ofrecer una compensación monetaria a los donantes equivalente a los gastos de transporte y a un día de salario (Loi sur la procréation assistée, art. 12,1, a) & Ley 14/2006, art. 5, nº 3) y en el caso de la donación de óvulos, los gastos de hospitalización.

Finalmente, la donación de gametos personalizada solo es autorizada en Bélgica (Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 53). En España y en Francia, esta posibilidad no existe porque la ley consagra explícitamente que la selección de los donantes es responsabilidad exclusiva del cuerpo médico que practicará la TRHA (Ley 14/2006, art. 6, nº 4 & Loi nº 94-654 du 29 juillet du 1994, art. L.673-7).

Principios comunes a las legislaciones en materia de TRHA

Las legislaciones en materia de TRHA se fundamentan sobre tres principios comunes: la protección de los derechos y libertades de la persona, el respeto de la dignidad humana y la búsqueda del bien común en materia de reproducción.

Protección de los derechos y libertades de la personas

Este primer principio busca garantizar el desarrollo integral de las personas interesadas en un contexto de promoción de su autonomía decisional y de su integridad física y mental. Las personas pueden así exigir del Estado la adopción de medidas con el fin de asegurar el libre y pleno ejercicio de sus derechos, aunque esta protección no sea absoluta (Métayer, 2002).

En materia de reproducción asistida, la protección de los derechos y libertades de la persona comprende principalmente el derecho al libre desarrollo de la personalidad y el derecho a disfrutar del mejor estado de salud física y mental. El primero de estos derechos implica, de una parte, el desarrollo de la realidad social y física particular de cada individuo (sujeto de derecho) y, de otra parte, la adaptación del derecho a esa realidad del sujeto (Bioy, 2003). El derecho al libre desarrollo de la personalidad protege entonces la capacidad de las personas de tomar, de manera libre y autónoma, las decisiones que van a determinar su vida a través de sus juicios de valor (Corte Constitucional, 1998). Este derecho constituye entonces un principio general de libertad (para decidir y actuar) a través del cual se construye nuestra personalidad psicológica, social y corporal (Bioy, 2003). En materia de reproducción este derecho comprende a su vez la autonomía en materia reproductiva, el derecho al respeto de la vida privada y el derecho a conformar una familia.

La autonomía en materia reproductiva comprende el derecho que tiene toda persona a controlar su cuerpo y decidir si desea tener o no hijos (Human Genetics Commission, 2006). Esta autonomía puede ser considerada como un derecho positivo o negativo según la obligación del Estado de tomar o no medidas que aseguren el pleno ejercicio de esta autonomía (Robertson, 1996). Esta autonomía protege particularmente la toma de decisiones sin ser objeto de discriminación, coerción o violencia (ONU, 1994). La interferencia en la decisión de una persona de tener un hijo constituye entonces una violación a su integridad física y sexual así como al respeto de su vida privada (Jackson, 2003).

El derecho al libre desarrollo de la personalidad comprende también el derecho al respeto de la vida privada. Este derecho implica el deber de no intromisión o de no injerencia en los asuntos de otras personas (Deleury & Goubau, 2008). Las vulneraciones más comunes de este derecho en materia de reproducción son; la no protección del anonimato, la revelación de datos personales (Deleury & Goubau, 2008), o la utilización de la información con fines diferentes a aquellos inicialmente previstos.

Finalmente, del derecho al libre desarrollo de la personalidad también hace parte el derecho a conformar una familia. Este derecho ha sido reconocido en diversos instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (art. 16), el Pacto Internacional relativo a los Derechos Civiles y Políticos (art. 23), la Convención de Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales (art. 12) y la Convención Americana sobre los Derechos del Hombre — Pacto de San José de Costa Rica (art. 17). El derecho a conformar una familia protege la materialización de las decisiones tomadas dentro del ejercicio de la autonomía en materia de reproducción sin tener en cuenta el estado civil o la orientación sexual de las personas.

La protección de los derechos y libertades de las personas interesadas en las TRHA comprende además del derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a disfrutar del mejor estado de salud física y mental posible. La Organización Mundial de la Salud (1966) ha definido la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social que no consiste solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades”. Como derecho, la salud comprende el acceso a los servicios de salud que garanticen el “mejor estado de salud física y mental posible de alcanzar” (OMS 1966). En materia de reproducción asistida, el derecho al acceso a los servicios de salud comprende el acceso a las TRHA así como la seguridad y calidad de éstas teniendo en cuenta condiciones de disponibilidad, accesibilidad y calidad (Comisión real sobre las nuevas técnicas de reproducción, 1993), con el fin de proteger la integridad física y psicológica de las personas interesadas en las TRHA.

Respeto de la dignidad humana

El segundo principio común a las legislaciones en materia de TRHA es el respeto de la dignidad humana. Si bien la dignidad humana es el principio que orienta el ejercicio de todos los derechos, en materia reproductiva, ella es concebida como el principio fundante de la relación fiduciaria entre los profesionales de la salud y los pacientes. La dignidad humana comprende entonces el respeto de los principios de ética médica, principalmente la autonomía y beneficencia y el respeto de la vida humana.

La autonomía en materia de ética médica implica la toma de decisiones libres e informadas por el paciente. Esta toma de decisiones conocida como “consentimiento” comprende la recepción de las informaciones más importantes sobre el tratamiento (conocimiento) y la expresión de voluntad sobre las intervenciones a realizar (asentimiento). En materia de reproducción, el consentimiento reagrupa tres aspectos: el consentimiento para la intervención médica, el consentimiento para la utilización de los gametos o de los embriones in vitro y el consentimiento relativo a la participación en investigaciones o ensayos clínicos (Santé Canada, 2004).

La beneficencia, por su parte, comprende la obligación de los profesionales de la salud de “escoger según el mejor interés del paciente” (Brazeau-Lamontagne, 2005). Los médicos están entonces obligados a negarse a ofrecer un tratamiento que pueda implicar riesgos para la salud de la mujer o del niño por nacer. En la práctica, este principio es importante porque ayuda a solucionar los conflictos que pueden presentarse entre las consideraciones científicas y morales de los médicos y los pacientes que minimicen los riesgos en virtud de expectativas desmesuradas influenciadas por factores psicológicos o económicos.

El segundo elemento del respeto a la dignidad humana es el respeto de la vida humana. Actualmente, la preocupación por las tasas de éxito de las TRHA y el riesgo de embarazo múltiple hace que existan embriones que no se transfieran, los cuales deben ser congelados. El destino de estos embriones (destrucción, congelación o donación a otras parejas o a la investigación) depende de los valores y convicciones de cada persona que a su vez son influenciados por la cultura y la religión (Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1991). Las legislaciones han encontrado difícil decidir el momento a partir del cual, el embrión debe ser sujeto de protección jurídica. Sin embargo, esta decisión resulta necesaria con el fin de determinar el destino de los embriones supernumerarios.

Búsqueda del bien común

El último principio es la búsqueda del bien común. En materia de reproducción asistida, este principio hace referencia a la obligación de los investigadores de obedecer los principios éticos de la investigación y de la integridad científica.

Dos elementos hacen parte de este principio: el derecho a beneficiarse de los progresos científicos y la libertad de investigación. La Declaración Universal de los Derechos del Hombre (art. 27), la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos del Hombre (art. 12), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 15, 1, b) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. 13) reconocen el derecho de todas las personas a beneficiarse del progreso científico y de sus aplicaciones. En materia de reproducción, este derecho implica para los Estados, cuatro obligaciones: fortalecer la enseñanza en ciencias puras, fomentar la participación del público en la toma de decisiones sobre la ciencia y sus aplicaciones, garantizar la calidad de las TRHA y promover las investigaciones en salud reproductiva (Blais, 2003). Sin embargo, no debe olvidarse que las investigaciones actuales generan una tecnología costosa a la cual tiene acceso solo una parte de la población mundial.

Finalmente, la libertad de investigación permite a los investigadores formular proyectos que permitan identificar nuevos tratamientos en materia de salud reproductiva, conocer los efectos a largo plazo de las TRHA y prevenir la infertilidad cuando esta puede impedirse (estilos de vida). Sin embargo, esta libertad no es ilimitada porque los investigadores están obligados a ofrecer únicamente técnicas seguras según los lineamientos del principio de precaución. Por tanto, se impone la obligación de distinguir entre la práctica clínica y las técnicas que aún se encuentren en fase de experimentación (Comisión real sobre las nuevas técnicas de reproducción, 2003). La obligación de proteger la integridad física y mental de las personas que solicitan la práctica de una TRHA, exige del Estado el deber de impedir la utilización de técnicas que se encuentren todavía en la etapa de investigación clínica.

Estos principios comunes a las legislaciones en materia de TRHA tienen como límite importante el interés superior del menor entendido como el conjunto de necesidades morales, intelectuales, afectivas y físicas que le son específicas según su edad, su estado de salud y su medio familiar (Deleury & Goubau, 2008). En materia de TRHA, éste interés comprende principalmente el derecho a tener una familia y a conocer sus verdaderos orígenes genéticos.

Interacción entre las disposiciones legislativas y los principios comunes

Cuando una decisión debe ser tomada en materia de TRHA esta es influenciada por: los valores y creencias religiosas (Dutney, 2007), la ponderación de las ventajas presentes y futuras sobre los inconvenientes presentes y futuros (Collège des médecins du Québec, 2006) y el concepto de familia. La influencia de estos tres elementos, propios a cada país, hace que la posibilidad de una armonización legal será difícilmente considerada. Ahora bien, como las legislaciones en materia

de TRHA están fundadas en principios comunes, las diversas decisiones sobre el acceso a las técnicas, la fecundación *post mortem* y la donación de gametos deben explicarse a la luz de esos mismos principios.

Un análisis de cada decisión revela que ella está asociada a un principio que es priorizado de manera implícita. A continuación, esta situación se colocará en evidencia a partir de las respuestas a la pregunta: ¿Quién debe tener acceso a las TRHA? Para las preguntas ¿Quién debe disponer de los gametos que una persona fallecida a depositado en un centro de reproducción asistida?, y ¿La identificación del donante debe ser permitida?, la relación se dejará solamente planteada.

El acceso a las TRHA

Una ley en materia de TRHA debe decidir quienes, además de las personas infértiles, pueden tener acceso a estas técnicas. Los Estados que reconocen la autonomía en materia de reproducción como derecho negativo se apoyan en ella para justificar su no intervención (Gobierno de Canadá, 2005), mientras que, los Estados que la reconocen como un derecho positivo justifican su intervención. El argumento utilizado es la necesidad de asegurar a las personas ‘vulnerables’ (entendidas como aquellas que padecen algún tipo de infertilidad) una protección especial con el fin de garantizar su derecho a la igualdad frente a otras personas (aquellas que pueden tener hijos “naturalmente”). No obstante, esta protección no debe limitar el ejercicio de esta autonomía o de otros derechos fundamentales (Alarcón, 2002).

Determinar quiénes tienen acceso a las TRHA implica una interacción entre el derecho al libre desarrollo de la personalidad de las personas solas y las parejas del mismo sexo frente al interés superior del menor. El derecho al libre desarrollo de la personalidad comprende la toma de decisiones sin la injerencia injustificada del Estado (autonomía en materia reproductiva) y la protección de su derecho a conformar una familia. Por su parte, el interés superior del niño incluye la protección de su derecho a tener una familia conformada por papá, mamá e hijos (Moore, 2003). Si bien ese niño aún no existe, porque aún no ha sido concebido, debe pensarse en su derecho a futuro de tener una familia que le garantice la protección y cuidado que necesita.

Esta interacción tiene dos elementos claves: los cambios sociales en cuanto a la concepción de la familia y la reivindicación de los derechos en materia de reproducción de las personas solas y de las parejas del mismo sexo. Actualmente, la familia que debe protegerse no es simplemente la familia tradicional sino aquella donde “las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas” (Coomaraswamy, 1994).

La reivindicación de los derechos reproductivos de las personas solas y las parejas del mismo sexo se ha hecho desde una perspectiva principalmente femenina. Esto se justifica porque el ejercicio de los derechos reproductivos por parte de los hombres implica la negociación de contratos de maternidad por sustitución los cuales en muchos países se consideran ilegales y contrarios a la moral. Hecha esta salvedad, al momento de decidir quiénes pueden ser beneficiarios de las TRHA la única consideración que debe tenerse en cuenta es la intención y la capacidad de la o de las personas de asumir el cuidado de un niño. La elección de vivir solo o en pareja o la orientación sexual no puede proporcionar una respuesta sobre si estas personas pueden o no tener acceso a las TRHA (Comité consultatif de bioéthique, 2004).

La interacción de los principios con las disposiciones legales ya presentadas nos permite afirmar que los países que reconocen un acceso sin restricción a las TRHA han logrado establecer un equilibrio entre la protección de los derechos de las personas que solicitan el acceso a las TRHA y el interés superior del menor. En este caso, la decisión que protege el ejercicio de las personas solas y de las parejas de lesbianas a su autonomía en materia de reproducción no desconoce el interés superior del menor gracias a las nuevas formas de organización familiar que comienzan a encontrar un espacio dentro de la realidad social. Si la protección de la autonomía en materia de reproducción de las mujeres solas o de las parejas de lesbianas es reconocida como ejercicio de su derecho a conformar una familia, con una organización familiar propia, que no se diferencia de las familias conformadas por parejas heterosexuales, está siendo reconocido (Tremblay & Julien, 2004). Este reconocimiento representa así un cambio social en la percepción de la orientación sexual, el género y los lazos afectivos y sexuales.

La fecundación post mortem

La decisión de permitir o no la fecundación se toma a partir de la interacción entre la autonomía en materia de reproducción, la autonomía en materia de ética médica y el interés superior del menor. La autonomía en materia de reproducción hace referencia a la posibilidad de continuar o no en solitario un proyecto parental que inicialmente era conjunto. La autonomía en materia de ética médica implica tener en cuenta la manifestación de voluntad (consentimiento) dado por la persona fallecida sobre la utilización de sus gametos o embriones después de su muerte. Finalmente, el interés superior del menor debe considerarse no tanto desde el derecho a tener una familia sino desde el respeto de su existencia y su plan de vida.

La donación de gametos

La decisión sobre la revelación de la identidad del donante implica una interacción entre el respeto de la vida privada, el derecho a conformar una familia y el interés superior del menor. El respeto de la vida privada tiene como objetivo reducir los

riesgos de intrusión de terceros en la vida familiar de las personas que han tenido acceso a una TRHA y del donante. El derecho a conformar una familia comprende el reconocimiento y la legitimidad de diferentes formas de organización familiar. Frente al interés superior del menor, desde una perspectiva rígida, debe asegurarse al niño nacido a partir de gametos de donante la posibilidad de conocer sus verdaderos orígenes genéticos. Sin embargo, esa posibilidad da origen a otra discusión que tiene que ver con la posibilidad de establecer o no la filiación entre el niño y el donante.

CONCLUSIONES

Las legislaciones en materia de TRHA protegen los derechos y libertades de las personas interesadas. Sin embargo, esta protección no es similar en todos los ordenamientos jurídicos debido a las tradiciones jurídicas e históricas y a los valores y creencias que determinan el concepto de familia, las relaciones familiares y la protección del niño (Sutton, 1996). Igualmente, dicha protección tiene en cuenta los diversos intereses y diferentes condiciones sociales, culturales, económicas y religiosas (Schenker, 1997). En nuestras sociedades pluralistas coexisten en efecto una diversidad de opiniones sobre el progreso científico, la manera de utilizar los avances de la investigación y la protección a las personas que puedan beneficiarse de dichos avances.

Cuando una sociedad decide regular las TRHA, juicios de valor implícitos se producen con el fin de determinar cuál de las decisiones posibles debe ser la privilegiada. Como todas las decisiones posibles no pueden ser adoptadas, cada sociedad se inclina por la decisión que traduce un ideal o una posición moral común. Puede entonces afirmarse que la solución finalmente escogida es el fruto de un consenso social que no equivale a la aceptación unánime de la decisión sino más bien a su aceptación (Furger, 1990). Al respecto, Warnock (1985) señala que:

Los motivos que conducen a un hombre reflexivo a preferir un sistema jurídico frente a otro deben ser motivos de orden moral, es decir, que él debe encontrar sus razones en un cierto orden de prioridades de intereses y actividades según el modo de vida que él aprecia y admira. Al recomendar una legislación, se recomienda un tipo de sociedad que todos nosotros podemos apreciar y admirar aunque, en los detalles, podamos individualmente desear que sea diferente. (p. 13)

En ese contexto, la adopción de una ley en materia de TRHA tiene como reto no solamente regular las intervenciones médicas sino también asegurar que los derechos de las personas interesadas sean protegidos correctamente. Este reto se conoce con el nombre de “diplomacia biomédica” (Morgan, 1998). Esta diplomacia busca identificar y negociar las “elecciones trágicas” como la limitación de los

riesgos creados por la biotecnología en acuerdo con los objetivos de cada sociedad. La conciliación de estas elecciones trágicas es necesaria con el fin de asegurar una correspondencia entre nuestras creencias individuales y las decisiones colectivas que tomamos como sociedad (Morgan, 1998).

La protección de los derechos y garantías de las personas interesadas en las TRHA tiene igualmente otro elemento de interés. Los resultados de investigación demuestran de manera teórica que las decisiones tomadas reflejan el consenso social logrado en un momento dado. Esta observación permite agregar otro elemento de análisis: la temporalidad de la problemática. El *Conseil du statut de la femme* (2006) afirma que hay que recordar que en razón del desarrollo constante y rápido de este sector, ninguna reglamentación puede ser considerada como definitiva. En efecto, la dimensión temporal juega un papel esencial en favor de un cambio constante de los valores y creencias sociales. Esos cambios tendrán una incidencia directa sobre la interacción entre los principios comunes y los temas regulados en materia de TRHA lo que consecuentemente tendrá una influencia sobre qué derechos de las personas interesadas son protegidos y de qué manera. En definitiva, el debate nunca tendrá un punto final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón-Rojas, F. (2002). La maternidad por sustitución. En A.A.V.V. *Familia, Tecnología y Derecho* (pp. 123-136). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Deutschland, Conseil National d'Éthique Allemand. *Avis sur l'importation de cellules souches embryonnaires humaines*, 2001. Berlín. Retrieved from www.ethikrat.org.
- Deutschland, Gesetz zum Schutz von Embryonen -Embryonenschutzgesetz - EschG-, No. 745 del 13 de diciembre de 1990. Retrieved from http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1014.
- Belgique, Comité Consultatif de Bioéthique. *Avis no 27 relatif au don de sperme et d'ovules*, 2004. Bruselas. Retrieved from <https://portal.health.fgov.be/portal/page?pageid=56.8546420&dad=portal&schema=PORTAL>.
- Belgique, Comité Consultatif de Bioéthique. *Avis no 29 relatif au don d'embryo*, 2004. Bruselas. Retrieved from <https://portal.health.fgov.be/portal/page?pageid=56.8546420&dad=portal&schema=PORTAL>.
- Belgique, Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes du 6 juillet 2007 [C - 2007/23090]. Retrieved from <http://www.senate.be/www/?Mlval=/indexsenate&MENUID=22101 &LANG=fr>.
- Bioy, X. (2003). Le libre développement de la personnalité en droit constitutionnel essai de comparaison (Allemagne, Espagne, France, Italie, Suisse). *Revue internationale de droit comparé*, 55(1), 123-147.
- Blais, F. (2003). Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire? Pourquoi est-ce si difficile? *Revue d'Éthique publique*, 5(1), 9-14.
- Brazeau-Lamontagne, L. (2005). Éthique et décision médicale. *La revue de médecine interne*, 26, S22-S24.

- Canada, Collège des Médecins du Québec. *Projet de loi no 89 Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, 2006. Montréal. Mémoire du Collège des Médecins du Québec. Retrieved from <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-2-2006-03-28-fr-projet-de-loi-no-89-activites-cliniques-et-recherche-procreation-assistee.pdf>.
- Canada, Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. *Un virage à prendre en douceur*, Rapport final, 1993. Ottawa. Ministère des services gouvernementaux.
- Canada, Conseil de Statut de la Femme. *Mémoire sur le projet de loi no 89, Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, 2006. Québec. Retrieved from <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/memoire-sur-le-projet-de-loi-89.pdf>.
- Canada, Gouvernement du Canada, Section des droits de la personne du Ministère Fédéral de la Justice. *Le meilleur des mondes: Au carrefour de la biotechnologie et des droits de la personne. Chapitre 2: Procréation assistée*, 2005. Ottawa: Gouvernement du Canada. Retrieved from http://publications.gc.ca/collections/Collection/Iu199-6-2005F_Biotech_CH2.pdf.
- Canada, Santé Canada. *Consultation sur une proposition d'approche réglementaire visant l'application de l'article 8 (consentement) et l'article 3 (définition du donneur d'embryon in vitro) en vertu de la Loi sur la procréation assistée*, 2004. Ottawa: Santé Canada. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/altformats/hpb-dgps/pdf/reprod/consent-fra.pdf>.
- Canada. Loi sur la procréation assistée, L.C. 2004, ch. 2. Retrieved from <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/a-13.4/>.
- Coomaraswamy, R. (1994). To Bellow Like a Cow: Women, Ethnicity, and the Discourse of Right. In Cook, R. (Ed.), *Human Rights of Women: National and International Perspectives* (pp. 39-57). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-642 de 1998). Magistrado Ponente. Eduardo Cifuentes Muñoz. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/SU642-98.htm>.
- Deleury, E. & Goubau, D. (2008). *Le droit des personnes physiques*. Cowansville, Québec: Éditions Y. Blais.
- Dutney, A. (2007). Religion, infertility and assisted reproductive technology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(1), 169-180.
- España, Ley 14/2006, de 26 de mayo. Sobre técnicas de reproducción humana asistida. Recuperado de www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf.
- France, Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *Avis no 42: Avis sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation*, 1991. Paris. Retrieved from <http://www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm>.
- France, Comité Consultatif National d'Éthique, Bioéthique. États Généraux. Rapport de synthèse. Opinions du Comité Citoyen. 2018. Retrieved from http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/eg_ethique_rapportbd.pdf.
- France, Loi n.º 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Retrieved from <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549618&dateTexte>.
- France, Sénat, Service des Études Juridiques. *L'anonymat du don de gamètes*, 2008. Paris. Les documents de travail du Sénat, Série: Législation comparée. Retrieved from <http://www.senat.fr/lc/lcl86/lcl86.pdf>
- France, Conseil d'État, 2016. CE, 31 mai 2016, Mme C. A. n.º 396848. Retrieved from <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/CE-31-mai-2016-Mme-C.-A.>
- Furkel, F. (2002). Génétique et Procréation Assistée en République Fédérale d'Allemagne. In M.T., Meulders-Klein, R. Deech & P. Vlaardingerbroek (Eds.), *Biomedicine, the Family, and Human Rights* (pp. 303-330). Boston: Kluwer Law International.

- Italia, Legge 19 febbraio 2004. n.º 40. "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Retrieved from <http://www.parlamento.it/leggi/040401.htm>.
- Italia, The Constitutional Court, 2014, Judgment n.º 162 year 2014. Retrieved from https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/doc/recent_judgments/162-2014_en.pdf.
- Jackson, E. (2002). Fertility Treatment: Abolish the "Welfare Principle". *Spiked Online*. Retrieved from http://www.prochoiceforum.org.uk/irl_rep_tech_1.asp.
- Métayer, M. (2002). *La philosophie éthique: Enjeux et débats actuels*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Moore, B. (2003). Quelle Famille Pour Le XXI Siècle? Perspectives Québécoises. *Canadian Journal of Family Law*, 20, 57-97.
- Morgan, D. & Lee, R. (2002). Assisted Conception in Common Law Jurisdictions. In M.T. Meulders-Klein, R. Deech & P. Vlaardingerbroek (Eds.), *Biomedicine, the Family, and Human Rights* (pp. 479-514). Boston: Kluwer Law International.
- Morgan, D. & Lee, R.G. (1998). *What Does Biomedical Diplomacy Mean? Law, Ethics, Risk and the Regulation of Modern Medicine*. Tokyo. Fourth World Congress on Bioethics.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, 1994. El Cairo. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966. Nueva York. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- Reino Unido, Embryology, & Espalieu, I. (1984). *Rapport de la commission d'enquête concernant la fécondation et l'embryologie humaines, présidente Mary Warnock, présenté au Parlement par le Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales... let al.] par ordre de sa Majesté*. La Documentation française.
- United Kingdom, Human Fertilisation and Embryology (Deceased Fathers) Act 2003. Retrieved from <http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2003/ukpga20030024en1>.
- United Kingdom, Human Fertilisation and Embryology Act 1990. Retrieved from <http://www.opsi.gov.uk/Acts/acts1990/ukpga19900037en1>.
- United Kingdom, Human Fertilisation and Embryology Authority. *Code of practice, G.4.11 Recruiting, assessing and screening donors: Expenses and compensation*, 2008. Londres. Retrieved from www.hfea.gov.uk/codeofpractice.
- United Kingdom, Human Genetics Commission. *Making babies: reproductive decisions and genetic technologies*, 2006. Londres. Retrieved from www.hgc.gov.uk.
- United Kingdom, Statutory Instruments. 2004 n.º 1511. The Human Fertilisation and Embryology Authority (Disclosure of Donor Information) Regulations 2004, 2. Retrieved from http://www.hfea.gov.uk/docs/ELC_Annex_B_Sept04.pdf.
- Robertson, J.A. (1996). *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies*. Princeton: Princeton University Press.
- Schenker, J.G. (1997). Assisted Reproduction Practice in Europe: Legal and Ethical Aspects. *Human Reproduction Update*, 3(2), 173-184.
- Stephens, P.C., & Edwards, R.G. (1978). Birth after the reimplantation of a human embryo. *The Lancet*, 312(8085), 366.
- Stern, K. (1994). The Regulation of Assisted Conception in England. *European Journal of Health Law*, 1, 53-79.
- Sutton, A. (1996). The British Law on Assisted Reproduction: A Liberal Law by Comparison with Many other European Laws. *Ethics & Medicine*, 12(2), 41-45.
- The London Women's clinic. (2008). Ova. *The magazine of the London Women's clinics*, 6.

Olga Carolina Cárdenas-Gómez

- Tremblay, N. & Julien, D. (2004). Les familles homoparentales. *Psychologie Québec*, 24-26.
- Verchraegen, B. (2002). Artificial Reproductive Technology. General Report on the Law of the Germanic Countries. En Meulders-Klein, M.-T., Deech, R. & Vlaardingerbroek, P. (Ed.), *Biomedicine, the Family, and Human Rights* (pp. 545-558). Boston: Kluwer Law International.
- Warnock, M. (1985). *Fécondation & Embryologie humaines, rapport de la commission d'enquête concernant la fécondation et l'embryologie humaines*, Paris: La documentation française.