

EL ANCLAJE JURÍDICO ANTE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA*

THE LEGAL ANCHORING TO THE TECHNIQUES OF ASSISTED REPRODUCTION

Rosa Verónica ESPARZA PÉREZ**

Fernando CANO VALLE***

RESUMEN: La infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo determinada como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Médicamente, la infertilidad, en la mayoría de los casos, se considera una condición crónica, que cumple con el rol biosicológico, social y legal de la discapacidad. Desde que en 1978 naciera la primera niña concebida por fecundación *in vitro*, las tecnologías reproductivas posibilitan el nacimiento de miles de niños al año en todo el mundo. Pese a la expansión de centros en donde se realizan técnicas de reproducción asistida, aún muchos países no cuentan con un anclaje jurídico que regule adecuadamente la materia, situación que provoca que en ocasiones se produzcan vulneraciones de los derechos humanos, que podrían evitarse con una adecuada regulación.

Palabras clave: Infertilidad, discapacidad, derechos sexuales y reproductivos, técnicas de reproducción asistida.

ABSTRACT: *Infertility is a disease of the reproductive system determined as the inability to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of unprotected sex. Medically, infertility, in most cases, considered a chronic condition that meets the biosociological, social and legal role of disability. Since the birth of the first child conceived by in vitro fertilization in 1978, reproductive technologies enable the birth of thousands of babies a year around the world. Despite the expansion of centers where assisted reproductive techniques carried out, yet many countries do not have a legal anchor that adjust adequately on the subject, situation that causes human rights violations that could be avoid with proper regulation.*

Keywords: *Infertility, disability, sexual and reproductive rights, assisted reproduction techniques.*

* Artículo recibido el 6 de junio de 2017 y aceptado para su publicación el 9 de junio de 2017.

** Doctoranda en la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Madrid.

*** Profesor titular "C" de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

SUMARIO: I. *Infertilidad: ¿una enfermedad, una discapacidad?* II. *Derecho a la salud y discapacidad en instrumentos internacionales.* III. *La reproducción asistida a nivel global.* IV. *Regulación de la reproducción asistida en Iberoamérica.* V. *Cobertura de los procedimientos de reproducción asistida a nivel global.* VI. *Bibliografía.*

I. INFERTILIDAD: ¿UNA ENFERMEDAD, UNA DISCAPACIDAD?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo determinada como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas.¹ La infertilidad es el estado de una capacidad disminuida para concebir y tener hijos.² La definición clínica de infertilidad implica la existencia de un estado dicotómico, ya sea que un embarazo se logre en doce meses —la infertilidad no está presente— o un embarazo no se consigue en doce meses, y, por definición, la infertilidad está presente.³

La American Society for Reproductive Medicine define a la infertilidad como una enfermedad. La duración del fracaso para concebir debe ser doce o más meses antes de que se inicie con la investigación sobre las causas, a menos que la historia clínica y los hallazgos físicos sugieran una evaluación y tratamiento anterior.⁴

La OMS reconoce que la infertilidad genera discapacidad, entendida ésta como un deterioro de la función. Se calcula que 34 millones de

¹ *Glosario de terminología en técnicas de reproducción asistida.* Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/infertility/art_terminology_es.pdf?ua= (consultada el 4 de mayo 2017).

² Doctor Enrique Rivero Weber, especialista en ginecoobstetricia, refiere que, en sentido estricto, la esterilidad es la incapacidad de concebir, y la infertilidad es la incapacidad de llevar a término un embarazo; diferencia muy importante, pues las causas y los tratamientos son completamente diferentes para cada una de ellas, a pesar de que finalmente el efecto es el mismo: la incapacidad de una pareja para reproducirse; sin embargo, en el *Diccionario de la lengua española* aparecen como sinónimos. Presentación del tema “Ética y Subrogación Materna”, 28 de abril de 2017. Seminario sobre Medicina y Salud, Facultad de Medicina, UNAM.

³ Barbieri, Robert, L., “Female Infertility”, en Yen and Jaffe’s, *Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management*, Philadelphia, Saunders Elsevier, 2006, p. 517.

⁴ American Society for Reproductive Medicine, disponible en: <http://www.reproductivefacts.org/topics/topics-index/infertility/>.

mujeres, predominantemente de países en desarrollo, padecen infertilidad resultante de la *sepsis* materna y el aborto inseguro.⁵ Medicamente, la infertilidad, en la mayoría de los casos, se considera el resultado de un deterioro físico, una condición crónica que cumple con el rol biosicológico, social y legal de la discapacidad. A diferencia de algunos diagnósticos, la infertilidad tiene componentes médicos y psicológicos definidos, que son inseparables.⁶ Es un síntoma de un problema médico, que por su propia definición ha durado al menos un año.⁷

Fernando Zegers-Hochschild, impulsor de la iniciativa en la OMS para definir por primera vez la infertilidad como una enfermedad, refiere que fueron básicamente dos los objetivos para buscar que se reconociera la infertilidad como una enfermedad. El primero, que los países, sobre todo en países de América, la reconocieran y la incluyeran en sus agendas de salud, y así las personas tuvieran el acceso a procedimientos de reproducción asistida por tratarse de una enfermedad; segundo, la infertilidad sí es una condición que puede generar pérdida de la identidad de género; disminución sistemática de la autoestima; inestabilidad matrimonial; asilamiento social y menoscabo de estatus social; ostracismo y abuso —sobre todo en comunidades rurales—; ansiedad y depresión.⁸

⁵ *Infertility as Disability*, disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>. Consultada el 4 de mayo 2017.

⁶ Un trabajo realizado en unidades de reproducción humana de dos hospitales universitarios españoles en el que se estudió a 485 personas infértiles reveló que por las características del proceso psicológico en infertilidad, es recomendable realizar la evaluación psicológica de la pareja a la vez que se efectúan las pruebas médicas para el diagnóstico de la infertilidad. De esta forma, se obtiene una evaluación inicial de su estado tanto físico y psíquico, y permite detectar las parejas más vulnerables a desarrollar alteraciones emocionales, siendo la ansiedad, la depresión y los trastornos obsesivos compulsivos los más frecuentes a lo largo del tiempo que conlleva el proceso de diagnóstico y tratamiento médico de la reproducción asistida. En Moreno Rosset, Carmen, Gómez, Sánchez, Yolanda *et. al.*, “La psicología de la reproducción. La necesidad del psicólogo en las unidades de reproducción humana”, *Clínica y Salud*, Madrid, vol. 20, núm. 1, 2009, p. 88, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000100007.

⁷ Mahlstedt, Patricia, Ed. D., “The Psychological Component of Infertility”, *Fertility and Sterility*, vol. 43, núm. 3, 1985, p. 335.

⁸ Fernando Zegers-Hochschild, ponencia “Algunos fundamentos biológicos de la reproducción humana y sus implicancias en el derecho a fundar una familia. (El caso de Costa Rica)”, coloquio “Debates Contemporáneos en Derechos Reproductivos”, 3 de junio 2015, Instituto para la Ciencia, Ética e Innovación-Universidad de Manchester, Reino Unido, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, y otras. Disponible en: <https://www.>

Existe una inclinación científica y social a considerar la infertilidad como un síntoma de una enfermedad subyacente debido a que ésta tiene un profundo impacto en las vidas de las personas que la viven.⁹ El estigma de la infertilidad a menudo conduce a la desarmonía mental, el divorcio y el ostracismo.¹⁰ En el mismo sentido se ha pronunciado el perito Zegers-Hochschild, quien señala que la infertilidad es una enfermedad que tiene numerosos efectos en la salud física y psicológica de las personas, así como consecuencias sociales, genera angustia y debilita los lazos familiares.¹¹

La Asociación Médica Mundial ha reconocido que las tecnologías reproductivas difieren del tratamiento de enfermedades en que la incapacidad para ser padres sin ayuda médica no siempre se considera una enfermedad, aun cuando pueda tener profundas consecuencias psicosociales, y por tanto médicas.¹² Por ello, se hace necesario que las personas infértiles deban ser tratadas por un grupo multidisciplinario capacitado y sensibilizado en los problemas de infertilidad.¹³

juridicas.unam.mx/videoteca/evento/coloquio-debates-contemporaneos-en-derechos-reproductivos/2015-06-03/6088-mesa-tecnicas-de-reproduccion-asistida-principales-problematicas.

⁹ Sobre el impacto que la infertilidad produce en muchas mujeres, consultar Isa, Luciana, *Deseamos hijos, pero no los tenemos, ¿en qué lugar nos ubicamos? Construcciones de sentido en torno a la infertilidad. Relatos de mujeres que quieren ser madres*, tesis doctoral, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de Plata, 2017, disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59875/Documento_completo.pdf-PDFAU.pdf?sequence=3.

¹⁰ Sobre el tema véase Mahlstedt, Patricia P., Ed. D., *op. cit.*; Barbieri, Robert, L., “Female infertility”, *cit.*; *Infertility as disability*, *cit.*; Larsen, Ulla, “Research on Infertility: wich Definition should we Use?”, *Fertility and Sterility*, vol. 83, núm. 4, abril de 2005.

¹¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIADH), *caso Artavia Murillo y Otros (“Fertilización in vitro”) vs. Costa Rica*, excepciones preliminares, fondo y reparaciones y costas, 28 de noviembre de 2012, epígrafe D.2 a) Discriminación indirecta con relación a la condición de discapacidad, párrafo 288, disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf.

En la misma sentencia de la CIDH, la perita Garza testificó que “es más exacto considerar la infertilidad como un síntoma de una enfermedad subyacente. Las enfermedades que causan infertilidad tienen un doble efecto dificultando el funcionamiento de la infertilidad pero también causando, tanto a largo como a corto plazo, problemas de salud para el hombre o la mujer”, párrafo 288.

¹² Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre Tecnologías Reproducción Asistida. Adoptada por la 57a. Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/resolucion-de-la-amm-sobre-las-tecnologias-de-reproduccion-asistida/>.

¹³ Diagnóstico de la pareja infértil y tratamiento con técnicas de baja complejidad, editor general División de Excelencia Clínica, Coordinación de Unidades Médicas de

II. DERECHO A LA SALUD Y DISCAPACIDAD EN INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Desde que se aprobó por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.¹⁴ Este instrumento constituye el sustento a partir del cual se han elaborado y suscrito posteriores declaraciones y convenios específicos para el área de la salud. Más adelante, este derecho fue desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en el que se obliga a los Estados a crear condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. En este instrumento ya se establecen obligaciones específicas para los Estados, que sirven de guía para dirigir sus políticas de salud.¹⁵ En otros tratados particulares del sistema de Naciones Unidas se reconoce el derecho a la protección de la salud, como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y la Convención sobre los Derechos del Niño.

En el sistema interamericano, a través del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoció de la misma forma

Alta Especialidad, 2013, pp. 10 y 11. Esta guía puede descargarse en: <http://www.ims.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>. Consulta realizada el 16 de octubre de 2016.

¹⁴ Declaración Universal de Derechos Humanos. “Artículo 25.1 Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Sobre el desarrollo de la salud como derecho en el ámbito internacional y la conceptualización de los derechos económicos, sociales y culturales en el derecho internacional, puede verse Martínez Bullé Goyri, Víctor Manuel, “La salud como derecho humano. Una promesa incumplida”, *Historia y Constitución. Homenaje a José Luis Soberanes Fernández*, México, UNAM, 2015, t. II, pp. 372-382.

¹⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Artículo 12.1 Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Esta obra está bajo una *Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional*, IJJ-UNAM. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 151, pp. 13-50.

el derecho a la protección de la salud y se generó la obligación de los Estados para asegurar su efectivo cumplimiento.¹⁶

A pesar del paulatino reconocimiento del derecho a la salud en los instrumentos internacionales, su adopción ha recibido críticas. Una de ellas ha sido que la amplitud de obligaciones resultantes por parte del Estado sería de imposible concreción en países no desarrollados o en vías de desarrollo, dada la escasez de recursos. Haciendo eco de esta crítica y de los informes presentados por los Estados parte ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en 2000 éste emitió la Observación general 14, en la que se interpreta el contenido y alcance del artículo 12 del PIDESC. Esta observación constituye el consenso más actualizado de la comunidad de naciones sobre la materia.¹⁷ El Comité afirma que el derecho a la salud abarca no solamente el derecho a la atención de la salud, sino que también incluye el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la sexual y reproductiva.

Con relación a los conceptos de salud sexual y reproductiva, la OMS entiende por salud sexual un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. La comunidad internacional ha reconocido que un concepto amplio de salud reproductiva abarca esfuerzos más allá de los que se refieren a la maternidad, la anticoncepción y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

¹⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Artículo 10. Derecho a la Salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: *a.* la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; *b.* la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; *c.* la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; *d.* la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; *e.* la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y *f.* la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

¹⁷ Vázquez, Rodolfo, *Derechos humanos. Una lectura liberal igualitaria*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Instituto Tecnológico Autónomo de México-Centro de Estudios de Actualización en Derecho, 2015, p.103.

La Observación general 14 define a la salud como “Un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD),¹⁸ que se celebró en El Cairo en septiembre de 1994, se definió a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En el Programa de Acción de la CIPD se afirma el derecho al acceso, sin coacción a los servicios de salud reproductiva. La introducción que se le dio a la salud reproductiva por parte de la CIPD constituye una gran aportación, ya que a diferencia de la concepción centrada en la planificación familiar, se otorgó un rol fundamental a los contextos institucionales, culturales y políticos en que tienen lugar las decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos. El desarrollo conceptual y programático que experimentó la salud reproductiva hizo que la atención se centrara en la perspectiva de los derechos reproductivos. En la Conferencia Mundial de la Mujer, que se celebró en 1995 en Beijing, se determinó que los derechos reproductivos incluyen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.¹⁹ En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que se celebró en 2013, se constató el poco avance en la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y en razón de ello se planteó que el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo debe incluir la garantía del acceso universal a las técnicas de reproducción asistida.²⁰

¹⁸ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Naciones Unidas, disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>. Consultada el 11 de mayo de 2017.

¹⁹ El párrafo 95 de la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing señala: “...los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

²⁰ El párrafo 43 Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo señala: “Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso

Como señalamos, la infertilidad es el estado de una capacidad disminuida para concebir y tener hijos, y genera discapacidad, entendida ésta como un deterioro de la función. Por lo anterior, haremos referencia a parte del desarrollo normativo internacional sobre derechos de las personas con discapacidad.

La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad,²¹ instrumento en el ámbito interamericano cuyo objeto principal es la eliminación de la discriminación en contra de un grupo humano específico y que combate concretamente la discriminación de las personas que viven con algún tipo de discapacidad,²² establece las definiciones sobre las que en su contexto se entiende por discriminación. El término “discapacidad” lo define como “una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”.²³

La Convención no sólo propone combatir de manera negativa los actos discriminatorios en contra de las personas con alguna discapacidad,

reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida”.

²¹ Esta Convención fue aprobada en la ciudad de Guatemala el 7 de junio de 1999; entró en vigor el 14 de septiembre de 2002. Hasta el momento 19 Estados americanos han ratificado la Convención.

²² Torre Martínez, Carlos de la, *El derecho a la no discriminación en México*, México, Porrúa-CNDH, 2006, p. 119.

²³ Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. “Artículo I. Para los efectos de la presente Convención, se entiende por:

1. Discapacidad. El término “discapacidad” significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

2. Discriminación contra las personas con discapacidad. a) El término “discriminación contra las personas con discapacidad” significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”.

sino garantizar la implantación de medidas al alcance del Estado para dotar a las personas de igualdad de oportunidades reales que les permita ejercer sus derechos y libertades fundamentales.²⁴

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²⁵ (CDPD) señala un cambio paradigmático de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. En el preámbulo se reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.²⁶ La CPDP reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud posible sin discriminación,²⁷ y establece la obligación de los Estados a proporcionar programas y atención de la salud, incluidos en el

²⁴ Torre Martínez, Carlos de la, *op. cit.*

²⁵ La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI, señala un cambio paradigmático de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad.

²⁶ Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica*, párrafo 289. El perito Hunt observó que “la infertilidad involuntaria es una discapacidad”, considerando que el preámbulo de la CDPD reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. De acuerdo con el modelo biopsicosocial de la OMS sobre discapacidad, ésta tiene uno o más de los tres niveles de dificultad en el funcionamiento humano: un impedimento físico psicológico; una limitación de una actividad debido a un impedimento (limitación de una actividad) y una participación restringida debido a una limitación de actividad. De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS, los impedimentos incluyen problemas en el funcionamiento del cuerpo; las limitaciones de las actividades son dificultades que una persona puede tener al realizar una actividad; y las participaciones restringidas son problemas que una persona puede experimentar en diversas situaciones de la vida”.

²⁷ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. “Artículo 25. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes: a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios

ámbito sexual y reproductivo; de lo anterior se desprende el derecho de las personas con discapacidad de acceder a las técnicas necesarias para resolver problemas de salud reproductiva.²⁸

La discapacidad no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino que se interrelaciona con las barreras o limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de una manera efectiva.²⁹

III. LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA A NIVEL GLOBAL

En el último cuarto del siglo XX se desarrollaron las técnicas de reproducción asistida (TRA),³⁰ encaminadas a tratar la infertilidad; a prevenir y atender enfermedades de origen genético o hereditario. Desde que en 1978 naciera en el Reino Unido la primera niña concebida por fecundación *in vitro*, las TRA posibilitan el nacimiento de unos 100, 000 niños al año en todo el mundo. Se estima que entre un 1% y un 4% de los niños nacidos anualmente en Estados Unidos y Europa son resultado de aplicar estos tratamientos.³¹

De acuerdo con cifras publicadas por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RED LARA)³² de 1990 a 2012,³³ en América La-

asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”.

²⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica*, *op. cit.*, párrafo 289.

²⁹ *Ibidem*, párrafo 291.

³⁰ El glosario de terminología en técnicas de reproducción asistida (TRA) define a las técnicas de reproducción asistida como “todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante”.

³¹ Ortiz Movilla, R. y Acevedo Martín, B., “Reproducción asistida y salud infantil”, *Rev Pediatr Aten. Primaria*, Madrid, vol.12, núm. 48, oct/dic 2010, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000600011.

³² El Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida es un órgano de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida que como parte de sus funciones recolecta, analiza y publica los procedimientos de reproducción asistida, que se realizan en los centros latinoamericanos afiliados a la Red.

³³ Estado Actual de la Reproducción Asistida en América Latina y el Mundo, disponible en: http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_REDLARA_no_mundo.pdf.

tina nacieron 128,245³⁴ niños con ayuda de alguna TRA.³⁵ Los países en donde se registra el mayor número son: Brasil, en donde nacieron 56,674 niños; Argentina, con 26,085 niños, seguido por México, que reportó el nacimiento de 17,238 bebés. Estos tres países representan el 78% del total de nacimientos que registró la RED LARA de 1990 a 2012. En otros países de Latinoamérica, en este mismo periodo, de acuerdo con cifras de este informe: Chile (6,579); Colombia (5,191); Perú (4927); Venezuela (4802); Ecuador (1191); Uruguay (1258); Guatemala (331); Bolivia (384), Panamá (214); República Dominicana (97); Nicaragua (74); Paraguay (12), y Costa Rica (15).

En contraste con estas cifras, en España el Registro Nacional de Actividad 2014 de la Sociedad Española de Fertilidad³⁶ reportó 28,669 partos durante ese año, haciendo uso de alguna TRA, y el nacimiento de un total de 33,934 bebés producto de la reproducción asistida, tan sólo en 2014. Este país ocupa el primer lugar en Europa y el tercero a nivel mundial donde más TRA se llevan a cabo, sólo por detrás de Japón y Estados Unidos. A diferencia de los países en América Latina, en España, por disposición de ley,³⁷ los centros autorizados están obligados a reportar sus resultados, al menos una vez al año. En este registro de actividades se busca plasmar los datos sobre tipología de técnicas y procedimientos, tasas de

³⁴ Países incluidos en la cifra total son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

³⁵ Distribución (niños nacidos). ICSI 68,509; IVF 22,429; OD 22,626; FET 12,973; GIFT 1,257; otras técnicas 451.

³⁶ Registro Nacional de Actividad 2014, Sociedad Española de Fertilidad, "Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2014, disponible en: https://www.registro-sef.com/public/docs/sef2014_IAFIV.pdf.

³⁷ Ley 14/2006, del 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. "Artículo 22.2 El Registro de actividad de los centros y servicios de reproducción asistida deberá hacer públicos con periodicidad, al menos, anual los datos de actividad de los centros relativos al número de técnicas y procedimientos de diferente tipo para los que se encuentren autorizados, así como las tasas de éxito en términos reproductivos obtenidas por cada centro con cada técnica, y cualquier otro dato que se considere necesario para que por los usuarios de las técnicas de reproducción asistida se pueda valorar la calidad de la atención proporcionada por cada centro. El registro de actividad de los centros y servicios de reproducción asistida recogerá también el número de preembriones crioconservados que se conserven, en su caso, en cada centro".

éxito, y otras cuestiones que sirvan para informar a los ciudadanos sobre la calidad de cada uno de los centros.³⁸

Por otra parte, con relación al número de centros en donde se realizan TRA, el registro de la RED LARA reportó en 2013,³⁹ 167 centros en América Latina. De acuerdo con datos de ese informe, los países que tenían el mayor número de centros eran: Brasil (56), México (28) y Argentina (27). El resto de los países latinoamericanos que reportaron establecimientos a la RED LARA, en el mismo periodo, son: Colombia (9); Chile y Venezuela (8); Perú y Ecuador (6); Bolivia, Panamá y Uruguay (2); Guatemala, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana (1).

Otro estudio sobre la salud reproductiva a nivel global, elaborado en 2016 por la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (siglas en inglés IFFS), de forma conjunta con la OMS,⁴⁰ reportó en América Latina 391 centros;⁴¹ en este trabajo, la tendencia es similar al informe elaborado por la RED LARA; el país con el mayor número de centros es Brasil, con 180, seguido por Argentina, que tiene 60, y México, en donde se reportaron 48 centros. Otros países latinoamericanos que reportaron cifras son: Venezuela (30); Colombia (25); Perú (12); Ecuador (10); Chile y Panamá (9); Guatemala y Uruguay, (3) y Paraguay (2).

En México, por disposición de ley, los establecimientos en los que se practican procedimientos de reproducción asistida deben contar con una licencia sanitaria⁴² expedida por la Comisión Federal para la Protección

³⁸ Corcóstegui Ormazábal, Beatriz, “Registro nacional de actividad y resultados de los centros y servicios de reproducción asistida”, en Lledó Yagüe, Francisco *et al.*, *Comentarios científico-jurídico a la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Ley 14/2006, 26 de mayo)*, Madrid, Dykinson, 2007, p. 304.

³⁹ Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, *op. cit.*

⁴⁰ *International Federation of Fertility Societies (IFFS) Surveillance 2016*, es un trabajo que sirve como registro con una visión general de la práctica, políticas y actividades asociadas con la tecnología de reproducción asistida a nivel mundial. Las respuestas del cuestionario fueron proporcionadas por uno o dos individuos bien informados en cada país; pero estas respuestas no fueron validadas, y pueden contener imprecisiones. Sin embargo, este reporte sigue siendo la única fuente de información que proporciona una visión global de los tratamientos de reproducción asistida a nivel mundial, disponible en: <http://www.iffs-reproduction.org/?page=Surveillance>.

⁴¹ Los países que se incluyeron en este informe fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

⁴² Para poder obtener esta licencia, el establecimiento deberá entregar la siguiente documentación: formato de solicitud de licencia, copia del acta de instalación del comité

contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).⁴³ Hasta mayo de 2016 esta Comisión tenía registrados 89 centros y/o establecimientos públicos y privados.⁴⁴ Con relación al cumplimiento de disposiciones sanitarias de los centros y/o establecimientos autorizados para practicar procedimientos de reproducción asistida, compete a la Cofepris, a través de la Comisión de Operación Sanitaria, vigilar que cumplan con las disposiciones sanitarias. Esta vigilancia se manifiesta a través de actos de autoridad de verificación, el muestreo, dictamen, las medidas de seguridad y la aplicación de sanciones. De enero de 2012 a diciembre de 2016, la Comisión de Operación Sanitaria realizó 41 visitas a establecimientos privados en los que se practican técnicas de reproducción asistida y/o que funcionan como bancos de células germinales.⁴⁵

Estas cifras resultan menores en comparación con las registradas en varios países europeos. Por ejemplo, España en 2016 reportó 371 clínicas; Italia 350; Alemania 134 y Francia 104.⁴⁶

IV. REGULACIÓN DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN IBEROAMÉRICA

La expansión de centros en donde se realizan TRA revela la existencia de un mercado global; pese a ello, en la actualidad aún muchos países no tienen una regulación específica en materia de reproducción asistida.⁴⁷ A

interno de trasplantes, copia del Manual de Procedimientos Técnico Administrativo del establecimiento de las TRA, copia de la licencia sanitaria del establecimiento donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos, copia de identificación oficial del propietario, y en su caso del representante legal, y comprobante de pago de derechos. Trámite a realizar por el establecimiento que efectuará técnicas de reproducción asistida, disponible en: http://www.cofepris.gob.mx/Documents/MaterialesDifusion/6_t_reprasis.pdf.

⁴³ Sobre la naturaleza jurídica, estructura orgánica, atribuciones y funciones de la Cofepris, se sugiere consultar Cano Valle, Fernando *et al.*, *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*, México, UNAM, 2014.

⁴⁴ Esparza Pérez, Rosa Verónica, “La depreciación de los derechos humanos, y la regulación de la reproducción humana asistida en México”, *Gaceta Médica de México* (en prensa).

⁴⁵ Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 1215199572516.

⁴⁶ *International Federation of Fertility Societies (IFFS) Surveillance 2016*, *cit.*

⁴⁷ Vidal Martínez, Jaime, “Reproducción asistida”, en Romeo Casabona, Carlos María (dir.), *Enciclopedia de bioderecho y bioética*, disponible en: <http://enciclopedia-bioderecho.com/voces/278>

diferencia de los países europeos, los latinoamericanos, en su mayoría, no cuentan con una normatividad que los regule de forma concreta. Las normas que se aplican en la generalidad de los países latinoamericanos, con relevancia para el tema, son muy dispares, y, salvo excepciones, consisten normalmente en principios generales, que se inscriben en códigos civiles, penales o en su Constitución.⁴⁸ En América Latina solamente Argentina y Uruguay cuentan con una normatividad específica en la materia; ambas leyes se sancionaron en 2013. Brasil, si bien no tiene una ley que regule de manera integral las TRA, cuenta con un acuerdo administrativo que contiene normas éticas para el uso de TRA, emitidas por el Consejo Federal de Medicina.⁴⁹

En Argentina, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionaron el 5 de junio de 2013 la Ley 26.862, cuyo objeto es garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.⁵⁰

Cinco meses después de que el Senado argentino sancionara la ley 286.862, el Poder Legislativo de Uruguay, mediante la Ley 19.167, reguló las TRA acreditadas científicamente, así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realizan.⁵¹

⁴⁸ Andorno, Roberto, “Técnicas de procreación asistida”, en Brena y Sesma, Ingrid y Toboul, Gérard (coords.), *Hacia un instrumento regional internacional sobre la bioética. Experiencias y expectativas*, México, UNAM, 2009, p. 209.

⁴⁹ Resolución CFM 1.957-2010, que regula los procedimientos de reproducción asistida, pero no tiene rango de norma legal es emitida por el Consejo Federal de Medicina. Publicada el 6 de enero de 2011, modifica la resolución CFM no. 1358/92.

⁵⁰ El primer avance al respecto lo había realizado en 2010 la provincia de Buenos Aires, convirtiéndose en la primera de América Latina en brindar este servicio de fomento a la fertilidad a través de la salud pública. Verónica Smink de *BBC Mundo, Como Sur*, en un artículo titulado “Argentina, pionera en el derecho a la fertilidad”, publicado el 14 de junio de 2013, comentó: “En la provincia de Buenos Aires nacieron 75 bebés por la ley de fertilidad asistida aprobada en 2010. Por su parte, el gobernador de la provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli, señaló que el éxito que ha tenido allí la ley de fertilidad asistida desde que fue aprobada hace tres años demuestra que no hay que temer por las dificultades económicas. A diferencia de la ley provincial, que sólo da acceso al tratamiento a parejas con problemas de infertilidad, la ley nacional beneficia a cualquier adulto que quiera realizarse el tratamiento, sin contemplar si es infértil, su edad o su estado civil”, disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/06/130610_argentina_fertilidad_vs.shtml?print=1 (julio de 2014).

⁵¹ Ley 19.167. Técnicas de Reproducción Humana Asistida. “Artículo 1o. (Objeto). La presente ley tiene por objeto regular las técnicas de reproducción humana asistida acredi-

Por otra parte, Costa Rica reguló en 1995 la práctica de la fertilización *in vitro*; meses después se presentó un recurso de inconstitucionalidad contra el Decreto Ejecutivo 24029-S. La argumentación para promover la acción se basó fundamentalmente en que era violatorio del derecho a la vida, porque a través de la fecundación *in vitro* son desechados embriones humanos.⁵² Costa Rica es el único país en el mundo en el que se prohibió expresamente, en concreto, la práctica de la fertilización *in vitro*.

La Sala de Constitucionalidad de la Corte Suprema de Costa Rica resolvió el recurso de inconstitucionalidad en 2000,⁵³ al determinar que “las condiciones en que se aplica actualmente, llevan a concluir que cualquier eliminación o destrucción de concebidos —voluntaria o derivada de la impericia de quien ejecuta la técnica o de la inexactitud de ésta— viola su derecho a la vida”, por lo que no es acorde con la Constitución ni con la Convención Americana sobre Derechos Humanos; en consecuencia, declaró la inconstitucionalidad e invalidez del decreto en tanto el desarrollo científico permaneciera en el estado actual. La argumentación de la Sala estuvo fundamentada en una restringida interpretación del derecho a la vida y en su particular opinión de lo que representa la fertilización *in vitro* para la vida, al considerar que los embriones son seres humanos.⁵⁴

tadas científicamente así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realicen. A tales efectos se entiende por técnicas de reproducción humana asistida el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Quedan incluidas dentro de las técnicas de reproducción humana asistida la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la micro inyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación *in vitro*, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional prevista en el artículo 25 de la presente ley.

La aplicación de cualquier otra técnica no incluida en la enumeración detallada precedentemente, requerirá la autorización del Ministerio de Salud Pública, previo informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida”, disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9878878.htm>

⁵² Suárez Ávila, Alberto Abad, *Laicidad y derechos reproductivos en la jurisdicción constitucional latinoamericana*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015, p. 108.

⁵³ Sentencia 2000-02306, 15 de marzo del 2000, emitida por la Sala Constitucional de Costa Rica, expediente 95-001734-007-CO.

⁵⁴ Sentencia 2000-02306, 15 de marzo del 2000, emitida por la Sala Constitucional de Costa Rica, expediente 95-001734-007-CO. Acción de inconstitucionalidad promovida

Por la resolución de la Sala Constitucional, varias parejas resultaron afectadas, y en 2001 presentaron el caso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), alegando que con esta determinación se les vulneraban derechos reconocidos en la Convención América de Derechos Humanos (CADH). La CIDH⁵⁵ concluyó en 2010 que la determinación constituía una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada y familiar y a formar una familia; asimismo, constituyó una violación del derecho a la igualdad de las víctimas en tanto el Estado les impidió el acceso a un tratamiento que les hubiera permitido superar su situación de desventaja respecto de la posibilidad de tener hijas o hijos biológicos. Este impedimento tuvo, además, un impacto desproporcionado en las mujeres. La CIDH dirigió diversas recomendaciones al Estado de Costa Rica, que no fueron atendidas. Debido a esta inobservancia del Estado, la CIDH solicitó en julio de 2011 a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante la Corte IDH o la Corte) la declaración de responsabilidad del Estado.

La sentencia de la Corte IDH⁵⁶ representa un avance en el reconocimiento y protección de los derechos reproductivos. En primer término, la

da por Hermes Navarro del Valle, portador de la cédula de identidad 1-618-937 contra el Decreto Ejecutivo 24029-S, publicado en *La Gaceta* 45 del 3 de marzo de 1995: “VIII. Conclusiones A) El desarrollo de técnicas de reproducción asistida han posibilitado que muchas parejas estériles alrededor del mundo consigan tener hijos. Sin embargo, es preciso cuestionarse si todo lo científicamente posible es compatible con las normas y principios que tutelan la vida humana, vigentes en Costa Rica, y, hasta qué punto, la persona humana admite ser objeto o resultado de un procedimiento técnico de producción. Cuando el objeto de la manipulación técnica es el ser humano, como en la Técnica de Fecundación *In Vitro* y Transferencia de Embriones el análisis debe superar el plano de lo técnicamente correcto o efectivo. Debe prevalecer el criterio ético que inspira los instrumentos de Derechos Humanos suscritos por nuestro país: el ser humano nunca puede ser tratado como un simple medio, pues es el único que vale por sí mismo y no en razón de otra cosa. Si hemos admitido que el embrión es un sujeto de derecho y no un mero objeto, debe ser protegido igual que cualquier otro ser humano. Solamente la tesis contraria permitiría admitir que sea congelado, vendido, sometido a experimentación e, incluso, desechado”.

⁵⁵ Resolución de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Véase Brena, Ingrid, “La fecundación asistida, ¿historia de un debate interminable? El informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”, *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, vol. XII, 2012, pp. 26-45.

⁵⁶ Véase Brena, Ingrid, “La sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Artavia Murillo y otros fecundación *in vitro* vs. Costa Rica. Un avance en el pensamiento laico en Latinoamérica”, en Carbonell Sánchez, Miguel, Fix-Fierro, Héctor

Corte reconoció que los derechos reproductivos son derechos humanos, pues se encuentran incorporados en la obligación de respeto y garantía de los derechos a la privacidad, a conformar una familia, a la libertad y la integridad personal; segundo, fijó el alcance de la protección del derecho a la vida a la luz de la Convención Americana, determinando que la protección inicia con la implantación y no con la fertilización del embrión, que no se trata de un derecho absoluto, sino gradual e incremental, de acuerdo con el desarrollo de la vida y a los otros derechos involucrados, y que a la luz de la Convención Americana el embrión no es una persona; y tercero, estableció que la prohibición de servicios de salud reproductiva puede tener un impacto discriminatorio basado en el género, al considerar que los derechos del embrión deben prevalecer sobre los de la mujer; la discapacidad, dada la condición de salud e infertilidad de las víctimas, y el estatus socioeconómico, debido a que las personas sin recursos para practicarse la FIV en otro país quedaron imposibilitadas para acceder a tratamientos contra la infertilidad.

En junio de 2015 se llevó a cabo en la Corte IDH una audiencia pública, en la que el Estado presentó un proyecto de decreto ejecutivo que autorizara la FIV y regulara su implementación. Sin embargo, días después de la entrada en vigor del referido Decreto, éste fue impugnado ante la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia mediante la interposición de una acción de inconstitucionalidad, por considerar los accionantes, entre otros, que con esta norma se da una “violación y/o amenaza al derecho fundamental a la vida” del “concebido no nacido”, y una “violación al principio de reserva de ley”.⁵⁷

La Sala Constitucional, el 3 de febrero de 2016, emitió una sentencia, en la cual, por decisión de la mayoría, resolvió anular el decreto ejecutivo, por violación al principio de reserva de ley. Sin embargo, la Corte IDH, en ejercicio de sus obligaciones de supervisión, resolvió en lo que respecta a ese punto que se mantenga vigente el decreto ejecutivo, sin perjuicio de

Felipe, Valadés, Diego (coords.), *Estado constitucional, derechos humanos, justicia y vida universitaria. Estudio homenaje a Jorge Carpizo. Derechos humanos*, t. V, vol. 1, UNAM, 2015.

⁵⁷ Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (26 de febrero de 2016), *Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica*.

Supervisión de cumplimiento de sentencia. Considerandos 16 a 18, disponible en: <http://observatoriointernacional.com/wp-content/uploads/2016/03/Costa-Rica-Resoluci%C3%B3n-Artavia-26-febrero-2016.pdf>.

que el órgano Legislativo emita alguna regulación posterior en apego a los estándares indicados en la sentencia.⁵⁸

En México, la emisión de una normatividad en materia de reproducción asistida es competencia federal, y, con fundamento en el artículo 73 constitucional, corresponde a la Ley General de Salud establecer las bases para su regulación. A pesar de ello, México no cuenta hasta este momento con el anclaje jurídico que regule de manera integral los diferentes aspectos legales relacionados con las TRA, y por lo tanto, se prestan sin una verificación sanitaria adecuada y se dejan desprotegidos los derechos humanos de las partes que intervienen en los procedimientos.

Al respecto, la Ley General de Salud establece una penalidad para aquel que sin consentimiento de una mujer o aun con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial.⁵⁹ En México, algunas entidades federativas, ante la falta de una normatividad a nivel federal sobre reproducción asistida, han buscado enmendar esta situación al incluir disposiciones en sus códigos civiles y familiares, cuestiones principalmente relacionadas con la filiación cuando se utilizan TRA; sin embargo, algunos estados han incluido aspectos que no corresponden al ámbito de su competencia, y representan una invasión a la esfera federal en materia de salubridad general. Más aún, incluyen aspectos técnicos relativos a las TRA, que deben ser materia de una norma técnica y no de una ley.⁶⁰ Algunos estados que han legislado sobre el tema son: el estado

⁵⁸ *Idem*. “En el ejercicio de sus atribuciones de supervisión del cumplimiento de sus decisiones, de conformidad con los artículos 33, 62.1, 62.3, 65, 67 y 68.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 24, 25 y 30 del Estatuto, y 31.2 y 69 de su Reglamento, RESUELVE: Por cinco votos contra uno, 4. Disponer que, en lo que respecta al cumplimiento del punto dispositivo tercero de la Sentencia y conforme a lo indicado en el Considerando 36 de esta Resolución, se mantenga vigente el Decreto Ejecutivo 39210-MP-S de 11 de septiembre de 2015, sin perjuicio de que el órgano legislativo emita alguna regulación posterior en apego a los estándares indicados en la Sentencia”.

⁵⁹ Ley General de Salud, “Artículo 466. Al que sin consentimiento de una mujer o aun con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial, se le aplicará prisión de uno a tres años, si no se produce el embarazo como resultado de la inseminación; si resulta embarazo, se impondrá prisión de dos a ocho años. La mujer casada no podrá otorgar su consentimiento para ser inseminada sin la conformidad de su cónyuge”.

⁶⁰ Grupo de Información en Reproducción Elegida, “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México”, México, 2015, pp. 228, disponible en: <http://informe2015.give.org.mx/#/inicio>.

de México,⁶¹ Michoacán de Ocampo,⁶² Tabasco, San Luis Potosí,⁶³ Sonora⁶⁴ y Zacatecas.⁶⁵

⁶¹ Código Civil del Estado de México. Consentimiento de la mujer para la inseminación artificial, “Artículo 4.112. La reproducción asistida a través de métodos de inseminación artificial solo podrá efectuarse con el consentimiento de la mujer a quien haya de practicarse dicho procedimiento.

La mujer casada no podrá otorgar su consentimiento para ser inseminada, sin la conformidad de su cónyuge. Tampoco podrá dar en adopción al menor nacido, mediante este método de reproducción.

Prohibición de padres o tutores

Artículo 4.113. No podrá otorgarse el consentimiento de los padres o tutores para la reproducción asistida en una mujer que fuere menor de edad o incapaz.

Artículo 4.114. Queda prohibido todo método de reproducción asistida en la mujer, para la procreación de seres humanos idénticos por clonación o cualquier otro procedimiento dirigido a la selección de la raza.

Artículo 4.115. En los casos en que la inseminación artificial se efectuó con espermia proveniente de bancos o instituciones legalmente autorizadas, no se dará a conocer el nombre del donante ni habrá lugar a investigación de la paternidad”.

⁶² Código Familiar para el Estado de Michoacán de Ocampo. “Artículo 150. ...los cónyuges tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como emplear, en los términos que señala la Ley, cualquier método de reproducción para lograr su propia descendencia. Este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyuges”.

⁶³ El Código Familiar de San Luis Potosí. Los artículos 237 al 245 establecen diversos aspectos relacionados con la reproducción asistida. Estos numerales se refieren a: qué se debe entender por reproducción humana asistida; cuáles son las técnicas se podrán practicar; se define inseminación homóloga y heteróloga; establece quiénes podrán ser destinatarios de las técnicas de reproducción asistida y los casos en los que se podrá recurrir a la reproducción heteróloga; prevé el caso de la reproducción artificial postmortem; para la inseminación heteróloga establece que no habrá lazo de filiación entre la hija o el hijo y el, la o los donantes de gametos; declara inexistente la gestación por sustitución; regula lo relativo a la filiación de los hijos concebidos mediante prácticas de reproducción asistida.

⁶⁴ Código Familiar de Sonora. “Artículo 207 Cuando el embarazo se obtenga por técnicas de reproducción asistida con material genético de personas distintas de uno o ambos cónyuges o concubinos, los que usen voluntariamente gametos de terceros serán considerados como padres biológicos del niño que nazca por estos métodos, siempre que hayan otorgado expresamente su autorización. El hijo podrá solicitar, al llegar a su mayor edad, informes sobre el padre biológico en los mismos casos que en la adopción plena, sin reclamar ningún derecho filiatorio”.

⁶⁵ Código Civil para el Estado de Zacatecas. “Artículo 123. Los cónyuges tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, así como a emplear cualquier método de procreación asistida para lograr su propia descendencia. Este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyuges en los términos establecidos por la Ley”.

Haremos referencia al caso del estado de Tabasco, por ser una entidad que ha sido objeto de reflectores no sólo a nivel nacional, sino también en el ámbito internacional, por los conflictos que su regulación ha suscitado. Tabasco reguló en 1997 la gestación por sustitución en su Código Civil. Este ordenamiento se limitaba a definir la figura y a establecer la posibilidad de registrar el nacimiento de los niños y niñas nacidos a partir de estos acuerdos. Pese a que la celebración de este tipo de acuerdos se autoriza en ese estado desde hace veinte años, su práctica tuvo un incremento importante a partir de 2012, lo que convirtió a Tabasco en un destino tanto a nivel nacional como internacional de personas interesadas en celebrar estos acuerdos. A partir de este momento, se hicieron visibles aspectos no previstos en su legislación actual,⁶⁶ tales como ausencia de protección tanto de las mujeres gestantes como de los niños nacidos con apoyo de estos procedimientos y deficiente regulación sobre cuál debía ser el contenido de los convenios y acuerdos celebrados, entre otros.

Por lo anterior, el 13 de enero de 2016, el Congreso de Tabasco aprobó la reforma al Código Civil local,⁶⁷ sin embargo, prevé disposiciones discriminatorias; por ejemplo, únicamente podrán celebrar estos acuerdos los ciudadanos mexicanos,⁶⁸ situación que excluye a los extranjeros que son residentes, temporales o permanentes, en el país; deja fuera a personas solteras y parejas del mismo sexo, al establecer que los contratos deberán estar firmados por la madre y el padre contratantes.

En el ámbito federal, el tema de la reproducción asistida lleva muchos años intentando legislarse en México. La primera iniciativa que se presentó en el Poder Legislativo para regular sobre el tema data de 1999,⁶⁹ pese

“Artículo 290. ...no se podrá desconocer la paternidad de los hijos que durante el matrimonio conciba su cónyuge mediante técnicas de reproducción asistida, si hubo consentimiento expreso en tales métodos”.

⁶⁶ Sobre los conflictos que se han suscitado en Tabasco debido a la mala regulación se sugiere consultar el informe “Gestación subrogada en México. Resultado de una mala regulación”, que elaboró el GIRE, disponible en: <https://gire.org.mx/gestacion-subrogada-en-mexico/>.

⁶⁷ *Idem*.

⁶⁸ Código Civil. “Artículo 380 bis 5. Requisitos para acceder a contratos: I. Ser ciudadanos mexicanos”.

⁶⁹ González Santos, Sandra P., “From Esteriology to Reproductive Biology: The Story of the Mexican Assisted Reproduction Business”, *Reproductive, Biomedicine and Society on line*, vol. 2, 2016, p. 123, disponible en: [http://www.rbmsociety.com/issue/S2405-6618\(16\)X0002-0](http://www.rbmsociety.com/issue/S2405-6618(16)X0002-0).

a que prácticamente en cada legislatura se han presentado iniciativas, aún no se logran los acuerdos necesarios para alcanzar el consenso regulatorio en la materia.⁷⁰

¿Por qué pese a todas las propuestas que se han analizado en ambas Cámaras del Poder Legislativo ninguna ha prosperado? Sin duda las ideologías opuestas de los diversos partidos políticos han obstaculizado el avance.⁷¹ Por un lado, las propuestas de los partidos con tendencia conservadora han planteado marcos normativos más restrictivos y mesurados; por el contrario, integrantes de partidos con ideologías más liberales han planteado marcos regulatorios más laxos y permisivos. Aunado a estas posturas está la opinión de la comunidad de médicos y científicos; algunos han especulado que una ley sobre la reproducción asistida no tiene valor político y que las propuestas que se han presentado contienen imprecisiones técnicas.

Los aspectos que se han discutido y sobre los que no se han puesto de acuerdo se centran en aspectos relacionados con la responsabilidad sobre las células germinales, el inicio de la vida y el estatuto jurídico del embrión,⁷² la disposición de embriones supernumerarios, intervención de donantes, el acceso a las TRA, si podrán acceder a éstas las parejas del mismo sexo o personas solteras y la eugenesia. Otro aspecto en discusión gira en torno a la oferta de procedimientos de reproducción asistida en instituciones de salud pública. Así, algunas propuestas se han pronunciado sobre el acceso de estos servicios a sectores sociales de escasos recursos y no dejar en el ámbito de la medicina privada estos tratamientos. En una postura contraria están los que consideran que no es viable asumir ese compromiso, debido a los altos costos y al reducido impacto que tienen en la población.

Actualmente se encuentran en el Congreso de la Unión⁷³ dos iniciativas pendientes sobre reproducción asistida. En abril de 2016, la Cá-

⁷⁰ Sobre el tema se sugiere consultar: Cardaci, Dora y Sánchez Bringas, Ángeles, “Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre la reproducción asistida en publicaciones mexicanas”, *Alteridades*, México, vol. 19, núm. 8; 2009, Grupo de Información en Reproducción Elegida, “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México”, *cit.*

⁷¹ Informe de Actividades de la Comisión Nacional de Bioética en torno al marco regulatorio de la Reproducción Humana Asistida, disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Informe.pdf>.

⁷² Facio, Alda, *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008, pp. 30-36.

⁷³ GIRE, “Gestación subrogada en México. Resultado de una mala regulación”, *cit.*

mara de Senadores aprobó una minuta que pretende reformar la Ley General de Salud para regular la reproducción asistida;⁷⁴ ésta se encuentra en revisión en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados; de aprobarse, estaría lista para su publicación. Uno de los aspectos positivos que se incluyen en esta minuta es la creación de un Registro General en Materia de Reproducción Asistida, que incluya un censo de las clínicas y procesos que se lleven a cabo y un control de los aspectos relacionados con la donación de gametos y embriones. Hoy en día los usuarios no tienen certeza de quiénes practican los servicios, y no hay suficientes controles. De forma paralela a esta minuta, en septiembre de 2016, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados emitió un dictamen en materia de reproducción asistida y gestación subrogada.⁷⁵ De ser aprobada por esta Cámara pasaría al Senado para ser revisada. Esta iniciativa es más conservadora que la anterior, y especifica diversos requisitos para tener acceso a las TRA; por ejemplo, limita su uso para parejas que cuenten con un diagnóstico de infertilidad y prohíbe que se utilicen gametos masculinos de un donante.

En 2016 también se estuvo discutiendo la elaboración de una Norma Oficial Mexicana (NOM) para la Reproducción Asistida, en la que participaron representantes de la Secretaría de Salud, Cofepris, representantes de clínicas y hospitales públicos y privados, así como asociaciones civiles conformadas en su mayoría por médicos. La última reunión fue en diciembre de 2016, y no hubo una validación final ni reuniones posteriores para discutir aspectos no acordados. El proyecto de NOM se dejó en pausa hasta que se apruebe alguno de los proyectos de ley que están en el Congreso.

La falta de una normatividad integral que aborde los diversos aspectos de las TRA en México provoca que su práctica se desarrolle conforme a parámetros internos de las instituciones de salud que ofrecen dichos servicios; esto genera inseguridad jurídica para todos los sujetos que intervinen, profesionales de la salud, pacientes, donadores de gametos y, en el

⁷⁴ Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Maricela Contreras Julián, del grupo parlamentario del PRD, disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/63/2015/nov/20151104-II.html#Iniciativa12>.

⁷⁵ Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la ley general de salud, a cargo de la diputada Sylvana Beltrones Sánchez, del grupo parlamentario del PRI, disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/03/asun_3350059_20160317_1456863565.pdf.

caso de la gestación por sustitución, los más vulnerables suelen ser las mujeres gestantes y los hijos que nazcan producto de este tipo de acuerdos.

Esta laguna normativa que prevalece en México tiene repercusiones no sólo en los derechos de los adultos, sino también en el eventual producto de la fecundación.⁷⁶ Uno de los puntos fundamentales que deben ser discutidos es el relativo a su filiación y derechos. Los derechos de las personas que recurren a las TRA no deben tener prioridad sobre los derechos de los menores; los padres no pueden renunciar al ejercicio de los derechos de los menores en su nombre.⁷⁷ En la práctica, debido a la ausencia de reglas claras, los establecimientos en donde se ofrecen TRA con intervención de donantes manejan la información de los donantes con estricta confidencialidad y anonimato.⁷⁸ ¿Qué pasaría si a su mayoría de edad la persona requiere, por alguna razón, conocer su origen genético o incluso información específica del donante?,⁷⁹ ¿y si a su mayoría de edad la

⁷⁶ El primer antecedente de los derechos para niños y niñas es la Declaración de Ginebra, adoptada por la Asamblea de la Sociedad de Naciones el 24 de septiembre de 1924. Posteriormente, en 1959 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de los Derechos del Niño, pero no es hasta 1989 cuando se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, que constituye el primer instrumento jurídicamente vinculante para los Estados que la han ratificado. México la ratificó el 21 de septiembre de 1990.

⁷⁷ Esto supone algunos problemas teóricos, pues podría suponer el reconocimiento de derechos de una persona que aún no existe; sin embargo, si el niño llega a gestarse, ¿qué pasará con los derechos que le corresponderían, es decir, de los que efectivamente será titular?, González Contró, Mónica, “Los derechos del niño en la reproducción asistida”, en Brena, Ingrid, *Reproducción asistida*, México, UNAM, pp. 101 y103.

⁷⁸ Kably Ambe, Alberto *et al.*, Consenso Nacional Mexicano de Reproducción Asistida, *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(9):581-624, pp. 624, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom129c.pdf>

Establecimientos privados publican en sus portales de internet que la información de los donantes será confidencial y anónima. Clínica IVI INSEMER, disponible en: <https://ivi.mx/ivi-insemer/>; Instituto Ingemes, disponible en: <http://www.ingenes.com/>; Concibe <http://www.concibe.com.mx/>.

⁷⁹ La única entidad federativa en México que prevé la posibilidad de que el hijo, a la mayoría de edad, pueda conocer información sobre su origen biológico es Sonora. En el artículo 207 de su Código Familiar se establece: “Cuando el embarazo se obtenga por técnicas de reproducción asistida con material genético de personas distintas de uno o ambos cónyuges o concubinos, los que usen voluntariamente gametos de terceros serán considerados como padres biológicos del niño que nazca por estos métodos, siempre que hayan otorgado expresamente su autorización. El hijo podrá solicitar, al llegar a su mayor edad, informes sobre el padre biológico en los mismos casos que en la adopción plena, sin reclamar ningún derecho filiatorio”.

clínica que recabó la información sobre el donante ya no sigue operando? La parte más vulnerable en este escenario sería el niño o niña, que se vería imposibilitado a conocer su origen biológico y genético,⁸⁰ lo que supone negarle uno de los elementos fundamentales que constituye su identidad. El principio del interés superior del menor tiene fundamento en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁸¹ y en el artículo 3o., apartado 1, de la Convención sobre los Derechos del Niño,⁸² en donde se señala que en las decisiones o medidas que involucre a la niñez, el Estado tiene la obligación de atender a su interés superior, lo que implica que el ejercicio pleno de sus derechos debe ser considerado como criterio rector para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño.

En contravención a la situación en América Latina, en Europa la mayoría de los países cuentan con una normatividad que regula los procedimientos de reproducción asistida. En Europa existen básicamente dos grupos de legislaciones sobre procreación asistida, con posiciones opuestas. En el primer grupo están los países que tienen una normatividad en la que prima el libre acceso a técnicas de reproducción asistida; ejemplo de legislaciones de este tipo son: la ley española, una de las leyes más abierta y progresista,⁸³ y

⁸⁰ Las expresiones “origen *genético*” y “origen *biológico*” no son exactamente equivalentes. La primera se refiere a la llamada herencia genética, o patrimonio genético; el extraordinario progreso de la técnica ha favorecido el acceso al conocimiento de este origen desde que, cuando existe material indubitado, la probabilidad de llegar a la información exacta es hoy muy elevada. La expresión “origen *biológico*” abarca, además del dato genético, otros aspectos comprensivos de la vida (bio) de una persona, tales como los vínculos afectivos trabados con otras personas (abuelos, hermanos, etcétera), que integran su propia historia. Kemelmajer de Carlucci, Aída Rosa, *Enciclopedia de bioderecho* disponible en: <http://enciclopedia-bioderecho.com/voces/242>.

⁸¹ Artículo 4o. “...En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez....”

⁸² Artículo 3o. “1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

⁸³ En 1988 España promulgó su primera ley de reproducción asistida. Pocos eran los países en Europa y el mundo que contaban con una normatividad sobre la materia. Esta

la inglesa. En el segundo grupo, la normatividad privilegia la protección de la vida embrionaria, y su corte es más conservador. Este tipo de legislación es la que han adoptado en Alemania, Italia, Austria y Suiza.⁸⁴

V. COBERTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA A NIVEL GLOBAL

Las cifras sobre disponibilidad de servicios para tratamiento de la infertilidad son muy variadas, no sólo en América Latina, sino a nivel mundial. Con algunas excepciones, los países desarrollados han reconocido que la infertilidad es una condición médica, y han incluido disposiciones dentro de las políticas nacionales de salud para cubrir el tratamiento de la infertilidad. Por otro lado, sus regulaciones gubernamentales pueden negar el acceso a algunos servicios específicos o determinado grupo de personas. Estas restricciones han propiciado un aumento en el llamado “turismo reproductivo”,⁸⁵ las parejas o los individuos van a otros países para recibir lo que no pueden conseguir en su país.⁸⁶

ley pretendió buscar el equilibrio entre la dignidad humana, y el progreso científico; sin embargo, los avances en la ciencia son constantes; es por ello que en 2003 modificó su legislación, que pasados algunos años también resultó insuficiente y limitante, motivo por el cual promulgó la Ley 14/2006, del 26 de mayo, vigente hasta este momento. Sobre el desarrollo y análisis a la Ley 35/1998, se recomienda consultar a Gómez Sánchez, Yolanda en *El derecho a la reproducción humana*, Madrid, Marcial Pons, 1994. Sobre el contenido y análisis de la Ley 14/2006, se sugiere consultar la obra de Lledó Yagüe, Francisco *et al.*, *Comentarios científico-jurídicos a la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Ley 14/2006, 26 de mayo)*, Madrid, Dykinson, 2007.

⁸⁴ Suárez Ávila, Alberto Abad, *op. cit.*, p. 197.

⁸⁵ En términos generales, el “turismo reproductivo” puede definirse como el desplazamiento de un individuo o pareja desde su país de origen a otro país, para acceder a las TRA. El fenómeno se identifica con el desplazamiento de posibles receptores de TRA desde una institución, jurisdicción o país donde una técnica en concreto no se encuentra disponible, a otra institución, jurisdicción o país donde pueden obtenerla. La expresión “turismo reproductivo” resulta, en cualquier caso, difícil de armonizar con la idea de “turismo” como viaje de placer, aunque guarda coherencia con la definición cada vez más utilizada de turismo como industria, y deviene una manifestación más del fenómeno globalizador. Lamm, Eleonora, *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*, Barcelona, Universidad de Barcelona, 2013, pp. 21 y 22.

⁸⁶ En varios países de Europa Occidental el uso de gametos y el acceso a servicios de infertilidad a mujeres lesbianas, solteras o posmenopáusicas puede ser negado.

De acuerdo con los datos registrados en el reporte del IFFS,⁸⁷ la prestación de asistencia reproductiva ha experimentado un crecimiento constante en los últimos años debido a una mejor comprensión de las causas de infertilidad y al aumento en las oportunidades de hacer uso de procedimientos de fertilización *in vitro* en un mayor número de países en todo el mundo. Pese al avance en la materia, este informe revela la brecha existente entre la necesidad de servicio y el apoyo financiero de los Estados y asegurados. Sobre el tópico “financiamiento gubernamental basado en el estado de fertilidad”, 37 países, de setenta que respondieron la encuesta, informaron que en su país se proporciona cobertura para tratamientos de infertilidad. De los 46 países que reportaron proveen en algún nivel financiamiento gubernamental, 34 tienen un plan nacional, nueve planes regionales, y cuatro planes locales.

Los problemas de acceso a los servicios de infertilidad en el mundo son diferentes; así, en los países en desarrollo los impedimentos para el acceso puede deberse a restricciones sociales y culturales. La religión puede desempeñar un papel en la negativa o restricción al acceso para el tratamiento de la fertilidad tanto en países en desarrollo como en países industrializados;⁸⁸ por ejemplo, en Latinoamérica la religión católica ejerce considerable presión moral a los legisladores y al público para que impidan el acceso a la fertilización *in vitro*.⁸⁹ La postura de la Iglesia católica en este tema es clara. Según la Congregación para la Doctrina de la Fe, el ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde la concepción. En consecuencia, a partir de ese momento tiene derechos como persona. Desde hace más de un siglo la Iglesia católica ha manifestado su rechazo respecto al uso de TRA.⁹⁰

Otro factor importante en el acceso a los centros de tratamiento de la infertilidad es el relativo al costo; en los países en desarrollo, que operan fuera de los servicios de salud financiados por el gobierno, sólo podrán acceder a esos servicios aquellas personas que cuentan con recursos para pagarlos. El alto costo a nivel mundial de las técnicas de reproducción asistida es un problema internacional que afecta a muchos países. Existen

⁸⁷ International Federation of Fertility Societies, *op. cit.*, p. 11.

⁸⁸ Facio, Alda, *op. cit.*, pp. 27-30.

⁸⁹ Nachtigall, Robert D., *op. cit.*, p. 873.

⁹⁰ Mendoza, Héctor A., *La reproducción humana asistida. Un análisis desde la perspectiva jurídica*, México, Fontamara-Universidad Autónoma de Nuevo León, 2011, pp. 171 y 172.

grandes disparidades en la disponibilidad, calidad y prestación de servicios de infertilidad entre las naciones desarrolladas y en desarrollo en el mundo. Dependiendo de la política nacional de salud de un país, el costo para el consumidor puede variar de 0 a 100% del costo total. Esta situación deja desprotegido a un sector de la población, que demanda servicios médicos para el tratamiento de su infertilidad,⁹¹ aspecto que en muchos casos se convierte en una barrera en términos de accesibilidad a los servicios de salud, toda vez que podrían acceder a los tratamientos de reproducción asistida quienes tengan recursos económicos para financiarlos, situación que genera una discriminación de la población desfavorecida económicamente.

En Argentina,⁹² la ley incluye en el Programa Médico Obligatorio los procedimientos y las técnicas de reproducción médicamente asistida, entre ellos la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida, y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca el Ministerio de Salud de la Nación, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, que no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o al estado civil de los destinatarios.⁹³

⁹¹ Nachtigall, Robert D., *op. cit.*, p. 873.

⁹² Previo a la sanción de la ley argentina de 2013, en Buenos Aires se sancionó en 2010 una Ley de Fertilización, que tiene por objeto reconocer la infertilidad como enfermedad y la cobertura médica integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización homóloga. Ley 14208, disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>.

⁹³ Decreto 956/2013. Ley 26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Reglamentación. "Artículo 8o. Cobertura. Quedan obligados a brindar cobertura en los términos de la presente reglamentación y sus normas complementarias los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud enmarcados en las Leyes No. 23.660 y No. 23.661, las Entidades de Medicina Prepaga (Ley No. 26.682), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Ley No. 19.032), la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas, las Obras Sociales Universitarias (Ley No. 24.741), y todos aquellos agentes que brinden servicios médico asistenciales independientemente de la forma jurídica que posean. El Sistema de Salud Público cubrirá a todo argentino y

Argentina es el primer país en América Latina que brinda este servicio de fomento a la fertilidad a través de la salud pública. Previo a la sanción de la ley, diferentes tribunales de ese país se pronunciaron sobre aspectos relacionados con la cobertura médica. Algunos de los argumentos a favor fueron que si el acceso a las técnicas de reproducción asistida constituye un aspecto del derecho a la salud no puede encontrarse reservado a las personas que poseen los medios socioeconómicos para solventar los tratamientos más sofisticados y eficaces contra la esterilidad, y resultar vedado para quienes carecen de recursos suficientes; no cubrir los procedimientos necesarios para realizar estos procedimientos constituiría discriminación por razón socioeconómica.⁹⁴

Por otra parte, la normatividad en Uruguay establece que el Estado debe garantizar “que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud”.⁹⁵ Dentro de los programas integrales de asistencia se contempla la cobertura de técnicas de baja complejidad, y serán financiados por éste cuando la mujer no sea mayor de cuarenta años. Con relación a técnicas o procedimientos de alta complejidad, la normatividad establece que serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos, con el alcance y condiciones que establecerá la reglamentación. Ambas prestaciones incluyen los estudios para el diagnóstico de la infertilidad, así como el tratamiento, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones que se presenten y la medicación correspondiente en todos los casos.

a todo habitante que tenga residencia definitiva otorgada por autoridad competente, y que no posea otra cobertura de salud...”.

⁹⁴ Para consultar el tratamiento judicial en torno a la cobertura de procedimientos de reproducción asistida en Argentina, destacándose los principales fundamentos a favor y en contra de obligar a las obras sociales a solventar los gastos que se derivan de este tipo de prácticas, en especial las de alta complejidad, véase Herrera, Marisa; De la Torre, Natalia *et al.*, “Cubrir y descubrir la lógica de la doctrina jurisprudencial en materia de técnicas de reproducción asistida”, *SJA* 2013/05/01-13; *JA* 2013-II, 2013.

⁹⁵ Ley 19.167. Técnicas de Reproducción Humana Asistida. “Artículo 3o. (Deber del Estado). El Estado garantizará que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud con el alcance dispuesto en la presente ley. Asimismo, promoverá la prevención de la infertilidad combatiendo las enfermedades que la puedan dejar como secuela, así como la incidencia de otros factores que la causen”.

Esta obra está bajo una *Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional*, IJJ-UNAM. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 151, pp. 13-50.

Por su parte, las instituciones de salud pública en México que ofrecen a sus beneficiarios procedimientos de reproducción asistida cuentan con infraestructura y financiamiento limitados.⁹⁶ La mayoría de las instituciones atienden problemas de infertilidad a través de procedimientos de baja complejidad.⁹⁷ Los hospitales públicos que cuentan con un programa de reproducción asistida y realizan procedimientos de baja y alta complejidad son el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes” (INper); el Centro Médico Nacional (CMN) “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE); Hospital Central Sur de Alta Especialidad, de Pemex y el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

En el INper atienden a personas no aseguradas por alguna otra institución, y a través del Departamento de Trabajo Social se evalúa el contexto socioeconómico del paciente para determinar la cuota de recuperación que deberá aportar, para lo cual además se tomará en cuenta el costo de los servicios. Las cuotas se fundan en principios de solidaridad social, y guardan relación con los ingresos del paciente; sólo en caso de que el usuario carezca de recursos se le puede eximir del pago. El costo aproximado de un procedimiento de baja complejidad es de cinco mil pesos, y de alta complejidad 29 mil pesos. En ambos casos se requiere la aplicación de medicamentos para la estimulación ovárica, que deben adquirirse por la paciente. La cantidad de medicamentos dependerá de la respuesta de la usuaria.⁹⁸

Por otra parte, en el CMN “20 de Noviembre” del ISSSTE se desconoce el costo unitario aproximado de los procedimientos de reproducción asistida —baja y alta complejidad— que se practican en ese hospital, debido a que este tipo de servicios no forman parte del Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tarifas Máximas Referenciales del Sector Salud.⁹⁹

Es importante observar que algunos establecimientos de salud públicos y privados miden la eficiencia de sus procedimientos de reproducción

⁹⁶ González Santos, Sandra, *op. cit.*

⁹⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, CMN “20 de Noviembre” del ISSSTE, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex, Hospital de la Mujer, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” y Hospital Juárez de México.

⁹⁸ Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 1225000009017

⁹⁹ *Ibidem*, folio 0063700062514.

asistida con base en referencias de otros países.¹⁰⁰ Lo óptimo sería que todos los centros contaran con indicadores propios para medir la eficiencia real obtenida por el establecimiento. Las tasas de éxito obtenidas por cada centro deberían ser públicas, para que los usuarios puedan decidir de manera informada el establecimiento al que desean acudir para ser atendidos.

Continuando con los hospitales públicos en México, el hospital de Pemex no cuenta con un programa de reproducción asistida; sin embargo, de existir candidatas a técnicas de alta complejidad se valoran los casos para su envío a un prestador de servicios contratado, a través de un proceso de licitación pública. La última contratación que hizo fue en 2013, por un monto de 2,678,000 pesos, y se realizaron 93 procedimientos de alta complejidad.¹⁰¹ Por último, en febrero de 2015 se inauguró la clínica de infertilidad en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, dependiente de la Secretaría de Salud del estado de México, en el que atienden a los afiliados al seguro popular del Instituto de Salud del Estado de México.¹⁰² En agosto de 2016 nació la primera bebé concebida en este centro a través de la fertilización *in vitro*.¹⁰³

Aunado a que son pocos los hospitales públicos en México que ofrecen a sus beneficiarios servicios de reproducción asistida —alta complejidad—, la ausencia de una normatividad específica que regule los aspectos de la reproducción humana asistida promueve que las instituciones de salud pública y privada operen conforme a criterios internos, situación que provoca inseguridad jurídica tanto del personal médico como de los pacientes. Los criterios de admisión a los programas de reproducción asistida que establecen la mayoría de los hospitales públicos en México, muchas veces vulneran derechos humanos, por tratarse de requisitos o limitaciones que implican exclusiones discriminatorias.¹⁰⁴ Otro aspecto que

¹⁰⁰ *Ibidem*, folio: 1225000004816. *Ibidem*, folio: 0063700517416.

¹⁰¹ *Ibidem*, folio: 1857200288816.

¹⁰² Sistema de Acceso a la Información Mexiquense: Saimex, folio 0068/ISEM/IP/2017.

¹⁰³ Montaña, Ma. Teresa, “Clínica de fertilidad. Una fábrica de sueños mexiquense”, *El Universal* [México], 9 septiembre 2016, disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/edomex/2016/09/5/clinica-de-fertilidad-una-fabrica-de-suenos-mexiquenses>.

¹⁰⁴ Requisitos de ingreso INPER: mujeres: 35 años y hombres 55 años máximo, presentar acta de matrimonio o constancia de situación civil, vida sexual durante un año o más sin anticoncepción y sin haber logrado embarazo, contar con estudio previo de

resulta importante destacar es que en ninguna institución de salud pública se realizan procedimientos de baja y alta complejidad con gametos o embriones donados; esto debido a que no existe normatividad.¹⁰⁵

La falta de una ley que establezca los usos admitidos y prohibidos de estas técnicas implica que los responsables de los establecimientos en los que se realizan TRA deban tomar decisiones sin una regla externa que fije los límites. Al respecto, Florencia Luna señala:

Así puede señalarse que no existen objeciones contundentes en contra de estas técnicas desde una visión general del tema. Sin embargo, además de los argumentos generales a favor y en contra de estas técnicas, es necesario individualizar cada técnica, reflexionar cuidadosamente sobre cada una de

esterilidad y presentar estudios que apoyen el diagnóstico de esterilidad, los casos en los que la pareja presente azoospermia (falta de espermatozoides), no podrán ser atendidos en el Instituto.

Requisitos de ingreso CMN “20 de Noviembre”: mujeres 35 años y hombres 55 años máximo, parejas constituidas legalmente (presentar acta de matrimonio o concubinato), pacientes sin anomalías genéticas heredables a sus hijos, que la pareja no presente alguna enfermedad concomitante, realizarán una consulta preconcepcional para evaluar el riesgo potencial de embarazo, pacientes con IMC menor a 30, en caso de ser mayor se le enviará al programa de obesidad e infertilidad y una vez que reduzca peso será ingresada al programa de infertilidad en la pareja, con un hijo o ninguno. Sobre los criterios de admisión a programas de reproducción asistida en hospitales públicos en México, véase Esparza Pérez, R. Verónica, *op. cit.*

En el Hospital de la Mujer, unidad de salud centralizada, dependiente de la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales de Referencia, si bien no se realizan técnicas de reproducción asistida de alta complejidad, desde 2010 que se creó el programa de reproducción asistida han efectuado 722 procedimientos de baja complejidad. En este hospital, los criterios de admisión a su programa de reproducción asistida están apegados a aspectos médicos, los que difícilmente podrían constituir una exclusión discriminatoria, y en consecuencia vulnerar derechos humanos. Sus criterios de admisión son: a) edad mínima en la mujer y el hombre dieciocho años y edad máxima de la mujer de acuerdo con reserva ovárica y hombre de acuerdo con el resultado de espermatobioscopia directa; b) valoración de riesgo pregestacional; c) exámenes de laboratorio mínimos (especifican cuáles se deberán realizar); d) todo paciente con antecedentes de infección por hepatitis B y C, virus de inmunodeficiencia humana (HIV), toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes y sífilis deben realizarse exámenes de laboratorio correspondientes para valorar su estado actual; f) no presentar enfermedades crónico-degenerativas, problemas metabólicos descompensados; g) no presentar adicciones. Sistema de Acceso a la Información Pública. Infomex: folio 000120001767.

¹⁰⁵ Solicitud de Información Pública. Infomex, folio 0063700028817. Solicitud de Información Pública. Infomex, folio 1225000000617

ellas y tener en cuenta problemas de implementación de estas prácticas así como que un adecuado marco legal puede ayudar a evitar que se haga un mal uso de estas técnicas pensadas primariamente para ayudar a superar el problema de la infertilidad.¹⁰⁶

El acceso a la reproducción humana asistida involucra el ejercicio de diversos derechos humanos, entre ellos el derecho a la protección de la salud, a la autonomía reproductiva, a la igualdad, a la no discriminación, a fundar una familia y a beneficiarse de los avances científicos, todos derechos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en tratados internacionales que México ha ratificado.¹⁰⁷ Ello no implica que se utilicen recursos públicos desmedidamente para atender este rubro, sino que se busque que este servicio esté disponible en forma progresiva y gradual,¹⁰⁸ aunado a que los criterios de admisión a sus programas no constituyan requisitos que vulneren derechos humanos.

¹⁰⁶ Luna, Florencia, “Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina”, en Facio, Alda, *op. cit.*, pp. 27

¹⁰⁷ Pedro Morales Aché refiere: “Es indiscutible que la fecundación «in vitro» tiene pleno sustento constitucional en nuestro país, en la medida en que es un medio para hacer efectiva la libertad reproductiva (en todos los casos), y el derecho a la protección de la salud (tratándose de personas con problemas de esterilidad o infertilidad o cuando se pretende evitar la transmisión de una enfermedad), y que también es una manifestación del derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, reconocido en el artículo 15, parágrafo 1, inciso b, del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. Morales Aché, Pedro, “Los derechos reproductivos desde la perspectiva constitucional”, en Vázquez, Rodolfo (coord.), *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Fontamara, 2012.

¹⁰⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000 párr. 12 b. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos...

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad

Por último, en Colombia, pese a que desde 1985 se practican las técnicas de reproducción asistida, no cuenta con una normatividad que las regule de manera integral. Los tribunales de este país han sido bastante reticentes en autorizar el acceso a la fertilización *in vitro*, a modo de cobertura, estableciendo así el carácter excepcional de estas decisiones. Pese a los antecedentes jurisprudenciales de los tribunales, la Corte Constitucional de Colombia en 2015 emitió la sentencia T-274/15, sobre el derecho a la salud reproductiva y la fertilización *in vitro*. En este fallo la Corte ordena al Ministerio de Salud y Protección Social que inicie los estudios de impacto fiscal sobre la inclusión de los tratamientos de reproducción asistida en el Plan Obligatorio de Salud.¹⁰⁹

A modo de conclusión y volviendo a la multicitada sentencia de la Corte IDH sobre el caso *Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica*, en la que se establece que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos, el Tribunal recuerda que no basta con que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares condiciones personales o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad.¹¹⁰

En definitiva, si el derecho niega la realidad, no por ello dejará de ser realidad; es conveniente hacer una revisión de la situación que tienen que enfrentar las personas infértiles que necesitan recurrir a TRA. Es obligación de los Estados contar con una regulación integral en materia de reproducción humana asistida que sea respetuosa de los derechos humanos, garantice y proteja la actividad de los profesionales de la salud y propicie el avance de la ciencia. Es preciso establecer el marco legal adecuado para

exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

¹⁰⁹ Sentencia T-274/15, Acción de Tutela y Tratamiento de Fertilidad-Reiteración de jurisprudencia sobre su procedencia excepcional en los casos establecidos por la Corte Constitucional, disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-274-15.htm>.

¹¹⁰ *Caso Artavia Murillo y Otros (“Fertilización in vitro”) vs. Costa Rica*, excepciones preliminares, fondo y reparaciones y costas, 28 de noviembre de 2012, epígrafe D.2 a) Discriminación indirecta en relación a la condición de discapacidad, párrafo 292.

regular correctamente los avances científicos para que los establecimientos de salud tanto públicos como privados dirijan su actuación con apego a derecho y se garantice un acceso justo, equitativo y con un trato digno y de calidad, se respeten los derechos humanos de todos los sujetos que intervienen, en especial el de los menores.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. *Libros*

- ANDORNO, Roberto, “Técnicas de procreación asistida”, en BRENA Y SESMA, Ingrid y TOBOUL, Gérard (coords.), *Hacia un instrumento regional internacional sobre la bioética. Experiencias y expectativas*, México, UNAM, 2009.
- BARBIERI, Robert L., “Female Infertility”, en YEN and JAFFE’S, *Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management*, Philadelphia, Saunders Elsevier, 2006.
- BRENA, Ingrid, “La sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso *Artavia Murillo y otros fecundación in vitro* vs. *Costa Rica*. Un avance en el pensamiento laico en Latinoamérica”, en CARBONELL SÁNCHEZ, Miguel; FIX-FIERRO, Héctor Felipe; VALADÉS, Diego (coords.), *Estado constitucional, derechos humanos, justicia y vida universitaria. Estudio homenaje a Jorge Carpizo. España Derechos Humanos*, t. V, vol. 1, México, UNAM, 2015.
- CANO VALLE, Fernando *et al.*, *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*, México, UNAM, 2014.
- CORCÓSTEGUI ORMAZÁBAL, Beatriz, “Registro nacional de actividad y resultados de los centros y servicios de reproducción asistida”, en LLEDÓ YAGÜE, Francisco *et al.*, *Comentarios científico-jurídico a la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Ley 14/2006, 26 de mayo)*, Madrid, Dykinson, 2007.
- FACIO, Alda, *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Yolanda, *El derecho a la reproducción humana*, Madrid, Marcial Pons, 1994.

- GONZÁLEZ CONTRÓ, Mónica, “Los derechos del niño en la reproducción asistida”, en BRENA, Ingrid (coord.), *Reproducción asistida*, México, UNAM.
- LUNA, Florencia, “Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina”, en FACIO, Alda, *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008.
- LLEDÓ YAGÜE, Francisco *et al.*, *Comentarios científico-jurídicos a la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Ley 14/2006, 26 de mayo)*, Madrid, Dykinson, 2007.
- MARTÍNEZ BULLÉ GOYRI, Víctor Manuel, “La salud como derecho humano. Una promesa incumplida”, *Historia y Constitución. Homenaje a José Luis Soberanes Fernández*, t. II, México, UNAM, 2015.
- MENDOZA, Héctor A., *La reproducción humana asistida. Un análisis desde la perspectiva jurídica*, México, Fontamara-Universidad Autónoma de Nuevo León, 2011.
- MORALES ACHÉ, Pedro, “Los derechos reproductivos desde la perspectiva constitucional”, en VÁZQUEZ, Rodolfo (coord.), *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Fontamara, 2012.
- SUÁREZ ÁVILA, Alberto Abad, *Laicidad y derechos reproductivos en la jurisdicción constitucional latinoamericana*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015.
- TORRE MARTÍNEZ, Carlos de la, *El derecho a la no discriminación en México*, México, Porrúa-CNDH, 2006.
- VÁZQUEZ, Rodolfo, *Derechos humanos. Una lectura liberal igualitaria*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Instituto Tecnológico Autónomo de México-Centro de Estudios de Actualización en Derecho, 2015.

2. Revistas

- BRENA, Ingrid, “La fecundación asistida, ¿historia de un debate interminable? El informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”, *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, vol. XII, 2012.

- ESPARZA, Rosa Verónica, “La depreciación de los derechos humanos y la regulación de la reproducción humana asistida en México”, *Gaceta Médica de México*, [en prensa].
- GONZÁLEZ SANTOS, Sandra P., “From Esteriology to Reproductive Biology: The Story of the Mexican Assisted Reproduction Business”, *Reproductive, Biomedicine and Society*, vol. 2, 2016.
- HERRERA, Marisa *et al.*, “Cubrir y descubrir la lógica de la doctrina jurisprudencial en materia de técnicas de reproducción asistida”, *SJA* 2013/05/01-13; JA 2013-II, 2013.
- IZQUIERDO, María de Jesús, “Ideología individualista y técnicas procreativas”, *Debate Feminista*, México, UNAM, vol. 8, 1993.
- KABLY AMBE, Alberto *et al.*, Consenso Nacional Mexicano de Reproducción Asistida, *Ginecol. Obstet. Mex.*, 2012; 80(9):581-624,
- LAMM, Eleonora, *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*, Barcelona, Universidad de Barcelona, 2013.
- LARSEN, Ulla, “Research on Infertility: Wich Definition Should we Use?”, *Fertility and Sterility*, vol. 83, núm. 4, abril de 2005.
- MAHLSTEDT, Patricia P. (ed. D.), “The Psychological Component of Infertility”, *Fertility and Sterility*, 1985, vol. 43, núm. 3.
- MORENO ROSSET, Carmen *et al.*, “La psicología de la reproducción: la necesidad del psicólogo en las unidades de reproducción humana”, *Clinica y Salud*, Madrid, 2009, vol. 20, núm. 1.
- NACHTIGALL, Robert D., “International Disparities in Access to Infertility Services”, *Fertility and Sterility*, vol. 85, núm. 4, abril de 2006.
- ORTIZ MOVILLA, R., ACEVEDO MARTIN, B., “Reproducción asistida y salud infantil”, *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*, vol. 12, núm. 48, Madrid, oct/dic. de 2010.

3. Documentos electrónicos

American Society for Reproductive Medicine, disponible en: <http://www.reproductivefacts.org/topics/topics-index/infertility/>.

Estado Actual de la Reproducción Asistida en América Latina y el Mundo, disponible en: http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_RED_LARA_no_mundo.pdf.

- Glosario de Terminología en Técnicas de Reproducción Asistida*, disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf?ua=1.
- Infertility as Disability*, disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.
- INTERNATIONAL FEDERATION OF FERTILITY SOCIETIES (IFFS) Surveillance 2016, disponible en: <http://www.iffs-reproduction.org/?page=Surveillance>.
- INFORME GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México”, México, 2015, disponible en: <http://informe2015.gire.org.mx/#/inicio>.
- INFORME GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, “Gestación subrogada en México. Resultado de una mala regulación”, 2017, disponible en: <https://gire.org.mx/gestacion-subrogada-en-mexico/>.
- INFORME DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA, en torno al marco regulatorio de la reproducción humana asistida, disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Informe.pdf>.
- ISA, Luciana, *Deseamos hijos, pero no los tenemos, ¿en qué lugar nos ubicamos? Construcciones de sentido en torno a la infertilidad. Relatos de mujeres que quieren ser madres*, tesis doctoral, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de Plata, 2017, disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59875/Documento_completo.pdf-PDFAU.pdf?sequence=3.
- KEMELMAJER DE CARLUCCI, Aída Rosa, *Enciclopedia de Bioderecho*, disponible en: <http://enciclopedia-bioderecho.com/voces/242>.
- MONTAÑO, Ma. Teresa, “Clínica de fertilidad. Una fábrica de sueños mexiquense”, *El Universal* [México], 9 septiembre de 2016, disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/edomex/2016/09/5/clinica-de-fertilidad-una-fabrica-de-suenos-mexiquenses>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.
- PALACIOS, César, “Una ley que prohíbe embarazos y trasplantes”, *Animal Político*, México, 14 de diciembre de 2016, disponible en: animalpolitico.com/blogueros-una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/2016/12/14/una-propuesta-ley-prohibe-embarazos-trasplantes/.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD, Registro Nacional de Actividad 2014, “Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2014”, disponible en: https://www.registrosef.com/public/docs/sef2014_IAFIV.pdf.

RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Adoptada por la 57a. Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/resolucion-de-la-amm-sobre-las-tecnologias-de-reproduccion-asistida/>.

VIDAL MARTÍNEZ, Jaime, “Reproducción asistida”, *Enciclopedia de biode-recho y bioética*, Romeo Casabona, Carlos María (dir.), disponible en: <http://enciclopedia-bioderecho.com/voces/278>.

4. *Sentencias y documentos internacionales*

Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing.

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIADH), *caso Artavia Murillo y Otros (“Fertilización in vitro”) vs. Costa Rica*, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, 28 de noviembre de 2012.

Declaración Universal de Derechos Humanos.

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013.

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Observación general núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Sentencia T-274/15, Acción de tutela y tratamiento de fertilidad-Reiteración de jurisprudencia sobre su procedencia excepcional en los casos establecidos por la Corte Constitucional de Colombia.