



Preservación de la fertilidad, reproducción asistida y criopreservación de gametos y preembriones

Legislación en España e Inglaterra

Autor

María Pilar Lampert
mlampert@bcn.cl

Nº SUP: 140769

Resumen

La preservación de la fertilidad (PF) es una cuestión vital para las personas en la etapa reproductiva o pre-pubescente cuando la fertilidad futura puede verse comprometida. Son muchos los factores que pueden llevar a las personas a intentar garantizar el mantenimiento o preservación de la salud reproductiva, como la edad avanzada, los procedimientos de afirmación sexual, afecciones metabólicas, enfermedades autoinmunes, intervenciones quirúrgicas específicas y, por supuesto, la terapia contra el cáncer.

Dentro de las opciones de preservación de la fertilidad se incluyen la criopreservación de gametos (espermios y ovocitos), así como también preembriones (óvulos fecundados). Independientemente de las diferencias logradas con cada técnica, la vitrificación de ovocitos y la criopreservación de preembriones son métodos de preservación de la fertilidad, bien establecidos en la práctica clínica.

España (1988) y el Reino Unido (1990), han sido países pioneros en el desarrollo de normativa en la materia, estableciendo los principios básicos para la regulación de las técnicas de Reproducción Asistida Humana, tales como la Fecundación In Vitro (FIV) y la Transferencia Embrionaria (TE).

Ambas legislaciones han establecido como usuaria principal a la mujer que será la receptora de las técnicas reguladas en la legislación, con independencia de su estado civil y orientación sexual. Respecto del marido o pareja civil, la ley española exige consentimiento expreso, mientras en la ley británica se presume su paternidad, salvo que pueda probar que no dio su consentimiento. Ambas normativas exigen que en caso de muerte de la pareja legal, esta debe haber dejado establecido por escrito si quería que el tratamiento siguiera su curso.

Respecto a los donantes, en España deben tener más de 18 años, y la donación es anónima voluntaria y altruista, mientras en Reino Unido, los donantes masculinos no pueden tener más de 46 años y las mujeres no más de 35 años, reciben un monto compensatorio por su donación y ésta no puede ser anónima, ya que la persona resultante de un embarazo con donación, podrá solicitar información del donante y

contactarlo cuando cumpla 18 años.

En España, el periodo máximo que se pueden mantener los gametos y preembriones criopreservados es la muerte del donante varón (salvo que haya consentimiento expreso para su uso post mortem). Por otra parte, para el caso de la mujer, el tejido ovárico y los preembriones se preservarán mientras los especialistas consideren que la receptora reúne los requisitos clínicamente adecuados para la práctica de la técnica de reproducción asistida. Tanto la mujer como el varón deben renovar cada dos años, como mínimo, su consentimiento para mantener sus gametos y preembriones criopreservados. En Gran Bretaña, los gametos y preembriones se pueden mantener por un plazo máximo de 55 años, término que debe renovarse cada 10 años.

En ambas legislaciones están consideradas las pruebas genéticas preimplantacionales para asegurar la implantación de preembriones sanos en el útero. Del mismo modo, ambas legislaciones regulan la donación de gametos y preembriones para investigación.

Introducción

En respuesta a solicitud parlamentaria, el presente informe da cuenta de la preservación de la fertilidad y normativa internacional relativa a la reproducción asistida, en particular a la criopreservación de gametos y preembriones.

Con ese objetivo, el documento se estructura en tres secciones. La primera —a modo de contexto— revisa información de organismos internacionales centrados en los derechos humanos de las mujeres, en particular, sus derechos sexuales y reproductivos, entre ellos la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y su Programa de Acción; pues la atención de la salud reproductiva incluye la prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad. La segunda sección explora la preservación de la fertilidad (PF), sus características, procesos y las tasas de efectividad para lograr un embarazo y un niño nacido vivo. Finalmente, se aborda la normativa de España y del Reino Unido, países pioneros en la disciplina, las que han establecido principios básicos para la regulación de las técnicas de Reproducción Asistida Humana, como la Inseminación Artificial (IA), la Fecundación In Vitro (FIV), la Transferencia Embrionaria (TE), y la Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG).

Para la realización del presente informe, se consultó literatura especializada en la materia y fuentes normativas oficiales de los países seleccionados. La traducción es de la autora.

I. Salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, de 1993, tuvo como resultado principal la [Declaración y Programa de Acción de Viena](#), un plan común para el refuerzo de la protección de los derechos humanos en todo el mundo. En este marco, la Conferencia adoptó nuevas medidas para

promocionar y proteger los derechos de las mujeres (ONU, 1993), evidenciando la necesidad de trabajar el tema con perspectiva de género y desde el marco de los derechos humanos (IIDH, 2008:20).

Sin embargo, este nuevo enfoque solo viene a consolidarse en la [Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo \(CIPD\)](#), celebrada en El Cairo en 1994, la que viene a reforzar el hecho que los derechos reproductivos son parte integral e indivisible de los derechos humanos en general y de los derechos humanos de las mujeres en particular (IIDH, 2008:24). Así, en la CIPD los Estados participantes reconocieron que la **salud sexual y reproductiva** era fundamental para las personas, las parejas y las familias (IIDH, 2008:21).

El Programa de Acción de la CIPD, define 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, sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, con la libertad para decidir si procrear, o no, cuándo y con qué frecuencia; por lo que incluye a su vez el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU, 2014:65). En este marco, la infertilidad puede negar la realización de estos derechos humanos esenciales, por lo que abordarla es una parte importante de la concreción del derecho de las personas y las parejas a fundar una familia (WHO, 2023).

En el año 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Memoria del Secretario General en la que se recomendaba la inclusión de la meta de “lograr el acceso universal a la salud reproductiva” en el ODM 5¹, incluyendo políticas y planes que proporcionen acceso universal a técnicas de manejo de la infertilidad (OMS-UNFPA, 2009). Por su parte, en el Reporte de la **Comisión de Población y Desarrollo**, elaborado el año 2011, se insta a los gobiernos y a los asociados para el desarrollo, a mejorar el acceso a tratamientos apropiados de infertilidad (CPD, 2011:6). Del mismo modo, reconoce la necesidad de abordar las repercusiones económicas, sociales e implicaciones de la infertilidad para los individuos, parejas y sociedades en su conjunto, y alienta a los Estados miembros a facilitar el acceso a la prevención, conocimientos y tecnologías para un tratamiento más eficaz y asequible de la infertilidad (CPD, 2011:8).

II. La preservación de la fertilidad

En el Programa de Acción de la CIPD (1994) se describe la atención de la salud reproductiva como “la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivo mediante la prevención y solución de problemas de salud reproductiva. En este marco, la CIPD define que dentro de los servicios que se deberían de ofrecer se encuentran la prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad (OMS-UNFPA, 2009:7).

¹ El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio busca reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

La preservación de la fertilidad (PF), es una cuestión vital para las personas en la etapa reproductiva o pre-pubescente de la vida, cuando la fertilidad futura puede verse comprometida. Son muchos los factores que pueden llevar a las personas a intentar garantizar el mantenimiento o preservación de la salud reproductiva, como la edad avanzada, los procedimientos de afirmación sexual, afecciones metabólicas, enfermedades autoinmunes, intervenciones quirúrgicas específicas y, por supuesto, la terapia contra el cáncer (Hussein et al, 2020:770). Según de *Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA)*, en el año 2019, en el Reino Unido, de todas las personas que criopreservaron gametos, 37% tenían menos de 35 años, 53% tenían entre 35 y 40, y el 12% más de 40 (DHSC, 2021).

Para el caso del cáncer en específico, estudios muestran que la preservación de la fertilidad es una prioridad de las personas que van a iniciar un tratamiento contra el cáncer, en particular cuando refiere las mujeres jóvenes con cáncer de mama (Bajpai et al., 2018: 113). De hecho, la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) recomienda, que todos los pacientes con cáncer y los padres o tutores de niños con cáncer, analicen el riesgo de infertilidad y las opciones de preservación de la fertilidad con sus médicos, lo antes posible antes de comenzar el tratamiento contra el cáncer, incluso si no están seguros de querer tener hijos en el futuro (ASCO, 2019).

Dentro de las opciones de preservación de la fertilidad se incluyen la criopreservación (congelamiento) de esperma y de tejido de los testículos de los hombres, así como la criopreservación de ovocitos (óvulos) y tejido de los ovarios para el caso de las mujeres, a las que se suman algunas cirugías específicas y la supresión ovárica. En tanto, una buena opción para mujeres u hombres con pareja, o para aquellas mujeres que tienen donante de espermios, es la criopreservación de preembriones (óvulos fecundados) (ASCO, 2019 a y b).

La elección de una técnica por sobre otra, va a depender de la situación del paciente, así como también las posibilidades de éxito de conseguir luego un embarazo, ya que según información entregada por la ASCO la criopreservación de preembriones, también llamada fertilización in vitro, es la forma más exitosa de preservar la fertilidad, seguida por la criopreservación de ovocitos (ASCO, 2019 a y b). Respecto de la supresión ovárica durante la quimioterapia, esta ha surgido como una opción razonable (Bajpai et al., 2018: 113) aunque las investigaciones de ASCO, aún no han demostrado completamente su eficacia (ASCO, 2019a).

Por su parte, un estudio llevado a cabo en Inglaterra para calcular el número total de embarazos clínicos, nacidos vivos y abortos espontáneos en mujeres que intentaron quedar embarazadas utilizando células, tejidos reproductivos o preembriones criopreservados², dan cuenta que las tasas de **embarazo clínico** fueron mayores en el caso de preembriones criopreservados (49%), seguidos por aquellos logrados con tejido ovárico (43,8%) y, finalmente, 34,9% para la criopreservación de ovocitos. En tanto, respecto de **las tasas de nacidos**, nuevamente fueron mayores en el caso de preembriones criopreservados (35,3%), seguido por el tejido ovárico (32,3%) y finalmente (25,8%) para la criopreservación de ovocitos. Si bien los datos muestran una mayor tasa de éxito en el uso de preembriones, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

² Donde se analizaron 38 estudios y un metaanálisis.

Donde sí es posible observar diferencias estadísticamente significativas, es respecto a las **tasas de aborto espontáneo** ya que fueron de 7,5% para el tejido ovárico, del 9,2% para la criopreservación de ovocitos y 16,9% para el caso de los preembriones, por lo que se produjeron significativamente menos abortos espontáneos con la criopreservación de tejido ovárico que con la criopreservación de preembriones (Bríd et al. 2022:1266).

Finalmente, datos aportados por la *European Society of Human Reproduction and Embriology*, dan cuenta que para el caso de la criopreservación de ovocitos las tasas de embarazo clínico eran de un 27% y de esos el 44% resultó en nacidos vivos. Además, los estudios muestran que las tasas se ven afectadas por factores como la edad (las posibilidades de lograr un embarazo y parto son mayores en mujeres menores de 36 años) y el haber tenido cáncer (ya que las mujeres afectadas por esta enfermedad, tienen menos probabilidades de lograr un embarazo y posterior parto) (ESHRE, 2020:95).

Independientemente de las diferencias logradas con cada técnica, en base a la investigación realizada la vitrificación de ovocitos³ y la criopreservación de preembriones son métodos de preservación de la fertilidad bien establecidas en la práctica clínica (ESHRE, 2020:85).

III. Normativa extranjera

A. España

1. Antecedentes

España es uno de los países del mundo más avanzados en materia de reproducción asistida, tanto por la calidad de los servicios otorgados, así como por la legislación que regula toda la actividad relacionada con las técnicas utilizadas (Tambre, 2024). La primera ley promulgada sobre técnicas de reproducción asistida fue la Ley 35/1988, aprobada el 22 de noviembre de 1988 (hoy derogada). Esta fue pionera en su disciplina y estableció los principios básicos para la regulación de las técnicas de Reproducción Asistida Humana, como la Inseminación Artificial (IA), la Fecundación In Vitro (FIV), con Transferencia Embrionaria (TE), y la Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG).

Más tarde, la ley en comento proporcionó el marco legal para la reproducción asistida en España, definiendo aspectos clave como la necesidad de consentimiento informado, la confidencialidad y el acceso a la información genética, así como los límites éticos y legales aplicados a estas técnicas. Posteriormente, se aprobó la Ley 43/2003, la que modificó y amplió el marco legal establecido por la Ley 35/1988, trayendo consigo nuevos apartados, como los dedicados a la donación de gametos y

³ La vitrificación es una técnica de conservación en frío, que consiste en una congelación ultrarrápida de los ovocitos o preembriones. Eventualmente, los ovocitos pueden no sobrevivir el proceso de congelación. Esto puede o no afectar la capacidad de fecundación de los ovocitos vitrificados, la calidad embrionaria y eventual implantación posterior. En el caso de los preembriones, la posibilidad de que el daño celular produzca una pérdida de un embrión es mucho menor porque si se daña una célula hay muchas otras dentro del mismo embrión que lo reparan. Información disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Ginecologia-Obstetricia/Unidad-de-Medicina-Reproductiva/Programa-Reproduccion-Asistida/criopreservacion-de-ovocitos-embriones>

preembriones y el consentimiento expreso para la utilización de preembriones sobrantes con fines de investigación científica (Tambre, 2024).

La Ley 14/2006, de Reproducción Asistida, derogó la reglamentación anterior, proporcionando un marco legal más completo y actualizado para la reproducción asistida en España. Esta legislación se creó con el objetivo de regular y establecer los límites éticos y legales en el ámbito de la reproducción asistida, protegiendo los derechos de las personas involucradas, así como la salud y el bienestar de la descendencia concebida mediante estas técnicas.

2. Marco Normativo

a) Usuarios

La Ley 14/2006, en su capítulo 3 y 6 da cuenta de las **condiciones personales y quienes pueden ser usuarios de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida**, de la siguiente forma:

- **Toda mujer mayor de 18 años** y con plena capacidad de obrar, podrá ser **receptora o usuaria** de las técnicas reguladas en esta ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa; con independencia de su estado civil y orientación sexual (art.6-1).
En este sentido, la ley reconoce las **familias monoparentales**, permitiendo la utilización de técnicas de reproducción asistida en mujeres sin pareja masculina. Del mismo modo, permite que las parejas de mujeres puedan someterse a tratamientos de inseminación artificial y fecundación in vitro compartiendo la maternidad. Entre los que destaca el método ROPA⁴ (Recepción de Ovocitos de la Pareja), donde una de las mujeres aporta los óvulos que se fecundan in vitro con semen de un donante y el preembrión resultante se transfiere al útero de la otra mujer, que será la gestante. Adicionalmente, en este contexto los hijos nacidos de una pareja de mujeres, son reconocidos inmediatamente ante la ley española como hijo de ambas, **evitando procesos de adopción o reconocimiento de la maternidad** de la pareja como ocurre en otros países de la unión europea. Estos dos casos, confirman la voluntad de España de brindar igualdad a los diferentes modelos de familia, que no deben ser un obstáculo para el deseo de tener descendencia. (Tambre, 2024).
- En el caso que la mujer estuviera casada, se precisará el consentimiento de su **marido**⁵, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y, así conste de manera fehaciente. (art.6.3).

Sin embargo la ley establece que **no podrá determinarse legalmente la filiación ni reconocerse efecto o relación jurídica alguna** entre el hijo nacido por la aplicación de las técnicas reguladas en esta ley y el marido fallecido, cuando el material reproductor de éste no se halle en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del varón.

⁴ ROPA. Información disponible en: <https://www.clinicatambre.com/fecundacion-in-vitro/ropa>

⁵ Se presume otorgado el consentimiento cuando el cónyuge hubiera estado sometido a un proceso de reproducción asistida ya iniciado para la transferencia de preembriones constituidos con anterioridad al fallecimiento del marido.

No obstante, el marido podrá prestar su consentimiento, en testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los 12 meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. El consentimiento, que podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización de cualquiera de las técnicas, producirá los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial (art 9.2). El varón no unido por vínculo matrimonial, podrá hacer uso del mismo consentimiento descrito, que servirá como título para iniciar el expediente para la **inscripción de nacimiento y filiación**⁶, sin perjuicio de la acción judicial de reclamación de paternidad (art.9.3).

b) Donantes

Los donantes deberán tener **más de 18 años**, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas (asegurándose de que estos no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia), por lo que los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas (Art 5-6).

El número máximo autorizado de hijos nacidos en España, que hubieran sido generados con gametos de un mismo donante, no deberá ser superior a **seis**. A los efectos del mantenimiento efectivo de ese límite, los donantes deberán declarar en cada donación si han realizado otras previas, así como las condiciones de éstas, e indicar el momento y el centro en el que se hubieran realizado dichas donaciones (Art 5-7).

El control de los donantes- que en España es **anónima**⁷, **voluntaria y altruista**, esto exceptuando únicamente la donación conyugal (art 5-1), se lleva a cabo a través del **Registro Nacional de Donantes**, adscrito al Ministerio de Sanidad, donde se encuentran todos los donantes con fines de reproducción humana (art 21-1). De este modo se da soporte a la trazabilidad tanto a gametos, como a preembriones, desde el donante a la receptora; garantizando en todo momento las condiciones debidas de confidencialidad y seguridad (CNRHA, 2024).

Este registro alimenta, a su vez, al **Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida (SIRHA)** que incluye el registro nacional de actividad y resultados de los centros y servicios de reproducción humana asistida (RHA), cuya finalidad es proporcionar información de la actividad de los centros en relación con el número de técnicas para los que se encuentren autorizados, así como las tasas de éxito en términos reproductivos e información del área concreta donde se realiza RHA (CNRHA, 2024).

⁶ Apartado 8 del artículo 44 de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.

⁷ Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes legales a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos y de los preembriones. Sólo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un peligro cierto para la vida o la salud del hijo o cuando proceda con arreglo a las Leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad de los donantes, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. Dicha revelación tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de los donantes (art.5-5).

Todos los datos relativos a la utilización de estas técnicas deberán recogerse en historias clínicas individuales, que deberán ser tratadas con las debidas garantías de confidencialidad respecto de la identidad de los donantes, de los datos y condiciones de los usuarios y de las circunstancias que concurran en el origen de los hijos así nacidos. No obstante, se tratará de mantener la máxima integración posible de la documentación clínica de la persona usuaria de las técnicas (art. 3-6).

c) Información y asesoramiento

Por su parte, en relación a la **información y el asesoramiento sobre estas técnicas**, esto deberá realizarse para todos quienes participen en el proceso, tanto receptor como donante, y considerará aspectos biológicos, jurídicos y éticos, precisando igualmente la información relativa a las condiciones económicas del tratamiento. En este marco, la aceptación de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida por cada mujer receptora quedará reflejada en un formulario de consentimiento informado en el que se hará mención expresa de todas las condiciones concretas de cada caso en que se lleve a cabo su aplicación; del mismo modo, la mujer receptora de estas técnicas podrá pedir que se suspenda su aplicación en cualquier momento de su realización anterior a la transferencia embrionaria, y dicha petición deberá atenderse (art 3- 3, 4,5).

Para la utilización de preembriones, semen, ovocitos o el tejido ovárico crioconservados, para cualquiera de los fines también contemplados en esta ley, se requerirá del **consentimiento informado** correspondiente **debidamente acreditado**, así:

- En el caso de los preembriones, el consentimiento deberá haber sido otorgado por la mujer o, en el caso de la mujer casada con un hombre, también por el marido, con anterioridad a la generación de los preembriones (art.11-5).
- El consentimiento para dar a los preembriones o gametos crioconservados cualquiera de los destinos citados podrá ser modificado en cualquier momento anterior a su aplicación.

Cada dos años, como mínimo, se solicitará de la mujer o de la pareja progenitora la renovación o modificación del consentimiento firmado previamente (art.11-6).

d) Criopreservación de gametos, preembriones o tejido

La ley 14/2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida, trata en el Capítulo III, lo referido a la crioconservación y otras técnicas coadyuvantes de las de reproducción asistida. Así, el artículo 11 respecto de la **conservación** establece lo siguiente:

- Para el caso del semen podrá crioconservarse en bancos de gametos autorizados durante la vida del varón de quien procede (art. 11-1).
- Para la crioconservación de los ovocitos, del tejido ovárico y de los preembriones sobrantes se podrá prolongar hasta el momento en que se considere por los responsables médicos, con el dictamen favorable de especialistas independientes y ajenos al centro correspondiente, que la

receptora no reúne los requisitos clínicamente adecuados para la práctica de la técnica de reproducción asistida (art.11-3).

Por su parte el artículo 11 apartado 6, pone un límite de tiempo para la conservación de gametos y preembriones. Así, si a los centros en los que se encuentren crioconservados, les fuese imposible obtener la firma del consentimiento correspondiente de la mujer o de la pareja progenitora, por el periodo de dos renovaciones consecutivas (4 años) y se pudieran demostrar de manera fehaciente las actuaciones llevadas a cabo con el fin de obtener dicha renovación sin obtener la respuesta requerida; entonces los mencionados centros podrán destinarlos conforme a su criterio, dentro de las opciones que entrega esta ley y manteniendo las exigencias de gratuidad, confidencialidad y anonimato establecidas (art.11-6).

e) Utilización de los gametos, preembriones o tejido

Respecto de la **utilización** de los gametos, preembriones o tejido crioconservado, el artículo 11, de la ley en comento, establece que los ovocitos y tejido ovárico crioconservados requerirá previa autorización de la autoridad sanitaria correspondiente antes de ser utilizados (art.11-2).

Dentro de los destinos posibles que podrán darse a los preembriones crioconservados, así como, en los casos que procedan, al semen, ovocitos y tejido ovárico crioconservados, son (art.11-4):

- Su utilización por la propia mujer o su cónyuge.
- La donación con fines reproductivos.
- La donación con fines de investigación.

En relación a la tercera opción, la **utilización de gametos y preembriones con fines de investigación**, el Capítulo IV de Investigación con gametos y preembriones humanos, da cuenta que:

- Los gametos utilizados en investigación o experimentación no podrán utilizarse para su transferencia a la mujer ni para originar preembriones con fines de procreación (art. 14.2).
- La investigación o experimentación con preembriones sobrantes procedentes de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida sólo se autorizará si: (i) el preembrión no se haya desarrollado in vitro más allá de 14 días después de la fecundación del ovocito⁸; (ii) Que se cuente con el consentimiento plenamente informado y por escrito de la pareja o, en su caso, de la mujer; (iii) Todos los proyectos se llevarán a cabo por equipos científicos cualificados, bajo control y seguimiento de las autoridades sanitarias competentes; (iv) Una vez terminado el proyecto, la autoridad que concedió la autorización deberá dar traslado del resultado de la experimentación a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida y, en su caso, al órgano competente que lo informó.

⁸ Descontando el tiempo en el que pueda haber estado crioconservado.

La información y el consentimiento deberán realizarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad (art.11-7).

Finalmente la ley también contempla el **cese de su conservación sin ser utilizados**, lo que ocurrirá una vez finalizado el plazo máximo de conservación establecido en esta ley⁹, sin que se haya optado por alguno de los destinos mencionados en los puntos anteriores.

f) Diagnóstico preimplantacional y a las técnicas terapéuticas en el preembrión

La ley 14/2006, en su artículo 12 establece que los centros debidamente autorizados podrán practicar técnicas de diagnóstico preimplantacional para la detección de **enfermedades hereditarias graves**, de aparición precoz y **no susceptible de tratamiento curativo posnatal** con arreglo a los conocimientos científicos actuales, así como también, la detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión (art 12.2).

En este marco, cualquier intervención con fines terapéuticos sobre el preembrión vivo in vitro sólo podrá tener la finalidad de tratar una enfermedad o impedir su transmisión, con garantías razonables y contrastadas. La que solo se autorizará, si: (i) cuenta con la autorización plenamente informada de la pareja o, en su caso, la mujer; (ii) cuando se trate de patologías con un diagnóstico preciso, de pronóstico grave o muy grave, y que ofrezcan posibilidades razonables de mejoría o curación; (iii) que no se modifiquen los caracteres hereditarios no patológicos ni se busque la selección de los individuos o de la raza. Para todos los casos requerirá de la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (art 13).

Finalmente, se establece que la aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida¹⁰, que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso (art 12.3).

B. Reino Unido

1. Antecedentes

El nacimiento de Louise Brown en 1978 en Oldham, Inglaterra - la primera “bebé probeta” en el mundo- desató un debate sobre las tecnologías reproductivas y embriológicas, ya que la niña fue

⁹ Definidos en el apartado anterior

¹⁰La **Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida**, es el órgano colegiado del Ministerio de Sanidad, de carácter permanente y consultivo, dirigido a asesorar y orientar sobre la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida, a contribuir a la actualización y difusión de los conocimientos científicos y técnicos en esta materia, así como a la elaboración de criterios funcionales y estructurales de los centros y servicios donde aquéllas se realizan. La Comisión se creó mediante el Real Decreto 415/1997, de 21 de marzo, que fue modificado por el Real Decreto 42/2010, de 16 de enero, adaptándose así a las nuevas técnicas, y otras que en un futuro puedan surgir por los avances científicos, y que la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida contempla en su articulado.

concebida mediante fertilización in vitro (FIV) que en ese momento no estaba regulada ni por ley ni dentro del Protocolo del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (LaTourelle, 2014). En este contexto el gobierno solicitó la formación del *Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology*¹¹, presidido por la Baronesa Helen M. Warnock¹², ya que se consideró que los nuevos métodos para ayudar a la concepción planteaban cuestiones jurídicas, sociales y éticas que era necesario abordar (Parlamento UK, 2007).

El informe final del Comité Warnock, evacuado el año 1984, no solo entregó información relevante sobre los impactos sociales del tratamiento de la infertilidad y la investigación embriológica (LaTourelle, 2014), sino que estimuló el desarrollo del *Human Fertilisation and Embryology (HFE) Act 1990*, ley que buscaba originalmente regular tres aspectos de la reproducción asistida: fertilización in vitro FIV; uso de óvulos o espermatozoides donados en el tratamiento; y almacenamiento de preembriones, espermatozoides u óvulos. La ley también cubría el uso de preembriones humanos en investigaciones (Parlamento UK, 2007).

Desde 1990 se han producido importantes avances tanto en la medicina como en la ciencia, que han hecho necesario modificar el esquema legislativo original en este ámbito. Los cambios más significativos se produjeron el año 2001, ampliando los posibles fines de embriones humanos para investigación, como es la "clonación terapéutica", es decir, la creación de un preembrión tomando un óvulo (u ovocito) al que se le había extraído el núcleo y reemplazándolo con el núcleo de una célula donada (por ejemplo, una célula de piel humana) (Parlamento UK, 2007). Posteriormente el año 2005, el gobierno llevó a cabo una consulta pública incluyendo temas como el tiempo de almacenamiento de preembriones y la detección de trastornos hereditarios en estos, la selección del sexo y posibles tecnologías futuras como los gametos artificiales, lo que llevó a nuevas modificaciones de la ley el año 2008 (DHSC, 2021).

Por su parte, los cambios a la ley llevados a cabo el 2009 permitieron una extensión del límite de almacenamiento básico de preembriones por períodos de 10 años, hasta un máximo de 55 años, para aquellos que puedan demostrar una necesidad médica (DHSC, 2021).

2. Marco normativo

a) Usuarios

La Human Fertilisation and Embryology Act 2008 permite por primera vez que las parejas del mismo sexo sean reconocidas como padres legales de niños concebidos mediante el uso de espermatozoides, óvulos o preembriones donados¹³. Hasta ese momento, algunas clínicas habían utilizado la "necesidad

¹¹ Comité de Investigación sobre Fertilización y Embriología Humana

¹² Helen Mary Warnock, fue miembro de la Academia Británica, filósofa británica especializada en filosofía moral, filosofía de la educación y filosofía de la mente, estudiosa del existencialismo.

¹³ El *Civil Partnerships Act 2004* concede a las parejas del mismo sexo que formaban una unión civil los mismos derechos y prerrogativas que a las parejas de distinto sexo. Por su parte, el *Equality Act (Sexual Orientations) Regulations 2007* declaró ilegal la discriminación por motivos de orientación sexual en el suministro de bienes, instalaciones y servicios, incluidos los de la atención sanitaria. Ambos marcos legales afectaron entonces al HFE. En cuestiones relacionadas con la paternidad legal de los niños.

de un padre” para negar el tratamiento a parejas femeninas del mismo sexo y mujeres solteras (Stonewall, 2023). En este sentido, se regula a los usuarios de las técnicas de reproducción asistida como:

- La madre, como la **mujer** que está embarazada o ha tenido un hijo como resultado de la una intervención cuya finalidad es poner en ella un preembrión o espermia y óvulos, en este sentido ninguna otra mujer, debe ser considerada como madre del niño.

Respecto del segundo padre, la ley considera distintas hipótesis:

- Al **hombre** que sea parte de un matrimonio o en un pacto de unión civil con la mujer que esté gestando o haya tenido un bebé como resultado de una inseminación artificial (art 35).
 - ✓ Salvo que este hombre pueda probar que no dio su consentimiento para que se llevara a cabo el procedimiento.
 - ✓ Salvo que el espermia de un hombre, o un preembrión cuya creación se produjo con su espermia, se utilizara después de su muerte.
- A la **mujer**, que estaba casada o en unión civil con la madre durante el tratamiento, es entonces el segundo padre del bebé que resulte del tratamiento (art 42).
 - ✓ Salvo que ella no haya consentido el tratamiento.
- De no existir un segundo padre como lo establecen los art 35 y 42, y el embrión que la madre lleva o el bebé nacido, haya sido producido con el espermia de un hombre que haya autorizado¹⁴ ser parte interesada, este podrá ser reconocido como el padre (art 36 y 37). Del mismo modo una mujer también podría declararse parte interesada y autorizar ser considerada el segundo padre (art 43 y 44).

En el caso de que se quiera usar el espermia o los preembriones después de la muerte de un hombre que proporcionó el espermia, independientemente de si está casado con la madre, en convivencia civil con esta, o es una parte interesada en el embarazo, el hombre tiene que haber dejado su consentimiento por escrito y no haberlo retirado (art 39). Del mismo modo, si una vez muerto el cónyuge, la pareja civil o un tercero interesado en ser el segundo padre, quiere usar espermios o un preembrión logrado por donación, el segundo padre debe dejar consentimiento por escrito si quiere que sea legalmente considerado como tal (art. 40 y 46).

b) Donantes

La donación de gametos y preembriones está regulado por *Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA)*, y a partir de un cambio en la legislación en año 2005 esta **donación no puede ser anónima**. En este sentido, las personas concebidas a partir de donaciones realizadas después de abril

¹⁴ Por escrito y acorde a las reglas del artículo 37.

del 2005, podrán obtener a los 16 años de edad cierta información que fue entregada por el donante, pero que no permite su identificación y a los 18 años de edad, podrá solicitar el nombre de su donante, su fecha de nacimiento y su última dirección conocida, con lo que podrían contactarlo.

Para el caso del donante de espermatozoides, normalmente se considera **hombres entre 18 y 46 años** aunque en algunos casos, se podría permitir un donante mayor si considera que es poco probable que haya consecuencias graves. A modo de compensación, estos podrían recibir un monto de hasta £35 por visita a la clínica, a lo que se puede agregar gastos de viaje, alojamiento o cuidado de niños. Sin embargo es ilegal pagar a los donantes de espermatozoides más de sus gastos razonables (HFEEA, 2024).

Para el caso de las donantes de óvulos, por lo general se trata **mujeres de entre 18 y 35 años**, aunque es posible que las clínicas permitan el uso de óvulos de una mujer mayor en circunstancias excepcionales, como cuando se trata de la donación a un miembro de la familia. Dentro de las consideraciones económicas, las donantes de óvulos pueden recibir hasta £750 por "ciclo" de donación para cubrir sus costos (un ciclo de donación es una ronda completa de tratamiento, al final de la cual se recolectan y donan los óvulos). Sin embargo, puede reclamar más si sus gastos de viaje, alojamiento y cuidado de niños son superiores (HFEEA, 2024).

Para el caso de la donación de preembriones- ya que es posible que una mujer o una pareja tengan más preembriones viables de los que necesite para tener la familia que desea y no quisieran descartarlos- la mayoría de las clínicas exigen que los preembriones hayan sido formados con gametos que cumplan los criterios de donación. Del mismo modo, se exige que los mencionados donantes no hayan sido parte del proceso de donación para más de **10 familias** (HFEEA, 2024).

Para este caso en particular, si bien el donante de preembriones no tiene responsabilidad legal frente al bebé nacido, si tienen derecho a saber el número de niños nacidos con su donación, el género, y el año de nacimiento (HFEEA, 2024).

c) Información y asesoramiento

En relación a la **información y el asesoramiento sobre estas técnicas**, el marco normativo y programático requiere de que se ofrezca información sobre el proceso y consejería sobre temáticas importantes a considerar, tales como: los riesgos y los logros del proceso, los costos, que sucede con los gametos y preembriones no utilizados en los tratamientos, como proceder en caso de muerte de uno de los padres, o como enfrentar la donación y sus consecuencias psicológicas (HFEEA, 2024).

Así, en términos generales la **Schedule 3ZA de la Human Fertilisation and Embryology Act 1990** define los casos en que la ley obliga a entregar consejería, definiendo estos en tres grandes grupos:

- Los servicios de tratamiento que impliquen el uso de los gametos de cualquier persona y se requiera del consentimiento de esa persona.
- Los servicios de tratamiento que impliquen el uso de cualquier preembrión cuya creación haya sido realizada in vitro.

- Los servicios de tratamiento que impliquen el uso de un embrión extraído de una mujer y se requiera el consentimiento de la mujer de quien se extrajo el embrión para el uso en cuestión.

Así, para los donantes de gametos, la normativa actual considera la consejería, para asegurarse de que las personas se sientan cómodos con la idea de la donación y sus consecuencias. Por otra parte, la clínica deberá ofrecer, en cada posible renovación del periodo de criopreservación (10 años), consejería para que las personas tomen la decisión de que quieren hacer con sus gametos y preembriones en el siguiente periodo. En particular aquellos que decidan donar sus preembriones, tienen derecho a consejería, para tratar temáticas fundamentales relacionadas con la donación, como son: la investigación en preembriones, tratar el tema con otros hijos, o bien, cómo se podría sentir sabiendo que hay hijos que no conoce, o que cuando cumpla 18 él o la joven pueda contactarlo (HFEEAa, 2024).

Respecto del consentimiento, los participantes deben llenar formularios en la mayoría de las etapas implicadas en los procedimientos de fertilización asistida (HFEEAb, 2024).

d) Criopreservación de gametos y preembriones

En la última modificación al *Human Fertilisation and Embryology Act 2008*, llevada a cabo en enero del 2020, se establece que las mujeres pueden almacenar sus óvulos hasta por 55 años si renueva su consentimiento para el almacenamiento cada 10 años.

Esta renovación de consentimiento, se lleva cabo por escrito y requiere que la clínica en la cual están los gametos o preembriones congelados le entregue información sobre el proceso y los costos de esto¹⁵. Debido a que la criopreservación requiere de un pago mensual, si se pierde el contacto con la clínica, tanto los gametos como los preembriones están en riesgo de ser removidos, pues al no cumplirse con los pagos, la clínica tiene el derecho de disponer de ellos (HFEEAb, 2024).

Si en algún momento ya no se desea seguir manteniendo el almacenaje, se debe contactar a la clínica para poder retirar el consentimiento y decidir qué hacer con los gametos y preembriones (HFEEAb, 2024).

e) Utilización de los gametos u preembriones

Tanto los gametos como los preembriones pueden ser utilizados por las personas de cuales provienen para sus propios tratamientos, ya sea en el momento o luego de criopreservarlos por el tiempo necesario. Una segunda opción es la donación, donde se consideran las siguientes hipótesis:

- Donarlos a una mujer o pareja que los necesite y que de otra manera no podría tener la familia que tanto anhela. En el caso de la mujer, utilizar un preembrión donado le permite vivir un embarazo que no podría tener con otras opciones como la adopción.

¹⁵ Los costos de almacenamiento son adicionales y tienden a oscilar entre £125 y £350 por año.

- Donar para la investigación de infertilidad y enfermedades genéticas. Existen límites legales estrictos sobre el uso de óvulos, espermatozoides y preembriones en la investigación. Los preembriones no se pueden utilizar más allá de los 14 días posteriores a la fertilización y solo se pueden utilizar en investigaciones que tengan como objetivo: (i) aumentar el conocimiento y desarrollar tratamientos para enfermedades graves; (ii) desarrollar nuevos tratamientos de fertilidad; (iii) aumentar el conocimiento sobre las causas de los abortos espontáneos entre otros (iv) Desarrollar técnicas anticonceptivas más eficientes; (v) Desarrollar métodos para probar preembriones para detectar enfermedades genéticas antes de la implantación; y (vi) aumentar el conocimiento sobre cómo se desarrollan los embriones (HFEAa, 2024).
- Donar preembriones para capacitación.

La *Human Fertilisation and Embryology Authority* aclara que respecto de gametos y preembriones, los padres deben completar un formulario en donde especifiquen como desean que puedan ser usados, ya sea únicamente para su propio tratamiento, donarse para el tratamiento de otra persona, o usarse para investigación o capacitación (HFEAa, 2024).

Las personas involucradas podrán pedir que se suspenda la aplicación de todas las técnicas en cualquier momento de su realización, siempre y cuando sea anterior a la transferencia embrionaria, petición que deberá atenderse (HFEAb, 2024).

f) Diagnóstico preimplantacional y a las técnicas terapéuticas en el preembrión

Para el caso de aquellas familias donde existe una condición genética grave, es posible que a las personas les preocupe que uno o más de sus hijos hereden esa condición. En estos casos, es posible hacer que los preembriones sean analizados (o examinados) durante la FIV para que solo se vuelvan a colocar preembriones sanos en el útero (HFEAb, 2024).

Dentro de las alternativas se encuentran:

- Pruebas genéticas preimplantacionales-monogénicas (PGT-M)
- Prueba genética preimplantacional-aneuploidía (PGT-A)
- Pruebas genéticas preimplantacionales-reordenamientos estructurales (PGT-SR)
- Tipificación de tejidos preimplantacional (PTT).

Otra alternativa posible para estas familias es recibir donación mitocondrial (art 26) si tienes una enfermedad mitocondrial o en su efecto considerar gametos u preembriones donados (HFEAb, 2024).

Referencias

Referencias generales

- ASCO. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (2019) Preservación de la fertilidad. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/investigaci%C3%B3n-y-defensa/recomendaciones-de-tratamiento-y-atenci%C3%B3n/preservaci%C3%B3n-de-la-fertilidad#:~:text=A%20menudo%20las%20opciones%20incluyen,los%20ovarios%20en%20las%20mujeres.>
- ASCO. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (2019a) Fertility Concerns and Preservation for Women. Disponible en: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/dating-sex-and-reproduction/fertility-concerns-and-preservation-women>
- ASCO. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (2019b). Fertility Concerns and Preservation for Men. Disponible en: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/dating-sex-and-reproduction/fertility-concerns-and-preservation-men>
- Bajpai J, Majumdar A, Satwik R, Rohatgi N, Jain V, Gupta D, Agarwal R, Mittal S, Verma SK, Parikh PM, Aggarwal S. (2018) Practical consensus recommendations on fertility preservation in patients with breast cancer. *South Asian J Cancer*. Apr-Jun; 7(2):110-114. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5909286/>
- Brid Ní Dhonnabhain, M.Sc., a Nagla Elfaki, MD.,b Kyra Fraser, M.Sc.,c Aviva Petrie, Ph.D.,d Benjamin P. Jones, M.R.C.O.G.,e Srdjan Saso, Ph.D.,f Paul J. Hardiman, Ph.D.,g and Natalie Getreu, Ph.D.a (2022) A comparison of fertility preservation outcomes in patients who froze oocytes, embryos, or ovarian tissue for medically indicated circumstances: a systematic review and meta-analysis. Published by Elsevier Inc. on behalf of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertility and Sterility*, June 2022, Volume 117 Issue 6 p.1105-1338. Disponible en: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(22\)00188-1/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(22)00188-1/fulltext)
- CPD. Comisión de Población y Desarrollo (2011) Resolution 2011/1 Fertility, reproductive health and development. Recalling the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the key actions for its further implementation (2011). Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2011/documents/CPD44_Res2011-1b.pdf
- CNRHA. Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (2024) Registros. Disponible en: <https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/home.htm>
- DHSC Department of Health & Social Care (2021) Gamete (egg, sperm) and embryo storage limits: response to consultation. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/consultations/egg-sperm-and-embryo-storage-limits/outcome/gamete-egg-sperm-and-embryo-storage-limits-response-to-consultation>

- ESHRE. European Society of Human Reproduction and Embryology. (2020) Female Fertility Preservation. Guideline. Disponible en: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Female-fertility-preservation>
- Hussein R; Khan, Z; Zhao Y (2020) Fertility Preservation in Women: Indications and Options for Therapy .volume 95, issue 4, P770-783. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(19\)30872-9/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(19)30872-9/fulltext)
- IIDH. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf>
- LaTourelle, J (2014). The Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology (1984), by Mary Warnock and the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology. Embryo Project Encyclopedia. Arizona State University. Disponible en: <https://embryo.asu.edu/items/172779#:~:text=2014%2D10%2D02-.The%20Report%20of%20the%20Committee%20of%20Inquiry%20into%20Human%20Fertilisation,infertility%20treatment%20and%20embryological%20research.>
- ONU. Organización de Naciones Unidas (1993) Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/about-us/history/vienna-declaration#:~:text=La%20Conferencia%20Mundial%20de%20Derechos,humanos%20en%20todo%20el%20mundo.>
- ONU. Organización de Naciones Unidas (2014) Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994 Edición 20 Aniversario. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
- OMS- UNFPA (2009) Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados, Organización Mundial de la Salud, Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44057/9789243596839_spa.pdf?sequence=1
- Parlamento, UK. (2007). Select Committee on Science and Technology Fifth Report. Disponible en: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmsctech/272/27205.htm#:~:text=Human%20Fertilisation%20and%20Embryology%20Act%201990.,of%20embryos%2C%20sperm%20or%20eggs.>
- Stonewall (2023). 2008: Human Fertilisation and Embryology Act – it's love that defines what makes a parent. Disponible en: <https://www.stonewall.org.uk/our-work/campaigns/2008-human-fertilisation-and-embryology-act-%E2%80%93-it%E2%80%99s-love-defines-what-makes-parent>
- Tambre (2024) Claves de la Ley de Reproducción Asistida en España. <https://www.clinicatambre.com/ultimas-noticias/ley-de-reproduccion-asistida-espana#:~:text=M%C3%A1s%20tarde%2C%20la%20Ley%202035,legales%20aplicados%20a%20estas%20t%C3%A9cnicas>
- WHO (2023). Key Facts: Infertility. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Referencias normativas

España

Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1988-27108>

Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21341>

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-9292>

Reino Unido

Human Fertilization and Embryology Act 1990. Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/contents>

Human fertilization and Embryology Act 2008. Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/contents>

Human fertilization and Embryology Authority (HFEA, 2024a) Donation. Disponible en: <https://www.hfea.gov.uk/donation/>

Human fertilization and Embryology Authority (HFEA, 2024b) Embryo testing and treatments. Disponible en: <https://www.hfea.gov.uk/treatments/embryo-testing-and-treatments-for-disease/>

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Attribution 3.0
(CC BY 3.0 CL)