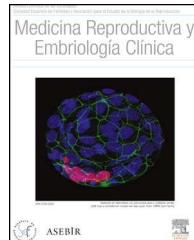




ELSEVIER

Medicina Reproductiva y Embriología Clínica

www.elsevier.es/mrec



ORIGINAL

Nuevas demandas sociales en tratamientos de reproducción asistida

Cecilia Brassesco-Julio^a, María Noelia Lardizábal^b, Marta Regincós-Lara^a, Olga Cairó-Doncos^a, Laura Prats-Ruiz^a, Mario Brassesco-Macazzaga^a y Arturo Brassesco-Macazzaga^{a,*}

^a Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH, Clínica Corachán), Barcelona, España

^b Instituto de Fertilidad e Investigación (IFI, Sanatorio de la Mujer), Rosario, Argentina

Recibido el 26 de mayo de 2014; aceptado el 30 de enero de 2015

Disponible en Internet el 6 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Inseminación artificial;
Inseminación artificial con semen de donante;
Fecundación *in vitro*;
Fecundación *in vitro* con semen de donante

Resumen

Introducción: En los últimos años los tratamientos de reproducción asistida (TRA) han aumentado en toda Europa. También se ha incrementado la demanda de TRA por parte de nuevos modelos de familia, como las madres solteras y las parejas de lesbianas. El objetivo de nuestro estudio fue valorar si en nuestro centro, como en el resto de Europa, se observa un incremento de ciclos por año en los TRA y si existe también un crecimiento en la utilización de semen de donante a causa de los nuevos modelos de familia.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo en donde se revisan los ciclos totales de los tratamientos de inseminación artificial (IA), IA con donante de semen (IAD), fecundación *in vitro* (FIV) y FIV con donante de semen (FIV-DS) desde el año 2002 al 2013, en un total de 18.311 casos. Nuestros grupos de interés fueron aquellas familias cuyo perfil era mujer soltera y parejas de lesbianas. Se evalúan el total de ciclos por año de estos grupos tanto en la técnica de IAD como en FIV-DS.

Resultados: Nuestros resultados indican que sí existe un aumento en el número de ciclos, tanto en IA como en FIV a lo largo de los años, aunque a partir del año 2011 el número permanece constante, con una leve disminución en 2013. Estimamos que este pequeño descenso es una consecuencia de la crisis económica por la que está atravesando España. También existe un incremento en los tratamientos que requieren donante de semen, IAD y FIV-DS. Centrándonos en los grupos de interés también observamos un aumento en el número de ciclos por año en relación con el número de ciclos totales de IA o FIV.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abassesco@cirh.es (A. Brassesco-Macazzaga).



CrossMark

Conclusión: creemos que estos modelos familiares están en alza gracias al cambio de mentalidad de la sociedad y al soporte de muchas plataformas y asociaciones, así como a la aprobación de la Ley de matrimonio homosexual promulgada en España en el año 2005.

© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Artificial insemination; Artificial insemination with donor sample semen; *In vitro* fertilization; *In vitro* fertilization with donor sample semen

New social demands in assisted reproduction technologies

Abstract

Introduction: The last few years has seen an increase in the number of assisted-reproductive technologies (ART) throughout the whole of Europe. There is also an increased demand for ART from the new family models, such as single mothers or lesbian couples. The aim of our study was to determine whether in our Center, as in the rest of Europe, there is such an increase of cycles per year in assisted-reproductive technologies (ART), and whether there is also an increase in the use of sperm bank samples because of the new family models.

Methodology: A retrospective study was performed in which all cycles of Artificial Insemination (AI), AI with donor semen simple (AID) *In Vitro* Insemination (IVF), and IVF with donor semen samples (FIV-DS), from 2002 to 2013, were reviewed (18311 cases). The groups of interest are those families consisting of single mothers and lesbian couples. The total cycles per year of AID and IVF-DS techniques were assessed in these two groups.

Results: The results of this study indicate a clear increase in the number of cycles of AID and IVF-DS in the period studied, although from 2011 this number remains constant, with a slight decrease in 2013. This decline is believed to be due to the economic crisis Spain is going through. Also, there is an increase in the techniques that require donor sperm (AID/IVF-DS), particularly in our groups of interest.

Conclusion: It is believed that this phenomenon is the result of a change in mentality of society in modern times, as well as due to the approval of the homosexual marriage law in Spain in 2005.

© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años los tratamientos de reproducción asistida (TRA) han aumentado en toda Europa, y este crecimiento es visible tanto en la técnica de inseminación artificial (IA) como en la técnica de fecundación *in vitro* (FIV) convencional (Andersen et al., 2007; Andersen et al., 2008; De Mouzon et al., 2010; De Mouzon et al., 2012; Ferraretti et al., 2012; Nyboe Andersen et al., 2009; Nygren, 2006). En los últimos 9 años también se ha incrementado la demanda de TRA por parte de nuevos modelos de familia, como las madres solteras y parejas de lesbianas, y este hecho conlleva un aumento del uso de muestras de semen de donante (González et al., 2007). Acorde con Lamo de Espinosa (1995), en los años 1980-1990 fue el tipo de hogar que más creció. Igualmente sucedió en los años noventa, de modo que a principios del siglo xxi constituían el 14,6% del total de hogares españoles en los que habitaban menores de edad (Flaquer et al., 2006). Según un estudio hecho en España, entre los años 2000-2004 las adopciones hechas por madres solteras suponían un 9,4% del total (González et al., 2008). Analizando la maternidad desde el punto de vista de la reproducción asistida, situaban a las madres solteras en un 2,7% ya en 2004, cifra significativa, que no ha parado de crecer hasta nuestros días.

En la actualidad existe un gran apoyo en sitios Web para el colectivo de madres solteras que decide someterse a un TRA. Por ejemplo, la Web Masola (Madre Soltera por Elección, disponible en: <http://masola.org/>) dirigida a las madres solteras y demás familias monoparentales, afirma que en el año 2011 ha recibido una media de 100.000 visitas anuales y cuenta con un foro activo, además de su extensión en las redes sociales. Otro sitio Web de soporte es el de la Asociación de Madres Solteras por Elección (MSPE, disponible en: <http://madressolteraspor elección.org/>), la cual reúne gran cantidad de información, estudios y artículos publicados en la prensa, como consecuencia del auge de este colectivo en la sociedad. No solo son ciudadanas españolas las que acuden a centros de reproducción; cada vez son más las extranjeras debido a que las leyes de reproducción asistida en sus países son mucho más restrictivas que en España.

Asimismo sucede con las parejas de lesbianas, ya que es un colectivo que ha crecido progresivamente en los centros de reproducción durante los últimos años. Este aumento se ve impulsado en parte por el entorno y el tipo de sociedad. Es un hecho que en España, desde que se aprobó la ley de matrimonio homosexual en el año 2005, la cifra de matrimonios homosexuales no ha dejado de crecer. Según el Artículo 44 del Código Civil, «El matrimonio tendrá los mismos

requisitos y efectos cuando ambos contrayentes sean del mismo o de diferente sexo». Por lo tanto, un matrimonio constituido por 2 mujeres o 2 hombres tiene la misma naturaleza en todos los campos, entre ellos tener descendientes y la adopción de hijos de los cónyuges.

Es evidente que el número de matrimonios homosexuales es mayor en ciudades más pobladas, como Madrid y Barcelona, y podemos pensar que existe más aceptación en núcleos urbanos. Un estudio llevado a cabo por la Universidad de Salamanca ([Paredero Huerta, 2013](#)) analizó la nupcialidad de las parejas del mismo sexo en España, con el objetivo de comparar si siguen la misma distribución que los matrimonios heterosexuales en las diferentes comunidades autónomas y provincias. De no ser así, buscan los factores explicativos planteando diversas hipótesis. La principal sería la homofobia que condiciona la distribución y los factores determinantes de la tasa de matrimonios homosexuales. Las variables serían la densidad de población, el envejecimiento de la misma y la tasa de inmigración. Concluyeron que, efectivamente, su anómala distribución se correlaciona con el supuesto teórico de homofobia. Cataluña es la comunidad con mayor cantidad de matrimonios homosexuales, seguida por Madrid y las Islas Baleares; en cambio Castilla y León, Galicia y Extremadura son las autonomías españolas que tienen menor tasa de matrimonios homosexuales. Por lo tanto, dentro de España existe una igualdad legal para estos matrimonios, pero no una igualdad social, ya que varía considerablemente dependiendo de la zona en que se habita. Aunque desde un punto de vista general España tiene mayor aceptación que otros países gracias a la aprobación de la reforma del Código Civil, pionera e innovadora en aquel entonces, recibiendo también a parejas compuestas por un cónyuge extranjero o ambos, aunque en su país de origen no estuviera legalizada la unión homosexual.

También ha ayudado la actual Ley de reproducción asistida, como asegura Giuliana Baccino, psicóloga del centro FIV Madrid, al afirmar que «esto es posible porque actualmente existe una mayor aceptación y concienciación social debido también al amparo de la actual Ley de reproducción asistida y mayor presencia en los medios de comunicación». Gracias a la Ley de matrimonio homosexual y parejas de hecho homosexuales, cada vez más este colectivo decide someterse a una TRA junto a su pareja, y no como si fuera una mujer soltera. Echando la vista atrás, en España, desde que se fundó el primer banco de semen en 1980, las mujeres con pareja femenina podían tener hijos a través de la IAD, pero la pareja no tenía ningún reconocimiento o participación legal sobre esa familia. Por lo tanto, constaban dentro del registro legal como madres solteras. Aún existen países como Italia donde ni las parejas de lesbianas ni las mujeres solteras tienen acceso a las TRA, produciendo así «un turismo reproductivo» a países donde sí tienen el acceso permitido.

Según un estudio llevado a cabo en 2006, los tratamientos de reproducción asistida para parejas del mismo sexo cada vez se aceptan más, aunque aún generan controversias y aspectos éticos discutibles ([Woodward y Norton, 2006](#)). Aunque a día de hoy no solo han cambiado algunas leyes que afecten a las parejas homosexuales en todo el mundo, sino que creemos que también la aceptación de la población mundial es cada vez mayor.

Una de las técnicas recientemente aceptadas en España que afecta a las parejas de lesbianas es la recepción de óvulos de la pareja (ROPA). Esta técnica es un proceso perfectamente válido y ético dentro de las TRA. Al fin y al cabo, no deja de ser un proceso idéntico a una donación de óvulos. La diferencia está a nivel humano: las 2 partes de la pareja participan en el tratamiento, las 2 quieren experimentar y participar en formar una familia. Su contribución es más profunda, mucho más que si solo fuera una mujer la que utiliza sus óvulos y se transfiere los embriones.

Existen estudios que contemplan estos nuevos modelos de familia desde el punto de vista educacional del niño. Esta duda que se plantea puede ser una de las razones por las cuales aún existe rechazo por diversos grupos de la población, y creen que para el niño crecer en una familia monoparental sin referencia paterna o una pareja homosexual podría influir negativamente en su desarrollo. Sin embargo, según el trabajo llevado a cabo por [Vanfraussen et al. \(2003\)](#) mediante la comparación de 98 familias, no existen diferencias demostradas entre los hijos de distintos modelos familiares. En dicho reporte observaron que los niños tienen un desarrollo similar, tanto en familias heterosexuales como homosexuales, y que en ningún caso su orientación sexual difiere entre ellos. Otros estudios afirman que no hay diferencias en los resultados de desarrollo emocional, cognitivo, social y sexual entre los niños criados por parejas de homosexuales y los criados por padres heterosexuales ([MacCallum y Golombok, 2004](#); [Patterson, 2006](#); [Stacey y Biblarz, 2001](#)).

El objetivo de nuestro estudio fue valorar si en nuestro centro, como en el resto de Europa, se observó en los últimos años un incremento en el número de ciclos de inseminación artificial y de fecundación *in vitro*. Además, evaluamos el porcentaje en ambas técnicas que se realizaron muestras de semen de donante, así como el porcentaje de mujeres solas y parejas de lesbianas que acceden a los tratamientos. Por último, analizamos la edad media de cada grupo de estudio.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en el Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH) de Barcelona incluyendo casos del 2002 al 2013, en total 18.311 ciclos de TRA realizados en el centro. Dentro de los tratamientos de alta complejidad se contemplaron únicamente los ciclos con transferencia de embriones en fresco, excluyendo aquellos ciclos con transferencia de embriones congelados. Del total de casos 6.615 fueron tratados con la técnica IA, dentro de los cuales contemplamos 1.653 de IAD. El resto del total de ciclos (11.696) se han hecho por FIV, observando 1.152 casos de FIV-DS. De todas las pacientes se tuvieron en cuenta 2.183 casos divididos en 2 grupos según el perfil de modelo familiar: 1.124 casos corresponden a madres solteras y 378 casos a parejas de lesbianas. Se calculó el porcentaje de cada grupo de interés respecto del total de ciclos realizados con cada tratamiento (IAD o FIV-DS) a lo largo de 12 años ([tablas 1 y 2](#)).

Resultados

Desde el año 2002 hasta el año 2011 se produjo en nuestro centro un incremento del 44% en los tratamientos de IA

Tabla 1 Datos completos del estudio retrospectivo entre los años 2002 y 2013 en el CIRH

Año	IA tot	IAD tot (%)	IAD madres solteras (%)	IAD parejas de lesbianas (%)
2002	449	136 (30,3)	49 (10,9)	0 (0,0)
2003	455	141 (31,0)	51 (11,2)	2 (0,4)
2004	460	93 (20,2)	50 (10,9)	1 (0,2)
2005	513	113 (22,0)	47 (9,2)	9 (1,8)
2006	527	108 (20,5)	45 (8,5)	13 (2,5)
2007	593	134 (22,6)	53 (8,9)	15 (2,5)
2008	571	138 (24,2)	53 (9,3)	25 (4,4)
2009	599	151 (25,2)	60 (10,0)	35 (5,8)
2010	645	176 (27,3)	70 (10,9)	41 (6,4)
2011	645	153 (23,7)	47 (7,3)	44 (6,8)
2012	615	150 (24,4)	64 (10,4)	33 (5,4)
2013	543	160 (29,5)	73 (13,4)	38 (7,0)
Total	6.615	1.653 (25,0)	662 (10,0)	256 (3,9)

%: porcentaje respecto de las IA totales.

y del 180% en los tratamientos de FIV, mientras que en los siguientes 2 años (2012-2013) se redujo en un 16% y 15%, respectivamente ([tablas 1 y 2](#)). Respecto de los tratamientos que requieren muestras de semen de donante (IAD y FIV-DS), observamos un aumento (2002-2011) del 13% en baja complejidad ([tabla 1](#)), mientras que el aumento en tratamientos de alta complejidad fue más pronunciado, siendo este del 504% ([tabla 2](#)). Sin embargo, la reducción en el número de ciclos de los últimos 2 años (2011-2013) fue menor en este caso, siendo del 4,5% y 6,0% para ciclos de baja y alta complejidad, respectivamente ([tablas 1 y 2](#)).

Centrándonos en los grupos de interés, podemos observar que el número de mujeres solteras que acudieron a una IAD aumentó en un 49% desde el año 2002 al 2013 ([tabla 1](#)). Los primeros tratamientos de parejas de lesbianas se realizaron en el año 2003 (2 casos), y desde entonces hasta el año 2013 hubo un incremento progresivo hasta realizar un total de 33 IAD en el último año ([tabla 1](#)).

Por otro lado, en el mismo período de tiempo para el caso de FIV-DS, las madres solteras se incrementaron considerablemente, iniciando con 6 casos en 2002 hasta un número total de 56 casos en 2013. El mayor crecimiento se produjo

en el año 2010 (73 casos). Por otro lado, las parejas de lesbianas comenzaron a someterse a este tratamiento en el año 2005, alcanzando un total de 27 casos en el 2013 ([tabla 2](#)).

Se analizó la proporción de los grupos de interés respecto del total de ciclos realizados. Puede observarse que para los ciclos de baja complejidad el porcentaje de madres solteras y de parejas de lesbianas respecto del total de IA realizadas se incrementó en un 2,5% y un 7%, respectivamente. Por otro lado, se observa que en los ciclos de alta complejidad la proporción de tratamientos realizados en madres solteras aumentó un 3,5%, mientras que los tratamientos de parejas de lesbianas se incrementaron en un 2,3%.

La edad media de las mujeres que realizaron tratamientos de baja complejidad en el CIRH en el período 2002-2013 fue de 38,3 ($\pm 3,4$) y 34,3 ($\pm 3,9$) para las mujeres solteras y parejas de lesbianas, respectivamente. Mientras que en las mujeres que se sometieron a tratamientos de alta complejidad la edad media fue de 40,1 ($\pm 3,3$) y 36,2 ($\pm 3,5$) en ambos grupos de estudio, respectivamente.

El primer ciclo FIV-ROPA se realizó en nuestro centro en el año 2008. A partir de entonces el número de pacientes que recurren a esta estrategia ha ido en aumento, represen-

Tabla 2 Datos completos del estudio retrospectivo entre los años 2002 y 2013 en el CIRH

Año	FIV tot	FIV-DS tot	FIV-DS madres solteras	FIV-DS parejas de lesbianas
2002	496	25 (5,0)	6 (1,2)	0 (0,0)
2003	557	39 (7,0)	15 (2,7)	0 (0,0)
2004	587	46 (7,8)	23 (3,9)	0 (0,0)
2005	762	60 (7,9)	27 (3,5)	1 (0,1)
2006	798	85 (10,7)	24 (3,0)	3 (0,4)
2007	919	82 (8,9)	21 (2,3)	8 (0,9)
2008	1.110	108 (9,7)	42 (3,8)	10 (0,9)
2009	1.203	116 (9,6)	52 (4,3)	18 (1,5)
2010	1.381	150 (10,9)	73 (5,3)	13 (0,9)
2011	1.387	151 (10,9)	51 (3,7)	16 (1,2)
2012	1.312	148 (11,3)	53 (4,0)	26 (2,0)
2013	1.184	142 (12,0)	56 (4,7)	27 (2,3)
Total	11.696	1.152 (9,8)	443 (3,8)	122 (1,0)

%: porcentaje respecto de las FIV totales.

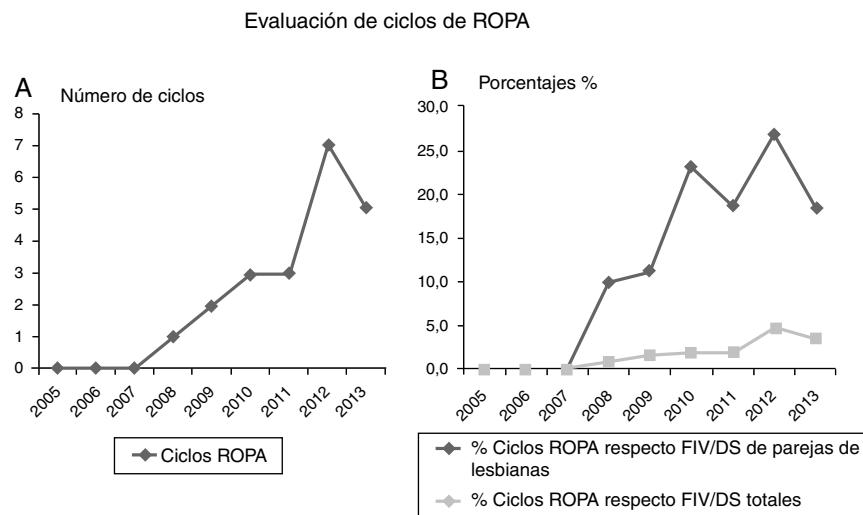


Figura 1 Comparativa de ciclos de fecundación *in vitro* (FIV) con recepción de óvulos de la pareja (ROPA).

A. Evaluación del número de ciclos de FIV dentro de las parejas de lesbianas que incluyeron la estrategia ROPA. B. Cálculo del porcentaje de casos ROPA respecto de las FIV-DS de parejas de lesbianas y totales, realizados en el centro de infertilidad y reproducción humana (CIRH) entre los años 2002 y 2013.

tando aproximadamente entre un 20% y 25% de las FIV-DS de parejas lesbianas a partir del año 2010 (fig. 1).

Discusión

El incremento del número de ciclos de las TRA desde 2002 hasta 2013 es evidente. Lo relacionamos con el mayor conocimiento de estas por parte de la población, la gran divulgación científica y Webs informativas. Sin embargo, uno de los motivos principales del incremento en el uso de las TRA es el tiempo de espera de las parejas en tener su primer hijo, ya sea por motivos sociales o económicos. La incorporación de la mujer en el mundo laboral y la revolución de los métodos anticonceptivos son algunos ejemplos, así como el estilo de vida, tabaquismo o estrés, que afectan negativamente al potencial reproductivo de la pareja.

Como mencionamos en los párrafos anteriores, de manera global observamos que hubo un crecimiento en el número de ciclos IA/FIV-DS en nuestro centro desde el 2002 hasta el 2011, con una leve disminución en los últimos 2 años debido a la crisis económica (tablas 1 y 2). Sin embargo, no se observa el mismo patrón de disminución de los últimos 2 años en el caso de los tratamientos con DS, o la disminución no fue tan pronunciada. De hecho, el grupo de parejas de lesbianas que se sometieron a FIV-DS fue aumentando progresivamente con los años. Esto es debido principalmente al cambio de legislación con la aprobación del matrimonio homosexual en el 2005 y la posibilidad de tener hijos en el matrimonio. También relacionamos su crecida, sobre todo en FIV-DS, por la aplicación de la técnica ROPA. Aunque existan pocos casos y no sea una práctica muy generalizada, en nuestro centro observamos una crecida sobre todo en el último año. La aprobación de la ROPA en España no vino junto a la ley de matrimonio homosexual en 2005, sino que fue hasta 2008 que realizamos el primer caso de esta técnica en nuestro centro. Podemos observar que el grupo de madres solteras que acuden a FIV-DS aumenta con los años, a excepción de los últimos 3. Esta detención en la curva de aumento

la asociamos no solo a la crisis económica, sino también al hecho de ser una sola persona (es decir, una familia monoparental) afrontando el gasto económico, (mucho mayor para FIV que para IA), con lo cual la crisis económica tendría un impacto mayor en estos casos.

Es importante destacar que el porcentaje de las madres solteras respecto del total de IA no presentó un aumento notable a lo largo de los años (tabla 1). Esto es debido a que, previo a la promulgación de la Ley de matrimonio homosexual en el año 2005, las parejas de lesbianas anteriormente concurrían al Centro como madres solteras, y solo después de este año pudieron incorporarse como tales, incrementando así el porcentaje de parejas lesbianas. Lo mismo ocurre para el caso de las FIV-DS (tabla 2). Sin embargo, puede observarse que, en suma, el número de casos de ambos modelos de familia (en porcentaje respecto de las IAD/FIV-DS) ha ido incrementándose a lo largo de los años (tablas 1 y 2).

El perfil de mujer soltera que acude nuestro centro de reproducción suele tener cerca de 38 años para los tratamientos de IAD y cerca de 40 años en los tratamientos de FIV-DS. Asociamos esta diferencia de edad principalmente por indicación médica, ya que una mujer de 38 tiene más posibilidades de quedar embarazada con una IA que una mujer de 40, a la cual le será recomendada una FIV. Pero como la decisión final pertenece a la paciente, otro motivo por el cual podríamos pensar que existe esta diferencia de edad entre ambos tratamientos es por el coste económico. Mujeres más jóvenes preferirían realizar una IA, que es económicamente más accesible; por otra parte, mujeres más mayores y aparentemente con mayor estabilidad económica y laboral podrían permitirse mejor una FIV. Algunas en su día estuvieron casadas y ahora están divorciadas, algunas desafortunadamente son viudas u otras simplemente no encontraron una pareja con la que formar una familia. Calculando las medianas de edad podemos observar cómo en ambas técnicas las mujeres con pareja femenina son más jóvenes en comparación con las mujeres solteras. Esto sí

hace pensar que el hecho de ser 2 personas anima a una pareja de lesbianas a realizar una TRA antes de lo que lo hacen las madres solteras, tanto por motivos económicos como por el apoyo de su pareja.

Conclusión

En los últimos 11 años se observa en el CIRH un incremento global en el número de TRA, aunque en los últimos años este número disminuyó debido a la crisis económica. Por otro lado, los nuevos modelos sociales hacen que cada vez más se recurra al uso de bancos de semen, en particular, el uso de muestras de donante por parte de parejas lesbianas a partir del año 2005 cobra importancia debido a la nueva legislación española. Así, la proporción de TRA de parejas lesbianas y madres solteras respecto del total de ciclos del centro continúa en aumento. También podemos pronosticar que, como hoy en día recibimos a un gran número de pacientes extranjeras que provienen de países como Francia o Reino Unido, que recientemente han aprobado el matrimonio homosexual, quizás en los próximos años notemos una crecida notable en el total de ciclos para nuevos modelos familiares.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Andersen, A.N., Goossens, V., Ferraretti, A.P., Bhattacharya, S., Felberbaum, R., de Mouzon, J., et al., 2008. *Assisted reproductive technology in Europe, 2004: Results generated from European registers by ESHRE*. Human Reproduction 23 (4), 756–771.
- Andersen, A.N., Goossens, V., Gianaroli, L., Felberbaum, R., de Mouzon, J., Nygren, K.G., 2007. *Assisted reproductive technology in Europe, 2003. Results generated from European registers by ESHRE*. Human Reproduction 22 (6), 1513–1525.
- De Mouzon, J., Goossens, V., Bhattacharya, S., Castilla, J.A., Ferraretti, A.P., Korsak, V., et al., 2012. *Assisted reproductive technology in Europe 2007 results generated from European registers by ESHRE*. Human Reproduction 27 (4), 954–966.
- De Mouzon, J., Goossens, V., Bhattacharya, S., Castilla, J.A., Ferraretti, A.P., Korsak, V., et al., 2010. *Assisted reproductive technology in Europe 2006 results generated from European registers by ESHRE*. Human Reproduction 25 (8).
- Ferraretti, A.P., Goossens, V., de Mouzon, J., Bhattacharya, S., Castilla, J.A., Korsak, V., et al., 2012. *Assisted reproductive technology in Europe 2008 results generated from European registers by ESHRE*. Human Reproduction 27 (9), 2571–2584.
- Flaquer, L., Almeda, E., Navarro, L., 2006. *Monoparentalitat i infància*. Fundació La Caixa, Barcelona.
- González MM, Díez M, Morgado B. M. T., Nieto, L., IVI, S. C., & IVI, M. F. (J.). Nuevas familias monoparentales, madres solas por elección. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España; 2007.
- González, M.M., Jiménez, I., Morgado, B., Díez, M., 2008. *Madres solas por elección. Análisis de la monoparentalidad emergente*. Instituto de la Mujer.
- Lamo de Espinosa, E., 1995. *¿Nuevas formas de familia? Claves de razón práctica* 50, 50–54.
- MacCallum, F., Golombok, S., 2004. *Children raised in fatherless families from infancy: A follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45 (8), 1407–1419.
- Nyboe Andersen, A., Goossens, V., Bhattacharya, S., Ferraretti, A.P., Kupka, M.S., de Mouzon, J., et al., 2009. *Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe 2005 results generated from European registers by ESHRE: ESHRE The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)*. Human Reproduction 24 (6), 1267–1287.
- Paredero Huerta I. Nupcialidad de parejas del mismo sexo: igualdad legal sin igualdad social. Universidad de Salamanca. XI Congreso de la Federación Española de Sociología y la Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- Patterson, C.J., 2006. *Children of lesbian and gay parents. Current directions in psychological science* 15 (5), 241–244.
- Stacey, J., Biblarz, T.J., 2001. (How) does the sexual orientation of parents matter? American Sociological Review 66, 159–183.
- Vanfraussen, K., Ponjaert-Kristoffersen, I., Breweys, A., 2003. *Family functioning in lesbian families created by donor insemination*. American Journal of Orthopsychiatry 73 (1), 78–90.
- Woodward, B.J., Norton, W.J., 2006. *Lesbian intra-partner oocyte donation: A possible shake-up in the Garden of Eden?* Human Fertility 9 (4), 217–222.