



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

# La donación de gametos y su registro en la reproducción humana asistida

Aspectos bioéticos, sociales y legales

Laia Selva Pareja



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

---

Facultat de Dret

Programa de Doctorado en Derecho y Ciencia Política

Línea de Investigación: Bioética y Derecho

**LA DONACIÓN DE GAMETOS Y SU REGISTRO EN LA  
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA  
ASPECTOS BIOÉTICOS, SOCIALES Y LEGALES**

Director: Dr. Manuel Jesús LÓPEZ BARONI

Tutora: Dra. María CASADO GONZÁLEZ

LAIA SELVA PAREJA

BARCELONA, 2019



*“Algunas cosas solo necesitan tiempo, nueve mamás no hacen un bebé en un mes”*

(Warren Buffett)

*“Debes apartarte por cierto tiempo de lo que quieres conocer y medir; las altas torres solo se distinguen desde fuera de la ciudad”*

(Nietzsche)

*“Lo importante es la información, no lo que pensemos sobre ella”*

(Anna Politkovskaya)



A mi madre, Carmen

A Josep y Sergi



## AGRADECIMIENTOS







## Agradecimientos

---

Lo cierto es que en estos años como doctoranda he experimentado un proceso de aprendizaje lleno de momentos difíciles e igualmente, satisfactorios. He tenido la inmensa suerte de poder contar con grandes profesionales que me han ayudado, que se han involucrado y que me han facilitado el trabajo en muchas ocasiones. De la misma manera, con personas que me han acompañado con amistad, sinceridad y amor. Es por este motivo, que la lista de agradecimientos va a ser larga, lo cual me hace sentir muy afortunada.

Me gustaría empezar por agradecer al Dr. Albert Royes todo su tiempo, paciencia, dedicación e involucración con mis inquietudes, con mi perfeccionismo que en muchas ocasiones me ha impedido avanzar y con todo el desarrollo de la tesis. Ha sido realmente un placer poder compartir todas aquellas dudas de una manera completamente informal y distendida, pero a la vez, aprovechando toda la experiencia, rigor profesional e intelectual, que el Dr. Royes me ha ofrecido de manera absolutamente generosa. Ha sido un gran pilar en el desarrollo y continuidad del proceso de ejecución.

Agradecer a mi director de tesis, el Dr. Manuel Jesús López Baroni y a la Dra. María Casado, tutora de la tesis, su disposición, ayuda y guía tanto a nivel personal como académico durante este trabajo. También a la Dra. Itziar de Lecuona por haberme ofrecido esta oportunidad y por los primeros pasos de la tesis.

También me gustaría agradecer al Dr. Salvador Sáez el apoyo continuo que me ha ofrecido durante todos los años de doctoranda, o incluso antes haciendo posible que llegara este momento de deposición de la tesis. Por todas las facilidades que me ha prestado y por todas las horas dedicadas a conversaciones sobre el enfoque, sobre el desarrollo y el estilo de la investigación. También por esas discusiones sobre mi afán de ampliar y ampliar el trabajo, por la perseverante fuente de ayuda y soporte, y por acompañarme en este proceso.

Por su tiempo y por sus aportaciones, me gustaría hacer mención a todas las personas expertas que han aceptado y se han involucrado en la técnica Delphi. A la Dra. Anna Veiga, la Dra. Esther Farnós y la Dra. María Brichette, por su profesionalidad y enfoque en el proceso de validación de la encuesta. Sin olvidar a todas las personas que han participado en la prueba piloto y a los estudiantes de la Universitat de Lleida que voluntariamente aceptaron cumplimentar la encuesta, por dedicar parte de su tiempo a este trabajo de investigación.

Agradecimientos sinceros a la Dra. María José Puyalto, al Dr. Francesc Rubí, a la Dra. María Núria Camps, al Dr. Pol Cuadros y a la Dra. Esther Rubinat, por todas las facilidades ofrecidas para poder hacer el trabajo de campo en la Universitat de Lleida, por su predisposición e involucración. A Montse Piñol, Yasmina Soto y Maria Vilardaga por todas las disposiciones que me han ofrecido con los trámites burocráticos. Agradecer también a la Dra. Anna Espart su ayuda y sus reflexiones, a Sergi Prunera, Anna García, Helios Prunera, Laia Prunera, Sílvia Espachs y Sergi López por ofrecerme la mano y por facilitarme el desarrollo de la investigación. Mencionar también el apoyo y comprensión de mis compañeros y

compañeras del “Grup de Recerca en Educació per a la Salut” (GREpS) y a la Dra. Miguela Martínez. Igualmente, a Juan Bosco Mendoza, al Dr. Ferran Gatius, Dr. Josep Ramon Marsal y Alberto Chillón, por sus consejos metodológicos y su disposición por resolver mis dudas de estadística.

A nivel personal, me ha supuesto un gran esfuerzo que en muchas ocasiones se ha convertido en el pensamiento de abandonar este proyecto académico, me gustaría agradecer a muchas personas que, a veces sin saberlo, han conseguido que quiera seguir y acabar la tesis. Agradezco en especial a Isabel Solà, Pol Duran, Sergi López, Cora Blázquez y Silvia Espachs por las conversaciones y por aquellos buenos momentos que han servido de respiro. Por supuesto, a mi madre, Carmen Pareja, y a toda mi familia, en especial a Sergi Prunera y a Josep Selva, ellos han sido pilares clave para que haya podido llegar hasta aquí, gracias por su estima y comprensión. Sin mi gran familia nada hubiese sido posible, pero personalmente, agradecer el apoyo a: Juli, Encarna, Joan, Jordi, Joan, Anna, Pau, Isa, Pilar, Helios, Laia y Roger.

# ÍNDICES





# Índice

---

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>I</b>
<b>Índice de figuras</b> .....	<b>VIII</b>
<b>Índice de tablas</b> .....	<b>IX</b>
<b>Índice de gráficos</b> .....	<b>XII</b>
<b>Índice de abreviaturas</b> .....	<b>XV</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>XXI</b>
<b>Resum</b> .....	<b>XXII</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>XXIII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>26</b>
i. Planteamiento de la tesis .....	27
a. Elección del objeto de estudio: motivación subjetiva .....	27
b. Contextualización y justificación del tema: interés objetivo .....	31
c. Aproximación al problema .....	35
ii. Objetivos .....	38
iii. Hipótesis .....	40
iv. Descripción, estructura y contenidos .....	41
v. Metodología .....	44
a. Métodos para la generación del desarrollo argumental .....	45
b. Métodos para el diseño y validación de la encuesta .....	49
c. Métodos para el trabajo de campo .....	55
<b>PARTE I</b> .....	<b>57</b>
CAPÍTULO I. Contexto y problemática derivada de la infertilidad y reproducción humana asistida .....	59
1.1 Estado actual sobre la maternidad y problemas derivados de la infertilidad .....	59
1.2 Decisión multifactorial .....	62
1.3 Relación edad-fertilidad .....	65
1.4 Riesgo de <i>Permanent Involuntary Childlessness</i> .....	70
1.5 Derivaciones de la infertilidad y su influencia sobre la reproducción humana asistida	72
CAPÍTULO II. Tres dimensiones del análisis: problemas bioéticos, sociales y legales que surgen a raíz de la donación de gametos para la reproducción humana asistida ...	80
2.1 Tendencias: <i>Cross Border Reproductive Care</i> y país proveedor de gametos .....	81
2.2 Factores psicosociales .....	87
2.2.1 Donación anónima <i>versus</i> identificativa .....	88
2.2.2 Elección de las características fenotípicas de la persona donante .....	94
2.2.3 Qué, cuándo y por qué informar a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción	100

2.3	Proceso de donación de gametos .....	109
2.3.1	Evaluación, consideraciones médicas y psicológicas .....	111
2.3.2	Compensación económica .....	117
2.3.3	Motivaciones para donar gametos .....	120
2.3.4	Implicación de las personas donantes después de la donación .....	121
2.3.5	Consanguinidad y límite de personas concebidas por donante.....	123
2.4	Derecho comparado de la donación de gametos para la reproducción humana asistida 129	
2.4.1	Marco normativo español .....	137
2.4.2	Registro de donantes: proyecto SIRHA.....	138
2.5	Estudios empíricos: donante de ovocitos .....	145
2.5.1	Páginas webs .....	145
2.5.2	Una experiencia personal.....	149

**PARTE II..... 153**

**CAPÍTULO III. Elaboración y validación de la “Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida**

(LSP2016)” .....	155	
3.1	Cronograma: fases establecidas para la elaboración y validación de la encuesta.....	155
3.2	Análisis de la realidad: resultados de la <i>scoping review</i> .....	157
3.3	Concepto que se pretende medir .....	162
3.4	Bases conceptuales y empíricas .....	165
3.5	Desarrollo del primer borrador.....	168
3.6	Validación del Cuestionario LSP2016 .....	170
3.6.1	Método Delphi.....	170
3.6.1.1	Muestra: panel de expertas.....	171
3.6.1.2	Tratamiento de los datos y análisis estadísticos.....	180
3.6.1.3	Resultados del proceso .....	181
3.6.2	Discusión con expertas .....	226
3.6.2.1	Resultados del proceso .....	227
3.6.3	Prueba piloto y test-retest.....	231
3.6.3.1	Muestra.....	232
3.6.3.2	Análisis estadístico.....	232
3.6.3.3	Resultados del método.....	233
3.7	Propuesta final: definición y análisis de los ítems del Cuestionario LSP2016 .....	241
3.8	Aspectos éticos y legales .....	244
3.9	Rigor metodológico y límites del estudio .....	245

**CAPÍTULO IV. Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios de la Universitat de Lleida sobre la donación de gametos para la reproducción humana asistida ... 247**

4.1	Metodología .....	247
4.1.1	Diseño del estudio .....	247
4.1.2	Sujetos del estudio y muestra .....	247
4.1.3	Justificación del tamaño de la muestra .....	249
4.1.4	Criterios de inclusión y exclusión .....	250
4.1.5	Instrumento.....	250
4.1.6	Variables del estudio .....	251

4.1.7	Recogida de información .....	252
4.1.8	Análisis estadísticos de los datos recogidos mediante la encuesta.....	253
4.1.9	Aspectos éticos y legales .....	253
4.2	Resultados .....	254
4.2.1	Resultados de las variables sociodemográficas y personales .....	255
4.2.2	Resultados de los ítems de valoración de actitudes y conocimientos .....	257
4.3	Rigor metodológico y límites del estudio .....	266
4.4	Propuestas y nuevas aportaciones .....	266
<b>PARTE III.....</b>		<b>267</b>
CAPÍTULO V. Discusión del objeto de estudio .....		269
5.1.	Desarrollo argumental .....	269
5.2.	Encuesta: trabajo previo y validación.....	279
5.3.	Comparativa del análisis resultante del desarrollo argumental con los conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios .....	282
CAPÍTULO VI. Conclusiones y futuras líneas de investigación.....		291
6.1.	Conclusiones .....	291
6.2.	Futuras líneas de investigación .....	306
6.3.	Propuestas y difusión de los resultados .....	306
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>		<b>307</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>335</b>
Anexo 1: <i>Scoping review</i> (estrategia de búsqueda y revisión) .....		337
Anexo 2: Resultados <i>scoping review</i> .....		340
Anexo 3: Primer borrador encuesta (propuesta inicial) .....		387
Anexo 4: Primer contacto con el panel de expertos.....		395
Anexo 5: Email de confirmación de participación con el panel de expertos .....		396
Anexo 6: Cierre del método Delphi.....		398
Anexo 7: Segundo borrador encuesta .....		399
Anexo 8: Contacto con expertas para la discusión .....		409
Anexo 9: Tercer borrador encuesta .....		411
Anexo 10: Propuesta final Cuestionario LSP2016 .....		422
Anexo 11: Hoja informativa y consentimiento informado .....		438
Anexo 12: Carta aprobación FIF (CAERDIF).....		440
Anexo 13: Carta aprobación FDET.....		441
Anexo 14: Documento aprobación CBUB.....		442
Anexo 15: Resultados descriptivos Cuestionario LSP2016 .....		443
Anexo 16: Versión definitiva Cuestionario LSP2016.....		453



## Índice de figuras

---

Figura 1: Imagen ilustrativa del desarrollo de las partes .....	41
Figura 2: Diagrama del proceso metodológico de revisión <i>scoping review</i> .....	53
Figura 3: Edad media de las mujeres para tener su primer hijo en los países de la UE .....	60
Figura 4: Distribución de centros de RHA en Europa .....	83
Figura 5: Partes implicadas en un proceso de donación.....	89
Figura 6: <i>Header</i> de una página web con el reclamo de ofrecer donantes de ovocitos premium (personas más guapas y con un mayor nivel educativo) .....	95
Figura 7: Anuncio a modo de “pop-up” de una página web con la oferta de dos ovocitos o una muestra de espermatozoides gratuitas por la compra de 8 – 12 ovocitos.....	97
Figura 8: Catálogo de donantes de ovocitos en una página web.....	99
Figura 9: Portada del documento “Aspectos relevantes sobre la donación de ovocitos” y cálculo de la compensación económica que debería recibir las donantes de ovocitos .....	118
Figura 10: Regulación de la confidencialidad, anonimato y no remuneración de la donación de gametos en los países de la UE .....	133
Figura 11: Representación del número de centros y servicios de RHA por comunidad autónoma .....	142
Figura 12: Estructura del código europeo.....	143
Figura 13: Diagrama de flujo del proceso metodológico de validación hasta llegar a la versión definitiva del cuestionario .....	156
Figura 14: Esquema ilustrativo de las bases conceptuales de la encuesta.....	163
Figura 15: Esquema representativo de las fases del método Delphi y la participación por parte de las personas expertas .....	174
Figura 16: Guion y esquema de cada uno de los ítems que se deben valorar .....	179
Figura 17: Ilustración explicativa del Cuestionario LSP2016 .....	242

## Índice de tablas

---

Tabla 1: Descriptores mayores o palabras clave traducidas a lenguaje documental utilizando el MeSH y los DeCS.....	45
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión utilizados para la revisión sistemática del marco conceptual.....	47
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión utilizados para la <i>scoping review</i> .....	51
Tabla 4: Número de países, clínicas y ciclos en Europa desde 1997 hasta 2010.....	75
Tabla 5: Información más relevante de la persona donante en función de las tres partes implicadas en un proceso de donación.....	93
Tabla 6: Enfoques internacionales de la donación de gametos .....	102
Tabla 7: Límite de personas nacidas por donación o familias receptoras de gametos donados por cada persona donante en función del país y del sistema de donación .....	124
Tabla 8: Predicción de la posibilidad de que se produzca una relación de consanguinidad entre las personas nacidas de un mismo donante y el número de relaciones de consanguinidad esperadas .....	126
Tabla 9: Tipos de regulación en RHA en países de la UE .....	130
Tabla 10: Requerimientos de acceso a las RHA en función de ciertas características sociales en países de la UE .....	131
Tabla 11: Tipo de donación aceptada en países de la UE.....	133
Tabla 12: Comparación de las respuestas de las reacciones de los donantes sobre la eliminación del anonimato con si volviese a donar en un futuro si hay el cambio en la legislación .....	135
Tabla 13: Características observadas en las páginas webs de dieciséis centros de donación .....	146
Tabla 14: Preguntas por parte de las clínicas cuando se solicita información sobre la donación de gametos desde el punto de vista de la donante.....	149
Tabla 15: Resumen de los artículos y estudios incluidos, cuya muestra se limita a personas no expertas, en la <i>scoping review</i> .....	158
Tabla 16: Interrelación de las dimensiones, constructo y variables sociodemográficas y personales.....	164
Tabla 17: Valores, según el grado de conformidad, en una escala tipo Likert .....	171
Tabla 18: Planificación prevista y real de cada una de las fases del método Delphi y el número de expertos que participan durante el año 2016 .....	173

Tabla 19: Perfil profesional del grupo de expertas que han participado en el método Delphi .....	176
Tabla 20: Criterios de George y Mallery .....	180
Tabla 21: Interpretación del coeficiente W de Kendall .....	181
Tabla 22: Descripción y justificación de los cambios con las observaciones que han hecho las personas expertas, desde el borrador inicial de la encuesta utilizado en la fase 1, hasta el segundo borrador de la encuesta, derivado de la fase 3 de la técnica Delphi.....	183
Tabla 23: Justificación cuantitativa de los cambios a partir de las valoraciones en función de la tasa de devolución y grado de conformidad, desde el borrador inicial de la encuesta utilizado en la fase 1, hasta el segundo borrador de la encuesta, derivado de la fase 3 de la técnica Delphi.....	218
Tabla 24: Coeficiente alfa de Cronbach por ítem y dimensión .....	221
Tabla 25: Coeficiente W de Kendall.....	225
Tabla 26: Modificaciones realizadas de la segunda versión de la encuesta .....	227
Tabla 27: Interpretación del coeficiente del coeficiente de correlación .....	233
Tabla 28: Análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados del test-retest.....	236
Tabla 29: Distribución de los ítems del Cuestionario LSP2016 en: constructo, dimensiones y variables sociodemográficas y personales .....	242
Tabla 30: Clasificación de los ítems en función del área de contenido y categoría.....	243
Tabla 31: Clasificación de las variables con carácter sociodemográfico o personal en función del factor que miden.....	244
Tabla 32: Número de alumnos matriculados en cada curso académico en función de la facultad y del grado .....	248
Tabla 33: Distribución de los estudiantes por facultad y cálculo del tamaño muestral por ámbito de estudio.....	250
Tabla 34: Distribución de los estudiantes de FDET y FIF de la UdL, de la muestra teórica y de la muestra obtenida. Prueba z de comparación de proporciones .....	254
Tabla 35: Análisis estadístico de las variables sociodemográficas y personales de los estudiantes del grado de enfermería y de derecho.....	255
Tabla 36: Comparativa de las fuentes de información sobre donación de gametos.....	282
Tabla 37: Comparativa de quién debería poder acceder a las TRHA .....	283
Tabla 38: Comparativa de a qué deberían estar dispuestas las personas donantes después de la donación.....	284
Tabla 39: Comparativa de los datos que una persona receptora debería poder conocer de la donante .....	286

Tabla 40: Comparativa del derecho que debe prevalecer en un proceso de donación de gametos .....	287
Tabla 41: Comparativa de uno de los motivos por los que se debe priorizar el derecho a la intimidad.....	289
Tabla 42: Comparativa de la finalidad o motivaciones para ser donante de gametos .....	289
Tabla 43: Estrategia de búsqueda y revisión de artículos encontrados durante la realización de la <i>scoping review</i> .....	337
Tabla 44: Resultados <i>scoping review</i> .....	340
Tabla 45: Análisis descriptivo de las respuestas de los estudiantes de enfermería y de derecho .....	443

## Índice de gráficos

---

Gráfico 1: Tendencias de fertilidad de los países industrializados desde 1959 hasta 2005 .	59
Gráfico 2: Edad media de las mujeres cuando tienen su primer/a hijo/a en función del año y el país de la UE.....	61
Gráfico 3: Edad media de las mujeres con nacionalidad española en función del año y el número de hijos/as .....	62
Gráfico 4: Factores determinantes para posponer la maternidad .....	63
Gráfico 5: Motivos por los que las mujeres han tenido menos hijos/as de los deseados en función de la edad. ....	64
Gráfico 6: Número de folículos y porcentaje de ovocitos de baja calidad en función de la edad de la mujer .....	66
Gráfico 7: Tasa de fecundidad mensual en función de la edad de la mujer .....	66
Gráfico 8: Edad materna y probabilidad de trisomía en la gestación .....	68
Gráfico 9: Ratio de fertilidad y de aborto espontáneo en función de la edad materna .....	69
Gráfico 10: Ratio de embarazo por edad de la mujer respecto al resultado esperado del embarazo .....	69
Gráfico 11: Estimación del riesgo de PIC en función del año (1970, 1985 y 2007) .....	71
Gráfico 12: Estimación del riesgo de PIC en función del año (1985 y 2007) .....	72
Gráfico 13: Tipo de tratamiento de RHA al que recurren las mujeres en función de su edad	76
Gráfico 14: Proporción de casos de RHA que se realizan mediante FIV e ICSI desde 1993 hasta 2017 .....	77
Gráfico 15: Distribución de casos mediante FIV e ICSI en Europa durante 14 años.....	77
Gráfico 16: Ciclos en función de la edad de la mujer.....	78
Gráfico 17: Promedio de las tasas de niño nacido vivo por ciclo de RHA en función de la edad .....	79
Gráfico 18: Impacto del uso de la técnica ICSI sobre la donación se espermatozoides en RHA en Reino Unido desde el 1992 hasta el 2006 .....	79
Gráfico 19: Número de inseminaciones con espermatozoides de donante que se han llevado a cabo en Suecia desde 1980 a 2005 .....	81
Gráfico 20: Número de donantes de espermatozoides registrados en el Reino Unido desde 1991 hasta 2008 indicando el año en el que se eliminó el anonimato .....	85

Gráfico 21: Número total de tratamientos realizados con espermatozoides de donante comparando entre las donaciones del Reino Unido con los donantes importados desde el año 2000 hasta el 2010.....	85
Gráfico 22: Número de mujeres receptoras de gametos donados desde 1992 hasta 2006 .	86
Gráfico 23: Representación del número de años en los que el centro de RHA dispone de un programa de donación identificativa respecto la proporción de donantes no anónimos.....	87
Gráfico 24: Sentimientos de confusión en función de la edad en la que se ha producido la divulgación sobre la naturaleza de su concepción.....	106
Gráfico 25: Porcentaje de padres/madres, según sus intenciones de informar a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción, en función de diferentes intervalos de edad de la descendencia.....	106
Gráfico 26: Proporción de personas que no han sido informadas de la naturaleza de su concepción en función de su edad .....	107
Gráfico 27: Comparativa del coste de la adopción en EE.UU. con la opinión pública de la compensación que debería recibir un donante de espermatozoides y una donante de ovocitos .....	120
Gráfico 28: Número de ciclos por cada millón de mujeres entre 15 – 45 años por países .	129
Gráfico 29: Porcentaje de tratamientos de RHA por países en 2010.....	131
Gráfico 30: Distribución de la edad de los nuevos donantes de esperma en Reino Unido entre 2009 y 2013 .....	135
Gráfico 31: Número de nuevos donantes de espermatozoides registrados en Reino Unido entre el 2004 y el 2013.....	136
Gráfico 32: Diagrama de Gantt del proceso de comunicación y duración de las fases durante el método Delphi desde el 29 de marzo del 2016 hasta el 17 de junio del 2016.....	175
Gráfico 33: Tasa de devolución del cuestionario por parte de las personas expertas en cada una de las fases del método Delphi.....	181
Gráfico 34: Diagrama de caja con el grado de conformidad del panel de expertas en la fase 3 del método Delphi .....	220
Gráfico 35: Intervalos de edad.....	234
Gráfico 36: Edad media e intervalo de confianza.....	234
Gráfico 37: Estado civil.....	235
Gráfico 38: Creencias o condición religiosa.....	235
Gráfico 39: Diagramas de caja con las edades de los estudiantes de derecho y enfermería. ....	256

Gráfico 40: Gráfico representativo de las respuestas al <i>ítem 1</i> por parte de los estudiantes encuestados.....	257
Gráfico 41: Fuentes de información utilizadas por los estudiantes de enfermería y derecho. ....	258
Gráfico 42: Conocimientos que una persona donante debe tener antes de iniciar un proceso de donación.....	260
Gráfico 43: Pruebas que se les deben hacer a las personas receptoras y donantes de gametos según los estudiantes de enfermería.....	261
Gráfico 44: Pruebas que se les deben hacer a las personas receptoras y donantes de gametos según los estudiantes de derecho. ....	261
Gráfico 45: Las personas receptoras deberían conocer datos de las donantes.....	262
Gráfico 46: Pregunta sobre si se conoce que el proceso de donación de gametos en España es anónimo.....	264
Gráfico 47: Preguntas sobre conocimiento del tipo y cantidad de remuneración económica por la donación de gametos .....	265

## Índice de abreviaturas

---

**A** ARFD *Age-Related Fertility Decline*

ART *Assisted Reproduction Techniques*

ASEBIR Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción

ASRM *American Society of Reproductive Medicine*

**C** CBRC *Cross Border Reproductive Care*

**D** DeCS Descriptores en Ciencias de la Salud

DGP Diagnóstico Genético Preimplantacional

DSR *Donor Sibling Registry*

**E** EAG Efecto Adverso Grave

EpS Educación para la Salud

ESHRE *European Society of Human Reproduction and Embryology*

**F** FEI *Fertility Education Initiative*

FDET Facultat de Dret, Economia i Turisme de la Universitat de Lleida



	FIF	Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida
	FIV	Fecundación In Vitro
<b>G</b>	GS	Gestación por Sustitución
<b>H</b>	HFEA	Human Fertilisation & Embryology Authority
<b>I</b>	IAD	Inseminación Artificial con espermatozoides de Donante
	ICSI	Inyección Intracitoplasmática
	IFFS	<i>International Federation of Fertility Societies</i>
	INE	Instituto Nacional de Estadística
<b>M</b>	MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
	MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<b>O</b>	OBD	Observatorio de Bioética y Derecho
<b>P</b>	PIC	<i>Permanent Involuntary Childlessness</i>
<b>R</b>	RAG	Reacción Adversa Grave
	RHA	Reproducción Humana Asistida

- S**
- SART *Society for Assisted Reproductive Technology*
- SCB Societat Catalana de Biologia
- SEF Sociedad Española de Fertilidad
- SHO Síndrome de Hiperestimulación Ovárica
- SIRHA Sistema de Información en Reproducción Humana Asistida
- SOP Síndrome de Ovario Poliquístico
- T**
- TDR Tesis Doctorales en Red
- TRHA Técnicas de Reproducción Humana Asistida
- U**
- UAB Universitat Autònoma de Barcelona
- UB Universitat de Barcelona
- UdL Universitat de Lleida
- UE Unión Europea
- UIMP Universidad Internacional Menéndez Pelayo
- USAL Universidad de Salamanca



## RESÚMENES





## Resumen

---

Como consecuencia del estilo de vida y de factores no fácilmente cuantificables, cada vez se retrasan más la paternidad y la maternidad, lo que deriva con frecuencia en problemas de fertilidad. Con objeto de evitar el denominado *Permanent Involuntary Childlessness* y sus efectos colaterales, como la estigmatización social o la frustración personal, quienes desean tener descendencia a pesar de las dificultades citadas recurren a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. La infertilidad y/o los nuevos modelos de familia conllevan que a veces se recurra a la donación de gametos, lo que genera una casuística enorme.

En efecto, estas donaciones, efectuadas en un marco jurídico no siempre explícito e incluso a veces oscilante, arrastran tras de sí numerosas implicaciones sociales y éticas, extendiendo la relación de los usuarios de estas TRHA a terceros, esto es, a los donantes y a los menores que nacen con las técnicas que comentamos. De hecho, conciliar el anonimato con el derecho a conocer los orígenes es uno de los grandes retos por resolver.

Pues bien, con esta tesis nos planteamos conocer la realidad bioética, social y legal del proceso de donación. Para ello, contrastaremos las opiniones de los estudiantes universitarios de la *Facultat de Dret, Economia i Turisme*, y la *Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia* de la *Universitat de Lleida*, con un grupo de investigadoras de diversos campos del conocimiento.

Dada la dificultad inherente a analizar dichos conocimientos y actitudes, y ante la ausencia de instrumentos adecuados para hacerlo, hemos decidido diseñar, elaborar y validar un cuestionario al que denominamos Cuestionario LSP2016.

Nuestro enfoque es tanto cualitativo como cuantitativo. Hemos iniciado nuestro trabajo con una revisión de la bibliografía para el desarrollo argumental y una *scoping review* sobre los instrumentos que existen; a continuación, hemos realizado una revisión sistemática de las páginas webs de las clínicas con programas de donación de Barcelona, así como un estudio etnográfico. Para la validación del cuestionario, hemos empleado la técnica Delphi, una discusión con expertas, una prueba piloto y un test-retest con una muestra heterogénea para que el cuestionario quede validado para la población general. Al desarrollo cualitativo de estas metodologías le acompañan diferentes pruebas estadísticas para la validación de contenido, constructo y criterio, y para evaluar su confiabilidad.

Finalmente, hemos realizado el trabajo de campo con la propuesta final del Cuestionario LSP2016, así como las pruebas estadísticas pertinentes para la obtención de resultados.

Por último, hemos procedido a la discusión de todos los apartados por separado, finalizando con las conclusiones pertinentes. Sin perjuicio de la lectura de las mismas, podemos destacar la enorme diferencia existente, en cuanto al enfoque, entre las expertas y los resultados del trabajo de campo realizado con los estudiantes.

Palabras clave: técnicas reproductivas asistidas; donación de gametos; estudios de validación; bioética; Cuestionario LSP2016.

## Resum

---

Com a conseqüència de l'estil de vida i de factors que no són fàcilment quantificables, cada vegada es retarda més la paternitat i maternitat, la qual cosa deriva amb freqüència en problemes de fertilitat. Per tal d'evitar el denominat *Permanent Involuntary Childlessness* i els seus efectes col·laterals, com són l'estigmatització social o la frustració personal, aquelles persones que desitgen tenir descendència malgrat les dificultats nombrades, recorren a les Tècniques de Reproducció Humana Assistida. La infertilitat i/o els nous models de família comporten que, de vegades, es recorri a la donació de gàmetes, el que genera una gran casuística.

En efecte, aquestes donacions, efectuades en un marc jurídic no sempre explícit i inclús, de vegades oscil·lant, comporten nombroses implicacions socials i ètiques, duent la relació dels usuaris d'aquestes TRHA a terceres persones, és a dir, als donants i als menors que neixen mitjançant aquestes tècniques que comentem. De fet, conciliar l'anonimat amb el dret a conèixer els orígens és un dels grans reptes per resoldre.

Per tant, amb aquesta tesi ens plantejem conèixer la realitat bioètica, social i legal del procés de donació. Per fer-ho, contrarestarem les opinions dels estudiants universitaris de la Facultat de Dret, Economia i Turisme, i la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida, amb un grup d'investigadors de diferents camps de coneixement.

Donada la dificultat inherent d'analitzar aquests coneixements i actituds, i davant l'absència d'instruments idonis per dur-ho a terme, hem decidit dissenyar, elaborar i validar al que denominem *Cuestionario LSP2016*.

El nostre enfocament és tant qualitatiu com quantitatiu. Hem iniciat el nostre treball amb una revisió de la bibliografia per redactar el desenvolupament argumental i una *scoping review* sobre els instruments que existeixen; a continuació, hem realitzat una revisió sistemàtica de les pàgines webs de les clíniques amb programes de donació de Barcelona, així com un estudi etnogràfic. Per dur a terme la validació del qüestionari, hem realitzat la tècnica Delphi, una discussió amb expertes, una prova pilot i un test-retest amb una mostra heterogènia per tal de que el qüestionari estigui validat per a la població general. Al desenvolupament qualitatiu d'aquestes metodologies l'acompanyen diferents proves estadístiques per la validació del contingut, constructe, criteri, i per avaluar la confiabilitat.

Finalment, hem realitzat el treball de camp amb la proposta final del *Cuestionario LSP2016*, així com les proves estadístiques pertinents per l'obtenció de resultats.

Per últim, hem dut a terme la discussió de tots els apartats per separat, finalitzant amb les conclusions pertinents. Sense prejudicis de la lectura de les mateixes, podem destacar la gran diferència existent, entre les expertes i els resultats del treball de camp realitzat amb els estudiants.

Paraules clau: tècniques de reproducció assistida; donació de gàmetes; estudis de validació; bioètica; Cuestionario LSP2016.



## Abstract

---

The paternity and maternity are increasingly retarded year on year as a consequence of the lifestyle and non-easily quantifiable factors. This fact often leads to fertility issues. All aimed to avoid the Permanent Involuntary Childlessness and its collateral effects, such as the social stigmatization or the personal frustration, the ones who desire having offspring they turn to Assisted Reproductive Technology despite the mentioned difficulties. Infertility and new family types usually lead to the donation of gametes, which creates a huge casuistry.

In effect, these donations generate debates over legal, social and bioethical dilemmas by the community experts around the world. Nowadays, one of the major challenges to resolve is, in fact, the reconciliation of the anonymity by getting to know their origins.

This thesis aims at knowing the bioethical, social and legal reality of the donation process. In order to achieve it we will be contrasting the students' opinions of the *Facultat de Dret, Economia i Turisme* and *Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia* of *Universitat de Lleida* with a group of researches in the various fields of knowledge.

Nevertheless, given the inherent difficulty with analysing knowledge and attitudes, and the lack of appropriate instruments to carry it out, we have designed, elaborated and validated a questionnaire entitled as *Cuestionario LSP2016*.

During the process, we have combined qualitative and quantitative approaches. Firstly, we have looked over literature, which facilitate us the development of arguments and a scoping review about the available instruments. Secondly, we systematically reviewed Barcelona fertility clinics, which are involved in the recruitment of egg donors by analysing their websites, as well as an ethnographic study. Delphi technique has been used for the questionnaire validation, apart from an experts' discussion, a pilot study and a test-retest including a heterogeneous group in order to get the questionnaire validated for the general population. The qualitative development of these methods is formed by different statistical analysis, which are going to be used for the content, construct and criterion-related validity and reliability.

Lastly, we have done a research work considering the final proposal of the *Cuestionario LSP2016* and the corresponding statistical analysis in order to obtain the results.

Finally, we proceed with a discussion for each section and the appropriate conclusions. Without prejudice of the lecture, we highlight the enormous difference, in terms of approaches, between the experts and the students' research work.

Key words: assisted reproductive techniques; gamete donation; validation studies; bioethics; *Cuestionario LSP2016*.





# INTRODUCCIÓN





## i. Planteamiento de la tesis

---

Con el fin de concretar mejor el planteamiento de la tesis, dividiremos esta sección en diferentes subapartados. Para ello, se parte de la motivación más subjetiva que ha llevado a la elección del tema y cómo la formación y trayectoria personal, académica y profesional ha permitido darle un enfoque particular, utilizado por una minoría de las tesis presentadas en la Facultad de Derecho de la Universitat de Barcelona (UB).<sup>1</sup>

A continuación, de manera general, se hace referencia a varias publicaciones (de artículos o bibliografía gris), informes, recomendaciones, documentos de marco jurídico, etc. para poder contextualizar el tema y exponer cuál es el interés objetivo de la tesis. En definitiva, se tratan aquellos antecedentes que dan origen al estudio y que posteriormente, en la Parte I de este trabajo, se describen y articulan de manera precisa, detallada y en profundidad.

Por último, y a pesar de que a lo largo de la tesis se describen todos los objetivos, hipótesis, metodología, etc. para que sirva de contextualización, hacemos una aproximación al problema. En este caso, se describe el propósito central de la tesis y cómo pretendemos alcanzar la consecución de los objetivos.

### a. Elección del objeto de estudio: motivación subjetiva

Para exponer el interés por la temática y elección del tema, a nivel personal y subjetivo de la motivación sobre el objeto de estudio, es importante destacar el camino realizado como proceso cíclico de aprendizaje, desaprendizaje, reaprendizaje y cambio. durante todo un proyecto de vida desde que nacemos hasta el final de nuestros días, concretamente el doctorado ha supuesto para mí la subida a un puerto de montaña, un camino largo, constante, incansable, lleno de curvas e incesante subida con algunos momentos de receso.

Completamente en contra de como soy y de como me expongo a la sociedad, la elección de los estudios académicos se ha basado siempre en un vínculo emocional con un pequeño trasfondo racional. Desde que en 2009 eligiese estudiar el Grado en Biotecnología en la Universitat de Lleida (UdL) porque una profesora (de la ESO y Bachillerato) que admiraba como docente me lo recomendase, hasta que en cuarto de carrera me pasara lo mismo con otra profesora, la Dra. Judit Herreros y decidiese hacer, durante el segundo semestre del último año del grado en Biotecnología, una especialización en Reproducción Humana Asistida (RHA) en la Universidad de

---

<sup>1</sup> Para hacer esta afirmación, se ha revisado la web de Tesis Doctorales en Red (TDR), concretamente aquellas presentadas en la Facultad de Derecho de la UB desde el año cuya fecha de defensa se encuentra entre 2005 y 2018. A fecha de, 09/01/2019, hay 46 tesis publicadas, de las cuales, el 11 % (5/46) utilizan una metodología de investigación empírica y contienen tablas, gráficos o figuras.

Salamanca (USAL). Acabadas estas etapas (2013), encuentro aquello con lo que disfruto y decido verme inmersa en un proceso de selección (2013) para acceder al máster de Biología de la Reproducción y Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) que se lleva a cabo en el Hospital Universitario Quirón Dexeus, del que una de las personas pioneras en España, la Dra. Anna Veiga, sobre el uso de TRHA es coordinadora.<sup>2</sup>

Como no podría ser de otra manera, durante una de las sesiones de teoría del máster de reproducción pude escuchar a la Dra. María Casado. Su manera de tratar los temas, de generar debate y reflexiones internas que despiertan el pensamiento crítico y personal, derivó en matricularme (2013) al máster de *Bioética y Derecho: problemas de salud y biotecnología* del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), de la Facultad de Derecho de la UB. El curso académico 2013-2014 supuso un impulso y un crecimiento personal enorme porque permitió que conociera otra manera de trabajar, de hacer las cosas y de ver todo aquello que nos rodea. Mi base anterior era puramente científica, de trabajos de investigación empírica, donde aquello que no se puede demostrar con datos cuantitativos y con diferencias estadísticamente significativas, es difícil de explicar.

Acabado el máster en la Dexeus y el primer curso del máster del OBD, reflexiono sobre dónde quiero estar en un futuro de diez años. Teniendo como guía a personas a las que he admirado y admiro, a cuatro mujeres docentes y, en la mayoría de los casos, referentes en su ámbito de trabajo, decido que ser profesora universitaria y convertirme, en un futuro, en una persona de referencia.

Durante toda la trayectoria académica: educación primaria, secundaria y superior; había sido una persona introvertida, tímida y con pánico a hablar en público, aunque sí, disfrutaba enseñando. Esto genera un conflicto y es contradictorio para una persona que quiere dedicarse a la docencia. Puesto que para llegar a la universidad se tiene que hacer un doctorado, decido matricularme en un máster universitario (oficial). Busco algo en Lleida que implique salir de mi zona de confort, así que la mejor opción es el máster Universitario de Educación para la Salud (EpS), de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia en la UdL. Un máster que implica asistencia a clase y donde los talleres son participativos, dinámicos y activos que te llevan a ser protagonista en cada una de las clases. Este cambio hace que, en vez de bloquearme, crear reticencias a participar y tener como objetivo conseguir una titulación oficial que abra las puertas al doctorado, estoy inmersa en un mundo nuevo y apasionante. Consigo superar el pánico hablar en público y sentirme cómoda generando acción en los demás, pero no solo eso, sino que creo en un proceso de Enseñanza-Aprendizaje (E-A) activo y dinámico, dejando de lado

---

<sup>2</sup> La Dra. Anna Veiga es una de las pioneras en el campo de la RHA en 1984 debido a que consiguió el nacimiento de Victòria Anna, el primer caso de nacimiento mediante FIV en España.

las clases magistrales donde los/as alumnos/as tienen un rol pasivo. Todo esto es gracias al coordinador del máster, el Dr. Salvador Sáez, quien se convierte en un nuevo referente que añado a mi lista.

Este curso académico (2014-2015) tan intenso, no solo acabo el segundo curso del máster del OBD y el máster de EpS (con sus respectivas tesinas), sino que en una de las clases de este último, conozco a la Dra. María Palacín, profesora que viene a impartir un taller sobre grupos. Quedo fascinada con su manera de extraer necesidades y pensamientos de las personas, así que decido matricularme (2015) en su curso de Experto en Avances en Habilidades de Liderar en la Facultad de Pedagogía de la UB. Así, en 2015, finalizo dos másteres y un curso de experto, y ya puedo matricularme en los estudios de doctorado. Con todo esto, se abren las puertas para trabajar como profesora (y más adelante como profesora asociada) en la UdL.

Todas las personas que he ido conociendo durante estos años de formación, conducen a las elecciones personales y a la decisión final del objeto de estudio de esta tesis. Con la mayoría de ellas, se produce un reencuentro durante la etapa de doctorado. Si bien es cierto que la matrícula del doctorado la formalizo en 2015, hago un parón de un año (2017-2018) porque aparece una oportunidad profesional para trabajar como técnico de Recursos Humanos (focalizada en la formación y comunicación interna) en CaixaBank Consumer Finance (esta oportunidad, que aparece sin buscarla, es gracias al curso de experto en Avances en Habilidades de Liderar, donde, entre los participantes, estaba el responsable de selección, Pol Duran). A pesar de parecer ajeno a la formación, camino y objetivo profesional, este año de trabajo permitió que colaborase con grandes profesionales y estar rodeada y dedicada, la mayor parte del tiempo, por un equipo de analistas, lo que hace que vuelva, de alguna manera, a la biotecnología y los datos.

Explicitar un poco la trayectoria personal y profesional, ayuda a que el lector pueda entender desde qué concepciones se está investigando, es decir, conocer cómo llego al doctorado, a escoger la temática y a enfocarlo de esta manera. Como comenta el Dr. Sáez Cárdenas en su tesis doctoral (1), al final, las creencias, valores, actitudes, etc. surgen de aquellas experiencias vividas y del contexto que nos envuelve, y las distinciones y análisis que hago “tienen que ver con quienes realizan las operaciones de distinción”, en este caso, conmigo misma, como investigadora:

“En este sentido, conviene precisar que la forma en que veo o interpreto el mundo es producto de mis relaciones familiares, profesionales y laborales en un cierto contexto.” (Sáez Cárdenas, 2013)

La elección de la temática tiene como raíz el máster realizado en Dexeus. Una de las actividades realizadas en el máster era, de manera grupal, crear un debate sobre algún tema en RHA. La elección la hicieron los coordinadores, y en nuestro caso, fue la donación de gametos anónima *versus* identificativa. Esto provoca querer continuar investigando desde un enfoque social, legal y bioético. Desde la perspectiva

metodológica, no puedo obviar la base científica y veo la necesidad de no solo hacer una tesis argumentativa con un gran marco conceptual, sino dividirla y crear una parte de investigación empírica.<sup>3</sup> Así, como profesora asociada de la FIF en la UdL, parece interesante conocer la información o mala información, los prejuicios, las creencias, las actitudes, etc. de los estudiantes sobre la donación de gametos para la RHA y las TRHA.

Al final, como persona formada en EpS, y objetivando la desinformación o mala información que existe sobre el objeto de estudio de la tesis a nivel del estrato de población analizado, creo interesante invertir recursos en el empoderamiento de este colectivo sobre temas de fertilidad, reproducción y donación. De manera que puedan tomar decisiones conscientes, argumentadas y con una base sobre su futuro reproductivo. Todas las intervenciones y acciones en EpS y promoción de la salud están enfocadas en generar un cambio en actitudes, conocimientos y comportamientos relacionados con la salud; en definitiva (2):

“El modelo del empoderamiento se diferencia en tanto que: representa un cambio de actitud tanto para los usuarios como para los profesionales. Los usuarios son vistos como expertos en sus propias vidas y el profesional es visto como el experto [...]; el papel del educador es ayudar a los usuarios a lograr habilidades y superar barreras a través de la educación, la auto-exploración y el apoyo emocional (3).” (Crespo Mirasol, 2015)

Con todo lo expresado y como propuesta de futuro inmediato, la tesis doctoral es un punto de partida para posibles publicaciones científicas y para iniciar una línea de observación e investigación. Y quién sabe, si para convertirme en una persona significativa y fuente de motivación para futuros estudiantes, como lo han sido para mí muchas personas que he tenido la oportunidad de conocer.

---

<sup>3</sup> En el “I Congreso Internacional de Bioética: pedagogía en el aprendizaje de la bioética”, organizado por la UVic-UCC y la Fundación Grífols. Se encontraba, a la Dra. Begoña Román entre las personas ponentes como conferencista inaugural y como ponente en la clausura, a la Dra. Victòria Camps. Desde el inicio hasta el final del congreso, prevalece la necesidad de enfocar la bioética desde un punto de vista empírico, como concepto de “Bioética Empírica” donde en la base está lo que sucede realmente y se informa sobre los hechos, que con cierto interés social tienen que ver con la salud de las personas. En el mismo congreso, la Dra. Gema Revuelta, experta en comunicación, incide en la necesidad de hacer pedagogía en la sociedad, puesto que las personas generamos opiniones y establecemos un criterio en bioética en base al contexto, la política y la información que recibimos.

## **b. Contextualización y justificación del tema: interés objetivo**

Tal y como se puede prever con el título, en la tesis nos centramos en los aspectos bioéticos, sociales y legales alrededor de las TRHA. Aunque se puede hacer desde diversos enfoques (4–6), para delimitar más el problema se abordan mayoritariamente aquellos conflictos generados alrededor de la donación de gametos para la reproducción y la obligación jurídica de disponer de un registro de donantes.<sup>4,5</sup>

Cuando hablamos de la donación y sus conflictos, nos referimos a aquellos aspectos que generan debate y discusión en la sociedad y que influyen a las tres partes implicadas en el proceso. En este caso concreto se trata de la persona o personas que hacen de receptores, las personas donantes y las personas que nacen por donación.<sup>6</sup>

Además, como el tema ya es lo suficientemente amplio, evitamos entrar en aspectos de Gestación por Sustitución (GS) (7–9), considerando este campo demasiado complejo como para poder abordar ambos.

Pero, antes de vernos inmersos en el análisis del proceso de donación desde una triple dimensión – bioética, social y legal –, parece interesante contextualizar y justificar el uso de las técnicas y, concretamente, el hecho de tener que recurrir a gametos donados para poder concebir un hijo. Algunas de las preguntas que provocan el inicio de esta tesis derivan de discusiones con familiares o amigos en reuniones informales. A través de la formación académica, hay conceptos e ideas sobre la biología de la reproducción que tengo demasiado racionalizados y que expreso de forma técnica a través de la evidencia científica, que puedo recordar en un momento de conversación, pero también me doy cuenta, por el *feedback* y el proceso de comunicación interpersonal, que las personas que tengo delante no asumen como ciertas estas afirmaciones. Algunas de las preguntas que generan debate son:

- ¿Existen problemas de fertilidad en parejas jóvenes (entre 30 y 35 años)? ¿O les resulta fácil (entre seis y doce meses) conseguir un embarazo?
- ¿Es común que estas parejas recurran a TRHA o es poco frecuente?

---

<sup>4</sup> La donación de gametos es una técnica que va en aumento, tanto en España como en Europa. Según los datos presentados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), la donación supone un 33 % de los tratamientos de reproducción que se realizan en España (19). Por este motivo y porque realmente los debates bioéticos, sociales y legales giran alrededor de la donación, decido focalizar la tesis en esta técnica.

<sup>5</sup> Este tema se añade y se considera de tal importancia como para incluirlo en el título por su nivel de actualidad. Desde la década de los 80, con la aparición de la primera ley de RHA (1988), tendría que existir un registro de donantes, y no es hasta pasado un año del desarrollo de este doctorado (yo me matriculé en 2015), en el Congreso Nacional de la SEF Málaga 2016, cuando el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, pone en marcha y presenta el proyecto sobre la creación de un Sistema de Información en Reproducción Humana Asistida (SIRHA) que constará de tres registros y se implementará a finales del 2019 (241,242).

<sup>6</sup> Se añade el registro, tanto en el título como en el desarrollo argumental de esta tesis porque va implícitamente ligado al proceso de donación y algunos de los problema y discusiones que se generan.



- ¿Hasta qué punto una mujer o una pareja joven tiene que recurrir a gametos de donante para conseguir un embarazo?

En el *CAPÍTULO I. Contexto y problemática derivada de la infertilidad y reproducción humana asistida* se desarrollan en profundidad estos temas, pero antes, es preciso hacer un recorrido por aquellos datos y reflexiones más concretos y significativos bajo un punto de vista personal para entender la tesis.

La realidad es que, los problemas de infertilidad son cada vez más frecuentes y entre el 10-15 % (10) de las parejas presentan subfertilidad debida a múltiples factores (11–14) que se podrían sintetizar, agrupar y derivar en un único factor: el estilo de vida (15), con todo lo que lleva implícito. La contaminación ambiental, el sedentarismo, la obesidad, el estrés y el retraso de la maternidad por una búsqueda de la estabilidad emocional, laboral, económica, etc. son factores determinantes para que cada vez se recurra más a las TRHA y a la donación de gametos para la RHA para concebir un/a hijo/a. Estos factores provocan que la calidad de nuestros gametos sea cada vez inferior y que, por tanto, nuestra fertilidad se vea más y más comprometida. Por otra parte, se ha demostrado que, a partir de los 30 – 31 años de la mujer, las probabilidades de embarazo disminuyen y las probabilidades de aborto espontáneo y de aneuploidía aumentan (13,16,17).<sup>7</sup>

Otro factor que contribuye al uso de las técnicas y la donación es que existe una mayor diversidad familiar donde hay una ausencia de varón, como las parejas homosexuales de mujeres y las mujeres sin pareja que deciden concebir un hijo.<sup>8</sup>

Además, es importante tener en cuenta que, en 1970, en la mayoría de los países de la UE, el porcentaje de mujeres que decidían tener su primer hijo/a una vez cumplidos los treinta años aumentó del 8 % al 40 % (18).

A partir de estos datos, reformulamos de una manera más compleja las tres preguntas anteriores:

- Estamos muy acostumbrados a ver mujeres embarazadas de su primer/a hijo/a a partir de los 30 años, pero ¿sabemos si ha acudido a un centro de reproducción o si ha utilizado gametos de donante?

---

<sup>7</sup> Lacadena define la aneuploidía como “la condición de un individuo, órgano, tejido o célula cuya constitución cromosómica no comprende un número exacto de los juegos cromosómicos básicos propios de la especie” (382).

<sup>8</sup> En este sentido, resulta conveniente recordar cómo la pionera sentencia del Tribunal Constitucional de fecha 17 de junio (RTC 1999/116) estableció que “el concepto constitucional de familia (no) se reduce a la matrimonial” (383). Es decir, aunque el artículo 39 de la Constitución española obliga a los poderes públicos a proteger la familia, esta protección no implica que el único concepto de familia constitucional sea el formado por un matrimonio, con lo que una mujer sola con su hijo ya forma una familia. Este tipo de interpretaciones posibilitó que más mujeres recurriesen a este tipo de técnicas sin necesidad de un varón, y abrió la puerta a la legalización del matrimonio de personas del mismo sexo años más tarde.

- Dado que los tiempos han cambiado, ¿somos conscientes de que la mejor edad para que una mujer conciba su primer/a hijo/a y, por tanto, su edad reproductiva, no es a los 30 años?
- ¿Hasta qué punto aceptamos que una mujer tendrá dificultades para concebir, problemas de fertilidad y riesgo durante el embarazo a partir de los 34 años?

Lo cierto es que normalmente se informa de la edad media en la que se concibe el/la primer/a hijo/a, pero no se indica cuántas de estas familias han recurrido a RHA. Lo que sí se conoce es la edad media, 34 – 38 años, de las personas que acuden a los centros de RHA (19,20) y que según la última encuesta de fecundidad (14) del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicada en 2018, el 5,4 % de las mujeres menores de 55 años se han sometido a un tratamiento de RHA.

Las razones por las que estas personas deben recurrir a las TRHA y/o a la donación de gametos son, obviamente, la ausencia de gametos masculinos en parejas homosexuales de mujeres y mujeres solas, y también, mujeres con fallo ovárico prematuro (FOP), con abortos recurrentes por fallo de implantación, por enfermedades hereditarias genéticamente transmisibles a la descendencia, por edad materna avanzada o por reserva ovárica pobre, entre otros (20).<sup>9</sup>

El envejecimiento de la población, la incorporación de la mujer a la formación universitaria y al mercado laboral, y el aumento de las alteraciones en el proceso de producción de los espermatozoides (espermatogénesis) generado por factores tóxicos, ambientales, laborales y el estrés, crea un retraso y disminución de la fertilidad, lo que lleva, en los países desarrollados, a una mayor demanda de TRHA y, sobre todo, un aumento en la demanda de donación de ovocitos (19). Todas estas decisiones, problemas e indicaciones conllevan que un porcentaje mayor de personas recurran a la donación de gametos (representan un 10 % de los ciclos de RHA) para conseguir un embarazo (21). En España, según los datos recogidos en el último informe del registro Nacional de actividad de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), ha habido 5893 nacidos vivos por donación de ovocitos, 2801 nacidos vivos por donación de espermatozoides y 808 nacidos vivos por donación de embriones (22).<sup>10</sup> En total, se han llevado a cabo un 10 % más de ciclos respecto el 2014 y han aumentado considerablemente los tratamientos con ovodonación, representando el 21 % de los ciclos (la Fecundación In Vitro (FIV) con ovodonación ha aumentado nueve puntos respecto el año 2014).

---

<sup>9</sup> La OMS define el aborto recurrente espontáneo como la “pérdida de dos o más embarazos clínicos” (384).

<sup>10</sup> Se trata del registro oficial de actividad de TRA del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

Ahora que se ha expuesto brevemente el estado actual sobre la infertilidad y las necesidades en la que se ven envueltas las personas que no consiguen un embarazo, es necesario ponerse en la situación de aquellas personas que recurren a RHA y gametos de donante, ¿qué aspectos sociales, legales y bioéticos entran en conflicto?

Uno de los debates más recurrentes y mediáticos es aquel que gira alrededor de los derechos de las personas donantes de gametos *versus* los derechos de las personas nacidas por donación. Mientras que hace entre veinte y veinticinco años estas discusiones se centraban en el derecho a conocer sus orígenes de las personas concebidas, y hace tan solo entre diez y quince años, estas preocupaciones se centraban en las consecuencias de reconocer y actuar sobre estos derechos (23). En la actualidad, el discurso gira alrededor de la necesidad de regular, adaptándose a todos los avances y posibilidades que ofrecen los análisis genéticos e internet, el futuro de los procesos de RHA por donación.

Uno de los puntos clave en el proceso de donación es su control. Para ello, existen leyes, decretos y guías que ayudan y fomentan su regulación, estableciendo los límites. Además, por lo que respecta al registro de los donantes de gametos en todo el mundo, existe consenso internacional, tanto en la legislación como en las guías o protocolos existentes, sobre la necesidad de que se creen registros específicos y centralizados de donantes. Así, por ejemplo, la *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM), en su guía de 2008 (24), cuando hace referencia a las limitaciones del uso de los gametos del donante, recomienda que son “las instituciones, clínicas y bancos de espermatozoides (25) las que deben mantener los registros suficientes para permitir que se establezca un límite para la cantidad de embarazos de los que un donante es responsable” y sugiere variar el número de descendencia nacida mediante un donante en función de la población del área geográfica en concreto para evitar la consanguinidad.

### c. Aproximación al problema

En general, la RHA es una práctica que va progresivamente aumentando en la sociedad actual, y aunque suscita preguntas, tiene poca reflexión.<sup>11</sup> En los congresos o jornadas específicos de RHA, sí existen expertos que trasladan a los oyentes todos aquellos conflictos bioéticos, sociales o legales alrededor del proceso de RHA y la donación de gametos. Pero cuando se busca la actitud o conocimientos de población no experta, es decir, la visión de una persona ajena al proceso, los resultados de estas búsquedas pueden ser nulos.

De hecho, existen artículos y bibliografía gris derivada de otro tipo de expertos, refiriéndonos a aquellas personas que no son expertas en la materia por su trayectoria profesional o académica, pero que sí lo son por su experiencia personal. Lo que se encuentran son múltiples instrumentos (26–31) dirigidos a alguna de las tres partes implicadas en el proceso (receptores, donantes y personas nacidas por donación).

Por este motivo, en esta tesis, el foco se centra en recopilar y reflexionar sobre los conflictos que derivan del proceso de donación a través de la revisión de la bibliografía, describiendo aquellos posicionamientos de las personas expertas (ya sea por su *expertise* o por su experiencia personal).

Además, por la posición que ocupó como profesora asociada en la UdL, veo la oportunidad de conocer las actitudes y conocimientos de los estudiantes (como personas externas al proceso) que, a la vez, son potenciales donantes y personas en su mejor momento a nivel reproductivo (en términos biológicos), y siguiendo las tendencias de todos los indicadores sobre infertilidad, serán aquellas personas que en un futuro retrasarán más la maternidad y tendrán más dificultades para concebir un/a hijo/a.<sup>12,13,14</sup>

---

<sup>11</sup> Las TRHA son procedimientos que se utilizan desde hace más de 40 años. Ya en 1978, nació la primera persona mediante FIV, Lousie Brown, pero esta técnica se empezó a utilizar en 1890 con animales por el profesor Walter Heape (87,385).

<sup>12</sup> Se explica en el CAPÍTULO IV. Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios de la Universitat de Lleida sobre la donación de gametos para la reproducción humana asistida. Pero, de manera muy resumida, nos centramos en un segmento de la población muy específico como son los estudiantes universitarios de la FIF i Facultat de Dret, Economia i Turisme (FDET) de la UdL. Durante la tesis, para referirnos a los alumnos de dichas facultades, se utiliza tanto FIF o estudiantes de enfermería, y FDET o estudiantes de derecho. Se escoge así, porque de las facultades, solo participan en la autocumplimentación del cuestionario los alumnos de enfermería y los de derecho.

<sup>13</sup> Parece imprescindible determinar qué se conoce y qué actitudes prevalecen sobre la RHA y la donación de las personas no implicadas en el proceso y personas no expertas porque, como ya se ha comentado, son la mayoría de la población. Es interesante hacer un trabajo así porque el simple hecho de preguntarle a alguien le incitará a reflexionar, lo que otorgará visibilidad a la RHA y a los procesos de donación de gametos y les proporcionará información. Al final, un instrumento como puede ser una encuesta no es más que un medio para generar debate (en un principio a nivel interno) y establecer el inicio de un posible diálogo que puede desarrollarse entre los miembros de un grupo.

<sup>14</sup> La infertilidad y aquellos aspectos relacionados se describen en profundidad, con la exposición de diferentes apartados, en la Parte I de este trabajo.

Hay una frase de Lord Kelvin (1824 – 1907), “lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre”, que parece clave para entender la importancia que tiene trasladar aquellos problemas de salud que existen, pero de los que, posiblemente, la población general, no es consciente;<sup>15</sup> sobre todo en temas como la reproducción cuando la infertilidad y el hecho de recurrir a TRHA son temas tabúes tal y como afirma Diana Marre (32) y recoge Esther Crespo en su tesis (2):<sup>16</sup>

“[...] observamos todavía tabúes rodeados de silencio en nuestra cultura en relación con la infertilidad. Esta puede ser causa de dolor e, incluso, de vergüenza en la medida en que convertirse en madre o padre constituye un logro importante en el desarrollo personal y aumenta las conexiones con la comunidad.” (Crespo Mirasol, 2015)

Es decir, planteamos dos preguntas primordiales y que no se podrán contestar con esta tesis (pero sí que supondrá un inicio): ¿si la población fuese consciente de todo aquello que afecta a la fertilidad, tomaría las mismas decisiones y seguiría retrasando la maternidad?; ¿es el retraso de la maternidad una decisión consciente o deriva como consecuencia de otros objetivos que sí son conscientes? Según el Premio Nobel Herbert Simon, las personas tendemos a basarnos en nuestros propios gustos y preferencias para tomar decisiones y no hacemos un análisis racional de los hechos. Uno de los motivos que nos llevan a hacerlo así es el alto coste, en tiempo y recursos, de recopilar la información.

De esta manera, un objetivo derivado de querer plasmar aquellos conocimientos y actitudes de un segmento de la población es abrir la veda para que se desarrollen programas que: (i) nos ofrezcan la realidad de los problemas de reproducción y que; (ii) sirvan para empoderarnos para que podamos tomar decisiones conscientes sobre nuestro futuro reproductivo.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Partiendo de la base que no se es consciente porque en general, y como ya se ha expuesto, cada vez se retrasa más la maternidad, cada vez se tienen hábitos más perjudiciales para la salud, y cada vez se recurre más a RHA y donación. Al recurrir a TRHA, es inherente el deseo de ser madre o padre, aún a pesar de haber tomado decisiones que afectan negativamente a su fertilidad.

<sup>16</sup> Esther Crespo, en su tesis (2) trabaja las percepciones tras someterse a técnicas de RHA. Realiza una investigación en la que recoge reflexiones de mujeres, parejas y profesionales. Algunos de los relatos expresados por ello demuestran la persistencia de los tabúes, ya sea por: temor a no ser comprendidos; porque se percibe curiosidad del otro y no se desea compartir toda la información; por la experiencia de haber “aguantado” comentarios inapropiados por conceptos erróneos en torno al tema; o por las creencias. Por ejemplo: “Para generaciones anteriores a veces está mal visto (como si no poder tener hijos fuera un defecto), pero en las edades a la que se tienen hijos en la actualidad es algo cada vez más habitual (Informante 23)”, o bien, “Creemos que sí por la falta de información respecto a la infertilidad. Hay mucha gente que lo ve como un gran problema (Informante 22)”. A pesar de esto, también hay personas que quieren eliminar estos tabúes y vivir el proceso de forma natural. En la tesis, reconoce que hay personas que se sienten etiquetadas, estigmatizadas y excluidas ante la infertilidad o el uso de TRHA.

<sup>17</sup> El Premio Nobel Daniel Kahneman, junto con Amos Tversky y otros pioneros de la Psicología Social, describe dos sistemas mentales para tomar decisiones: sistema 1 de decisiones automáticas; y sistema 2

Finalmente, nos centramos en comparar aquello que dicen las personas expertas con los conocimientos y actitudes de las personas no expertas. Concretamente en contraponer o conectar aquellos factores que generan conflicto y debate en la donación de gametos para la RHA desde una triple perspectiva (social, ética y legal). Consideramos que esto es fundamental para conocer si realmente existe una desconexión respecto al objeto de estudio de la tesis entre personas implicadas o expertas y población general (en este caso concreto, un segmento de los estudiantes universitarios).

La mayor dificultad de esta tesis radica en la necesidad de contar con un instrumento validado que permita conocer las actitudes y conocimientos de la población sobre la RHA y más concretamente, la donación de gametos para la reproducción. Por la imposibilidad de encontrar una encuesta con estas características, consideramos oportuno que una parte fundamental de la tesis sea el diseño y validación de un cuestionario.

Al final, el interés de mayor utilidad social es que la investigación permita extraer de manera objetiva el grado de información o desinformación de un segmento de población joven. Es decir, centrarse en las personas que: se encuentran en la etapa más fértil de su vida a nivel biológico; son el mayor volumen de donantes de gametos y; probablemente, en un futuro, siguiendo las tendencias de posponer la paternidad y la maternidad, se encontrarán con problemas de infertilidad.

---

de decisiones conscientes. En estas últimas es donde se valoran los argumentos y requieren de un gran esfuerzo mental (386).

## ii. Objetivos

---

### Objetivo general

Con la presente tesis se pretende, como objetivo general, comparar las reflexiones y divulgaciones científicas de los investigadores con las “acciones humanas” de los estudiantes universitarios de la Facultat d’Infermeria i Fisioteràpia, y de la Facultat de Dret, Economia i Turisme, de la Universitat de Lleida sobre la realidad bioética, social y legal de la donación de gametos para Reproducción Humana Asistida en España.<sup>18,19,20</sup>

### Objetivos específicos (O.E.)

O.E. 1: Realizar una revisión extensa y actualizada sobre la situación actual en España de la donación de gametos y su registro de donantes para la RHA para conocer y determinar las necesidades psicosociales que entran en debate en un proceso de donación de gametos para RHA.

O.E. 2: Elaborar y diseñar un instrumento en el que se plasmen los conocimientos y actitudes de los encuestados respecto a la donación de gametos para RHA a partir de la revisión bibliográfica y teniendo en cuenta tres dimensiones: bioética, legal y social.

O.E. 3: Validar el instrumento de evaluación *Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para reproducción humana asistida (LSP2016)* mediante metodologías cualitativas y cuantitativas.

O.E. 4: Describir y determinar los conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios de la UdL respecto a la donación de gametos para RHA.

O.E. 5: Realizar un análisis comparativo de los problemas bioéticos, legales y sociales que conlleva la donación de gametos para RHA, según la búsqueda bibliográfica con los resultados del análisis de las respuestas de los estudiantes universitarios de la UdL.

---

<sup>18</sup> Por investigadores se refiere a todos aquellos expertos que publican artículos, realizan seminarios, ponencias, etc. desde la divulgación y el debate sobre la donación de gametos para RHA.

<sup>19</sup> En la tesis, se hace referencia al término de “acciones humanas”, como se recoge en el libro de Medina *Deseo de cuidar y voluntad de poder* (33), porque se entiende que son las “acciones humanas” las que definen el comportamiento humano, ya que estas tienen que tener un sentido para la persona que las lleva a cabo y estarán condicionadas, por lo tanto, por la persona que la ejecuta (sus conocimientos y actitudes) y el contexto en el que tiene lugar.

<sup>20</sup> Se justifica la elección de esta población diana, estudiantes universitarios (mayores de 18 años) de la siguiente manera: (i) son la población que verá afectada su fertilidad en mayor medida (debido a factores como el estilo de vida, el peso corporal y el estrés –factores que van en aumento año tras año- y debido al retraso de la maternidad (387) serán, posiblemente, futuros usuarios de TRHA y donación), (ii) forman parte de la población con mayor calidad de sus gametos para la donación y son el porcentaje más alto de donantes y (iii) debido a las hipótesis planteadas, este es el grupo de población de más fácil acceso que puede reunir todas estas diferencias en cuanto a sus variables.

O.E. 6: Reflexionar sobre el papel de la Promoción de la Salud (PS) y la Educación para la Salud (EpS) en el empoderamiento por parte de la población diana (estudiantes universitarios) sobre los problemas de fertilidad, la realidad de la donación de gametos para la reproducción humana asistida y la eficacia de las TRHA.

O.E. 7: Determinar y concluir, como propuesta de continuidad, si es necesario planificar y diseñar acciones de PS y/o programas de EpS dirigidos a los estudiantes universitarios de la UdL, cuyo objetivo sería promover y facilitar la participación de estos colectivos en el debate y realidad bioética, social y legal sobre el alcance y las condiciones de la donación de gametos para RHA.



### iii. Hipótesis

---

#### **Hipótesis generales**

A partir del planteamiento de la tesis y una vez realizada la revisión de la bibliografía, se plantean las principales hipótesis de la tesis, enfocadas a la PARTE II y III respectivamente:

Hipótesis general 1: La *Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para reproducción humana asistida (LSP2016)* será un instrumento válido y fiable que permitirá conocer los conocimientos y actitudes sobre la donación de gametos para RHA desde tres vertientes: bioética, social y legal.

Hipótesis general 2: si se compara la investigación basada en la reflexión bibliográfica con los resultados del análisis de la encuesta, los dilemas bioéticos, problemas legales y conflictos sociales recopilados bibliográficamente no se verán reflejados en la encuesta. Es decir, las temáticas investigadas y que generan conflicto y debate por los expertos no coincidirán con las inquietudes de los estudiantes universitarios de la FIF y FDET de la UdL.

#### **Hipótesis específicas (H.E.)**

Se establecen varias hipótesis específicas como base del trabajo de campo en el que se encuesta a estudiantes universitarios de enfermería y de derecho:<sup>21</sup>

H.E. 1: Los estudiantes considerarán que están desinformados, pero definirán sus actitudes frente la donación de gametos.

H.E. 2: Cabe esperar que los estudiantes de enfermería tendrán un mayor conocimiento, actitudes más racionales y que manifestarán un enfoque más técnico y cognitivo hacia la donación.

H.E. 3: Los estudiantes universitarios, en general, carecerán de una posición definida sobre si prevalece el derecho de intimidad de la persona donante o el derecho a conocer sus orígenes por parte de la persona nacida por donación. Además, no mostrarán coherencia en sus respuestas respecto a si el proceso debería ser identificativo o anónimo.

---

<sup>21</sup> Se opta por la definición de hipótesis específicas siguiendo el estilo de otros autores cuyas tesis son sobre el diseño y validación de un instrumento como por ejemplo la tesis del Dr. Miquel Bennassar (320) o de la Dra. María del Mar Gómez (388). Se elige hacerlo así ya que, de este modo, a la hora de analizarlo existen varias hipótesis a contrastar.

#### iv. Descripción, estructura y contenidos

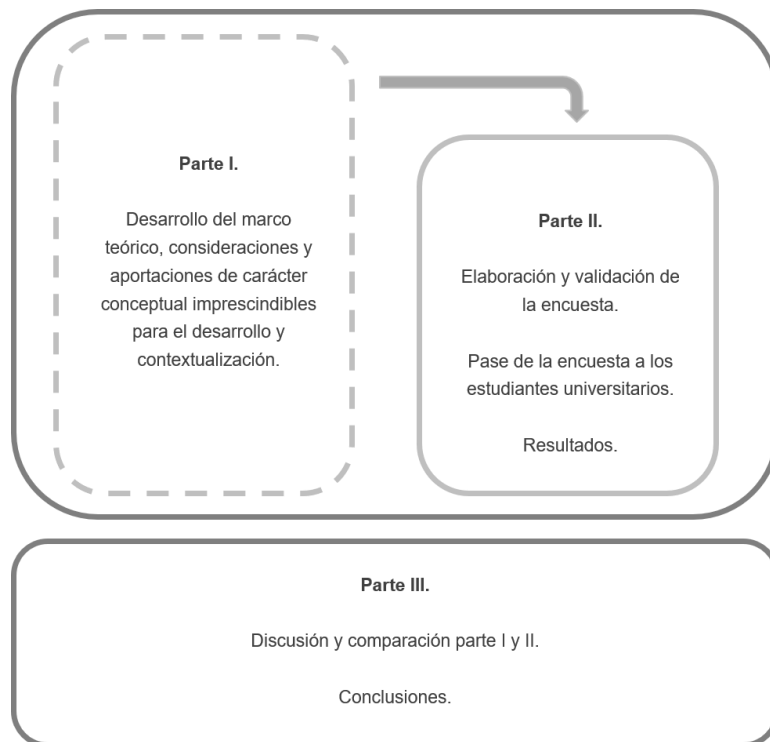
---

La tesis que aquí se presenta se ha estructurado sobre una base más estándar: la introducción; una primera parte con el desarrollo argumental dentro de la contextualización; una segunda parte con una perspectiva de trabajo de campo, con un diseño más complejo a nivel metodológico y una tercera parte con la discusión a partir del análisis realizado y las conclusiones extraídas de la primera y segunda parte.

En la introducción, se ha definido el planteamiento de la tesis y, con ello, el objeto de estudio, los objetivos e hipótesis, la descripción, estructura, contenidos, y finalmente, la metodología.

A continuación, se presenta una imagen ilustrativa (ver Figura 1) del desarrollo de las partes. Es preciso resaltar que la primera parte es imprescindible para el desarrollo de la segunda, y al mismo tiempo, se mantiene constante hasta llegar a la tercera. Existe un paralelismo entre ambas y en ningún caso son excluyentes. En la tercera parte, se expone la discusión de la primera parte, de cada uno de los procesos metodológicos de la segunda parte y se compara la dimensión de la construcción teórica y reflexión con la dimensión empírica del análisis e interpretación de los resultados de las encuestas.

**Figura 1:** Imagen ilustrativa del desarrollo de las partes



Fuente: Elaboración propia.

La primera parte de la tesis consta de un trabajo de desarrollo argumental basado en un procedimiento descriptivo y comparativo. Se realiza mediante un repaso a las aportaciones teóricas y conceptuales que sustentan el enfoque y planteamiento de la tesis, combinando aportaciones de la disciplina bioética, de las ciencias jurídicas y

sociales, con el fin de destacar la tendencia de las TRHA. Esto proporciona una visión global de la forma en que estas consideraciones impactan en la donación de gametos y su registro para la RHA.

Se presta especial atención a la normativa existente en España, sobre todo, aquella que se está desarrollando, al mismo tiempo que se escribe esta tesis, sobre el registro de donantes.

Más detalladamente, en la primera parte, se exponen aquellas consideraciones, reflexiones y aportaciones de carácter conceptual imprescindibles para el desarrollo y contextualización del objeto de estudio y, por lo tanto, de la segunda y tercera parte. Se construye el marco teórico que orienta el diseño de la investigación empírica sobre la donación de gametos para la RHA y que servirá, asimismo, como base para su análisis e interpretación. Esta primera parte, se ha dividido en dos capítulos, cada uno de ellos, desarrolla la conceptualización de la tesis.

El *CAPÍTULO I. Contexto y problemática derivada de la infertilidad y reproducción humana asistida*, tiene un enfoque general abordado desde la perspectiva más social, desarrollando el planteamiento del problema y análisis de la cuestión.

En el *CAPÍTULO II. Tres dimensiones del análisis: problemas bioéticos, sociales y legales que surgen a raíz de la donación de gametos para la reproducción humana asistida*, se explicitan aquellos factores que influyen y llegan a generar conflictos y debates alrededor del proceso de donación de gametos. Aborda el problema desde el análisis contextual y describe la relación del tema central de esta tesis con la bioética, sin dejar de interrelacionarlo con dos dimensiones de carácter social y jurídico. Se incluye en la argumentación sobre la necesidad o no de que exista un registro, del tipo de registro y de las problemáticas derivadas en la actualidad por la falta de este control. Además, para finalizar este capítulo, se reflexiona sobre la realidad del proceso de donación de ovocitos a partir de un análisis de revisión y una experiencia.

Una segunda parte se despliega dentro del comúnmente denominado trabajo de campo, con múltiples estrategias metodológicas de investigación englobadas. De manera que para la correcta elaboración de esta parte ha sido necesario consultar a expertos en derecho, biología, genética, filosofía, psicología, etc. con el fin de hacerles partícipes imprescindibles para el desarrollo y así aclarar dudas, complementar información y desarrollar métodos de investigación. Este apartado, por tanto, favorece el análisis interdisciplinar y crítico. Por su complejidad, se ha optado por desarrollar en profundidad todo el contenido metodológico dentro de este apartado y no en la introducción.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> En el apartado de Introducción existe un sub-apartado de metodología donde se desarrolla en profundidad los métodos de investigación utilizados para la primera parte de la tesis y, a nivel más global, los métodos de la segunda parte.

Esta segunda parte de la tesis tiene como eje principal la encuesta. El *CAPÍTULO III. Elaboración y validación de la “Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida (LSP2016)”*, central en la tesis, puesto que, además de abordar el objetivo de contribuir a explicar las actitudes y conocimientos respecto al objeto de estudio, proporciona el instrumento fundamental para la investigación empírica que se presenta en el siguiente capítulo. Se centra en la generación de una encuesta como instrumento de medida para indagar las diversas motivaciones, razones, circunstancias, actitudes, conocimientos, etc. respecto a la donación de gametos para la RHA. Este capítulo consta de todo el desarrollo del proceso, desde la metodología hasta los resultados. Además, en el *CAPÍTULO IV. Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios de la Universitat de Lleida sobre la donación de gametos para la reproducción humana asistida*, se describe cómo se ha llevado el trabajo de campo de investigación empírica y se presentan los resultados (se describen, analizan e interpretan). Se recogen, de modo condensado y conclusivo, las actitudes y opiniones de los estudiantes hacia la donación de gametos para la RHA. Con este capítulo se cierra la primera parte de la tesis.

Por último, la tercera parte de la tesis consta de dos capítulos: *CAPÍTULO V. Discusión del objeto de estudio*, en el que se desarrollan las discusiones: de la parte I, de cada una de las etapas de validación de la encuesta y de los resultados obtenidos sobre las actitudes y conocimientos de los estudiantes que se comparan con el desarrollo argumental (objetivo general de esta tesis). Se desarrolla el modo en el que algunos aspectos que caracterizan la configuración social se manifiestan en los estudiantes de la UdL. Se describen las distintas posiciones, los aspectos positivos y negativos, y las sugerencias que se plantean para la posible EpS al respecto. La tesis, finaliza, en el *CAPÍTULO VI. Conclusiones*, con la exposición de las conclusiones generales, las líneas de investigación y las propuestas.

Cada una de las partes que componen esta tesis, está formada por apartados y subapartados en los que se profundiza sobre los diferentes fundamentos de la tesis. Su desarrollo refleja de modo ordenado el enfoque de la investigación, ofrece una correlación entre capítulos y el cumplimiento de los objetivos planteados. Se ha preferido este orden para que el lector comprenda de mejor forma el problema planteado, de manera que con la primera parte se presenta todo el marco teórico que sirve de fundamentación, en tanto que materia transversal que impregna y enmarca la segunda y tercera parte.

## v. Metodología

---

A propósito de la elección de la metodología en un proceso de investigación, Medina Moya expone que:

“La selección de una estrategia de investigación es una cuestión en la que intervienen valores sociales y no solamente conocimientos técnicos. Una cuestión que se hace más inteligible como una actividad ética, política e ideológica y no solamente epistemológica. De manera que la selección de una u otra metodología va más allá y tiene más implicaciones que una mera cuestión técnica debiéndose explicitar los supuestos éticos, epistemológicos y teóricos desde los que el investigador parte.” (Medina Moya) (33)

La presente tesis consta de dos apartados muy diferenciados, I y II, por tanto, requieren de métodos de investigación diferentes que se explicarán a continuación:

- Parte I:
  - Revisión de la bibliografía para la generación del marco contextual.
  - Análisis de la realidad de la donación de ovocitos para la RHA mediante: un estudio etnográfico y una revisión sistemática de las páginas webs.
- Parte II
  - *Scoping review* para el análisis de la situación: existencia de escalas, cuestionarios, entrevistas, etc. evaluados o validados cuyo objetivo es recoger los conocimientos y actitudes de la población respecto la donación de gametos para la reproducción humana asistida.
  - Una revisión de la bibliografía para la generación de las bases para la redacción de la primera propuesta de encuesta. En este caso, se utiliza la revisión realizada para la Parte I y la *scoping review*.
  - Como métodos para la validación y confiabilidad de la encuesta, se realiza: técnica Delphi, entrevistas cognitivas, prueba piloto y test-retest. Análisis descriptivos como: proporción de acuerdo, tasa de devolución y porcentaje de similitud; y los análisis estadísticos pertinentes: cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach, del coeficiente de concordancia W de Kendall, coeficiente Kappa de Cohen y el coeficiente de correlación de Spearman.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Como se ha comentado en el apartado anterior, es importante remarcar que aquí no se explican en profundidad los métodos de investigación que se han llevado a cabo para la validación, confiabilidad y posterior análisis de la encuesta. Esto se desarrolla en la *Parte II* de esta tesis; se ha creído conveniente hacerlo así para facilitar el seguimiento cronológico de los métodos y facilitar la lectura.

- Esta parte contiene los resultados del trabajo. Por este motivo, para el análisis de los resultados se llevan a cabo diferentes estrategias metodológicas a nivel estadístico.
- Parte III:
  - Finalmente, se desarrollan las discusiones y conclusiones del trabajo. Para la generación de la discusión se utilizan los resultados obtenidos en el análisis previo y todos aquellos artículos más indicativos encontrados en la revisión de la bibliografía o *scoping review*. Para las conclusiones, se lleva a cabo un ejercicio de reflexión y argumentación.

A continuación, se exponen los enfoques metodológicos utilizados en la tesis.

#### a. Métodos para la generación del desarrollo argumental

Para contextualizar el estudio y conocer la situación actual y qué información, debates y conflictos existen sobre la donación de gametos para la RHA teniendo en cuenta las dimensiones bioética, legal y social, se han utilizado diferentes estrategias de búsqueda, mayoritariamente en inglés y en menor medida, en español; que se explican a continuación.

Primero, se ha realizado una revisión de la bibliografía para buscar (de manera exhaustiva) y sintetizar la evidencia científica sobre las temáticas y las metodologías empleadas en las investigaciones sobre el objeto de estudio de la tesis (34,35).

Esta revisión se ha llevado a cabo a partir de los descriptores, en lenguaje documental. Los descriptores utilizados en inglés se han buscado a través del *Medical Subject Headings* (MeSH) y para los términos en español también se ha utilizado la base de datos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).<sup>24</sup> A continuación, se presentan y describen los descriptores (Tabla 1):

**Tabla 1:** Descriptores mayores o palabras clave traducidas a lenguaje documental utilizando el MeSH y los DeCS

<b>Key words</b> <b>MeSH</b>	<b>Definición Inglés</b>	<b>Descriptor</b> <b>DeCS</b>
<i>Reproductive Techniques</i>	<i>Methods pertaining to the generation of new individuals, including techniques used in selective breeding, cloning, and assisted reproduction.</i>	Técnicas Reproductivas

<sup>24</sup> Los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS), se desarrollaron a partir del MeSH con el objetivo de permitir una terminología común para la búsqueda proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma. De manera que estos descriptores, se utilizan como lenguaje único en la indización de artículos, libros, etc. para su búsqueda en la literatura científica en bases de datos de salud como MEDLINE, LILACS y otras.

<i>Reproductive Techniques, Assisted</i>	<i>Clinical and laboratory techniques used to enhance fertility in humans and animals.</i>	Técnicas Reproductivas Asistidas
<i>Donor Conception</i>	<i>Assisted reproductive techniques where eggs, sperm, both eggs and sperm (double donation), or embryos from donors are used.</i>	Concepción de Donantes
<i>Oocyte Donation</i>	<i>Transfer of preovulatory oocytes from donor to a suitable host. Oocytes are collected, fertilized in vitro, and transferred to a host that can be human or animal.</i>	Donación de Oocito*
<i>Surveys and Questionnaires</i>	<i>Collections of data obtained from voluntary subjects. The information usually takes the form of answers to questions, or suggestions.</i>	Encuestas y Cuestionarios
<i>Health Surveys</i>	<i>A systematic collection of factual data pertaining to health and disease in a human population within a given geographic area.</i>	Encuestas Epidemiológicas

Fuente: Elaboración propia.

\* Como DeCS no aparece el término “ovocito”, contemplado en la RAE y en la legislación española. Por este motivo utiliza el descriptor que corresponde, “oocito”.

Para ampliar las posibilidades de búsqueda, se utilizan otras palabras clave que no aparecen como descriptores en MeCS ni DeCS, como: *donor, donation, anonymity donor, oocyte donation, sperm donation, survey validation, assisted reproduction, reproductive technologies, gamete donation, biological parenting, knowledge reproductive techniques, preferences, attitudes, ethics, health, beliefs, information, legislation, Assisted Reproductive Techniques (ART), y marital quality.*

A partir de los descriptores y palabras clave, se realiza la búsqueda de la bibliografía en bases de datos electrónicas como: PubMed (MEDLINE), LILACS, SciELO, ScienceDirect y Scopus. De manera que se recopilan artículos, en base a ciertos criterios de inclusión y exclusión (ver Tabla 2), sobre: donantes (de ovocitos y espermatozoides), anonimato, no anonimato, encuestas, aspectos bioéticos, sociales y legales, hijos nacidos mediante donación, receptores de gametos, etc.<sup>25</sup> Además, y al margen de las bases de datos, se realiza una revisión más amplia a partir de:

- Una búsqueda bibliográfica con metabuscadores: metaCercador de la UdL y reCercador de la UB.

---

<sup>25</sup> Se han utilizado los descriptores directamente sin hacer uso de operadores booleanos porque se ha comprobado que no mejoraban la estrategia de búsqueda.

- Una búsqueda bibliográfica mediante Google, Google Scholar y el Boletín Oficial del Estado (BOE) de otros artículos, leyes, decretos, noticias de actualidad, películas, etc. y se asiste a diversas conferencias y congresos para conocer la opinión y debate de actualidad:
  - VII Congreso Nacional ASEBIR. 2013.
  - XIII Jornada de Biología de la Reproducción. Biología de la Reproducción de la *Societat Catalana de Biologia* (SCB). 2013.
  - 30 años de Técnicas de Reproducción Asistida. Anna Veiga y Guido Pennings. Fundación Víctor Grífols y Lucas. 2014.
  - Jornada “El derecho a conocer los orígenes: retos éticos y legales”. Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) Barcelona Centre Ernest Lluch. 2015.
  - 31º Congreso Nacional SEF. 2016.  
Se incluye la participación en el taller del grupo de ética y buena práctica clínica: “Los límites de la autonomía del paciente en la medicina reproductiva”.
  - 6º Congreso Nacional Enfermería de la Reproducción. 2016.
- La lectura de tesis doctorales, cuyo objeto de investigación tenga relación con la RHA o con la metodología de validación de instrumentos de medida. A tal fin, se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: Dialnet, TESEO y Tesis Doctorales en Red (TDR).
- Diferentes asociaciones y/o instituciones como la Generalitat de Catalunya, *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE), SEF, FIVCAT, *Human Fertilisation & Embryology Authority* (HEFA), *Association of sibligs*, etc. para la búsqueda de datos estadísticos en cuanto al uso, frecuencia, nacimientos, etc. de la donación de gametos para la RHA, edad para tener el/la primer/a hijo/a, estado de la fertilidad, etc.

Los criterios de inclusión y exclusión de la bibliografía han sido los siguientes:

**Tabla 2:** Criterios de inclusión y exclusión utilizados para la revisión sistemática del marco conceptual

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos en inglés o español	Artículos muy clínicos o sobre aspectos genéticos
Consideraciones sobre la fertilidad/infertilidad y TRA	
Actitudes, motivaciones y conocimientos sobre la donación de gametos	
Aspectos de filiación	



### Estudios empíricos: donante de ovocitos

Finalmente, en esta primera parte de la tesis, para poder expresar la realidad del proceso de una mujer que quiere donar ovocitos, se lleva a cabo un trabajo de campo en primera persona. Por tanto, se expone una vivencia que parte de la realidad para profundizar en cómo se está llevando el proceso de donación, qué información se ofrece, cómo se explica, etc. En definitiva, se lleva a cabo un estudio etnográfico (36) entre julio y septiembre del 2018 para contrastar y ampliar la visión y las aportaciones a esta tesis.<sup>26</sup>

Para ello, el primer paso es realizar una búsqueda a través de Google de las clínicas o centros que llevan a cabo programas de donación de ovocitos en Barcelona, es decir, se realiza una revisión sistemática de las páginas webs desde un enfoque cualitativo. Se intenta realizar el mismo proceso que haría una persona que quiere donar, así que se utilizan las palabras “donante de óvulos Barcelona” y se revisan las diez primeras páginas del buscador. Se encuentran catorce clínicas o centros diferentes en los que se pueden donar ovocitos.

El segundo paso es generar una tabla adaptando algunas de las variables y categorías propuestas por Keehn et al. (37): características requeridas y restricciones para ser donante (por ejemplo, la edad o alguna característica física); información sobre los riesgos del proceso (sí/no); compensación económica: no se menciona, se menciona sin especificar, o bien, se explicita la cantidad. Y si añaden cuatro categorías sobre la página web: es una web específica para las donantes de ovocitos, al margen de la web oficial del centro (sí/no); la web ofrece una imagen femenina amigable, feliz y de carácter joven (con los colores, imágenes, etc.); si se hace referencia al bien que se está haciendo con la donación desde un punto de vista emocional; y por último, si se expone el proceso de donación con un lenguaje no técnico (sí/no/no se explica).<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Los resultados de este trabajo de campo se desarrollan en el punto 2.5 Estudios empíricos: donante de ovocitos de la pág. 144.

<sup>27</sup> No se especifican los nombres de las clínicas, aunque se podrían llegar a identificar.

Por último, se llama a las clínicas para recibir información sobre el proceso de donación y en algunos casos, se llega a ir al centro para recibir dicha información. Se genera otra tabla resumen con diferentes características del proceso y reflexiones.<sup>28</sup>

### **b. Métodos para el diseño y validación de la encuesta**

Para la Parte II, si se retoma el objetivo de la tesis “comparar las reflexiones y divulgaciones científicas de los investigadores con las “acciones humanas” de los estudiantes universitarios de la UdL sobre la realidad bioética, social y legal de la donación de gametos para RHA en España” y siguiendo con la argumentación de Medina, se ha encontrado “la necesidad de un método que me permitiese acceder a los significados [...] que los estudiantes utilizaban para asignar un sentido” (33) a sus conocimientos y actitudes respecto la donación de gametos para RHA, contribuyendo de esta manera, a explicar las “acciones humanas” antes que las “conductas humanas”.

¿Por qué esta dificultad a acceder a los significados? Porque estos son “creados, cuestionados y modificados a lo largo del tiempo en función de las prácticas sociales” que las personas, o en este caso, los estudiantes realizan. Por otro lado, ¿por qué acciones humanas y no conductas? Tal y como se explica en el apartado de objetivos, porque una acción humana tiene un sentido unipersonal.<sup>29</sup>

De manera que la opción metodológica que trate de conocer los conocimientos y actitudes frente a la donación de gametos de los estudiantes universitarios deberá permitir el acceso a los significados que para los estudiantes tienen sus propias acciones.

Es justamente ahí donde radica la dificultad de diseñar un cuestionario validado.<sup>30</sup> La noción de “conocimientos y actitudes” desde una triple perspectiva “bioética, social y legal” puede ser entendida de diferentes maneras en función de la persona a quien se le pregunte. Por lo tanto, el proceso de validación del cuestionario empieza por la definición del concepto que se pretende medir, de las dimensiones y su constructo.

En definitiva, de acuerdo con el objeto de estudio y los objetivos marcados se utiliza una perspectiva metodológica mixta para la Parte II de la tesis, donde los enfoques cualitativos y cuantitativos puedan abordar la compleja realidad bioética, legal y social de la investigación. Para ello, se “recupera” parte del marco conceptual teniendo en cuenta la legislación española vigente, registros y la evidencia científica sobre el objeto

---

<sup>28</sup> En este caso, no se especifica el nombre de la clínica y se evita dar información que pueda llegar a identificar al centro.

<sup>29</sup> Al revés que, por ejemplo, el comportamiento de los objetos inanimados. Ya que solo se entiende este comportamiento cuando se le adjudica una interpretación, a pesar de que esta no sirve para afirmar el sentido que tiene para el objeto su propio comportamiento.

<sup>30</sup> Sin olvidar que, para hacerlo, se debe comprobar su utilidad, validez y confiabilidad mediante la validación del constructo, del contenido y de criterio, y la realización de diferentes métodos estadísticos.

de estudio de la Parte I, para que sirva de base y paralelismo de todo el proceso de validación de la encuesta.

### **Generación de las bases para la redacción de la primera propuesta de encuesta:**

La estrategia de búsqueda para la realización de la primera versión de la encuesta ha seguido el formato de *scoping review* (o revisión sistemática exploratoria). Es un tipo de revisión sistemática de la literatura, se basa, no solo en sintetizar la evidencia respecto a un tema utilizando diferentes diseños de estudio, intervenciones y medidas de impacto, sino que también permite explorar quién, dónde y de qué manera se han obtenido los resultados. Ofrece una visión y contextualización amplia de aquello que se ha investigado alrededor del objeto de estudio y su estado actual, ya que la búsqueda se genera en diferentes formatos, convencionales (bases de datos) y no convencionales (Google). La revisión proporciona una mayor claridad conceptual sobre el tema y campo de evidencia específica, de manera que sirve para generar hipótesis, establecer líneas de investigación, etc. En resumen, este tipo de síntesis de la evidencia describe el conocimiento existente sobre el tema objeto de estudio (34,35,38,39).<sup>31</sup>

A continuación, se presenta el proceso de revisión siguiendo el protocolo de Arksey y O'Malley con algunas propuestas de mejora de Levac et al. para el diseño de una *scoping review* (38,40,41):

- Identificar la pregunta de estudio: se trata de orientar el alcance de la investigación a partir de la generación del concepto, la población objeto de estudio y los resultados de interés. Además, se deben estipular los resultados que se incluirán en la revisión.

A raíz de la necesidad surgida del planteamiento de la tesis y del objetivo general de la misma, es necesario saber si existe o si se debe crear una encuesta para obtener los conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios sobre la donación de gametos para la RHA.

Es por este motivo que la pregunta de estudio es: ¿qué estudios realizados mediante algún instrumento de medida existen en la bibliografía actual sobre los conocimientos, actitudes, percepciones, opiniones, etc. de la población respecto a la donación de gametos para RHA?

Se incluye “población general” y no específicamente “estudiantes universitarios” porque se considera que es demasiado determinante. Además, se podría generar

---

<sup>31</sup> Los resultados están redactados en el apartado 3.2 Análisis de la realidad: resultados de la *scoping review*.

un sesgo, ya que puede existir un instrumento para población entre 18 y 30 años que sería útil para el tipo de población de estudio de la tesis.

- Identificar los estudios relevantes que dan respuesta a la pregunta de estudio. Describir la estrategia de búsqueda.

Para la búsqueda se utilizan las bases de datos: PubMed (MEDLINE), Cochrane, LILACS, SciELO, Web of Science, ScienceDirect y Scopus; pero, además, se recurre a otras fuentes de información no indexadas (denominadas “literatura gris”) como páginas web de organismos e instituciones (34) relacionados con las TRHA.

Se inició el proceso de búsqueda bibliográfica en enero de 2015 (con la elaboración de una tesina) y se llevó a cabo hasta enero de 2016.

Para concretar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos se utilizaron descriptores (términos controlados por las diferentes bases de datos – ver Tabla 1) y palabras clave definidos a partir de la pregunta de estudio; además de operadores booleanos (AND, OR y NOT, según el caso) y filtros para optimizar los resultados encontrados.<sup>32</sup>

- Selección de los estudios.

En esta fase se describen los criterios de inclusión y exclusión, se utilizaron los siguientes:

**Tabla 3:** Criterios de inclusión y exclusión utilizados para la *scoping review*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos en inglés o español publicados entre 1996 y 2016.  Se decidió delimitar la búsqueda en los últimos 20 años <sup>33</sup> , aunque, la mayoría de los artículos y encuestas encontradas son de los últimos 10 años.	Editoriales, cartas al director, noticias, libros, capítulos de libro, <i>meeting abstract</i> , <i>conference paper</i> y ensayo clínico.
Consideraciones sobre la donación de gametos y TRA	
Actitudes, motivaciones, experiencias y conocimientos	

<sup>32</sup> En la Tabla 32 (del Anexo 3) quedan definidas estas estrategias de búsqueda.

<sup>33</sup> Debido a que las técnicas de reproducción humana asistida tienen aproximadamente 30 años de vida, se ha considerado oportuno y adecuado alargar este periodo 10 años más, llegando así a 20 años.

Uso de un instrumento (encuesta, entrevista o cuestionario)

Se especifica\* “texto completo disponible” (no se especifica ni “free full text” ni “open access”)

Se especifica\* el tipo de documento: “review articles”, “research articles” o “short survey”

\* Se utilizan como filtros en aquellas bases de datos que lo permiten.

- “Charting the data” o generar un mapa con los datos.

Primera revisión: Una vez establecidas las estrategias de búsqueda, los filtros y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se realiza un “screening” rápido por título y, en algunos casos, resumen, para seleccionar aquellos artículos que se quieren incluir.

Segunda revisión: Posteriormente, se incluyen los artículos seleccionados en el gestor bibliográfico Mendeley versión 1.19.2 y se buscan y excluyen los duplicados.

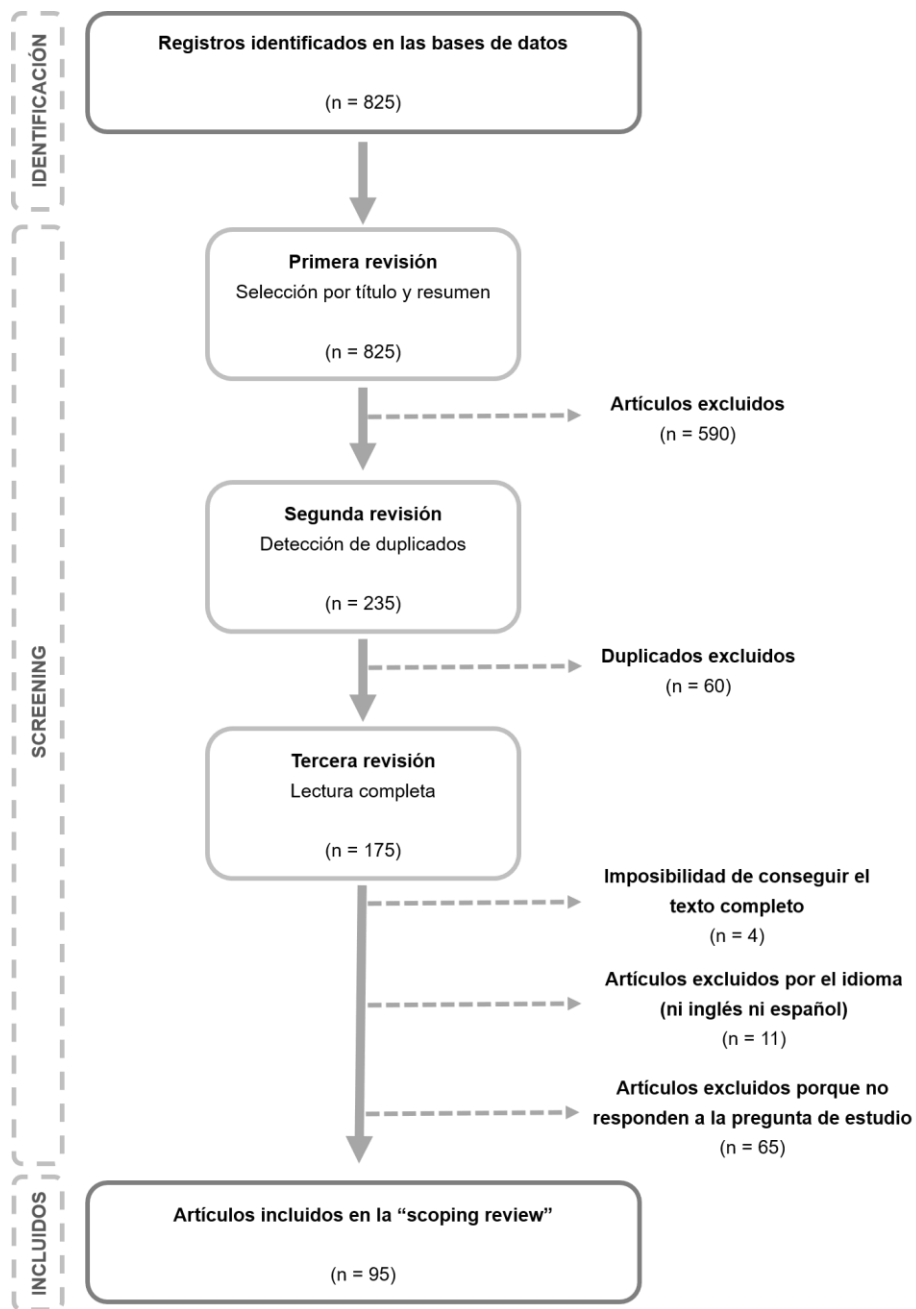
Tercera revisión: Se descartan aquellos artículos sin texto completo o porque no son ni en inglés ni en español. Y el resto se revisan con la lectura del texto completo. Se seleccionan aquellos que responden a la pregunta de estudio.

- Recopilar, resumir y comunicación de resultados.

Se extraen los datos disponibles de aquellos artículos seleccionados en una tabla (ver Anexo 2) que contiene la siguiente información: autor, año, país, tipo de estudio, muestra de estudio, tipo de instrumento, verifica la validación del instrumento, objetivo del instrumento y variables del instrumento.

De manera esquemática, el diagrama de flujo del proceso (ver Figura 2) hasta la selección de los 95 artículos para la *scoping review* es el siguiente:

**Figura 2:** Diagrama del proceso metodológico de revisión *scoping review*



Fuente: Elaboración propia.

## Métodos para la validación de la encuesta:

Todos los instrumentos para la recolección de datos deben cumplir dos requisitos, la validez (de contenido, constructo y criterio) y la confiabilidad. A continuación, se explican las estrategias metodológicas utilizadas.<sup>34</sup>

La validez de contenido se evaluó a través de un grupo de 16 personas expertas mediante el método Delphi. Se trata de un procedimiento anónimo, que tiene como objetivo la recopilación de opiniones, sin necesidad de reunirse físicamente con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración del cuestionario y conseguir, de este modo, un consenso suficiente para la realización y validación del contenido y del constructo.

Por lo tanto, una de las aportaciones metodológicas de esta tesis ha sido la aplicación de la técnica Delphi a través de correo electrónico con un grupo de expertos que se adecuan a la materia de estudio para validar el instrumento.

Durante el método Delphi se recopilan los comentarios y valoraciones según su grado de conformidad (con una escala tipo Likert del 1 al 6) para cada uno de los ítems por parte del grupo de expertos. De aquí, se realizan varios análisis para extraer los resultados: un análisis cualitativo de los comentarios que genera una justificación para la modificación, eliminación, inclusión, etc. de los ítems y cálculo de la tasa de devolución. Pero, también se realizan dos pruebas estadísticas. Una de ellas tiene como objetivo evaluar la consistencia interna de las valoraciones de las personas expertas. Esta consistencia interna se lleva a cabo mediante el cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach, con el programa estadístico software R (42), versión 3.5.1 (02-07-2018). Con el mismo programa estadístico, se calcula la prueba estadística del coeficiente de concordancia W de Kendall (43) para mostrar si existe un acuerdo sustancial entre los expertos y si este es homogéneo.

El siguiente paso que se realiza es una entrevista o discusión con expertas con las que se mantiene una conversación informal y distendida sobre el enfoque de la encuesta, si contiene los ítems necesarios para alcanzar el objetivo que se pretende, etc. A partir de estas discusiones, y del análisis cualitativo de sus aportaciones, se aporta valor a la validación de contenido y se lleva a cabo la validación de criterio.

Por último, se lleva a cabo una prueba piloto y test-retest, a partir del cual se mide la confiabilidad o estabilidad del cuestionario. La idea principal es detectar cualquier problema, dificultad en las preguntas o respuestas, tiempo de respuesta, etc. con un grupo de personas y con las mismas condiciones sobre las que se está evaluando el instrumento. Además, con el test-retest, es decir, pasando el cuestionario dos veces a

---

<sup>34</sup> Para ver en detalle el proceso metodológico, ver el *CAPÍTULO III* de esta tesis.

una misma persona, se mide la capacidad que tiene este instrumento a proporcionar los mismos resultados al ser aplicado en las mismas condiciones. Para el análisis, se solicita a las personas que participan que expongan verbalmente cualquier comentario, además, se calcula el porcentaje de similitud entre las respuestas en el primer test y en el retest; y finalmente, mediante el el programa estadístico software R (42), versión 3.5.1 (02-07-2018), se calcula el coeficiente Kappa de Cohen (44) y el coeficiente de correlación de Spearman (43,45).

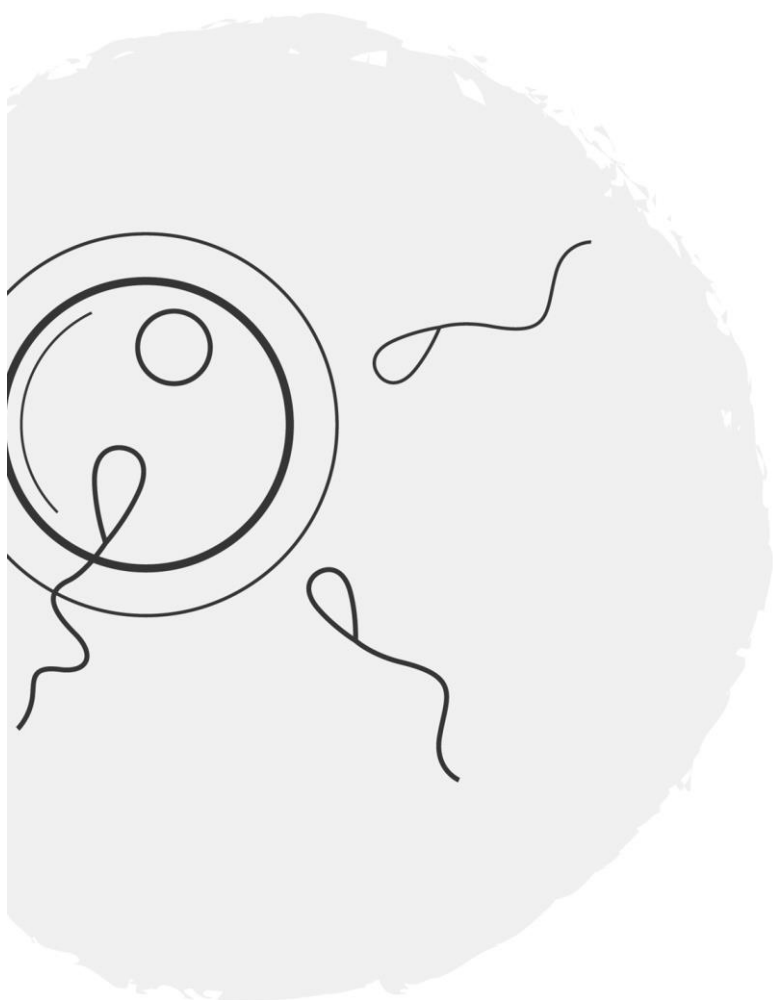
### **c. Métodos para el trabajo de campo**

Finalmente, se utiliza el cuestionario para conocer las actitudes y conocimientos de los estudiantes de la FIF i de la Universitat de Lleida. Todo este proceso metodológico, como de análisis de resultados se expone en profundidad en el *CAPÍTULO IV* de esta tesis doctoral.





**PARTE I**



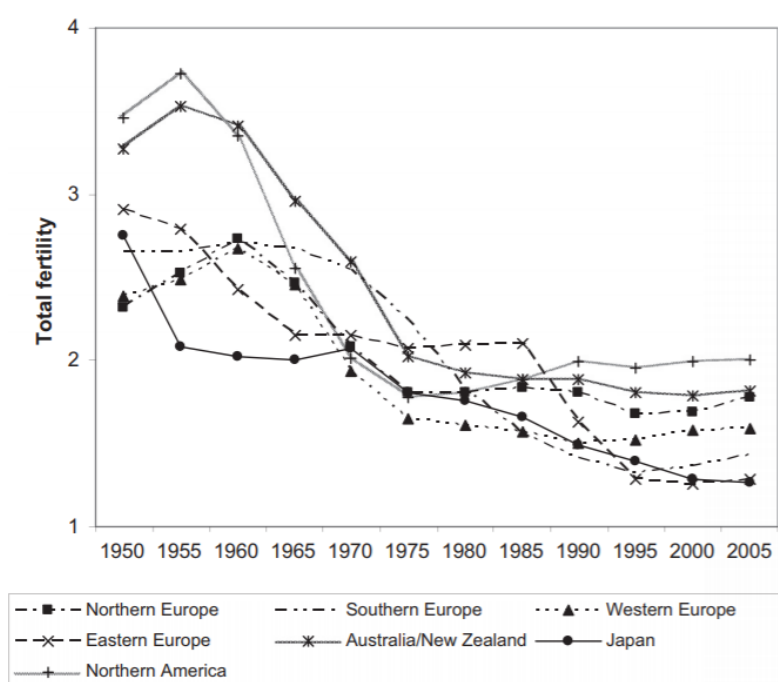


## CAPÍTULO I. Contexto y problemática derivada de la infertilidad y reproducción humana asistida

### 1.1 Estado actual sobre la maternidad y problemas derivados de la infertilidad

La fertilidad humana está directamente relacionada con la salud pública y el bienestar. Según las tendencias estudiadas (ver Gráfico 1) desde 1950, la fertilidad se encuentra por debajo del nivel que se requiere para mantener un tamaño de población estable, lo que lleva a preocupaciones sobre la disminución de población (46); incluso se llega a plantear si la infertilidad puede considerarse pandémica a nivel mundial (19).

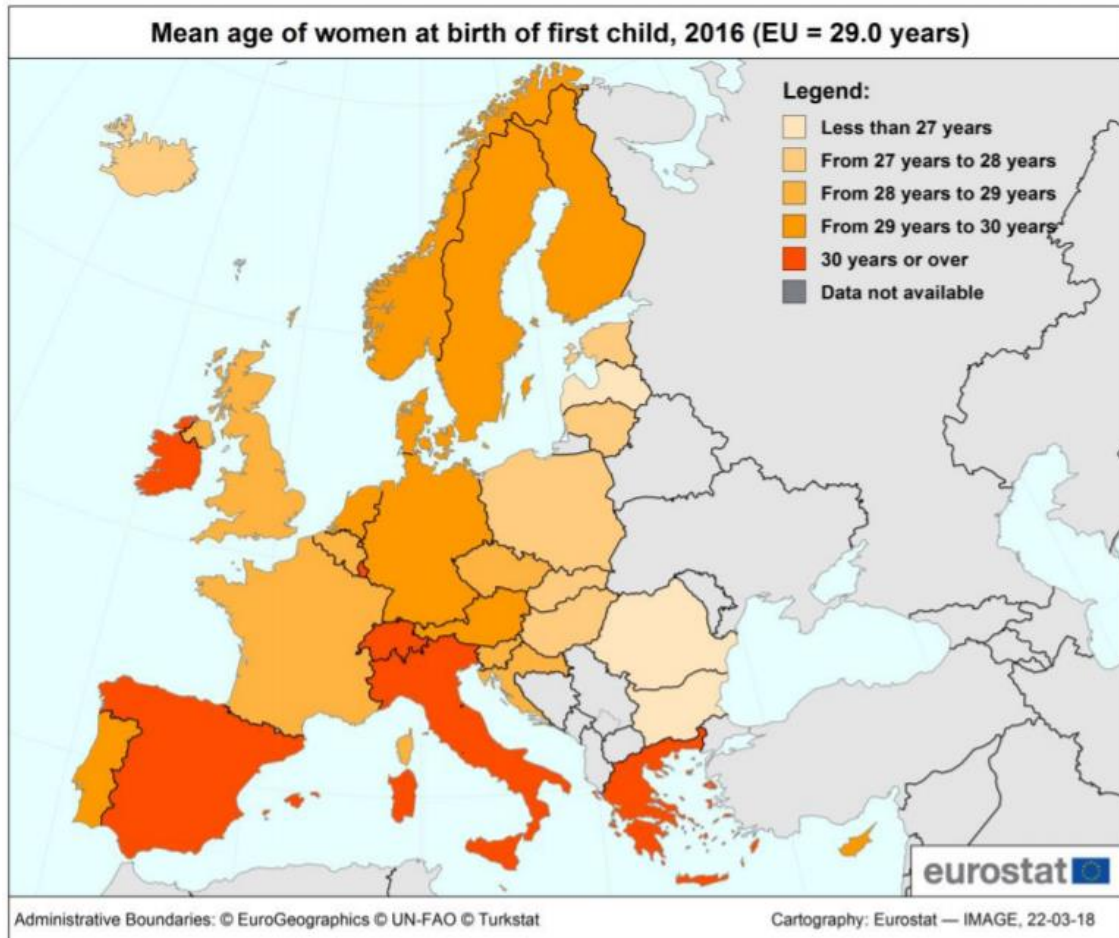
**Gráfico 1:** Tendencias de fertilidad de los países industrializados desde 1959 hasta 2005



Fuente: Cleland (46), a partir de los datos del *UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. New York, United Nations 2007.*

Actualmente, la edad media de la mujer para concebir el primer hijo en la Unión Europea (UE) (con los últimos datos, 2016, que muestran desde el Eurostat) está en los 30 años. Pero si observamos (ver Figura 3) la comparativa entre países, España es uno de los países de la UE donde la edad de la mujer es más alta.

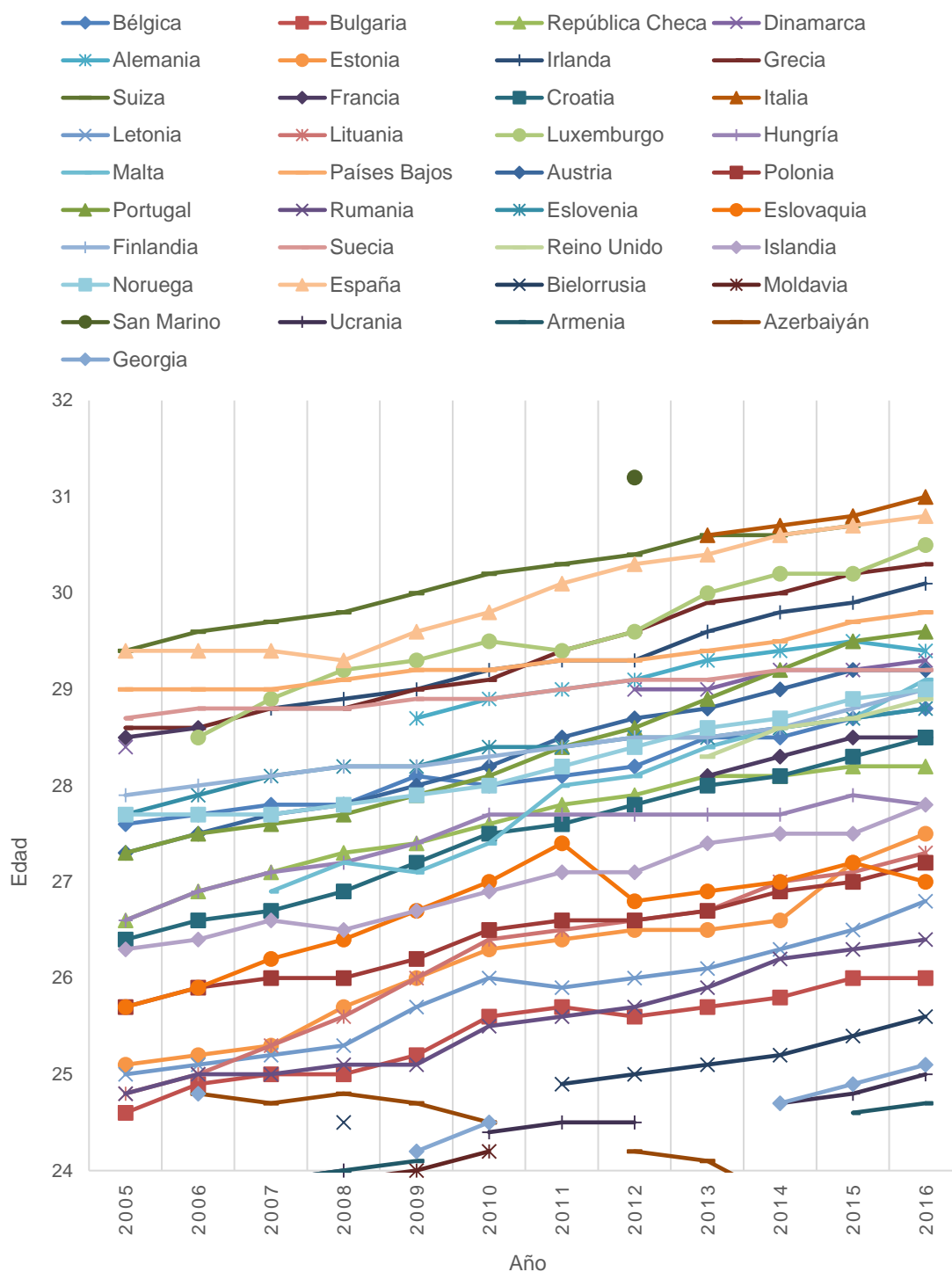
**Figura 3:** Edad media de las mujeres para tener su primer hijo en los países de la UE



Fuente: Eurostat (47).

A raíz de los datos publicados en el Eurostat en un documento anterior, en “el Periódico” del 8 de marzo de 2016 (48) aparecían titulares como “La maternidad, una carrera de obstáculos” o “No es país para padres”, ya que España es uno de los países del mundo donde el primer hijo se tiene más tarde (ver Gráfico 2), solo se ve superado por Italia y le sigue de cerca Suiza (47). Además, se explica, comparando con otros países de la UE, las diferencias que existen en cuando a la tasa de ocupación, a los permisos de excedencia y a las políticas de permisos de maternidad y paternidad; con lo que, en España, debido a las diferencias con otros países que tienen más empleo y más prestaciones por permisos, una de cada cuatro mujeres nacidas entre 1975 al 1980 ha renunciado o renunciará a la maternidad por las dificultades laborales (49).

**Gráfico 2:** Edad media de las mujeres cuando tienen su primer/a hijo/a en función del año y el país de la UE

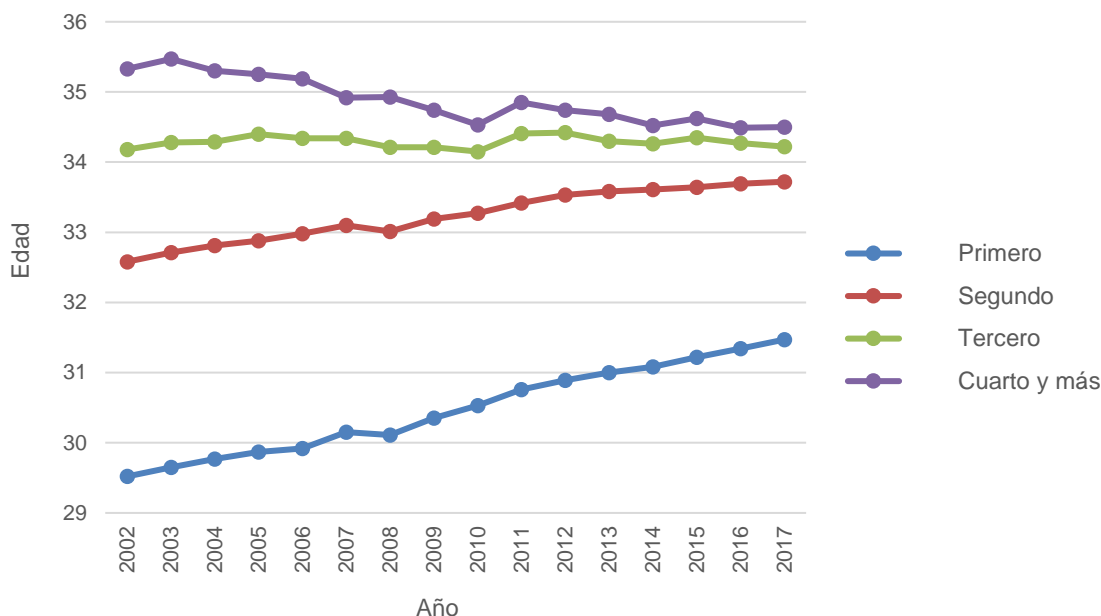


Fuente: Creado con los datos del Eurostat (47).

Para conocer la evolución en España, si se consultan los datos del INE y la base de datos de Eurostat, se observa que la edad media de las mujeres para concebir el primer

hijo ha ido aumentando año tras año desde el año 2002<sup>35</sup> (ver Gráfico 3). Estando, en 2016 y 2017, entre los 30 y 31 años (47,50). Para tener el segundo hijo, se observa la misma tendencia, pero la edad media es superior, está casi en los 34 años.

**Gráfico 3:** Edad media de las mujeres con nacionalidad española en función del año y el número de hijos/as



Fuente: Creado con los datos del INE (50).

## 1.2 Decisión multifactorial

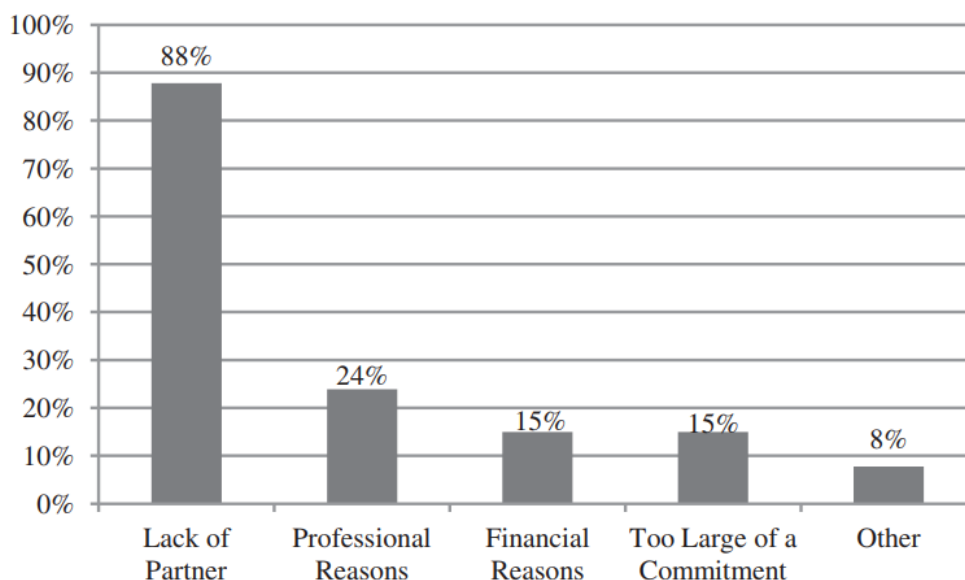
A parte de ser uno de los países donde la maternidad se retrasa más, España ve disminuir su fecundidad, a excepción del *baby boom* que se produjo en las mujeres nacidas entre 1930 y 1943. Las razones y causas de esta infertilidad son diversas: mujeres con infertilidad primaria (a nivel biológico, no pueden tener hijos/as); mujeres que no quieren tener hijos/as (infecundidad deseada); mujeres que podrían tener hijos, pero que no se lo plantean por ser demasiado jóvenes (infecundidad normativa); mujeres que pueden tener hijos/as y están en la edad socialmente considerada para serlo, pero que posponen la maternidad por carencias a nivel familiar y/o económico (infecundidad transitoria); mujeres que cuando deciden tener hijos/as, no pueden por causas de infertilidad derivadas de la edad (49).

Un estudio (51) realizado a 183 mujeres que decidieron criopreservar sus ovocitos para un futuro cuando tenían entre 33 – 41 años en el 94 % de las participantes, es decir, cuando ya se considera edad materna avanzada, expone las razones por las que

<sup>35</sup> La desagregación por nacionalidad está disponible a partir de 2002.

han pospuesto la maternidad. El factor más influyente es por ausencia de pareja (88 %), seguido por un porcentaje mucho menor (24 %) por razones profesionales (ver Gráfico 4). A pesar de postponer la maternidad, deciden preservar sus gametos porque para el 93 % de las participantes, la fertilidad es una de sus prioridades más importantes.

**Gráfico 4:** Factores determinantes para posponer la maternidad



Fuente: Hodes-Wertz, Druckenmiller, Smith y Noyes (51).

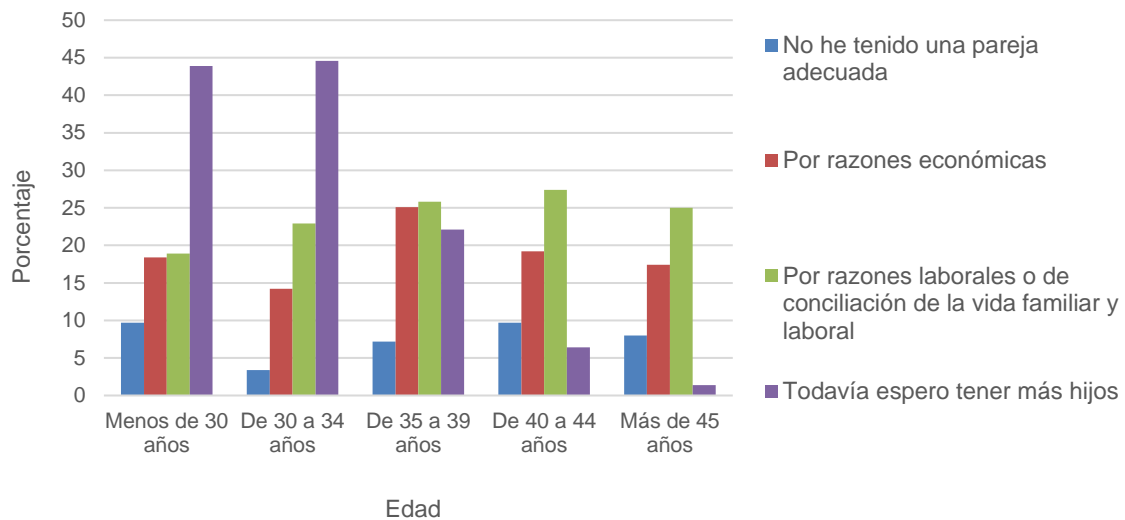
Las variables que se utilizan son: ausencia de pareja, razones profesionales, motivos económicos, por el compromiso que implica y otras.

Si se encuesta a mujeres y hombres mayoritariamente menores de 30 años (70 %), las razones por las que postponen tener hijos/as son las mismas, pero el 85,7 %, en este caso, es por razones profesionales, el 50 % por motivos de estabilidad emocional y el 28,6 % debido al factor económico (52).

Por otro lado, si se les pregunta a las mujeres por qué han tenido menos hijos/as de los deseados, las barreras que exponen varían en función de la edad (ver Gráfico 5), pero, “por razones laborales o de conciliación de la vida familiar y laboral” es uno de los motivos que se mantienen entre el 18 y 25 % de las respuestas en cualquier intervalo de edad (14).



**Gráfico 5:** Motivos por los que las mujeres han tenido menos hijos/as de los deseados en función de la edad.



Fuente: Adaptado de la Encuesta de Fecundidad (14).

Pero ¿está esta decisión fundamentada con conocimientos básicos de fertilidad? Se ha publicado una revisión sistemática (53) en 2018 en la que se valora el conocimiento de la *Age-Related Fertility Decline* (ARFD) de los estudiantes universitarios (48,8 % de los encuestados), de personas inmersas en un proceso de RHA y de profesionales de la salud. En este tipo de estudios e intervenciones, llevados a cabo la mayoría de ellos (80 %) entre el 2013-2016, se plantean preguntas como si se conoce cuál es la etapa más fértil o cuándo se experimenta una ligera y gran disminución de la fertilidad en las mujeres. Considerando la etapa más fértil entre los 20 – 25 años, más del 40 % de los participantes identifican el intervalo. Respecto a la edad en la que disminuye levemente la fertilidad de la mujer, entre 25 – 29 años, los porcentajes de acierto de los participantes varían desde el 6 al 55,3 % (media del 24,5 %). Por último, respecto a la etapa en la que se experimenta una mayor disminución de la fertilidad, 35 – 39 años, las respuestas correctas varían desde el 5,6 al 90,3 % (media del 38,9 %) en función del estudio. Incluso el periódico *El País*, en su formato online, traslada a la sociedad el titular “¿Sabes en qué momento declina tu fertilidad?” (54), en el que se hace eco del estudio (55) publicado en la revista *Human Fertility* donde se lleva a cabo una encuesta sobre la ARFD a 1215 estudiantes. Los resultados muestran que la mayoría de ellos subestimó el impacto de la edad femenina (> 75 %) y masculina (> 95 %) sobre la fertilidad. Estos datos quedan corroborados por una investigación (56) llevada a cabo en España en la que el 48,5 % de las mujeres encuestadas no identifican la etapa más fértil y el 27,9 % subestiman la edad límite para acceder a las TRHA.

Entre las preguntas del cuestionario de Will, Maslow, Kaye y Nulsen (52) a estudiantes y profesionales de ciencias de la salud está la “probabilidad de conseguir un embarazo de manera espontánea a los 30 años” y aproximadamente la mitad de los participantes creen que es del 60 %. Un estudio (57) de 2017, llevado a cabo en España, demuestra que a excepción de los ginecólogos de RHA, los profesionales de la salud

que no están vinculados con las TRHA no tienen el conocimiento necesario sobre la fertilidad femenina y la FIV. Estos resultados se basan en el análisis de preguntas como: la edad límite de una mujer para conseguir un embarazo de manera fácil y espontánea; límite de edad para conseguir un embarazo a través de TRHA con ovocitos propios y con ovodonación, etc. Por ejemplo, tan solo el 27,1 % del personal de enfermería conoce la edad límite de una mujer para conseguir un embarazo de manera fácil y espontánea (marcando como opción correcta menor o igual a 39 años).

### 1.3 Relación edad-fertilidad

En esta tesis, se hace referencia a la edad materna avanzada como una causa para recurrir a las TRHA, pero ¿qué se entiende por “avanzada”? Se observa (ver Gráfico 5) que, en todos los intervalos de edad, la mujer pospone la maternidad. En la mayoría de los casos es por razones económicas, laborales o familiares. En el intervalo de edad entre 34 y 39 años, más de un 20 % de las mujeres todavía quieren tener más hijos/as, por tanto, tienen este deseo e intención porque aún se sienten preparadas para ello, es entonces ¿a partir de los 39 años, una edad avanzada?

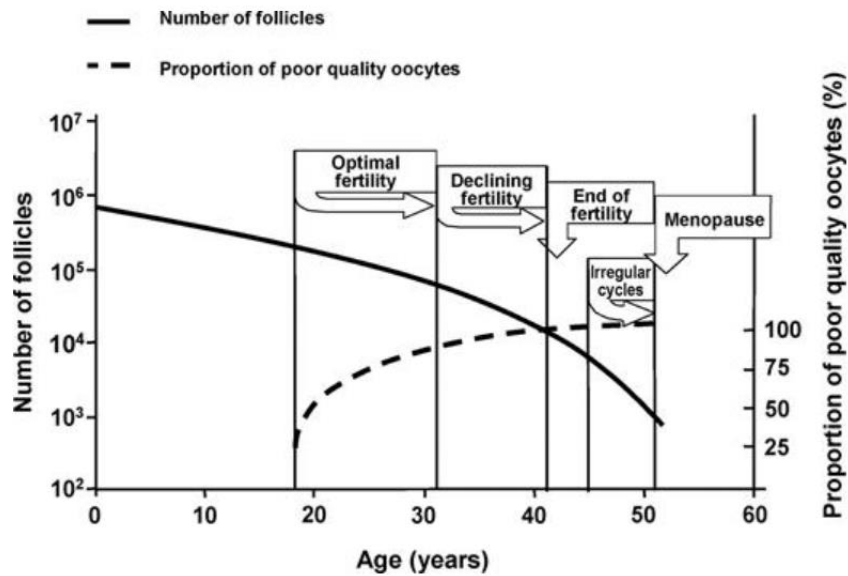
La biología no entiende de razones, ni económicas, ni de estabilidad, y mucho menos del deseo de concebir un/a hijo/a. Aunque a nivel social esté ampliamente aceptado ser madre a partir de los 30 años, a nivel biológico, es a partir de los “veinte muchos” o “treinta y pocos” cuando empieza a haber una disminución de la fertilidad, o lo que sería lo mismo, la ARFD, y esta se ve mucho más pronunciada a partir de los 35 años de la mujer (siempre que quiera ser madre con sus propios ovocitos<sup>36</sup>) (11–13). El periodo óptimo para que una mujer tenga su primer hijo está entre los 18 y 30 años, siendo mejor entre los 18 y 25 años (18).

En el ovario hay varios folículos, en función de la mujer (entre 5 y 10 estaría la normalidad), y cada mes, con la ovulación, uno de los folículos adquiere dominancia (folículo de Graff) y da lugar al ovocito que madurará y podrá ser fecundado. A partir de aquí, es evidente que con un menor número de folículos y con una mayor proporción de ovocitos de baja calidad, el nivel de fertilidad disminuye. Si se crea un gráfico (ver Gráfico 6) con estas variables junto con la edad materna, se observa que: la fertilidad óptima está entre los 20 y 30 años; a partir de los 31 años empieza una mayor disminución de la fertilidad; a partir de los 40 años existe un punto de inflexión (con la pérdida del número de folículos, la calidad ovocitaria disminuye) y se puede decir que acaba la etapa fértil de la mujer, aunque no es hasta los 50 años donde la probabilidad de embarazo es nula por la menopausia (11).

---

<sup>36</sup> Se hace esta aclaración porque, si una mujer de 40 años utiliza ovocitos de una donante de 22 años, las probabilidades de embarazo y de aborto, son las que corresponden a la edad de la donante y no a la edad de la receptora y gestante.

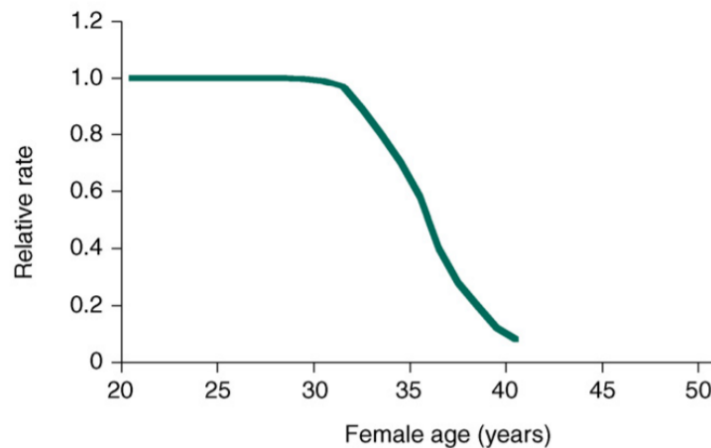
**Gráfico 6:** Número de folículos y porcentaje de ovocitos de baja calidad en función de la edad de la mujer



Fuente: Broekmans, Soules y Fauser (11).

Como se ha ido comentando hasta aquí, a partir de los 30 años de la mujer, disminuye su reserva ovárica y se observa (ver Gráfico 7), irremediablemente, la disminución de su tasa de fecundidad mensual, es decir, su posibilidad de quedarse embarazada. Mientras que de los 20 a los 30 años se mantiene prácticamente constante.<sup>37</sup>

**Gráfico 7:** Tasa de fecundidad mensual en función de la edad de la mujer



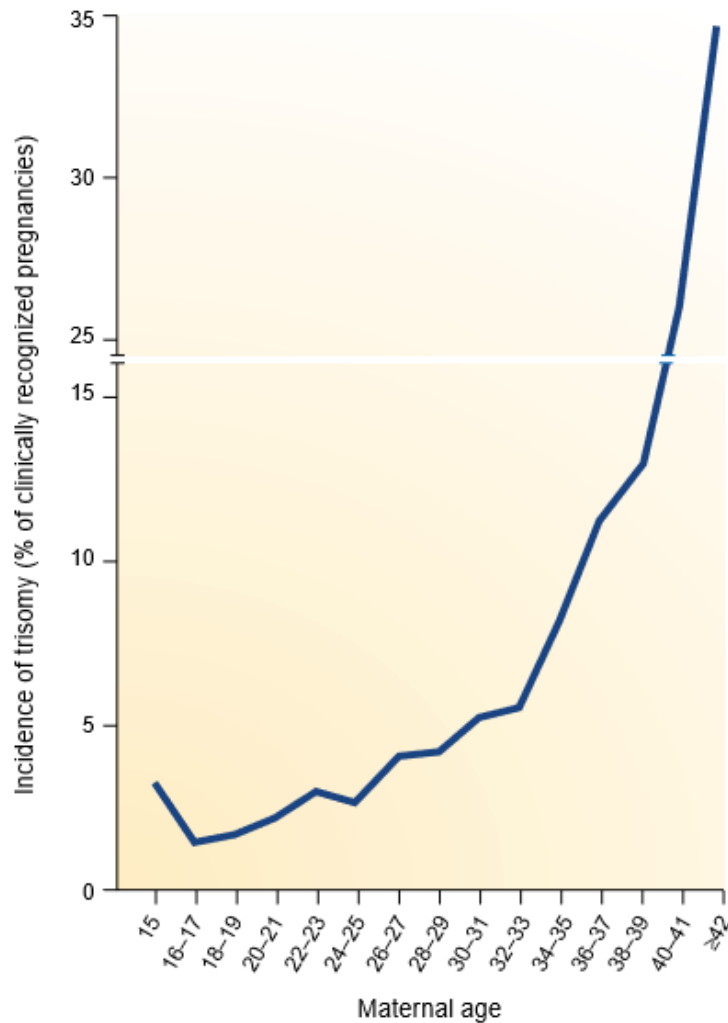
Fuente: Broekmans, Knauff, te Velde, Macklon y Fauser (58), modificado con permiso de van Noord-Zaadstra BM et al. (13).

<sup>37</sup> Como describe muy bien el Manifiesto de la SEF (19): “A mayor edad de la mujer, la fertilidad disminuye y aumentan los riesgos de aborto y alteraciones fetales. Esto es debido a una disminución progresiva de la reserva ovárica, acompañada de una disminución de la calidad de los ovocitos [...]”.

Además, a partir de los 20 años empieza la disminución de la calidad de los ovocitos que, junto con la disminución de la fertilidad, a partir de los 30 años está vinculada con un aumento en la ratio de aneuploidías (59). Kuliev, Cieslak y Verlinsky (60) demuestran que en mujeres de edad materna avanzada donde la calidad de los ovocitos es baja, más de la mitad de sus ovocitos (61,8 %) presentan anomalías cromosómicas y si el estudio (61) se centra en el huso meiótico, en el 79 % de las mujeres mayores de 40 años (en contraposición del 17 % de las mujeres entre 20 y 25 años), presenta errores que afectarán a la división de las células cuando se da la fecundación. Con esto, se refiere (entre otras posibilidades) al riesgo de que el futuro bebé tenga Síndrome de Down y anomalías cromosómicas. Estas posibilidades aumentan con la edad de la mujer, siendo a los 20 años  $1/1667$  el riesgo de síndrome de Down y  $1/526$  el riesgo de anomalías cromosómicas, y a los 35 años, estos riesgos son del  $1/378$  y  $1/192$  respectivamente. Cuando la gestante tiene 45 años, los riesgos son altísimos:  $1/30$  riesgo de síndrome de Down y  $1/21$  riesgo de anomalías cromosómicas (62).

Si se centra brevemente en las trisomías de alguno de los cromosomas (es decir, una anomalía cromosómica, por ejemplo, el síndrome de Down es la más frecuente, y se refiere a una trisomía en el cromosoma 21) y se compara en función de la edad materna, se observa (ver Gráfico 8) que la incidencia aumenta considerablemente a partir de los 30 – 33 años de edad de la mujer (16).

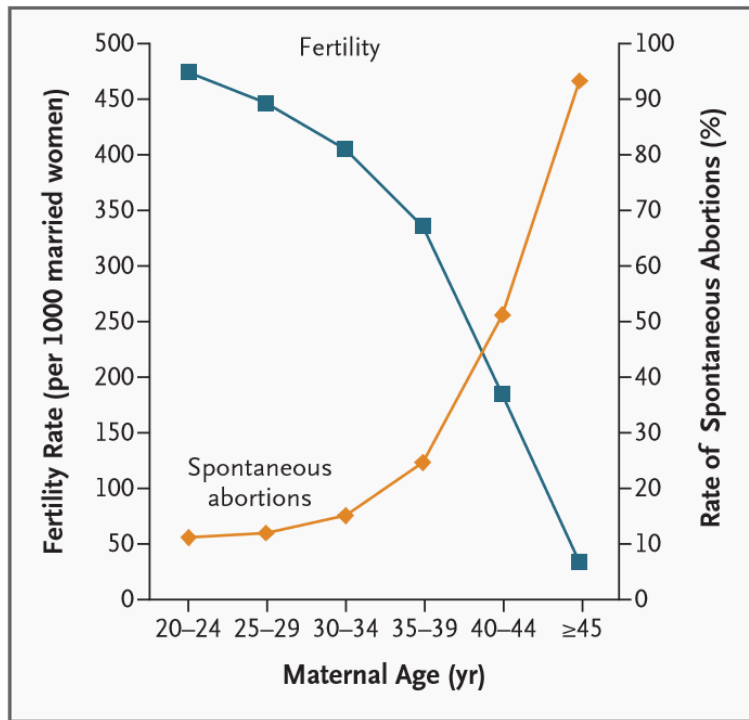
**Gráfico 8:** Edad materna y probabilidad de trisomía en la gestación



Fuente: Hassold y Hunt (16).

Estos riesgos son como consecuencia de los factores ya comentados y otros muchos; se evaluaron cinco factores para determinar la mejor edad para ser madre y se valoró aquello que puede afectar el resultado deseado de un embarazo de manera negativa. Estos factores son: disminución de la fertilidad, aborto espontáneo, anomalías cromosómicas en el bebé, complicaciones hipertensivas y muerte fetal. Los resultados (ver Gráfico 9) muestran que para aquellas mujeres casadas que no utilizan métodos anticonceptivos, más del 40 % de las mujeres que tiene menos de 30 años se quedan embarazadas cada año, y a partir de esta edad, la probabilidad de embarazo disminuye y aumenta la probabilidad de tener un aborto espontáneo (17).

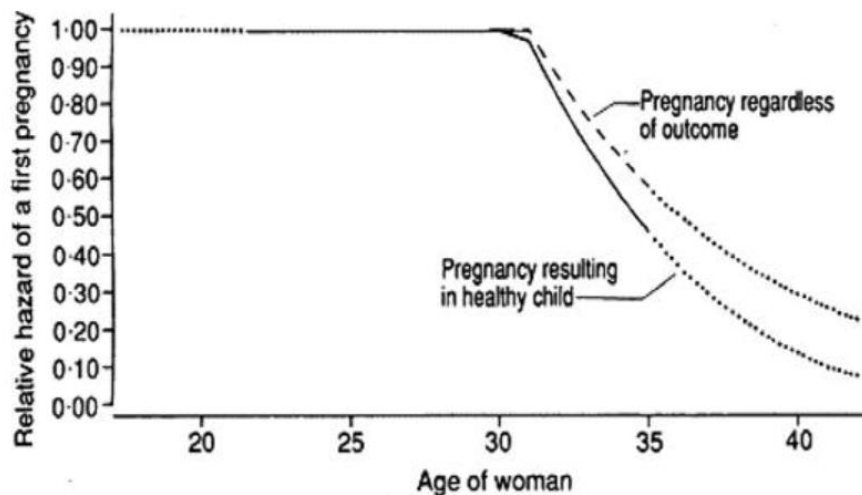
**Gráfico 9:** Ratio de fertilidad y de aborto espontáneo en función de la edad materna



Fuente: Heffner (17).

Pero, aparte de que a partir de los 30 años disminuye la probabilidad de embarazo, aumenta la probabilidad de aborto espontáneo y aumenta la probabilidad de aneuploidías (como serían las trisomías). Al final, una mujer puede quedarse embarazada con sus propios ovocitos, pero ¿con qué probabilidad el bebé será sano? Si al gráfico mostrado anteriormente (ver Gráfico 7) se le añade la probabilidad de tener un/a niño/a nacido/a vivo/a sano/a, se observa (ver Gráfico 10) que está por debajo de la de embarazo y disminuye también con la edad de la mujer (11,13).

**Gráfico 10:** Ratio de embarazo por edad de la mujer respecto al resultado esperado del embarazo



Fuente: van Noord-Zaadstra BM et al. (13).

Normalmente los estudios de fertilidad se centran en la edad de la mujer y la edad del hombre siempre ha estado en un segundo plano y es necesaria más evidencia para extraer unas conclusiones e indicadores significativos (63). Algo que sí está claro es que la calidad de los espermatozoides está disminuyendo. Según un estudio longitudinal de 15 años de duración con donantes de espermatozoides jóvenes, universitarios, sanos y fértiles, se ha demostrado el deterioro de la calidad seminal (64).

La fertilidad masculina varía considerablemente entre hombres, lo que hace que sea necesario evaluarla por diferentes motivos y situaciones. Por ejemplo, la fertilidad o éxito reproductivo está vinculado a ratios de fecundidad, con la dificultad que esto conlleva (65,66). Según un meta-análisis (67) publicado recientemente (2017) en el que se evalúa la fertilidad masculina desde 1973 hasta 2011 en 42.935 hombres de América del Norte, Europa, Australia y Nueva Zelanda, se concluye que esta disminuye a lo largo de los años con: valores menores de concentración espermática (disminución del 52 %) y menor recuento total de espermatozoides (disminución del 60 %). Lo cierto es que una edad paterna avanzada se asocia a una menor cantidad de muestra seminal (volumen) y a una disminución en el número de espermatozoides, motilidad y morfología. Además, también está asociado al desarrollo genómico y epigenético del embrión, está vinculada a algunas enfermedades autosómicas dominantes, desórdenes neurocognitivos (autismo o trastorno bipolar) y al aumento de dishomeostasis metabólicas a lo largo de las generaciones. La edad paterna avanzada disminuye la tasa de embarazo y aumenta la tasa de abortos espontáneos, pero si se recurre a donación de ovocitos, la edad del hombre no tiene ningún efecto sobre la calidad embrionaria, la tasa de embarazo, de implantación, de aborto y de niño/a nacido/a vivo/a (68–72). En el caso del hombre, se habla de edad avanzada, a partir de los 37 años. Varios estudios (73–75) confirman que cuando el hombre se acerca a los 40 años, entre los 37 y los 39 años, empiezan a observarse menores probabilidades de embarazo buscado (siempre que su pareja tenga, como mínimo, 35 años).

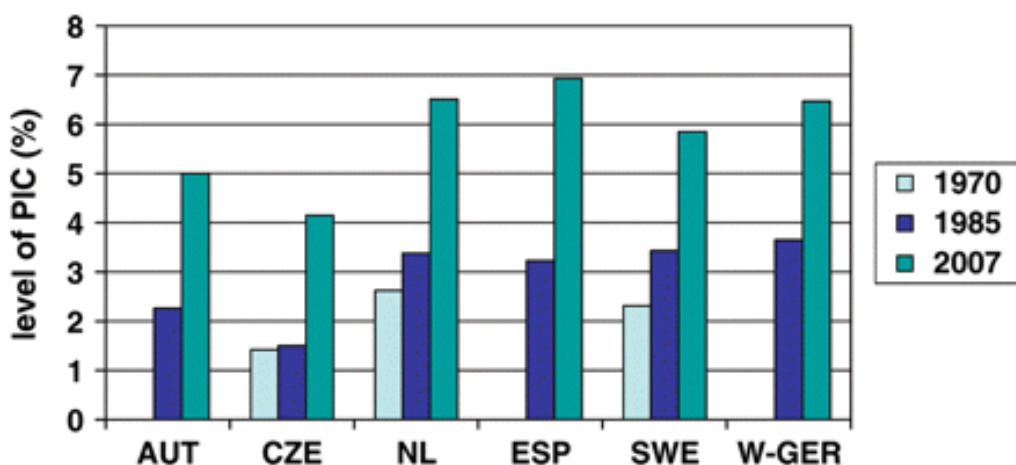
#### **1.4 Riesgo de *Permanent Involuntary Childlessness***

Los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad y la decisión de posponer la maternidad por diferentes factores generan el riesgo llamado *Permanent Involuntary Childlessness* (PIC), que no es más que la decisión involuntaria de no tener descendencia, es decir, que finalmente no se tienen hijos/as porque a nivel biológico no se puede, pero sí se querrían tener. Como ya se ha explicado, a partir de cierta edad (edad materna/paterna avanzada) el riesgo de aborto espontáneo y que se produzcan aneuploidías en el embrión, que harán que el futuro bebé tenga una alteración cromosómica, es cada vez más alto. A partir de los 30 años, las posibilidades de tener

un bebé sano son cada vez menores y estas posibilidades disminuyen considerablemente a partir de los 35 años (18).<sup>38</sup>

Un estudio (18) realizado desde 1970 en seis países de la UE y publicado en 2012, lleva a cabo una estimación del efecto de posponer la maternidad y cómo afecta en el riesgo de PIC teniendo en cuenta múltiples factores (muy resumidamente y sin entrar en detalles, se valora: la edad materna y el porcentaje de infertilidad; la probabilidad de no conseguir un embarazo; la probabilidad de conseguir un embarazo espontáneo; y el efecto que la FIV tiene sobre el riesgo de PIC) utilizando un modelo de simulación. De esta manera, se estima que el riesgo de PIC en todos los países de la UE estudiados aumenta a medida que avanzan los años (ver Gráfico 11). Por ejemplo, en 1985, el riesgo de PIC en España no llega al 3,5 %, mientras que, en 2007, alcanza el 7 %, con lo que hay un incremento de más del doble en las posibilidades de que una mujer que quiera tener descendientes no pueda tenerlos.

**Gráfico 11:** Estimación del riesgo de PIC en función del año (1970, 1985 y 2007)



Fuente: te Velde, Habbema, Leridon y Eijkemans (18).

Seis países de la UE: Austria (AUT), la República Checa (CZE), los Países Bajos (NL), España (ESP), Suecia (SWE) y la Alemania Occidental (W-GER).

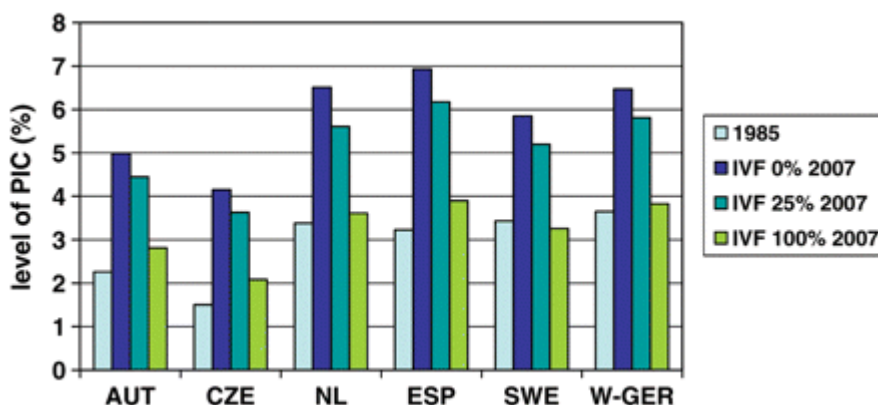
En estos casos, se puede pensar que existe la posibilidad de acceder a TRHA para evitar el riesgo de PIC, te Velde y compañeros (18), estudian el impacto que tendría una técnica en concreto (FIV) sobre esta posibilidad. Se observa (ver Gráfico 12) el porcentaje de PIC en 1985 y este mismo porcentaje en 2007: sin llevar a cabo FIV; si el 25 % de las mujeres que no consiguen embarazo recurren a FIV; y si el 100 % de las mujeres que no consiguen un embarazo se realizan FIV. Se estima que, del 100 % de las mujeres acceden a realizarse una FIV, las posibilidades de PIC en 2007 disminuyen

<sup>38</sup> Se define PIC como la “condición en una persona con deseo de tener descendencia que nunca la ha tenido, o que nunca ha sido un representante legal o socialmente reconocido para un/a niño/a. Una de las principales causas es la infertilidad” (389).



considerablemente hasta, prácticamente, igualarse a los valores de 1985 (recordando que este valor, en España, suponía el doble de posibilidades comparando 1985 con 2007).

**Gráfico 12:** Estimación del riesgo de PIC en función del año (1985 y 2007)



Fuente: te Velde, Habbe, Leridon y Eijkemans (18).

Seis países de la UE: Austria (AUT), la República Checa (CZE), los Países Bajos (NL), España (ESP), Suecia (SWE) y la Alemania Occidental (W-GER).

Para el 2007, se estima en función de tres variables: sin la realización de FIV, si el 25 % de las mujeres se realizan FIV, o si lo hacen el 100 %

## 1.5 Derivaciones de la infertilidad y su influencia sobre la reproducción humana asistida

La infertilidad se define como la imposibilidad de conseguir un embarazo pasados doce meses o más sin uso de métodos anticonceptivos.<sup>39, 40, 41</sup> Se estima que sobre el 6 – 25 % de las parejas en edad reproductiva muestran dificultades para concebir. Aunque el factor masculino es el responsable del 20 – 30 % de los casos de infertilidad y contribuye al 30 – 50 % de los casos en general. En cambio, en el 13 % de los casos

<sup>39</sup> Según la OMS la infertilidad es una “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas (384).

<sup>40</sup> La infertilidad se puede clasificar en primaria o secundaria. La infertilidad primaria es cuando a “una mujer nunca se la ha diagnosticado un embarazo clínico y cumple con los criterios de ser clasificada como infértil” y cuando “un hombre nunca ha conseguido un embarazo clínico en una mujer y cumple con los criterios de ser clasificado como infértil”. En cambio, la infertilidad secundaria es cuando una mujer no consigue llevar a término un embarazo porque sufre abortos; sería el mismo concepto para el hombre. La infertilidad no implica esterilidad, pero esta sí se define como “un estado permanente de infertilidad”. Por otro lado, infertilidad y subfertilidad se pueden utilizar indistintamente (389).

<sup>41</sup> Se refiere a infertilidad femenina aquella causada principalmente por factores como: trastornos ovulatorios; baja reserva ovárica; anomalías anatómicas, endocrinas, genéticas, funcionales o inmunológicas del sistema reproductivo; una enfermedad crónica; y condiciones sexuales incompatibles con el coito. La infertilidad causada principalmente por factores masculinos abarca a: parámetros o funciones anormales a nivel espermático; anomalías anatómicas, endocrinas, genéticas, funcionales o inmunológicas del sistema reproductivo; una enfermedad crónica; y condiciones sexuales incompatibles con la capacidad de depositar semen en la vagina (389).

la infertilidad deriva únicamente del factor femenino y en el 17 % tanto del factor femenino como masculino (10,76). El 5 – 8 % de los hombres en edad reproductiva presentan subfertilidad o infertilidad. Los últimos datos muestran que aproximadamente una de cada ocho mujeres y uno de cada diez hombres han experimentado infertilidad. A nivel epidemiológico, en los países desarrollados, se estima que la infertilidad afecte a una de cada cuatro parejas (65,77,78).

El factor principal que determina la infertilidad es el tiempo de no concepción cuando se está buscando un embarazo espontáneo.<sup>42</sup> Ocho de cada diez embarazos ocurren en los primeros seis meses con relaciones sexuales regulares en período fértil. De las personas diagnosticadas como infértiles (después de doce meses sin éxito), el 55 % conseguirá un/a niño/a vivo en casa de manera espontánea en los 36 meses siguientes. Después de los 48 meses, el 5 % de las personas tienen una probabilidad casi nula de conseguir un embarazo espontáneo (77).

Aunque es un tema que debería individualizarse, se recomienda tratar la infertilidad pasado el período de doce meses (79). Es, a nivel general, por tanto, a partir de este periodo cuando las personas recurren a RHA.

Como ya se ha comentado (ver apartado “Decisión multifactorial”) las causas por las que se llega a tener que recurrir a las TRHA pueden ser varias y derivan de muchos factores. A nivel biológico, para que dé lugar un embarazo, se tienen que producir varios acontecimientos: desde la ovulación (de todos los folículos del ovario, cada mes uno de ellos tiene dominancia, folículo de Graff, y da lugar al ovocito) y maduración del ovocito, todo el recorrido que tiene que hacer el ovocito maduro desde el ovario hasta la trompa de Falopio donde será fecundado por el espermatozoide, una vez fecundado se convertirá en cigoto y tendrá que dividirse hasta convertirse en mórula y finalmente, llegará al útero donde se tendrá que implantar. Cualquier alteración de alguna de estas condiciones puede producir un problema de fertilidad. En este caso, se están obviando otros problemas en la mujer que podrían ser: la edad materna avanzada, el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), alteraciones a nivel hormonal, baja reserva ovárica, fallo ovárico prematuro, etc. y en el caso de los hombres: baja movilidad de los espermatozoides (astenozoospermia), baja o nula cantidad de espermatozoides (oligozoospermia o azoospermia), eyaculación precoz, etc. Y otros aspectos derivados del contexto y estilo de vida como es el consumo de alcohol, tabaco (80), medicamentos, estrés, sedentarismo, obesidad (81) o delgadez, una mala alimentación (82), etc. En definitiva, factores tóxicos que actúan como agentes mutagénicos. Estos son algunos de los problemas más conocidos, pero la lista podría ser mucho más técnica y larga.

---

<sup>42</sup> La probabilidad de conseguir un embarazo de manera espontánea sin el uso de métodos anticonceptivos en la etapa fértil de la mujer es del 30 % cada mes (79).

<sup>43,44</sup> Es decir, los motivos por los que las personas recurren a RHA son muchos y realmente variados (incluidos motivos de enfermedad genética hereditaria), a veces es difícil saber a qué es debido. En el 10 % de los casos aproximadamente, tras la evaluación, no se puede encontrar la causa de la infertilidad (10,83).

Además, como beneficiarias de la TRHA, se incluyen aquellas mujeres solas y parejas homosexuales de mujeres que tienen que recurrir a la RHA por la ausencia del gameto masculino.

Pero, cuando sí que es posible realizar un diagnóstico, para la mujer, en el 16 – 25 % de los casos, la infertilidad deriva de un factor de ovulación (por ejemplo, la amenorrea, que es la ausencia de menstruación, sugiere, en la mayoría de los casos, una disfunción de la ovulación) y podría ser que no hubiera ovulación o que esta sea infrecuente; el 15 % a una patología tubárica; el 10 % a factores peritoneales o uterinos; y el 30 % a una disfunción de los espermatozoides. En el 70 % de los casos que no existe ovulación, es debido al SOP. Otros factores, 12 – 35 % de los casos, que afectan a la infertilidad son aquellos que están relacionados con las trompas de Falopio. A nivel del útero, pueden darse adhesiones peritoneales, endometriosis u otras anomalías en la cavidad uterina (10,79,83–85).

Según los últimos datos (publicados en 2017) recogidos por el registro de actividad (22) de la SEF y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) del año del 2015, la indicación más frecuente para recurrir a RHA con ovocitos propios fue el factor femenino (27,7 % de los casos). Otras causas fueron: el factor masculino (22,4 %), causas mixtas (19,2 %), esterilidad de origen desconocido (E.O.D) (26,1 %), pajas

---

<sup>43</sup> A nivel de agentes químicos externos que afectan a la fertilidad, se pueden clasificar en: agentes tóxicos (para el desarrollo y para la fertilidad) y mutagénicos. Los agentes tóxicos pueden afectar a la descendencia desde que se produce el embrión (efectos embriotrópicos) y aquellos que tienen efectos gonadotrópicos que afectarán a la fertilidad masculina (308) y femenina (307) antes de que se dé la concepción. Los agentes tóxicos y hábitos de vida con un potencial efecto reproductivo adverso quedan plasmados en el documento de “Estilo de vida y esterilidad” de la SEF (15). Dentro de estos agentes mutagénicos, se encuentran tóxicos químicos como los detergentes, fertilizantes inorgánicos, metales (calcio, potasio, etc.); y también hábitos de vida como: edad avanzada, obesidad o delgadez, alcohol, tabaco, cafeína, tóxicos laborales, drogas y medicamentos, estrés, etc. Los tóxicos que afectan a la fertilidad ejercen su acción sobre: las gónadas (alterando su funcionamiento), los gametos (alterando la información hereditaria) y el sistema endocrino (comportándose como disruptores endocrinos); y en cuanto a los tóxicos mutagénicos, afectan a: la línea de actividad epitelial, la actividad replicativa del ADN y la actividad de los sistemas de reparación.


<sup>44</sup> A pesar de que a lo largo de la tesis se determinan que son doce los meses de intentos de embarazo espontáneo buscado antes de considerarlo infertilidad, en mujeres mayores de 35 años, se podría realizar una evaluación a partir de los seis meses de intentos. La evaluación, en cualquier caso, se basa en una anamnesis, examen físico e historial médico, y a veces, en función de cada mujer, se pueden incluir otras pruebas ginecológicas (390). Por otro lado, la evaluación completa para un hombre que muestra signos de infertilidad se basa en revisión del historial médico y reproductivo, un examen físico llevado a cabo por un urólogo y al menos dos análisis de la muestra seminal. En base a estos resultados, se decide si es necesario continuar haciendo pruebas (análisis de muestra adicional, evaluación endocrina, análisis de orina posterior a la estimulación, ecografía, pruebas especializadas y screening genético) (76).

con enfermedades infecciosas transmisibles (0,5 %) y mujer sin pareja masculina (4,0 %).

La infertilidad es una realidad que cada vez afecta a más personas y esto se refleja (ver Tabla 4) en que cada año son más los países que ofrecen TRHA, con lo que hay un aumento de centros y ciclos llevados a cabo.

**Tabla 4:** Número de países, clínicas y ciclos en Europa desde 1997 hasta 2010

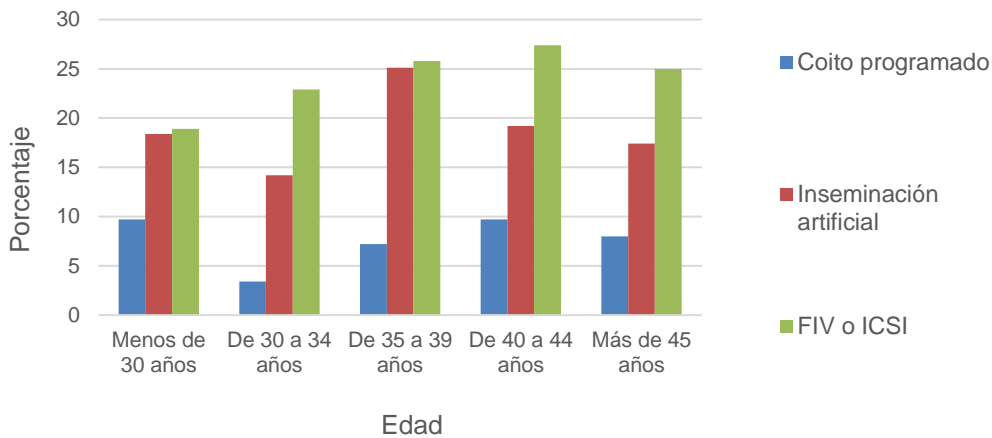
year	countries	clinics	cycles	Increase (%)	ART infants
1997	18	482	203,225		
1998	18	521	232,225	+ 14.3	
1999	21	537	249,624	+ 7.5	
2000	22	569	275,187	+ 10.2	
2001	23	579	289,690	+ 5.3	
2002	25	631	324,238	+ 11.9	
2003	28	725	365,103	+ 12.6	68,931
2004	29	785	367,056	+ 0.5	67,973
2005	30	923	419,037	+ 14.2	72,184
2006	32	998	458,759	+ 9.5	87,705
2007	33	1029	493,420	+ 7.6	96,690
2008	36	1051	532,260	+ 7.9	107,363
2009	34	1033	537,287	+ 1.0	109,239
2010	31	1202	548,734	+ 2.1	120,676
total			5,295,845		593,877



Fuente: Kupka et al. (86).

En la mayoría de los casos, y como se muestra (ver Gráfico 13) las personas y, sobre todo, aquellas cuya infertilidad no se puede explicar, son tratadas mediante inseminación, FIV o ICSI. Cuando el problema es derivado de una edad materna avanzada (donde existe una disminución de la reserva ovárica, este factor representa el 31 % de los casos diagnosticados (10)), el tratamiento más efectivo es recurrir a la donación de ovocitos (83).

**Gráfico 13:** Tipo de tratamiento de RHA al que recurren las mujeres en función de su edad

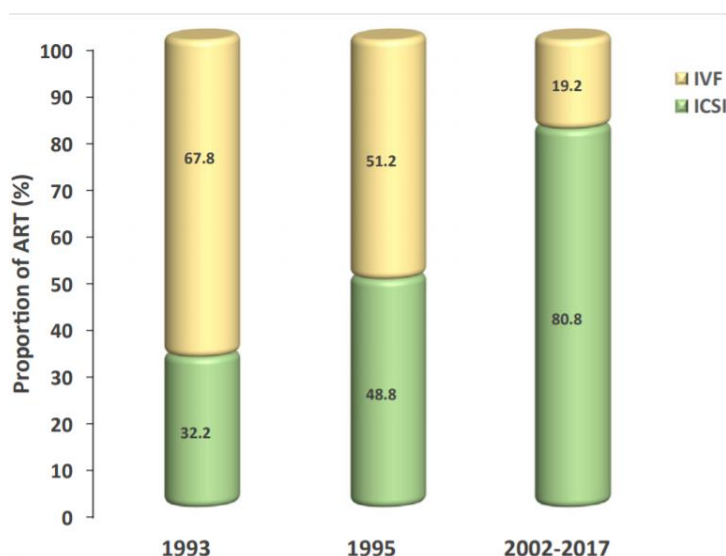


Fuente: Adaptado de los datos de la Encuesta de Fecundidad (14).

En EEUU, el 12 % de las mujeres de menos de 44 años han sido diagnosticadas de infertilidad y en estos casos, las TRHA más utilizadas son: 99 % FIV, 66 % con Inyección Intracitoplasmática (ICSI) y el 22 % han tenido que recurrir al Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) (10).

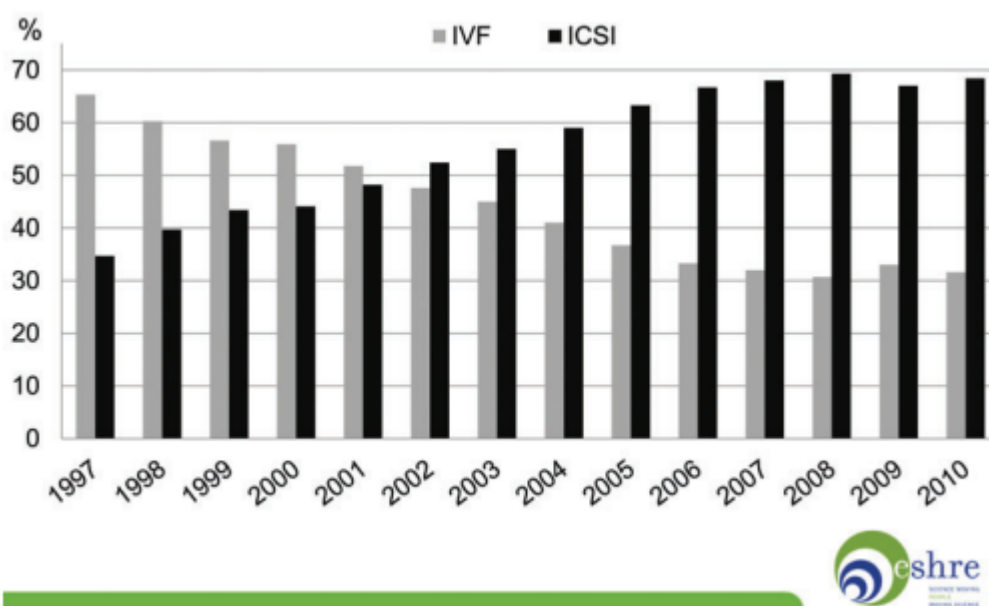
La realidad es que, según los últimos datos del registro de actividad de la SEF y del MSSSI del 2015 (22), el 61,5 % de los ciclos que se iniciaron y el 69,9 % de las punciones tuvieron transferencia embrionaria, de estos casos, la técnica que más se utilizó (89,2 %) fue ICSI. En España (14), se pueden encontrar los porcentajes para recurrir a una u otra técnica en función del intervalo de edad. Del 5,4 % de las mujeres de menos de 55 años que acuden a los centros de RHA para conseguir un embarazo, la técnica más utilizada es la FIV e ICSI, que se utilizan con más frecuencia a medida que aumenta la edad de la mujer (ver Gráfico 13). Una de las razones por las que se recurre a ICSI es por su mayor tasa de embarazo y de niño/a nacido/a vivo. Se observa (ver Gráfico 14) que, en 1993, el gran número de casos de RHA se realizaban mediante FIV, la cual cosa no es de extrañar porque hacía tan solo un año que se había conseguido el primer embarazo mediante ICSI. Pero partir de entonces, ya en 1995, la proporción de casos se igualó y actualmente, 2017, el 80,8 % de los casos realizan ICSI (87). Concretamente, a nivel europeo, se observa (ver Gráfico 15) la misma tendencia, un aumento en el uso de ICSI (86).

**Gráfico 14:** Proporción de casos de RHA que se realizan mediante FIV e ICSI desde 1993 hasta 2017



Fuente: Niederberger et al. (87).

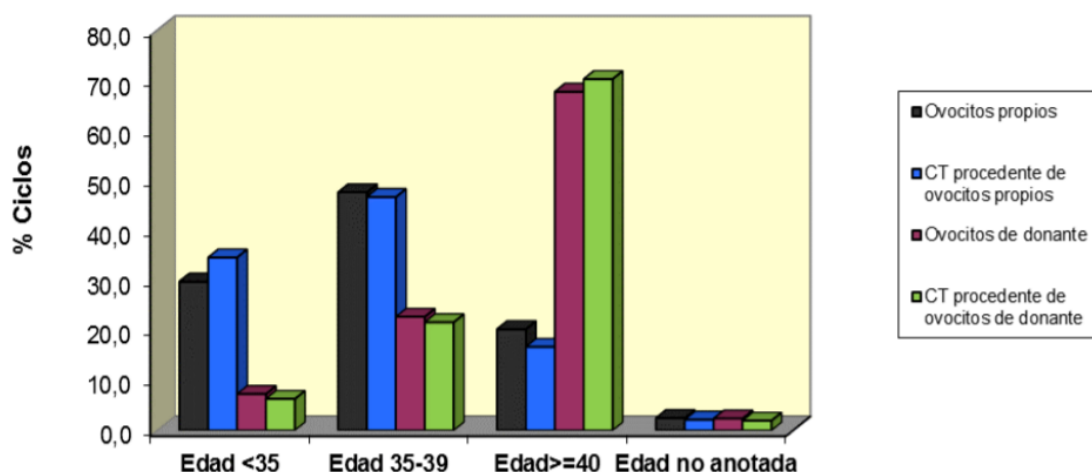
**Gráfico 15:** Distribución de casos mediante FIV e ICSI en Europa durante 14 años



Fuente: Kupka et al. (86).

Los resultados mostrados en 2016 (10) indican que aquellas mujeres menores de 35 años que utilizan ovocitos propios, el porcentaje de ciclos que resultan en un nacido vivo son del 37,4 %; en cambio, para mujeres entre 38 y 40 años, este porcentaje disminuye hasta el 20,6 %. Por este motivo cuando se recurre a RHA, y como se muestra a continuación (ver Gráfico 16), a medida que aumenta la edad de la mujer, incrementan el porcentaje de ciclos con ovocitos de donante. Siendo, para mujeres de 40 o más años, más del 70 % de los ciclos con ovocitos de donante (22).

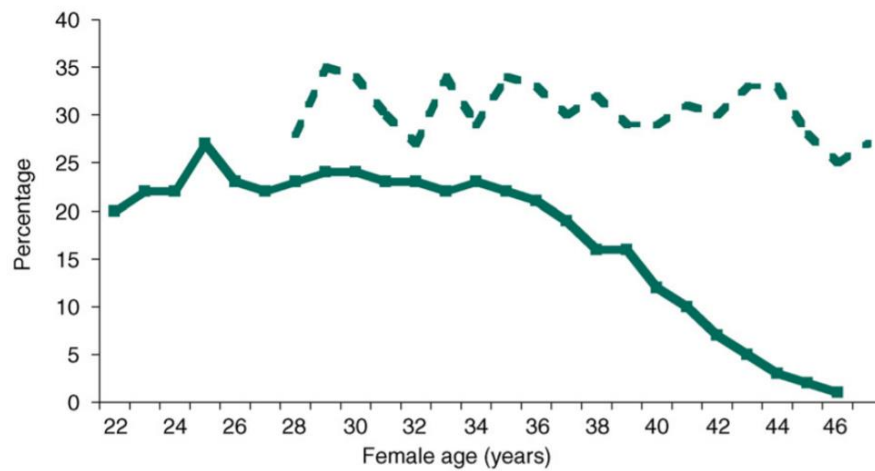
**Gráfico 16:** Ciclos en función de la edad de la mujer



Fuente: Registro de actividad de la SEF y MSSSI (22).

Es importante destacar que no por el hecho de acudir a RHA a cualquier edad, es posible conseguir un embarazo. Que finalmente se realice la transferencia, no significa que dé lugar a embarazo y la realidad es que mediante FIV con ovocitos propios el 14,1 % en mujeres menores de 35 años, el 23,4 % en mujeres de 35 a 39 años y el 39,2 % en mujeres mayores de 40 años; dan lugar a aborto. En mujeres mayores de 40 años, tan solo el 12,2 % de las transferencias llegan al parto. Todos estos porcentajes son prácticamente iguales si se utiliza ICSI o mixta con ovocitos propios e igual con FIV + ICSI o mixta. Estos datos solo cambian si se utilizan ovocitos de donante. Es importante destacar que contrariamente a lo que se pueda pensar, las mujeres receptoras de ovocitos tienen, generalmente, entre 34 y 41 años (88), esto es un indicativo del gran número de mujeres que deben recurrir, como última opción, a la donación de gametos para ser madres. Cuando se recurre a ovodonación, el porcentaje de aborto por gestación del: 16 % para mujeres menores de 35 años, 16,9 % en mujeres entre 35 - 39 años y 20,9 % en mujeres mayores de 40 años (disminuye un 10 % el número de abortos por gestación en este grupo de edad respecto al uso de ovocitos propios). De la misma manera, si para mujeres mayores de 40 años que utilizan ovocitos propios la tasa de parto por transferencia es del 12,2 %, cuando se recurre a la donación de ovocitos, esta aumenta hasta el 37,6 %. Se puede observar (ver Gráfico 17) que las tasas de niño nacido vivo mediante RHA y ovocitos propios a medida que aumentan los años de la mujer, va disminuyendo; en cambio, con ovocitos de donante, la tasas se mantienen estables.

**Gráfico 17:** Promedio de las tasas de niño nacido vivo por ciclo de RHA en función de la edad

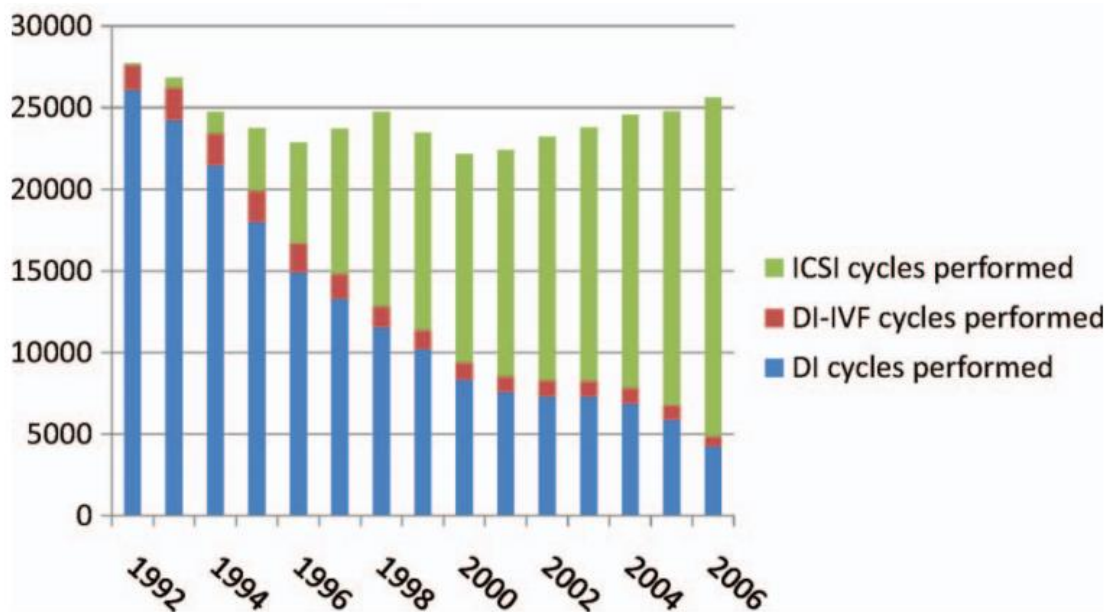


Fuente: Broekmans, Knauff, te Velde, Macklon y Fauser (58).

La línea continua representa el ciclo con ovocitos propios y, en discontinua, con ovocitos de donante.

Pero, cabe destacar que, aunque ya se ha comentado que la técnica ICSI es la preferente en RHA por sus resultados, esta también influye en el número de casos que tienen que recurrir a donación de gametos. Se ha conseguido (ver Gráfico 18), que disminuya el número de personas que deben recurrir a donación de espermatozoides.

**Gráfico 18:** Impacto del uso de la técnica ICSI sobre la donación de espermatozoides en RHA en Reino Unido desde el 1992 hasta el 2006



Fuente: Hamilton (89); con datos de la *Human Fertilisation & Embryology Authority* (HFEA).



## CAPÍTULO II. Tres dimensiones del análisis: problemas bioéticos, sociales y legales que surgen a raíz de la donación de gametos para la reproducción humana asistida

---

Las TRHA se ven acompañadas de controversias éticas, sociales y legales, lo que ha hecho que se desarrollen y publiquen, constantemente, guías para asegurar la reevaluación de los procesos debido a la rápida evolución de la RHA, concretamente sobre: los registros de actividad y resultados; el acceso a las técnicas; preservación de la infertilidad; DGP; donación de gametos y embriones; y resultados reproductivos (90).

Cuando se plantean las dimensiones bioéticas, sociales y legales de la donación de gametos para RHA, se incide en aquellos aspectos de todo el proceso, desde la búsqueda de un país donde la legislación permite esta práctica, pasando por la elección de la persona donante y aquellas pruebas médicas necesarias, hasta lo que se consideraría el final del proceso, informar o no a la descendencia y aquellas cuestiones legales que marcan la diferencia en cada país.

Hay algunos aspectos que necesitan mayor regulación en cuanto a la donación de gametos, como los acuerdos legales de la criopreservación de gametos (91) y el consentimiento informado (92,93). Una parte de esta tesis explora todo aquello relacionado con el consentimiento, ya que la donación de ovocitos, en comparación con la de espermatozoides, tiene un mayor riesgo a nivel médico debido a la hiperestimulación. Además, se están llevando a cabo *screenings* genéticos a las personas donantes, con lo que se debería estar informando de cómo les afectarán los resultados y cómo se informará de los mismos. Incluso se pide a las personas donantes que sean veraces y honestos con la información e historial clínico personal y familiar antes de la donación, pero no queda tan claro hasta cuándo deben mantener informada a la clínica. También, todo aquello relacionado con la compensación económica que se ofrece. Por otro lado, y un poco al margen de las personas donantes, estaría cómo informar a la descendencia de la naturaleza de su concepción (90).

Antes de centrar la temática, se desarrollan dos tendencias que se están experimentando actualmente en España: el *Cross Border Reproductive Care* (CBRC) y España como principal proveedor de ovocitos para Europa.<sup>45</sup>

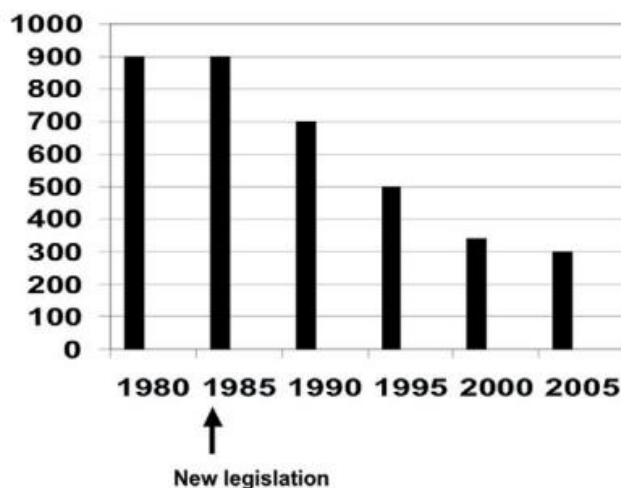
---

<sup>45</sup> El hecho de viajar a otro país para acceder a las técnicas de reproducción humana asistida se entiende como “turismo reproductivo” o CBRC. Este último término se utiliza (evitando así el “turismo reproductivo”) para evitar estigmatizar a los usuarios que viajan y acuden a hacerse un tratamiento, ya que no lo hacen como turistas (término relacionado con placer), sino que lo hacen por necesidad. La definición del fenómeno *Cross Border Reproductive Care* o *cross-border medical care* hace referencia a que un usuario viaja de un país o jurisprudencia donde el tratamiento no se permite o no es accesible para el usuario hacia otro país o jurisprudencia donde puede llevarse a cabo el tratamiento que necesita (103,104).

## 2.1 Tendencias: *Cross Border Reproductive Care* y país proveedor de gametos

En Europa existe un cambio generalizado de legislación sobre la donación de gametos hacia una donación identificativa. Este y otros motivos, como la evasión legal de ciertas restricciones, porque alguna de las técnicas está prohibida o porque los usuarios tienen ciertas características que son excluyentes, son los que impulsan a la población a viajar a otro país para acceder a las TRHA. De esta manera, se evaden las limitaciones propias de cada país (94–96). Según la publicación de la *International Federation of Fertility Societies* (IFFS), el 76 % de los países permiten la donación de espermatozoides y el 65 % la de ovocitos; por ejemplo, Arabia Saudí, Libia, Turquía o Italia prohíben la donación de gametos; y Austria, Noruega y Suiza, la donación de ovocitos (97). Además, países como el Reino Unido (2005), Bélgica (2004), Países Bajos (2004), Suecia (donación de ovocitos en 2003 y de espermatozoides en 1985) y Noruega (2005) han modificado su ley pasando de la donación anónima a identificativa, lo que ha generado que las personas receptoras de gametos que prefieren una persona donante anónima viajen a otros países donde es así. Estos cambios se generan en busca del mayor interés para las personas concebidas, aunque parece que no se está contemplando el beneficio de las parejas infértiles (o las necesidades de las personas donantes) (98–100). Por ejemplo, en Suecia, con el cambio de ley (1985), se observa (ver Gráfico 19) una gran disminución del número de inseminaciones con espermatozoides de donante (101), llegando hasta una reducción del número de donantes del 85 % (102).

**Gráfico 19:** Número de inseminaciones con espermatozoides de donante que se han llevado a cabo en Suecia desde 1980 a 2005



Fuente: Hamberger, Hazekamp y Hardarson (101).

La ESHRE en uno de sus *Task Force on Ethics and Law* (103) recoge las causas principales que llevan a viajar a otro país a los usuarios de TRHA:

- El tipo de tratamiento está prohibido por ley. Por ejemplo, en Italia no se permite la donación de gametos ni la vitrificación embrionaria; en Alemania y Noruega está prohibida la donación de ovocitos.
- No se permite el acceso por ley a usuarios con ciertas características: ya sea por su orientación sexual, por la edad, por el estado civil, etc. En Francia, las parejas lesbianas y las madres solteras no pueden acceder a las TRHA.
- Largas listas de espera debidas a un déficit estructural en el sistema de salud o a consecuencias de ciertas consideraciones jurídicas (por ejemplo, para la realización de ovodonación).
- El coste es demasiado alto. En algunos países el coste de las TRHA es inasumible para muchos de los usuarios y no existe la financiación pública ni una aseguradora privada para cubrirlo.
- Ausencia de *expertise* o equipamiento para realizar alguna de las técnicas (por ejemplo, DGP).
- Alguna de las técnicas no se considera seguras (por ejemplo, transferencia citoplasmática).
- Ciertas consideraciones personales (por ejemplo, la privacidad y el anonimato).

Un estudio (104) realizado en seis países de la UE a través de un cuestionario a las personas que realizaban CBRC revela que la edad media de las personas que acuden a estas técnicas a otro país es de 37.3 años (el intervalo de edad está entre los 21 y 51 años), casi el 70% de ellos están casados y el 90% son heterosexuales. Los motivos que exponen para cambiar de país y acudir a tratamientos de RHA son diferentes en función de sus países de origen, por ejemplo: razones legales (para las personas que provienen de Italia, Alemania, Francia, Noruega y Suecia); un mayor acceso a las técnicas (mayoritariamente para los usuarios de Reino Unido); y por el deseo de tener una donación anónima (en particular para Francia, Reino Unido, Alemania, Suecia y Noruega). Además, cabe destacar que las encuestas se recogieron durante un mes y el número de ciclos de TRHA fueron 1230, lo que llevaría a ser un mínimo de 24 – 30 000 ciclos mediante CBRC en estos seis países estudiados (entre los que no está España) (104).<sup>46</sup>

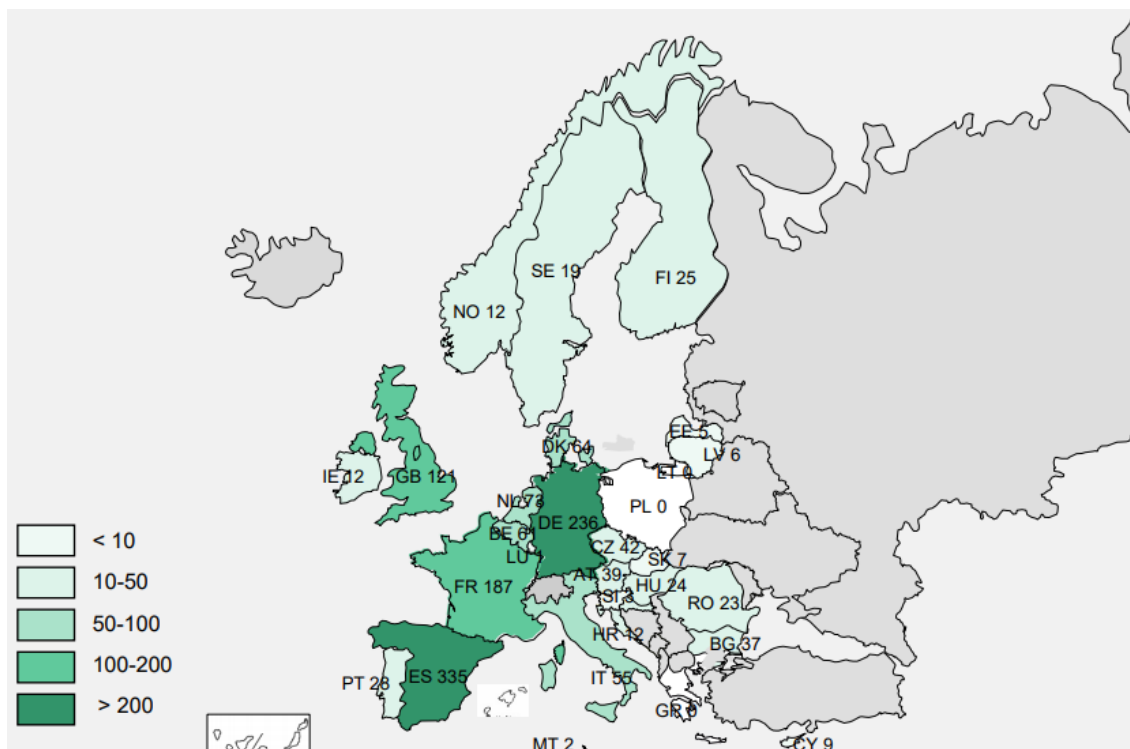
La SEF, en cambio, cree que las personas extranjeras que viajan a España para llevar a cabo un tratamiento de RHA, lo eligen porque la ley que regula estas técnicas es una de las mejor adaptadas, de Europa, a las necesidades de las personas. Ya que

---

<sup>46</sup> El estudio incluye 1230 cuestionarios, realizados en: 29.7% de Bélgica, 20.5% de la República Checa, 12.5% de Dinamarca, 5.3% de Eslovenia, 15.7% de España y 16.3% de Suiza.

España es el destino más elegido, muy por encima de la República Checa, Grecia, Ucrania, etc. donde los tratamientos suelen ser más económicos (19). Además, es indicativo que España sea el país con más centros de RHA (ver Figura 4). Por lo general y a nivel global, la “industria” del CBRC es: para realizar FIV en Bélgica e Israel; por donación de espermatozoides en Dinamarca; España y República Checa para la donación de ovocitos y embriones; Rusia y EE.UU. por temas de subrogación uterina; EE.UU. para llevar a cabo DGP y selección de sexo; y Dinamarca, Bélgica, Alemania y EE.UU. para preservar la fertilidad (105).

**Figura 4:** Distribución de centros de RHA en Europa



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (106); a partir de los datos de la EU Coding Platform (03.11.2016).

Esto puede llegar a que se cuestione hasta qué punto hay un imperativo moral de obedecer la ley nacional, o bien, si existe el derecho de viajar para obtener un tratamiento que es ilegal en su país de origen. En temas de embarazo, fertilidad y contracepción, se atribuye un mayor valor a la autonomía reproductiva. Este principio se justifica en el bienestar, seguridad y eficacia de los usuarios y los futuros descendientes. A nivel legal, el hecho de que los usuarios viajen a otros países para acceder a ciertos tratamientos se puede ver como una desobediencia atribuible a un intento de cambiar la legislación vigente, pero también puede tener el efecto contrario, da manera que este movimiento disminuya la presión interna (103).

Otros problemas asociados son que existe información poco clara sobre los precios de este tipo de servicio, son tratamientos complejos y los intermediarios que ayudan a las personas a realizar CBRC no informan de manera adecuada a las personas que deciden viajar. También existe la barrera idiomática. A menudo la fuente principal de

información es a través de la web y estas no están en todos los idiomas. Todo esto genera información incompleta que impide a las personas tomar la mejor decisión sobre el tratamiento y el destino. Curiosamente, se generan estas complicaciones porque es la persona intermediaria la que aconseja en función de razones económicas y no solo por motivos médicos. De esta manera se genera, en las personas que deciden viajar, unas expectativas elevadas y un vacío o ausencia de regulación legal induce la posibilidad de que, si el resultado es un fracaso, el intermediario sea demandado y así, solo se favorece que los médicos utilicen protocolos más caros y agresivos para incrementar la tasa de éxito y satisfacción de los usuarios. Una de las consecuencias de estas prácticas es el embarazo múltiple como resultado de la transferencia de más de un embrión. Una propuesta para solucionar estos problemas es que se cree un registro global de manera que se evite este vacío o ausencia de información, se establezcan estadísticas internacionales y se eviten los riesgos económicos al compartir la información adecuada entre proveedores, intermediarios, usuarios y todas las partes involucradas (105).

En el mismo documento (103), antes citado, de la ESHRE sobre el CBRC se plantean ciertas recomendaciones para evitar o disminuir algunos de los problemas asociados con este fenómeno:

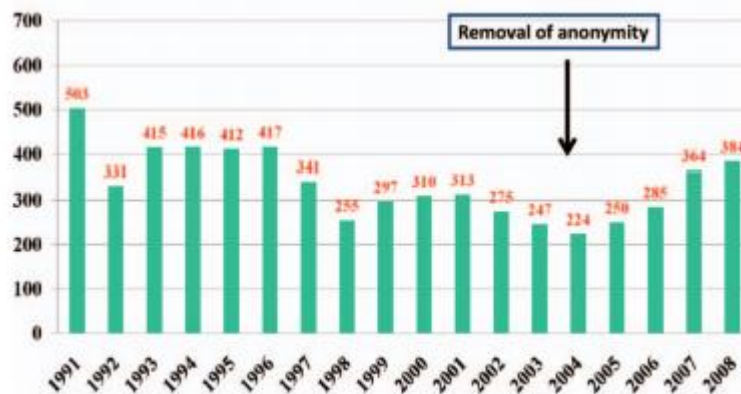
- Proporcionar, como mínimo, un reembolso parcial del tratamiento para asegurar el acceso equitativo de todos los ciudadanos.
- Adoptar una legislación menos restrictiva para evitar que grupos de usuarios viajen para poder acceder a los tratamientos.
- Extender los tratamientos que cubren los seguros de salud en cuanto a reproducción, por lo menos, para aquellos tratamientos que no están prohibidos en el país de origen.
- Establecer un sistema de control y verificación para garantizar que todos los usuarios son tratados de manera segura y efectiva. No solo desde un punto de vista técnico y médico, sino también el cumplimiento de los estándares éticos, incluida la prestación de asesoramiento psicológico.
- Que el gobierno y las organizaciones de pacientes y profesionales organicen campañas informativas sobre los posibles peligros de realizar CBRC.
- Todo el personal sanitario debe ser consciente de sus responsabilidades y de las guías éticas.
- Las organizaciones profesionales deberían hacer un seguimiento de los resultados y complicaciones de estos tratamientos.

En definitiva, para garantizar una atención segura y de calidad es necesario que los centros tengan la información precisa de una manera accesible para los usuarios, además de enfatizar el papel de las clínicas en los países de origen. También, se deberían incluir opiniones de otras personas, de agencias reguladoras, gobiernos, etc. (107). Incluso, y sobre todo cuando se está evadiendo la ley de su país de origen como

puede ser en el caso de las parejas de mujeres homosexuales, se recomienda que tengan una ayuda profesional de la salud desde su casa que les ayude y aconseje (108).

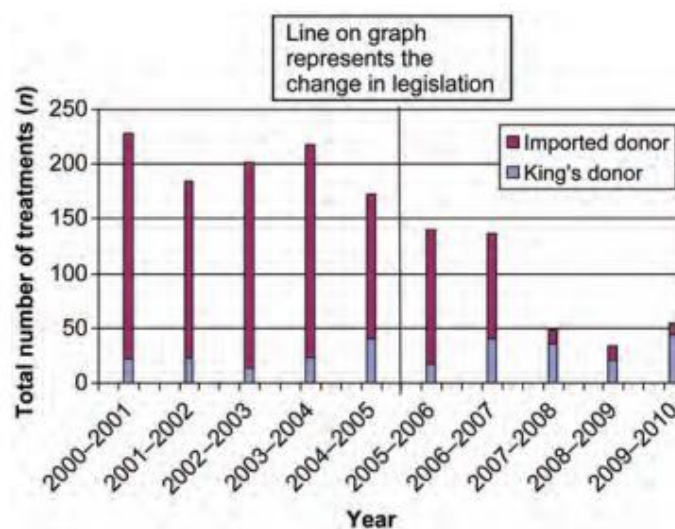
Pero no solo existe CBRC para llevar a cabo un tratamiento, sino también para las personas donantes. El caso de Reino Unido es curioso porque en 2004 cambió su ley de RHA y se eliminó el anonimato de las personas donantes. Esto, a pesar de lo que se esperaba, no solo hizo que no hubiera una disminución de donantes de espermatozoides, sino que estas donaciones aumentaron (ver Gráfico 20). Este fenómeno se puede explicar por este CBRC de donantes, es decir, Reino Unido, hasta 2007, tiene un gran volumen de donaciones importadas, las personas donantes viajan (sobre todo desde EE.UU. y Dinamarca) para cubrir la demanda que existe (ver Gráfico 21) (109,110).

**Gráfico 20:** Número de donantes de espermatozoides registrados en el Reino Unido desde 1991 hasta 2008 indicando el año en el que se eliminó el anonimato



Fuente: Hamilton (110); con datos de la HFEA.

**Gráfico 21:** Número total de tratamientos realizados con espermatozoides de donante comparando entre las donaciones del Reino Unido con los donantes importados desde el año 2000 hasta el 2010



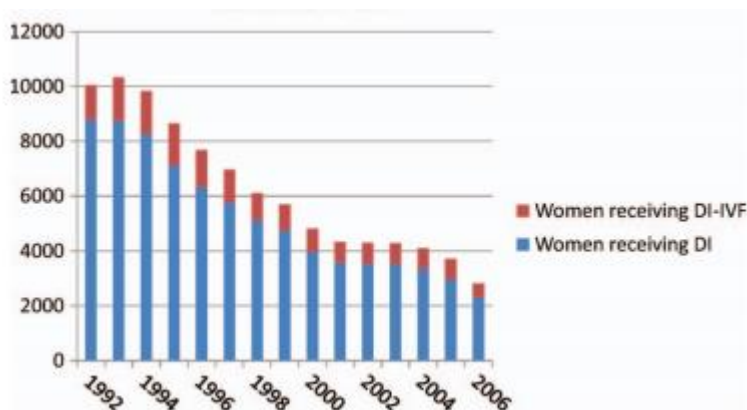
Fuente: Shukla et al. (111).

Se indica mediante una línea vertical el cambio en la ley de RHA.

El Reino Unido es, por tanto, un claro ejemplo de contradicción legal y ética. El cambio de la legislación y el bajo importe como remuneración que se les proporciona a las personas donantes era garantía de las motivaciones de estos, una manera de certificar el altruismo por la donación. Pero, y aquí radica la contradicción, se está permitiendo (por necesidad) comprar gametos a países donde las personas donantes reciben más del doble de remuneración (112).

Lo más destacable en el Reino Unido es que las personas receptoras de gametos donados han ido disminuyendo desde 1992 (ver Gráfico 22). Esto no explica que a partir de 2004 exista un aumento de personas donantes.

**Gráfico 22:** Número de mujeres receptoras de gametos donados desde 1992 hasta 2006



Fuente: Hamilton (110); con datos de la HFEA.

A pesar de esto, España es el proveedor de más de la mitad de los ovocitos donados en Europa. Se explica por la cultura y la tradición de donación, ya que también somos el país con mayores donantes de órganos (113). Pero también porque en los países de la UE donde se ha eliminado el anonimato de los donantes, cada vez es más difícil la obtención de los gametos. Algunos de los dilemas éticos y sociales de este tipo de CBRC residen en la posibilidad de profesionalizar la donación y/o de explotar a mujeres económicamente desfavorecidas, principalmente en países pobres por temas de compensación o remuneración. La responsabilidad de los médicos y las clínicas de fertilidad, la salud y bienestar de las mujeres que donan ovocitos, el consentimiento informado, los posibles conflictos de interés de los profesionales involucrados en los programas y la equidad en la distribución de recursos son problemas que, como se ha comentado, necesitan soluciones globales porque se trata de un problema global (95).

Observando los datos del registro de actividad de la SEF y del MSSSI del 2015 de los tratamientos a pacientes residentes en otros países, concretamente aquellos ciclos de FIV-ICSI (con o sin DGP), el mayor porcentaje de ciclos se realiza con donación de ovocitos (53,5 %) o con donación de espermatozoides (14,4 %) e Inseminación Artificial con espermatozoides de Donante (IAD) (20,6 %). Por tanto, el 88,5 % de los ciclos realizados a aquellos pacientes que realizan CBRC en España son con gametos de donante y las personas receptoras provienen mayoritariamente de Francia (42,4 %) y de Italia (23,2 %) (22).

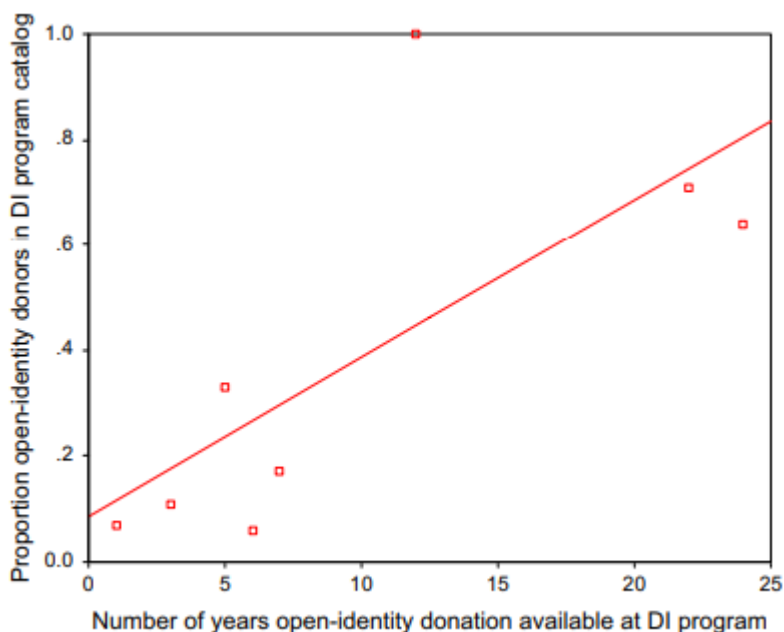
## 2.2 Factores psicosociales

Siguiendo las áreas que se proponen por Hershberger (88), en este apartado se tratará de desarrollar: el porqué de la donación anónima versus identificativa; el deseo de seleccionar las características de la persona donante; y la divulgación de la naturaleza de la concepción de la persona nacida por donación de gametos.

Son temas especialmente sensibles por todas las personas que se ven implicadas, por la trascendencia de las decisiones y por las repercusiones que pueden tener en un futuro. Actualmente no existe un consenso ni mundial ni europeo sobre la ley de RHA y es cada país el que elige el tipo de donación que se permite.<sup>47</sup>

Además, la proporción de personas donantes que se decantan por una donación identificativa va creciendo y es mayor cuantos más años hace que el centro de RHA tiene un programa de donación no anónimo (ver Gráfico 23).

**Gráfico 23:** Representación del número de años en los que el centro de RHA dispone de un programa de donación identificativa respecto la proporción de donantes no anónimos



Fuente: Scheib y Cushing (114).

<sup>47</sup> Por ejemplo: Francia, Noruega, Dinamarca, Bélgica, España e Israel, tienen donantes anónimos, en cambio, Suecia, Suiza, Austria, los Países Bajos, Reino Unido y el Estado de Victoria en Australia, disponen de otro tipo de jurisprudencia con diferentes grados de identificación (160).



### 2.2.1 Donación anónima *versus* identificativa

La donación en España, tal y como dicta la ley la 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (115), en el artículo 5.1 y 5.5, *donantes y contratos de donación*, es anónima:

“La donación de gametos y preembriones para las finalidades autorizadas por esta Ley es un contrato gratuito, formal y confidencial concertado entre el donante y el centro autorizado.

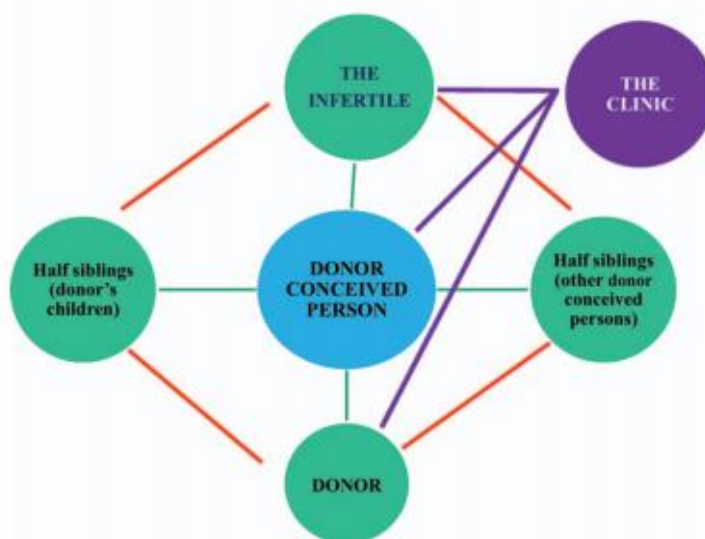
La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan. Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes 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.”

Los debates forjados alrededor de la gran cuestión, donación anónima o identificativa, son generados en todo el mundo y para las dos posturas existen detractores y defensores. Pero, si se les pregunta a las tres partes implicadas en un proceso de donación (ver Figura 5), cuál es su opinión, un estudio (27) realizado a través de una encuesta (enviada a personas de todo el mundo registradas en el *Donor Sibling Registry*, (DSR) realizada a personas donantes, concebidas por donación y a sus padres/madres, valora la actitud de estos frente la donación anónima.<sup>48</sup> Todos ellos, tienen una actitud neutral sobre el anonimato (45 % donantes, 33 % descendencia y 45 % los progenitores), solo se experimenta un leve posicionamiento en contra del anonimato en el caso de la descendencia, ya que el 31 % está completamente de acuerdo en que la donación no debería ser anónima. Además, este mismo estudio demuestra que existe una relación entre la edad de las personas donantes y las concebidas por donación en cuanto a su actitud frente la donación anónima, siendo las personas más jóvenes más favorables a que se mantenga el anonimato y también, en el caso de las personas donantes, a que se pueda elegir qué tipo de donante quiere ser.

---

<sup>48</sup> Este registro fue creado en el año 2000 por Wendy Kramer y ella misma, en 2011, afirmó que tan solo entre el 20 y el 40 % de las mujeres de todo el mundo que utilizan espermatozoides de donante registran el nacimiento de su hijo. El registro se actualiza diariamente y en diciembre de 2018 indicaba que había ayudado a conectar más de 16 478 personas nacidas por donación con sus “hermanos/as” y/o donantes; además, cuenta con 62 147 miembros, incluidas las tres partes implicadas en un proceso de donación (218).

**Figura 5:** Partes implicadas en un proceso de donación



Fuente: Hamilton (110).

El 69,8 % parejas que recurren a la ovodonación, prefieren tener una persona donante identificativa, de manera que la consideran “su donante”. Las dos principales motivaciones para que sea así son: miedo al material genético del que no conocen su origen (55,6 %); para comprobar la personalidad de la persona donante (46,5 %). En cambio, para las parejas que prefieren la donación anónima, sus principales motivaciones son: los límites explícitos que se establecen entre ellos (73,3 %); para sentirse más seguras en sus roles evitando posibles intrusiones familiares; y para proteger su privacidad manteniendo el secretismo.<sup>49</sup> En el proceso de donación, las personas receptoras adoptan diferentes posturas: la necesidad de recibir información de las personas donantes, pero también lo contrario, evitar conocerla para reducir el impacto emocional que conlleva la necesidad de donación, ya que esta ausencia de información ayuda a normalizarlo (116–118).

En la actualidad, existen diferentes tipos de grados de anonimato en la donación de gametos (119):<sup>50</sup>

- Nivel 1: información no identificadora. Las personas donantes proporcionan información médica o biográfica no identificativa.

---

<sup>49</sup> La eliminación de la donación anónima implica, por tanto, un cambio cultural significativo en relación con el secretismo de la RHA con el uso de gametos donados (120).

<sup>50</sup> En esta tesis no se incide en la donación de embriones, pero en este caso, cabe destacar que también se distinguen tres modelos: (i) selección no específica y modelo anónimo; (ii) selección no específica y modelo no anónimo, en este caso, la persona concebida puede obtener información de las personas donantes del embrión; y (iii) selección específica y modelo no anónimo, las personas donantes son las que eligen a las personas receptoras y la persona concebida tendrá información identificativa de sus donantes (391).

- Nivel 2: información no identificativa por causas médicas. La persona donante está de acuerdo que se contacte con ella por causas médicas manteniendo el anonimato.
- Nivel 3: información personal no identificadora. La persona donante proporciona información personal no identificativa.
- Nivel 4: información identificadora. La persona donante está de acuerdo en proporcionar información identificativa y en tener contacto con la persona que ha sido concebida cuando esta llegue a la edad adulta.
- Persona donante conocida.

Los sentimientos hacia la elección, cuando se puede, de una donación anónima son varios. En algunos casos, las personas que quieren donar lo eligen para protegerse a sí mismos, y en otros, se sienten coaccionados por los centros y las familias y eligen ser donantes anónimos, a pesar de que no es lo que escogerían. Algunos de los comentarios expresados por las personas donantes son: “No tuve elección, el anonimato era la única posibilidad. En ese momento era lo que quería, pero ahora me gustaría conocer a las personas receptoras” comenta un donante de espermatozoides; y “Me intimidaron, las personas receptoras me querían como donante anónima”, dice una donante de ovocitos. En otros casos, la elección la hacen en función de las consecuencias que prevén en la familia receptora: como una manera de proteger a los futuros padres/madres; no querer complicar la vida de la persona concebida mediante su donación sobre quiénes son sus donantes; para evitar que los receptores se sientan intimidados, etc. (27). Se ha visto que, con el cambio de una ley de anonimato a identificativo, son necesarias políticas y estrategias de reclutamiento de donantes porque las donaciones disminuyen considerablemente; este paradigma es un contexto cultural nuevo y emergente por el que se decantan cada vez más países (120). La disminución de personas donantes con la donación identificativa es un indicativo de que se tiene cierta preferencia por el anonimato.

Pero ¿cuál es la posición de las personas concebidas por donación? Como se ha comentado, existe prácticamente el mismo porcentaje (alrededor de un 30 %) de las personas concebidas por donación que piensan que se debería eliminar la posibilidad de tener un donante anónimo y que se mantienen neutrales. Algunos de los argumentos que están en contra del anonimato son: la existencia de un sentimiento de traición por la mentira y secretismo alrededor de cómo ha sido concebida; sentirse cosificada por ser objeto de un contrato; no conocer la herencia genética de sus donantes, lo que genera una inquietud para sus futuros hijos/as, etc. En algunos casos, llegan a verbalizar que “la donación anónima debería estar prohibida”. Todas estas actitudes sobre el tipo de donación tienen una diferencia relevante en cuanto al sexo de la persona concebida, estando las mujeres más en contra del anonimato que los hombres (27).

En España, existe cierto miedo por parte de las personas donantes a ser contactadas en un futuro, ya que haber dado material genético supone cierta estigmatización, y por este motivo, las personas expertas entrevistadas afirman la necesidad de mantener y

justificar el anonimato respetando el derecho de intimidad y privacidad de las personas donantes. Destacan que, a pesar de la aparición de una enfermedad genética, son las propias clínicas quienes hacen de intermediarios entre las personas donantes y receptoras o la descendencia para poder garantizar su anonimato (113).

Por otro lado, se puede cuestionar con qué tipo de donación se están protegiendo mejor los intereses de las personas receptoras y la salud e identidad de la persona concebida. En cuanto a la estructura familiar, son en las relaciones caracterizadas por el amor, el afecto, la comprensión y la confianza las verdaderamente importantes para el bienestar de las personas, donde los/as niños/as comienzan su desarrollo moral, sus talentos y habilidades y donde adquieren sentido de identidad. Queda demostrado que los modelos de familia generados a través de RHA y donación de gametos no tienen ningún impacto a nivel psicoemocional en el desarrollo de la descendencia (121–124), ni en la satisfacción que sienten como pareja (125,126). Solo se observa una pequeña disminución de la relación con sus hijos/as adolescentes de aquellas madres que han recurrido a la donación de ovocitos (124). Incluso, en relación con las familias que tienen una doble relación genética con su descendencia de aquellas que no tienen ninguna, no hay diferencias, las dos presentan el mismo tipo de bienestar socioemocional para sus hijos/as (127). Ambos tipos de pareja, mujeres con pareja homosexual y parejas heterosexuales, muestran una gran satisfacción con la relación, siendo las parejas de mujeres homosexuales las que tienen mayor armonía y vitalidad, incluso después de un tratamiento de RHA fallido (128). Por tanto, ambas políticas están respetando el interés familiar, a menos que las familias promuevan el secretismo y no informen a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción, en tal caso, ya no se está hablando de un núcleo familiar honesto y de confianza. En cambio, las políticas de anonimato restringen el interés vital de curiosidad de la persona concebida, si se conceptualiza el hecho de desarrollar una identidad saludable como dar sentido a uno mismo en relación con sus progenitores genéticos. De manera que al no permitir tener acceso a la identidad de la persona donante, imposibilita que la persona concebida forje una identidad propia (129). Además, las personas concebidas mediante donación desconocen como mínimo la información de uno de sus orígenes genéticos a menos que exista una política de donación identificativa. Por tanto, carecen del beneficio de acceder a un historial médico familiar completo con una donación anónima y se les impide acceder a la información para tomar decisiones conscientes sobre su salud (130). En estos casos, la nueva ley de Washington ha demostrado que se puede anonimizar la información relativa a las personas donantes para respetar ambos intereses médicos, de las personas concebidas mediante donación y de las donantes cuando existe anonimato (129).

Profundizando sobre conocer el origen genético, existen diversas argumentaciones al respecto. Mientras algunos creen que es necesario que exista evidencia empírica sobre que las políticas actuales (en caso de anonimato) están perjudicando los intereses de las personas concebidas mediante donación de gametos, otros creen que existe un derecho humano fundamental para conocer los orígenes genéticos personales. Pero independientemente de si se reconoce este derecho, y como ya se ha ido comentando,

¿cómo puede saber una persona que ha sido concebida mediante donación de gametos si sus padres/madres no se lo han explicado? ¿Sería necesaria otro tipo de regulación al respecto que exija este reconocimiento? (129,131) Cuando los progenitores informan a su descendencia sobre la naturaleza de su concepción, se genera otro dilema bioético y es que estos quieren obtener información de las personas donantes o incluso, llegar a tener contacto con ellas y con sus posibles hermanos/as (132). Pero ¿qué impacto generará esto en las partes implicadas? Este último caso concreto y según un estudio (133) reciente (2016), que se conozcan posibles hermanos/as de un mismo donante de espermatozoides se convierte en una experiencia positiva.

Estos intereses de las personas concebidas son múltiples y complejos, desde conocer el historial clínico y médico completo, hasta la necesidad psicológica de saber las características de su personalidad, habilidades, intereses, educación, profesión, hobbies, etc. todo ello para: dar sentido a una identidad propia, evitar riesgos médicos y relaciones de consanguinidad, satisfacer su curiosidad, establecer un perfil de su donante, tener una relación con la persona donante y su familia, y por último, para conocer su árbol genealógico. Por estos motivos, muchas clínicas y bancos de semen y ovocitos proporcionan este tipo de información por un coste añadido (129,134).<sup>51</sup> Incluso Cohen (135) plantea si el hecho de proporcionar este tipo de información sobre la persona donante es una justificación utilizada como remedio para compensar el “daño” que se le ha producido a la persona que ha nacido mediante donación de gametos.

En realidad, hay muchos tipos de información que podrían proporcionarse y puede ser que la pregunta sea hasta dónde se debe llegar para respetar todas las partes involucradas en el proceso. Hasta ahora se ha desarrollado la información que las personas concebidas necesitarían, pero también se identifican cinco argumentos a favor de la información que podría querer recibir una persona donante sobre las personas que han sido concebidas (136):

- Información básica: como sería el resultado de su donación, cuántas personas han nacido y su sexo.
- Información médica y genética de posibles enfermedades en caso de que las padezcan las personas que han sido concebidas mediante la donación.
- Información fenotípica.
- Aspectos más personales como la personalidad, intereses, habilidades, etc.
- Información identificativa.

---

<sup>51</sup> En toda la tesis se utiliza la palabra técnica “espermatozoides” para referirse a la palabra coloquial “semen”, excepto cuando se habla de los bancos. Se escoge así porque en los buscadores de internet siempre aparece como “banco de semen” o “banco de esperma”.

Rodino, Burton y Sanders (137) realizan un estudio en el que se valora la información más importante respecto a la persona donante para las tres partes implicadas. Se resumen sus resultados (ver Tabla 5) a continuación:

**Tabla 5:** Información más relevante de la persona donante en función de las tres partes implicadas en un proceso de donación

Parte implicada	1ª información relevante	2ª información relevante	3ª información relevante
<b>Donante de espermatozoides</b>	Sentimientos respecto al contacto con la persona concebida (80 %)	Información sobre su salud (53 %)	Su nombre (47 %)
<b>Donante de ovocitos</b>	Su salud (88 %)	Su nombre (62 %)	Sentimientos respecto al contacto con la persona concebida (33 %)
<b>Receptoras de ovocitos</b>	Su nombre (78 %)	Motivos por los que dona (56 %)	Su salud (39 %) y familia (39 %)
<b>Receptoras de espermatozoides</b>	Su salud (72 %)	Su nombre (40 %)	Su fotografía (32 %)
<b>Persona concebida</b>	Su nombre (61 %)	Su salud (48 %)	Su familia (39 %)

Fuente: Elaborado a partir de los resultados de Rodino, Burton y Sanders (137).

De esta manera, no solo aparecen argumentos sobre el derecho a la intimidad de las personas donantes, sino también el derecho a conocer su descendencia. Aunque se trate de un proceso anónimo en algunos países, las personas donantes expresan que les gustaría recibir cierta información que se puede resumir en: conocer el resultado (si ha dado lugar a embarazo) y conocer los estilos de vida de las personas receptoras (138). También, y como ya se ha expresado, el hecho de que exista una donación identificativa no implica que la persona concebida vaya a conocer a su donante porque puede ser que sus progenitores no le hayan informado sobre la naturaleza de su concepción y, por lo tanto, ni siquiera, podrá decidir si quiere o no identificarle (139). Así, ¿el hecho de poder conocer la identidad tendrá carácter recíproco y podrán, las personas donantes, identificar a las personas concebidas?

Uno de los aspectos más destacables de la donación identificativa es que la persona donante puede llegar a crear un vínculo emocional con la persona concebida. Parece que, en ofrecer la identidad se crea una mayor curiosidad, lo que conlleva a una relación significativa y, por tanto, una mayor unidad. ¿Qué espera la sociedad de este vínculo? ¿Estamos preparados? ¿Qué tipo de expectativas se crearán? ¿Qué tipo de relación se espera?

Las primeras reacciones podrían ser tener un único contacto, o bien, que este sea irregular. Esto se podría percibir como una curiosidad natural y saludable, aunque podría llevar a querer tener “dos familias” o pertenecer únicamente a la familia de la persona

donante; estas opciones pueden derivar a consecuencias más graves. El perfil de la persona donante, bien si es un estudiante o si es una persona adulta y madura, está claro que tendrá una mayor o menor predisposición por las relaciones que se puede llegar a dar. A pesar de esto, la motivación de cualquier donación con la esperanza o expectativa de que la persona concebida forme parte de su familia, es cuestionable (140).

Por otro lado, las personas receptoras consideran importante buscar a las personas que han donado los gametos que les han permitido ser padres/madres por diferentes motivos. Sus tres principales razones son referentes a la identidad: 73 % para permitir a sus hijos/as entender mejor quiénes son; el 71 % por curiosidad; y el 67 % para darles mayor sensación de identidad. Pero, también añaden (por orden de importancia): para tener un mayor conocimiento a nivel genético; para agradecerles la donación; para tener más información de los antecedentes familiares; y para que sus hijos/hijas sepan que han estado buscando a las personas donantes (141). Aunque, también se puede dar al revés, que las expectativas de las personas concebidas no sean correspondidas por las personas donantes y se genere un sentimiento de rechazo. No sería poco habitual que la persona concebida espere ser aceptado por la familia de la persona donante, mientras esta solo quiere un único contacto, o bien, un contacto irregular. Otro aspecto relevante cuando se da algún tipo de contacto es que el contexto y entorno familiar sea muy diferente, esto también le puede llevar a experimentar emociones complejas y negativas (140).

Pero, la donación identificativa o algún grado de donación anónima que permita recibir información no solo acaba con estas relaciones, sino que también implica conocer a los posibles hermanos/as de las personas concebidas por donación. Algunas de las razones por las que las personas receptoras consideran que este aspecto es importante son las siguientes: 85 % curiosidad (semejanzas en cuanto a apariencia física y personalidad); 66 % para que sus hijos/as entiendan mejor quiénes son; 61 % para permitir a sus hijos/as a forjar mejor su identidad; 47 % para que sus hijos/as sepan que están intentando buscar a sus posibles hermanos/as; 37 % por aspectos médicos y 33 % para que tenga hermanos/as (141). Es sorprendente que el mayor motivo sea la curiosidad y que entre los seis principales motivos exista una razón (refiriéndose a “para que sepan que están intentando buscar”) que puede llegar a implicar una sensación de culpa, solidaridad, o bien, una justificación.

### **2.2.2 Elección de las características fenotípicas de la persona donante**

En relación con la elección de cómo debe ser físicamente la persona donante ofrece tantas posibilidades como países y centros de RHA o bancos de gametos. En realidad, es un tema que puede ir estrechamente ligado a si se informará a las personas nacidas de la naturaleza de su concepción y si la persona donante será anónima o identificativa.

Los datos indican que el 48 % de las personas receptoras no quieren recibir información de las personas donantes, pero cuando sí quieren conocer, los datos que

prefieren averiguar son: salud y la de su familia, su nivel educativo, su raza y su personalidad; y en menor medida: su peso, color de ojos, etnia, pelo, temperamento, intereses, tipo de cuerpo, rasgos faciales, tono de piel, tipo de pelo, religión, profesión, lugar de residencia, inteligencia, hobbies/intereses, si fuman/beben alcohol o si han consumido narcóticos, estado civil, etc. (142–144). Pero esta información que les gustaría conocer varía en función de la edad de las personas receptoras, siendo las más mayores (entre 40 y más de 50 años) las que más interés muestran por la inteligencia de las personas donantes. Mientras que las más jóvenes (menores de 40 años) consideran más importante conocer su apariencia física (144).

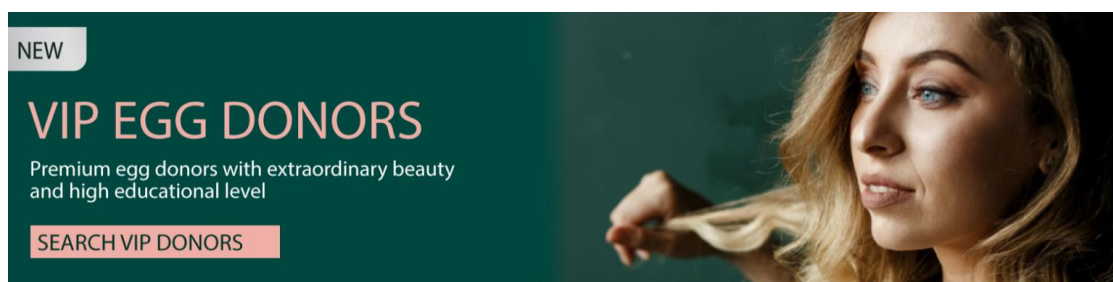
En España, el artículo 6.5, *usuarios de las técnicas*, de la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (115) recoge que:

“En la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, la elección del donante de semen sólo podrá realizarse por el equipo médico que aplica la técnica, que deberá preservar las condiciones de anonimato de la donación. En ningún caso podrá seleccionarse personalmente el donante a petición de la receptora. En todo caso, el equipo médico correspondiente deberá procurar garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora.”

Es decir, no es posible que las personas receptoras escojan las características de las personas donantes, sino que es el centro el que debe asegurar la mayor similitud entre ambas personas. Pero ¿qué pasa si la receptora compra los espermatozoides a un banco extranjero donde puede seleccionar las características fenotípicas y autoinseminarse? O bien, ¿si hace CBRC para poder tener una persona donante de identidad conocida que pueda seleccionar? Incluso, ¿y si las personas receptoras viajan a un centro que les permita utilizar los gametos que han comprado online? Estas son unas prácticas bastante extendidas en nuestro país y son muchas las empresas, centros de RHA o bancos de semen los que ofrecen este tipo de servicio.

Actualmente las páginas webs están ofreciendo los gametos como productos de compra al alcance de toda la sociedad y con la posibilidad de elegir las características que se quieran, incluso utilizan como estrategia de marketing las personas donantes VIP, personas más guapas y con un mayor nivel educativo (ver Figura 6).

**Figura 6:** Header de una página web con el reclamo de ofrecer donantes de ovocitos premium (personas más guapas y con un mayor nivel educativo)



Fuente: First egg bank (145).



Es común que las personas receptoras quieran tener cierto grado de elección sobre los gametos que van a utilizar y esto implica conocer características físicas, psicológicas y cognitivas de la persona donante, su historia clínica familiar y personal. En función de sus valores y concepción de familia, se busca un modelo de donante anónimo o identificativo, también por el grado de contacto que quieran con la persona donante y la futura descendencia. Pero en algunos casos, la información que se quiere saber es mayor, y por este motivo, se busca satisfacer sus necesidades con la elección de la persona donante. Aunque también puede pasar que estos intereses entren en conflicto; en este caso, es importante que exista un compromiso en mantener informada a la clínica y a las personas receptoras del historial médico que puede afectar a la descendencia actualizado (146). ¿Son capaces las clínicas y las páginas webs de mantener este compromiso de actualización médica de la persona donante?

En España, el Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo, *por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana* (147), en el artículo 3 del capítulo I, *información a donantes y estudio de donantes de gametos y preembriones*, expone que:

“Los donantes serán sometidos a un reconocimiento médico, que se reflejará en una historia clínica, con inclusión de antecedentes personales y familiares, así como un examen físico, que como mínimo deberá contener los datos que en el anexo del presente Real Decreto se relacionan, bajo la responsabilidad directa del Director del centro.”

Pero, en ningún caso se contempla que exista una responsabilidad, por parte de la persona donante o de las personas concebidas mediante donación, a mantener informadas a las clínicas de cualquier circunstancia médica que repercuta a su salud y pueda ser transmitida genéticamente o tenga un origen genético.

Otra de las cuestiones a destacar del artículo 6.5 de la ley 14/2006 (115), antes citado, son: cuando una pareja heterosexual acude a un centro de RHA y necesitan espermatozoides de donante, ¿la receptora es la mujer y, por tanto, como señala la ley, las características fenotípicas e inmunológicas deben ser similares a ella? O, por el contrario, ¿se debería considerar como receptor al marido o pareja masculina y, por tanto, el donante de espermatozoides debe garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica con él? Por último, reflejar del artículo 6.5, que se limita a hablar del donante de espermatozoides, ¿qué pasa con la donante de ovocitos? ¿quedaría englobada y se tendría que sobre entender que está contemplada con la última frase (“garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora”) dentro de “muestras disponibles” a pesar de que anteriormente no se haya citado? Atendiendo a la ley, ninguna de estas preguntas puede ser respondida con claridad, sino que corresponden a una interpretación por parte de cada centro.

Por último, ¿quieren las personas usuarias de RHA en nuestro país elegir las características fenotípicas de los donantes de gametos?; ¿quieren que estas personas donantes no sean anónimas?

Es difícil contestar a estas preguntas, pero es cierto que hay clínicas de RHA españolas que ofrecen hacer el ciclo en otra clínica de la UE cuya legislación permite que puedas tener la opción de una persona donante no anónima; o bien, puedas escoger sus características fenotípicas.<sup>52</sup> También ocurre al revés (como se explica en 2.1 Tendencias: *Cross Border Reproductive Care* y país proveedor de gametos de la pág. 81), hay mujeres y parejas que realizan CBRC a España para poder utilizar gametos de donante anónimo.

También existe la posibilidad de comprar “a la carta” espermatozoides de donante en un banco de otro país de la UE donde se permiten escoger las características y autoinseminarte. Esto hace que la RHA sea más económica para aquellas mujeres que no tienen problemas de fertilidad y quieren concebir un hijo. En estos casos, las mujeres o parejas compran los espermatozoides que, en algunos bancos, va variando de precio en función de las características del donante, de manera que evitan el cumplimiento del artículo 6.5 antes mencionado. Del mismo modo, también se pueden comprar ovocitos y utilizarlos en aquellos centros que lo permitan. En estos casos, las páginas webs utilizan otras estrategias de marketing como son las ofertas como reclamo a nivel emocional para “aumentar las posibilidades de embarazo” (ver Figura 7).

**Figura 7:** Anuncio a modo de “pop-up” de una página web con la oferta de dos ovocitos o una muestra de espermatozoides gratuitas por la compra de 8 – 12 ovocitos



INCREASE YOUR CHANCES FOR SUCCESSFUL PREGNANCY!

Order 8 or 12 oocytes and get

+ 2 OOCYTES FOR FREE OR +1 SPERM STRAW FOR FREE\*

\* Straw motility 5, 10, 20+  
\* Discount offer is valid from 14.02.2019 till 01.05.2019

The advertisement features a pink background with white and teal text. It includes images of pregnancy test strips: one showing two red lines (pregnant) and another showing one red line (not pregnant). A small 'X' icon is in the top right corner.

Fuente: Firts egg bank (145).

---

<sup>52</sup> Muchas clínicas que operan en España, ofrecen este servicio, tanto formalmente (aparece en su propaganda) como materialmente (si se lo preguntas, te reenvían al lugar o clínica adecuado).

A partir de esta posibilidad de importar los gametos, solo se garantizan las condiciones referentes al estado de salud psicofísica y médica si los centros son los que están utilizando estas muestras de donantes procedentes de otros países. Esto queda garantizado en la ley 14/2006 (115), en el artículo 5.6, donantes y contratos de donación:

“[...] Estas mismas condiciones serán aplicables a las muestras de donantes procedentes de otros países; en este caso, los responsables del centro remitidor correspondiente deberán acreditar el cumplimiento de todas aquellas condiciones y pruebas cuya determinación no se pueda practicar en las muestras enviadas a su recepción. En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas.”

En cualquier otro caso, por ejemplo, si se adquiere una muestra de espermatozoides a través de una compra online para auto inseminarse, no se puede garantizar el estado de la persona donante a través de la legislación española. Ravelingien, Provoost y Pennings (148) advierten que a pesar de parecer un sistema que promueve la autonomía y el control, y que además tiene un coste muy inferior al mismo servicio en un centro, no se está realizando ningún *screening* genético (ni a la persona donante ni a la receptora), y en algunos casos no está claro el estudio médico ni la evaluación psicológica de estas personas que se ofrecen como donantes. Incluso exponen las decepciones, expectativas poco claras o cambiantes y los posibles conflictos legales a los que se puede llegar contactando con una persona a través de una página web para conocerla en persona y que se convierta en donante de espermatozoides. Además, advierten sobre el riesgo de reforzar las normas heterosexistas y genéticas para formar una familia.<sup>53</sup>









Un ejemplo de catálogo en una página web es el que se muestra a continuación (ver Figura 8), donde puedes buscar a tu donante rápidamente con unos filtros por: programa identificativo o anónimo, cuándo estará disponible la muestra, peso, altura, etc. En todos los casos, además, te muestran una imagen y cuando accedes a su perfil puedes ver su nivel académico, de qué trabaja, sus aficiones, etc.

---

<sup>53</sup> Otra práctica que conlleva los mismos conflictos son las páginas webs que se utilizan como *co-parenting*, es decir, buscar a otra persona para formar una familia y con la que compartir paternidad/maternidad (311).

Figura 8: Catálogo de donantes de ovocitos en una página web

GALLERY OF VITRIFIED OOCYTES

 <p>LS0686-H</p>	<p>Blood Type Weight Height Natural Hair Colour Natural Eye Color Body build Children Compliant for Availability Status Oocytes</p>	<p>A(III) Rh+ 76 178 brown blue medium 3 Canada, UK available immediately 12</p>	 <p>NI1285-K</p>	<p>Blood Type Weight Height Natural Hair Colour Natural Eye Color Body build Children Compliant for Availability Status Oocytes</p>	<p>A(III) Rh+ 46 161 dark brown brown small 1 UK available immediately 6</p>	<div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 5px; text-align: center;"><b>SEARCH CRITERIA</b></div> <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;"><b>SEARCH BY DONOR ID</b></div> <div style="border: 1px solid #e91e63; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Donor ID</div> <p><b>AVAILABLE FOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> anonymous program</p> <p><input type="checkbox"/> identifiable program</p> <p><b>BLOOD TYPE</b></p> <p><input type="checkbox"/> AB(V) Rh+</p> <p><input type="checkbox"/> A(II) Rh+</p> <p><input type="checkbox"/> O(I) Rh-</p> <p><input type="checkbox"/> B(II) Rh-</p> <p><input type="checkbox"/> O(II) Rh+</p> <p><input type="checkbox"/> A(II) Rh-</p> <p><input type="checkbox"/> B(II) Rh+</p> <p><input type="checkbox"/> AB(V) Rh-</p> <p><b>WEIGHT</b></p> <p>From 44 to 78</p> <p><input style="width: 100%;" type="range" value="44"/></p> <p><b>HEIGHT</b></p> <p>From 150 to 180</p> <p><input style="width: 100%;" type="range" value="150"/></p> <p><b>NATURAL HAIR COLOUR FILTER</b></p> <p><input type="checkbox"/> black</p> <p><input type="checkbox"/> blond</p> <p><input type="checkbox"/> brown</p> <p><input type="checkbox"/> red</p> <p><b>HAIR TYPE</b></p> <p><input type="checkbox"/> straight</p> <p><input type="checkbox"/> curly</p> <p><b>RACE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Asian</p> <p><input type="checkbox"/> European</p> <p><input type="checkbox"/> Latin</p> <p><input type="checkbox"/> African</p> <p><b>NATURAL EYE COLOR FILTER</b></p> <p><input type="checkbox"/> black</p> <p><input type="checkbox"/> brown</p> <p><input type="checkbox"/> grey</p> <p><input type="checkbox"/> blue</p> <p><input type="checkbox"/> green</p> <p><input type="checkbox"/> hazel</p> <p><b>BMI</b></p> <p>From 15 to 28</p> <p><input style="width: 100%;" type="range" value="15"/></p> <p><b>COMPLIANT FOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> Canada</p> <p><input type="checkbox"/> UK</p> <p><b>AVAILABILITY STATUS</b></p> <p><input type="checkbox"/> available upon request</p> <p><input type="checkbox"/> available immediately</p> <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 5px;"><b>TOTAL DONORS</b> 192</div>
 <p>KM0891-D</p>	<p>Blood Type Weight Height Natural Hair Colour Natural Eye Color Body build Children Compliant for Availability Status Oocytes</p>	<p>A(III) Rh+ 54 163 dark blond brown small 1 Canada 14</p>	 <p>HL0987</p>	<p>Blood Type Weight Height Natural Hair Colour Natural Eye Color Body build Children Compliant for Availability Status Oocytes</p>	<p>B(III) Rh- 47 152 brown brown medium 1 Canada, UK available immediately 10</p>	
 <p>KO0386</p>	<p>Blood Type Weight Height Natural Hair Colour Natural Eye Color Body build Children Compliant for Availability Status Oocytes</p>	<p>O(II) Rh+ 55 152 dark brown brown medium 2 Canada, UK available immediately 9</p>	 <p>LO0289</p>	<p>Blood Type Weight Height Natural Hair Colour Natural Eye Color Body build Children Compliant for Availability Status Oocytes</p>	<p>A(III) Rh+ 65 165 blond blue medium 1 Canada, UK 8</p>	
	<p>Blood Type Weight Height Natural Hair Colour</p>	<p>AB(V) Rh- 70 170 dark blond</p>		<p>Blood Type Weight Height</p>	<p>O(II) Rh- 49 155</p>	

Fuente: First Egg Bank (145).

### 2.2.3 Qué, cuándo y por qué informar a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción

La RHA ha creado nuevas formas de paternidad y maternidad a nivel social donde puede que uno o los dos progenitores no tengan vinculación genética con sus descendientes (149,150). Pero estos nuevos modelos y diferentes tipos de familia no implican problemas relacionados con el desarrollo psicológico de los/as niños/as. Sí que se han encontrado niveles más altos de involucración de paternidad y maternidad por parte de las familias que han utilizado RHA que en las familias de concepción natural (121,122,151,152). Pero, sigue el dilema de si es importante informar a la descendencia de la naturaleza de su concepción y si es así, por qué, cuándo, qué y cómo hacerlo. Incluso, el interés que puede tener la descendencia por conocer la identidad de sus donantes, personas con una “paternidad/maternidad” genética involuntaria. La legislación actual de todo el mundo y la percepción pública exige a las personas donantes de cualquier componente de obligación económica, pero existen dudas sobre el derecho o necesidad de las personas concebidas a conocer sus orígenes. En algunos casos, se podría considerar esto como una obligación inalienable (153).

Pero, antes de saber si se informa o no a la descendencia, es importante cómo se trata la infertilidad. El 27 – 36,1 % de las parejas que recurren a ovodonación no se lo explican a nadie; el 16 % lo quieren mantener en secreto, pero se lo explican a uno o dos familiares o personas allegadas; y el 15,3 – 63 % se lo explican a sus familiares y personas allegadas. A pesar de esto, el 10 – 32,6 % tratan la infertilidad sin ningún tipo de secretismo. Los valores de aquellas personas que recurren a la donación de espermatozoides son similares: el 18 % de las mujeres y el 49 % los que no se lo explican a nadie; un porcentaje parecido entre sexos, alrededor el 15 % se lo explican a la familia; el 41 % de las mujeres y el 30 % de los hombres se lo explican a los amigos y familia; y tan solo el 6 %, independientemente del sexo, no se lo explican a nadie (154). Estos valores varían si las personas recurren solo a RHA sin necesitar ovodonación: el 11 % no lo explica, el 45 % lo explica a familiares o personas allegadas y el 45 % lo trata de manera abierta (116,142).<sup>54</sup>

Los motivos principales por los que se mantiene la infertilidad como un secreto es por el miedo a que: no se entienda socialmente (55,1 %); porque la fertilidad es un tema privado (31,5 %); para evitar problemas de identidad como madre (10,1 %); por el bienestar de los descendientes y evitarle así que se sienta diferente a los demás (15,7 %); por motivos culturales o religiosos (15,7 %); o bien, porque aún no han decidido si

---

<sup>54</sup> Este secretismo y tabú (392), sobre todo en las personas receptoras de donación de ovocitos, puede ser debido a la presión que sienten los individuos por ser padres/madres y no solo eso, sino por serlo a nivel genético. Aparte, también ejercen fuerza a mantenerlo en el núcleo más íntimo: la presión social, las expectativas y opiniones de familiares y amigos, y el rol tradicional de la maternidad sobre la mujer (393). La infertilidad es una realidad difícil para las personas que quieren tener hijos/as y puede implicar importantes desafíos físicos, psicológicos, sociales, legales, económicos y éticos (132,394).

informarán a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción (9 %). Por otro lado, las motivaciones de hablar abiertamente sobre su infertilidad son: que no existe ninguna razón para mantenerlo en secreto, no es motivo de vergüenza (57,9 %); para poder recibir apoyo de los familiares y allegados (29,8 %); porque el problema de fertilidad o condición hereditaria es conocida por los familiares y amigos (28,1 %); para buscar a la persona donante (5,3 %); y por último, por unas diferencias de etnia visibles entre la donante y la receptora (3,5 %) (116).

Por tanto, el hecho de mantener la infertilidad en secreto es una barrera a que estos receptores informen a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción. En el caso específico de la donación de gametos, parece más relevante que sí se informe, ya que puede tener otro tipo de implicaciones médicas porque uno o ambos de sus progenitores no tiene vinculación genética con su hijo/a que ha nacido mediante la donación de ovocitos y/o espermatozoides. Este tema ha generado un gran debate los últimos años entre la comunidad científica de RHA, con la creciente opinión de que sí se debería informar (102,155). Incluso se ha demostrado que, a pesar de que se pueda pensar que informar a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción sin poder proporcionar información de la persona donante podría perjudicarles, no es así, no conlleva efectos negativos sobre su bienestar a nivel psicosocial, ni entre la familia (156).

Los motivos por los que es importante informar a la descendencia emergen principalmente en que entienda su identidad en base a sus orígenes biológicos y de esta manera no se esté vulnerando su autonomía (157). El hecho de que sus padres/madres le informen sobre la naturaleza de su concepción implica que existe una comunicación honesta con sus hijos/as, lo que creará una mayor vinculación familiar y evitará posibles conflictos si algún familiar o allegado conoce la naturaleza de su concepción (158).

En el Reino Unido en 2005 y en los Países Bajos en 2004, por ejemplo, hubo un cambio de legislación de anonimato a posible identificación de la persona donante cuando la persona nacida por donación tiene dieciocho y dieciséis años, respectivamente. En contra de esta modificación de la ley estaban aquellos que creían que la donación se trataría con mucho más secretismo, si la persona concebida no sabe la naturaleza de su concepción, ¿cómo va a querer identificar a la persona donante? A pesar de estas primeras cuestiones, un estudio (159), unos años más tarde de la modificación de la ley, indica que el 75 % de los profesionales han notado un cambio en las intenciones de los progenitores hacia la postura de querer informar a la descendencia de la naturaleza de su concepción (160).

Curiosamente, (ver Tabla 6) los países que (con los datos de 1998 del Consejo de Europa) respetan el principio de intimidad sobre la identidad de las personas donantes son la mayoría (19/30). Aunque actualmente estos datos han variado, ofrecen una imagen un tanto representativa. Por tanto, también son pocos los que permiten a las personas concebidas conocer información de su concepción (9/30) y la identidad de las personas donantes (4/30). En cambio, los que permiten acceder a datos de las personas

donantes en caso de riesgo de enfermedad hereditaria son algunos más (12/30), aunque la gran mayoría no lo tienen regulado o bien no lo especifican (13/30).<sup>55</sup>

**Tabla 6:** Enfoques internacionales de la donación de gametos

País	Se respeta la intimidad de las personas donantes	Las personas concebidas pueden conocer la naturaleza de su concepción	Las personas concebidas pueden conocer la identidad de sus donantes	Se puede acceder a datos médicos en caso de riesgo de enfermedad hereditaria
<b>Austria</b>	No	Sí	Sí	Sí
<b>Bélgica</b>	Sí	No	No	Nr
<b>Bulgaria</b>	Ns	Ns	Ns	Ns
<b>República Checa</b>	Sí	No	No	Sí
<b>Dinamarca</b>	Sí	No	No	No
<b>Estonia</b>	Sí	No	No	Sí
<b>Finlandia</b>	Sí	No	No	Ns
<b>Francia</b>	Sí	No	No	No
<b>Alemania</b>	Nr	Nr	Nr	Nr
<b>Grecia</b>	Sí	Nr	Nr	Nr
<b>Islandia</b>	Sí/No	Sí/No	Sí/No	No
<b>Irlanda</b>	Ns	Ns	Ns	Ns
<b>Letonia</b>	Sí	Nr	Nr	Sí
<b>Liechtenstein</b>	Nr	Nr	Nr	Nr
<b>Lituania</b>	Sí	Nr	Nr	Sí
<b>Luxemburgo</b>	Nr	Nr	Nr	Nr
<b>Países Bajos</b>	Sí	Sí	No	Sí
<b>Noruega</b>	Sí	No	No	No
<b>Portugal</b>	Nr	Nr	Nr	Nr
<b>Eslovaquia</b>	Sí	Sí	No	Sí

<sup>55</sup> La fuente es de 1998, con lo que puede haber algunas referencias desactualizadas que no correspondan con la legislación actual.

<b>Eslovenia</b>	Sí	Sí	No	Sí
<b>España</b>	Sí	Sí	No	Sí
<b>Suecia</b>	No	Sí	Sí	Sí
<b>Suiza</b>	No	Ns	Ns	Sí
<b>Turquía</b>	Ns	Nr	Nr	Ns
<b>Reino Unido</b>	Sí	Sí	No	No
<b>Australia</b>	Sí/No	Sí	Sí	Ns
<b>Canadá</b>	Sí	Ns	Ns	Sí
<b>Nueva Zelanda</b>	Nr	Ns	Ns	Nr
<b>Estados Unidos</b>	Sí/No	Ns	Ns	Ns

Fuente: Frith (161); con los datos del Consejo de Europa de 1998.

Nr: no está regulado; Ns: no está especificado.

Hay que destacar el caso de España, que cuando supone un peligro para la salud de las personas concebidas, sí que deben revelar datos sobre la identidad de las personas donantes, pero sin que se puedan llegar a conocer. Se puede leer en el artículo 5.5, donantes y contratos de donación, de la ley 14/2006 (115):

“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.”

A pesar de la postura y preferencias de los receptores de gametos, el comité de ética de la ASRM (158,162) y el *Nuffield Council on Biethics* (163), recomiendan que los centros animen a estos a informar a su descendencia de la naturaleza de su concepción. Pero no solo esto, sino permitir a estas personas acceder a información no identificable (si se trata de anonimato) de la persona donante si así lo solicita; incluso, si la donación es con donante identificable, se debería proporcionar dicha información a la persona nacida por donación. A pesar de estas recomendaciones, la intención de los receptores respecto a si informar o no a la descendencia, cambia si se ha recurrido a ovodonación o no. En general y según un estudio (137), el 96 % de las personas receptoras están de acuerdo con que “la persona concebida debería ser informada sobre la naturaleza de su concepción”, mientras que una minoría tienen una opinión neutra o están en desacuerdo. De la misma manera y como consecuencia de lo anterior, la gran mayoría creen que la persona concebida “tiene el derecho de recibir información de su donante”, y una minoría se mantienen neutrales o están en contra (142,164). Además, la mayoría



de las personas que recurren a RHA, querrían saber si ellos mismos han nacido mediante gametos donados. Por otro lado, el 37 % de las receptoras de ovocitos, no querrían saber si ellas mismas han nacido mediante gametos de donante (142).

Aunque, se está viendo un cambio, ya que los resultados publicados en 1995 presentaban un mayor secretismo de aquellas personas que habían recurrido a donación de gametos, siendo el 80 % las que no querían informar de la naturaleza de su concepción a la descendencia, el 16 % no lo tenían claro y tan solo el 4 % tenían la intención de informar (165). Esta misma intención, en función del tipo de donación de gametos (132), favorecen mayoritariamente a explicarlo, siendo el 46 % de las personas que han recurrido a donación de espermatozoides y el 56 % para donación de ovocitos; los porcentajes de que no están seguras, o bien, que no tienen planeado explicarlo son del 24 – 30 % respectivamente para donación de espermatozoides y 30 – 22 % para donación de ovocitos.

Curiosamente, también hay diferencias en si la donación es de espermatozoides o de ovocitos y la edad que tiene la descendencia. Es más difícil para los padres que han recurrido a la donación de espermatozoides, comparado con la donación de ovocitos. Con esta última, parece que existe un mayor vínculo por ambas partes, la madre como gestante y el padre con vinculación genética. La no divulgación de los padres que utilizan espermatozoides de donante se asocia con un mayor nivel de estrés psicológico cuando la descendencia tiene 2, 7 y 10 años. Para las madres, se encuentra un mayor ajuste psicológico cuando planean contarte a su descendencia la naturaleza de su concepción cuando este tiene 1 y 7 años, comparado con las que no lo hicieron. En cambio, cuando tienen dos años, las familias con mayor bienestar psicológico son aquellas que no quieren informar a la descendencia; de la misma manera, cuando la descendencia tiene siete años, los padres con mayor bienestar son aquellos que no informarán (166).

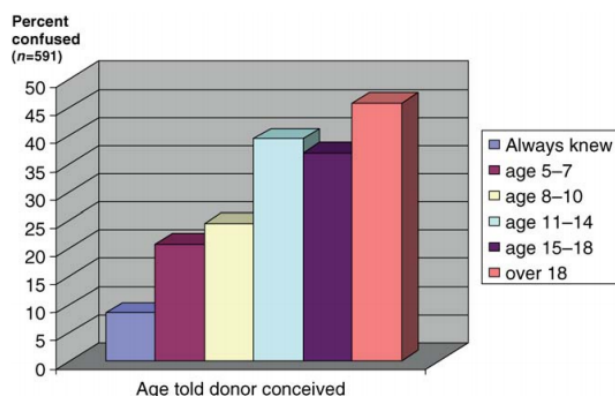
Si se recurre a donante de ovocitos: el 29 – 43,1 % de las parejas no lo harán y el 13,2 – 33 % no están seguros; en cambio, si no se recurre a ovocitos de donante, el 38 – 43.8 % de las receptoras sí informarán a la descendencia (116,142). Para aquellos que sí quieren informar, muchas veces, el problema radica en que no saben cómo hacerlo y no están seguros de cuáles van a ser las consecuencias de esta información para sus hijos/as. Las principales motivaciones para mantenerlo en secreto son: para el bienestar del/a hijo/a (68,2 %); para no condicionar la relación entre padres/madres-hijos/as (46,2 %); para proteger a la persona donante y a su familia (21,5 %); por motivos religiosos o culturales (18,5 %); por el deseo de olvidar el tratamiento (12,5 %); u otras razones como: proteger al hijo/a y a la familia; porque no lo necesita o por no saber cómo hacerlo. Estos motivos pueden tener cierta explicación en base a cómo ven las personas receptoras la relación de sus hijos/as con las personas donantes: el 31 % consideran que no hay relación; el 21 % creen que solo hay una relación genética; el 11 % creen que es como un adulto más; el 12 % consideran que es como un/a tío/a; el 6 % lo ven como un/a amigo/a; el 6 % como una relación especial; y el 4 % como un padre

(167). Por el contrario, las razones por las que se decide informar a la descendencia son: para evitar que lo conozca de manera accidental (54 – 71 %); para no tener secretos familiares (60,3 %); porque es su derecho saberlo (33 – 57 %); ser abiertos y honestos (48 – 58,7%); porque su entorno social conoce la realidad (44,1 %); es importante para sus hijos/hijas saberlo (28 %); quieren introducir la información de manera gradual (20 %); para que forme parte de su vida de una manera natural (19 %); por el derecho a conocer sus orígenes (19,7 %); por motivos de posibles riesgos hereditarios (9,1 %); porque la descendencia sabe que es especial (7 %); porque desde la clínica se les aconsejó hacerlo pronto (6 %); porque se sienten seguros (6 %); por una diferencia de etnia (3 %); por un segundo embarazo (2 %); o simplemente, porque no hay razón para no decirlo (154,168–170).

Pero, no es solo importante informar, sino cuándo y cómo informar. Respecto a cuándo es el mejor momento según las personas receptoras de gametos, el 33 % lo escogerán en función de cómo se sienten, el 24 % lo quieren hacer de manera gradual para que sus hijos/hijas crezcan conociendo la naturaleza de su concepción y el 22 % lo harán cuando crean que sus hijos/hijas estén preparados para entender la información (168).(171)

Por otro lado, Golombok y Jadva son autoras de varios artículos (124,166,172–177) en los que investigan la relación familiar y el impacto de informar cuando la descendencia tiene entre el primer año y la mayoría de edad a los 18. Una de las conclusiones más repetidas de sus estudios es que a pesar de que muchas personas tienen intención de informar a su descendencia, finalmente no lo hacen (un ejemplo: el 5 % les había informado cuando tenían tres años, y a los siete, solo el 29 % se lo había explicado). El hecho de explicar a la descendencia la naturaleza de su concepción tiene ciertas ventajas ya que cuando se es pequeño/a, se procesa más cognitivamente la información, de manera objetiva y menos emocional, esto hace que se les pueda introducir con la ayuda de una historia y esta crezca con ellos/as (168). En cambio, el impacto de la divulgación cuando se es más mayor, puede llegar a ser perjudicial, están confusos (ver Gráfico 24), se experimentan sentimientos negativos, indignación por haber sido engañados o frustración por no tener acceso a la información médica, incluso se puede llegar a pensar que su vida es una mentira y producirle un choque (168,178–180). A pesar de esto, y como ya se ha dicho, un estudio (181) llevado a cabo con 29 adolescentes, demuestra que se sienten cómodos sobre cómo fueron informados, antes de los diez años, lo que puede explicar su respuesta positiva. Además, tenían personas donantes con identidad conocida, lo que podía aliviar sus sentimientos de ira y frustración.

**Gráfico 24:** Sentimientos de confusión en función de la edad en la que se ha producido la divulgación sobre la naturaleza de su concepción

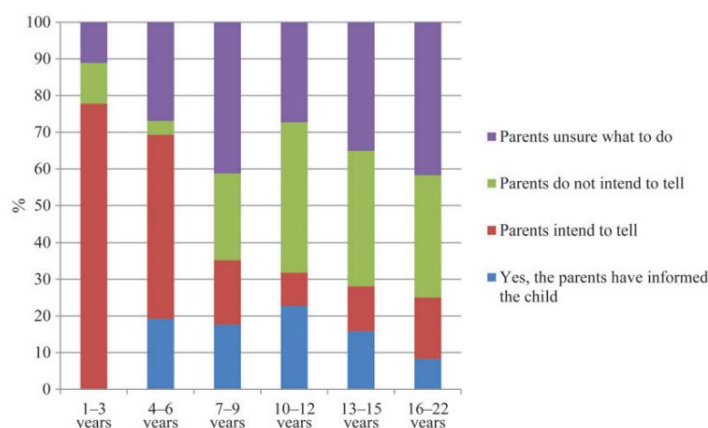


Fuente: Beeson, Jennings y Kramer (182).

Se ha demostrado que, aunque exista la intención de informar a la descendencia, 111 familias (en España, Italia, Países Bajos y Reino Unido) cuando sus hijos/as tenían 4 – 8 años aún no les habían hablado de la naturaleza de su concepción. Además, este secretismo se mantuvo cuando estos tenían 12 años. Tan solo el 8,6 % habían procedido a la divulgación (102,155,183). Sobre las personas que recurren a donación de gametos para concebir, se ha visto que, la mayoría (78 %), tienen intención de informar a la descendencia durante su crecimiento, considerando como mejor edad entre los dos y seis años, pero el 33 % no sabían cómo hacerlo (184).

Entonces, cuando más se retrasa la divulgación de la naturaleza de su concepción en el tiempo (ver Gráfico 25), menos probabilidades existen de que se informe (102). Por ejemplo, las intenciones de los padres/madres de informar a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción cuando estos/as tienen entre 1 – 3 años es del 83 %, en cambio, a sus 13 – 14 años, el porcentaje es del 44 % (185).

**Gráfico 25:** Porcentaje de padres/madres, según sus intenciones de informar a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción, en función de diferentes intervalos de edad de la descendencia

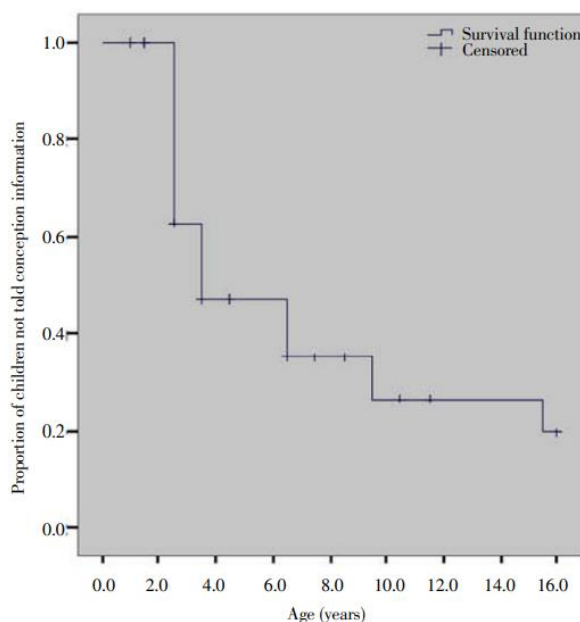


Fuente: Sälevaara, Suikkari y Söderström-Anttila (154).

Leyenda: han informado a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción (azul), tienen intención de hacerlo (rojo), no tienen intención de hacerlo (verde), o bien, no saben qué hacer (morado).

Contrario a lo que se ha ido diciendo, aparecen los resultados de Stephenson (186), en los que es a partir de los cuatro años cuando se produce una mayor disminución de la proporción de la descendencia que no ha sido informada de la naturaleza de su concepción, seguida de una bajada más estable hasta los dieciséis años (ver Gráfico 26). Siendo a los quince años, menos del 20 % de las personas concebidas por donación, las que no han sido informadas.

**Gráfico 26:** Proporción de personas que no han sido informadas de la naturaleza de su concepción en función de su edad



Fuente: Stephenson et al. (186).

Respecto el cómo, existen varios recursos utilizados por las parejas como: explicar que quieres un bebé pero no puedes tenerlo (41 % de los casos); necesitan espermatozoides o una semilla de otro hombre para tener un bebé (41 %); leyendo un libro que les ha ofrecido la clínica (33 %); con elementos médicos (33 %); explicando que es un bebé especial (26 %); que están muy felices de tener un bebé (17 %); explicando el viaje en caso de CBRC (11 %); y ofreciendo información biológica y social de las personas donantes (7 %) (168,187).

Puede parecer que sin anonimato se acabaría este debate, pero el hecho de que los progenitores informen a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción porque la donación es identificativa y sin un asesoramiento profesional previo puede dar lugar a una divulgación motivada por la ansiedad, basada en información errónea y puede llegar a fomentar unas expectativas poco realistas. (188) Además, en el Reino Unido, donde cambió la ley de anonimato a identificación (cuando la persona concebida asume la mayoría de edad) en 2005, no hay evidencia de que haya aumentado el número de progenitores que informan a su descendencia sobre la naturaleza de su concepción. En cambio, ahora existe el miedo de que las pruebas genéticas, cada vez más al alcance de la población cambien la decisión de estos receptores sobre la divulgación (157). En

EE.UU. existen bases de datos de genealogía genética y parece evidente que también se implementarán en Europa y Australia. De esta manera, puede pasar que en unos años sea imposible garantizar el anonimato de las personas donantes. Parece evidente que es necesario trasladar a la sociedad el alcance que la tecnología puede tener y cómo se promoverán los mejores intereses de las personas concebidas y los derechos de las personas donantes. Esto puede llevar a que las clínicas de RHA, y la sociedad en general, cambien su percepción sobre la aceptabilidad de la no divulgación (189).

También puede ser todo lo contrario. Lo que sí está demostrado es la importancia de informar a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción, pero no que la persona donante tenga que ser identificativa. El mayor argumento para el no anonimato son las consideraciones médicas. Pero estos mismos avances tecnológicos pueden conseguir aportar más información genética y médica a la persona concebida por donación de gametos que la propia persona donante (153).

Respecto a informar a la descendencia, el 43 % de los progenitores están interesados en saber cuándo lo han hecho los demás y el 28 % querrían hablar con otra persona antes de hacerlo; aproximadamente el 46 % de las parejas se sienten incómodas y creen que no tienen suficiente ayuda (168). Para evitar esto, se recomienda que en los centros exista una figura de consejero para aquellos receptores de gametos, ya que a veces experimentan la pérdida del vínculo genético como una pérdida más (normalmente son personas que tienen una larga historia de pérdidas y tratamientos fallidos). Pero también dirigido a facilitar la divulgación de la naturaleza de la concepción de sus descendientes, orientados a proporcionar información realista, a compartir experiencias de otros receptores y a disminuir el miedo a lo desconocido (171).

De cualquier manera, es importante que los centros formen a todo el personal implicado en un proceso de donación de gametos y que se informe a las personas receptoras sobre el impacto y las implicaciones que tiene la divulgación de la naturaleza de la concepción de sus hijos/as (190,191). Incluso, que se lleven a cabo citas rutinarias después del parto y en diferentes momentos posteriores para ofrecer apoyo y estrategias sobre cómo informar (185,187). Aunque para Sabatello (192), en un análisis sobre las implicaciones éticas, legales y sociales de la donación de gametos, resalta la necesidad de generar más investigación en este campo, sobre todo incidiendo en las diferentes estructuras familiares y diversidad religiosa y cultural que existe. Incluida la necesidad de generar debates: sobre las personas concebidas mediante donación que no conocen la naturaleza de su concepción; las preguntas sobre divulgación de información genética a los donantes y a las personas concebidas; la responsabilidad que tienen los centros; ya que esto genera demasiados intereses, preocupaciones y deberes para ser ignorado.

### 2.3 Proceso de donación de gametos

Cualquier proceso de donación de gametos para la RHA debería tener unas bases legales y éticas que repercuten en los deberes y derechos de la persona. Estos intereses, obligaciones y derechos quedan recogidos en dos publicaciones (146,193), la última (2019) es una actualización de la anterior, por el comité de ética de la ASRM y se exponen de manera resumida a continuación.

Los centros tienen el deber de informar sobre las repercusiones legales, médicas y emocionales que implica la donación, además de explicar todo el proceso, incluido que se realizará un análisis de enfermedades infecciosas, así como enfermedades consideradas como factor de riesgo o *screening* genético, que estos resultados se les explicarán, y si fuese necesario, se les ofrecerá asesoramiento o atención médica. En España, el artículo 3.3, *condiciones personales de la aplicación de las técnicas*, de la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (115) expone la necesidad y obligatoriedad de proporcionar toda la información a las personas donantes de una manera comprensible para estas:

“La información y el asesoramiento sobre estas técnicas, que deberá realizarse tanto a quienes deseen recurrir a ellas como a quienes, en su caso, vayan a actuar como donantes, se extenderá a los aspectos biológicos, jurídicos y éticos de aquéllas, y deberá precisar igualmente la información relativa a las condiciones económicas del tratamiento. Incumbirá la obligación de que se proporcione dicha información en las condiciones adecuadas que faciliten su comprensión a los responsables de los equipos médicos que lleven a cabo su aplicación en los centros y servicios autorizados para su práctica.”

Y en el artículo 5.4, *donantes y contratos de donación*:

“El contrato se formalizará por escrito entre los donantes y el centro autorizado. Antes de la formalización, los donantes habrán de ser informados de los fines y consecuencias del acto. La información y el consentimiento deberán efectuarse 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.”

Además, esta información también queda recogida en el Real Decreto 412/1996 (147), en el artículo 2.3 del capítulo I, *información a donantes y estudio de donantes de gametos y preembriones*:

“La donación se formalizará mediante contrato escrito, previa información por protocolo de consentimiento informado de los fines y consecuencias del acto, así como de los procedimientos y estudios a los que será sometido el donante.”

Incluso, si la persona donante no es aceptada para iniciar el proceso, el Real Decreto 412/1996 (147), en el artículo 3 del capítulo I expone que es necesario que se le proporcione esta información:

“En el supuesto de que un donante no fuera aceptado como tal, deberá conocer las razones que motivan su exclusión, garantizándose la confidencialidad y privacidad de la información.”

De la misma manera que cuando ya se ha realizado la donación, la persona donante debe saber que ya no tiene a su disposición esos gametos a excepción de que los necesite para ella, tal y como indica la ley 14/2006 en el artículo 5.2, *donantes y contratos de donación* (115):

“La donación sólo será revocable cuando el donante precisase para sí los gametos donados, siempre que en la fecha de la revocación aquéllos estén disponibles. A la revocación procederá la devolución por el donante de los gastos de todo tipo originados al centro receptor.”

En cambio, debe saber que antes de la extracción, puede retirarse en cualquier momento del proceso.

Por otro lado, el centro debe ser consciente de que las personas donantes pueden mostrar interés en conocer el resultado de su donación y estos deben indicar antes de iniciar el proceso qué información se compartirá. A pesar de esto, la ley 14/2006, no lo contempla, solo hace referencia, en su artículo 5.5, *donantes y contratos de donación*, a las necesidades de las personas concebidas y las receptoras (115):

“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.”

Además de indicarle, a la persona donante, que debe mantener informada a la clínica en la que realiza la donación, de cualquier enfermedad genética u otras afecciones que pueden repercutir en la salud de las personas nacidas mediante sus gametos (146,191,193). Este punto no queda contempla a nivel legal en España, solo se tiene en cuenta, en el artículo 4.2 del capítulo I, *información a donantes y estudios de donantes de gametos y preembriones*, del Real Decreto 412/1996 (147), que si alguna de las pruebas que se realizan a las personas donantes resulta ser positiva, “a efectos de exclusión, se informará de esta circunstancia al Registro Nacional, al objeto de velar por la correcta información y garantías sanitarias”.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> A nivel jurídico, no todos los países contemplan la necesidad de que el centro deba estar permanentemente informado por parte de la persona donante de cualquier afectación de su salud que implique (o pueda hacerlo) una repercusión sobre la salud de las personas concebidas. En el estado de Washington se hizo efectivo con su nueva ley en 2011 *Engrossed Second Substitute House Bill 1267 – Uniform Parentage Act. pag 34, sec. 53 (2)(a)*; en Canadá, a pesar de que la jurisprudencia sí que explicita el registro de la información desde 2004, esta medida nunca se ha implementado, en consecuencia, los centros destruyen la información de las personas donantes. En Canadá como consecuencia de la no implementación, Olivia Pratten, concebida mediante gametos de donante, recurrió al tribunal supremo

### 2.3.1 Evaluación, consideraciones médicas y psicológicas

La *Society for Assisted Reproductive Technology* (SART), organización de profesionales dedicados a las técnicas de reproducción asistida en EEUU, redactaron en 2008 una guía (24) para la donación de gametos y embriones, en la que se recogen recomendaciones para la evaluación de los donantes de espermatozoides y las donantes de ovocitos. Además, la ESHRE, ha presentado una *Task Force on Ethics and Law* (194) dedicada al *screening* genético de las personas donantes de gametos.<sup>57</sup>

En España, la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (115), en el artículo 5.6, *donantes y contratos de donación*, expone la necesidad de que exista una evaluación:

“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, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia.”

Pero, además, el Real Decreto 412/1996 (147), en el artículo 3 del capítulo I, *información a donantes y estudio de donantes de gametos y preembriones*, establece que:

“Los donantes serán sometidos a un reconocimiento médico, que se reflejará en una historia clínica, con inclusión de antecedentes personales y familiares, así como un examen físico, que como mínimo deberá contener los datos que en el anexo del presente Real Decreto se relacionan, bajo la responsabilidad directa del Director del centro.”

Estos controles sanitarios quedan recogidos en modo de anexos en el mismo Real Decreto de manera detallada. Además, su artículo 4 (147), determina de manera resumida el mínimo de estudios a realizar:

“Grupo sanguíneo; factor Rh; VDRL o prueba similar para detectar sífilis; screening de hepatitis; test de detección de marcadores de VIH; estudio clínico para la detección de fases clínicas infectivas de

---

(*Suprem Court of British Columbia*) en 2011 porque consideraba que se le estaba discriminando, comparándose con las personas adoptadas, que sí tienen el derecho de conocer sus orígenes genéticos. El tribunal supremo decidió dejar quince meses para redactar una nueva ley que no violase la sección 15.1 del *Canada's Charter of Right and Freedoms* ([http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/charter/CHART\\_E.PDF](http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/charter/CHART_E.PDF)) y garantiza que no se destruyese la información relativa a las personas donantes (129).

<sup>57</sup> Garrido, Bosch, Alamá y Ruiz (395), plantean que los *screenings* genéticos, debido a su bajo coste y la cantidad de información que se obtiene, en unos años va a ser una prueba que se realice a todas las personas que quieren concebir, tanto receptores, personas que acuden a RHA sin donación y personas que buscan una concepción espontánea.



toxoplasmosis, rubeola, herpes virus y citomegalovirus; estudio clínico para la detección de neisseria gonorrhoeae y chlamydia trachomatis.

1. La seronegatividad en las pruebas de marcadores VIH, deberá estar garantizada mediante la realización de dos test con un intervalo de seis meses, siendo imprescindible comprobar la seronegatividad de ambas pruebas para la utilización de los gametos masculinos y preembriones. En las donantes de gametos femeninos, y en base a la actual imposibilidad de criopreservación de los oocitos donados, se considerará suficiente la negatividad de la donante en una única prueba de marcadores VIH.”

Incluso se indica que dichos estudios, excepto la seronegatividad, deberán repetirse en cada donación y especifica que “en el caso de donantes de gametos masculinos dichas pruebas se realizarán cada 6 meses cuando el intervalo entre donaciones sea inferior.” También se excluirán aquellas personas donantes con enfermedades genéticas, hereditarias o congénitas transmisibles.

Todo aquello en relación a la selección y evaluación del donante de gametos, también queda recogido en el Anexo IV del Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, *por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos* (195), en el que se establecen las diferencias que deben existir en función de si la: donación es entre miembros de la pareja para su uso directo; entre miembros de la pareja para su uso diferido; y por último, cuando la donación es fuera de la pareja.

De la guía con recomendaciones de la SART (24) y de los documentos legales citados en este mismo apartado, se establecen las siguientes consideraciones:

Si la donación es entre los miembros de una pareja heterosexual, y el donante es el hombre, se recomienda realizar una evaluación de él: revisando su historia clínica y la prueba para VIH y otras ETs.

Para la mujer receptora de gametos masculinos, se recomienda: revisión de su historia clínica, incluido a nivel reproductivo y psicológico; una revisión general y ginecológica completa; y un screening completo de “preconcepción” (análisis de sangre, factor Rh, anticuerpos, indicadores de rubeola y varicela, citología, prueba de VIH, serología para detectar la sífilis, antígeno de hepatitis B, anticuerpo de hepatitis B, anticuerpo de hepatitis C, anticuerpo de citomegalovirus, virus linfotrópico de células T humanas (HTLV) tipo I y II), ciclos de ovulación, evaluación ginecológica a nivel tuboperitoneal (después de 4 a 6 inseminaciones fallidas); y por último, la obtención del consentimiento informado (para su pareja también en caso de que la tenga).

Por otro lado, si la mujer es receptora de ovocitos, se recomiendan las pruebas anteriores y una evaluación de la cavidad uterina. En este caso, también se realiza una evaluación de la pareja de la receptora de ovocitos: un análisis de sangre completo con

detección de hepatitis B, C, test serológico de sífilis, VIH y HTLV tipo I y II; además de un screening genético de acuerdo con las recomendaciones en función de origen étnico.

Para la selección de donantes de esperma, los requisitos son: la ausencia de anomalías genéticas y la garantía de su buen estado de salud; tener menos de 40 años (su edad está asociada a un aumento progresivo en la prevalencia de aneuploidías en los espermatozoides); una evaluación psicológica; y el donante de esperma no puede ser alguien que trabaja en la clínica.

En cambio, para la selección de donantes de ovocitos, las consideraciones son las siguientes: se elegirá una donante anónima o identificativa de manera pragmática, se respalda el uso de donantes conocidas si la situación clínica es apropiada (debido a la dificultad de reclutar donantes), se realizará una evaluación psicológica; tendrá preferiblemente entre 21 y 34 años (para los menores de 21 años, después de una evaluación psicológica llevada a cabo por un profesional, se decidirá de manera individual si puede ser donante o no; y si es mayor de 34 años se informará en el consentimiento informado a la receptora de la edad de la donante para que valore los riesgos citogenéticos y la tasa de embarazo); de manera opcional, se puede realizar una prueba de fertilidad; una evaluación genética en función de su historia clínica y origen étnico, y si se quiere, se puede hacer un análisis cromosómico y un diagnóstico del síndrome del X frágil; si se comparten ovocitos entre conocidas, se debe obtener el consentimiento informado de ambas partes antes de iniciar el ciclo, y la donante no puede trabajar en la clínica.

Para el screening y evaluación del donante de esperma se recomienda: realizar varios seminogramas (con un intervalo de 2 – 5 días); examinar la muestra antes de 1 – 2 h de la eyaculación; realizar una evaluación genética (para enfermedades hereditarias, la obtención de su origen étnico, y de manera opcional, un análisis cromosómico); conocer su historial clínico (que no tenga enfermedades hereditarias, obtener su historia personal y a nivel reproductivo). Además, si la primera determinación no se hace mediante la amplificación de ácidos nucleicos, se deben mantener las muestras de esperma en cuarentena, al menos 180 días, y tras este periodo, se deben repetir los tests biológicos. Este segundo análisis también se puede evitar si se realiza un proceso validado de inactivación viral. En cambio, para la donante de ovocitos se recoge que: deben estar sanas, no tener ninguna enfermedad hereditaria en el historial familiar y conocer su historial clínico.

Para ambos casos, no se aceptará un/a donante de gametos si: han consumido estupefacientes – sin razones médicas – en los últimos 5 años, si tienen hemofilia u otros desórdenes de coagulación y han recibido factor derivado del plasma en los últimos 5 años; si los últimos 12 meses ha recibido solo una vez derivados del plasma para tratar un episodio de hemorragia aguda, podría ser donantes; si los últimos 12 meses ha mantenido relaciones sexuales con una persona que cumpla alguno de los criterios descritos anteriormente, o sea VIH positivo, tenga hepatitis B o clínicamente activada a nivel sintomatológico la hepatitis C; si ha tenido alguna herida abierta o

membrana mucosa, en los últimos 12 meses, con riesgo de contagio; si tienen contacto con otra persona con hepatitis B o hepatitis C activa clínicamente en los últimos 12 meses; si ha estado en la cárcel más de 72 h consecutivas en los últimos 12 meses; si no se ha tratado correctamente una infección por sífilis, gonorrea o clamidia los últimos 12 meses; si se ha realizado un piercing o tatuaje los últimos 12 meses, si no está claro que se hayan respetado los procedimientos de esterilidad; si se ha vacunado contra la viruela en los últimos 21 días; si tiene un diagnóstico médico o sospecha de estar infectado por el Virus del Nilo Occidental en los últimos 120 días; si está diagnosticado de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, o bien, tiene un riesgo elevado de padecerla o alguno de sus familiares la tienen; diagnosticado por demencia u otra enfermedad neurodegenerativa; si ha estado más de 3 meses en Reino Unido entre los años 1980 y 1996; si ha estado al servicio militar durante más de 6 meses en el norte de Europa entre 1980 y 1990, o por el resto de Europa (Grecia, Turquía, España, Portugal o Italia) más de 6 meses entre 1980 y 1996; si ha estado más de 5 años en Europa entre 1980 hasta la actualidad; si ha recibido una transfusión de sangre o derivados en el Reino Unido o Francia entre 1980 y la actualidad; si ha nacido o su pareja, en países de África después de 1977; si ha recibido una transfusión de sangre o algún tratamiento médico con sangre en algunos países de África después de 1977; si ha recibido xenotrasplantes o ha tenido contacto; si ha recibido un órgano o tejido trasplantado.

Cabe añadir algunas diferencias en este proceso de selección, ya que un donante de espermatozoides se rechazará si ha mantenido relaciones sexuales con otros hombres en los últimos cinco años; y seis meses antes de considerarlo donante activo, es necesario realizarle un examen psicológico. En cambio, una donante de ovocitos se especifica que será rechazada si ha mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, además, seis meses antes de ser considerada una donante en activo, se le realizarán pruebas como: evaluación de evidencia física de riesgo de ETS, sífilis, condiloma perianal y consumo de drogas; detección de tatuajes o piercings recientes; detección de la linfadenopatía diseminada y sarcoma de Kaposi; ictericia, hepatomegalia o icteris inexplicables; inmunización contra la viruela reciente; lesión severa necrótica o cicatrización corneal; el screening y evaluación a nivel de análisis se deben realizar 30 días antes de la donación.

Indica, específicamente, que, si la clínica compra el espermatozoides de donante a un banco externo, debe tener la documentación que indica que cumplen con los requisitos locales y federales.

Por último, y como ya se ha nombrado anteriormente, recomienda que se lleve a cabo una evaluación psicológica de los donantes que incluya: la historia familiar, el proceso educativo, una evaluación de la estabilidad, la motivación de donar, el estrés actual, si tiene una historia reproductiva difícil o traumática, relaciones interpersonales, historia de las relaciones sexuales, viajes, trastornos psiquiátricos o de personalidad, consumo de sustancias ilegales (incluso si son de parientes de primer grado), historia desde un punto de vista jurídico (legal, de abuso o negligencia). Cualquiera de estos

aspectos evaluados puede ser un criterio de exclusión para los donantes de gametos, en tal caso, se les debe informar sobre los motivos.

Durante esta evaluación psicológica, se garantiza que el/la donante ha entendido todo lo que conlleva iniciar el proceso de donación, cómo se utilizará, almacenará y compartirá la información clínica y personal. Además, se prestará especial atención para la detección de evidencia de coacción, tanto emocional como financiera.

Actualmente y a raíz de todos los avances médicos que existen, son varias las ofertas de pruebas para realizar un screening de portadores. Es decir, una prueba para ver de qué enfermedades es portador una persona. Queda demostrado que el uso de *screenings* preconcepción disminuye considerablemente la transmisión de enfermedades severas de transmisión genética recesivas (196). Por este motivo, se está realizando en caso de que se utilicen gametos de donante, de esta manera, se seleccionan a las personas donantes por una serie de factores de riesgo (194). Es muy importante realizar este tipo de pruebas porque se ha demostrado, en un estudio reciente (197), que el 24 % de las personas es portador de, como mínimo una enfermedad genética hereditaria y, en otro estudio (196), se demuestra que cada individuo, es portador de unas tres mutaciones recesivas.

En resumen, a las personas donantes se les solicita información sobre su historia clínica y sus familiares para descartar condiciones hereditarias significativas que son la causa de trastornos Mendelianos, malformaciones de origen complejo, trastornos familiares significativos con un componente genético o un reordenamiento cromosómico que puede dar lugar a gametos desequilibrados. Además, se establece la edad para poder donar, porque no solo deben estar saludables, sino también ser jóvenes, ya que se conoce que la edad materna es un factor de riesgo conocido causante de aneuploidías en ovocitos y la edad paterna, puede dar lugar a un mayor riesgo en trastornos complejos. Un punto de divergencia es cuando se sabe que las personas donantes candidatas son heterocigotas para un trastorno autosómico recesivo a través del cribaje genético que se les realiza; por este motivo, esta es una prueba que hace relativamente pocos años que se está llevando a cabo con las personas donantes y en función del resultado, también con los beneficiarios (194,198).

Pero, los requerimientos de las Directivas de la UE 2004/23/EC, 2006/17/EC y 2006/86/EC referentes al screening de las células reproductivas para donaciones entre parejas, también implica un doble análisis y evaluación de los gametos. Esto, según Wingfield y Cottell (199) no tienen ningún fundamento médico ni evidencia científica. Lo que sí es médica, ética y legalmente aceptable es hacerles una evaluación y análisis, pero dos son excesivas con la limitación de recursos a nivel clínico que existen y la angustia y discriminación que padecen estas parejas.

Aparte de la evaluación, es importante destacar si existen o no problemas médicos después de realizar la donación de ovocitos. Las donantes de ovocitos están asumiendo riesgos para su salud sin un beneficio directo, por lo tanto, es obligación de los centros

presentar la información clara y de una manera precisa sobre los riesgos asociados para que, a través del consentimiento informado, la donante esté plenamente informada para tomar su decisión (200). En EEUU existe una página web (*Donor Sibling Registry website*) que se utiliza como registro para aquellos donantes, niños/as nacidos mediante donación que buscan algún tipo de contacto. Esto facilita a múltiples autores (26,28,141,201) realizar estudios mediante encuesta ya que tienen fácil acceso a este tipo de muestra de estudio.

A nivel médico, las donantes de ovocitos, después de la donación, informan sobre:

- Complicaciones leves: más de un 16 % padecen alteraciones menstruales (26).
- También, se pueden producir reacciones idiosincrásicas a la anestesia u otras complicaciones derivadas como, por ejemplo, la aspiración (21).
- Complicaciones graves: se ha encontrado (26) que el 12 % de las donantes tienen problemas como, por ejemplo: son hospitalizados debido al Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO) y/o necesitan que se les realice una paracentesis (técnica invasiva para eliminar líquido de la cavidad peritoneal). La ASRM, en cambio, informa que el riesgo de SHO, es aproximadamente del 1 o 2 % (21).
- Infertilidad: aproximadamente, un 10 % tiene problemas de infertilidad (26). A pesar de esto, no está relacionado con una menor reserva ovárica. Es decir, las aspiraciones foliculares que se realizan en el proceso de donación de ovocitos no indican una menor reserva ovárica en un futuro (202).
- Cáncer: no queda demostrado que existe una relación directa entre la estimulación ovárica y un mayor riesgo de cáncer de ovarios o mama (21).
- A nivel psicológico: durante el proceso o unos años más tarde, las personas donantes pueden sentir arrepentimiento por haber donado sus gametos. Se debe ofrecer asesoramiento, consejo y orientación adecuados antes del tratamiento, sobre todo, porque a pesar del anonimato, se podría dar el caso, con los avances genéticos que se generan, que las personas concebidas por donación lleguen a contactar con sus donantes en el futuro.

Claramente, existen riesgos leves y graves asociados al proceso de donación, por eso es importante que se siga investigando de manera que se pueda proporcionar a las posibles donantes un perfil de riesgo completo y preciso (200).

Otra de las complicaciones deriva del número de ciclos, la ASRM (21) recomienda que el número máximo de ciclos de donación de ovocitos sea inferior a 6, ya que los problemas y efectos adversos son acumulativos con cada uno de los procedimientos de donación y no hay datos suficientes para garantizar la ausencia de complicaciones a largo plazo si se superan los 6 ciclos (21). A pesar de esto, un estudio realizado a través de las donantes de ovocitos registradas en la SART indica que el 51 % de los programas de donación no tienen un límite de ciclos por donante.

Hasta aquí han ido surgiendo diferentes implicaciones intrínsecas al proceso de donación: tanto a nivel social, médico, ético y legal; pero una manera de abordar algunos

de los complejos problemas de las tres partes implicadas en el proceso sería incluir en una evaluación psicológica (no solo a las personas donantes), así lo recomienda la ASRM en su guía del 2008 (24).

Para las personas receptoras se incluye que deben recibir asesoramiento sobre las implicaciones psicológicas y sobre los posibles sentimientos posteriores. Sin olvidar abordar temas tan sensibles como: los sentimientos durante el embarazo; los aspectos positivos y negativos de la divulgación y no revelación de la naturaleza de su concepción a la descendencia; el impacto de un embarazo múltiple; la crianza a una edad mayor (si corresponde); problemas derivados de la crianza cuando no hay un vínculo biológico y si el donante es conocido; el impacto que tendrá en las relaciones; el proceso de duelo; y posibilidades futuras si no se produce un embarazo o este no llega a término (24). Incluso, este soporte psicológico, se les debería ofrecer a las parejas con problemas de infertilidad ya que afecta a nivel de bienestar emocional (79).

### **2.3.2 Compensación económica**

En EE.UU., es cada uno de los estados los que marcan la cantidad de dinero que recibirá el donante de espermatozoides como “compensación por su tiempo y gastos asociados, y en ningún caso puede ser un incentivo económico que suponga la mayor motivación para donar”. En cambio, para las donantes de ovocitos, “la compensación debe reflejar el tiempo, los inconvenientes, la demanda, los riesgos físicos y emocionales asociados y debe estar a un nivel que minimice la posibilidad de inducción indebida de donantes”. Antes del inicio del ciclo de estimulación con la donante se deberán acordar las obligaciones y responsabilidades económicas en caso de complicaciones, además se puede prorratear el pago a medida que avanza el proceso de donación y este no debe basarse en los resultados clínicos ni en el resultado final de la donación (24).

Por otro lado, en España, en el artículo 5 del capítulo I, información a donantes y estudio de donantes de gametos y preembriones, del Real Decreto 412/1996 (147), también consta la no retribución por la donación:

“Establecido el carácter de la donación de gametos y preembriones como actos voluntarios, altruistas, gratuitos y desinteresados, en ningún caso existirá retribución económica para el donante, ni se exigirá al receptor precio alguno por los gametos o preembriones donados.”

Por otro lado, la ley 14/2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida (115), en el artículo 5.3, *donantes y contratos de donación*, también se hace referencia al carácter altruista de la donación y quién debe garantizar el carácter altruista:

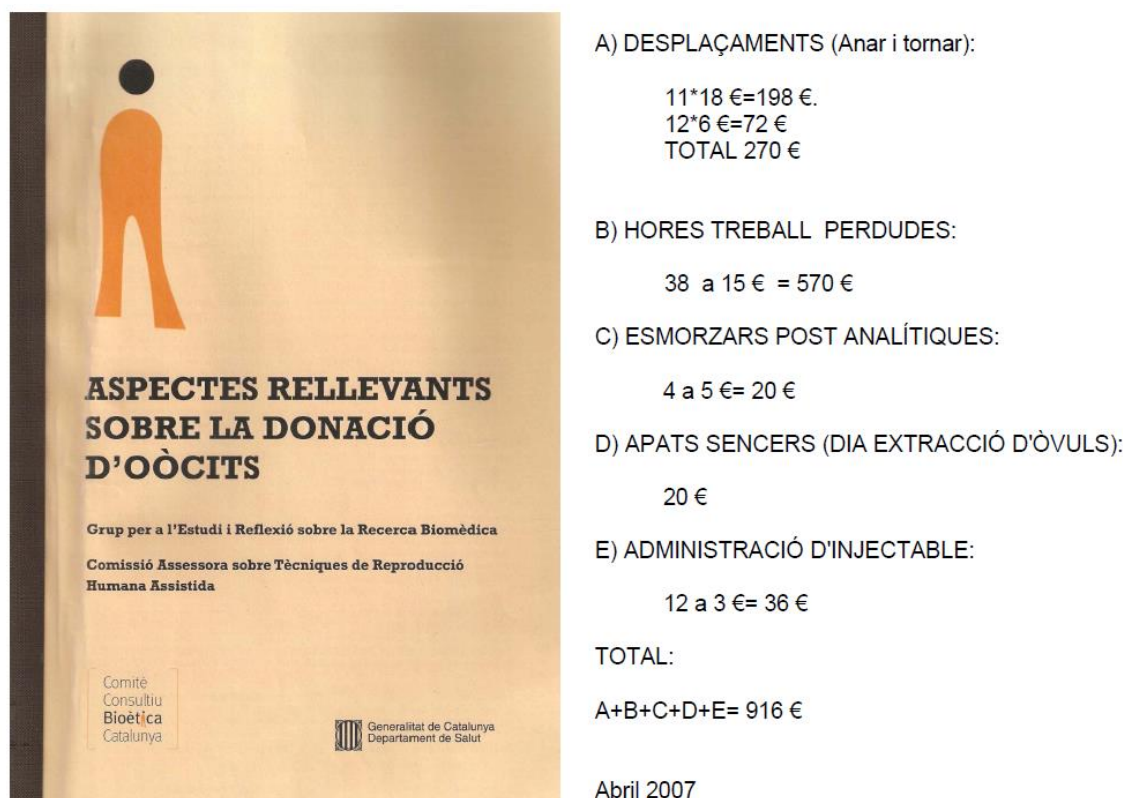
“La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. La compensación económica resarcitoria que se pueda fijar sólo podrá compensar estrictamente las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales que se puedan derivar de la donación y no podrá suponer incentivo económico para ésta.

[...] El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, fijará

periódicamente las condiciones básicas que garanticen el respeto al carácter gratuito de la donación.”

La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida queda regulada en el Real Decreto 42/2010, de 15 de enero (203), donde en su artículo 3.12 se establece que: “Informar con carácter preceptivo en los siguientes supuestos: [...] f) Las cuantías de las compensaciones económicas resarcitorias a los donantes, que garanticen el respeto al carácter gratuito de la donación”. Por tanto, será la comisión quien fije la cuantía que significa compensación. Pero la realidad es que son los centros los que están decidiendo esta cantidad. Solo se ha podido encontrar un documento publicado por la Generalitat de Catalunya y el *Comitè Consultiu de Bioètica a Catalunya* del año 2007 (204), a modo de recomendación, en el que se hace un cálculo sobre la compensación. El documento solo hace referencia a la donación de ovocitos y se considera el valor de 916 € (ver Figura 9).

**Figura 9:** Portada del documento “Aspectos relevantes sobre la donación de ovocitos” y cálculo de la compensación económica que debería recibir las donantes de ovocitos



The image shows the cover of a document on the left and a table of costs on the right. The cover features an orange silhouette of a person and the title 'ASPECTES RELLEVANTS SOBRE LA DONACIÓ D'OÒCITS'. Below the title, it lists the organizing groups: 'Grup per a l'Estudi i Reflexió sobre la Recerca Biomèdica' and 'Comissió Assessora sobre Tècniques de Reproducció Humana Assistida'. Logos for 'Comitè Consultiu Bioètica Catalunya' and 'Generalitat de Catalunya Departament de Salut' are at the bottom.

A) DESPLAÇAMENTS (Anar i tornar):	
	11*18 €=198 €.
	12*6 €=72 €
	TOTAL 270 €
B) HORES TREBALL PERDUDES:	
	38 a 15 € = 570 €
C) ESMORZARS POST ANALÍTIQUES:	
	4 a 5 €= 20 €
D) APATS SENCERS (DIA EXTRACCIÓ D'ÒVULS):	
	20 €
E) ADMINISTRACIÓ D'INJECTABLE:	
	12 a 3 €= 36 €
TOTAL:	
A+B+C+D+E=	916 €
Abril 2007	

Fuente: Generalitat de Catalunya y *Comitè Consultiu de Bioètica a Catalunya* (204).

Los centros de Cataluña actualmente están compensando con hasta 1200 € por la donación de ovocitos y entre 50 – 70 € por la donación de espermatozoides. La HFEA, en Reino Unido, permite donar £15-35 a los donantes de espermatozoides y £750 a las donantes de ovocitos (205,206). Si realmente estos valores fuesen una remuneración económica, se estaría comercializando con células humanas y se convertiría en una transacción comercial, a la vez que pondría en peligro el consentimiento informado. El consentimiento es una expresión de autonomía con dos características clave: debe ser

libre e informado; por este motivo, la retribución estaría poniendo en peligro los dos valores (205,207,208).

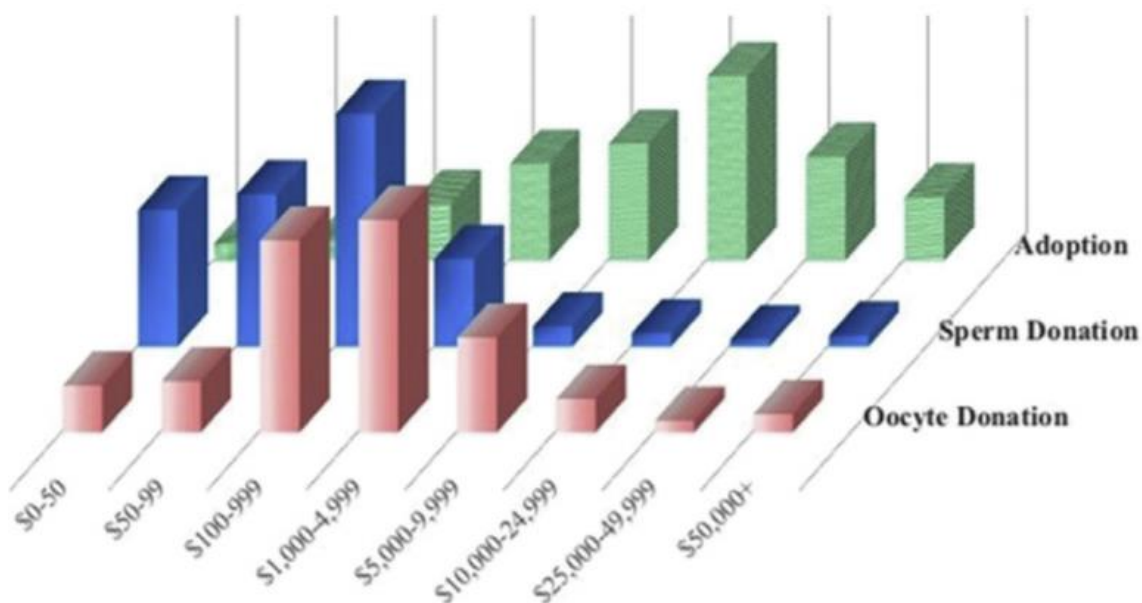
Aunque la gran mayoría de las personas donantes están a favor de la compensación económica, existe un porcentaje (10 % donantes de ovocitos y 17 % donantes de espermatozoides) que está en contra. Las tres razones expresadas por las donantes de ovocitos que están a favor de la compensación son (de mayor a menor importancia): para compensar el riesgo médico; para compensar el tiempo y esfuerzo; y para incentivar a las personas a donar y que las receptoras tengan un mayor acceso a los gametos. En contra: lleva a las personas que quieren donar no decir información médica relevante; motiva a donar por razones no apropiadas; atrae a aquellas mujeres que necesitan dinero y después pueden arrepentirse de la decisión. En cambio, los dos motivos más relevantes por los que los donantes de espermatozoides están a favor son: para incentivar a las personas a donar y que las personas receptoras tengan un mayor acceso a los gametos; por la compensación económica por su tiempo y esfuerzo. En contra: lleva a las personas que quieren donar no decir información médica relevante; y motiva a donar por razones no apropiadas. En este mismo estudio se les pregunta si creen que se debería limitar la compensación, tanto para donación de espermatozoides como de ovocitos y existen porcentajes casi idénticos de aquellos que están a favor de los que están en contra. Solo se observan diferencias estadísticamente significativas para aquellas personas que tienen un allegado que ha recurrido a las TRHA, teniendo una postura más favorable a que se limite la compensación económica en ambos casos. Por otro lado, el límite marcado tiene un intervalo bastante grande (ver Gráfico 27), entre 0 – 999 \$ para los donantes de espermatozoides y entre 100 – 4999 \$ para las donantes de ovocitos (209).<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Restringir la compensación en valores muy bajos se puede traducir en una disminución de las personas donantes y que el acceso a los gametos de donante por parte de las personas receptoras sea más limitado, por tanto, exista una mayor demanda y más tiempo de espera (396).



**Gráfico 27:** Comparativa del coste de la adopción en EE.UU. con la opinión pública de la compensación que debería recibir un donante de espermatozoides y una donante de ovocitos



Fuente: Lee, Farland, Missmer y Ginsburg (209).

### 2.3.3 Motivaciones para donar gametos

En un estudio (113) realizado en 2014 se analizan los puntos de vista y opiniones de las partes haciendo referencia a los estados de opinión sobre el ordenamiento jurídico en España a través de una entrevista a: dos juristas, una antropóloga, un médico, dos donantes de ovocitos, un donante de espermatozoides, dos madres adoptivas, dos padres adoptivos, dos personas adoptadas, y cuatro madres por donación de gametos. A pesar de no exponer cómo se llevó a cabo el estudio (aspectos metodológicos sobre cómo se contactó con los entrevistados, dónde se llevó a cabo, qué se les preguntó, cómo se han analizado las respuestas, etc.), se extraen conclusiones como que la principal motivación para las donantes (mujeres) es el altruismo, en cambio, para los donantes de espermatozoides, la principal motivación es la económica (113,210).

La realidad es que las motivaciones pueden ser múltiples y tienen un carácter muy personal. Desde ayudar a los demás a ser padres/madres, hasta hacerlo por la compensación; y estas dos razones no tienen por qué ser excluyentes entre ellas (146).

Si se les pregunta a las personas donantes cuál es su razón principal, en el caso de donación de espermatozoides, se encuentran igualadas las motivaciones: para ayudar a los demás y por motivos económicos (201,211). En el caso de las donantes de ovocitos, su motivación principal es el factor económico. Pero si a estas mismas personas (tanto hombres como mujeres) se les pide que indiquen todos sus motivos, las razones marcadas por orden de prevalencia (de mayor a menor porcentaje) son: para ayudar a los demás, por motivos económicos, para procrear, para permitir a otras personas disfrutar de la maternidad/paternidad, etc. (201,212).

A pesar de esto, si las donantes de ovocitos conocen a alguna persona con infertilidad, cuando se les pregunta cuál es su motivación, todas ellas expresan que es ayudar a otras mujeres a tener sus propios hijos/as, ninguna de ellas habla de la compensación económica y comentan que, a nivel físico y emocional, realizar la donación les ha resultado más fácil de lo que creían. Siguiendo con este caso en concreto, al 60 % de las donantes les preocupaba tener que proporcionar información no identificativa a las receptoras, ya que esto, de alguna manera, le estaba dando demasiada importancia a su papel como donante y que una descripción sobre ellas mismas, tampoco le proporcionaría a las personas concebidas con sus ovocitos, información precisa sobre cómo son. A pesar de esto, la mayoría estarían dispuestas a ser donantes identificativas cuando la persona concebida sea mayor de edad, 18 años (213).

#### **2.3.4 Implicación de las personas donantes después de la donación**

¿La implicación de las personas donantes debería acabar con la donación? Es una pregunta muy frecuentemente estudiada en los países donde existen los dos tipos de donaciones (anónima e identificativa) o solo existe la donación identificativa.

Si empezamos por el sentimiento de responsabilidad cuando se realiza una donación, la mayoría de los donantes de espermatozoides no lo tienen, pero pasado un tiempo, este sentimiento de no tener ningún tipo de responsabilidad que manifiestan el 68 % de los donantes pasa a convertirse en un 33 %, compensándose con algún tipo o gran sentimiento de responsabilidad. Si bien es cierto que, comparando los donantes anónimos con los identificativos, este porcentaje inicial de no responsabilidad es mayor (70 %) en los anónimos, frente al 59 % de los identificativos; y que, como ya se ha comentado, este disminuye si se les pregunta pasado un tiempo de la donación: el 52 % de los anónimos y el 71 % de los identificativos tienen algún o un gran sentimiento de responsabilidad (28). Las preocupaciones que estos tienen varían en función de si la persona donante es hombre o mujer, siendo, por orden de importancia, para los donantes de espermatozoides: tener hijos/as que nunca conocerá y cierta preocupación por su bienestar; posibles consecuencias legales y financieras, querer tener un contacto y no poder o no saber cómo se sentirán sus propios hijos/as; que el número de personas concebidas sea mayor de lo que le gustaría o ser contactado por estos; que cambien la ley y las personas concebidas le puedan identificar; cómo se puede sentir una futura pareja sentimental; que otras personas estén educando a las personas que han nacido de su donación; sobre cómo se sentirán en un futuro; y, qué pensarán familiares y amigos si lo saben. En cambio, para las donantes de ovocitos, es muy diferente, tienen dos únicas preocupaciones (por orden de importancia): querer contactar con las personas concebidas y no poder (75 %); y, preocuparse por el bienestar de estas personas (25 %) (201).

Un aspecto muy comentado en congresos y jornadas sobre RHA en España es que muchas de las personas donantes (normalmente especifican en donantes de ovocitos) están interesadas en conocer si la donación ha tenido un resultado positivo, es decir, si

la receptora ha conseguido embarazo. Esto queda respaldado por algunos estudios (28,201) que muestran que el 65 % - 68,3 % de los donantes de espermatozoides (para las donantes de ovocitos es aproximadamente del 82 %) les gustaría conocer si la donación ha dado lugar a una concepción (siendo un 59 % donantes anónimos y un 73 % donantes identificativos los que llaman a la clínica para saber cuántas personas han nacido gracias a su donación). En este mismo caso, el 97 % de los donantes anónimos y el 100 % de los donantes identificativos indican que han pensado en la descendencia resultante de esta donación (28). Por otro lado, la mitad de los donantes de espermatozoides y las donantes de ovocitos, consideran que las personas concebidas deberían tener información identificativa sobre ellos y ven la relación con estos: como un vínculo genético (23,8 % donantes de espermatozoides y 45,5 % donantes de ovocitos); como otra persona que conozco (3,2% espermatozoides y 18,2 % ovocitos); como un miembro de la familia lejano (20,6 % espermatozoides y 27,3 % ovocitos); como una relación especial, como un buen amigo (36,5 % espermatozoides y 9,1 % ovocitos); y como un/a hijo/a propio/a (14,3 % espermatozoides) (201).

Pero, cuando se habla de implicación se puede referir a muchos aspectos, ¿hasta dónde deberían estar dispuestas las personas donantes? En la mayoría de los estudios, se habla del contacto y las repercusiones que este puede tener sobre las tres partes implicadas en el proceso.

Alrededor de la existencia de una relación entre la persona donante y la persona concebida se llega más o menos a un consenso de que la mayoría quieren tener este contacto, por ejemplo, entre el 60 – 80 % de los donantes de espermatozoides (ya sean anónimos o identificativos) les gustaría tener como mínimo un contacto con la persona concebida (28).

Una vez creada o dada esta relación, las consecuencias pueden ser varias. El tipo de relación podría ser como (28): un/a hijo/a, un familiar cercano, un familiar lejano, un amigo, un conocido, un extraño, etc. La expresión más utilizada es “resulta difícil de describir” en un 40 % de los donantes de espermatozoides que inicialmente eran anónimos y de un 31 % “como un hijo o hija” para los donantes de espermatozoides de identidad conocida.

Un porcentaje muy bajo (3/57), 5 %, consideran, pasado un tiempo posterior a la donación y al nacimiento de estas personas, que son sus propios hijos/as; uno de los donantes de espermatozoides verbaliza que “*después de tener a mis propias hijas a los 35 años, he empezado a pensar sobre los posibles hijos/as que he concebido con las donaciones. Cuando veo lo mucho que se parece mi hija a mí, pienso que cualquier persona que haya nacido por mis donaciones le gustaría conocerme*” y sobre el 16 % piensan que estas personas son parte de su círculo familiar (28).

La relación que se puede llegar a crear entre la persona donante y la persona concebida mediante la donación puede generar algunas repercusiones en la familia receptora. En el caso de una familia heterosexual en la que se han utilizado

espermatozoides de donante, más del 50 % de los donantes que han tenido contacto con la persona nacida han sentido que el padre se puede ver amenazado (28).

### **2.3.5 Consanguinidad y límite de personas concebidas por donante**

Antes de hacer referencia al concepto de consanguinidad, sería interesante recoger alguna de las impresiones de expertos sobre el uso que se está haciendo de los gametos donados. Por ejemplo, en EE.UU., un donante de espermatozoides puede tener más de 150 “hijos/as” nacidos/as de sus donaciones. Esta noticia apareció en los medios de comunicación en 2011 (214–217) y este mismo año se estrenó la película *Starbuck*, escrita por Martin Petit cuyo argumento principal está inspirado en este donante de espermatozoides real. Se destacó esta realidad porque en EE.UU., existe un registro voluntario, DSR (218), para las tres partes implicadas en un proceso de donación, y a través de este registro (DSR), con un número asignado al donante de espermatozoides, las personas nacidas por donación pueden buscar a sus “hermanos/as” y a sus donantes.

Lo que ha generado este tipo de registro informal son debates sobre el número de personas que pueden ser concebidas de un mismo donante, cómo esto puede afectar a las malformaciones genéticas (derivadas de la consanguinidad), a relaciones afectivas entre hermanos, y al estrés emocional de las tres partes implicadas (27).

Después de esta breve introducción, es importante definir el concepto de “consanguinidad” según la RAE: “parentesco de dos o más individuos que tienen un antepasado común próximo”.

Es a partir de esta definición donde aparece un planteamiento por parte de los expertos en relación con la donación de gametos: la necesidad de limitar el número de nacidos por un mismo donante (o incluso, el número de familias receptoras por donante) incluyendo el tamaño de la población del país, la densidad de la población y sus posibilidades de movilidad (219,220). La realidad es que no todos los países regulan este límite. Por ejemplo, Canadá y Suecia, a diferencia de otros países de la UE como Reino Unido<sup>59</sup>, Francia, Suecia y España, no limitan el número de nacidos por un mismo donante (221).

Janssens, en 2011, publicó un artículo en el que mostraba el límite establecido por cada país y si este margen se refería al número de personas nacidas, o bien, al número de familias receptoras. Añade también (ver Tabla 7) el tipo de donación que existe.

---

<sup>59</sup> En el Reino Unido, después del nacimiento Louise Brown (1978) se creó una comisión (1982) promovida por el gobierno británico, y liderada por Mary Warnock, filósofa reconocida, para abordar todas aquellas cuestiones alrededor de la salud reproductiva. Y fue a partir de aquí cuando Warnock redactó un primer documento (313) en el que limitaba a 10 el número de personas nacidas por donante.

**Tabla 7:** Límite de personas nacidas por donación o familias receptoras de gametos donados por cada persona donante en función del país y del sistema de donación

<b>País</b>	<b>Límite</b>	<b>Contabilizar a partir de: familias receptoras o personas nacidas</b>	<b>Sistema de donación</b>
Hong Kong, China	3	Nacidos	Anónimo
Singapur	3	Nacidos	Anónimo
Sud África	5	Nacidos	Anónimo
España	6	Nacidos	Anónimo
Portugal	8	Nacidos	Anónimo
Francia	10	Nacidos	Anónimo
Grecia	10	Nacidos	Anónimo
India	10*	Nacidos	Anónimo
Rusia	20 <sup>†</sup>	Nacidos	Anónimo
Dinamarca	25	Nacidos	Anónimo
EE.UU.	25* <sup>†</sup>	Nacidos	Anónimo
Canadá	Sin límite	-	Anónimo
Suiza	8	Nacidos	Identificativo
Alemania	15 (10)*	Nacidos	Identificativo
Países Bajos	25	Nacidos	Identificativo
Suecia	Sin límite	-	Identificativo
Taiwán	1	Familias	Anónimo
Eslovenia	2	Familias	Anónimo
Letonia	3	Familias	Anónimo
China	5	Familias	Anónimo
Bélgica	6	Familias	Anónimo
Austria	3	Familias	Identificativo
Finlandia	5	Familias	Identificativo
Nueva Gales del Sud, Australia	5	Familias	Identificativo

Australia Occidental	5	Familias	Identificativo
Noruega	6	Familias (8 nacidos)	Identificativo
Nueva Zelanda	10**	Familias	Identificativo
Reino Unido	10	Familias	Identificativo
Victoria (Australia)	10	Familias	Identificativo

Fuente: Adaptado de (221).

\* Basado en recomendaciones no obligatorias, pero generalmente respetadas.

\*\* En la práctica, los centros establecen un límite inferior.

† Cálculo basado en una población de 800000 individuos.

En este número, en este límite, radica el problema y el dilema. ¿Cuál debería ser el número máximo de personas nacidas por donación? Y, además, ¿se debe limitar este número solo para evitar la probabilidad de que se den relaciones de consanguinidad? ¿En base a qué se debería limitar?

La primera recomendación reconocida en la bibliografía fue la de la ASRM, que sugiere que un mismo donante de esperma no supere los 25 embarazos en una población de 800.000 habitantes para minimizar el riesgo de consanguinidad (24,222,223).

Pero, un estudio más actual (224) muestra el riesgo de consanguinidad en función del número de personas nacidas por cada donante calculado para una población de 16 millones de habitantes, con 200.000 nacimientos y 1250 personas nacidas por donación por año, distribuido entre parejas heterosexuales, homosexuales y mujeres sin pareja, en un sistema con donante identificativo.<sup>60</sup> Si se toma como ejemplo Francia, se estima que se dé consanguinidad entre "hermanos/as" del mismo donante de espermatozoides en 1,2 cada 10 años; en cambio, esta misma posibilidad entre personas de "falsas paternidades" es cinco veces mayor, 5 cada 10 años (225).

---

<sup>60</sup> Además, se asume que aquellas personas nacidas por donación en parejas homosexuales de mujeres o en mujeres sin pareja y la mitad de las personas nacidas por donación en parejas heterosexuales conocen a los donantes. Y, la edad máxima entre parejas es de 5 años. (224)

**Tabla 8:** Predicción de la posibilidad de que se produzca una relación de consanguinidad entre las personas nacidas de un mismo donante y el número de relaciones de consanguinidad esperadas

Número de personas nacidas por donante	Posibilidad de relación de consanguinidad (%)	Número de relaciones de consanguinidad esperadas
10	0,011	0,022
25	0,026	0,054
50	0,051	0,106
100	0,101	0,210
200	0,201	0,418

Fuente: Adaptado de (224).

Se parte de una población de 16 millones de habitantes, con 200000 nacimientos y 1250 personas nacidas por donación por año con un sistema de donación identificativo.

En este mismo artículo, Janssens (224) hace referencia a tres consideraciones clave para delimitar el número máximo de personas nacidas por cada donante:

- **Genéticas:**
  - **Consanguinidad:** a través de la tabla con los porcentajes sobre las posibilidades de que se produzca una relación de consanguinidad (ver Tabla 8).
  - **Respecto a la transmisión de enfermedades genéticas hereditarias:** nunca se podrán evitar. Las mutaciones y las enfermedades genéticas están presentes en toda la población. Además, en la actualidad existen muchas pruebas que te permiten realizar un *screening* para ver de qué enfermedades o mutaciones es cada persona portadora.
  - **Las posibilidades que ofrecen los test genéticos y la facilidad que ofrece Internet,** hace que todas las personas donantes de gametos sean potencialmente identificables.

Por estos motivos, se establece un límite de hasta 200 personas nacidas por donante, excepto en situaciones de minorías sociales.

- **Psicosociales:** a través de discusiones generadas con personas donantes, futuras familias receptoras, personas nacidas por donación, y población en general. Se establece una propuesta bastante restrictiva, 10 familias receptoras por persona donante. Se instaure este límite ya que la donación de gametos implica grandes consecuencias potenciales para las tres partes implicadas en el proceso (los aspectos psicosociales dependen de cómo se percibe la donación: formación familiar o procedimiento médico). Que el número de familias sea bastante restrictivo es, mayoritariamente, defendido por las personas donantes, y debido a que los bancos de espermatozoides

necesitan donantes, en el artículo, se considera que no es imprudente adaptarse a los deseos razonables de las personas donantes.

- Operativas, legales o éticas:

A nivel legal, se considera que como mínimo, exista una regulación europea que controle el CBRC, de manera que exista un único registro internacional para poder llevar un control a partir de los límites que se hayan establecido. A nivel ético, y de manera muy genérica, se parte de la base de que las decisiones personales a nivel reproductivo deben estar libres de “interferencias”. Por lo tanto, se debería estudiar los posibles daños que podrían causar unos límites muy restrictivos en el acceso a las TRHA mediante donación para la formación de una familia.

No establecen ningún límite, sino que se mantienen en las dos propuestas anteriores (a nivel genético y psicosocial) porque consideran prudente, en ausencia de evidencia, adoptar políticas que reconozcan el daño potencial derivado de los límites establecidos.

Sus conclusiones, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores son las siguientes (224):

- Se llega al consenso de que se debería establecer un límite internacional que no supere las 100 familias receptoras por cada donante y teniendo en cuenta los factores psicosociales, el límite debería ser próximo a 10.
- El cálculo se debe generar por cada familia receptora y no por cada persona nacida por donación. De esta manera, se permite una mayor posibilidad de que las familias tengan hijos de una misma persona donante de gametos.
- A las personas receptoras se les deben exponer los límites legales establecidos, sobre todo, el tiempo del que dispondrán de los gametos de una misma persona donante. Los bancos de espermatozoides deben trabajar como registro para asegurarse de respetar los límites establecidos a nivel internacional.

En España, la SEF, ha expuesto un posicionamiento muy claro sobre la limitación de las donaciones, los posibles riesgos para la salud de las mujeres donantes y el riesgo de consanguinidad (19):

“No existe ninguna evidencia científica que apoye el que se tenga que limitar el número de estimulaciones o de donaciones para preservar la salud de los donantes [...] Tampoco existe ninguna publicación que sugiera la necesidad de limitar el número de ciclos en los pacientes, y existen muchos registros de actividad donde se reflejan más de 6 ciclos realizados a pacientes sin consecuencias para su salud, por lo que no entendemos que las limitaciones en los donantes sean diferentes que en los pacientes. Además, limitar en exceso el número de estimulaciones o donaciones podría fomentar el uso de estimulaciones más agresivas para captar un mayor número de ovocitos con el consiguiente aumento del riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica en las donantes, lo cual sí que es



claramente perjudicial para su salud. Por tanto, entendemos que un número máximo de 10 donaciones de ovocitos y con una separación mínima de 3 meses podría ser más que adecuado para limitar el número de los embarazos y para evitar la profesionalización de la donación.

No existe actualmente ningún argumento científico que respalde la limitación del número de niños nacidos conseguidos con un donante a 6 embarazos para evitar la consanguinidad.”

En España, el artículo 5.7, *donantes y contratos de donación*, de la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (115) recoge que:

“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.”

Además, si se trata de donación de preembriones, el Real Decreto 412/1996 (147), en el artículo 6.2 del capítulo I, *información a donantes y estudio de donantes de gametos y preembriones*, mantiene el mismo límite en seis:

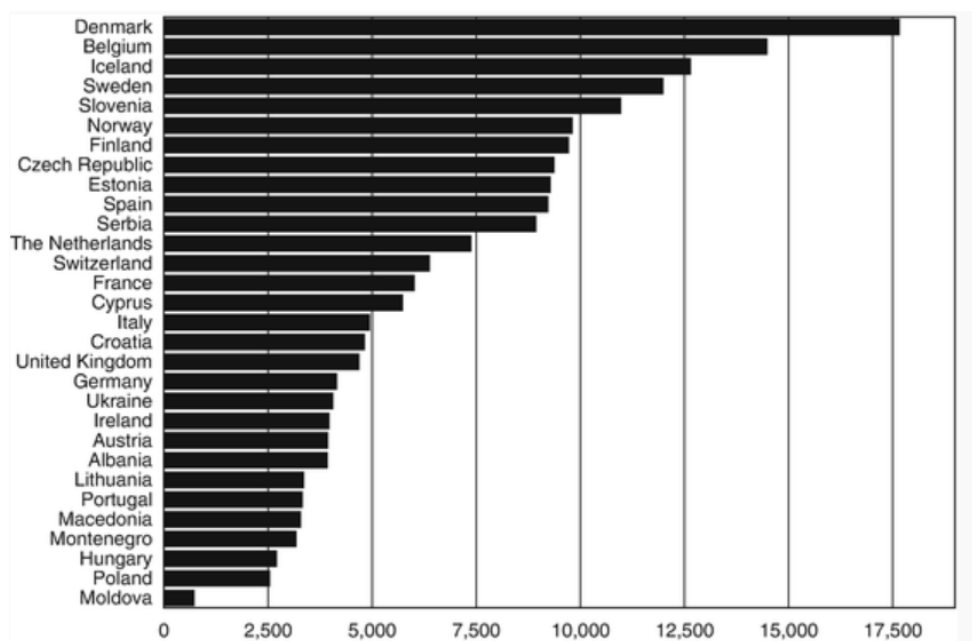
“Serán, asimismo, excluidos como donantes aquellas personas que hubieran generado seis descendientes o más por reproducción asistida o no asistida. En el caso de donación de preembriones, no se aceptarán para su empleo en reproducción humana aquellas donaciones en que uno o ambos miembros de la pareja donante tuvieran seis o más hijos.”

Por otro lado, en un estudio (27) realizado a través del envío de una encuesta a aquellas personas de todo el mundo registradas en el DSR y otros registros, que incluyen personas donantes, receptoras y personas concebidas por donación, tiene como resultado que: el 54 % de las personas receptoras y el 41 % de las concebidas están completamente de acuerdo en que se debería limitar el número de personas nacidas por cada donante; en cambio, cuando se les pregunta a las personas donantes, la respuesta no es tan clara, sino que se mantienen en una postura más bien, neutral. El artículo, remarca un comentario de una donante de ovocitos que comenta que “Yo he tenido una experiencia positiva [donando ovocitos]. Pienso que cualquiera que pueda hacerlo, se debería animar a donar. También pienso que la pregunta [en la encuesta] – referida a limitar el número de personas concebidas de un mismo donante (y las leyes sobre el posible contacto y comunicación) – es alarmante”.

## 2.4 Derecho comparado de la donación de gametos para la reproducción humana asistida

Antes de llegar a este apartado, ya se han ido haciendo comparaciones entre los diferentes países de la UE en los que se llevan a cabo TRHA (ver Gráfico 28), así que, para no generar el mismo desarrollo argumental, solo se enfatizará sobre aquellos aspectos considerados más relevantes o se mostrarán datos aún no comentados.

**Gráfico 28:** Número de ciclos por cada millón de mujeres entre 15 – 45 años por países



Fuente: Präg y Mills (226); con datos de Ferrareti et al. (227,228) y Kupka (86).

Aunque, antes, recordar brevemente aquellos puntos que marcan diferencias entre los países: la regulación de las TRHA en cuanto a los países que realizan RHA (ver Tabla 4); donación anónima o identificativa y límite de personas nacidas por donación (ver Tabla 7 y nota al pie 47); enfoque de las TRHA (ver Tabla 8); límite de personas nacidas de cada donante (ver Tabla 7); prohibición de donación de ovocitos y/o espermatozoides (ver 2.1 Tendencias: *Cross Border Reproductive Care* y país proveedor de gametos); prohibición por ciertas características: orientación sexual, edad, estado civil (ver 2.1 Tendencias: *Cross Border Reproductive Care* y país proveedor de gametos); prohibición por técnicas, por ejemplo, el DGP solo se permite en Finlandia, Israel, Países Bajos, España y Reino Unido (229); limitación del tiempo de embriones criopreservados; diferencias en cuanto a compensación o retribución económica (229).

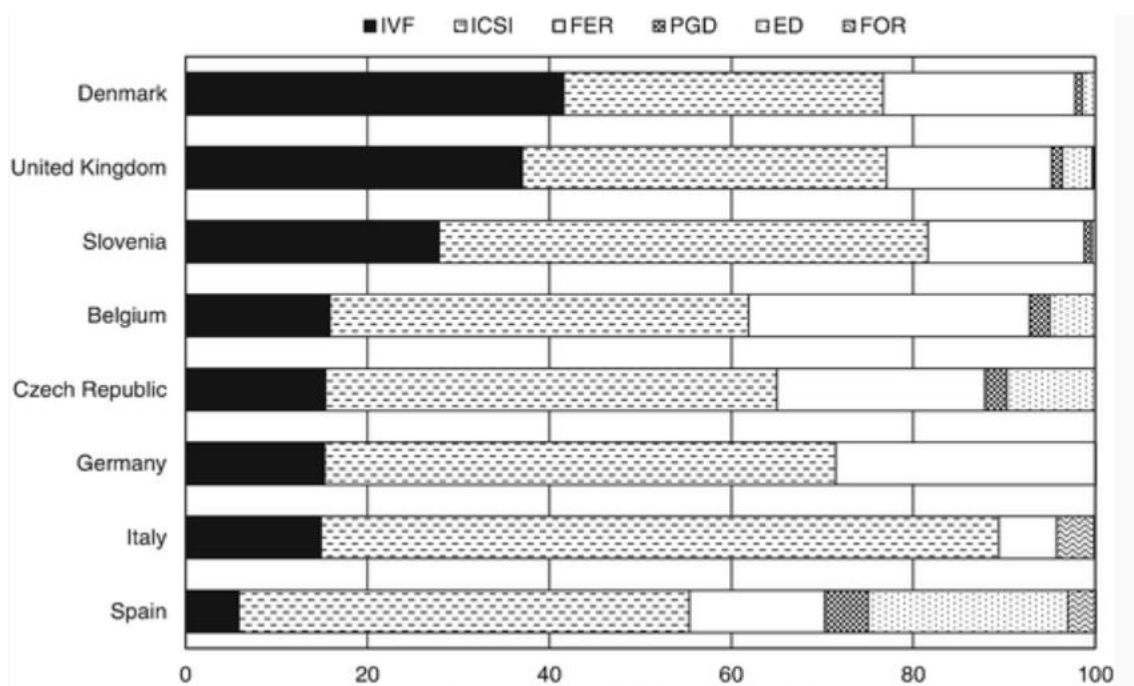
Los países de la UE disponen de leyes (229) y/o guías como complementos para regular las TRHA (en cambio, la India y Japón solo tienen guías), algunos de ellos han cambiado su legislación desde 2009 y no en todos los casos la seguridad social (plan nacional de salud) del país cubre la RHA (ver Tabla 9), además en función de su legislación, pero también de su cultura, se observa (ver Gráfico 29) cierta tendencia por una técnica u otra.

**Tabla 9:** Tipos de regulación en RHA en países de la UE

<b>País</b>	<b>Tipo de jurisprudencia</b>	<b>Nueva legislación desde 2009</b>	<b>Tipo de cobertura</b>	<b>Alcance de la cobertura</b>
<b>Austria</b>	Ley y guías	No	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Bélgica</b>	Ley	No	No	No
<b>Bulgaria</b>	Ley	Sí	Plan nacional de salud	Parcial
<b>República Checa</b>	Ley	Sí	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Dinamarca</b>	Ley	Sí	Plan nacional de salud	Completa
<b>Bielorrusia</b>	Ley y guía	No	No	No
<b>Finlandia</b>	Ley	No	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Francia</b>	Ley y guías	Sí	Plan nacional de salud	Completa
<b>Letonia</b>	Ley y guías	Sí	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Grecia</b>	Ley	No	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Islandia</b>	Ley	No	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Irlanda</b>	Ley y guías	No	No	No
<b>Italia</b>	Ley y guías	Sí	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Noruega</b>	Ley y guías	No	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Portugal</b>	Ley	Sí	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Croacia</b>	Ley	Sí	Plan nacional de salud y seguros privados	Parcial
<b>Eslovenia</b>	Ley	No	Plan nacional de salud	Completa
<b>España</b>	Ley y guías	No	Plan nacional de salud y seguro privado	Completa
<b>Suecia</b>	Ley y guías	No	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Suiza</b>	Ley y guías	No	No	No
<b>Turquía</b>	Ley y guías	Sí	Plan nacional de salud	Parcial
<b>Reino Unido</b>	Ley y guías	Sí	Seguro privado	Parcial
<b>Rusia</b>	Ley y guías	Sí	Plan nacional de salud	Completa

Fuente: Traducido de Präg y Mills (226); con datos de Ory et al. (97).

**Gráfico 29:** Porcentaje de tratamientos de RHA por países en 2010



Fuente: Präg y Mills (226); con datos de Kupka (86).

Leyenda: FIV (IVF), ICSI, preservación de embriones (FER), DGP (PGD), donación de ovocitos (ED) y criopreservación de ovocitos (FOR).

Estas tendencias vienen marcadas por las características sociales contempladas en las leyes de RHA, por ejemplo: tener que estar casado, tener una relación estable, ser una mujer sin pareja o mujeres con pareja homosexual (ver Tabla 10). Además de aquellas técnicas permitidas.

**Tabla 10:** Requerimientos de acceso a las RHA en función de ciertas características sociales en países de la UE

País	Se requiere matrimonio	Se permite una pareja estable	Se permite una mujer sin pareja	Mujeres con pareja homosexual
<b>Austria</b>	Sí	Sí	No	No
<b>Bélgica</b>	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Bulgaria</b>	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>República Checa</b>	Sí	Sí	No	No
<b>Dinamarca</b>	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Grecia</b>	No	Sí	Sí	No
<b>Finlandia</b>	No	Sí	Sí	Sí
<b>Francia</b>	No	Sí	No	No
<b>Letonia</b>	Sí	Sí	Sí	Sí

<b>Irlanda</b>	No	Sí	No	No
<b>Italia</b>	Sí	Sí	No	No
<b>Croacia</b>	Sí	Sí	No	No
<b>Eslovenia</b>	No	Sí	No	No
<b>España</b>	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Suecia</b>	Sí	Sí	No	No
<b>Suiza</b>	No	Sí	No	No
<b>Turquía</b>	Sí	No	No	No
<b>Reino Unido</b>	No	Sí	Sí	Sí
<b>Rusia</b>	Sí	Sí	Sí	No
<b>Hungría</b>	Sí	Sí	Sí	No

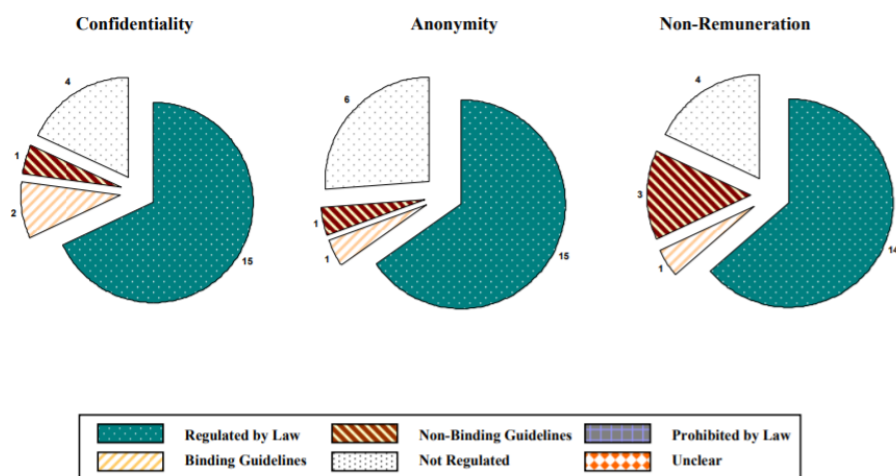
Fuente: Traducido de Präg y Mills (226); con datos de Ory et al. (97).

Respecto la donación de gametos, la mayoría de los estados miembros de la UE, tienen regulada su confidencialidad, anonimato y no-remuneración (ver Figura 10); y también, qué tipo de donación está permitida (ver Tabla 11).<sup>61</sup> Algunos países tienen prohibida la donación de ovocitos y la de embriones. Es curioso observar que la lista de países se va reduciendo desde la donación de espermatozoides, a la de ovocitos y finalmente solo 7 países de la UE permite la donación de embriones.

---

<sup>61</sup> La información de la figura 10 y de la tabla 11 es del 2006 y 1997, respectivamente, con lo que actualmente puede que haya algún cambio.

**Figura 10:** Regulación de la confidencialidad, anonimato y no remuneración de la donación de gametos en los países de la UE



Fuente: *European Commission* (230).

**Tabla 11:** Tipo de donación aceptada en países de la UE

Donación de espermatozoides	Donación de ovocitos	Donación de embriones
Austria	Bélgica	Bélgica
Bielorrusia	Finlandia	Finlandia
Dinamarca	Grecia	Grecia
Bélgica	Israel	Rusia
Croacia	Italia	España
Chipre	Países Bajos	Ucrania
República Checa	Rusia	Reino Unido
Dinamarca	España	
Finlandia	Ucrania	
Francia	Reino Unido	
Grecia		
Georgia		
Hungría		
Israel		
Italia		

Países Bajos
Noruega
Polonia
Rusia
Eslovaquia
Eslovenia
España
Ucrania
Reino Unido

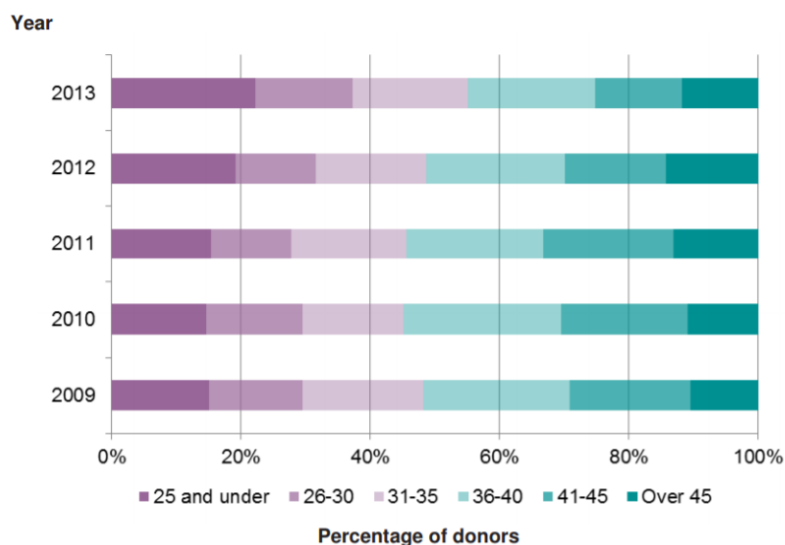
Fuente: Schenker (229).

Como se ha ido comentando, en Europa, varios países han ido cambiando su legislación sobre la donación anónima a identificativa, pero el caso que más repercusión ha tenido es el del Reino Unido, país donde a partir del 1 de abril del 2005, los donantes tienen que proporcionar información identificativa para que, cuando las personas nacidas por donación sean mayores de edad (18 años) puedan decidir si quieren o no ponerse en contacto con su(s) donante(s) de gametos. A partir de este cambio, han sido varios los países (Suecia, Austria, Noruega, Países Bajos, Nueva Zelanda y algunos estados australianos) que han adoptado una legislación similar (120).

Algunas de las consecuencias más visibles de los países que han hecho de cambio de persona donante anónima a identificables son que, aparte de disminuir el número de donantes, el perfil de estos haya cambiado. Mientras que si existe anonimato el perfil de los donantes de esperma es de hombres solteros heterosexuales, cuando la donación es identificadora, son hombres más mayores, casados con hijos/as (207,231,232).

A pesar de estas últimas afirmaciones, la edad de los donantes de esperma y el hecho de tener hijos/as en el Reino Unido entre los años 2009 y 2013 (el cambio de legislación de anonimato a identificativo fue en 2005) no se refleja este fenómeno (ver Gráfico 30). Sino que la distribución de edad de los donantes ha cambiado ligeramente en los dos últimos años, donde la proporción del grupo más joven (menores de 25 años) ha aumentado de un 15 % a un 22 %. Y por lo que se refiere a la paternidad de los donantes, solo el 25 % de ellos tienen sus propios hijos/as (233).

**Gráfico 30:** Distribución de la edad de los nuevos donantes de esperma en Reino Unido entre 2009 y 2013



Fuente: HFEA (233).

Además, se han llevado a cabo algunos estudios (139) sobre la opinión de los donantes y la repercusión en el reclutamiento de donantes que tendría un cambio de anonimato a donante identificable en la legislación y los resultados muestran que el porcentaje de donantes cuya reacción sería en contra o a favor del cambio de legislación es aproximadamente el mismo. Los resultados (ver Tabla 12) de uno de estos estudios muestra que: el 35 % de los donantes encuestados están en contra de la eliminación del anonimato (de los cuales, el 87 % no donaría si se realiza el cambio en la legislación), el 36 % están satisfechos con la eliminación del anonimato (de los cuales, el 94 % donarían siendo identificables) y el 25 % no están seguros del cambio legislativo (a pesar de esto, el 44 % volvería a ser donante siendo identificable).

**Tabla 12:** Comparación de las respuestas de las reacciones de los donantes sobre la eliminación del anonimato con si volviese a donar en un futuro si hay el cambio en la legislación

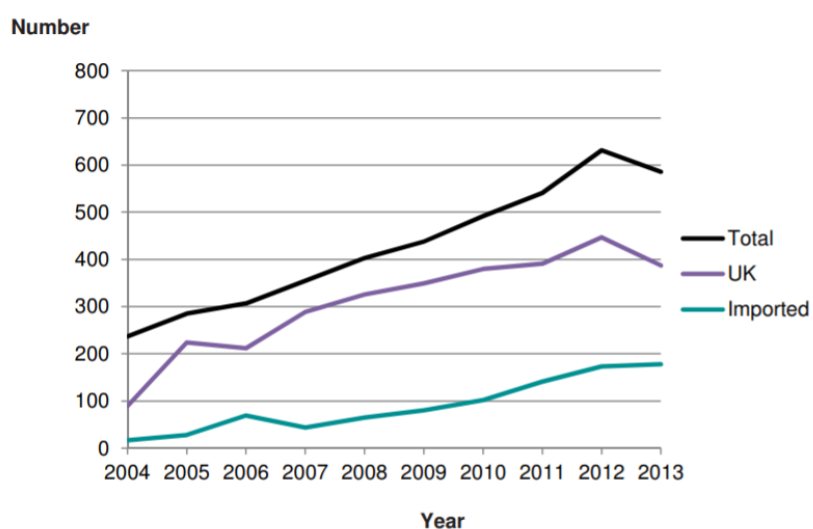
		¿Seguiría siendo donante?			TOTAL
		Sí	No	NS	
¿Cuál sería su reacción si se elimina el anonimato de los futuros donantes?	Preocupado/ en contra	3	41	3	47
	Satisfecho / no preocupado	45	2	1	48
	Inseguro	15	7	12	34
	NC	2	2	0	4
TOTAL		65	52	16	133

Fuente: Adaptado de Frith, Blyth y Farrand (139).



Los últimos datos de la HFEA (233) sobre la donación de ovocitos y esperma en el Reino Unido muestran (ver Gráfico 31) que a pesar de que el número de nuevos donantes de espermatozoides ha aumentado en el último año (2013), sigue siendo menor que el que existía en 2012. Esto les lleva a ir aumentando, año tras año, el número de muestra donada importada (la mayoría proviene de EEUU y de Dinamarca), siendo esta una tercera parte de los nuevos donantes registrados. Resaltan, también, que algunas clínicas informan que importan el esperma debido al coste, tiempo y recursos requeridos para la captación de donantes.

**Gráfico 31:** Número de nuevos donantes de espermatozoides registrados en Reino Unido entre el 2004 y el 2013



Fuente: HFEA (233).

En resumen, las diferentes legislaciones y la falta de uniformidad en los criterios generar CBRC, la importación de muestras y personas donantes. Estas diferencias se encuentran en: quién puede acceder a RHA, las características para realizar una u otra técnica, los tipos de personas que ejercen como donantes de gametos, etc. De la misma manera que estas diferencias están generando ciertos debates, incertidumbres y conflictos éticos, sociales y legales alrededor de la RHA y las tres partes implicadas en el proceso. Ya en 1999, Heitman (234), reflexionaba sobre el gran avance que habían sufrido las TRHA en los últimos veinte años y auguraba que las consecuencias sociales y éticas que crea la RHA no quedarían resueltas con instrumentos regulativos.

### 2.4.1 Marco normativo español

Los documentos de carácter normativo en España respecto la donación y concretamente, sobre RHA, son variados y han ido sufriendo modificaciones desde la primera Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida (235) que fue el primer reconocimiento legal de las TRHA.<sup>62</sup> Esta normativa aparece cuando ya han nacido en España algunos miles de niños/as mediante RHA y 10 años después de la existencia del primer banco de semen.<sup>63,64,65</sup>

Quince años después de esta primera ley sobre RHA (235), se publica la Ley 45/2003 (236), de 21 de noviembre, *por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida (235)*. Para finalmente, tan solo tres años después, publicar la ley vigente: Ley 14/2006, de 26 de mayo, *sobre técnicas de reproducción humana asistida (115)*.

En la actualidad, y según los últimos datos recogidos por el registro oficial de TRA del MSSSI (22), en 2015 nacieron vivos 9502 niños y niñas por donación de gametos. Con lo que estamos delante de una realidad que año tras año va en aumento. Además, ahora mismo, el número total de ovocitos almacenados en nuestro país es de 450 100.

A partir de estos datos, parece de relevante interés analizar la legislación que enmarca la donación de gametos en España. Todas aquellas consideraciones sobre la donación de gametos para RHA descritas en: la Ley 14/2006, de 26 de mayo, *sobre técnicas de reproducción humana asistida (115)*; el Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo, *por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana (147)*; el Real Decreto-ley 9/2014, de

---

<sup>62</sup> Pocos días después se publican algunas correcciones (397), pero son más de formato que de contenido referente a RHA.

<sup>63</sup> El primer banco de semen en España aparece en 1978 (398) para cubrir la gran demanda de usuarios que no podían viajar a Bruselas, ciudad donde se ubicaba el primer banco de semen de Europa.

<sup>64</sup> Aunque fue en 1953 cuando Bunge y Sherman demostraron que los espermatozoides criopreservados mantenían la capacidad fértil y que en 1954 naciera el primer bebé con la congelación y posterior descongelación de espermatozoides (398), Spallanzani (1776) y Montegazza (1886) fueron los primeros en observar cómo afectaba la temperatura a los espermatozoides y en sugerir la idea de bancos de semen, respectivamente. Esta criopreservación de espermatozoides de donante y la creación de bancos fueron impulsados en la década de los 80 por los problemas de transmisión sexual (concretamente por la aparición del VIH) ya que permitía a las parejas tener hijos sanos. Antes de la congelación, ya en 1884, nace en Filadelfia, por William Pancoast, el primer niño mediante el uso de IAD (399).

<sup>65</sup> Las técnicas para preservar los espermatozoides han ido mejorando a lo largo de los años. Estas técnicas han dado lugar a nacimientos desde 1953 cuando se gliceraba y congelaba hasta la temperatura de solidificación del gas carbónico (- 70 °C), hasta 1964 cuando se congelaba en nitrógeno líquido (- 196 °C). En 1938 aparece la primera referencia de vitrificación, cuando Luyet y Hoddap realizan esta técnica, pero obtienen resultados de baja o nula supervivencia. La vitrificación es la técnica utilizada en la actualidad y se basa en la congelación ultra rápida (2000 °C min<sup>-1</sup>) con bajas concentraciones de crioprotectores no permeables (400).

4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos (195); han sido tratadas a lo largo de los apartados anteriores en esta tesis doctoral, a excepción de los que tienen una importancia relevante sobre el registro de donantes, que son tratados a continuación.<sup>66</sup>

#### **2.4.2 Registro de donantes: proyecto SIRHA**

El comité de ética de la ASRM recomienda que se mantengan registros (internacionales) precisos relacionados con la donación de manera que se establezcan sistemas para mantener la información psicosocial de la persona donante y permita intercambiar, en un futuro, la información con las personas nacidas mediante su donación (146), de manera que se garantice el derecho de estas personas a acceder a su información genética y naturaleza de su concepción (237).

En España, ya en 1988, con la aparición de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida (235), se regulaba la existencia de un registro de donantes haciendo referencia a este en el artículo 5.5 y 5.7 del capítulo III, *de los donantes*:

“La donación será anónima, custodiándose los datos de identidad del donante en el más estricto secreto y en clave en los bancos respectivos y en el Registro Nacional de Donantes.

Los Centros autorizados y el Registro Nacional adoptarán las medidas oportunas y velarán para que de un mismo donante no nazcan más de seis hijos.”

También en las disposiciones finales, concretamente en la tercera:

“El Gobierno (SIC), en el plazo de un año, contado a partir de la promulgación de esta Ley, regulará la creación y organización de un Registro Nacional informatizado de donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, con las garantías precisas de secreto y en forma de clave:

- a) El Registro Nacional consignará, asimismo, cada hijo nacido de los distintos donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras, y su localización territorial en cada momento, siempre que sea posible.
- b) Si en el Registro Nacional o en los Centros o Servicios en los que se realizan las técnicas de Reproducción Asistida se tuviere

---

<sup>66</sup> Aparte de estos documentos a nivel jurídico sobre la donación de gametos, existe el: Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, *por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida* (401); y el Real Decreto 120/2003, de 31 de enero, *por el que se regulan los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida* (402), en el que se recogen todas aquellas consideraciones y requisitos respecto a los centros que desarrollan proyectos con gametos.

conocimiento de que han fallecido los correspondientes donantes, la muestra donada pasará a disposición de los Bancos, que la utilizarán en los términos acordados con aquellos y en base a esta Ley.”

Además, el Real Decreto 412/1996 (147) dedica, al registro, su capítulo III, *de la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones*, con el artículo 8:

“El Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana, se constituye como un Registro Único formado, por las bases de datos de cada centro o servicio autorizado por la Comunidad Autónoma respectiva, mediante su agregación en una Base Central administrada por el Ministerio de Sanidad y Consumo:

1. Cada centro o servicio se conectará a la Base Central del Registro tras comunicación de la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente a la Base Central.

2. El registro individual de cada donante aceptado contendrá sus datos de identificación conforme al apartado I del anexo. Relacionados con el registro individual de cada donante, identificado a través de número de clave interno, constarán los siguientes datos:

a) Número de preembriones obtenidos con sus gametos e identificación de las personas de las que procedan cada uno de los gametos del otro sexo.

b) Identificación de receptores de la donación de gametos, sean por técnica de inseminación artificial o mediante FIV con gameto de receptor.

c) Identificación de la mujer/es receptoras de los preembriones obtenidos

d) Datos de identificación de los recién nacidos vivos, incluidas incidencias detectadas tras el nacimiento.

e) Partos de recién nacidos muertos

f) Interrupción de embarazo por malformación o enfermedad fetal de origen genético o por otras causas.”

Ahora mismo, la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (115), establece en el artículo 5.7, donantes y contratos de donación:

“Será responsabilidad de cada centro o servicio que utilice gametos de donantes comprobar de manera fehaciente la identidad de los donantes, así como, en su caso, las consecuencias de las donaciones anteriores realizadas en cuanto a la generación de hijos nacidos previamente. Si se acreditase que el número de éstos superaba el límite establecido, se procederá a la destrucción de las muestras procedentes de ese donante.

A partir de la entrada en funcionamiento del Registro nacional de donantes a que se refiere el artículo 21, la comprobación de dichos datos podrá hacerse mediante consulta al registro correspondiente.”

Además, el capítulo VII de la misma ley, está dedicado a los registros nacionales de reproducción en sus artículos 21, 22 y 23:

“Artículo 21. Registro nacional de donantes.

1. El Registro nacional de donantes, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, es aquel registro administrativo en el que se inscribirán los donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, con las garantías precisas de confidencialidad de los datos de aquéllos.

2. Este registro, cuyos datos se basarán en los que sean proporcionados por las comunidades autónomas en lo que se refiere a su ámbito territorial correspondiente, consignará también los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización.

3. El Gobierno, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y mediante real decreto, regulará la organización y funcionamiento del registro nacional.

Artículo 22. Registro nacional de actividad y resultados de los centros y servicios de reproducción asistida.

1. Con carácter asociado o independiente del registro anterior, el Gobierno, mediante real decreto y previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, regulará la constitución, organización y funcionamiento de un Registro de actividad de los centros y servicios de reproducción asistida.

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.

Artículo 23. Suministro de información.

Los centros en los que se practiquen técnicas de reproducción asistida están obligados a suministrar la información precisa, para su adecuado funcionamiento, a las autoridades encargadas de los registros regulados en los dos artículos anteriores.”

La SEF, en 2002, publicó el primer informe de su registro de actividad, pero solo participaban los centros que querían. La SEF, como ya se ha comentado, es la Sociedad Española de Fertilidad y no está adscrita al ministerio, por tanto, su registro no es el que se hace referencia en la ley. Desde su plataforma web se ofrecía esta posibilidad y después publicaban a través de varios informes, los resultados (238). Pero, en ningún momento servía como registro nacional de donantes. A pesar de todo esto, en 2015 se

convierte en un registro (de actividad) de obligado cumplimiento. A través de una disposición adicional publicada en el BOE de 10 de julio de 2015 (239) y que modifica la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre TRHA (115), el registro de actividad que hacía años que llevaba a cabo a SEF, se convierte en obligado cumplimiento. A continuación, se cita la disposición adicional sexta:

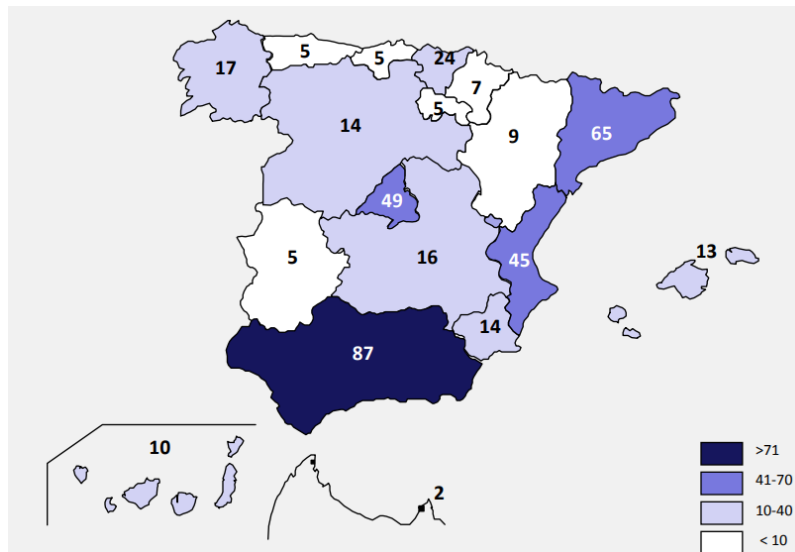
“La constitución, organización y funcionamiento del registro nacional de actividad y resultados de los centros y servicios de reproducción asistida al que se refiere el artículo 22 de esta Ley se podrá llevar a cabo, a través de los instrumentos jurídicos pertinentes, por entidades o sociedades científicas que acrediten ante el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la experiencia y capacidad para desarrollar y mantener un registro de esta naturaleza con las garantías de calidad, fiabilidad, confidencialidad, amplitud y organización de la información que le sean requeridas por los órganos competentes de dicho Departamento. La ausencia de suministro al registro citado de los datos pertenecientes a un centro determinado durante un período anual tendrán la misma consideración de falta grave prevista en el apartado 2.b).4.ª del artículo 26 de esta Ley, a la que resultarán de aplicación las sanciones previstas en el artículo 27 de esta misma norma legal».”

De esta manera, el registro SEF 2014, se convierte en el “Registro Nacional de Actividad RHA 2014”, cuya cumplimentación es exigida por el MSSSI (240).

Pero hasta 2016, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, no presentó el proyecto SIRHA, dedicado a la generación de tres registros como sistema de información sobre las TRHA (241,242). Este registro está en fase de implantación y se prevé que a finales del 2019 ya estén integrados todos los centros de RHA del territorio español. Dentro de la misma plataforma, se incluirán el Registro Nacional de Donantes; el Registro Nacional de Actividad y Resultados; y el Registro de Centros y Servicios de Reproducción Humana Asistida; por tanto, una de sus líneas estratégicas es agilizar el flujo de la información integrando los registros obligatorios. Su objetivo es convertirse en un referente a nivel europeo, ya que cada donación tendrá con un código único de manera que se permitirá garantizar la trazabilidad y el control de las donaciones entre los diferentes países. Además, SIRHA “tiene como finalidad permitir el registro y la gestión, integral y en tiempo real, de la información relacionada con las técnicas de RHA” (243,244).

España cuenta con un gran número de centros de RHA (ver Figura 11) y aunque su ley del 1988 fue de las primeras de los países europeos y en esta ya se contemplaba la necesidad de un registro de donantes, este aún no está implementado al 100 %.

**Figura 11:** Representación del número de centros y servicios de RHA por comunidad autónoma



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (106).

De manera que se garantice la trazabilidad y sistema de codificación contemplados en el artículo 33 y 34 del capítulo V, *sistemas de información, seguimiento y biovigilancia*, del Real Decreto-ley 9/2014 (195) en los que se expone:

“Artículo 33. Trazabilidad.

1. La Organización Nacional de Trasplantes y las unidades de coordinación de trasplantes de las comunidades autónomas establecerán, en los términos que se acuerden en la Comisión de Trasplantes y Medicina Regenerativa del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un sistema de rastreo de origen a destino de todas aquellas células y tejidos humanos obtenidos con el fin de ser aplicados en humanos. Dicho sistema recogerá la información referida en el anexo VI.

2. En el caso de células embrionarias de eventual aplicación en humanos, la Organización Nacional de Trasplantes y los responsables del Banco Nacional de Líneas Celulares y de la Comisión de Seguimiento y Control de la Donación y Utilización de Células y Tejidos Humanos, establecerán un sistema que garantice el seguimiento previsto en el apartado anterior.

3. La información, cuando proceda, se codificará con acuerdo a los estándares básicos regulados en los anexos VI y VII lo que permitirá su seguimiento uniforme. Los establecimientos de tejidos y las unidades y centros de obtención y aplicación de células y tejidos deberán recoger la información en tiempo real.

4. Los establecimientos de tejidos recogerán la información del destino de las células y tejidos distribuidos para aplicación en humanos. Dicha información deberá ser facilitada por los centros, organismos o unidades de aplicación de tejidos y células para cada caso en particular, con el fin de asegurar la trazabilidad de las células y tejidos.

5. El rastreo de origen a destino se aplicará no sólo a los productos celulares y tejidos, sino también a los productos y materiales que

entren en contacto con dichas células y tejidos y puedan tener efecto sobre su calidad y seguridad.

6. La información se guardará y custodiará de forma segura durante al menos 30 años a partir de su codificación.

Artículo 34. Sistema de codificación.

1. La Comisión de Trasplantes y Medicina Regenerativa del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Organización Nacional de Trasplantes, establecerá un sistema único y obligatorio de codificación, compatible con los sistemas de otros Estados miembros de la Unión Europea, que permitirá identificar de forma única e inequívoca los tejidos y células obtenidos, procesados y distribuidos para su aplicación en humanos.

2. El diseño del sistema de codificación se ajustará a los requisitos mínimos exigidos en el anexo VII.

3. Se desarrollará un sistema técnico que soporte el sistema de codificación y que será accesible para todos los centros y establecimientos autorizados para la obtención, procesamiento y aplicación de células y tejidos, así como para las unidades de coordinación de trasplantes de las comunidades autónomas y la Organización Nacional de Trasplantes.”

Cada muestra donada tendrá un código único europeo (SEC) y se indicará su estado: eliminada – baja; utilizada; disponible; distribuida o exportada. Este código constará en un código de barras y un código QR que permitirán el seguimiento de la muestra en cualquier fase del proceso, desde su obtención hasta el uso por parte de las personas receptoras (106). Dicho código constará de una estructura establecida por la Directiva (UE) 2015/565 (245) y constará de una secuencia de identificación de la donación y otra del producto (ver Figura 12).

**Figura 12:** Estructura del código europeo

SECUENCIA DE IDENTIFICACIÓN DE LA DONACIÓN			SECUENCIA DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO			
CÓDIGO DEL ESTABLECIMIENTO DE TEJIDOS DE LA UE		NÚMERO ÚNICO DE DONACIÓN	CÓDIGO DEL PRODUCTO		NÚMERO DE SUBLOTE	FECHA DE CADUCIDAD (DD/MM/AAAA)
Código ISO del país	Número de establecimiento de tejidos		Identificador del sistema de codificación de productos	Número del producto		
2 caracteres alfabéticos	6 caracteres alfanu-méricos	13 caracteres alfanu-méricos	1 carácter alfabético	7 caracteres alfanu-méricos	3 caracteres alfanu-méricos	8 caracteres numéricos»

Fuente: Directiva (UE) 2015/565 de la Comisión, de 8 de abril de 2015, por la que se modifica la Directiva 2006/86/CE en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la codificación de células y tejidos humanos (245).

Pero, el código SEC se utilizará cuando la persona donante ya ha realizado la donación y, por lo tanto, se trata de un donante validado; previo a este proceso, el proyecto SIRHA establecerá un código para cada donante que se generará



automáticamente cuando se registre a la persona a través del aplicativo. De la misma manera, para garantizar que no se supera el número de hijos/as por donante, cuando se procede al alta de este en el aplicativo web, se solicita cuántos hijos/as con gametos propios tiene (106).

Además, de esta manera, se tendrá acceso a una base de datos en la que los centros podrán buscar a la persona donante para saber si ya está dada de alta en el sistema y comprobar su estado (excluido, baja, en evaluación, pendiente de re-evaluación, en re-evaluación, o registrado). Para evitar que la misma persona donante esté en diferentes momentos del proceso en varios centros o bancos de gametos, solo se podrá donar en un mismo centro al mismo tiempo. Pasado el proceso de evaluación, se emitirá un certificado de idoneidad de la persona donante (106).

Por otro lado, SIRHA debe garantizar el cumplimiento del límite de: edad, de personas nacidas por donación y de procesos de estimulación en mujeres; de las personas donantes. También, deberá especificar cuáles han sido los motivos de exclusión si es el caso (106).

De la misma manera, se llevará un control de las personas receptoras de gametos donados, se les podrá asignar donaciones disponibles en el programa. Después se registrarán los ciclos y técnicas y finalmente, el seguimiento. Para garantizar que se respetan las limitaciones establecidas en la ley, es fundamental añadir al programa SIRHA aquellos resultados de las TRHA, incluyendo los datos de la gestación, parto, etc. (106).

Una de las principales ventajas del proyecto SIRHA es la obligatoriedad de notificar, registrar y transmitir todos aquellos Efectos Adversos Graves (EAG) y Reacciones Adversas Graves (RAG), lo cual implica la participación de todas las personas implicadas. Con esto y el sistema de trazabilidad, tanto de las personas donantes, de las muestras donadas y de todos los ciclos llevados a cabo por las personas receptoras, se pretende prevenir la transmisión de enfermedades asociadas y garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias en RHA. Por tanto, actúa como sistema de biovigilancia, siendo un sistema de alerta rápida de la UE en materia de células reproductoras (244).<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> La definición de EAG queda recogida en el artículo 2 (m), *definiciones*, del Real Decreto-ley 9/2014 como: “cualquier hecho desfavorable vinculado a la obtención, evaluación, procesamiento, almacenamiento, distribución de células y tejidos que pueda conducir a la transmisión de una enfermedad, a la muerte del paciente, o a estados que hagan peligrar su vida, a minusvalías o incapacidades o que puedan dar lugar a hospitalizaciones o enfermedad o la pueda prolongar”; y la de RAG en el artículo 2 (t): “respuesta inesperada del donante o del receptor. Incluida una enfermedad transmisible, asociada a la obtención o aplicación en el ser humano de tejidos y células, que resulte mortal, potencialmente mortal, discapacitante, que produzca invalidez o incapacidad, o que dé hospitalización o enfermedad, o las prolongue” (195).

## **2.5 Estudios empíricos: donante de ovocitos**

Las personas donantes y en concreto, las donantes de ovocitos experimentan durante el proceso de donación la sensación de falta de comunicación, o incluso, de que el personal que les atiende está más centrado en la obtención de los ovocitos que en su propia salud. Durante todo el proceso, las donantes pueden sentirse como clientas, pacientes o altruistas, en función del trato que reciben. Por estos motivos, es importante que exista un profesional que garantice un proceso de comunicación abierta y bidireccional, y las apoye emocional y físicamente (246).

Además, ya se ha comentado varias veces en este trabajo la importancia de que el personal que atiende a las personas donantes ofrezca información veraz, de una manera comprensible que sea entendida por la posible donante, exponiendo el proceso y los riesgos asociados y solo de esta manera, se estará garantizando que es libre y es informado.

Para ello, se decide realizar un trabajo de investigación empírica de qué información se transmite a una mujer que está pensando en ser donante de ovocitos.

### **2.5.1 Páginas webs**

Como se ha comentado, se genera una revisión sistemática de las páginas webs que aparecen con el término “donante de óvulos Barcelona” para detectar aquellos centros que permiten la donación de ovocitos en las diez primeras páginas del buscador.

A partir de las clínicas que se encuentran, se realiza una tabla (ver Tabla 13) con unas características concretas que posteriormente permitirán realizar una reflexión sobre el impacto que se pretende generar en las posibles donantes.

Las características que se describe son las siguientes:

- Web específica: si la web es específica para las donantes de ovocitos, al margen de la web oficial del centro.
- Web femenina: si la web ofrece una imagen femenina amigable, feliz y de carácter joven. La web consta de colores pensados para agradar a las mujeres, ofreciendo imágenes que generan un impacto positivo y emocional.
- Impacto emocional: la web tiene mensajes, normalmente en su encabezado, sobre el bien que se está haciendo cuando se decide realizar la donación. Este contenido tiene un gran trasfondo emocional.
- Lenguaje no técnico del proceso: se expone el proceso de donación y este es con un lenguaje no técnico, de manera que cualquier persona lectora pueda entenderlo.
- Proceso: se expone que se trata de una donación altruista, voluntaria y anónima.
- Requerimientos: se describen algunas de las características requeridas o restricciones para ser donante de ovocitos.
- Riesgos: se proporciona información sobre los riesgos del proceso.

- **Compensación:** se explica el tipo de compensación que se ofrece por la donación.

**Tabla 13:** Características observadas en las páginas webs de dieciséis centros de donación

Centros	Características							
	Web específica	Web femenina	Impacto emocional	Lenguaje no técnico del proceso	Proceso	Requerimientos	Riesgos	Compensación
1	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No se menciona
2	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Se explicita la cantidad
3	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No se menciona
4	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No se menciona
5	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No se menciona
6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No se menciona
7	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Se menciona sin especificar
8	No	No	No	No	Sí	No	No	No se menciona
9	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No se menciona
10	No	No	No	No se explica	No	No	No	No se menciona
11	Sí	Sí	Sí	No se explica	Sí	Sí	No	No se menciona
12	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Se explicita la cantidad
13	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Se menciona sin especificar
14	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No se menciona
15	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Se explicita la cantidad
16	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No se menciona

Fuente: Elaboración propia.

Los comentarios observados en las webs revisadas a los que se hace referencia por su intencionalidad a generar una respuesta emocional en la posible donante de ovocitos son los siguientes:

- “Ayuda a muchas mujeres con problemas de fertilidad a poder cumplir su deseo de ser madre”.
- “Ayuda a otras mujeres a cumplir su deseo de ser madres”.
- “Si quieres ayudar a otras mujeres a cumplir su deseo de ser madre, en [...] recibirás la mejor atención”.
- “Revisión ginecológica, análisis de sangre completo, ecografía y estudio genético totalmente gratuitos”.
- “Quiero ayudar a otra mujer a ser madre”.
- “Entre nosotras nos podemos ayudar haciendo felices a mujeres que quieren ser madres”.
- “Te sentirás como nunca por tu generosidad”. Además, en este caso, resaltan que tendrás los resultados de diferentes pruebas y te pondrás en “las manos del mejor equipo médico”.
- “Cada vez son más las mujeres que quieren ayudar a otras a conseguir el embarazo y deciden ser donantes”.
- “Donar es un acto de generosidad y valentía que dice mucho de ti”.
- “Te damos todas las garantías”.
- “Hazte donante de óvulos. Dona óvulos, colabora en el sueño de ser madre”.
- “¡Tus óvulos pueden ayudar mucho!”

La mayoría de las páginas webs no exponen los riesgos que conlleva el proceso de donación, y algunos de los centros, cuando lo exponen, lo hacen sin darle importancia, reforzando aquellos riesgos mínimos que son más bien molestias:

- Una de las páginas, no en la web específica de donantes, sino en su página oficial donde también habla de donantes de óvulos expone que el proceso “conlleva ciertas molestias” y que los riesgos existen porque se “entra en un quirófano”.
- En otra, se hace hincapié en que los riesgos se producen excepcionalmente en un porcentaje muy bajo de veces. Se resaltan aquellos riesgos como la “sensación de hinchazón”.
- O bien, en el apartado de preguntas frecuentes, se habla de riesgos como una “leve distensión abdominal [...] y molestias”.

En referencia a la compensación económica, a pesar de que la ley 14/2006 (115), en el artículo 5.3, *donantes y contratos de donación*, indica que:

“Cualquier actividad de publicidad o promoción por parte de centros autorizados que incentive la donación de células y tejidos humanos deberá respetar el carácter altruista de aquélla, no pudiendo, en ningún caso, alentar la donación mediante la oferta de compensaciones o beneficios económicos.”

Ya se ha visto que ofrecen beneficios económicos a través de la publicidad de todas las pruebas que se llevarán a cabo. Pero, además, dos de los centros mencionan la compensación sin especificar su cuantía y otros dos exponen que:

- La compensación está entre 900 y 1100 €. Si bien es cierto que esta publicidad no se hace en la página web específica para las donantes de óvulos, sino en una entrada de la página web oficial de la clínica, donde lo exponen hasta tres veces consecutivas.
- “La donación de óvulos se compensa con 1000 euros. El mismo día de la extracción recibirás 600 euros por los desplazamientos y molestias ocasionadas. Tras la siguiente regla realizamos un control para revisar que todo está bien y te compensamos con 400 euros más. Si se tuviera que cancelar el ciclo por respuesta inadecuada u otros motivos médicos, se te dará una compensación variable según la etapa en que se encuentre el proceso”.

Por último, se quieren añadir algunas observaciones:

- Una de las clínicas, no en su página específica para donantes, sino en su página oficial expone que, si finalmente no se llega a la punción ovárica, la donante tendrá que abonar el coste de las pruebas que se hayan realizado (análisis de sangre, ecografía, screening genético, etc.).
- Se expone que “el perfil mayoritario son universitarias, amigas de otras donantes para las que el proceso ha sido una buena experiencia o mujeres que han tenido un aborto provocado y desean ayudar a otra mujer a tener el hijo que ellas no tuvieron”.
- Respecto a los “no” riesgos que exponen, una de las clínicas refuerza el mensaje de molestias con la siguiente frase: “una vez en casa, te aconsejamos que las primeras 24 horas guardes un reposo relativo. Puedes hacer vida normal pero mejor que sea con poca actividad física y sin hacer demasiados esfuerzos. Recuerda que en el sofá se está muy bien”.
- Es curioso que en ningún momento se expone que debe existir un registro de donantes y que, en el momento que exista, será validado y tendrá un registro único a nivel europeo que le identificará. Así como tampoco la responsabilidad moral de informar de cualquier enfermedad genética hereditaria que pudiese afectar a las personas concebidas por la donación.

## 2.5.2 Una experiencia personal

En cuanto se han revisado las páginas webs, se decide llamar personalmente para recibir información sobre el proceso de donación de ovocitos como posible donante.

Se contacta con diez centros, pero como es verano, se consigue contactar con ocho. A pesar de expresar que se quiere recibir información del proceso, que en ningún momento se ha decidido ser donante, en todos los casos, el primer contacto es una “entrevista” telefónica a partir de la cual realizan un primer cribaje a través de ciertas características (ver Tabla 14).<sup>68</sup> Cuatro de las clínicas nos descartan a través de las preguntas telefónicas.<sup>69</sup> Las características que más coinciden en preguntar son: edad, peso y altura.

La atención telefónica en la mayoría de los casos es excepcional. Además, casi todas las clínicas ofrecen un número de WhatsApp en su página web específica para donantes de óvulos. Si se contacta con los centros a través del WhatsApp, la respuesta es rápida, en algunos casos te envían una infografía y te preguntan cuándo puedes hablar para mantener una conversación telefónica.

**Tabla 14:** Preguntas por parte de las clínicas cuando se solicita información sobre la donación de gametos desde el punto de vista de la donante

Preguntas (con el orden orientativo de formulación en la mayoría de los casos)	Centros							
	1	2	3	4*	5*	6	7	8*
Edad	X	X	X	X	X	X	X	
Peso	X	X	X	X		X	X	
Altura	X	X	X	X	X	X	X	X
País de nacimiento	X	X			X	X		
Si mantienes contacto paterno y materno	X							
Enfermedades hereditarias en la familia	X	X	X					
Si tomas medicación actualmente	X	X	X					
Si tomas algún anticonceptivo	X	X	X					
Si has realizado alguna donación de óvulos	X				X			

<sup>68</sup> Los números de los centros no corresponden con los asignados en la Tabla 13.

<sup>69</sup> Cuando las clínicas, a pesar de quienes estábamos solicitando información éramos nosotros, nos realizaban ciertas preguntas, se contestaba con la verdad. Y sorprendentemente, tres de ellas nos descartan por medir menos de 1,60 m (concretamente, 1,57 m); otra, por tener una enfermedad esquelética y una nos alerta varias veces que con una miopía mayor de seis no se puede donar, a pesar de haber expresado que nuestra miopía es mucho menor.

Si has viajado al extranjero recientemente	X	X				
Nombre y apellidos	X	X	X	X	X	X
Teléfono	X	X	X	X		X
Email	X	X	X	X		X
Alguna intervención quirúrgica realizada	X					
Color de ojos, pelo y piel	X			X		
Consumo de drogas	X					
Si mantienes relaciones sexuales	X					
Si tienes alguna malformación en manos o pies	X					
Si tienes algún problema de vista	X				X	
Si consumes antidepresivos	X					
Si eres madre			X		X	
Cómo has conocido el centro			X		X	
Procedencia de los padres						X
Si tienes alguna enfermedad					X	
Si te has realizado un <i>piercing</i> recientemente						X

Fuente: Elaboración propia.

\* Estos centros nos descartan con la pregunta de la altura.

En principio son cuatro las clínicas que quieren darnos información sobre el proceso, pero tiene que ser de forma presencial. Para que la muestra sea un poco mayor, otra persona que supera la restricción de la altura llama a los centros 4, 5 y 8. Finalmente, se acude presencialmente a cinco clínicas.<sup>70</sup>

Una vez en la clínica, a la que se acude porque se quiere recibir información sobre el proceso de donación de óvulos, se nos trata con mucha amabilidad y en las salas de espera hay refrescos, cafés, gominolas, etc. que se pueden consumir de manera gratuita.

En la mayoría de las clínicas no se especifica quién nos está atendiendo a excepción de dos de ellas: en una nos atiende un médico y una psicóloga; y en la otra, una enfermera.

---

<sup>70</sup> A esta quinta clínica acudimos con una mujer que mide más de 1,60 m.

Lo primero que se nos solicita es rellenar el consentimiento informado y varios formularios (hasta doce páginas), y en algunos casos, se tiene que proporcionar información sobre diferentes enfermedades de uno mismo, su madre, padre, hermanos, abuelos y tíos.<sup>71</sup> Enfermedades como, por ejemplo: tetralogía de Fallot, estenosis de rama pulmonar periférica, atresia de ano, distrofia muscular de Duchenne, neurofibromatosis, osteogénesis imperfecta, mucoviscidosis, etc. y si alguno de estos familiares necesita tratamiento psiquiátrico o psicológico. Se preguntan aspectos relacionados con el contacto con virus, reacciones alérgicas, transfusiones de sangre, tatuajes, acupuntura, etc. A parte de contestar preguntas sobre viajes recientes, estado civil, métodos anticonceptivos, causas de muerte de familiares, relaciones afectivas con los miembros de la familia, motivaciones para realizar la donación, etc. o con quién has mantenido relaciones sexuales los últimos seis meses, con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales a lo largo de tu vida, si te has drogado o te has prostituido. Incluso, en un caso, una psicóloga nos hace una evaluación psicológica. Todo ello, para recibir únicamente información, porque en ningún momento se especifica que se quiera donar, sino más bien al revés. Incluso, en dos de los casos se nos obliga a pesarnos y medirnos antes de recibir la información. En otro, se nos obliga a firmar un consentimiento informado y marcar tres opciones para que utilicen nuestros datos para: “realizarme comunicaciones informativas y divulgativas gratuitas, así como encuestas de satisfacción, vía email y correo postal, en particular la revista informativa para pacientes del [nombre del centro]”, “comunicar sus datos a otros centros [nombre del centro], incluyendo el traslado de la Historia Clínica, en aquellos casos en los que la comunicación fuese necesaria para la adecuada presentación de la asistencia médica y del tratamiento clínico”, y a “comunicar sus datos al laboratorio de análisis genéticos [nombre de la empresa], incluyendo el traslado de la Historia Clínica, en aquellos casos en que la comunicación fuese necesaria para la adecuada prestación de la asistencia médica y del tratamiento clínico”.<sup>72</sup>

En todos los casos, excepto en uno, después de haber rellenado todas las hojas y consentimiento informado, se nos invita a pasar a la consulta donde se nos proporcionará la información. Pero, lo primero que se hace en todos los casos es volver a preguntar aquellos ítems más relevantes del cuestionario previo (referentes a enfermedades propias y familiares, viajes, consumo de medicación, si se ha donado anteriormente óvulos, etc.) y, en tres centros, se nos realiza una foto. Posteriormente se expone para quién se estaría realizando la donación, las características de la donación

---

<sup>71</sup> A excepción de un centro, en todos se solicita que se rellenen los diferentes documentos y el consentimiento informado.

<sup>72</sup> Se expresa obligación porque inicialmente, cuando vemos el consentimiento que nos hacen firmar para recibir información, se marcan las tres opciones de consentimiento como “No”, cuando lo ven nos indican que si no marcamos las opciones con un “Sí” no se nos ofrecerá la información.



(altruista y anónima), las pautas a seguir durante el proceso y las pruebas que se realizarían.

Respecto a los riesgos que se exponen son, más bien molestias, se expresa que es “como un dolor de regla fuerte”, se recomienda no hacer deporte durante los últimos días antes de la punción, ni mantener relaciones sexuales. Se comenta que si se realiza ejercicio hay un riesgo mínimo de torsión del ovario. Además, el día de la punción se recomienda no trabajar.

Al final de la conversación, se expone la compensación económica y en qué momento se realizaría. En la mayoría de los casos esta es de 1100 € y se da el día de la punción, o en algunos casos, 700 € el día de la punción y 400 € el día de la revisión ginecológica post-punción. Si se decide dar una segunda vez (pasando mínimo dos ciclos de regla), en algunos casos la compensación es de 1150 € y, si se dona una tercera vez, 1200 €. También se advierte que, si la estimulación no va bien y no se puede hacer la punción, la compensación es de únicamente 150 €. Y si una amiga decide hacerse donante y va “de tu parte”, si finalmente esta realiza la donación, tú ganas 150 – 250 €.

En tres de las clínicas se nos ofrece empezar con la analítica y la revisión ginecológica ese mismo día.

Además, en dos clínicas se ofrece una compensación por las molestias de ese día de visita, en el primer caso, una T10 del metro y en la otra, 20 €.

**PARTE II**





### **CAPÍTULO III. Elaboración y validación de la “Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida (LSP2016)”**

---

A lo largo de este capítulo se describen las fases, métodos y resultados de la elaboración y validación de la encuesta.<sup>73</sup> Se desarrollan en profundidad los métodos explicados en la introducción, apartado de metodología de la tesis (ver pág. 49) y se describen todas las propiedades de la encuesta.

Esta elaboración y validación nace de la necesidad de comparar las reflexiones y divulgaciones científicas de los investigadores y expertos con las “acciones humanas” de los estudiantes universitarios de la UdL sobre la realidad bioética, social y legal de la donación de gametos para la RHA en España (objetivo general de la tesis).

Pero, cuando se empezó el proceso de elaboración, viendo que a partir de la revisión bibliográfica no se habían encontrado encuestas validadas al respecto, ni resultados de estudios a nivel social sobre el tema (a excepción de cuestionarios realizados a alguna de las partes implicadas en un proceso de RHA), se creyó conveniente hacerlo dirigido a la población general y no solo a estudiantes universitarios. Por este motivo, a pesar de que la tesis solo pretende recopilar los resultados de estudiantes universitarios de la UdL encuestados, el cuestionario estará validado para futuras investigaciones que quieran realizarse a otro tipo de muestra o segmento de la población.<sup>74</sup>

#### **3.1 Cronograma: fases establecidas para la elaboración y validación de la encuesta**

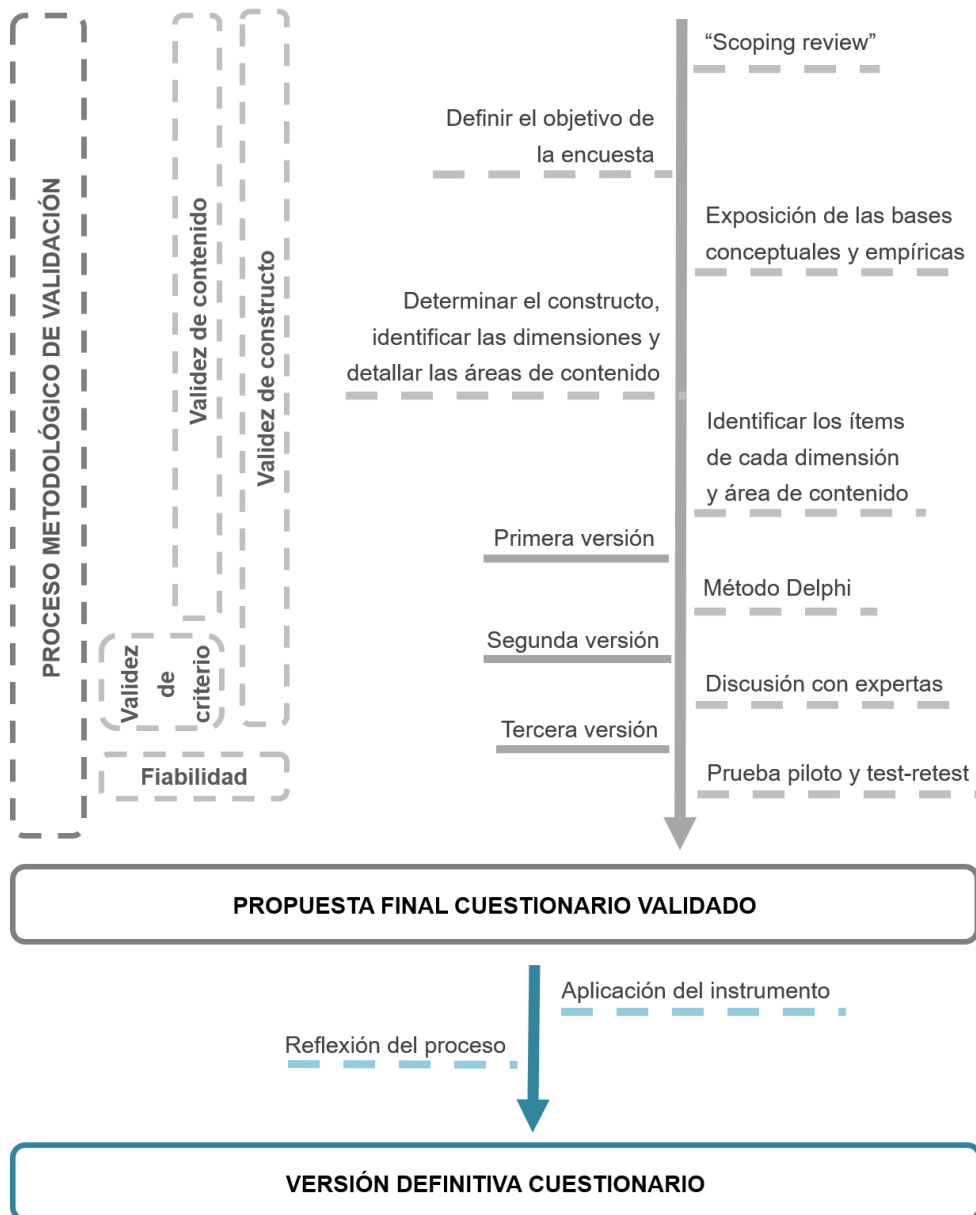
Para la tesis, debido a que la encuesta es una parte compleja, imprescindible y nuclear del trabajo, es importante establecer un método de trabajo concreto. Se marca un cronograma muy esquemático (ver Figura 13) que permite observar la conexión e hilo del trabajo.

---

<sup>73</sup> Este proceso ha sido lento, laborioso y con una curva de aprendizaje enorme por la complejidad de todas las metodologías que requiere tanto a nivel de procedimiento como a nivel de análisis estadístico. Por estos motivos, ha supuesto prácticamente dos tercios del trabajo y dedicación que se ha invertido en esta tesis.

<sup>74</sup> Se consideran partes implicadas en un proceso de RHA, aquellas personas que acuden y se ven inmersas en TRHA, ya sea como donantes, receptoras, o incluso, los niños y niñas nacidos mediante el uso de las técnicas.

**Figura 13:** Diagrama de flujo del proceso metodológico de validación hasta llegar a la versión definitiva del cuestionario



Fuente: Elaboración propia.

Como ya se ha comentado en el apartado de metodología (ver pág. 49), para validar el cuestionario LSP2016, se ha utilizado parte del instrumento EMPRO (247).

A lo largo de este *CAPÍTULO III*, se irán exponiendo y describiendo todas las metodologías empleadas y los resultados obtenidos para llevar a cabo todo el proceso de elaboración y validación, desde el desarrollo del primer borrador hasta la obtención de la propuesta final.

### **3.2 Análisis de la realidad: resultados de la *scoping review***

Antes de empezar con la elaboración de una encuesta propia, se lleva a cabo un análisis de la realidad para comprobar si existe un instrumento que evalúe el mismo concepto que se pretende. En esta tesis, se elige una *scoping review* como metodología y estilo de revisión.

Como ya se ha expuesto en el apartado de *Metodología* (ver pág. 49), se trata de un tipo de revisión de la bibliografía enfocada a realizar una primera evaluación del alcance y evidencia disponible respecto al objeto de estudio. Este tipo de revisión comparte algunas características con las revisiones sistematizadas, ya que ambas son sistemáticas, transparentes y replicables (35).

Del mismo modo, es importante destacar que la *scoping review* no discrimina la bibliografía por su calidad y, por tanto, una de las limitaciones es que no se debe utilizar como base para crear conclusiones ni recomendar prácticas/guías, etc. La causa reside en que estas limitaciones, en lo que respecta al rigor, generan un sesgo (35).

Para ver el proceso de discriminación y selección de la revisión hasta llegar a la selección de 95 artículos y estudios, se debe dirigir a la Figura 2. De las cinco bases de datos en las que se ha consultado, el 71 % de los estudios incluidos son de PubMed (MEDLINE) y aproximadamente el 68 % son de los últimos diez años.

En este apartado, se redactan los resultados obtenidos a partir de la realización de la revisión cuya pregunta de estudio con la que se inicia el método, es la siguiente: ¿qué estudios realizados mediante algún instrumento de medida existen en la bibliografía actual sobre los conocimientos, actitudes, percepciones, opiniones, etc. de la población respecto la donación de gametos para RHA?

Los resultados completos de la *scoping review* se describen en el Anexo 2, aquí se exponen aquellos artículos cuya muestra son personas no expertas (entendiendo también como expertas a las personas implicadas en el proceso y al personal sanitario) y los resultados a nivel global.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Ya que son estos artículos los que más se acercan al instrumento que se pretende diseñar y validar en esta tesis doctoral.

**Tabla 15:** Resumen de los artículos y estudios incluidos, cuya muestra se limita a personas no expertas, en la *scoping review*

Autor y año	Estudio			Instrumento			
	País	Tipo	Muestra	Tipo	Se verifica su validación	Objetivo	Variables
Lyall, Gould, & Cameron, 1998 (248)	Reino Unido	*	219 estudiantes, 260 población general y 238 personas infértiles	Cuestionario	*	Evaluar las actitudes de personas infértiles, donantes de espermatozoides y personas sin relación con los otros 2 grupos referente al pago por donación de espermatozoides.	Actitud ante la donación de espermatozoides para RHA (2 ítems con medición tipo Likert).  Actitud ante la donación de espermatozoides para la investigación (2 ítems con medición tipo Likert).
Chliaoutakis et al., 2002 (249)	Grecia	*	365 adultos entre 18 y 45 años	Cuestionario autocumplimentado	Sí, se parte de un cuestionario ya formado que se adapta y modifica mediante una prueba piloto con 30 individuos que han accedido a la donación de gametos y la subrogación uterina (GDS), y un grupo de expertos. El resultado es la inclusión de 50 variables nuevas al cuestionario original. No se especifica este proceso de validación.	Investigar los indicadores de actitud y su posible relación con la intención de la sociedad de recurrir a la GDS.	Características sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel educativo, profesión, número de hijos, preferencia ideológica, asistencia a la iglesia y conocimiento percibido sobre el GDS.  Actitudes hacia la donación de gametos y subrogación uterina (15 ítems con medición tipo Likert).

A Skoog Svanberg, Lampic, Bergh, & Lundkvist, 2003  (250)	Suecia	*	739 mujeres y 556 hombres	Cuestionario autocumplimentado	Prueba piloto y confiabilidad con alfa de Cronbach	Conocer la actitud de la población sueca respecto a la donación de ovocitos	<p>Características sociodemográficas: edad, nivel educativo, estado civil, fertilidad, si tiene hijos, si es nacido fuera de Suecia, si tiene conocidos con problemas de infertilidad, si han recibido información acerca de la donación de ovocitos antes del cuestionario.</p> <p>Actitudes hacia la donación de ovocitos en general (5 ítems con medición tipo Likert). Informar a la descendencia (6 ítems con medición tipo Likert). Diferentes circunstancias del proceso de donación (6 ítems con medición tipo Likert). Métodos que aceptarían en caso de infertilidad (1 ítem con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Importancia del vínculo genético (4 ítems con medición tipo Likert).</p>
Brett et al., 2008  (20)	Reino Unido	*	166 mujeres	Cuestionario postal	*	Evaluar el impacto en el reclutamiento de donantes de ovocitos si se elimina el	<p>Característica sociodemográfica: edad.</p> <p>Conocimiento sobre donación de gametos como TRHA.</p>



						anonimato de la donación.	Si consideraría la donación si se elimina anonimato.  (2 ítems con opción de respuesta múltiple).
Onah, Agbata, & Obi, 2008 (251)	Nigeria	*	99 hombres y 81 mujeres	Cuestionario semiestructurado autocumplimentado	*	Actitudes de los estudiantes de medicina sobre la donación de espermatozoides.	Característica sociodemográfica: religión (1 ítem).  Razones de la donación de espermatozoides (1 ítem con opción de respuesta múltiple).  Razones para no donar espermatozoides (1 ítem con opción de respuesta múltiple).
Purewal & van den Akker, 2009 (252)	Reino Unido	*	349 mujeres	Entrevista	*	Investigar las actitudes de los pacientes en relación con la donación de ovocitos y evaluar la relación entre la donación y las motivaciones.	Características sociodemográficas: edad, estado civil, estado profesional, hijos, educación, problema de fertilidad y aborto involuntario pasado.  Actitudes sobre la donación (8 ítems).
Stevens & Hayes, 2010 (253)	EE.UU.	*	298 estudiantes universitarias	Cuestionario	*	Estudiar la opinión de jóvenes universitarias respecto a la	Características sociodemográficas: edad, clase social, etnia, religión y lugar de residencia.

donación de ovocitos.

Preguntas sobre preferencias y preguntas de respuesta abierta para conocer la opinión, las preocupaciones o percepciones sobre la donación de ovocitos.

Susan Golombok, Blake, Casey, Roman, & Jadva, 2013 (254)	Reino Unido	*	101 mujeres	Cuestionario autocumplimentado	*	Evaluar el altruismo en la donación de ovocitos entre etnias distintas.	Características sociodemográficas: edad, nivel educativo, ocupación y religión. Situaciones altruistas. (20 ítems con medición tipo Likert).
---	-------------	---	-------------	--------------------------------	---	---	--

Crawshaw & Montuschi, 2014 (255)	Reino Unido	*	79 participantes	Entrevista	*	Evaluar los puntos de vista de los participantes sobre la donación y a la preparación de la paternidad.	Experiencia en el taller (3 ítems con medición tipo Likert). Intervención de psicólogos especializados. (3 ítems con medición tipo Likert). Intervención de especialistas médicos. (3 ítems con medición tipo Likert). Intervención de los mismos participantes. (3 ítems con medición tipo Likert).
-------------------------------------	-------------	---	------------------	------------	---	---	---

\* Sin especificar en el artículo o estudio.

De los 95 artículos incluidos, solo el 8 % son dirigidos a la población general y un 1 % tiene una muestra tanto de población experta como no. De los cuales, el 56 % (5/9) centran su objetivo en las actitudes o los conocimientos de las personas encuestadas.

Además, de todos los artículos, tan solo el 17 % especifican que el instrumento que se utiliza para alcanzar el objetivo que se pretende medir está validado. Y, de los que están dirigidos a población general, el 33 % (que corresponde a dos artículos) están validados mediante una prueba piloto.

### **3.3 Concepto que se pretende medir**

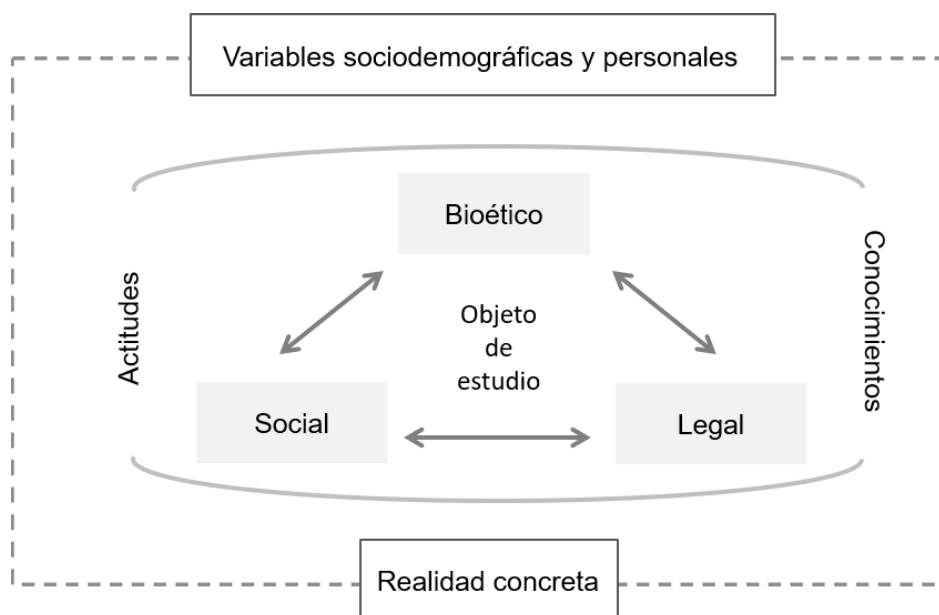
El objetivo de la encuesta es determinar los conocimientos y actitudes frente la donación de gametos para RHA.

Como se pretende llegar a encontrar aquellos significados que ayudan a las personas a generar una actitud u otra frente la donación, se deben establecer unas preguntas básicas de conocimiento y así, conocer cómo influyen estos en la creación de opiniones que condicionarán las “acciones humanas”.

Por tanto, con esta encuesta, se debe afrontar una realidad compleja que requiere la articulación de distintos aspectos y dimensiones fundamentadas. ¿Cuáles son estos aspectos y dimensiones? ¿Cuál es el significado concreto del constructo para abordar esta realidad compleja? Los “aspectos bioéticos, sociales y legales” de la donación de gametos para RHA cuyo objetivo principal es obtener una visión y conceptualización integral para abordar de manera interdisciplinar el fenómeno de la donación incidiendo desde una triple perspectiva: bioética, social y legal. Estas, son disciplinas con un alto impacto en la realidad contextual del fenómeno objeto de estudio (256,257).

Este constructo es clave en esta tesis y se requiere para abordar el fenómeno estudiado. Se asume como una unidad (“ente”) con finalidad propia, con existencia y dinamismo, diferente a la suma de la bioética, el derecho y los aspectos sociales que lo constituyen (ver Figura 14). De manera que se necesita una síntesis de una visión global más que analizar sus componentes individuales. Por tanto, existe una fuerte interrelación e interdependencia de las relaciones que surgen entre estos “aspectos” y las dimensiones que se presenten estudiar (conocimientos y actitudes), creando un potente entramado.

**Figura 14:** Esquema ilustrativo de las bases conceptuales de la encuesta



Fuente: Elaboración propia.

Cada uno de estos aspectos, en este enfoque, no existen por separado, para esta tesis son solo uno y al mismo tiempo. La integración y construcción teórica de este constructo con sus dimensiones es fundamental para:

- Establecer relaciones.
- El óptimo entendimiento y abordaje del fenómeno.
- La verificación de las hipótesis planteadas.

Se habla de un fenómeno único, holístico y multidimensional, de fertilización cruzada de variables sociodemográficas, personales, conocimientos y actitudes. De manera que no se puede reducir la donación, esta realidad, a una sola disciplina, sino a un enfoque inter-multi-transdisciplinar.

Esta triple naturaleza a la que se hace referencia viene desarrollada porque se considera que, al compromiso bioético en la realidad concreta de la donación, se une, por un lado, la perspectiva social y su vinculación con el contexto histórico en que se desarrolla y, por otro lado, la perspectiva jurídica que no puede dissociarse de los aspectos legales vigentes en que se desarrolla.

Se trata, en definitiva, de un constructo bioético, pero también y, sobre todo, social y legal y, por ende, relacional e interrelacional. Ya que, se vincula con las dimensiones cognitivas, de actitudes (comportamientos y creencias), configuradas por las personas en un contexto y tiempo determinados.

Este constructo pone su énfasis en la integración y aplicación de los “aspectos” junto con las dimensiones (conocimientos y actitudes) desde una visión más completa. Cuyo objetivo y base es verificar si las personas tienen un criterio propio fundamentado para

formular razonamientos y opiniones que generen inquietudes que puedan ser llevadas a debate.

A lo largo de este trabajo se revisan las principales conceptualizaciones científicas, los criterios de operacionalización y los avances conseguidos desde este punto de vista y que dan sentido y base a la investigación y busca aproximarse, como instrumento, a la realidad para comprenderla.

Como se ha hecho referencia, se consideran dimensiones de la encuesta, los conocimientos y las actitudes. Ambas dimensiones definidas desde el punto de vista teórico. En este caso, se recurre a la definición de actitud elaborada por Lamberth (258), “una actitud es una ‘respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación con un objeto, que tiene componentes o consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales’”. Por tanto, aunque se hable de “actitud”, también se está refiriendo a los comportamientos, creencias y sentimientos, debido a que son fuentes fundamentales para inferir en estas.

Las variables sociodemográficas y personales, la bioética, el debate social actual y la necesidad jurídica se interrelacionan formando una tupida red con las dimensiones de “conocimientos” y “actitudes”:

**Tabla 16:** Interrelación de las dimensiones, constructo y variables sociodemográficas y personales

		Constructo			
		Aspectos			
		Bioéticos	Sociales	Legales	
Dimensiones	Conocimientos	Ítems de la encuesta			Variables sociodemográficas y personales
	Actitudes				

Fuente: Elaboración propia.

Se lleva a cabo una primera actividad de planificación en la que se identifican las áreas de contenido y categorías necesarias.<sup>76</sup> Se establecen como áreas de contenido: el contexto, las personas donantes, las personas receptoras y el proceso.<sup>77</sup> Y, como categorías: la percepción y la posición.<sup>78</sup> De esta manera, se engloba todo el proceso

<sup>76</sup> En el apartado 3.7 Propuesta final: definición y análisis de los ítems del Cuestionario LSP2016 (CAPÍTULO 1, Parte II), teniendo en cuenta estas clasificaciones se “etiqueta” cada ítem de la encuesta final dentro de su área de contenido.

<sup>77</sup> La estructura de la versión final de la encuesta se ha organizado en estas áreas de contenido.

<sup>78</sup> La definición de percepción según la RAE es “sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”, y “conocimiento, idea”. Y para posición, la RAE indica que es una “actitud o manera de pensar, obrar o conducirse respecto de algo”.

de donación y se llega a qué genera aquello que establece ciertas percepciones que, llegarán a convertirse en posicionamientos.

A pesar de esto, no se pretenden establecer límites, sino enmarcar las bases conceptuales. De manera que, una misma pregunta también puede ayudar a establecer una motivación, una intención, implicación, etc. En este caso, será a través del análisis que realice cada investigador/a el que permitirá alcanzar el propósito.

Incluso, a través de las variables sociodemográficas y personales, se pueden llegar a generar hipótesis sobre diferentes perfiles de la persona encuestadas.

Con la encuesta se pretende ofrecer oportunidades de investigación, por este motivo se realiza con un enfoque narrativo que invite a la reflexión.

### 3.4 Bases conceptuales y empíricas

Una vez se ha definido el objetivo, áreas de contenido y categorías de la encuesta, es necesario fundamentar las bases conceptuales para obtener los pilares esenciales del concepto que se pretende medir y así aislar las áreas de contenido e identificar las variables implicadas.

Por este motivo, se utiliza la *scoping review* y la asistencia a seminarios, debates y congresos para recopilar lo que serán las bases conceptuales de la encuesta y dará lugar a la elaboración del primer borrador.<sup>79</sup>

Las bases utilizadas han sido:

- Preguntas a nivel sociodemográfico o personal y, lo que algunos artículos denominan “historia de infertilidad”:
  - Son múltiples los estudios realizados mediante encuestas a las personas donantes (26,27) y a mujeres o parejas con problemas de fertilidad (259); de ellos se extraen algunos ítems a considerar como: edad, estado civil: casado, conviviendo, divorciado, viudo, soltero; orientación sexual: heterosexual, homosexual, bisexual; nivel educativo; si tienen hijos (“parity”), y si sería donante sin anonimato.<sup>80</sup>
  - Preguntas relacionadas con la RHA y la donación. Si ha sido: donante de gametos o embriones, receptor/a de gametos o embriones; o es una persona concebida mediante gametos o embriones donados.

---

<sup>79</sup> En la encuesta, para ceñirse a su objetivo y temática exacta, se evita tratar la donación de gametos para la investigación (403,404), el aborto (405) y darle un enfoque político (406). Además, a pesar de que tres ítems en sus opciones de respuesta traten indirectamente temas como la GS (407–410) o la selección de sexo (411), no se amplían porque se llegaría a generar un cuestionario demasiado largo y complejo.

<sup>80</sup> Además, para las variables con carácter sociodemográfico, se realizan búsquedas en el INE y en Institut d’Estadística de Catalunya (idescat); además de páginas webs oficiales de diferentes universidades para determinar los ámbitos de estudio.

- Preguntas precedentes:
  - De dónde se obtiene la información (260): periódicos, revistas, televisión, radio, etc.

Teniendo en cuenta las revisiones y el concepto de la encuesta, se considera relevante incorporar ítems en referencia a:

- Conocimientos básicos legales sobre las TRHA y, más concretamente, la donación de gametos para la RHA.
- Actitudes frente a las TRHA. Se plantean cuestiones alrededor de temas controvertidos como:
  - Cómo debería ser la donación (27,28,261): anónima, identificativa: con o sin contacto con las personas nacidas por donación, remunerada, o no remunerada.
  - Quién debería tener acceso a recibir un tratamiento de RHA (259): solo parejas heterosexuales, parejas homosexuales de mujeres, parejas homosexuales de hombres (a través de la GS), RHA para mujeres solas con espermatozoides de donante anónimo de manera que no sea posible atribuir la paternidad al donante, RHA para mujeres solas solo si el donante de esperma da su consentimiento para ser el padre legal de la persona que nace por donación. O incluso, el límite de edad para recurrir a RHA.
  - Referentes a la información (259,262,263):
    - Derecho de la persona concebida por donación a conocer la identidad del donante de esperma.
    - Derecho de la persona concebida por donación de embriones a conocer la identidad de las personas donantes.
    - Los donantes de gametos deberían recibir información de la persona nacida mediante su donación.
    - Los padres/madres, tienen el deber de informar a sus hijos sobre el uso de TRHA.
    - Obtener información no identificativa.
    - Tipo de información de la persona donante: su salud y la de su familia, nivel educativo, raza, personalidad, peso, altura, color de ojos, etnia, pelo, temperamento, intereses, tipo de cuerpo, rasgos faciales, tono de piel, tipo de pelo, religión, profesión, lugar de residencia, inteligencia, hobbies/intereses, si fuman/beben alcohol o si han consumido narcóticos, estado civil, nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, etc. (142–144,264,265).
- Actitudes frente a la persona donante y a la persona concebida mediante la donación.
  - Motivaciones para donar gametos (201,211): para ayudar a otros, por motivos económicos, para hacer algo valioso, para procrear, para que se

hereden los genes, para ayudar a otros a disfrutar de la paternidad y maternidad, porque no quiero tener hijos/as propios, porque por motivos de homosexualidad ha decidido no tener hijos/as propios, porque son gametos excedentes del propio tratamiento de fertilidad, debido a un programa de fertilidad de compartir ovocitos, porque los espermatozoides se malgastarán de todos modos, porque no hay razón para no hacerlo, para confirmar su fertilidad, porque está soltero, por no tener pareja con la que tener descendencia, porque familiares y amigos han tenido experiencias de infertilidad y/o han utilizado gametos de donante, porque sus parejas son infértiles o tienen problemas de fertilidad, o por ningún motivo.

- Relación entre la persona donante y la concebida (167,201): ningún tipo de relación, un vínculo genético, como otra persona más, como un miembro de la familia lejano, como una relación especial (un buen amigo) o como el propio hijo/a.
- Preocupaciones (201): tener hijos/as que nunca verán o conocerán, preocuparse por su bienestar, tener posibles consecuencias legales y económicas, querer contactar y no poder, cómo se sentirán sus propios hijos/as, que el número de personas concebidas sea mayor que lo que desean, ser contactados, que cambie la ley que puedan identificarles, cómo se sentirá su futura pareja sentimental, que otras personas cuiden a sus hijos/as genéticos, no saber cómo se sentirán en un futuro, qué pensarán sus padres y familiares si lo saben.
- Implicación y responsabilidad de las personas donantes después de la donación.
  - Formas de contacto entre las personas donantes y las personas nacidas por donación (28): conocerse y tener algún tipo de contacto; tener una relación cercana o personal (pasar tiempo juntos, o bien, formar parte de su vida diaria).
  - Ayudar económicamente a las personas nacidas por donación (28).
  - Conocer las repercusiones legales, médicas y emocionales de ser donante (146).
  - La donación no es un único acto, sino que conlleva ciertas responsabilidades hacia las personas concebidas y sus familias (129,266).
  - La donación no implica para la persona donante ningún derecho o deber legal para cuidar a la persona concebida (146).
  - Los centros y donantes tienen una relación moral única que no termina con la adquisición de los gametos. La evolución de las tecnologías médicas, las leyes y los estándares sociales



requerirán la reevaluación de esta relación durante toda la vida de las partes involucradas (146).

- Motivos por los que querer conocer a la persona donante (267): evitar riesgos médicos y relaciones de consanguinidad, completar la historia de vida personal, conectar con las propias “raíces”, entender de dónde provienen ciertos rasgos, descubrir características y habilidades, rectificar algo mal hecho, generar un árbol genealógico.
- Derecho de las personas concebidas por donación a conocer sus orígenes (28,116,142,156,161):
  - Actitudes entre las partes implicadas.
  - Por qué y cuándo informar de la naturaleza de su concepción (116,142,168–170,268):
    - Por qué: para no tener secretos familiares, ser abiertos y honestos, porque su entorno social conoce la realidad, es importante para sus hijos/hijas saberlo, para que forme parte de su vida de una manera natural, por el derecho a conocer sus orígenes, por motivos de posibles riesgos hereditarios o porque la descendencia sabe que es especial.
    - Cuándo: de manera gradual, pronto, cuando entienda la información, cuando la pareja se sienta segura, o cuando la descendencia sienta curiosidad.

### **3.5 Desarrollo del primer borrador**

Para la elaboración de la primera propuesta y posteriores modificaciones de la encuesta se tienen en cuenta otros factores como: el contexto de la encuesta y los recursos disponibles.

Con el contexto de la encuesta se refiere al nivel social, económico y cultural de la población a la que va dirigida y que, por tanto, es esencial que se tenga en cuenta en la redacción de las preguntas.

Teniendo en cuenta que se está elaborando la encuesta para la población general, aunque en la tesis solo se trabaje con universitarios y estudiantes de formación profesional mayores de edad, es importante que la redacción de las preguntas atienda a las necesidades de información del trabajo, pero también a que los encuestados puedan responder de forma fácil y precisa. Por este motivo se valora (269):

- El nivel de comprensión del lenguaje utilizado en el cuestionario.
- El grado de conocimiento sobre el tema en la encuesta.

Partiendo de la realidad, se valida la encuesta para la población general, es decir, el grado de similitud, a nivel de los dos puntos a tener en cuenta, entre las personas es mínimo. Cada uno parte de unas experiencias completamente diferentes lo que hará que sus conocimientos y actitudes frente al ámbito de estudio de la encuesta sean, de

la misma manera, desiguales. Además, en un tema como la RHA y la donación de gametos, el contexto y el tiempo exacto en el que se lleve a cabo el trabajo de campo condicionará las “acciones humanas” de los encuestados.

De manera que se han formulado las preguntas para que puedan ser leídas y comprendidas por el mayor número de encuestados. En la elaboración de cuestionarios se debe presentar especial atención en la redacción de las preguntas (270). Para ello, se utilizan términos que posiblemente científicamente no sean del todo correctos, pero que sí que estarían dentro de los parámetros de comprensión de la mayoría. Algunos ejemplos utilizados son: “óvulo” (para referirse a “ovocito”), “semen” (espermatozoides) y “donación de óvulos y semen” (donación de gametos).

Para facilitar la lectura y comprensión, se evita el uso de ambos sexos cuando se refiere a personas. Por ejemplo: se habla de “niño” o “hijo” cuando se puede referir tanto a niños o hijos como niñas o hijas (en referencia a la descendencia nacida mediante la donación de gametos); se utiliza “el donante” (para referirse solo al sexo masculino y a ambos). Del mismo modo, se evita el uso de “y/o”, es decir, cuando se refiere a “espermatozoides y/u ovocitos” se utiliza “semen u óvulos”.

Otro factor que se ha tenido en cuenta es que las respuestas son anónimas y la encuesta se autocumplimenta para poder abordar preguntas comprometidas que dependen fuertemente de estas condiciones.

Por lo que se refiere a los recursos disponibles, entran en juego muchos factores para determinar el número de preguntas de la encuesta. No se ha tenido solo en cuenta cuántas son necesarias para obtener una medida adecuada de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta, sino también que no derive en mucho tiempo de respuesta, que no sea necesario que el encuestador aporte información y que el formato de la encuesta invite a su lectura y autocumplimiento. Se redactan las preguntas lo más concretas, relevantes y fáciles de entender por los encuestados posible (271).

A partir de estas premisas, del concepto que se pretende medir y de las bases conceptuales y empíricas, se elabora un primer borrador (ver Anexo 3). Esta propuesta consta de 28 ítems, 11 de los cuales son variables sociodemográficas o personales. A pesar de tener 28 ítems, hay más preguntas, ya que algunos de estos ítems tienen preguntas integradas. El formato de las preguntas es variable: 27 tienen opción de respuesta múltiple (cerrada), 1 pregunta abierta, 6 opciones de respuesta en formato tabla; incluso dos de las preguntas dejan opciones abiertas de respuesta.

### 3.6 Validación del Cuestionario LSP2016

Para demostrar la validez de la encuesta, se han llevado a cabo diferentes metodologías que han permitido validar: el constructo, el contenido y el criterio (272–278).

- ¿Cómo saber si el contenido del instrumento refleja un dominio específico de lo que se pretende medir? Para validar que los ítems de la encuesta son representativos de dominio de contenido que se desea medir, se ha realizado una búsqueda bibliográfica y se ha asistido a jornadas y congresos que donde se debaten contenidos del objeto de estudio. Después, se ha realizado el método Delphi.
- ¿Cómo saber si el instrumento está a la altura de sus pretensiones teniendo en cuenta su objetivo? En este caso, teniendo en cuenta la definición del constructo, “construcción teórica”, se ha pedido a los expertos, tanto del método Delphi como de la Discusión, que valoren si el instrumento mide el constructo correctamente. Finalmente, se realiza el cálculo estadístico del coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de concordancia W de Kendall (279) para medir la homogeneidad en la respuesta de las expertas (280–282).
- ¿Cómo saber si el grado de precisión de las definiciones de las hipótesis, objetivo, constructo y dimensiones es suficiente? Una herramienta es la “validación de criterio”. Esta validación se acostumbra a realizar comparando la encuesta con otras ya validadas cuyo parte de constructo y, por tanto, medición coincida. Para ello, se recurre a la discusión con expertas.

Además, para evaluar su estabilidad y confiabilidad, se lleva a cabo una prueba piloto y test-retest. En este caso, se utilizan como pruebas estadísticas el coeficiente Kappa de Cohen y el coeficiente de correlación de Spearman (273).

#### 3.6.1 Método Delphi

Para la validación del contenido de la encuesta, se ha realizado la técnica Delphi con un conjunto inicial de 16 expertos. Los participantes son quienes evalúan el grado en que el instrumento refleja el dominio específico a medir, la equivalencia temática cultural (276), la pertinencia, relevancia, claridad e utilidad de los ítems (283). Este método, creado en 1948, permite por lo tanto, obtener la opiniones de las personas expertas de manera sistematizada, anónima, controlando el *feedback* y realizando análisis cualitativos y cuantitativos (282,284).

Esta metodología consta de un número específico de pases (o fases) para la valoración de la encuesta por parte de los expertos. Esta establecido que 3 fases son suficientes para una correcta valoración, pero se puede alargar un máximo de 5. De manera que, se realizan múltiples revisiones del instrumento por el mismo sujeto con la intención de discutir y valorar el contenido y diseño técnico del cuestionario; de sus opiniones, finalmente, se llega a un consenso.

Para preparar este método y obtener mayor solidez en el proceso de validación se establece la necesidad de:

- Contar con un panel entre 7 y 15 expertos de manera que se establezcan las respuestas a cada uno de los ítems (285,286).
- Justificar por qué han sido elegidos los expertos y sea en base a los criterios de experiencia en el campo de estudio, su formación académica y/o científica, las publicaciones sobre la materia, etc. en definitiva, deben adecuarse a la materia objeto de estudio.

Se trata de un método dinámico, donde la comunicación es clave para llegar a un consenso. De manera que se establecen diferentes emails de contacto y se prepara un documento, para cada una de las fases, con una breve explicación y los ítems y variables a evaluar con una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta.

Se elige codificar el grado de conformidad en 6 opciones para evitar que se responda de manera estereotipada. Likert (1932) recomendó que la mitad de los valores representen actitudes positivas o favorables (en este caso, los valores del 4 al 6), y la otra mitad constituyan actitudes negativas o desfavorables (valores del 1 al 3). De manera que no se utiliza una categoría central, así se fuerza a los participantes indecisos hacia un polo (de acuerdo o en desacuerdo) y se evita que se seleccione un punto medio por razones diferentes de cuál es su posición en la actitud medida (285,287,288).

**Tabla 17:** Valores, según el grado de conformidad, en una escala tipo Likert

1	2	3	4	5	6
Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo

### 3.6.1.1 Muestra: panel de expertas

En la tesis, se contacta con 18 personas expertas, sobreestimando la solicitud de participación, pensando que en posibles descartes por falta de disposición a participar o por no responder en los plazos marcados. Además, se categorizan sus perfiles (ver Tabla 19) en:

- Profesionales involucrados directa o indirectamente con la RHA desde diferentes puntos de vista y disciplinas (jurista, psicólogos, periodista, biólogo, embriólogo, filósofo, genetista y médicos): categoría RHA.
- Profesionales con conocimientos más metodológicos, pero que a su vez tienen formación sobre temas bioéticos o de salud: categoría MET.

- Personas implicadas en el proceso de donación para RHA: categoría PID<sup>81</sup>.

Como se describe a continuación, finalmente, participaron 16 personas expertas de las 18 seleccionadas inicialmente (ver Figura 15). De estas 16, trece pertenecen a la categoría RHA y MET, siendo, a nivel académico, el 92%, como mínimo, doctoras.

Con todos ellos se realiza un primer contacto vía email introduciendo (ver Anexo 4): quién soy y breve explicación de esta tesis; de qué nos conocemos/dónde hemos coincidido (si se da el caso y personalizándolo para cada uno de ellas); explicación de por qué me pongo en contacto y objetivo de su participación; breve referencia a por qué considero que su formación es importante (personalizado); mi disposición a vernos para explicarle más en profundidad la metodología con mi contacto; y la condición de confidencialidad.<sup>82</sup>

A las 16 personas expertas que sí que aceptaron la invitación, se les envía un segundo email (ver Anexo 5), en el que se expone: mi agradecimiento por esta primera aceptación; información más concreta sobre el instrumento que se pretende validar e información sobre el proceso metodológico de la técnica Delphi; y las condiciones de confidencialidad.<sup>83,84</sup> Como respuesta a este segundo correo electrónico en el que se les solicita la confirmación o negativa de su participación, se genera un grupo de 16 personas expertas.<sup>85</sup>

Finalmente, y variando ligeramente las fechas que se les proponía en el segundo correo electrónico, se llevan a cabo las fases entre el 20 de abril y el 17 de junio (ver Tabla 18).

---

<sup>81</sup> Con PID se hace referencia a “Personas Implicadas en el proceso de Donación”.

<sup>82</sup> Con la mayoría de las personas expertas, además de tener este primer contacto vía email, también se les realiza una llamada telefónica para poder explicar verbalmente el contenido del correo electrónico. Incluso, con 4 de ellas se marca una fecha para vernos presencialmente, en estos casos, soy yo, como principal interesada, la que se desplaza. Este primer contacto tiene como inicio el 29 de marzo del 2016 y se obtiene una respuesta por parte de todas ellas, como muy tarde, el 18 de abril del 2016 (a excepción de una de las expertas, que se alarga hasta el 27 de abril del 2016).

<sup>83</sup> Se les envía el email a 16 de las 18 personas expertas iniciales porque: una descarta participar por falta de tiempo en su día a día, lo que repercutiría a una nula implicación con el proceso; y por la ausencia de respuesta de otra de las expertas (que contestó unos días más tarde).

<sup>84</sup> El envío de este segundo correo electrónico y la posterior respuesta positiva o negativa a la participación se llevó a cabo entre el 29 de marzo del 2016 y el 18 de abril del 2016, a medida que iba obteniendo la respuesta al primer email. Con una excepción, ya precedida del retraso del primer correo electrónico, que se alargó hasta el 29 de abril y, por lo tanto, se unió a la primera fase más tarde.

<sup>85</sup> Una de las expertas, en este caso se trata de una persona implicada en el proceso de donación de gametos para la RHA, prefiere no participar por miedo a que se vulnere el anonimato durante el proceso de redacción de la tesis o posterior divulgación científica. A pesar de todas las explicaciones que se le ofrecieron respecto las repercusiones legales negativas que tendría para la investigación tal vulneración, prefirió no participar.

**Tabla 18:** Planificación prevista y real de cada una de las fases del método Delphi y el número de expertos que participan durante el año 2016

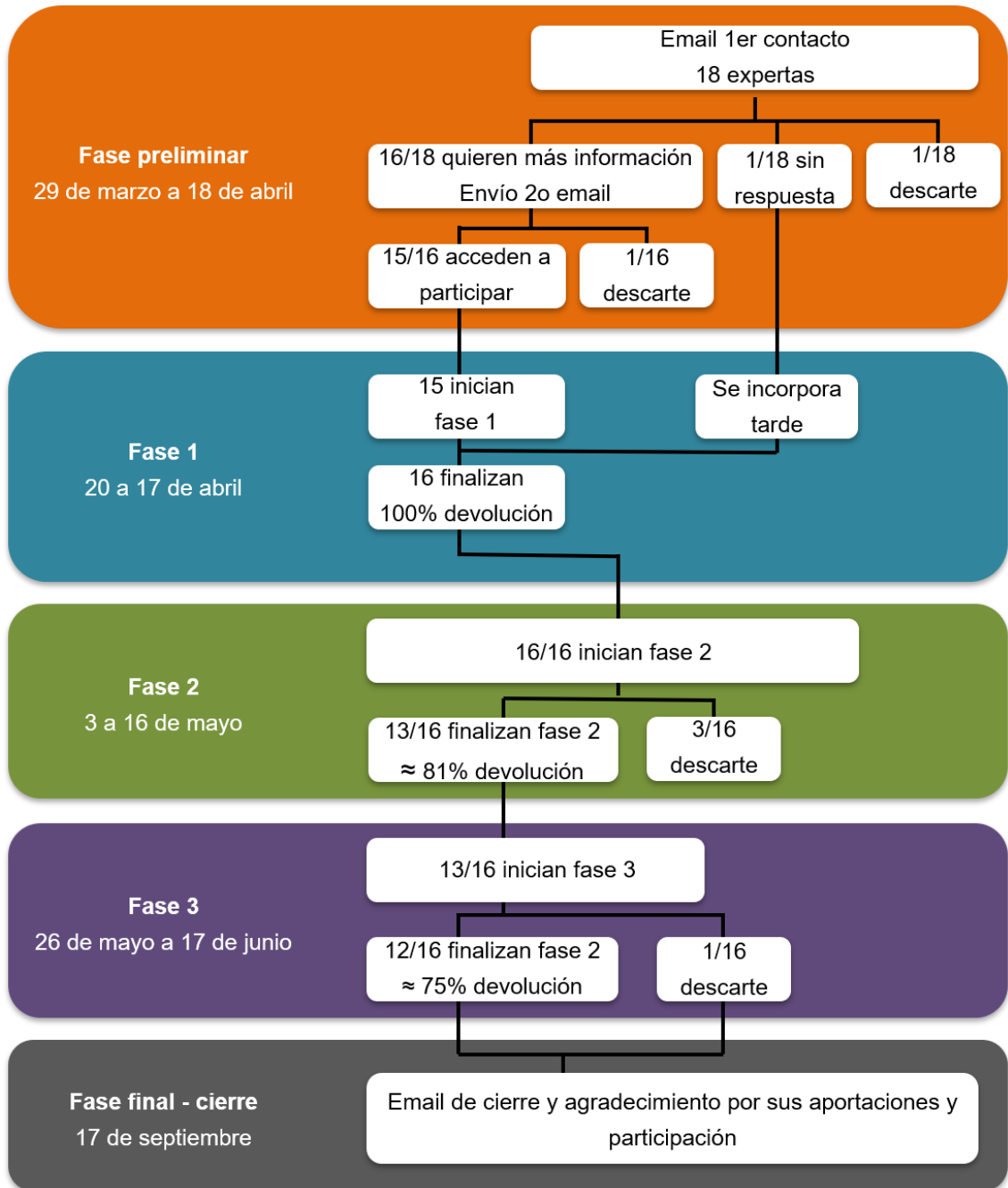
Fase	Inicio y fin (previstos)	Inicio y fin (reales)	Número de expertas
1	20 al 27 de abril	20 al 27 de abril	15 de 15
2	2 al 9 de mayo	3 al 16 de mayo	14 <sup>86</sup> de 16
3	11 al 18 de mayo	26 de mayo al 17 de junio	13 de 16

El proceso de comunicación ha sido continuo, no solo en el primer periodo de convocatoria, sino durante todo el desarrollo. Se ha reflejado el cronograma en un diagrama de Gantt (Gráfico 32). Por ejemplo: durante la primera fase, se envía un email con el recordatorio de entrega; durante la segunda fase recibo email con la petición de retrasar la fecha de entrega por parte de algunas expertas y por este motivo, se decide enviar un email a todas las participantes comunicando el retraso de la fecha; y, por último, debido a este retraso en la fecha de entrega, se pospone el inicio de la tercera fase. El 17 de septiembre del 2016, se cierra el proceso metodológico presentando todos los cambios a las participantes con un email de agradecimiento por su participación y aportaciones para la validación del contenido de la encuesta (ver Anexo 6).

---

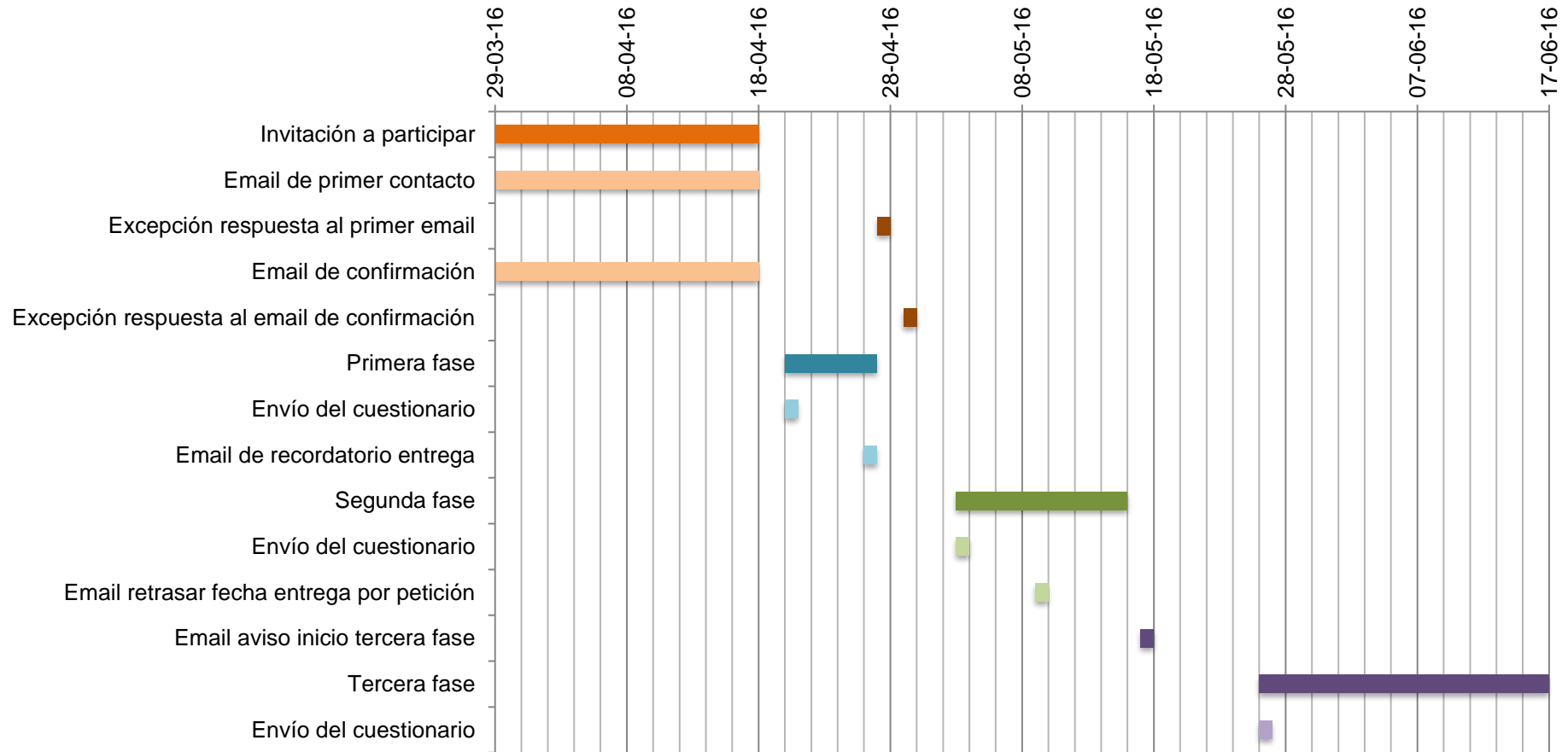
<sup>86</sup> Tres de las expertas que participan en la entrega de la primera fase deciden dejar de participar cuando reciben el cuestionario en la segunda fase por falta de tiempo. Pero, como se ha ido comentando en notas anteriores, una de las expertas contestó con retraso a los emails de convocatoria y se incorporó tarde a la fase 1 (previamente a su incorporación, nos vimos presencialmente y se le comentó cómo había ido la fase 1, ella decidió participar con menos tiempo, para que se le pudiese incorporar en esta primera fase).

**Figura 15:** Esquema representativo de las fases del método Delphi y la participación por parte de las personas expertas



Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 32:** Diagrama de Gantt del proceso de comunicación y duración de las fases durante el método Delphi desde el 29 de marzo del 2016 hasta el 17 de junio del 2016



Fuente: Elaboración propia.



Finalmente, el grupo de personas expertas que aceptaron involucrarse en todas o alguna de las fases durante la técnica Delphi ha sido de 16 participantes, a continuación, se especifica su perfil profesional sin entrar en detalle para mantener su anonimato (ver Tabla 19).<sup>87</sup>

**Tabla 19:** Perfil profesional del grupo de expertas que han participado en el método Delphi

Experto	Categoría	Perfil profesional
1	RHA	Doctora en Psicología, con una trayectoria profesional como psicóloga de más de 35 años, de los cuales, 25 son dedicados al campo de la reproducción y usuarios que acuden a TRHA. Autora de diversas publicaciones, participación en diversos congresos y jornadas como ponente invitada, y fundadora de una asociación en el ámbito de la RHA.
2	RHA	Periodista, escritora y doctora en Psicología, ha dedicado sus investigaciones en psicología social en la adopción y las estrategias reproductivas en España. Tras dedicar más de una década al periodismo, lleva más de 5 años como investigadora, participando en diversos proyectos a nivel nacional, con múltiples publicaciones y conferencias, impartiendo cursos y talleres formativos a profesionales y familias.
3	RHA	Catedrática de Biología Celular, con más de 30 años como especialista en reproducción. Presidente de comités, coeditora jefe de una revista, miembro de diversos grupos y profesora en el campo de la reproducción, la embriología, la ética y el derecho. Durante su trayectoria ha participado en congresos, ha sido responsable de diferentes proyectos de investigación y ha publicado múltiples artículos en revistas internacionales (con más de 1.438 citas), libros, capítulos, etc.
4	RHA	Doctora en Biología. Directora en grupos de investigación, miembro, experta y docente en el ámbito de la genética, la biomedicina y la bioética. Autora de libros, artículos en revistas científicas internacionales, acumulando más de 1.000 citas, y obras divulgativas con un lenguaje sencillo y a la vez riguroso para acercar la ciencia, desde un punto de vista del campo de la genética, a la sociedad.

<sup>87</sup> Se decide utilizar como género gramatical el femenino (refiriéndose a “la persona”) para describir la trayectoria profesional de todas las expertas que han participado en el Delphi, tanto para mujeres como hombres, y así evitar la posible identificación y mantener el anonimato. De la misma manera, no se describen con exactitud sus trayectorias profesionales y académicas.

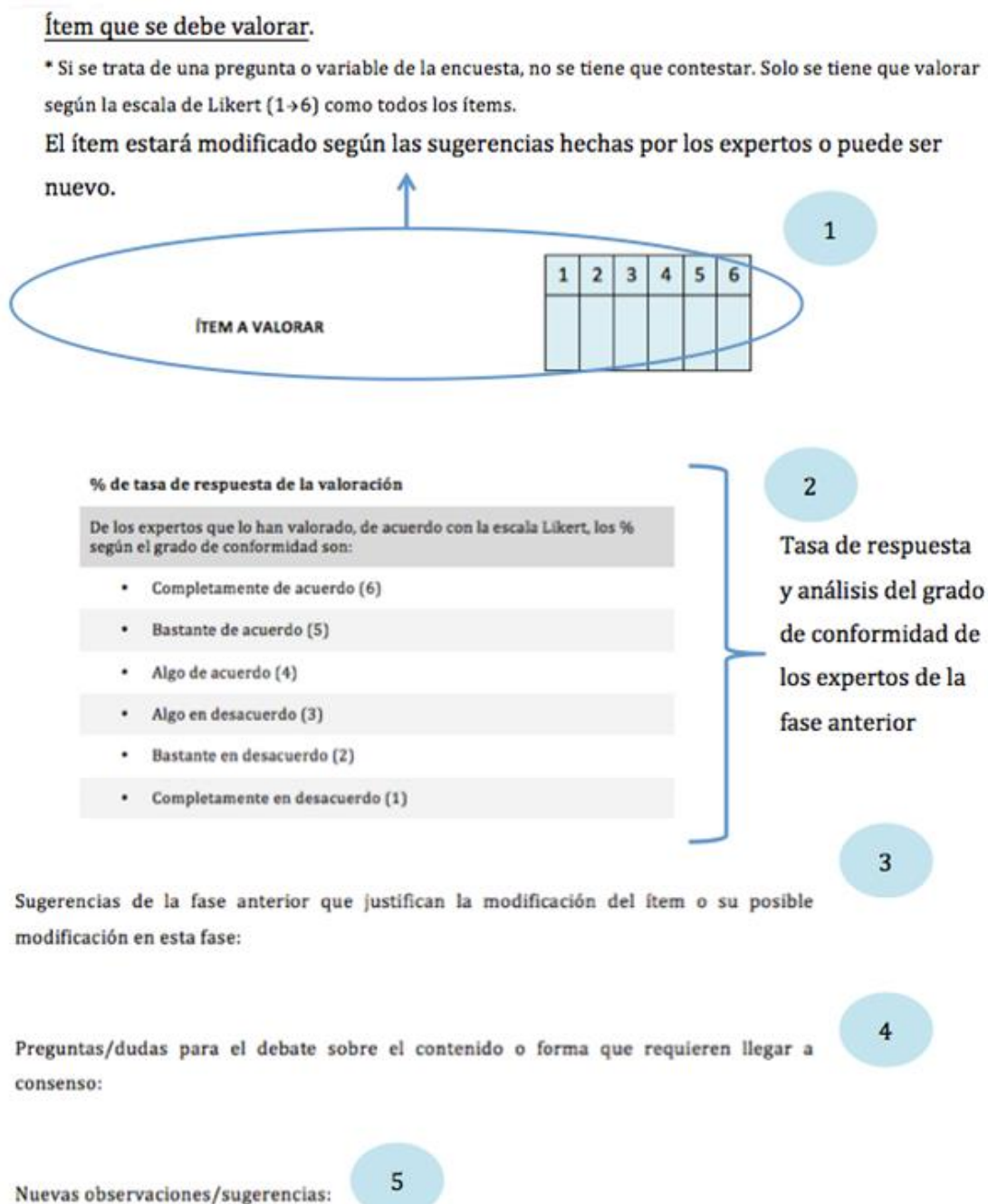
5	RHA	<p>Doctora en Medicina, con más de 45 años de experiencia, y profesora de Obstetricia y Ginecología. Miembro y experta activa en grupos de RHA, participó como asesora en el desarrollo de la ley de reproducción asistida (1988) y en comités de bioética. Acumula varias publicaciones en revistas internacionales, libros y capítulos de libro. Ha participado como presidente en varios congresos organizados por grupos influyentes en reproducción (como la ESHRE).</p>
6	RHA	<p>Doctora en Medicina, se licenció en Medicina y Cirugía, y posteriormente en Psicología. Ha participado como miembro de diferentes grupos del ámbito de la medicina y la bioética. Docente, organiza cursos y es autora de varios artículos de revistas científicas, libros y capítulos de libro, siempre como defensora de la medicina haciendo bioética.</p>
7	RHA	<p>Doctora en Derecho inmerso en la defensa y regulación de la GS. Jurista y docente formada en la disciplina bioética, tiene varias publicaciones dentro del campo de las TRHA, la GS y los derechos humanos.</p>
8	RHA	<p>Doctora en Biología y embrióloga con más de 20 años de experiencia, es co-directora del laboratorio de embriología de una importante clínica de RHA. Ha formado parte fundamental en la junta directiva o comité de los grupos más relevantes sobre TRHA como, por ejemplo, ASEBIR y ESHRE.</p>
9	RHA	<p>Psicóloga y psicoterapeuta. Con 8 años de experiencia como directora, coordinadora, docente y miembro de grupos de interés, de másteres, postgrados y fundaciones relacionados con la psicología y especializados en adopción, postadopción, parentalidad, orígenes y RHA. Es un miembro activa de la SEF.</p>
10	RHA	<p>Catedrática en Filosofía. Con unos 25 años de experiencia en la profesión académica como docente, ha dirigido la Cátedra de Ética, ha sido miembro del grupo de investigación de ética y filosofía, y ha sido vocal y miembro de diferentes comités de bioética. Autora de diversas publicaciones, artículos, libros y capítulos de libros, y ponente en seminarios y congresos.</p>
11	MET	<p>Doctora en Medicina y Cirugía, epidemióloga, nefróloga y formada en Bioética y Derecho, acumula más de 150 artículos de investigación. Con más de 20 años de experiencia laboral como epidemióloga. Forma parte de comités de ética, imparte docencia en el área de la bioética y participa en publicaciones en este mismo ámbito.</p>

12	MET	Doctora en Medicina y Cirugía, médica experta en salud pública con una trayectoria de más de 25 años en el ámbito sanitario. Docente y asesora de investigación y bioestadística de la OPS/OMS, ha colaborado con organizaciones no gubernamentales y asociaciones. Es defensora de una medicina moderna, humanizada y científica. Autora de diferentes artículos y publicaciones de libros en el campo de la salud pública y la bioestadística.
13	MET	Doctora en Economía, licenciada en economía y matemáticas. Experta en estadística, es investigadora principal de diferentes proyectos de investigación y acumula más de 6.000 citas en más de 200 artículos de revistas científicas. Docente dedicada a la estadística y la investigación operativa en el ámbito de las ciencias médicas y de salud.
14	PID	Madre soltera con un hijo/a nacido mediante espermatozoides de donante y TRHA.
15	PID	Madre con pareja homosexual con un hijo/a nacido mediante espermatozoides de donante y TRHA.
16	PID	Donante de ovocitos.

Inician la fase 1 del método Delphi un grupo de 15 expertos, pero finalmente son 16 los que aceptan participar de forma voluntaria en todas o algunas fases con el objetivo de llegar al consenso del grupo (que suele estabilizarse a partir de la tercera ronda) para la validación de contenido y constructo del instrumento LSP2016.

A las personas expertas se les proporciona información sobre: el objetivo del método, la metodología que se seguirá para la validación de toda la encuesta la finalidad de elaborar y diseñar dicha encuesta, su objetivo, el perfil de las personas que están participando en la técnica y qué se espera de estas valoraciones. Además, se presenta el ítem a valorar con la escala tipo Likert y a partir de la segunda fase, se muestran los porcentajes de respuesta para cada una de las valoraciones, la justificación de la modificación o posible cambio, algunas preguntas o dudas para el debate y un espacio para nuevas sugerencias u observaciones (ver Figura 16).

**Figura 16:** Guion y esquema de cada uno de los ítems que se deben valorar



Fuente: Elaboración propia.

### 3.6.1.2 Tratamiento de los datos y análisis estadísticos

Las personas expertas, aparte de redactar un comentario para cada uno de los ítems en cada fase, valoraban globalmente, según su grado de conformidad (con una escala tipo Likert del 1 al 6): el planteamiento, análisis semántico, necesidad y pertinencia del ítem (considerando como ítem a la frase o pregunta con sus respectivas posibilidades de respuesta). A partir de estas devoluciones, se ha hecho un triple análisis.

La valoración cualitativa de los comentarios se realiza ítem por ítem y se devuelve a las expertas una reflexión con el consenso y/o diferencias justificando las modificaciones, correcciones, anulaciones o incorporaciones de los ítems para cada una de las fases. Además, en todas las fases, se realiza un análisis estadístico descriptivo de las puntuaciones según su grado de conformidad (escala Likert) y la tasa de devolución para cada uno de los ítems. Para el cálculo de porcentajes del grado de conformidad se dicotomizan dichas opciones en: desacuerdo (valores del 1 al 3) y en acuerdo (del 4 al 6); y se realiza en base a las personas expertas que sí lo han valorado.

En la tercera fase, se realizan dos pruebas estadísticas para demostrar la consistencia interna y acuerdo entre las opiniones de las personas expertas. Esta consistencia interna se lleva a cabo mediante el cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach, con el programa estadístico software R (42), versión 3.5.1 (02-07-2018), y los paquetes “mice” (289) y “psych” (290).<sup>88</sup> Para demostrarla, se valora de acuerdo con los criterios de George y Mallery:

**Tabla 20:** Criterios de George y Mallery

Resultado	Interpretación
Coeficiente alfa > 0,9	Excelente
Coeficiente alfa > 0,8	Bueno
Coeficiente alfa > 0,7	Aceptable
Coeficiente alfa > 0,6	Cuestionable
Coeficiente alfa > 0,5	Inaceptable

Fuente: Adaptado de George y Mallery (291).

---

<sup>88</sup> Se utiliza el paquete “mice” del software R porque la muestra de valoraciones de la que se dispone en la fase 3 tiene algunos valores “Not Available” (NA), es decir, ítems sin valoración por alguna de las personas expertas. A causa de estos *missings* cuando se realiza la tabla de correlación con el paquete “psych” aparece error. De manera que, para evitarlo, se realiza una predicción sobre las medias para obtener el valor más exacto posible (imputación de *missings*). Para optimizar el resultado, se determinan 50 iteraciones en 5 muestras diferentes y un “seed” de 500.

Este primer análisis se realiza a nivel global con todos los ítems valorados y agrupándolos por dimensiones: conocimiento, actitud y variables sociodemográficas y personales.

La segunda prueba a nivel cuantitativo es el coeficiente de concordancia W de Kendall (43). Se realiza con el mismo programa estadístico software R (42), versión 3.5.1 (02-07-2018), pero en este caso, con el paquete 'irr' (292). Su interpretación se realiza de acuerdo con los siguientes criterios:

**Tabla 21:** Interpretación del coeficiente W de Kendall

W	Interpretación
$W \leq 0,3$	Débil
$0,3 < W \leq 0,5$	Moderada
$0,5 < W \leq 0,7$	Buena
$W > 0,7$	Fuerte

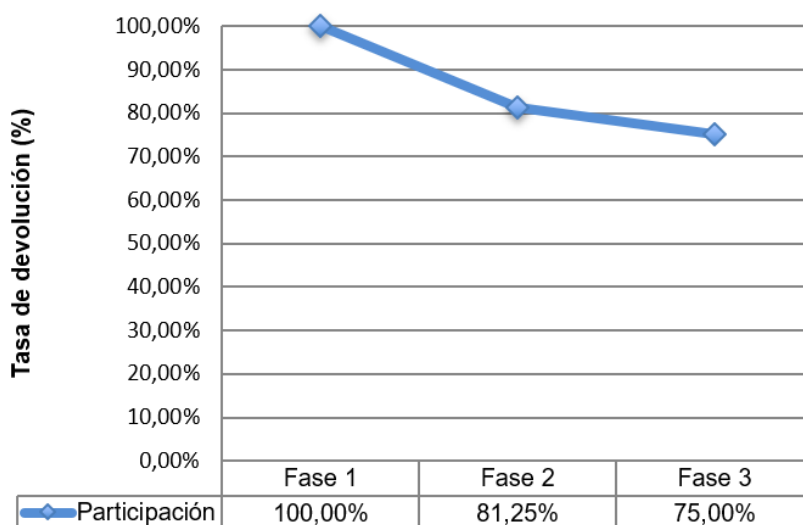
Fuente: Traducido de Cafiso, Di Graziano y Pappalardo (282).

Para este segundo análisis, se agrupan los ítems por dimensión y por área de contenido. También se agrupan por separado las variables sociodemográficas y las personales.

### 3.6.1.3 Resultados del proceso

La participación durante la metodología ha ido disminuyendo, pero la tasa de devolución, desde el inicio hasta el cierre ha sido superior al 75% (ver Gráfico 33).

**Gráfico 33:** Tasa de devolución del cuestionario por parte de las personas expertas en cada una de las fases del método Delphi



Como ya se ha comentado, inician la primera fase 16 expertas, pero en la segunda fase, aunque la inician las 16, tres de ellas (“experto.categoría” según la Tabla 19: 7.RHA, 13.MET y 16.PID) deciden no hacer la devolución por cuestión de tiempo y trabajo. En la tercera fase, son 13 las expertas que inician el proceso, pero una de ellas (5.RHA) no entrega la devolución, en este caso, sin informar sobre los motivos.

A continuación, se presentan (ver Tabla 22) los cambios realizados en la encuesta durante todo el método Delphi donde, para cada uno de los ítems, se redacta un campo de observaciones mostrando comentarios de las personas expertas y reflexiones propias derivadas de dichos comentarios, es un símil a una discusión).<sup>89</sup>

El orden de los ítems de la primera fase marca, en la tabla, el orden que seguirán los siguientes ítems de la fase 2 y 3 para que se pueda observar más rápidamente la evolución de cada una de las preguntas y posibles respuestas. Es decir, la fase 2 y 3, tienen los ítems desordenados, si se quiere conocer el orden real, se debe mirar el número del ítem.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> En esta tabla se muestra la encuesta de la misma manera que se les envió a las personas expertas, con todos los errores a nivel gramatical, análisis semántico y de sintaxis.

<sup>90</sup> Se mantiene esta coherencia durante todos los resultados del método Delphi.

**Tabla 22:** Descripción y justificación de los cambios con las observaciones que han hecho las personas expertas, desde el borrador inicial de la encuesta utilizado en la fase 1, hasta el segundo borrador de la encuesta, derivado de la fase 3 de la técnica Delphi

nº	Fase 1	Fase 2	Fase 3
	Descripción del ítem y observaciones	Descripción del ítem y observaciones	Descripción del ítem y observaciones
1	<p><b>Ítem 1</b></p> <p>Marca la respuesta elegida mediante una X en la casilla correspondiente.</p> <p>Se sugiere, a nivel global, que se valore la posibilidad de utilizar el tratamiento de “usted”.</p>	<p><b>Ítem 1</b></p> <p>Marca la respuesta elegida mediante una X en la casilla correspondiente.</p> <p>Sobre el 60 % de las personas expertas opinan que sería conveniente cambiar toda la encuesta a “usted”.</p>	<p><b>Ítem 1</b></p> <p>Marque la respuesta elegida mediante una X en la casilla correspondiente.</p> <p>Como se sugiere en la fase 1 y 2, y pensando que la encuesta estará validada para población general, se decide cambiar a un modo más formal y tratar de usted a la persona encuestada. Una de las personas expertas comenta que “es preferible pasarse por el lado de la corrección a incomodar a algunas personas participantes”.</p>
2	<p><b>Ítem 2</b></p> <p>¿Conoces la diferencia entre semen y óvulo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p>Se decide cambiar completamente este ítem (pregunta filtro), ya que se llega a la conclusión que puede que la persona encuestada tenga una definición de semen u óvulos diferente a la correcta y crea que sí que conoce la diferencia.</p>	<p><b>Ítem 5</b></p> <p>En reproducción humana asistida, ¿se puede recurrir al semen (espermatozoides, gameto masculino) y/u óvulos (gameto femenino) de donantes para conseguir un embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC</p> <p>Esta pregunta en la fase 1 era el ítem 2, pero ahora cambiando el orden del que era el ítem 4 al 2 y añadiendo una frase introductoria (ítem 4), queda la “pregunta filtro” como ítem 5.</p> <p>Se comenta dejar esta pregunta así, pero también se sugiere eliminarla ya que puede inducir a error y que la persona encuestada responda en función de un</p>	<p>Finalmente, analizando a fondo la pregunta de la fase 2, se considera que sigue sin ser “filtro”, por este motivo se decide eliminarla. Por ejemplo, la persona encuestada podría conocer (o creer conocer) la diferencia entre gameto masculino y femenino, pero no saber que se puede recurrir mediante TRA y dar como respuesta un “no”.</p>



Se cambia el orden y se pone como ítem posterior para que se vaya entrando en la encuesta de forma paulatina (según el nivel de “dificultad/ compromiso/ sensibilidad”).

### Ítem 3

¿Crees que tienes suficiente información respecto a la donación de semen y/o de óvulos para la reproducción humana?

Sí.

No.

NS/NC.

Se sugiere que es una pregunta demasiado subjetiva y se plantea “qué es suficiente” y “suficiente para qué”.

Teniendo en cuenta la sugerencia y sin olvidar que el 53 % está completamente de acuerdo con la formulación de la pregunta, se mantiene para la siguiente fase.

juicio de valor sobre si es o no aceptable ética o legalmente el uso de la donación. Se sugiere cambiar la pregunta por “se puede técnicamente” o “se recurre”.

### Ítem 3

¿Crees que tienes suficiente información respecto a la donación de semen y/o de óvulos para la reproducción humana asistida?

Sí.

No.

Se sugiere, en general, mantener esta pregunta ya que “es una medida de percepción del individuo sobre este tema” y “se trata de medir si la percepción subjetiva de saber o no, coincide con cierto nivel de responsabilidad: ¿saben poco y toman decisiones? ¿dicen que saben mucho y del cuestionario no se deduce?”. Por el contrario, existe un comentario que dice que “tener suficiente información no es valorable” y se debería cambiar por “una buena/amplia/bastante”.

También se sugiere: cambiar la pregunta por “¿le gustaría tener más información...?”; concretar qué tipo de información (legal, bioética, médica, etc.); cambiarla por “¿conoces la posibilidad/existencia de la donación de óvulos/semen?”; cambiar el formato de la pregunta por opciones de puntuación con la pregunta “¿qué conocimientos consideras que tienes [...]?”, o empezar por “¿conocer algo sobre [...]?” y crear un árbol de preguntas que valoren diferentes aspectos de cuánta información y para qué.

### Ítem 3

¿Cree que tiene suficiente información sobre la donación de semen y/o de óvulos para la reproducción humana asistida?

Sí.

No.

NS/NC.

Se decide mantener la pregunta igual, simplemente, se añade como opción de respuesta “NS/NC”.

Las opciones que se proponen en la fase 2 son todas válidas y aportarían otro tipo de información, con lo que la encuesta sería más larga y compleja. En este caso concreto, se opta por esta porque se considera que la percepción subjetiva es el objetivo del ítem.

En la fase 3 se comenta que “la pregunta sigue siendo muy subjetiva, pero sí que es cierto que da información de la percepción del propio encuestado”.

También se expone que “aunque introduce un elemento subjetivo, “suficiente”, valora lo que el encuestado cree conocer que sea relevante para su estado actual. La substitución por “bastante” o “buena”, también son valoraciones subjetivas.

**Ítem 4**

¿Qué fuentes de información has tenido sobre la donación de semen y óvulos para la reproducción humana?

Las respuestas están en formato tabla. En la primera fila hay: amigos; familia; películas/TV; revistas especializadas.

En la primera columna hay: sí; no; NS/NC.

Se deja una opción de respuesta abierta: Otros. En este caso, especifica: ...

Se sugiere cambiar el redactado y estilo por: la no pertinencia de la opción NS/NC; que no aparezca en formato tabla; que exista un espacio claro para escribir la opción de "otro"; añadir otras opciones de respuesta como "ginecólogo, internet, medios publicitarios".

También se decide cambiar la posición del ítem, ya que se trataría de una variable de contexto que ayudaría a introducir de una manera "no agresiva" la encuesta".

En cuanto a los términos, se sugiere no hablar de "óvulos" ya que no es científicamente correcto y sí hablar de

**Ítem 2**

¿Has buscado información sobre la donación de semen y/o de óvulos para la reproducción humana asistida?

Sí.

No.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué fuentes de información? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Amigos.

Familia.

Películas.

Medios de comunicación (TV/Radio/Prensa).

Internet.

Ginecólogo/Médico/Profesional sanitario.

Revistas especializadas.

Otros. En este caso, especifica:

Se decide cambiar el orden como se sugería en la fase 1; este ítem antes era en 4 y ahora el 2.

Se sugiere cambiar el verbo de la pregunta, ya que de esta manera solo se pregunta si "ha buscado" y se está perdiendo qué ha modelado los conocimientos y actitudes de aquellas personas que tienen información (bien por su búsqueda o porque la han recibido).

Otra persona experta sugiere que empezar la encuesta por "has buscado" parece agresivo. Cree que el hecho de añadir "o recibido" puede cambiar esta percepción.

Se sugiere, en general, mantener la terminología de "óvulos" y "semen" en toda la encuesta.

**Ítem 2**

¿Ha buscado o recibido información sobre la donación de semen y/o de óvulos para la reproducción humana asistida?

Sí.

No.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué fuentes de información? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

Amigos.

Familia.

Películas.

Medios de comunicación (TV/Radio/Prensa).

Internet.

Ginecólogo/Médico/Profesional sanitario.

Revistas especializadas.

Otros. En este caso, especifique: ...

Como se sugiere en la fase 2, se añade "ha buscado o recibido".

En la fase 3, se comenta que: "insisto en que es mejor poner semen u óvulos, pues la conjunción "o" no crea ninguna ambigüedad, pues en el contexto de la pregunta ya contiene la opción de "y". En el lenguaje hablado nadie usa la expresión "y/o" que, en mi opinión, no es más que un artificio que establece distancias entre el texto y el lector".

Además, se sugiere poner primero "recibido" que "buscado".

Se tienen en cuenta estas dos opiniones y se modifica en toda la encuesta la conjunción "y/o".

	<p>“ovocitos (también llamados óvulos)”. De la misma manera, no hablar de “semen”, sino utilizar el término científicamente correcto, “espermatozoides”.</p> <p>Otra persona experta sugiere hablar de “gameto masculino” y “gameto femenino”.</p> <p>En cuanto a las dos valoraciones referidas al cambio de término, no se han tenido en cuenta para las modificaciones ya que en las páginas web de la mayoría de los centros de RHA se utilizan los términos de semen y óvulo cuando se dirigen a los donantes.</p>		
5		<p><b>Ítem 4</b></p> <p>A continuación, se presentan unas preguntas más concretas:</p> <p>En la fase anterior este ítem no aparece, pero debido a que se introducen las variables, se considera interesante añadir este cambio de preguntas genéricas a preguntas concretas.</p> <p>En general, se valora positivamente añadir este ítem y aunque la mayoría de las personas expertas no hacen ningún comentario, una de ellas sugiere que no es necesaria este tipo de introducción.</p>	<p><b>Ítem 4</b></p> <p>A continuación, se presentan unas preguntas más concretas:</p> <p>Se valora positivamente esta introducción.</p>
6			<p><b>Ítem 5</b></p> <p>Para una mujer sana sin problemas de fertilidad, ¿en qué rango de edad disminuye considerablemente la posibilidad de concebir un hijo/a?</p> <p><input type="checkbox"/> 22-27 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 28-34 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 35-41 años.</p>

NS/NC.

Como consecuencia de las comunicaciones expuestas en el congreso organizado por la SEF en las que se parte de la base de que no existe conocimiento o este es erróneo, por parte de la población general en cuanto a la fertilidad de la mujer, se decide añadir esta pregunta.

#### Ítem 6

Para una mujer sana sin problemas de fertilidad que no consigue un embarazo de forma espontánea, ¿cómo influye la probabilidad de quedarse embarazada si acude a reproducción humana asistida sin recurrir a la donación de semen y/o de óvulos?

Disminuye drásticamente.

Disminuye ligeramente.

No varía.

Aumenta ligeramente.

Aumenta drásticamente.

NS/NC.

El mismo comentario que en el ítem 5.

Las expertas comentan que “esta pregunta resulta confusa, si no tiene problemas de fertilidad ¿por qué acude a reproducción asistida? No conseguir un embarazo de forma espontánea es lo que comúnmente se entiende por un problema de fertilidad”.

También se comenta que “la pregunta me parece muy pertinente, solo que la redacción es un poco complicada y dificulta la comprensión. Entiendo que va referida a dos supuestas opciones: que la mujer vaya por la vía de la inseminación artificial con semen de la pareja o bien por la de la fecundación in vitro con

<b>8</b>	<p><b>Ítem 5</b></p> <p>En España, la donación de semen y óvulos:</p> <p><input type="checkbox"/> Es anónima.</p> <p><input type="checkbox"/> No es anónima.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC.</p> <p>Se sugiere que parece una pregunta de examen, de evaluación y no a una encuesta.</p>	<p><b>Ítem 10</b></p> <p>¿Sabes cómo es el proceso de donación de semen y/o de óvulos en España?</p> <p><input type="checkbox"/> Anónimo.</p> <p><input type="checkbox"/> No anónimo.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC.</p> <p>Para evitar que parezca un examen, se plantea en formato pregunta. Se valora muy positivamente el cambio.</p> <p>Por otro lado, se sugiere que sigue pareciendo una evaluación y se planea formularla de la siguiente manera: “¿cómo piensa que debería ser la donación [...]?”</p> <p>También se sugiere cambiar la formulación de esta pregunta por “¿En España se puede identificar al donante?” o ¿sabes [...] si es anónima?”. No se realiza el cambio porque se considera que con la primera opción se puede inducir a error utilizando el término “identificar” y la segunda opción es una pregunta condicionada.</p>	<p>material biológico de ambos. Desde mi punto de vista es más clarificador explicado así, obviando mencionar la donación, pues es una variable más que quizás sobra porque confunde los conceptos. Se podría duplicar y plantear dos preguntas, una sin mencionar la donación y la siguiente, incluyendo la variable donación de semen u óvulos. En todo caso depende de cuál sea el objetivo al formular esta pregunta”.</p> <p>Finalmente, se tienen en consideración las opiniones y se reformula la pregunta.</p> <p><b>Ítem 11</b></p> <p>¿Cómo es el proceso de donación de semen y/o de óvulos en España?</p> <p><input type="checkbox"/> Anónimo.</p> <p><input type="checkbox"/> No anónimo.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC.</p> <p>No se siguen todas las sugerencias de la fase anterior porque se quiere mantener la pregunta dentro de la dimensión de conocimiento y no que sea de actitud.</p> <p>En la tercera fase se pregunta si es de elección única y qué pasa si alguien cree que es de una manera y la de ovocitos de otra.</p> <p>Finalmente, no se tiene en cuenta esta consideración porque la solución sería añadir una nueva pregunta y se prefiere no alargar más el cuestionario.</p> <p>También se comenta de nuevo “ya he dado antes mi opinión sobre “y/o”. Siempre los sustituiría por “o”. También he dado mi opinión sobre “niño/a” o “un/a donante”. Solo algunos políticos utilizan esa duplicidad tan antieconómica por una interpretación equivocada del feminismo que, en mi opinión, no pasa de ser un gesto vacío. Nadie la emplea en el lenguaje habitual. Además, si el cuestionario se dirige a la población general, no hace más que introducir ruido</p>
----------	---	--	---

### Ítem 6

En España, por la donación de semen y óvulos:

Recibes una compensación económica por las molestias físicas, desplazamiento y por horas de trabajo perdidas.

Te pagan por la donación (con carácter lucrativo o comercial).

NS/NC.

### Ítem 11

¿Sabes qué recibe un donante por la donación de semen y/o de óvulos?

Recibes una compensación económica por las molestias físicas, desplazamiento y por horas de trabajo perdidas.

Te pagan por la donación del material (con carácter lucrativo o comercial).

Te pagan por la donación del material y además te compensan por las molestias.

en el texto que dificulta la comprensión de una persona normal”.

Se tiene en cuenta esta última valoración para toda la encuesta.

### Ítem 14

¿Qué recibe un/una donante por la donación de semen o de óvulos?

No se recibe ningún tipo de remuneración a cambio de la donación (como en el caso de la donación de sangre).

Se recibe una compensación económica por las molestias físicas, desplazamientos y por horas de trabajo perdidas.

Se paga por la donación (con carácter lucrativo o comercial).

Se paga por la donación y además te compensan por las molestias.

NS/NC.

En la fase 3, se sugiere cambiar “te compensan”, por “se compensa”.

Se realizan los cambios.

9

Se sugiere, igual que con el ítem 5, cambiarlo a formato pregunta para que la persona encuestada no se sienta evaluada. También se sugiere añadir una opción nueva en la que se contemple el pago y la compensación, y añadir “por la donación del material”.

Se sugiere añadir la opción de no recibir ningún tipo de compensación y no hablar de “material” sino de “donación de la muestra o material biológico”. Por otro lado, también se comenta que la opción de “pagar por la donación y compensar” es confusa.

Para evitar que parezca un examen, se sugiere cambiarlo por “qué debería recibir”.

Se comenta que no es muy común usar “y/o”, así que, en los casos de donación por parte de la persona donante, se ha optado por eliminarlo. Aunque, en los casos en los que se refiere a la recepción, o bien, por ejemplo, como en esta pregunta donde la persona encuestada puede saber cómo es un proceso, pero no el otro, o en ítem en el que se pregunta si se ha buscado o

recibido información, se ha decidido mantenerlos. Además, se sugiere, por parte de las personas expertas, que se hable de niño/a y de un/a donante, en todos los casos.

10

#### Ítem 7

¿Qué cantidad de dinero recibe una donante de óvulos por la donación?

Menos de 899€.

Entre 900 y 1200€.

Más de 1201€.

Según la cantidad y calidad de los óvulos.

NS/NC.

Se sugiere preguntar “qué cantidad de dinero se consideraría adecuada para una donación”, y cambiar el redactado de las opciones de respuesta por “[ ] menos de 900” y no 899€.

Se valora que parece que se está poniendo precio a la donación, como si esto fuese un punto muy importante. Se considera eliminar el ítem y reformularlo (ver ítem 12, fase 2).

#### Ítem 16

En cuanto a la cantidad de dinero, ¿qué recibe una donante de óvulos por una donación?

Nada.

Aproximadamente 50€.

Aproximadamente 500€.

Aproximadamente 1.000€.

Aproximadamente 2.000€.

NS/NC.

A pesar de ser un ítem que en la fase 2 ya no se había considerado (sino que se había reformulado como ítem 12), por las sugerencias de algunas de las personas expertas, se recupera. Uno de los comentarios es, cito textualmente: “tiene un cierto interés por cuanto valoran el conocimiento de las condiciones legales y sociales de la donación y pueden descubrir ideas prefijadas y apriorismos que configuran la opinión de la población que no está directamente relacionada con los temas reproductivos y legales”.

En la fase 3, se indica que se debe dejar un espacio entre la cifra y las unidades.

Se tiene en cuenta y se modifica también para el ítem 17.

**Ítem 8**

¿Qué cantidad de dinero recibe un donante de semen por una donación?

- Menos de 49€.
- Entre 50 y 100€.
- Más de 101€.
- Según la cantidad y calidad del semen.
- NS/NC.

11

Se repite la misma valoración que con el ítem 7.

**Ítem 12**

Respecto a la cantidad de dinero que recibe un donante hombre y una mujer, ¿cómo crees que debería ser?

- Mayor para la donación de óvulos que para la de semen.
- Mayor para la donación de semen que para la de óvulos.
- La misma cantidad de dinero para el donante hombre que para las donantes mujeres.
- NS/NC.

Este nuevo ítem surge de la valoración por parte de algunos expertos de que los ítems 7 y 8 de la primera fase (ahora eliminados) dan a entender que se pone precio a la donación como si este fuese un punto muy importante; y se plantea la posibilidad de cambiarlo con la elaboración de esta pregunta nueva. Se cambia el planteamiento de las dos preguntas donde se

12

**Ítem 17**

En cuanto a la cantidad de dinero, ¿qué recibe un donante de semen por una donación?

- Nada.
- Aproximadamente 50€.
- Aproximadamente 500€.
- Aproximadamente 1.000€.
- Aproximadamente 2.000€.
- NS/NC.

Se repite el mismo comentario que con el ítem 16.

**Ítem 15**

Respecto a la cantidad de dinero que recibe un/una donante, ¿cómo crees que debería ser?

- No deberían recibir ninguna cantidad de dinero.
- Mayor para la donación de óvulos que para la de semen.
- Mayor para la donación de semen que para la de óvulos.
- La misma cantidad de dinero para el donante hombre que para las donantes mujeres.
- NS/NC.

Se comenta que “he leído en los comentarios la opinión de algunas de las expertas al respecto de la consideración de los conocimientos que tiene la población sobre cómo es el proceso por el que pasa una mujer donante de óvulos. Discrepo en que todo el mundo conozca la forma y los riesgos que tiene



valoraba el conocimiento, por este nuevo ítem donde se valora la opinión, percepción social y creencias.

En este caso se sugiere plantear la pregunta de manera diferente “¿cómo cree que debería ser la compensación económica para quienes donan semen u óvulos?”, para que, de esta manera, esté la opción de que no se reciba ninguna compensación. Se considera relevante y se decide, añadir la opción sin modificar la pregunta.

También se sugiere cambiar el planteamiento de la pregunta porque se considera que “todo el mundo mínimamente informado tiene claro que no es lo mismo la forma de obtenerlas y los riesgos que comportan” para preguntar qué justifica las diferencias en el importe de la compensación entre hombres y mujeres. No se realiza este cambio porque de la manera en que se sugiere, tiene los mismos “inconvenientes” que como está. Además, lo que se quiere demostrar es si estos conocimientos “tan claros” son así realmente.

Por el contrario, se comenta que “se da por hecho que el encuestado conoce la diferencia que hay entre la obtención de muestra de semen por parte de un hombre y todo el largo proceso al que se debe someter una mujer donante de óvulos, desde el tratamiento hormonal para la hiperestimulación ovárica, los controles y seguimiento del proceso por parte del ginecólogo y la posterior intervención bajo sedación a la que se somete para la obtención de los óvulos, que lógicamente tiene un cierto riesgo para su salud”. A diferencia de la otra persona experta, en este caso se cree que las personas no conocen estos datos y se sugiere añadir otra pregunta para valorar si se conoce.

obtener dichos óvulos. Quizás se pueda inferir dicho conocimiento o no de las respuestas en otros ítems”.

Finalmente, se decide vincular esta pregunta con el ítem 18.

**Ítem 18**

La cantidad de dinero que recibe un donante, ¿cómo crees que debería determinarse?

- Debería ser igual al salario mínimo establecido.
- Según la calidad del material donado (variará en función del donante).
- En función de la dificultad del proceso de obtención del material (será diferente en hombres que en mujeres donantes).
- Cada centro debería poder decidir qué cantidad quiere dar a los donantes.
- De manera que solo sirva para compensar las molestias (perdida de días laborables, molestias físicas, transporte, dietas...), pero en ningún caso como recompensa por el material donado).
- NS/NC.

Esta pregunta se añade después de considerar todas las valoraciones durante la fase 1.

Se valora positivamente que solo se pueda marcar una opción. A pesar de esto se considera que no son

**Ítem 18**

¿Cree que un/una donante de semen o de óvulos debería recibir una remuneración a cambio de la donación?

- Sí.
  - No.
  - NS/NC.
- En el caso de contestar que SÍ, la cantidad de dinero que recibe un donante, ¿cómo cree que debería determinarse? (marque todas las respuestas que crea conveniente)
- Un pequeño detalle como agradecimiento por su donación altruista.
  - Igual al salario mínimo establecido.
  - Según la calidad de la muestra donada (variará en función del/de la donante).
  - En función de la dificultad y riesgo del proceso de obtención de la muestra (será diferente en hombres que en mujeres donantes).
  - Cada centro debería poder decidir qué cantidad quiere dar a los/las donantes.
  - En función de la oferta y la demanda.
  - De manera que solo sirva para compensar las molestias (pérdida de días laborales, molestias físicas, transporte, dietas...), pero en ningún caso como recompensa o incentivo por el material donado.
  - Otros. En este caso, especifique: ...

Para ajustarse a los comentarios lo máximo posible, se amplía el ítem.

respuestas excluyentes, por este motivo, se decide eliminar la opción de NS/NC y se dejan marcar todas las opciones que se considere.

Como en esta o en preguntas anteriores, se sugiere que exista la posibilidad de conocer si se cree o no si una persona donante debe recibir dinero a cambio, en este caso y para la fase 3, se decide añadir una pregunta previa para conocerlo.

#### Ítem 9

¿Entre qué edad pueden ser donantes las mujeres según la ley?

Las respuestas están en formato tabla. En la primera fila hay: si tienen entre 18 y 35 años; si tienen entre 18 y 50 años; a cualquier edad.

14

En la primera columna hay: sí; no; NS/NC.

Se sugiere cambiar el redactado de la pregunta por “según la ley, ¿qué edad deben tener las mujeres que donan óvulos?”. También se sugiere un cambio en cuanto a la modalidad y estilo de respuesta (ya que aparece en tipo tabla) porque puede inducir a confusión y, por tanto, a error.

Se decide eliminar la pregunta por considerar poco relevante el tipo de información que aporta.

#### Ítem 10

¿Entre qué edad pueden ser donantes los hombres según la ley?

15

Las respuestas están en formato tabla. En la primera fila hay: si tienen entre 18 y 35 años; si tienen entre 18 y 50 años; a cualquier edad.

En la primera columna hay: sí; no; NS/NC.

Se repite la misma valoración que con el ítem 14.

16	<p><b>Ítem 11</b></p> <p>En España, ¿existe un registro de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC.</p> <p>En este ítem se sugieren valoraciones antagónicas por parte de los expertos: “la pregunta no tiene interés o la información que aporta no es relevante” y, por el contrario, “la pregunta es muy importante”.</p>	<p><b>Ítem 14</b></p> <p>En España, ¿existe un registro de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC.</p> <p>Se comenta que este ítem es muy importante. Además, se añade que, si se quiere saber “el conocimiento”, como está ahora mismo, o bien, “la conveniencia o importancia”, por este motivo, se añade el ítem 13 de la fase 3.</p> <p>Se sugiere añadir la palabra “único”.</p>	<p><b>Ítem 12</b></p> <p>En España, ¿existe un registro único de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC.</p> <p>Se comenta que está “totalmente de acuerdo en que esta pregunta es de muchísima importancia”.</p>
17			<p><b>Ítem 13</b></p> <p>¿Cree que es importante que exista un registro de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> NS/NC.</p> <p>Este ítem se añade por las valoraciones del ítem 14 de la fase 2.</p>

**Ítem 12**

¿Cuántos niños nacieron vivos en Cataluña el año 2013 mediante técnicas de reproducción humana asistida?

1590.

7186.

12734.

NS/NC.

En 2013, ¿qué porcentaje de los nacidos vivos en Cataluña es mediante técnicas de reproducción humana asistida?

Aproximadamente el 5 %.

Aproximadamente el 10 %.

Aproximadamente el 15 %.

NS/NC.

Se sugiere: no poner cifras exactas (eliminarlas o poner intervalos); cambiar el tiempo verbal de la pregunta; se trata de una pregunta excesivamente difícil (se responderá por adivinanza); plantear la pregunta como suposición; separar las dos preguntas; se considera que las dos preguntas aportan la misma información; la pregunta puede ser contestada por

**Ítem 6**

En 2013, ¿cuál fue el porcentaje aproximado de nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida?

1 %.

5 %.

10 %.

15 %.

NS/NC.

El ítem 6 y 7, que en la fase 1 eran 12 y 13, se adelantan porque a nivel ético/legal/social son preguntas sin complejidad; la persona encuestada no tiene que hacer una reflexión de sus valores para contestar; si no que es más bien sobre qué percepción tiene la persona encuestada sobre el uso de las técnicas.

Se valora muy positivamente el cambio en cuanto a la pregunta y las opciones de respuesta.

En la fase 3, ninguna de las personas expertas realiza comentarios al respecto.

**Ítem 7**

En 2013, ¿cuál fue el porcentaje aproximado de nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida?

1-5 %.

6-10 %.

11-15 %.

NS/NC.

Se trata de una pregunta de conocimiento y no de creencias, por lo que no se añade "cree", se entiende que cuando se contesta a una pregunta de conocimiento siempre es por lo que se cree que se sabe. Además, es un valor que pocas personas conocen y que la persona encuestada contestará en función de sus percepciones, de esta manera, la pregunta demostrará qué percepción se tiene al respecto y si existe o no conciencia/conocimiento del porcentaje de personas que recurren a las TRHA. Siempre está la opción de NS/NC para la persona que

intuición; preguntar solo si saben o no el porcentaje aproximado.

Se decide eliminar la primera pregunta, se cambia el redactado y se aumentan las opciones de respuesta.

### Ítem 13

¿Cuántos niños nacieron vivos en Cataluña el año 2013 mediante donación de semen?

103.

722.

1357.

NS/NC.

¿Y mediante donación de óvulos?

1457.

4246.

7457.

NS/NC.

Se sugiere: no ver la necesidad de poner cifras, solo los expertos conocen la cifra y se responderá por intuición o adivinanza, mejor trabajar con intervalos, separar las dos preguntas, plantear la pregunta en porcentaje o si hay más cantidad de nacidos mediante donación de semen u óvulos.

Se sugiere añadir “cuál cree que...”, poner las opciones como intervalos y formularlo como afirmación y no como pregunta.

También se comenta que la pregunta no es relevante porque las personas no sabrán la respuesta. Y que el hecho de poner el año puede aumentar la dificultad de la respuesta, ya que genera dudas sobre la variabilidad.

### Ítem 7

En 2013, del total de niños nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida, ¿cuál fue el porcentaje aproximado que utilizó semen y/u óvulos de donante?

1 %.

15 %.

40 %.

70 %.

NS/NC.

Las mismas valoraciones que en el ítem 6.

realmente crea que no lo sabe y no quiera poner un valor.

### Ítem 8

En 2013, del total de niños nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida, ¿cuál fue el porcentaje aproximado que utilizó semen y/u óvulos de donante?

1-15 %.

16-40 %.

41-55 %.

56-70 %.

NS/NC.

**Ítem 8**

¿Quién debería poder tener acceso a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?

(marca todas las respuestas que creas conveniente)

Parejas heterosexuales.

Parejas homosexuales.

Madres solteras.

NS/NC.

Se sugiere cambiar “madres solteras” por “mujeres solas”.

Se comenta que no queda claro qué significa “acceso”, es decir, si se refiere mediante la sanidad pública o no; y también puede pasar que las personas encuestadas tengan objeciones.

En este caso no estoy especificando que sea en la sanidad pública, sino de forma general, estoy dando por supuesto que no pensarán en esa concreción. En cualquier caso, será un tema para tener presente en la prueba piloto.

También se sugiere añadir “parejas estables”, “económicamente independientes”, ya que la mayoría de la sociedad estará más preocupada por la estabilidad emocional y económica de los futuros padres o madre que por el hecho de ser un tipo de familia u otro.

Entiendo la valoración, pero creo que, en este caso, si se quiere, se debería añadir una pregunta nueva sin eliminar esta.

**Ítem 9**

¿Quién debería poder tener acceso a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Parejas heterosexuales.

Parejas lesbianas.

Mujeres solas.

Otros. En este caso, especifique: ...

Como aparece “marca todas las respuestas que crea conveniente”, se decide eliminar la opción de respuesta “NS/NC” porque si no se trataría de respuestas no excluyentes; para las personas que no quieran contestar o no estén de acuerdo con las opciones, se ha añadido la opción de “otros. En este caso, especifique: ...”

En la fase 3 se sugiere sustituir “acceso” por “derecho”.

Se realiza la modificación.

**Ítem 9**

¿En qué casos de debería poder recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?

(marca todas las respuestas que creas conveniente)

En cualquier caso.

Por problemas de fertilidad. No consigue un embarazo de forma natural.

Para seleccionar el sexo del bebé.

En caso de enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir al bebé.

NS/NC.

**Ítem 10**

¿En qué casos de debería poder recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo/a?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Por problemas de fertilidad, tanto del varón como de la mujer (por no poder conseguir un embarazo de forma "natural").

Para seleccionar el sexo del bebé.

En caso de enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir al hijo/a (en este caso, se evitaría que el hijo/a lo padezca).

Otros. En este caso, especifique: ...

Se comenta que concebir "un hijo" parece que prohíbe concebir gemelos. Por otro lado, se sugiere eliminar "hijo/a" de todo el cuestionario, ya que "hijo" es el género que abarca ambos sexos. No se cree que nadie se moleste por eso, además su repetición produce un efecto de saturación. Se comenta que estaba mucho mejor antes cuando se decía, simplemente "hijo". Se tiene en cuenta esta consideración para toda la encuesta.

También se comenta que las opciones de respuesta no contemplan los casos de mujeres solas y parejas lesbianas en las que el problema, en principio, no es de fertilidad o infertilidad, sino la ausencia de pareja masculina. Se añade esta opción de respuesta.

Se sugiere poner el verbo crear en la pregunta.

**Ítem 19**

Las familias o mujeres que utilizan semen y/o óvulos de donante para tener un hijo, ¿debería poder conocer datos de/de la donante?

**Ítem 14**

Las familias o mujeres que utilizan semen y/o óvulos de donante para tener un hijo, ¿qué debería conocer del donante?

**Ítem 19**

Las familias o mujeres que utilizan semen y/o óvulos de donante para tener un hijo, ¿deberían poder conocer datos del donante?



Las respuestas están en formato tabla. En la primera fila hay: características físicas: color de piel, ojos, peso, altura...; su edad; su historial clínico; su grupo sanguíneo; su etnia (componente racial); el coeficiente intelectual; la religión/creencias; las aficiones.

En la primera columna hay: sí; no; NS/NC.

Se sugiere: cambiar el “debería conocer” por “deberían poder conocer”; hacer una pregunta previa de respuesta “sí” o “no”; cambiar el redactado por “qué información debería estar a disposición de las mujeres que utilizan...”, de manera que no parezca que tiene que ser obligatorio conocer la información y atente en contra del derecho a no conocer; el coeficiente intelectual está muy discutido y la religión/creencias podrían ser información discriminatoria, por lo que sugiere eliminar ambas

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué deberían poder conocer (o tener a su disposición) del donante? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura, ...

Edad.

Historial clínico.

Grupo sanguíneo.

Etnia (componente racial).

Nivel de estudios.

Coeficiente intelectual.

Religión/creencias.

Aficiones.

Todo lo que le interese siempre que el donante esté de acuerdo.

Otros. En este caso, especifica: ...

Se sugiere suprimir la religión, el coeficiente intelectual (porque no es factible) y el grupo sanguíneo (porque no es relevante). Se decide no eliminarlos porque son características que las personas receptoras solicitan. En este ítem no se valora si fácil o no evaluar el coeficiente intelectual, ni qué tipo de inteligencia se está midiendo, sino si las personas encuestadas lo consideran importante. En cuando al grupo sanguíneo, actualmente es un dato que se proporciona y que se busca coherencia con las personas receptoras.

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué datos de/de la donante debería tener a su disposición?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura,...

Edad.

Historial clínico.

Grupo sanguíneo.

Etnia (componente racial).

Nivel de estudios.

Coeficiente intelectual.

Religión/creencias.

Aficiones.

Todo lo que le interese siempre que el/la donante esté de acuerdo.

Otros. En este caso, especifique: ...

respuestas; añadir una opción de respuesta abierta al final; añadir la opción de “todo lo que le interese siempre que el donante esté de acuerdo”.

También se sugiere cambiar el formato tabla porque distrae e induce a error.

#### Ítem 15

A los donantes, se les deberían hacer pruebas:

Las respuestas están en formato tabla. En la primera fila hay: test psicológico-psiquiátrico; test para conocer su inteligencia; historial médico personal y familiar; análisis de sangre completo; análisis genético para conocer si es portador de una enfermedad (aunque no la padecen, pero la pueden transmitir).

En la primera columna hay: sí; no; NS/NC.

Se sugiere que: la respuesta de “análisis genético” debe ser más explícita, ya que actualmente existen los test para conocer mutaciones autosómicas recesivas para las enfermedades más frecuentes y también los estudios genómicos

#### Ítem 16

A los donantes, ¿se les debería hacer pruebas antes de realizar la donación?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué pruebas crees que se le deberían hacer? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Test psicológico-psiquiátrico.

Test para conocer su inteligencia.

Historial médico personal y familiar.

Análisis de sangre completo.

Análisis genético para conocer si es portados de una enfermedad (aunque no la padece, la pueden transmitir).

Otros. En este caso, especifica: ...

Se sugiere explicar más las pruebas para analizar portadores. No se hace porque se generaría una opción muy larga. También se sugiere que explicar demasiado estas pruebas, como se dirige a la población no experta, induciría a engaño.

#### Ítem 20

A una persona que quiera donar semen u óvulos, ¿se le debería hacer pruebas antes de realizar la donación?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué pruebas cree que se le deberían hacer?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Evaluación psicológica.

Test para conocer su inteligencia.

Historial médico personal y familiar.

Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.

Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padece, la pueden transmitir).

Otra. En este caso, especifique: ...

completos; se debe ser más concreto en cuanto al “test psicológico” (ya que existen muchos) y “al historial médico” (ya que puede contener muchos datos) y añadir opciones como “descartar enfermedad mental, antecedentes de enfermedad mental, antecedentes médicos de riesgo cardiovascular,...”; y añadir la opción de “cribado genético de donantes según los conocimientos científicos de cada momento”.

#### Ítem 16

¿Crees que un niño nacido mediante semen y/o óvulos de donante debería saberlo?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿cuándo debería saberlo? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Cuanto antes mejor.

Cuando sea mayor de edad.

Cuando sus padres legales lo crean conveniente.

Sólo lo tienen que decir las parejas de lesbianas.

Sólo lo tienen que decir las madres solteras.

Debido a los comentarios generados sobre el “test psicológico-psiquiátrico”, se ha cambiado por “evaluación psicológica”, que es el término utilizado por la Sociedad Española de Fertilidad.

Se sugiere añadir “enfermedades infecciosas” y cambiar “al donante” por “al que viene a donar”.

#### Ítem 17

¿Crees que un niño nacido mediante semen y/o óvulos de donante debería saber cómo ha sido concebido?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿cuándo debería saberlo? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad.

Cuando el niño tenga la madurez suficiente.

Cuando sea mayor de edad.

Cuando sus padres lo crean conveniente.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué condición familiar?

Parejas heterosexuales.

Parejas homosexuales.

Madres solteras.

#### Ítem 21

¿Diría que un/la niño/a nacido/a mediante semen y/u óvulos de donante debería conocer cómo ha sido concebido?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué condición familiar?

Parejas heterosexuales.

Parejas lesbianas.

Madres solteras.

En cualquier condición familiar.

Otra. En este caso, especifique: ...

En el caso de contestar que Sí, ¿cuándo debería saberlo?

Desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad.

Cuando sea mayor de edad.

Se sugiere: eliminar “padres legales” porque los donantes no son padres (a partir de esta sugerencia, como veo que se ha entendido mal porque no se está refiriendo a los donantes sino a los receptores, se decide eliminar el término); añadir la opción “cuando tenga la madurez suficiente”, también se ha sugerido que no todos los niños quieren saberlo y que la expresión “deber saber” no estaría bien planteada sino que se tendría que cambiar por “debería legalmente permitirse acceder” (aclaro, a raíz de esta sugerencia, que no me estoy refiriendo a que se le dé información de la persona donante, sino de la naturaleza de su concepción, así que para que se entienda mejor he rectificado la pregunta por “debería conocer cómo ha sido concebido”); cambiar la opción de “cuanto antes mejor” porque es inexacta por la opción de “explicárselo desde la primera infancia, pero gradualmente y adaptándose a la edad, pues su capacidad de comprensión va evolucionando con la edad y hasta que un niño no entiende cómo funciona la reproducción humana no puede comprender que es ser donante”; añadir una pregunta nueva en el caso de contestar que NO.

También se sugiere que “que se entiende porque se excluye de las posibilidades de respuesta a las parejas homosexuales masculinas. La necesidad de una subrogación introduce la necesidad extra para el proceso de reproducción natural,

En cualquier condición familiar.

Otros. En este caso, especifica: ...

Por las valoraciones en la fase 1, se decide replantear el ítem 17 con tres preguntas, ya que se observan dos categorías de respuesta en caso de contestar que sí. Se replantea de manera que una pregunta se centre en el cuándo y la otra en quién.

Cuando sus padres/madres/mujer sola lo crean conveniente.

Respecto a la fase anterior, se decide cambiar “parejas homosexuales” por “parejas lesbianas” porque no se quiere contemplar la gestación por substitución.

En la fase 3, una de las expertas comenta que “estoy totalmente de acuerdo en que se formule esta pregunta, la considero absolutamente pertinente”.

pero en los otros supuestos (parejas lesbianas y madre soltera) también se requieren donantes de semen obligatoriamente". Aclaro que no he querido entrar en aspectos relacionados con la subrogación uterina porque no está como objetivo de la encuesta. Como se trata un aspecto más complejo necesitaría más representación de ítems.

#### Ítem 17

¿Crees que un niño nacido mediante semen y/o óvulos de donante debería conocer a al/los donante(s)?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿por qué? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Porque es su padre/madre genético/a.

Solo si es necesario por cuestiones médicas.

Para pedirle la pensión de manutención.

Por curiosidad.

Porque es su padre/madre real.

Otros. En este caso, especifica: ...

#### Ítem 18

¿Crees que un niño que ha nacido por reproducción humana asistida con el semen y/u óvulos de donante debería poder conocer sus orígenes, es decir, conocer de dónde proviene y por tanto, conocer la identidad del donante?

Sí.

No.

NS/NC.

En caso de contestar que Sí, ¿por qué? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Porque es su padre y/o madre genético/a.

Si es necesario por cuestiones médicas.

Para pedirle la pensión de manutención.

Por curiosidad.

Si el niño siente la necesidad de conocerlo/a.

Por que es su padre y/o madre real.

#### Ítem 22

¿Diría que el/la niño/a que ha nacido por reproducción humana asistida con el semen y/u óvulos de donante debería poder conocer sus orígenes, en este caso, conocer de dónde proviene y también, conocer la identidad del/de la donante?

Sí.

No.

NS/NC.

En caso de contestar que Sí, ¿por qué?

Si es necesario por cuestiones médicas.

Si el niño siente la necesidad de conocerlo/a.

Porque es su padre y/o madre genéticos.

Por curiosidad.

Para pedirle la pensión de manutención.

Porque es su padre y/o madre reales.

Otro. En este caso, especifique: ...

En el caso de contestar que NO, ¿por qué?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Podría crear un conflicto de identidad en el/la niño/a.

25

Se sugiere quitar la opción del “link genético”; cambiar el “deber conocer”; añadir la opción de “siempre que el niño/a siente la necesidad de conocerlo/a”; se ha comentado que este tema depende de la necesidad del niño y la voluntad del donante.

También se añade como comentario, que este ítem es muy importante para saber la percepción social de esta situación.

Se sugiere decir “siempre que el niño/a sienta la necesidad de conocerlo/a”.

Se comenta que la encuesta no valora el hecho de “saber que ha sido concebido mediante gametos de donantes” y “conocer la identidad de la persona”, ambos conceptos quedan recogidos dentro de “conocer los orígenes”.

Se considera que el hecho de “conocer cómo ha sido concebido” se valora en un ítem anterior y “conocer la identidad” en este.

Se sugiere también, añadir opciones en caso de contestar que no.

Podría afectar al desarrollo socio-afectivo, sentimiento de frustración o engaño, del/de la niño/a.

Podría desestructurar la realidad o contexto familiar actual.

Posible rechazo a sus padres/madres.

Otro. En este caso, especifique: ...

Se recomienda simplificar la pregunta. Se propone enunciarla así “¿diría que el/la niño/a que ha nacido por reproducción humana asistida con el semen y/u óvulos de donante debería poder (o “tiene derecho a”) conocer la identidad del/de la donante?” Aunque, se añade que, si es un ítem sobre actitud y no sobre conocimiento, se debería cambiar el “diría” por “cree”.

Se plante que “no entiendo qué diferencia hay entre la respuesta “porque es su padre y/o madre genética” y “porque es su padre y/o madres reales”. Reales son todos los padres, los que cuidan, aman y protegen porque ejercen de padres y, los que lo generaron porque son los progenitores. Yo eliminaría esta última respuesta”.

Se tienen en cuenta todas las consideraciones y se modifica el ítem.

26

#### Ítem 19

En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué crees que se debería priorizar?

El derecho a la intimidad del donante. De manera que no se pueda conocer su identidad.

El presunto derecho a conocer los orígenes del niño que ha nacido mediante esa donación. De manera que pueda conocer la identidad del donante.

NS/NC.

#### Ítem 23

En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?

El derecho a la intimidad del/de la donante, de manera que no se pueda conocer su identidad.

El derecho del/de la niño/a a conocer sus orígenes, de manera que debería poder conocer cómo ha sido concebido y la identidad del donante.

NS/NC.

Se cuestiona que el derecho a conocer los orígenes aparezca como “presunto” y el de intimidad, no. Se había planteado así porque es lo que establece la ley, pero finalmente, para no condicionar a la persona encuestada, se cambia.

Se valora muy positivamente esta pregunta.

#### Ítem 20

Antes de ser donantes, ¿qué conocimientos se deberían tener sobre el proceso?

- Clínicos.
- Económicos.
- Sociales.
- Legales.
- NS/NC.

Este ítem se añade por una reunión con una de las personas expertas, la que anima a que se planee y cuestione a las personas encuestadas.

Se sugiere que exista la posibilidad de marcar más de una opción. Para la siguiente fase, se realiza el cambio y, por tanto, se elimina la opción de NS/NC para dejar una opción de respuesta abierta.

Algunas de las personas expertas valoran muy positivamente que se añada esta pregunta. En cambio, otras, consideran que es “imprecisa”, que “no aclara nada” y que es “irrelevante”.

#### Ítem 24

¿Qué tipo de conocimientos debería tener sobre el proceso una persona que quiere realizar una donación de semen u óvulos?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Clínicos.
- Económicos.
- Sociales.
- Emocionales.
- Legales.
- Éticos.
- Científicos.
- Otros. En este caso, especifique: ...

Se comenta la importancia de esta pregunta “un/a donante de semen o de óvulos debe conocer el proceso de donación desde todas sus vertientes antes de tomar la decisión de donar. No solo por su propio interés, sino porque asume de alguna manera una responsabilidad moral la cual tiene que ser consciente”.

Por otro lado, también se comenta que se está “descartando la posibilidad de que no se requiera ningún conocimiento en especial. No se entiende

**Ítem 18**

¿Serías donante de semen/óvulos?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación?

Las respuestas están en formato tabla. En la primera fila hay: si lo necesita un familiar para tener hijos; a cambio de una compensación económica por las molestias; a cambio de dinero (con carácter lucrativo o comercial); para tener hijos; para ayudar a las personas a tener hijos.

En la primera columna hay: sí; no; NS/NC.

Se deja una opción de respuesta abierta: Otros. En este caso, especifica: ...

Se sugiere también, cambiar la pregunta por “qué tipo de información se debe facilitar”, pero se decide no hacer el cambio porque de esta manera se está eliminando la responsabilidad de informarse a la persona que quiere realizar la donación.

**Ítem 21**

¿Serías donante de semen/óvulos?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Si lo necesita un familiar para tener hijos.

Si lo necesita un amigo para tener hijos.

A cambio de dinero.

Para tener hijos genéticamente míos y no tenerlos que cuidar.

Para ayudar a las personas a tener hijos.

Otros. En este caso, especifica: ...

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación legal?

Solo si existe anonimato.

Solo si se puede conocer al donante (identidad abierta).

En cualquier caso.

porque se necesitaría un conocimiento previo para ser donante”.

Por último, se añade que “me sigue sin gustar nada esta pregunta. No se sabe qué se está preguntando. Yo creo que debería explicarse mucho mejor, desarrollando un poco cada opción, o suprimirla”.

Por estos motivos, se decide modificar todo el ítem. Se añade una pregunta previa y se expone una explicación de cada uno de los conocimientos.

**Ítem 25**

¿Sería donante de semen/óvulos?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

Si lo necesita un familiar para tener hijos/as.

Si lo necesita un amigo para tener hijos/as.

Para ganar dinero.

Para tener hijos/as genéticamente míos y no tenerlos que cuidar.

Para ayudar a otras personas a tener hijos/as.

Otras. En este caso, especifique: ...



Se comenta que “la pregunta inicial no es clara, porque contiene un verbo en condicional, pero no se aclaran las condiciones hasta después. Una opción sería reformular preguntando en qué condiciones donarías y poner una opción que fuera nunca, en ningún caso”.

Se explica que si se replantea la pregunta cómo se sugiere, donde una opción es “nunca”, no podría ser una pregunta con múltiples opciones de respuesta. En este caso, interesa más tener la posibilidad de que la persona encuestada pueda marcar más de una opción, en tal caso, no podría añadir como posibilidad “nunca” porque es excluyente. Para que no se produzca esta confusión, se podría que plantear en formato tabla, pero ya se ha comentado que induce a error y que la encuesta debe tener una coherencia en cuanto a formato

Respecto la fase 1, se elimina la opción de “a cambio de una compensación económica por las molestias” y se unifica con la de “a cambio de dinero (con carácter lucrativo o comercial)”, generando la opción simplificada “a cambio de dinero”; se decide este cambio porque considero que no se entenderá la diferencia. También se añade alguna opción más de respuesta y se concreta la opción de “para tener hijos”.

Se sugiere cambiar “dinero” por “compensación económica”. Se decide cambiar “a cambio de dinero” por “para ganar dinero”, con lo que se está incluyendo la compensación.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación legal?

Solo si existe anonimato.

Solo si se puede conocer al donante (identidad abierta).

En cualquier caso.

NS/NC.

29

**Ítem 22**

¿Crees que la responsabilidad del donante acaba en la donación?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que NO acaba en la donación, ¿qué responsabilidad crees que debería tener? (marca todas las respuestas que creas conveniente)

Estar dispuesto a proporcionar información médica importante para la salud de niño nacido en la clínica que hizo la donación.

Económica si el niño lo necesita.

Jurídica.

Otras. En este caso, especifica: ....

Se comenta que no resulta claro qué significa “responsabilidad jurídica” y que no se entiende la primera opción de respuesta.

**Ítem 26**

¿Cree que la responsabilidad del donante acaba en la donación?

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que NO acaba en la donación, ¿qué responsabilidad cree que debería tener?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Estar dispuesto a proporcionar información médica importante para la salud del niño/a nacido en la clínica que hizo la donación.

Satisfacer la necesidad que pueda sentir un hijo/a nacido por donación.

Económica si el niño/a lo necesita.

De ejercer como tutor legal si es necesario.

Otras. En este caso, especifique: ...

Se comenta que la segunda opción de respuesta de la segunda pregunta es confusa. Se debería especificar a qué necesidad se está refiriendo.

Se modifican las opciones de respuesta.

30

**Ítem 19**

A continuación, se presentan unas preguntas de carácter personal:

Se sugiere que las anteriores preguntas ya son bastante personales, se tiene que

**Ítem 23**

A continuación, se presentan unas preguntas de carácter sociodemográfico:

Debido al comentario de la fase 1, se cambia “carácter personal” por sociodemográfico; aunque traslado a los expertos que considero que tampoco sería del todo

**Ítem 27**

A continuación, se presentan unas preguntas de carácter sociodemográfico y personal para establecer el perfil del encuestado:

	<p>buscar otra palabra en esta introducción a los siguientes ítems.</p>	<p>correcta, por el carácter de los últimos ítems del cuestionario.</p> <p>Por otro lado, se comenta que “personal” inducía proximidad y que es una palabra más coloquial. Que es mejor si la encuesta se dirige a la población general, ya que “sociodemográfico” es una palabra de jerga que no entiende todo el mundo.</p> <p>Se sugiere añadir “para establecer el perfil del encuestado”.</p>	
<p><b>31</b></p>	<p><b>Ítem 20</b></p> <p>Año de nacimiento:</p> <p>Se sugiere que el año de nacimiento es demasiado personal, que es mejor preguntarlo por intervalos. También se sugiere que por intervalos da más uniformidad a la encuesta.</p> <p>Decido no hacer esta modificación porque estadísticamente no es lo mismo analizarlo por edad que por rangos de edad.</p>	<p><b>Ítem 24</b></p> <p>Año de nacimiento:</p> <p>Se comenta que el año de nacimiento no tiene repercusión en la preservación de la privacidad y que utilizar rangos en edades jóvenes es poco adecuado.</p>	<p><b>Ítem 28</b></p> <p>Año de nacimiento:</p> <p>Se expone que “los tingos de edad son más cómodos para personas mayores a quien no le gusta decir la edad exacta, especialmente para las mujeres de cierta edad, es un rasgo muy femenino”.</p> <p>En cambio, también se comenta que “de acuerdo con mantener el año de nacimiento”.</p>
<p><b>32</b></p>	<p><b>Ítem 21</b></p> <p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino.</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino.</p> <p>Se sugiere que sea opcional.</p> <p>Se cree que las personas encuestadas siempre tienen la opción de dejar el ítem en blanco, sin contestar; pero la literatura recomienda conseguir variables sociodemográficas para identificar las características de la muestra.</p>	<p><b>Ítem 25</b></p> <p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino.</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino.</p> <p>Se comenta que este ítem debe mantenerse como está y que, si la persona encuestada tiene “problemas” en decir su sexo, seguramente no contestará ninguna pregunta.</p> <p>Se vuelve a sugerir que estas variables tengan carácter opcional. En este caso, como en los otros, se</p>	<p><b>Ítem 29</b></p> <p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino.</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino.</p>

**Ítem 22**

Estudiante actualmente:

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que SI, nivel educativo de los estudios que estoy realizando:

Graduado ESO (educación secundaria).

Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).

Ciclo formativo básico o grado medio (educación secundaria).

Ciclo formativo de grado superior (educación superior).

Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).

Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).

Máster (educación superior).

Doctorado (educación superior).

Si actualmente estás estudiando, ¿en qué curso académico estás?

Primero.

Segundo.

da por hecho que, si una persona no quiere contestar, no lo hará.

**Ítem 27**

Estudiante actualmente:

Sí.

No.

NS/NC.

En el caso de contestar que SI, nivel educativo de los estudios que estoy realizando:

Graduado ESO (educación secundaria).

Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).

Ciclo formativo básico o grado medio (educación secundaria).

Ciclo formativo de grado superior (educación superior).

Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).

Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).

Máster (educación superior).

Doctorado (educación superior).

**Ítem 34**

¿Estás estudiando actualmente?

Sí.

No.

NS/NC.

Tercero.

Cuarto.

Quinto.

Sexto.

Se sugiere que aparezca solo el grado de estudios (incluyendo si la persona aun lo está estudiando), es decir, unir el ítem 22 y 23; y eliminar la pregunta sobre el curso académico porque aportara poca información relevante cuando se haga el análisis.

#### Ítem 23

Último nivel educativo finalizado:

Educación primaria.

Graduado ESO (educación secundaria).

Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).

Ciclo formativo básico o grado medio (educación secundaria).

Ciclo formativo de grado superior (educación superior).

Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).

Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).

Máster (educación superior).

Doctorado (educación superior).

34

#### Ítem 26

Último nivel educativo finalizado:

Educación primaria.

Graduado ESO (educación secundaria).

Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).

Ciclo formativo básico o grado medio (educación secundaria).

Ciclo formativo de grado superior (educación superior).

Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).

Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).

Máster (educación superior).

Doctorado (educación superior).

#### Ítem 32

Último nivel educativo finalizado o realizando actualmente:

Educación primaria.

Graduado ESO (educación secundaria).

Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).

Ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria).

Ciclo formativo de grado superior (educación superior).

Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).

Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).

Máster (educación superior).

Doctorado (educación superior).

Se sugiere invertir el orden con el ítem 22 para no crear confusión a la persona encuestada.

Se expone que “sigo sin ver las diferencias entre estos tres apartados: bachillerato, BUP, COU o PERU (educación secundaria), ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria) y ciclo formativo de grado superior (educación superior). Que las opciones de respuesta sean las de una institución oficial no significa que sean entendibles fácilmente sin más explicaciones”.

35

### Ítem 33

¿Tiene un trabajo remunerado actualmente?

Sí.

No.

NS/NC.

Igual que el ítem 5 y 6, se añade este como consecuencia de las comunicaciones expuestas en el congreso organizado por la SEF. Se afirmó que la variable “trabajo remunerado” era clave y presentaba niveles de significación de aquellas personas con una actitud más favorable hacia las TRHA.

36

### Ítem 24

Ámbito de estudio o profesión:

Ciencias de la salud.

Ciencias.

Biociencias.

Ciencias sociales y jurídicas.

Artes y humanidades.

Ingeniería.

### Ítem 28

Ámbito de estudio o profesión:

Ciencias de la salud.

Ciencias.

Biociencias.

Ciencias sociales y jurídicas.

Artes y humanidades.

Ingeniería.

### Ítem 35

Se sugiere que una persona se puede formar en un ámbito y trabajar en otro.

En este caso, se duda si la mejor opción es dejar la pregunta como opción de respuesta múltiple. También se plantea la dificultad de diferenciar ciencias de la salud, ciencias y biociencias, y si es mejor dejarlo como "ciencias de la salud".

#### Ítem 25

Condición religiosa:

- Ateo.
- Agnóstico.
- Budismo.
- Judaísmo.
- Cristianismo.
- Islamismo.
- Hinduismo.
- Otros.

Se mantiene la variable como está para que sea la persona encuestada la que decida con qué se identifica más, formación o profesión (si son de diferente ámbito).

#### Ítem 29

¿Tiene creencias religiosas?

- Sí.
  - No.
- En caso de contestar que SI, ¿qué condición religiosa?
- Ateo.
  - Agnóstico.
  - Budista.
  - Judío.

Ámbito de estudio o profesión:

- Ciencias de la salud (medicina, farmacia, enfermería, ...).
- Ciencias (física, química, geología, ...).
- Biociencias (biomedicina, biotecnología, genética, ...).
- Ciencias sociales y jurídicas.
- Artes y humanidades.
- Ingenierías.
- Otro.

Se decide añadir la opción de "otro".

Se comenta que en "otro" se podría dejar la opción de respuesta abierta.

No se realizan cambios porque tampoco se conseguiría una muestra significativa o, también podría pasar que cada encuestado quisiera decirlo a su manera.

#### Ítem 36

Creencias o condición religiosa:

- Ateo.
- Agnóstico.
- Budista.
- Judío.
- Cristiano.
- Musulmán.
- Hindú.
- Otro.

- Cristiano.
- Musulmán.
- Hindú.
- Otros.

Se sugiere cambiar la terminología de “condición religiosa” por “creencias”; y preguntar primero si tiene o no creencias.

También se sugiere que esta información es irrelevante.

Se comenta que no se considera ni irrelevante ni sensible.

Se decide eliminar la primera pregunta porque si no tiene creencias religiosas, se puede marcar ateo o agnóstico.

Se propone ordenar las opciones de respuesta por orden alfabético.

38	<p><b>Ítem 26</b></p> <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soltero.</li> <li><input type="checkbox"/> Pareja de hecho.</li> <li><input type="checkbox"/> Casado.</li> <li><input type="checkbox"/> Separado o divorciado.</li> <li><input type="checkbox"/> Viudo.</li> </ul> <p>Se sugiere que esta información es poco relevante y la distinción entre “casado” y “pareja de hecho” es irrelevante.</p>	<p><b>Ítem 30</b></p> <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soltero.</li> <li><input type="checkbox"/> Pareja de hecho.</li> <li><input type="checkbox"/> Casado.</li> <li><input type="checkbox"/> Separado o divorciado.</li> <li><input type="checkbox"/> Viudo.</li> </ul> <p>Se comenta que es preferible mantener por separado “pareja de hecho” y “casado”, ya que desde el punto de vista jurídico es diferente.</p>	<p><b>Ítem 31</b></p> <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soltero.</li> <li><input type="checkbox"/> Pareja de hecho.</li> <li><input type="checkbox"/> Casado.</li> <li><input type="checkbox"/> Separado o divorciado.</li> <li><input type="checkbox"/> Viudo.</li> </ul> <p>Se comenta que quizás en este caso en concreto se deberían contemplar a los dos géneros en las opciones de respuesta.</p>
39	<p><b>Ítem 27</b></p> <p>Orientación sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Heterosexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Homosexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Bisexual.</li> </ul>	<p><b>Ítem 31</b></p> <p>Condición sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Heterosexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Homosexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Bisexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Asexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Otra. En este caso, especifica: ...</li> </ul>	<p><b>Ítem 30</b></p> <p>Orientación sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Heterosexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Homosexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Bisexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Otra.</li> </ul>



Se sugiere añadir la opción de “asexual” y “otra, específica”; también se comenta que la respuesta de la persona encuestada puede no ser fiable porque para algunas personas todavía es tabú.

Se comenta que puede ser tabú y que no se responda, por otro lado, también se comenta que es mejor saberlo, aunque no todos contesten, que no saber nada.

Se sugiere eliminar a opción “asexual” y especificar en caso de “otra”. Además, lo más probable es que no se cuente con suficientes datos como para que esta categoría proporcione información relevante.

Se comenta que la palabra adecuada es “orientación sexual”, la palabra “condición” es mucho más imprecisa. Esta última es una traducción literal de la palabra inglesa *condition* que, en sus acepciones, es un *false friend*, pues su traducción al español es “estado, enfermedad, naturaleza, etc”.

Se realiza una búsqueda en Google y hay más acepciones como “orientación sexual” que con “condición sexual”.

#### Ítem 28

Situación familiar:

Nacido gracias a un donante mediante técnicas de reproducción humana asistida.

Adoptado.

Hijo genéticamente vinculado a sus padres biológicos.

Otros.

Se sugiere: cambiar “situación familiar” por “condición familiar” y “padres biológicos” por “padres legales”; que la persona encuestada puede no asegurar su filiación ya que se trata de una información indirecta, recibida por los progenitores; añadir “nacido gracias a dos donantes (óvulo y esperma) mediante técnicas de

#### Ítem 32

Condición familiar:

Nacido gracias a una donación mediante técnicas de reproducción humana asistida.

Adoptado.

Hijo genéticamente vinculado a mis padres legales.

Se sugiere añadir la opción de nacido mediante TRHA sin donación.

#### Ítem 37

Condición familiar:

Nacido mediante técnicas de reproducción humana asistida sin recurrir a la donación.

Nacido gracias a una donación mediante técnicas de reproducción humana asistida.

Adoptado.

Hijo genéticamente vinculado a sus padres legales.

40

reproducción humana asistida”; eliminar la opción de “otros”.

**Ítem 29**

Alguien de mi entorno o yo mismo, ¿ha utilizado técnicas de reproducción humana asistida?

Sí.

No.

NS/NC.

41

**Ítem 33**

Alguien de mi entorno o yo mismo, ¿ha utilizado técnicas de reproducción humana asistida?

Sí.

No.

NS/NC.

**Ítem 38**

¿Alguien de su entorno o usted mismo, ha recurrido a técnicas de reproducción humana asistida?

Sí.

No.

NS/NC.

Se sugiere definir el entorno, ya que “en el ámbito virtual se ha vuelto difuso, pondría un adjetivo del tipo “entorno familiar o más próximo”.

**Ítem 30**

Alguien de mi entorno o yo mismo, ¿ha sido donante de semen/óvulos?

Sí.

No.

NS/NC.

42

**Ítem 34**

Alguien de mi entorno o yo mismo, ¿ha sido donante de semen/óvulos?

Sí.

No.

NS/NC.

**Ítem 39**

¿Alguien de su entorno o usted mismo, ha sido donante de semen/óvulos?

Sí.

No.

NS/NC.

Se sugiere poner “donante de semen u óvulos”.

Además, siguiendo el orden numérico de la Tabla 22, se puede observar la tasa de devolución y el grado de conformidad de cada ítem valorado (ver Tabla 23). El grado de conformidad es muy positivo, estando en todos los casos con valores muy elevados de acuerdo (es decir, valores del 4 al 6 de la escala tipo Likert), ya que el ítem con menor porcentaje de “acuerdo”, este es del 75 %.

Aunque, cabe destacar que no todos los ítems tienen una tasa de devolución elevada. Aquellos que corresponden a frases introductorias en la encuesta (nº 1, 5 y 31) presentan valores bajos de participación en la primera fase que se evalúan.

**Tabla 23:** Justificación cuantitativa de los cambios a partir de las valoraciones en función de la tasa de devolución y grado de conformidad, desde el borrador inicial de la encuesta utilizado en la fase 1, hasta el segundo borrador de la encuesta, derivado de la fase 3 de la técnica Delphi

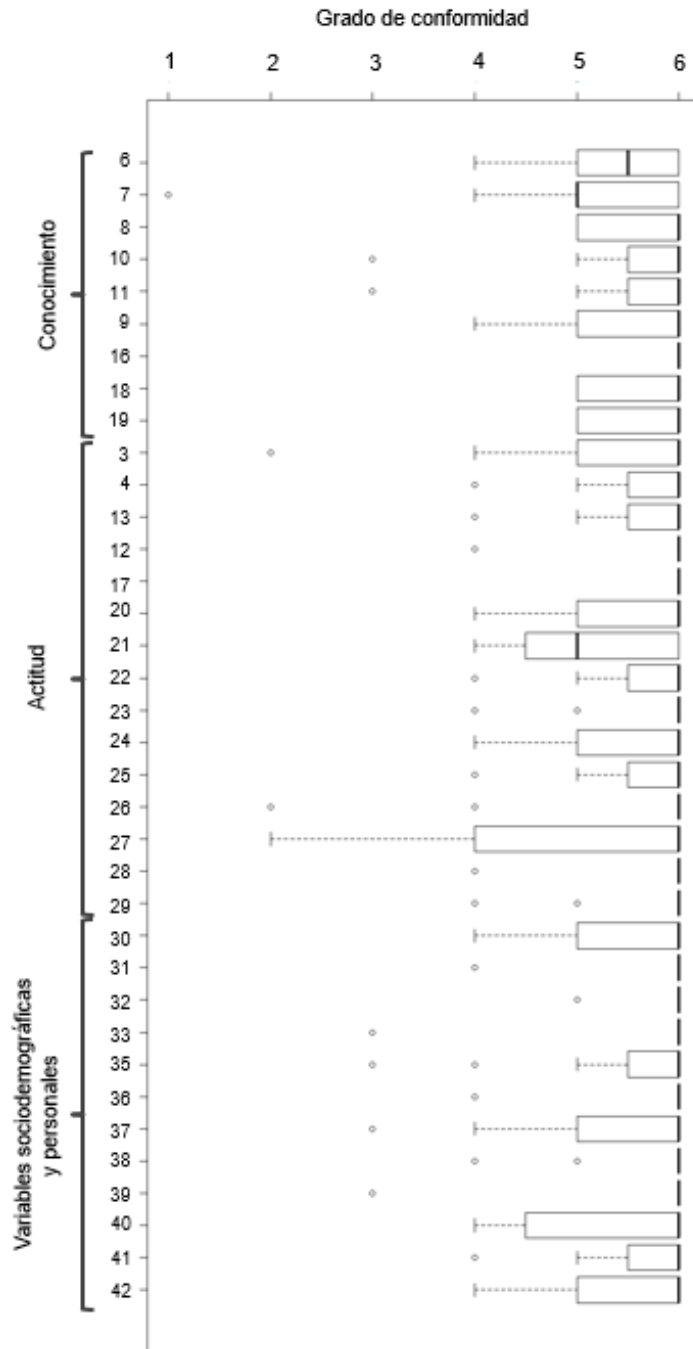
nº	Fase 1		Fase 2		Fase 3	
	Tasa de devolución	Grado de conformidad	Tasa de devolución	Grado de conformidad	Tasa de devolución	Grado de conformidad
1	25 %	75 %	54 %	100 %	75 %	100 %
2	94 %	93 %	92 %	83 %		
3	100 %	81 %	100 %	77 %	92 %	92 %
4	94 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5			69 %	89 %	75 %	100 %
6					100 %	100 %
7					100 %	92 %
8	100 %	88 %	92 %	92 %	100 %	100 %
9	100 %	100 %	100 %	85 %	100 %	100 %
10	100 %	88 %			91 %	91 %
11	100 %	81 %			92 %	92 %
12			100 %	92 %	100 %	100 %
13			100 %	69 %	100 %	100 %
14	100 %	94 %				
15	94 %	100 %				
16	94 %	93 %	100 %	100 %	100 %	100 %
17					100 %	100 %
18	100 %	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %
19	100 %	75 %	100 %	92 %	100 %	100 %
20			100 %	92 %	100 %	100 %

21			100 %	92 %	100 %	100 %
22	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
23	100 %	94 %	100 %	92 %	100 %	100 %
24	100 %	94 %	100 %	100 %	100 %	100 %
25	100 %	94 %	92 %	100 %	100 %	100 %
26			100 %	77 %	92 %	92 %
27			100 %	85 %	75 %	75 %
28	100 %	94 %	92 %	100 %	100 %	100 %
29			100 %	100 %	100 %	100 %
30	56 %	89 %	92 %	83 %	89 %	89 %
31	94 %	100 %	100 %	92 %	100 %	100 %
32	94 %	93 %	100 %	100 %	100 %	100 %
33	94 %	100 %	100 %	85 %	100 %	100 %
34	94 %	100 %	92 %	92 %	92 %	92 %
35					92 %	92 %
36	88 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
37	81 %	77 %	92 %	92 %	92 %	92 %
38	88 %	86 %	92 %	92 %	100 %	100 %
39	94 %	87 %	100 %	92 %	92 %	92 %
40	94 %	93 %	92 %	92 %	100 %	100 %
41	94 %	93 %	100 %	92 %	100 %	100 %
42	94 %	93 %	92 %	100 %	100 %	100 %

A lo largo de las fases, se llegan a evaluar 42 variables ya que, en un inicio, la encuesta presenta 30 ítems y acaba, en la fase 3, con 39. En la fase 2, se eliminan 4 ítems de la primera fase y se añaden 8 ítems nuevos. Finalmente, en la fase 3, se elimina 1 ítem de la segunda fase y se añaden 6 ítems nuevos (dos de ellos recuperados de la primera fase).

Si se agrupan los ítems en función de las dimensiones (actitud y conocimiento) y variables sociodemográficas/personales y se visualiza el *feedback* (sin dicotomizar) por parte de las personas expertas en la última fase del método Delphi. Se observa (ver Gráfico 34) que, en la mayoría de los casos, la mediana se encuentra en el valor 6 (completamente de acuerdo) y su valor mínimo en el 4 (algo de acuerdo). Con la excepción del nº 27, que corresponde al ítem 24 de la fase 3.

**Gráfico 34:** Diagrama de caja con el grado de conformidad del panel de expertas en la fase 3 del método Delphi



Para comprobar de manera cuantitativa el grado de acuerdo y para cerrar este primer proceso de validación, se calcula la consistencia interna de las opiniones del panel de expertas. Es decir, a través del coeficiente Alfa de Cronbach (ver Tabla 24) y W de

Kendall (ver Tabla 25), se evalúa la concordancia y grado de homogeneidad entre las valoraciones.<sup>91,92</sup>

**Tabla 24:** Coeficiente alfa de Cronbach por ítem y dimensión

nº	Dimensión e ítem de la fase 3	Confiabilidad	Dimensión Conocimiento	Dimensión Actitud	Características sociodemográficas y personales
<b>Dimensión Conocimiento*</b>					
6	Ítem 5. Etapa disminución fertilidad	0,93	0,75		
7	Ítem 6. Influencia de las TRHA	0,93	0,79		
8	Ítem 11. Proceso de donación	0,93	0,69		
10	Ítem 16. Cantidad de dinero donante de óvulos	0,93	0,68		
11	Ítem 17. Cantidad de dinero donante de semen	0,93	0,68		
9	Ítem 14. Qué se recibe por donar	0,93	0,66		
16	Ítem 12. Registro en España	0,93	0,68		
18	Ítem 7. Nacidos por RHA	0,94	0,75		
19	Ítem 8. Nacidos con gametos de donante	0,94	0,72		

<sup>91</sup> Se realiza el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach por ítem y por dimensión. Por esta razón no se tienen en cuenta aquellos tres ítems (1, 4 y 27) que son frases introductorias y no corresponden a ninguna dimensión. El coeficiente W de Kendall también se realiza mediante agrupaciones por dimensión y, en este caso, también por área de contenido. Por estos motivos, tampoco se valoran aquellos ítems que son frases introductorias.

<sup>92</sup> En la Tabla 22, se mantiene el orden numérico de los resultados del método Delphi (Tabla 20). Además, se indica el ítem y se resume a modo indicativo la pregunta de la encuesta.

<b>Dimensión Actitud**</b>			
3	Ítem 3. Suficiente información	0,94	0,91
4	Ítem 2. Buscado o recibido información	0,93	0,89
12	Ítem 15. Cantidad de dinero	0,93	0,91
13	Ítem 18. Remuneración por la donación	0,93	0,90
17	Ítem 13. Importancia del registro	0,93	0,90
20	Ítem 9. Acceso a las TRHA	0,93	0,91
21	Ítem 10. Casos para recurrir a RHA	0,93	0,90
22	Ítem 19. Datos de la persona donante	0,93	0,89
23	Ítem 20. Pruebas a las personas donantes	0,94	0,91
24	Ítem 21. Conocer la naturaleza de la concepción	0,93	0,90
25	Ítem 22. Conocer los orígenes	0,93	0,91
26	Ítem 23. Derechos a priorizar	0,93	0,89
27	Ítem 24. Conocimientos sobre el proceso	0,93	0,90
28	Ítem 25. Sería donante	0,93	0,89

29	Ítem 26. Responsabilidad de la donación	0,93	0,90
----	---	------	------

**Características sociodemográficas y personales†**

31	Ítem 28. Año de nacimiento	0,94	0,86
32	Ítem 29. Sexo	0,93	0,85
33	Ítem 34. Estudiando en la actualidad	0,93	0,86
34	Ítem 32. Nivel educativo	0,93	0,89
35	Ítem 33. Trabajo remunerado	0,93	0,87
36	Ítem 35. Ámbito de estudio o profesión	0,93	0,88
37	Ítem 36. Creencias o condición religiosa	0,93	0,84
38	Ítem 31. Estado civil	0,94	0,86
39	Ítem 30. Orientación sexual	0,93	0,84
40	Ítem 37. Condición familiar	0,93	0,84
41	Ítem 38. Recurrir a RHA	0,94	0,85
42	Ítem 39. Recurrir a donación de gametos	0,93	0,84

\* Dimensión Conocimiento: coeficiente alfa de Cronbach 0,74.

\*\* Dimensión Actitud: coeficiente alfa de Cronbach 0,91.

† Variables sociodemográficas y personales: coeficiente alfa de Cronbach 0,87.

La confiabilidad interna entre las valoraciones de las personas expertas es de 0,93 (93 %). Y para cada una de las dimensiones, el coeficiente alfa de Cronbach muestra medidas aceptables, siendo en la dimensión de Conocimiento el alfa de Cronbach del



74 %, en la dimensión de Actitud de 91 % y las características sociodemográficas y personales de 87 %.

Se observa también que las valoraciones muestran mayores valores de consistencia si se realiza el análisis en toda la encuesta globalmente, sin agrupar por dimensiones. A pesar de esto, el valor del alfa de Cronbach muestra, en todos los casos, valores aceptables, buenos y excelentes.

A continuación, se muestran (ver Tabla 25) los resultados obtenidos del cálculo del coeficiente  $W$  de Kendall, todos ellos con un nivel de significación significativo ( $p < 0,05$ ), excepto dos casos. Se observa que, con un nivel de confianza del 0,95, la dimensión de conocimiento, la de actitud y las características sociodemográficas y personales, muestran una consistencia interna moderada (valores entre 0,3 y 0,5). En cambio, la interpretación mejora en la mayoría de los casos cuando se realiza el análisis agrupando por área de contenido y dimensión, se muestran resultados de interpretación de la concordancia buenos o fuertes. Y las variables sociodemográficas muestran una consistencia interna moderada.

**Tabla 25:** Coeficiente W de Kendall

Área de contenido	Dimensión Conocimiento*			Dimensión Actitud**		
	nº	W	p-valor	nº	W	p-valor
<b>Contexto</b>	6, 7, 18, 20	0,35	NS	3, 4, 20, 21	0,64	< 0,02
<b>Proceso</b>	8, 9, 16	0,66	< 0,02	17, 24, 25, 26, 28	0,51	< 0,02
<b>Donantes</b>	10, 11	1,00	< 0,02	12, 13, 23, 27, 29	0,52	< 0,02
<b>Receptoras</b>				22	1	NS

Variables	Características sociodemográficas y personales†		
	nº	W	p-valor
<b>Sociodemográficas</b>	31-39	0,37	< 0,02
<b>Personales</b>	40-42	0,73	< 0,02

\* Dimensión Conocimiento: W de Kendall 0,358 y p-valor < 0,001.

\*\* Dimensión Actitud: W de Kendall 0,453 y p-valor < 0,001.

† Variables sociodemográficas y personales: W de Kendall 0,408 y p-valor < 0,001.

NS = No Significativo

Con todos estos resultados cuantitativos y cualitativos, se puede afirmar que hay un alto grado de homogeneidad en el grado de conformidad del panel de personas expertas con los ítems del cuestionario.

Gracias a estos resultados, la tasa de devolución y al alto porcentaje “de acuerdo” obtenido en todas las fases del método para cada uno de los ítems, se cierra esta valoración del contenido de la encuesta con solo tres fases del método Delphi. Y el resultado final es un segundo borrador de la encuesta (ver Anexo 7).

Para este segundo borrador y, en base a los comentarios realizados por las personas expertas que participan en el método Delphi, se decide añadir un párrafo aclaratorio al inicio de la encuesta donde se justifica el referirnos siempre en masculino y evitar los “y/u”; todo ello con el propósito de facilitar la lectura a la persona encuestada.

### **3.6.2 Discusión con expertas**

Como se comenta al inicio de la validación de la encuesta, es importante determinar si los ítems se ajustan al concepto que se pretende medir, a su constructo y dimensiones, es decir, la validación de criterio. Para hacerlo, se acostumbra a comparar con otras encuestas ya validadas parecidas. Pero, en este caso, no se han encontrado encuestas con las que poder contrastar.<sup>93</sup> Por este motivo, y debido a que el objetivo de esta fase es conseguir el mayor consenso posible sobre si el tipo de resultados (y por consecuencia, las preguntas, variables y posibles respuestas) permite llegar al concepto que se pretende medir, se cree oportuno que sean expertas reconocidas las que lo verifiquen.

En este caso, se opta por tener una conversación informal y distendida de manera individual (presencial o telefónicamente) con tres expertas que se seleccionan en base a su desarrollo profesional, siendo del ámbito de la RHA y cada una de ellas con un enfoque diferente (social, legal y bioética).<sup>94</sup>

Para ello, se realiza un primer contacto vía email (ver Anexo 8) en el que se solicita su participación y tras su aprobación, se les envía la segunda versión de la encuesta y toda aquella información descriptiva del concepto que pretende medir y las bases conceptuales y empíricas. Como en el método Delphi, se establece una comunicación continua con ellas, la cual cosa facilita el desarrollo del proceso.

Este proceso se inicia en noviembre del 2016 y finaliza en enero del 2017.

---

<sup>93</sup> Existen encuestas sobre algún aspecto aislado sobre el objeto de estudio, pero en ninguna desde el constructo que se presenta en la tesis; y ninguna de ellas validadas.

<sup>94</sup> Se cuenta con la Dra. Anna Veiga Lluch, la Dra. Esther Farnós Amorós y la psicóloga María Brichette Uncal. Tres expertas de reconocido prestigio en su ámbito. Con la Dra. Veiga y la Dra. Farnós se mantiene una conversación de manera presencial y con María Brichette, telefónicamente.

### 3.6.2.1 Resultados del proceso

A continuación, se muestran (ver Tabla 26) las modificaciones realizadas para cada uno de los ítems de la segunda versión de la encuesta después de realizar la discusión con cada una de las tres expertas.

**Tabla 26:** Modificaciones realizadas de la segunda versión de la encuesta

Descripción del ítem	Modificaciones realizadas
<p>¿Ha buscado o recibido información sobre la donación de semen y/o de óvulos para la reproducción humana asistida?</p> <p>En el caso de contestar que Sí, ¿qué fuentes de información? (marque todas las respuestas que crea conveniente)</p>	<p>Se invierte el orden del inicio “¿Ha recibido o buscado [...]?” y se añade una opción de respuesta de “NS/NC”.</p>
<p>¿Cree que tiene suficiente información sobre la donación de semen u óvulos para la reproducción humana asistida?</p>	<p>Se mantiene igual.</p>
<p>Para una mujer sana sin problemas de fertilidad, ¿en qué rango de edad disminuye considerablemente la posibilidad de concebir un hijo?</p>	<p>Se mantiene igual.</p>
<p>Para una mujer sana sin problemas de fertilidad diagnosticados que no consigue un embarazo de forma natural, si acude a reproducción humana asistida sin recurrir a donación de semen u óvulos, ¿cómo influirá eso en la probabilidad de quedarse embarazada?</p>	<p>Se considera que la pregunta es compleja y se debería reformular.</p>
<p>En 2013, ¿cuál fue el porcentaje aproximado de nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida?</p>	<p>Se aconseja eliminar el año y la comunidad autónoma.</p> <p>Se recomienda empezar por “En los últimos años”</p>
<p>En 2013, del total de niños nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida, ¿cuál fue el porcentaje aproximado que utilizó semen y/u óvulos de donante?</p>	<p>La misma sugerencia que en el ítem anterior.</p>
<p>¿Quién debería poder tener acceso a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?</p>	<p>Se recomienda hablar en todas las opciones de respuesta de parejas, de manera que quedan así: pajas heterosexuales, parejas de mujeres homosexuales, parejas de hombres</p>

homosexuales, mujeres solas, hombres solos y otros.

Se recomienda, añadir solo en este ítem, a los hombres, aunque implique GS.

¿En qué casos de debería poder recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?

Se recomienda modificar completamente la pregunta por “¿Cuáles serían las indicaciones para recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?” y reformular algunas de las opciones de respuesta.

Igual que en el ítem anterior, se recomienda añadir a “hombres solos” en una opción de respuesta, aunque implique GS.

¿Cómo es el proceso de donación de semen y/o de óvulos en España?

Se recomienda simplificar la pregunta de manera que quede así “En España, el donante de semen u óvulos, ¿puede conocerse?”

¿Cree que es importante que exista un registro de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?

Se recomienda generar dos preguntas y que la segunda derive de si se contesta que sí. Ya que como está tiene una doble implicación, que el registro solo sea para llevar un control de los niños que nacen.

Finalmente se redacta una primera pregunta “¿Cree que es importante que exista un registro de donantes?” y la segunda pregunta, si se ha contestado que sí, contempla la finalidad del registro.

¿Qué recibe un donante por la donación de semen o de óvulos?

Se aconseja especificar “En España, ¿qué recibe [...]?” ya que no en todos los países es igual.

¿Cree que un donante de semen u óvulos debería recibir una remuneración a cambio de la donación?

En el caso de contestar que Sí, la cantidad de dinero que recibe un donante, ¿cómo cree que debería determinarse? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

En el caso de contestar que Sí, entre donantes hombres y mujeres, ¿cómo cree que debería determinarse?

Se mantiene igual.

En cuanto a la cantidad de dinero, ¿qué recibe una donante de óvulos por una donación?

Se recomienda especificar “En España”.

En cuanto a la cantidad de dinero, ¿qué recibe un donante de semen por una donación?

Se recomienda especificar “En España”.

Las familias o mujeres que utilizan semen y/o óvulos de donante para tener un hijo, ¿debería poder conocer datos de/de la donante?

Se mantiene igual.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué datos del donante debería tener a su disposición?

A una persona que quiera donar semen u óvulos, ¿se le debería hacer pruebas antes de realizar la donación?

Se mantiene igual.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué pruebas cree que se le deberían hacer?

A pesar de esto, se recomienda añadir el mismo estilo de pregunta referida a las personas receptoras.

¿Cree que un niño nacido mediante semen u óvulos de donante debería conocer cómo ha sido concebido?

Se recomienda añadir una opción de respuesta de "Otras. En este caso, especifique: ..." en la tercera pregunta del ítem

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué condición familiar?

En el caso de contestar que Sí, ¿cuándo debería saberlo?

¿Cree que el niño que ha nacido por reproducción humana asistida con el semen y/u óvulos de donante debería poder conocer sus orígenes, en este caso, conocer de dónde proviene y también, conocer la identidad del/de la donante?

Se recomienda simplificar la pregunta y modificar ligeramente algunas opciones de respuesta.

En caso de contestar que Sí, ¿por qué?

En el caso de contestar que NO, ¿por qué?

En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?

Se mantiene igual.

¿Cree que una persona que quiere realizar una donación de semen u óvulos debería tener conocimientos previos sobre el proceso?

Se mantiene igual.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué tipo de conocimientos?

¿Sería usted donante de semen/óvulos?

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Se mantiene igual.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación legal?

¿Cree que la responsabilidad del donante acaba en la donación?

Se amplían algunas opciones de respuesta de manera que sean más específicas.

En el caso de contestar que NO acaba en la donación, ¿qué responsabilidad cree que debería tener?	
Año de nacimiento:	Se mantiene igual.
Sexo:	Se recomienda añadir la opción de “NC”.
Estado civil:	Se aconseja añadir las opciones de respuesta “relación afectiva sin convivencia con otra persona” y “convivencia estable con otra persona”.
Orientación sexual:	Se recomienda añadir la opción de “NC”.
Último nivel educativo finalizado o realizando actualmente:	Se modifica ligeramente el enunciado y se eliminan algunos casos dentro de las opciones de respuesta de manera que quede más simplificado.
¿Estás estudiando actualmente?	Se recomienda cambiar “NS/NC” por “NC”.
Ámbito de estudio o profesión:	Se mantiene igual.
¿Tiene un trabajo remunerado actualmente?	Se recomienda cambiar “NS/NC” por “NC”.
Creencias o condición religiosa:	Se recomienda añadir la opción de “NC”.
Condición familiar:	Se recomienda modificar el orden de las opciones de respuesta y añadir la posibilidad de “Otras. En este caso, especifique: ...”
¿Alguien de su entorno o usted mismo, ha recurrido a técnicas de reproducción humana asistida?	Se recomienda cambiar “NS/NC” por “NC”. Y especificar “de su entorno familiar o más próximo, o usted mismo”.
¿Alguien de su entorno o usted mismo, ha sido donante de semen/óvulos?	Se recomienda cambiar “NS/NC” por “NC”. Y especificar “de su entorno familiar o más próximo, o usted mismo”.

Finalmente, no se elimina ninguno de los ítems, sino que se añade uno más. Las tres expertas coinciden en que se consigue el objetivo de la encuesta teniendo en cuenta la definición del constructo, las dimensiones y las áreas de contenido. Además, están de acuerdo en la precisión de sus definiciones.

Con estas deliberaciones y modificaciones, se constata su validez de constructo y de criterio.

El resultado de este proceso es la redacción de la tercera versión de la encuesta.<sup>95</sup> A parte de todos los cambios, se redefine la explicación inicial y se maqueta.

### **3.6.3 Prueba piloto y test-retest**

La prueba piloto se basa en reproducir las mismas condiciones para las que se está validando el cuestionario antes de llevar a cabo el trabajo de campo (284). De manera que se pueda observar la frecuencia de respuesta, los tiempos para responder y completar el cuestionario, los *missings* (preguntas no contestadas) y las respuestas marcadas como ns/nc o “otros”. Así, se obtiene un valor sobre la dificultad y popularidad de las preguntas. Finalmente, se decide si se deben eliminar preguntas, o bien redactarlas diferente para que aporten información diferente a la investigación.

Es importante realizar la prueba piloto en las mismas condiciones que se realizará posteriormente la encuesta. En este caso, como se trata de una encuesta autocumplimentada, las personas encuestadas que participan en la prueba piloto no pueden hacer preguntas, ni pedir aclaraciones, etc. Pero, como se quiere dar valor a la vertiente cualitativa, se les expone a las personas que deciden participar en la prueba piloto, que cuando lo entreguen expongan verbalmente todas aquellas consideraciones que crean pertinentes. De esta manera, se obtiene información adicional sobre la dificultad, si les ha invitado a reflexionar, si es un tema que conocen mucho, etc.

El método test-retest se basa en pasar el mismo cuestionario dos veces a la misma persona. Esto permite calcular el coeficiente de estabilidad (o confiabilidad), es decir, medir si una misma persona mantiene sus respuestas en el tiempo y, por tanto, el cuestionario se puede considerar estable (284). Es importante decidir el tiempo ya que el contexto, las experiencias, y el aprendizaje pueden influir en un cambio en las respuestas si este tiempo ha sido muy grande, o bien, la memoria puede hacer que se escojan las mismas opciones si el tiempo es corto.

Para este trabajo, el tiempo entre el pre y post test es de 10 días. La prueba piloto y el test-retest se llevan a cabo en marzo del 2017. A las personas que deciden participar se les explica el objetivo y el funcionamiento del método, y se les proporciona una hoja informativa y consentimiento informado con pequeñas variaciones respecto al que se utiliza para el trabajo de campo posterior (ver Anexo 11).

---

<sup>95</sup> En este caso, como esta versión de la encuesta será la utilizada para llevar a cabo la prueba piloto y test-retest, se envía la encuesta a maquetar.



### 3.6.3.1 Muestra

Para el cálculo de la muestra con la que se debe realizar la prueba piloto y posterior test-retest, se realiza la estimación de una proporción cuando la población es infinita.

En este caso, se entiende población infinita porque se está validando para la población en general, no se trabaja sobre ningún segmento.

La fórmula que se utiliza es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{e^2}$$

Donde las variables son:

- $\alpha$ : nivel de error = 0,05
- $Z_{1-\alpha/2}$ : valor de la distribución normal normalizada con el valor de alfa especificado = 1,96
- $p$ : proporción estimada de la población con una determinada cualidad = 0,5
- $q$ : proporción que no tiene una determinada cualidad = 0,05
- $e$ : precisión o error muestral = 0,05

En este caso, la proporción estimada ( $p$ ) como no se conoce y no hay artículos que sirvan de indicativo se aconseja poner 0,5.

El cálculo de la muestra total es de 385. Pero, para llevar a cabo una prueba piloto se acepta establecer como muestra el 5 % del valor. En este caso es de aproximadamente 20 personas y estaría dentro de los intervalos marcados como válidos (271). Otra opción que se permite es coger un grupo de 30 – 40 personas y recalcular la “n” con la “p” de los datos de los que se dispone.

Para este trabajo, se opta por una muestra por conveniencia y accesibilidad (293) intentando que la muestra sea heterogénea en edad, sexo, nivel de estudios, etc.

### 3.6.3.2 Análisis estadístico

La confiabilidad de un instrumento se puede evaluar a través de diferentes pruebas estadísticas en función del número de sujetos y de las características de las respuestas. Como se ha realizado en el método Delphi, aunque con un propósito diferente, se ha utilizado el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de concordancia W de Kendall por las características de las alternativas de respuesta (tipo Likert) y el número de personas expertas que se comparan.

En este caso en concreto, como se quiere medir la homogeneidad de las preguntas en un test-retest y estas tienen dos tipos de posibilidad de respuesta, se utilizan dos pruebas estadísticas diferentes. Para llevarlas a cabo, se utiliza el programa estadístico software R (42), versión 3.5.1 (02-07-2018) y el paquete “irr” (292). Se calcula del

coeficiente Kappa de Cohen para las respuestas dicotómicas (44) y el coeficiente de correlación de Spearman para los datos ordinales no paramétricos (43,45,274).<sup>96,97</sup>

Para interpretar los resultados, se tienen en cuenta diferentes valores (ver Tabla 27). Landis y Koch (294) proponen las siguientes interpretaciones:

**Tabla 27:** Interpretación del coeficiente del coeficiente de correlación

k	Interpretación
< 0	Sin acuerdo o pobre
0,01 – 0,20	Insignificante
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Buena
0,81 – 1,00	Muy buena o perfecta

Fuente: Traducido de Landis y Koch (294).

Se excluyen del análisis aquellos ítems que corresponden a variables sociodemográficas porque se sobre entiende que no existirá variabilidad en las respuestas entre el test y el retest.

### 3.6.3.3 Resultados del método

Se invita a participar en la prueba piloto a 47 personas de las que se acaban incluyendo porque realizan el test-retest a 37. Por tanto, la tasa de devolución es del 79 %. Y el cálculo del tiempo estimado de respuesta es de una media de 15 min.

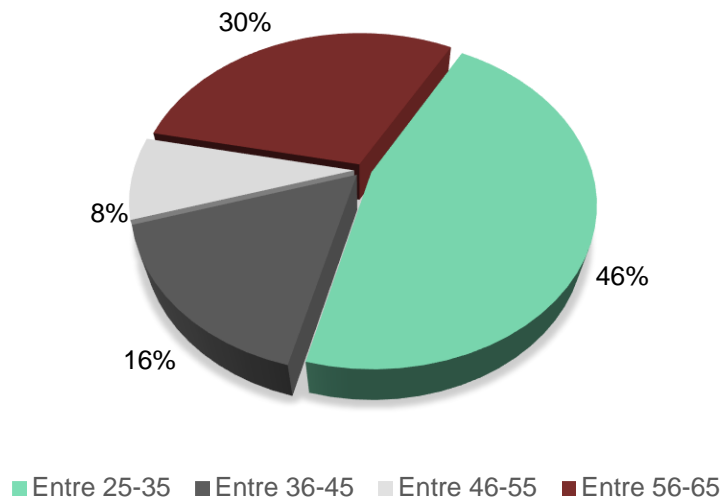
Las características de la muestra son variadas en cuanto al sexo, 54 % mujeres, y en los intervalos de edad, aunque casi la mitad tienen entre 25 – 35 años (ver Gráfico 35), la media está en 42 años con un intervalo de confianza de  $\pm 4,47$  (ver Gráfico 36).

---

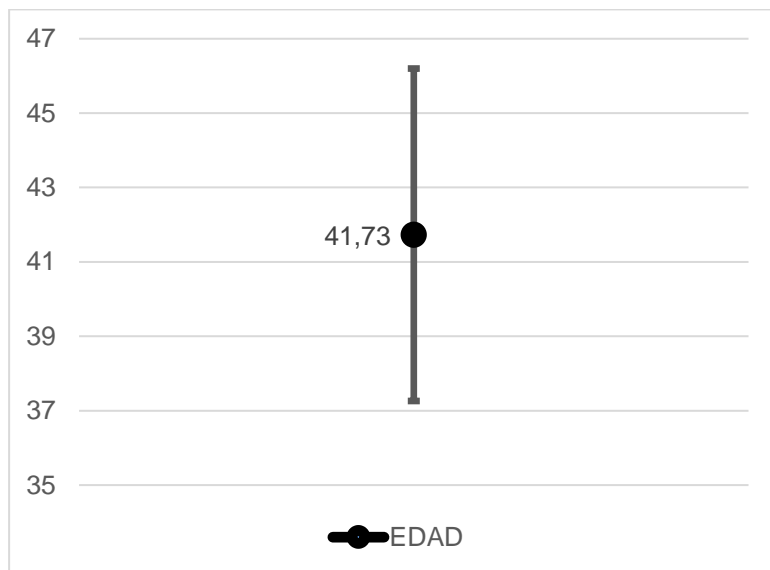
<sup>96</sup> Aquellos ítems que permiten marcar más de una opción se han *dummificado*, es decir, se ha tratado cada opción de respuesta como si fuese un ítem y se han dicotomizado, se le han proporcionado dos valores (marcada o no marcada).

<sup>97</sup> Aquellos ítems que permiten marcar solo una opción, pero las posibilidades de respuesta son mayores de dos han sido tratados antes del análisis. Se les ha asignado unos valores consecutivos a cada una de las posibilidades de respuesta.

**Gráfico 35:** Intervalos de edad

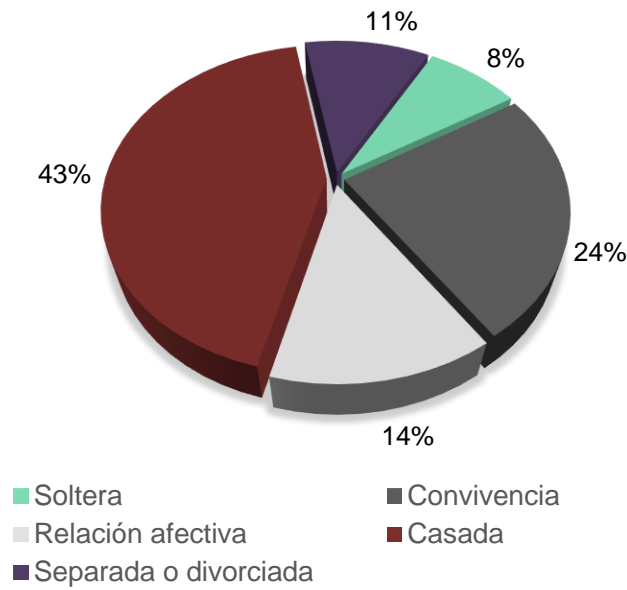


**Gráfico 36:** Edad media e intervalo de confianza



En cuanto a la orientación sexual, la muestra es homogénea, el 97 % son personas heterosexuales. En cambio, sí que hay variabilidad en relación con el estado civil (ver Gráfico 37), aunque la mayoría personas casadas (43 %) o tienen una convivencia estable con otra persona (24 %).

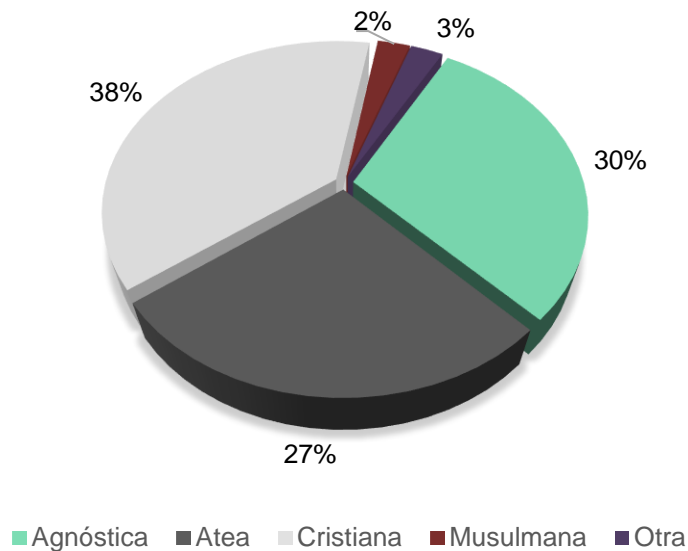
**Gráfico 37:** Estado civil.



A pesar de que solo el 38 % está estudiando actualmente, la mayoría (76 %) tienen estudios de diplomatura o niveles superiores. Siendo el 61 % del ámbito de ciencias, ciencias de la salud o biociencias. Y el 92 % tienen un trabajo remunerado en el momento de participar en la prueba piloto y test-retest.

En referencia a las creencias o condición religiosa, más de la mitad de las personas participantes son agnósticas o ateas (ver Gráfico 38).

**Gráfico 38:** Creencias o condición religiosa.



Ninguna de ellas es adoptada ni ha sido concebida mediante RHA. El 49 % tienen hijos/as. El 27 % o alguien de su entorno ha recurrido a TRHA. Por último, tan solo el 14 % o alguien de su entorno ha sido donante de gametos.

A continuación, se detalla la consistencia interna o confiabilidad del cuestionario en función de las respuestas de las personas participantes, el porcentaje de similitud entre el pre y post-test y las aportaciones cualitativas (ver Tabla 28).<sup>98,99</sup>

**Tabla 28:** Análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados del test-retest

Ítem y descripción indicativa	Comentarios	Coefficiente de correlación	p-valor	Porcentaje de similitud
1. Recibido o buscado información		0,81	< 0,02	92 %
1a. Fuentes de información:				
Amigos		0,78	< 0,02	97 %
Familia		1,00	< 0,02	100 %
Películas		NA	NA	100 %
Medios		0,63	< 0,02	94 %
Internet		0,72	< 0,02	94 %
Profesionales		0,00	NS	94 %
Revistas		1,00	< 0,02	100 %
Otras		0,80	< 0,02	94 %
2. Información suficiente		0,11	NS	84 %
3. Intervalo fértil	Se expresa que esta pregunta es realmente confusa, algunas personas comentan que en el test lo interpretaron de una manera y en el retest, de otra.	0,70	< 0,02	84 %
4. Influencia de las TRHA	Los mismos comentarios que en el ítem anterior.	0,66	< 0,02	89 %
5. Nacidos por TRHA	Se recomienda eliminar la opción de NS/NC en este ítem y en el siguiente (número 6) ya que, si el objetivo es la percepción, no tiene sentido que aparezca esta opción.	0,60	< 0,02	57 %
6. Nacidos mediante donación	Igual que el ítem anterior.	0,93	< 0,02	73 %

<sup>98</sup> No se calcula la consistencia interna por dimensiones porque en función del tipo de respuesta de cada ítem se ha realizado una prueba estadística u otra.

<sup>99</sup> Se sigue el orden de los ítems (se añade una breve descripción indicativa) de la encuesta que se ha utilizado para la prueba piloto, tercer borrador (ver Anexo 9). Además, las sub-preguntas mantienen en número de la pregunta inicial y se les añade "a" o "b".

<b>7. Acceso a las TRHA</b>				
Heterosexuales	Se sugiere cambiar la terminología y hablar siempre de "pareja", es decir, "Mujeres sin pareja", "Parejas homosexuales de mujeres", etc.	1,00	< 0,02	100 %
Mujeres homosexuales		1,00	< 0,02	100 %
Hombres homosexuales		0,93	< 0,02	97 %
Mujeres solas		0,65	< 0,02	86 %
Hombres solos		0,59	< 0,02	86 %
Otros		0,89	< 0,02	97 %
<b>8. Indicaciones para recurrir a RHA</b>				
Ausencia sexo opuesto		0,42	NS	84 %
Problemas de fertilidad		- 0,03	< 0,02	95 %
Enfermedad genética		0,27	NS	89 %
Selección de sexo		0,00	NS	94 %
Otras		- 0,04	NS	93 %
<b>9. Conocer a la persona donante</b>				
		0,71	< 0,02	89 %
<b>10. Registro</b>				
		- 0,70	NS	86 %
<b>10a. Finalidad</b>				
Control	Se recomienda ampliar la tercera opción de respuesta "para que los niños que han nacido puedan buscar al donante sin causa justificada".	0,62	< 0,02	81 %
Conocer por enfermedad		0,65	< 0,02	86 %
Buscar al donante		0,00	NS	97 %
Buscar a los hermanos		- 0,03	NS	94 %
Otras		0,79	< 0,02	97 %
<b>11. Qué recibe una persona donante</b>				
		0,59	< 0,02	84 %
<b>12. Remuneración por la donación</b>				
		0,93	< 0,02	86 %
<b>12a. Cómo determinarla</b>				
Detalle		0,80	< 0,02	94 %
Salario mínimo		NA	NA	100 %
Calidad		0,79	< 0,02	97 %
Dificultad		0,84	< 0,02	92 %
El centro		1,00	< 0,02	100 %
Oferta y demanda		0,00	NS	97 %
Compensación		0,18	NS	67 %
Administración		0,75	< 0,02	92 %
Otras		NA	NA	100 %
<b>12b. Diferencias</b>				
		0,93	< 0,02	95 %
<b>13. Cantidad dinero donante de óvulos</b>				
		0,93	< 0,02	94 %

14. Cantidad dinero donante de óvulos		0,95	< 0,02	100 %
15. Las receptoras conocer datos donantes		0,78	< 0,02	92 %
15a. Datos a su disposición				
Edad		0,68	< 0,02	86 %
Características físicas		0,78	< 0,02	89 %
Historial clínico		0,77	< 0,02	89 %
Grupo sanguíneo		0,82	< 0,02	92 %
Etnia		0,84	< 0,02	92 %
Nivel de estudios		0,72	< 0,02	94 %
Coeficiente intelectual		0,87	< 0,02	97 %
Religión/creencias		NA	NA	100 %
Aficiones		NA	NA	100 %
Todo		0,55	< 0,02	89 %
Datos de contacto		NA	NA	100 %
Otros		0,00	NS	97 %
16. Pruebas a donantes		NA	NA	100 %
16a. Qué pruebas				
Evaluación psicológica	Se recomienda ampliar la cuarta opción de respuesta "análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas".	0,84	< 0,02	92 %
Inteligencia		1,00	< 0,02	100 %
Historial		0,38	< 0,02	86 %
Análisis de sangre		0,52	< 0,02	84 %
Análisis de sangre		0,36	< 0,02	92 %
Otras		0,00	NS	97 %
17. Pruebas a receptoras		0,45	< 0,01	81 %
17a. Qué pruebas				
Evaluación psicológica		0,67	< 0,02	86 %
Inteligencia		NA	NA	92 %
Historial		0,45	< 0,02	76 %
Análisis de sangre		0,40	< 0,02	70 %
Análisis de sangre		0,30	NS	67 %
Otras		NA	NA	100 %
18. Naturaleza de su concepción		0,90	< 0,02	86 %

18a. Quién debe informar	Se propone eliminar “en cualquier condición” ya que engloba las anteriores y esto confunde a la persona encuestada.			
Parejas heterosexuales		0,31	0,05	84 %
Mujeres homosexuales		0,31	0,05	84 %
Hombres homosexuales		0,31	0,05	84 %
Mujeres solas	Además, se sugiere cambiar la terminología y hablar siempre de “pareja”, es decir, “Mujeres sin pareja”, “Parejas homosexuales de mujeres”, etc.	0,31	0,05	84 %
Hombres solos		0,31	0,05	84 %
Cualquiera		0,86	< 0,02	94 %
Otras		0,65	< 0,02	97 %
18b. Cuándo				
Desde la infancia		0,82	< 0,02	92 %
Mayoría de edad		NA	NA	100 %
Según conveniencia		0,89	< 0,02	94 %
Otras		- 0,03	NS	94 %
19. Derecho conocer orígenes		0,756	< 0,02	89 %
19a. Sí, por qué				
Cuestiones médicas		0,76	< 0,02	92 %
Forjar identidad		0,21	NS	86 %
Padres genéticos		0,00	NS	97 %
Curiosidad		NA	NA	100 %
Manutención		NA	NA	100 %
Relación personal		0,00	NS	97 %
Reclamar paternidad		NA	NA	100 %
Otras		0,47	< 0,02	95 %
19b. No, por qué				
Derecho intimidad		0,84	< 0,02	94 %
Conflicto de identidad		0,72	< 0,02	94 %
Afectar al desarrollo		0,72	< 0,02	94 %
Desestructurar familia		0,54	< 0,02	89 %
Rechazo		0,47	< 0,02	94 %
Disminuir las donaciones		0,28	NS	92 %
Otros		NA	NA	100 %
20. Priorizar		0,71	< 0,02	89 %
21. Conocimientos previos		- 0,04	NS	92%
21a. Tipo de conocimientos				
Clínicos		0,48	< 0,02	94 %
Económicos		0,65	< 0,02	84 %
Sociales		0,65	< 0,02	86 %



Emocionales		0,62	< 0,02	84 %
Legales		0,47	< 0,01	81 %
Otros		NA	NA	100 %
22. Sería donante	Se comenta que a ciertas edades no se puede ser donante y deberían poder contestar la pregunta igualmente. Para evitarlo, se puede cambiar la pregunta “¿si pudiese sería usted donante de semen u óvulos”	0,95	< 0,02	94 %
22a. En qué situación				
Familiar		0,79	< 0,02	92 %
Amigo		0,75	< 0,02	92 %
Ganar dinero		1,00	< 0,02	100 %
Tener hijos		NA	NA	100 %
Ayudar		0,87	< 0,02	94 %
Otras		NA	NA	100 %
22b. Situación legal				
Anonimato	Se comenta que cuando se marca en la pregunta anterior que solo se donaría para un familiar o amigo, este ítem 22b, genera conflicto.	0,81	< 0,02	92 %
Conocer la identidad		0,48	< 0,02	94 %
En cualquier caso		0,77	< 0,02	94 %
NS/NC		0,00	NS	94 %
23. Implicación de la persona donante		0,46	< 0,02	75 %
23a. Grado				
Información importante		0,68	< 0,02	84 %
Información personal		0,00	NS	94 %
Conocer		0,00	NS	97 %
Económica		NA	NA	100 %
Ejercer de padre		NA	NA	100 %
Otra		NA	NA	100 %
35. Recurrir a RHA	Se recomienda añadir la opción de NS/NC	0,87	< 0,02	92 %
36. Ser donante	Se recomienda añadir la opción de NS/NC.	0,81	< 0,02	89 %

NA corresponde a *Not available* y se genera en aquellos casos en los que no hay variabilidad en las respuestas.

NS = No Significativo

También se propone especificar “semen y óvulos” en la explicación inicial de la encuesta cuando se está hablando de gametos. Y se comenta que el ítem 33 es muy complejo y difícil de entender.

En general, las personas que han participado verbalizan que “he puesto a algunas preguntas NS/NC porque moral y éticamente no lo tengo definido”, “hay preguntas que considero difíciles porque no me las he planteado nunca”, “son temas que nunca me he cuestionado”, “no me he planteado muchas de las preguntas”, etc. Incluso, se llega a expresar que “la encuesta te hace pensar bastante porque hay aspectos que no me habría planteado nunca”.

No se detecta ninguna pregunta con una tendencia a no ser contestada. En cambio, sí que se observan dos preguntas (ítems 5 y 6) donde muchas de las personas que han participado en la prueba, han marcado la opción de NS/NC.

El valor más bajo en cuanto a porcentajes de similitud entre el test y el re-test es del 57 % (ver Tabla 28), pero cabe destacar que 121/128 análisis de similitud muestran valores superiores al 80 %. Se observa también que el 39 % tienen una confiabilidad muy buena o perfecta, el 41 % buena, el 19 % moderada y tan solo el 1 % muestra que no hay concordancia; todos ellos con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

También se puede ver que aquellas valoraciones con un coeficiente de correlación de NA o 0 tienen porcentajes de similitud elevados y no muestran diferencias estadísticamente significativas. En estos casos se comprueba que es debido a una falta de variabilidad en las respuestas de las personas participantes.

### **3.7 Propuesta final: definición y análisis de los ítems del Cuestionario LSP2016**

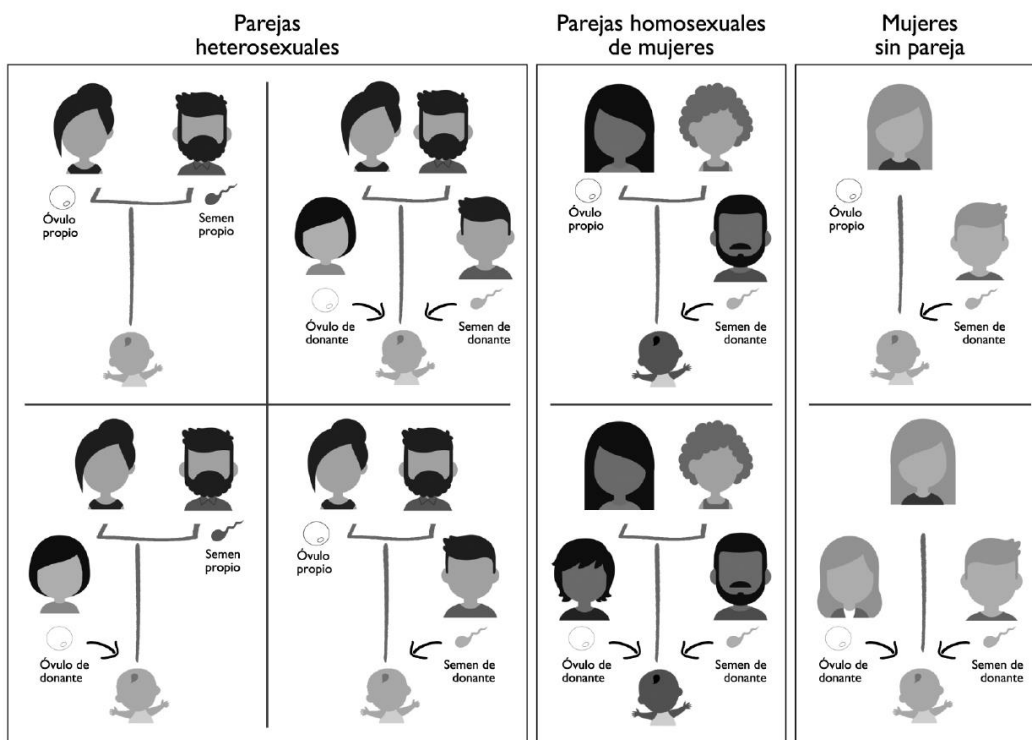
A partir del resultado de la revisión de la bibliografía y la *scoping review* se extraen aquellas variables utilizadas en estudios e instrumentos similares (ver Anexo 2) y se desarrolla el primer borrador. Con los objetivos planteados y las bases fundamentales del cuestionario, son los expertos del método Delphi, las entrevistas con las expertas y los resultados de la prueba piloto los que acaban de definir y seleccionar aquel número mínimo posible de variables para extraer el máximo de información.

Las pruebas estadísticas desarrolladas permiten tomar decisiones sobre qué hacer con cada uno de los ítems y las posibilidades de respuesta. Pero, en este trabajo la parte cualitativa, es decir, los comentarios, aportan un gran valor añadido en todos los procesos de validación.

Finalmente, y para la redacción de la propuesta final del Cuestionario LSP2016: se revisa gramatical y sintácticamente toda la encuesta, se unifican términos y estructura de las opciones de respuesta, se cambia el género de la encuesta refiriéndose en todo momento a la persona (en femenino), se clasifican los ítems en función de cada área de contenido para que sea más fácil para la persona encuestada y se añaden ilustraciones (ver Figura 17) a modo de explicación (que se van modificando a lo largo de la encuesta para que sirvan de guía cuando se refiere a receptoras y personas donantes); también se utilizan una forma diferente del botón (un círculo o un cuadrado) en función de si se puede marcar una o más opciones; y se añade un espacio para poder pegar la etiqueta

que vinculará la encuesta con el consentimiento informado. Todas estas modificaciones se ven reflejadas en la propuesta final del Cuestionario LSP2016 (ver Anexo 10).

**Figura 17:** Ilustración explicativa del Cuestionario LSP2016



A continuación, se presenta la distribución de los ítems del Cuestionario LSP2016 en función de las dimensiones (ver Tabla 29), áreas de contenido y clasificación desarrollada.

**Tabla 29:** Distribución de los ítems del Cuestionario LSP2016 en: constructo, dimensiones y variables sociodemográficas y personales

		Constructo		
		Aspectos		
		Bioéticos	Sociales	Legales
Dimensiones	Conocimientos	Ítem 5, 7, 8, 13		
	Actitudes	Ítem 1 – 4, 6, 9 – 12, 14 - 18		
Variables sociodemográficas y personales		Ítem 19 - 31		

Teniendo en cuenta las clasificaciones dentro de cada dimensión, se clasifican en función del área de contenido y se “etiqueta” cada ítem dentro de su categoría (ver Tabla 30).

**Tabla 30:** Clasificación de los ítems en función del área de contenido y categoría

Área de contenido	Ítem	Categoría
<b>Contextualización</b>	1, 1a	Posición
	2	Percepción
	3	Posición
	4	Posición
<b>Donantes</b>	5	Percepción
	6, 6a, 6b	Posición
	7	Percepción
	8	Percepción
	9, 9a	Posición
	10, 10a	Posición
<b>Receptores</b>	11, 11a	Posición
	12, 12a	Posición
	13	Percepción
	14, 14a	Posición
	15, 15a, 15b	Posición
	16, 16 <sup>a</sup> , 16 b	Posición
	17	Posición
	17a	Percepción
<b>Proceso</b>	18, 18 <sup>a</sup> , 18b	Posición

Se clasifican también los ítems en función del factor que miden y el tipo de variables (ver Tabla 31).

**Tabla 31:** Clasificación de las variables con carácter sociodemográfico o personal en función del factor que miden

Variables	Factor	Ítem
<b>Datos sociodemográficos</b>	Edad	19
	Sexo	20
	Orientación sexual	21
	Estado civil	22
	Nivel educativo	23
	Estudio/trabajo	24 - 26
	Creencia o condición religiosa	27
<b>Datos personales</b>	Condición familiar	28 - 31

### 3.8 Aspectos éticos y legales

Las consideraciones para tener en cuenta durante el proceso de validación son por aspectos relacionados con la confidencialidad y el anonimato. En el método Delphi, se expone reiteradamente a las personas expertas que la información con la que se trabaja a lo largo de la técnica es confidencial, y así se les solicita que la mantengan con propósito a futuras publicaciones.

Además, se les expone que, durante el método, se debe garantizar el anonimato de las personas expertas que participan. Una vez finalizado se les pregunta si quieren que se revele su identidad al resto del grupo (a excepción de las personas implicadas en un proceso de RHA, a las que se les garantiza completamente en anonimato durante todo el proceso). Independientemente de esta condición, en esta tesis doctoral, se mantiene el anonimato de las personas expertas en la medida de lo posible. Para ello, se especifican sus perfiles tratados en femenino y sin muchos detalles sobre su trayectoria profesional.

Respecto a la discusión con expertas, no se tratan de manera anónima en ningún momento, aunque sí se les solicita el mantenimiento de la confidencialidad del material para su divulgación científica posterior.

Finalmente, para la prueba piloto y test-retest, se les informa a las personas participantes del objetivo de la técnica, además se les proporciona una hoja informativa en papel junto a un consentimiento informado que deben firmar de manera voluntaria si

quieren participar en el estudio.<sup>100</sup> En cualquier momento se puede revocar el consentimiento y las encuestas (del test y del retest) son vinculadas a dicho consentimiento mediante un código numérico. Solo tiene acceso a los datos la responsable del estudio y se garantiza la confidencialidad de cualquier dato identificativo en todo momento. Los datos son tratados según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (295), y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (296).

### 3.9 Rigor metodológico y límites del estudio

Durante el proceso metodológico de validación del cuestionario se siguen tanto enfoques cualitativos como cuantitativos, ambos métodos confirman su validación y confiabilidad. A pesar de esto, para garantizar que la construcción teórica de las dimensiones queda corroborada por el análisis estadístico, se podría hacer un análisis factorial.

Además, para calcular el porcentaje de acuerdo entre las personas expertas en el método Delphi, se dicotomizan las opciones de respuesta en “desacuerdo” y “de acuerdo”. Para el análisis de homogeneidad y acuerdo en esta misma técnica, se realiza una predicción sobre las medias con una imputación de *missings*. Y, por último, para medir su confiabilidad en la prueba piloto, como ya se ha expuesto anteriormente, se *dummifican* algunos de los datos.

Una de las consideraciones para tener en cuenta del método Delphi es la no sistematización de todo aquello que se quería valorar. En este trabajo, se les solicita a las personas expertas la valoración global, a través de una medición tipo Likert, de varios factores. Otros autores (280,297) en cambio utilizan una *parrilla* donde para cada uno de los ítems, se tiene que evaluar su coherencia, relevancia, claridad, etc. A pesar de esto, el resultado del método Delphi de este trabajo ofrece una tasa de participación y unos resultados muy satisfactorios para la validación del instrumento.

Por otro lado, una de las limitaciones que influirán en el posterior análisis cuando se lleve a cabo un trabajo de campo con el Cuestionario LSP2016 es que las preguntas no están precodificadas con un valor en escala asignado y tampoco se contestan con una medición tipo Likert (298). Esto dificulta el análisis estadístico posterior, pero debido al enfoque, conceptos que se pretenden medir se considera más relevante extraer resultados descriptivos que lleven a la interpretación, reflexión y discusión.

---

<sup>100</sup> Se entregó una hoja informativa y consentimiento informado similar al utilizado durante el trabajo de campo (ver Anexo 11).

Igualmente, cada vez se dispone de más técnicas que permiten medir relaciones entre preguntas con respuestas categóricas, como ofrece esta posibilidad el análisis de *clusters*.

## CAPÍTULO IV. Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios de la Universitat de Lleida sobre la donación de gametos para la reproducción humana asistida

---

### 4.1 Metodología

#### 4.1.1 Diseño del estudio

Para obtener los conocimientos y actitudes de los estudiantes de derecho y enfermería de la UdL se ha diseñado un estudio no experimental, observacional, transversal, descriptivo.<sup>101</sup>

#### 4.1.2 Sujetos del estudio y muestra

La población diana de la tesis son los estudiantes universitarios de la UdL y se justifica esta selección (como ya se ha hecho en Objetivos) porque son personas mayores de 18 años que: <sup>102,103</sup> (i) son la población que verá afectada su fertilidad en mayor medida (debido a factores como el estilo de vida, el peso corporal y el estrés – factores que van en aumento año tras año- y debido al retraso de la maternidad serán, posiblemente, los usuarios que acudan a técnicas de reproducción humana asistida y a la donación), (ii) forman parte de la población con mayor calidad de sus gametos para la donación y son el porcentaje más alto de donantes y (iii) debido a las hipótesis planteadas, este es el grupo de población de más fácil acceso que puede reunir todas estas diferencias en cuanto a sus variables.

Para acotar más y hacer un trabajo de campo realista por el tiempo y los recursos de los que se dispone, se selecciona como población de estudio de la investigación empírica aquella rama de conocimiento más pertinente según el objeto de estudio.<sup>104</sup> En este caso, se centra el estudio en los alumnos de enfermería y de derecho de la FIF y de la FDET de la UdL. Así, el resultado corresponde a un total de 2563 alumnos (ver Tabla 32). Se escogen estas facultades porque la base de la encuesta son aquellos aspectos bioéticos, sociales y legales de la RHA, por tanto, se considera relevante que

---

<sup>101</sup> Se define así el tipo de estudio porque: tiene carácter estadístico y demográfico limitado a la medición de las variables (observacional), se recolectan los datos en un solo momento (transversal), se trata de indagar sobre un fenómeno en su contexto natural (no experimental) asignando unas variables concretas a dos grupos que posteriormente se describirán y compararán los resultados de la población definida (descriptivo) (412).

<sup>102</sup> Con población diana se refiere a la población a la que se quiere generalizar los resultados (300).

<sup>103</sup> Se escoge la UdL por conveniencia, porque es mi lugar de residencia y mi lugar de trabajo.

<sup>104</sup> Con población de estudio se hace referencia a la población definida por los criterios de selección y que sea accesible por el investigador (300).



las facultades escogidas tengan relación directa, por un lado: con el ámbito más social y jurídico; y por otro, con la salud.

**Tabla 32:** Número de alumnos matriculados en cada curso académico en función de la facultad y del grado

	Curso académico					Total
	1o	2o	3o	4o	5o	
<b>Facultat de Dret, Economia i Turisme</b>						
<b>Grado en Administración y Dirección de Empresas</b>	142	177	167	242	-	728
<b>Grado en Derecho</b>	118	145	117	174	-	554
<b>Grado en Turismo</b>	38	32	49	71	-	190
<b>Doble titulación: Grado en Derecho y Grado en Administración y Dirección de Empresas</b>	30	38	40	22	82	212
<b>Doble titulación: Grado en Administración y Dirección de Empresas y Grado en Turismo</b>	21	27	18	-	-	66
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>419</b>	<b>391</b>	<b>509</b>	<b>82</b>	<b>1750</b>
<b>Facultat d'infermeria i Fisioteràpia</b>						
<b>Grado en Enfermería Lleida</b>	64	65	65	63	-	257
<b>Grado en Enfermería Igualada</b>	46	33	30	37	-	146
<b>Grado en Fisioterapia</b>	29	26	33	32	-	120
<b>Doble titulación: Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y Grado en Fisioterapia</b>	25	24	27	34	28	138
<b>Doble titulación: Grado en Enfermería y Grado en Fisioterapia</b>	26	22	21	20	-	89
<b>Doble titulación: Grado en Nutrición Humana y Dietética y Grado en Fisioterapia</b>	20	20	23	-	-	63
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>190</b>	<b>199</b>	<b>186</b>	<b>28</b>	<b>813</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de matrícula facilitados por el Negociado Académico docente del Campus de Ciencias de la Salud y de la Secretaría Académica de la FDET.

Finalmente, como muestra,<sup>105</sup> de las facultades antes mencionadas, se centra, para la FDET en aquellos estudiantes de derecho (ya sea del Grado de Derecho, como de la doble titulación: Grado de Derecho y Grado en Administración y Dirección de Empresas) que corresponde a un total de 766 estudiantes; y en el caso de la FIF, en los estudiantes de enfermería (del Grado de Enfermería, del campus de Lleida y de Igualada, y de la

<sup>105</sup> Con muestra se refiere a aquellos sujetos que realmente se estudian. (300)

doble titulación: Grado de Enfermería y Fisioterapia) que suman un total de 492 estudiantes.<sup>106</sup>

Se trata de una selección de muestra de participantes voluntarios orientada a la investigación cuantitativa. Para el cálculo y justificación del tamaño, se realiza un muestreo probabilístico aleatorio estratificado proporcional<sup>107</sup> por rama de conocimiento o ámbito de estudio (299,300).

Pero, en este caso particular y una vez hecho el muestreo proporcional, dentro de la estimación de los estudiantes de grado de derecho y de los estudiantes de grado de enfermería, la selección de la muestra final, es decir, en qué grado y en qué curso académico se realizará la encuesta, se ha escogido por conveniencia y accesibilidad (ver pág. 252, apartado 4.1.7 Recogida de información) (293).

#### 4.1.3 Justificación del tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño muestral, se utiliza un recurso online de Fistera (301,302), se estima una proporción con:

- Un total de población (N) = 2563,
- un nivel de confianza o seguridad (1 -  $\alpha$ ) del 95 %. Para una seguridad del 95 %, el coeficiente ( $Z_a$ ) corresponde a 1,96.
- una precisión (d) del 3 %, y
- una proporción (valor aproximado del parámetro que se quiere medir) del 5 %, ya que no se dispone de dicha información, se utiliza  $p=0.05$  porque maximiza el tamaño muestral.

La fórmula utilizada para el cálculo a partir de los valores expuestos es:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Da un resultado de 188 estudiantes.

---

<sup>106</sup> Por este motivo, y como se ha hecho referencia en una nota anterior, a lo largo de la tesis, nos referimos por igual a los alumnos de la FIF o estudiantes de enfermería, y a los alumnos de la FDET o estudiantes de derecho.

<sup>107</sup> Se define como estratificado ya que para el cálculo de la muestra total se divide a la población en estratos. En este caso concreto, en función de la facultad, ya que el problema de investigación que se está abordando y la variable principal de estudio son las diferencias entre los estudiantes de derecho y enfermería. Además, es proporcional porque se conoce la distribución de la población para cada estrato, de esta manera se mantienen las proporciones de la muestra.

Se habla, además, de muestreo estratificado y no por conglomerados, porque, dentro de los grupos que se encuentran dentro de la FIF, no se estudian todos, sino algunos de los grados (ya que se entiende que, para generalizar a la FIF, existe homogeneidad porque todos ellos son estudiantes del ámbito de la salud). De la misma manera, con la FDET, se estudian solo algunos de los grados porque se entiende que existe homogeneidad entre los estudiantes, ya que son de ciencias sociales.

Para entender mejor esto, ver el siguiente apartado, 4.1.3 Justificación del tamaño de la muestra.

Para el cálculo de la muestra estratificada proporcional, se tiene en cuenta que, del total de estudiantes de las facultades (ver Tabla 33), aproximadamente, el 68 % (1750/2563) corresponden a FDET y el 32 % (813/2563) son de FIF, el tamaño de la muestra tendría que ser de unos 128 alumnos encuestados en FDET y de FIF, 60 aproximadamente para que sea proporcional al tamaño.

**Tabla 33:** Distribución de los estudiantes por facultad y cálculo del tamaño muestral por ámbito de estudio

	Estudiantes UdL		Muestra teórica
	N	Porcentaje (%)	n
<b>Facultat de Dret, Economia i Turisme</b>	1750	68,28 %	128
<b>Facultat d'infermeria i Fisioteràpia</b>	813	31,72 %	60
<b>TOTAL</b>	<b>2563</b>	<b>100 %</b>	<b>188</b>

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión del estudio son:

- Querer participar en la auto cumplimentación del cuestionario.
- Firmar el consentimiento informado.

Como criterios de exclusión hay:

- No dominar la lengua castellana.
- Padecer algún tipo de trastorno visual o de movilidad que dificulte la auto cumplimentación del cuestionario.
- Ser consciente de que no se conoce qué es la reproducción humana asistida.

#### 4.1.5 Instrumento

La metodología es de investigación cuantitativa, ya que se utiliza la “Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida (Cuestionario LSP2016)” (ver Anexo 10) para obtener los conocimientos y actitudes de los estudiantes de FDET y FIF de la UdL.

Este cuestionario está formado por 31 preguntas y están ordenadas de la siguiente manera: unas preguntas introductorias, unas más concretas y, por último, unas de carácter sociodemográfico y personal. De las preguntas más concretas, también existe una división que queda explícita en la encuesta: del ítem 5 al 10 son preguntas referidas a las personas donantes de espermatozoides u ovocitos; del ítem 11 al 12 son preguntas sobre las personas receptoras de gametos donados; y del ítem 13 al 18 son preguntas del proceso de donación.

Contiene diferentes tipos de pregunta: con opción múltiple donde solo se permite marcar una opción, con opción múltiple donde se permite marcar más de una opción, y en algunos casos, con una última opción de respuesta abierta. En todos los casos se indica si se puede marcar más o solo una opción, pero, además, para que sea mucho más visual, la forma del botón varía en función de si: se puede marcar solo una opción (aparecen las opciones de respuesta con un círculo) o si se pueden marcar múltiples opciones (aparecen las opciones de respuesta con un cuadrado); esta dinámica se explica también al inicio de la encuesta.

Para facilitar la comprensión de la encuesta, siempre se indica a qué partes implicadas en el proceso de donación se está refiriendo. Además, para que sea más entendedor, aparecen unas ilustraciones con aquellas situaciones que se contemplan en las preguntas: 4 opciones para parejas heterosexuales (con ambos gametos propios, con ambos gametos de donantes, con ovocitos de donante o con espermatozoides de donante), 2 opciones para parejas homosexuales de mujeres (con el ovocito propio y los espermatozoides de donante, o con ambos gametos de donantes), y por último, mujeres sin pareja (con el ovocito propio y los espermatozoides de donantes, o con ambos gametos de donantes).

#### **4.1.6 Variables del estudio**

De manera que sirva para describir y caracterizar la muestra, el cuestionario LSP2016 consta de trece ítems que corresponden a variables de carácter sociodemográfico y personal para establecer el perfil del encuestado.

Se obtiene información sociodemográfica (edad, sexo, orientación sexual, estado civil y creencias o condición religiosa), sobre la posición social (nivel de estudios, si es estudiante, si trabaja y ámbito de estudio o profesión) y familiar (condición familiar, si tiene hijos, si ella o alguien de su entorno ha recurrido a RHA o ha sido donante de gametos).

A continuación, se clasifican las variables:

- Año de nacimiento: es una pregunta abierta y su clasificación depende de cómo se traten los datos.
- Sexo: variable cualitativa (categórica) nominal dicotómica.
- Orientación sexual: variable cualitativa (categórica) nominal politómica.
- Estado civil: variable cualitativa (categórica) nominal politómica.
- Último nivel educativo finalizado o que está cursando actualmente: variable cualitativa (categórica) ordinal.
- Está estudiando actualmente: variable cualitativa (categórica) nominal dicotómica.
- Tiene un trabajo remunerado actualmente: variable cualitativa (categórica) nominal dicotómica.
- Ámbito de estudio o profesión: variable cualitativa (categórica) nominal politómica.

- Creencias o condición religiosa: variable cualitativa (categórica) nominal politómica.
- Condición familiar: variable cualitativa (categórica) nominal politómica.
- Tiene hijos: variable cualitativa (categórica) nominal dicotómica.
- Usted o alguien de su entorno más próximo ha recurrido a técnicas de reproducción humana asistida: variable cualitativa (categórica) nominal politómica.
- Usted o alguien de su entorno más próximo ha sido donante de semen u óvulos: variable cualitativa (categórica) nominal politómica.

#### **4.1.7 Recogida de información**

Para la recogida de información, previo permiso por parte de las dos facultades de la UdL, se habla con diferentes profesores y se acuerda una fecha en horario lectivo para poder pasar el Cuestionario LSP2016, ya que será administrado y cumplimentado presencialmente por los estudiantes que quieran participar.

Antes de distribuir el cuestionario, se proporciona a los participantes la hoja informativa y consentimiento informado (ver Anexo 11), además se explica a los alumnos las características de la investigación, su objetivo, voluntariedad, el tratamiento de los datos, la confidencialidad y codificación de las encuestas para posteriormente, ser analizadas. Por último, se explica qué se hará con las encuestas y con los resultados de estas (redacción de la presente tesis doctoral y futura divulgación científica). En definitiva, se explica verbalmente la hoja informativa y el consentimiento informado.

Finalmente, para aquellas personas que acceden a participar, se facilitan unas instrucciones generales sobre cómo deben pegar las etiquetas, una en el consentimiento informado y otra en la encuesta, de manera que, cuando se introduzcan los datos al ordenador para ser analizados, estos quedan codificados.

Se expone que, aunque no es un examen ni una prueba, se recomienda realizar la encuesta de manera individual, ya que se trata de opiniones y actitudes muy personales y de algún modo, sensibles.

Con toda esta información, y teniendo presente los criterios de inclusión y exclusión, se facilitan las encuestas a aquellos alumnos que deciden participar.

Cuando se recogen las encuestas, se revisa si el alumno/a ha firmado el consentimiento informado, en caso de no haberlo hecho, se le comenta para que pueda rectificarlo si realmente quiere participar en el estudio.

#### 4.1.8 Análisis estadísticos de los datos recogidos mediante la encuesta

Los resultados se analizan mediante el software R (42), versión 3.5.1 (02-07-2018).

Primero se realiza la prueba de proporciones de una muestra para medir la desviación del valor de la muestra obtenida respecto a la muestra teórica. Se lleva a cabo mediante la siguiente fórmula (303):

$$Z = \frac{P - p_0}{\sqrt{\frac{P * Q}{n}}}$$

Donde:

- $P$  = proporción de la muestra teórica.
- $p_0$  = proporción de la muestra obtenida.
- $Q = (1 - p_0)$
- $n$  = número de personas.

Si se acepta un nivel de significación ( $\alpha = 0,05$ ), los valores críticos de la prueba  $z$  son de -1,96 a +1,96.

A continuación, se lleva a cabo un análisis descriptivo, utilizando la distribución de frecuencias y porcentajes para realizar el análisis estadístico de las variables sociodemográficas y, por tanto, la caracterización de la muestra. Se realiza el mismo análisis descriptivo con todos los ítems de la encuesta en función de la facultad (ver Tabla 45). Para ver las diferencias entre las actitudes y conocimientos de los dos grupos, se calcula la diferencia de proporciones y el 95 % del intervalo de confianza.

Para comprobar si hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos: la prueba  $t$  de Student para muestras independientes, el test exacto de Fisher y el test de chi-cuadrado (bilateral o unilateral en función de las hipótesis alternativas) para las proporciones (porcentajes) de los datos categóricos o variables cualitativas. Se considera que hay diferencia entre grupos con un nivel de significación del 95 % ( $p$ -valor  $< 0,05$ ).

#### 4.1.9 Aspectos éticos y legales

Los datos recogidos en la encuesta son tratados únicamente por la responsable del trabajo de investigación y son codificados numéricamente. Cuando se entre el Cuestionario LSP2016 a aquellos alumnos de la FDET y FIF de la UdL que deciden participar, se les expone verbalmente toda la información recogida en la hoja de información y consentimiento informado. Además, se les proporcionan dos pegatinas con el mismo código numéricos, una se debe pegar en la encuesta y otra en el consentimiento. De esta manera se anonimizan las encuestas, pero se mantiene el derecho de revocación de la participación.

En todo momento los datos son tratados según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (295), y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (296).

Además, para pasar la encuesta en la UdL, se solicita permiso a la comisión de la FIF y a la decana de la FDET. Ambas han emitido un informe favorable (ver Anexo 12 y Anexo 13).

También queda aprobada por la comisión de Bioética de la UB (ver Anexo 14).

## 4.2 Resultados

Finalmente son 188 los estudiantes de FDET y FIF de la UdL que participan en la autocumplimentación del Cuestionario LSP2016.<sup>108</sup> A continuación, se pueden observar (ver Tabla 34) los resultados de la prueba z de comparación de proporciones entre la muestra obtenida y los estudiantes de la UdL.<sup>109</sup>

**Tabla 34:** Distribución de los estudiantes de FDET y FIF de la UdL, de la muestra teórica y de la muestra obtenida. Prueba z de comparación de proporciones

	Estudiantes UdL		Muestra teórica		Muestra obtenida		Prueba z	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	z <sup>a</sup>	p
<b>FDET</b>	1750	68,28 %	128	68,09 %	123	65,43 %	0,782	0,783
<b>FIF</b>	813	31,72 %	60	31,91 %	65	34,57 %	-0,782	0,217
<b>TOTAL</b>	<b>2563</b>	<b>100 %</b>	<b>188</b>	<b>100%</b>	<b>188</b>	<b>100 %</b>		

Se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la muestra teórica y la muestra obtenida.

<sup>108</sup> Es común que no todos los cuestionarios regidos puedan ser incorporados como muestra a analizar, por diferentes motivos, por ejemplo, estar mal cumplimentados o incompletos. En este trabajo, se incorporan todos al análisis y no nos encontramos con este problema porque cuando el/la alumno/a encuestado/a devolvía en Cuestionario LSP2016 a la persona responsable, esta rápidamente lo hojeaba y si se detectaba algún error, se le comentaba a la persona encuestada.

<sup>109</sup> FDET y FIF tendrán unos valores complementarios y es redundante que aparezcan ambos, en este caso, se añaden para dar sentido a los valores "totales".

#### 4.2.1 Resultados de las variables sociodemográficas y personales

Se presentan en una tabla (ver Tabla 35) los datos a nivel sociodemográfico y personales que tienen más variabilidad en cuanto a sus proporciones. Ninguna de las variables presenta diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos analizados, la distribución de proporciones es homogénea entre la población.

**Tabla 35:** Análisis estadístico de las variables sociodemográficas y personales de los estudiantes del grado de enfermería y de derecho.

	Estudiantes del grado de enfermería	Estudiantes del grado de derecho	P valor entre grupos
<b>Muestra</b>	65 (34,57)	123 (65,43)	
<b>Edad media</b>	20 [3,28] (20,51-22,11)	21 [2,38] (20,88 – 21,73)	NS
<b>Sexo</b>			NS
Femenino	48 (74)	93 (76)	
Masculino	17 (26)	30 (24)	
<b>Orientación sexual</b>			NS
Heterosexual	56 (86)	115 (93)	
Homosexual	1 (2)	3 (2)	
Bisexual	6 (9)	4 (3)	
NC	2 (3)	1 (1)	
<b>Creencias o condición religiosa</b>			NS
Agnóstica	12 (18)	16 (13)	
Atea	23 (35)	47 (38)	
Cristiana	19 (29)	39 (32)	
Musulmana	-	5 (22)	
Otra	1 (2)	2 (2)	
NC	10 (15)	14 (11)	

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa estadístico software R (35), versión 3.5.1 (02-07-2018). Se realiza la prueba de chi-cuadrado, t-student y test exacto de Fisher.

Se presentan los valores como *n* (%) o media [SD] (intervalo de confianza).

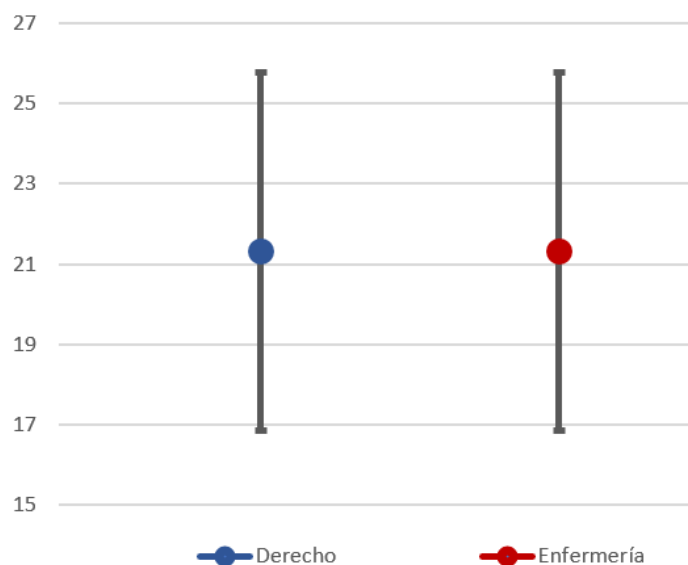
Se eliminan aquellas opciones de respuesta que no han sido seleccionadas.

NS = No Significativo.



La media de edad de los estudiantes de enfermería es de 21 ( $\pm 3,28$ ) años y de 21 ( $\pm 2,38$ ) de los estudiantes de derecho. A continuación, se observa (ver Gráfico 39) que es una muestra homogénea, ya que el 91 % de los encuestados en derecho y el 89 % en enfermería, tienen entre 20 y 23 años. Aunque, también se muestra que la mayor proporción de estudiantes en enfermería (69 %) tienen 20 años, en cambio, en derecho, tan solo el 39 % tienen 19 o 20 años.

**Gráfico 39:** Diagramas de caja con las edades de los estudiantes de derecho y enfermería.



En las dos facultades, la mayoría de los estudiantes encuestados están solteros (53 % derecho y 49 % enfermería), o bien, tienen una relación afectiva sin convivencia (38 y 42 % respectivamente). Y, la mayoría (> 70 %) no tienen un trabajo remunerado en el momento de ser encuestados y tampoco tienen hijos/as (97%).

Por otro lado, tan solo el 3 % del total de las personas encuestadas han nacido mediante el uso de TRHA y son estudiantes de la FDET. En cambio, estas proporciones aumentan cuando se pregunta sobre si las personas encuestadas o alguien de su entorno más próximo ha recurrido a TRHA siendo la respuesta “sí” en un 30 % de los casos en ambas facultades.

Si se relaciona el ítem 31 *¿Usted o alguien de su entorno más próximo ha sido donante de semen u óvulos?* de las variables sociodemográficas y personales con el ítem 18 *Si pudiese, ¿sería usted donante de semen u óvulos?*, primero se observa que el 47 % de las personas encuestadas sería donante de gametos, con una proporción muy parecida entre sexos (44 % mujeres y 55 % hombres) y entre facultades (48 % derecho y 45 % enfermería). Pero, de aquellas personas que sí serían donantes, tan solo el 17 % lo han sido o conocen a alguien que ha donado gametos, de los cuales, la mayoría (80 %) son mujeres y el (67 %) son de derecho.

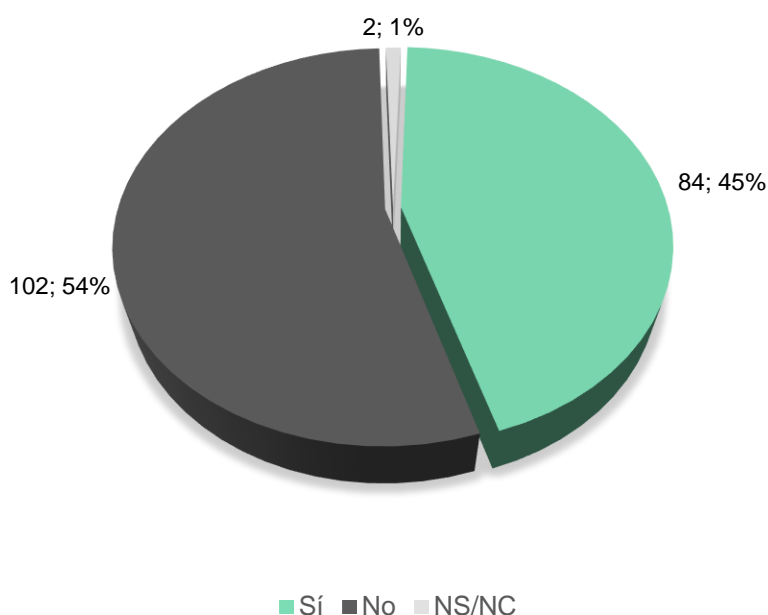
#### 4.2.2 Resultados de los ítems de valoración de actitudes y conocimientos

Aquí se muestran los resultados resumidos e interpretados, pero en anexos, se pueden observar de manera detallada por facultades, con la diferencia de proporciones y el 95 % IC (ver Anexo 15).

Los tres primeros ítems de la encuesta corresponden a preguntas introductorias para la persona encuestada. Son tres variables que permiten identificar desde dónde parten los estudiantes y en base a qué información han generado sus actitudes y conocimientos.

En base al ítem 1, *¿ha recibido o buscado información sobre la donación de semen u óvulos?*, no existen diferencias estadísticamente significativas referentes a la proporción de estudiantes que ha recibido o buscado información si se analiza por facultad o por sexos. Se observa (ver Gráfico 40) también que aproximadamente la mitad (44,65 %) de los estudiantes ha recibido o buscado información sobre la donación de gametos.

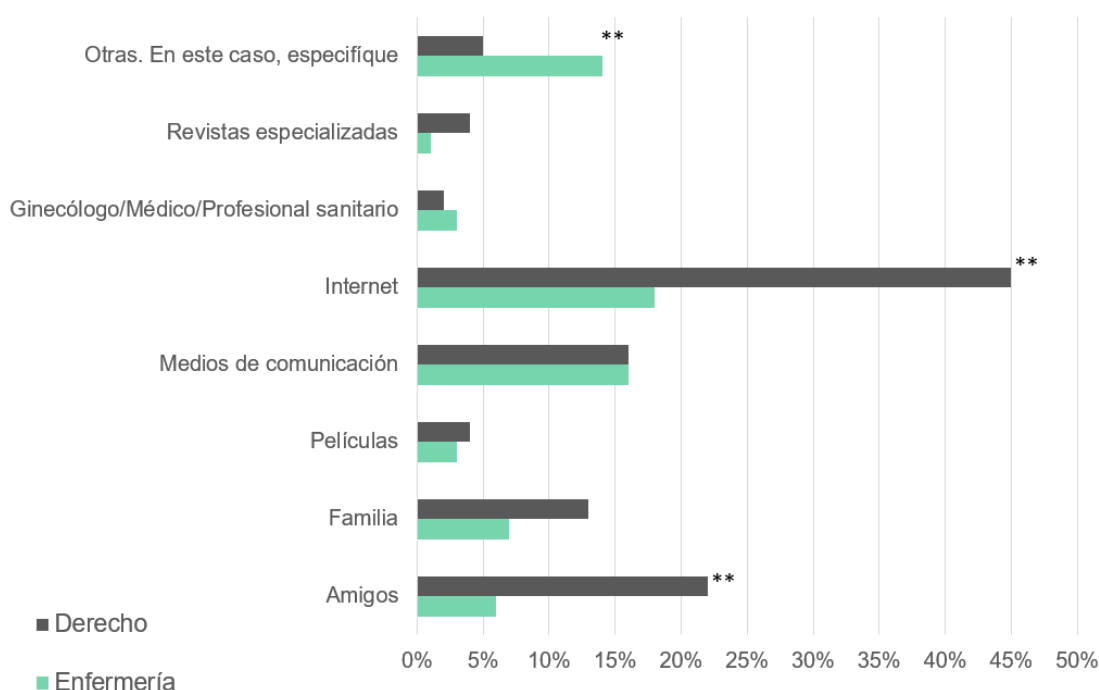
**Gráfico 40:** Gráfico representativo de las respuestas al ítem 1 por parte de los estudiantes encuestados.



Las principales fuentes de información utilizadas son internet (75 %), medios de comunicación (38 %) y amigos (33 %). Respecto a los amigos, se observa que la diferencia de proporciones (entre facultades) es del -24 %, con un IC 95 % que va entre -42 % (incremento del 42 %) y el 4,5 % (reducción del 4,5 %). Esta diferencia es estadísticamente significativa (p-valor < 0,02), siendo los estudiantes de derecho los que acuden más a sus amigos (ver Gráfico 41). Del mismo modo pasa con internet, existe una mayor proporción de estudiantes de derecho que lo utilizan como fuente de información (diferencia estadísticamente significativa, p-valor < 0,02. Por otro lado, los

estudiantes de enfermería han marcado como opción “otras” en un 43,75 % ( $p$ -valor < 0,02).

**Gráfico 41:** Fuentes de información utilizadas por los estudiantes de enfermería y derecho.



\*\* Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,02$ ).

A pesar de que la mitad de los estudiantes han recibido o buscado información sobre la donación de gametos, la gran mayoría (84 %), creen que no tienen suficiente información. A pesar de esto, y como veremos a continuación, la mayoría se posicionan y muestran una actitud más restrictiva o permisiva con las técnicas.

Respecto a quién debería poder acceder a las TRHA, la gran mayoría de los estudiantes (> 90 %), independientemente de la facultad, creen que deberían poder acceder: parejas heterosexuales, parejas homosexuales de mujeres y de hombres y mujeres sin pareja. Añadir, que una gran proporción de estudiantes (89 %) también creen que los hombres sin pareja deberían poder acceder. Además, en este caso en concreto, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), siendo la proporción de estudiantes de enfermería, mayor.

De la misma manera, creen que se debería poder recurrir a las TRHA por ausencia del sexo opuesto, por problemas de fertilidad y en caso de enfermedad genética hereditaria. En este caso, la proporción de estudiantes de enfermería que cree que debería ser por ausencia del sexo opuesto es mayor (100 %), con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,02$ ), respecto la proporción en derecho (86 %).

En base al ítem 6, *¿Cree que las personas donantes de semen u óvulos deberían recibir una remuneración a cambio de la donación?*, no hay diferencias entre grupos y la mayoría creen que sí (70 %). Además, entre el 45 – 63 %, creen que esta remuneración debería ser solo para compensar las molestias y en función de la dificultad

y el riesgo del proceso de obtención. En sus respuestas, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las facultades para aquellos estudiantes que creen que es el centro quien debería decidir la cantidad. Se observa una mayor proporción de estudiantes de derecho respecto de enfermería ( $p < 0,05$ ); la diferencia entre proporciones es de -10 %.

Respecto a cómo debería fijarse esta cantidad, la mayoría de los estudiantes de enfermería (86 %), creen que debería ser mayor para la donación de ovocitos que para la de espermatozoides. Además, esta proporción muestra diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,02$ ) respecto los estudiantes de derecho, con una diferencia de proporciones del 37 %. Por otro lado, entre los alumnos de derecho, las proporciones que creen que debería ser igual o mayor para los ovocitos, son prácticamente iguales (44 y 49 % respectivamente. Y, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,02$ ) si se compara la proporción de alumnos de derecho que creen que la remuneración debería ser igual para ovocitos que para espermatozoides, con los estudiantes de enfermería.

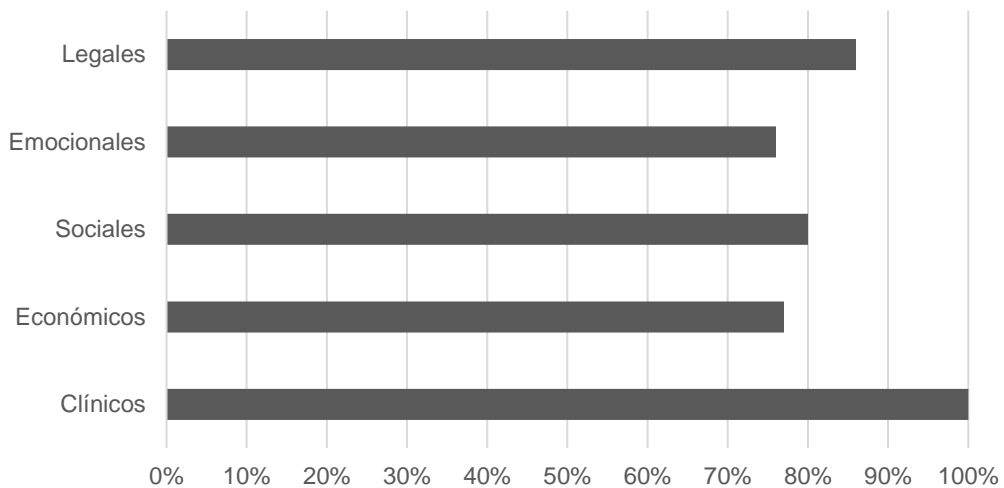
Si se valoran aquellos ítems sobre las personas donantes, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas sobre si se les deben realizar pruebas y qué tipo de pruebas. Aproximadamente el 100 % creen que a una persona que quiere donar sus gametos se les deben hacer pruebas y que estas deben ser: 94 % análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas, 94 % análisis genético para conocer si son portadores de enfermedades genéticas, 91 % análisis de sangre completo para descartar el consumo de tóxicos, 87 % anamnesis para conocer su historial médico personal y familiar y, por último, 64 % evaluación psicológica.

Donde sí que hay diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,02$ ) es en la proporción de alumnos de enfermería que creen que la implicación de las personas donantes debería acabar con la donación. Existe una diferencia de proporciones entre facultades del 18 %, siendo mayor para la FIF. Además, mientras que el 55 % de los estudiantes de enfermería tienen claro que no hay más implicaciones después de la donación, en derecho, las proporciones entre los que piensan así, los que creen que tendría que seguir habiendo una implicación y los que no lo saben es aproximadamente igual (entre el 30 y el 37 %).

El principal motivo de aquellas personas que creen que la implicación no acaba con la donación, en el 90 % de las personas encuestadas, es que sigue habiendo una responsabilidad de proporcionar información sanitaria que puede afectar a las personas concebidas.

Independientemente de su responsabilidad después del proceso, el 92 % de los estudiantes creen que las personas donantes deberían tener unos conocimientos previos antes de decidir iniciar el proceso de donación (ver Gráfico 42).

**Gráfico 42:** Conocimientos que una persona donante debe tener antes de iniciar un proceso de donación



Legales: si les implicarán repercusiones legales en cuanto a las personas nacidas por donación.

Emocionales: si podrán recibir información sobre las familias o personas nacidas por donación, o si podrán recibir información sobre si las familias han conseguido un embarazo con sus donaciones.

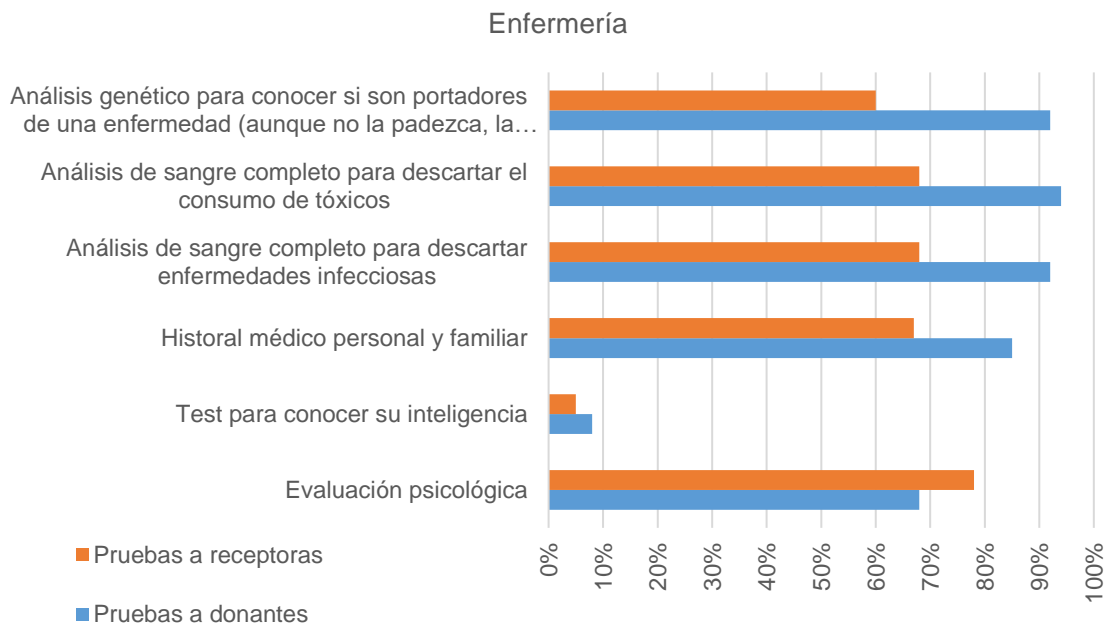
Sociales: si podrán tener contacto con las familias o personas nacidas por donación, antes, durante o después del proceso de reproducción humana asistida.

Económicos: si recibirán algún tipo de remuneración o si les implicará una repercusión económica en un futuro.

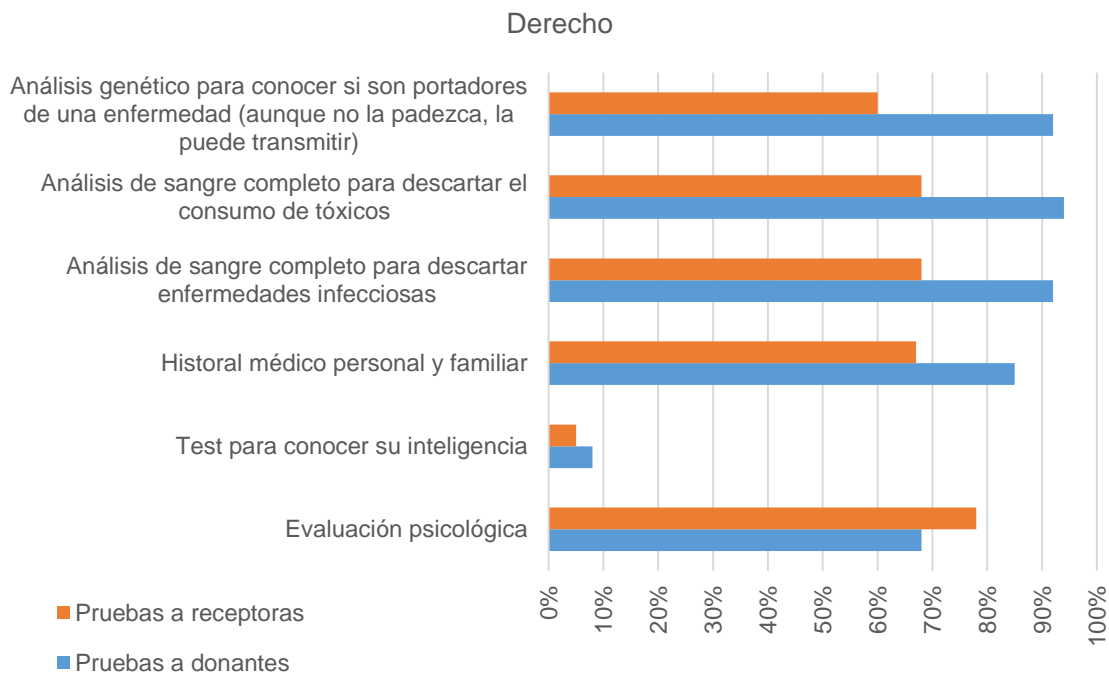
Clínicos: si existen requisitos previos en cuanto a su salud o qué repercusiones puede tener el proceso de donación para su salud.

Respecto a las personas receptoras de gametos, el 92 % de los estudiantes creen que se les deberían hacer pruebas antes de recurrir a las TRHA. En este caso, no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Como tampoco las hay respecto a qué pruebas se les deberían hacer. Todas las pruebas coinciden con las que creen que se les deberían hacer a las personas donantes, pero en menor proporción (ver Gráfico 43 y Gráfico 44), a excepción en ambos casos (enfermería y derecho) de la evaluación psicológica. Ya que, la proporción de estudiantes que creen que se les debería hacer a las receptoras es un poco más alta que aquellos que creen que se le debe hacer a las donantes.

**Gráfico 43:** Pruebas que se les deben hacer a las personas receptoras y donantes de gametos según los estudiantes de enfermería.



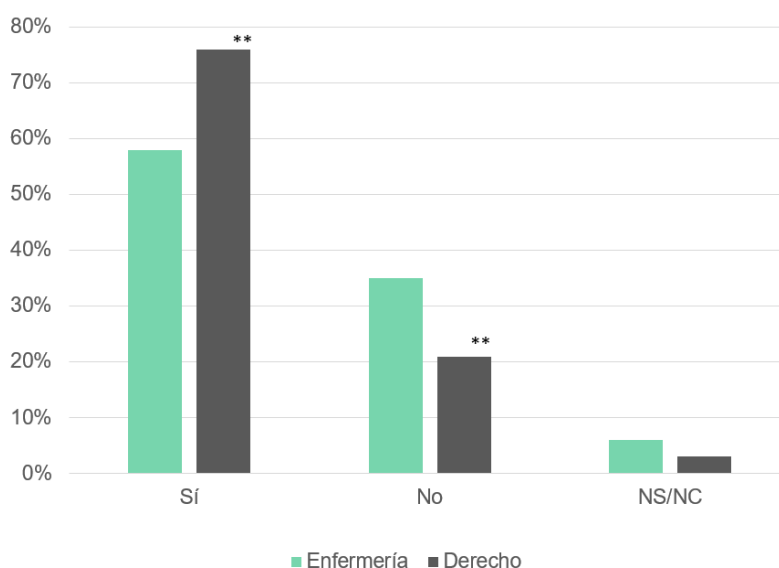
**Gráfico 44:** Pruebas que se les deben hacer a las personas receptoras y donantes de gametos según los estudiantes de derecho.



Además, aproximadamente el 70 % también creen que las receptoras deberían conocer datos de las donantes. En este caso, respecto a las proporciones de cada respuesta, existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos (ver Gráfico 45). Existe una diferencia entre proporciones del -17 % ( $p < 0,02$ ), siendo el 76 % de los estudiantes de derecho que sí que creen que se debería conocer información de las

donantes. Al contrario de la respuesta “no”, donde el 35 % es de enfermería, con una diferencia de proporciones del 14 % ( $p < 0,02$ ) respecto a los estudiantes de derecho.

**Gráfico 45:** Las personas receptoras deberían conocer datos de las donantes.



\*\* Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,02$ ).

En la mayoría de los casos, no hay diferencias estadísticamente significativas respecto a qué datos deberían tener acceso: 88 % historial clínico, 67 % grupo sanguíneo, 45 % etnia o componente racial, 46 % características físicas y edad, y por debajo del 15 % nivel de estudios, coeficiente intelectual, religión/creencias, adicciones y datos de contacto. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre las facultades en cuanto al grupo sanguíneo y la etnia. Para el primero, hay una diferencia de proporción del -24 %, siendo del 74 % para los estudiantes de derecho ( $p < 0,02$ ). Y para la etnia, el 63 % de enfermería creen que se debería saber, respecto al 38 % de derecho; 26 % de diferencia entre proporciones ( $p < 0,02$ ).

Respecto a las personas concebidas mediante donación de gametos, el 73 % de los estudiantes creen que sí. Se observa una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) para aquellos estudiantes que no tienen clara la respuesta. La diferencia entre proporciones en este caso es del 12 %, siendo el 25 % de enfermería. Además, los estudiantes no diferencian en qué modelo de familia (heterosexual, homosexual o persona sin pareja) deberían informar, más del 95 % creen que todos deberían informar. Por otro lado, creen que se debería informar cuando los progenitores lo crean conveniente, pero también, desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad. Hay que destacar que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,02$ ) para aquellos estudiantes que creen que una persona concebida mediante donación de gametos debería ser informada de la naturaleza de su concepción a los 18 años. En este caso concreto, el 5 % de los estudiantes de derecho y ninguno de enfermería, creen que debería ser así.

A continuación, se valoran tres de los aspectos más controvertidos. El ítem 14, *¿cree que es importante que exista un registro de donantes?*, no muestra diferencias estadísticamente significativas entre facultades, el 81 % considera que sí que es importante el registro. Respecto a la finalidad de este, la mayoría (89 %) creen que debe ser para un tener un acceso rápido a las personas donantes siempre que exista una causa justificada (como una enfermedad) y para llevar un control de las personas nacidas (49 %), sin existir diferencias estadísticamente significativas entre facultades. Por el contrario, el 26 % de los estudiantes de derecho creen que debería existir para que las personas concebidas por donación puedan buscar a sus posibles hermanos/as y donantes. Ambas respuestas muestran diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,02$ ) con los estudiantes de enfermería.

Otro de los ítems es el número 16, *En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?*, en este caso, se marcan dos posiciones muy claras de respuesta, el derecho a la intimidad de las donantes y el derecho a las personas concebidas. Tanto para derecho como para enfermería, se debería priorizar el derecho a la intimidad de las personas donantes (82 y 70 % respectivamente). Pero, en este caso, sí que hay diferencias estadísticamente significativas entre facultades de la opción de priorizar el derecho a conocer los orígenes. El 23 % de los estudiantes de derecho lo consideran así y muestran una diferencia de proporciones del -14 % ( $p < 0,02$ )

De aquellos estudiantes que consideran que debe prevalecer el derecho a la intimidad, el 84 % creen que es porque es su derecho. Mientras que, aproximadamente el 50 % en todos los casos, creen que es porque: podría crear un conflicto de identidad en las personas nacidas por donación; podría afectar al desarrollo socioafectivo, crear un sentimiento de frustración o engaño; podría desestructurar la realidad o contexto familiar; y podría disminuir el número de donantes. De la opción “crear un conflicto de identidad” se observan diferencias estadísticamente significativas entre facultades. El 64 % de las personas estudiantes enfermería lo consideran así y existe una diferencia de proporciones con derecho del 18,5 ( $p < 0,05$ ). En cambio, los motivos por los que se considera que prevalece el derecho a conocer los orígenes son: 71 % porque es un derecho de las personas nacidas por donación, 53 % por el vínculo genético con la persona donante, 35 % por curiosidad, 21 % para tener una relación personal la donante, 15 % para reclamar el reconocimiento legal y el 3 % para pedirle la manutención. Respecto el motivo “para reclamar el reconocimiento legal de paternidad o maternidad”, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,02$ ) entre facultades; el 18 % de los estudiantes de derecho.

El tercer aspecto sería el ítem 18, *Si pudiese, ¿sería usted donante de semen u óvulos?* La mitad de los estudiantes han contestado que “sí”, mientras la otra mitad o no lo saben o no lo serían. En este ítem y en sus dos preguntas derivadas, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las facultades. La finalidad de la donación que han escogido los alumnos es por altruismo, para ayudar a los demás; y el

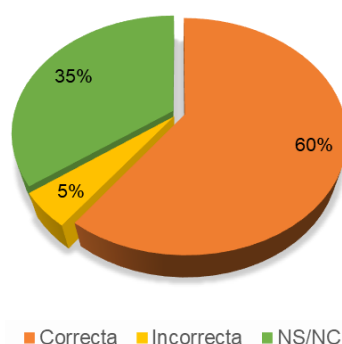


33 % lo harían para ganar dinero. A pesar de esto, el 58 % solo lo harían si existe anonimato.

La última agrupación de ítems que se muestran son aquellas preguntas relacionadas con el conocimiento.

Para el análisis de estas preguntas se agrupan las respuestas (ver Anexo 15) en correctas, incorrectas o NS/NC. A partir de aquí, se observa que se conoce que la donación es anónima (ver Gráfico 46), pero no saben que de qué tipo es la remuneración (se considera como respuesta correcta que se realiza una compensación económica sin carácter lucrativo o comercial). Estas respuestas no muestran diferencias estadísticamente significativas entre facultades.

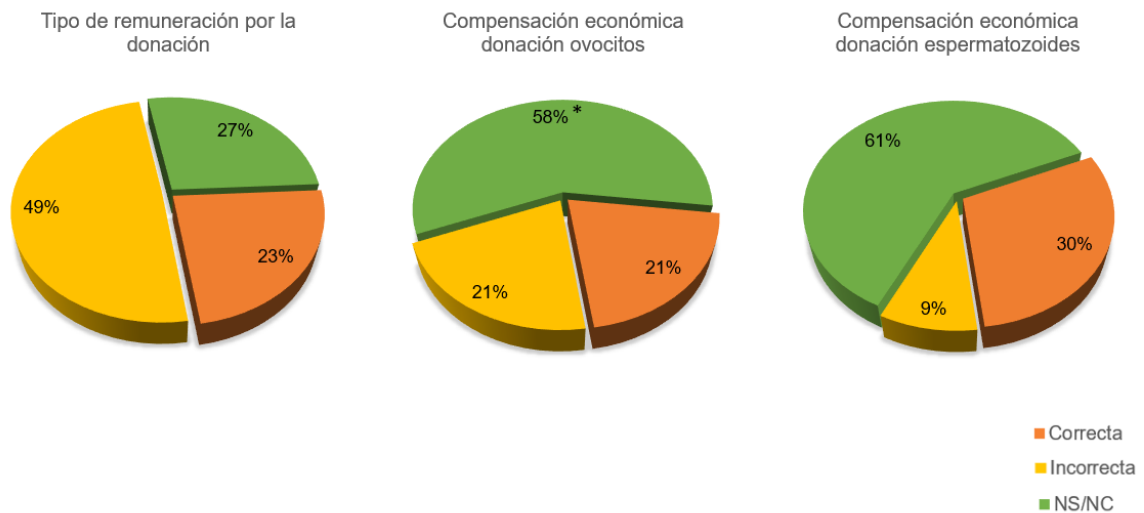
**Gráfico 46:** Pregunta sobre si se conoce que el proceso de donación de gametos en España es anónimo



Siguiendo con los conocimientos sobre la compensación, también se plantean dos ítems donde se pregunta directamente por el valor de dicha remuneración (para espermatozoides y para ovocitos).

Se observa (ver Gráfico 47) que tan solo una minoría conoce la cantidad exacta que se está compensando actualmente en España. Además, se observa una diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ) en relación con el desconocimiento (opción de “ns/nc”) con una diferencia de proporciones de -16 %, donde los alumnos de derecho han marcado en un 63 % la opción, respecto al 48 % de los alumnos de enfermería.

**Gráfico 47:** Preguntas sobre conocimiento del tipo y cantidad de remuneración económica por la donación de gametos



\* Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

El resultado más característico de este estudio ha sido que los estudiantes de la FIF y los de la FDET tienen unas actitudes y conocimientos similares respecto la RHA y la donación de gametos en la mayoría de las preguntas de la encuesta. Las diferencias más notables se observan en los ítems 3, 4, 6b, 10, 12, 12a, 14a, 16, 16a y 16b entre las facultades. Pero, en la mayoría de los casos las diferencias no son significativas.<sup>110</sup>

A pesar de esto, se pueden extraer varias observaciones interesantes del estudio. Ya que las actitudes más divergentes se explican a través de tres características entre los dos grupos de estudiantes:

- Actitud sobre el acceso a las técnicas.
- Donantes:
  - Cantidad de compensación económica.
  - Implicación después de la donación.
- Receptoras:
  - Información de las personas donantes.

<sup>110</sup> Se pueden ver todos los resultados en el Anexo 15.

### **4.3 Rigor metodológico y límites del estudio**

A pesar de que finalmente se llega a obtener el total de muestra teórica calculada, no se consigue llegar a las proporciones deseadas para cada una de las facultades. A pesar de esto, la prueba z de comparación de proporciones entre la muestra obtenida y la muestra teórica indica que no hay diferencias estadísticamente significativas. Con lo que este desajuste no se considera una limitación del estudio.

Otro de los inconvenientes que se ha encontrado, a pesar de que no ha supuesto una limitación del estudio, es que los alumnos de derecho se mostraron reticentes a firmar el consentimiento informado. Expresaron que normalmente hacen encuestas y nunca tienen que firmar un consentimiento, lo cual les parecía extraño que para este cuestionario tuvieran que hacerlo.

Por otro lado, muchos estudiantes decidieron no participar porque expresaron que no sabían que significaba la RHA.

### **4.4 Propuestas y nuevas aportaciones**

Realizado el trabajo de campo y analizados los resultados, observamos que se deberían modificar algunos ítems del Cuestionario LSP2016.

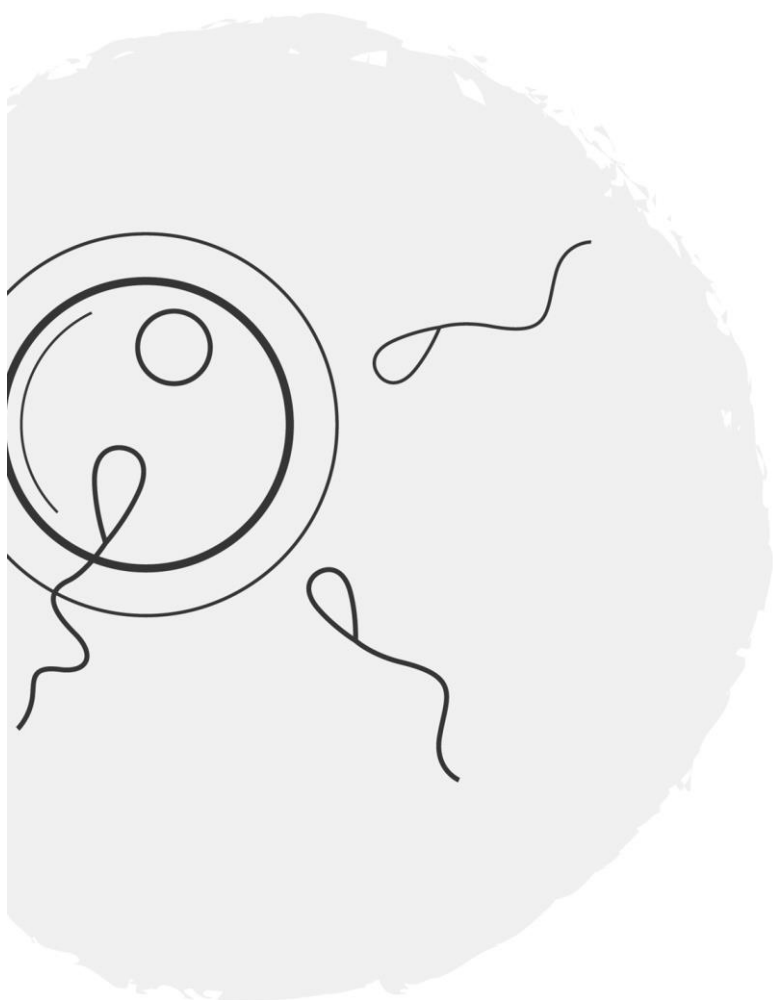
El primer cambio que se realiza es empezar la encuesta con los primeros ítems referidos exclusivamente de RHA, sin detallar que sea con donación de gametos. Se hace así porque en la propuesta final, los cuatro primeros ítems que son de contextualización mezclan ambos conceptos.

Por otro lado, el segundo cambio se refiere a unificar el redactado de las tres primeras opciones de respuesta del ítem 18a. De esta manera, la tercera opción no se solapa con las dos primeras y siguen, las tres, la misma forma de redacción.

Por último, se decide eliminar el ítem 28 referido a la condición familiar porque durante el trabajo de campo ha sido una pregunta conflictiva, los estudiantes no la entendían y generaba conflicto.

Con estas modificaciones, se genera la versión definitiva del Cuestionario LSP2016 (ver Anexo 16).

**PARTE III**





### 5.1. Desarrollo argumental

La realidad debe partir del hecho del retraso de la maternidad, mayoritariamente y como así demuestran reiteradamente los estudios (14,51,52) realizados, por la búsqueda de la estabilidad profesional y personal.

Pero si se indaga un poco en la fundamentación de este tipo de decisiones expresadas y justificadas únicamente como “esperar al mejor momento” para ser madre y/o padre y se evalúan los conocimientos que se tienen sobre la fertilidad, se demuestra, en una revisión sistemática (53) publicada en 2018, que respecto a la comprensión sobre cuál es la mejor o peor edad reproductiva de la mujer, existe cierto grado de desinformación o concepciones equivocadas por parte de los participantes (la mitad de ellos estudiantes universitarios). Los datos quedan corroborados por un estudio (304) publicado en 2019 (llevado a cabo exclusivamente con estudiantes universitarios) en el que se demuestra que sí relacionan mayor edad de la mujer con mayores dificultades de concebir, pero sobreestiman su etapa fértil. Incluso otro artículo (56) llevado a cabo en España, muestra prácticamente los mismos resultados (o incluso peores), donde la mitad de las personas no identifican la etapa más fértil y subestiman la edad límite para acceder a las TRHA.

Esta controversia respecto a la etapa en la que se experimenta una ligera disminución de la fertilidad puede ser debida al debate y la falta de acuerdo que existe entre la comunidad científica y el poco conocimiento sobre fertilidad femenina de los profesionales de la salud que no están vinculados a las TRHA, lo que hace que no se traslade información contrastada a la sociedad (57). Los conocimientos y actitudes de los profesionales condicionan cómo se traslada esta información y de qué manera se ofrece consejo a los usuarios. Incluso, cuando se pregunta a profesionales de la salud sobre la probabilidad de embarazo espontáneo a los 30 años, la mitad de las personas encuestadas (60 %) desconocen la respuesta y consideran que es mucho mayor de la real (52). Solo el 27,1 % del personal de enfermería es capaz de identificar la edad límite de una mujer para conseguir un embarazo de manera fácil y espontánea (57).

Ahora bien, si se plantea directamente si cree que tiene suficiente conocimiento sobre la fertilidad o preguntas para valorar la percepción del conocimiento, estos son muy bajos. La mayoría de las personas encuestadas manifiestan tener un bajo grado de educación respecto a temas de fertilidad. Además, aquellas personas que tienen una mayor percepción de conocimiento tienen un mayor peligro asociado a los factores de riesgo (304).

Existe un consenso (52,53,304) sobre la necesidad de evaluar el grado de conocimiento y educar en temas relacionados con la fertilidad. Además, se añade la necesidad de valorar estos conocimientos sobre temas específicos y evitar así las

preguntas generales. Por otro lado, los estudiantes expresan que les gustaría que el personal sanitario aborde el tema de los planes reproductivos futuros, que se eduque en fertilidad y se generen discusiones proactivas sobre la planificación. A pesar de esto, se es consciente que son necesarias políticas y estrategias sociales que ayuden y faciliten a los jóvenes convertirse en padres y madres en su mejor edad reproductiva a nivel biológico (55). Algunos países como Reino Unido, después de valorar la falta de conocimiento y con el fin de ayudar a garantizar que todas las personas puedan tomar decisiones informadas, han creado la *Fertility Education Initiative* (FEI), dirigida y respaldada por múltiples asociaciones, facultades, etc. La FEI está promoviendo que se incluya la fertilidad como parte obligatoria del currículo educativo, se están creando materiales para las escuelas y los profesionales que, como en otras áreas de la salud, tienen el fin de aumentar la concienciación, capacitar a las personas con el conocimiento y garantizar con herramientas a las personas que se enfrentarán a la maternidad y paternidad (305). En cambio, en España, los resultados muestran que la mitad de las mujeres encuestadas no identifican la etapa más fértil a nivel reproductivo de la mujer y que casi el 28 % subestiman la edad límite para la RHA. Añaden también que la educación universitaria no está promoviendo el conocimiento sobre fertilidad (164).

Esta falta de conocimiento por parte de la sociedad y el retraso de la maternidad por parte de las mujeres conlleva que cada vez el número de hijos/as sea menor y se encuentre por debajo del nivel para mantener una población estable (46). Los motivos por los que se retrasa la maternidad son diferentes y por eso, en esta tesis, se expone como una decisión multifactorial. Varios estudios (14,51,52) coinciden en que las tres principales razones corresponden a: estabilidad emocional o ausencia de pareja; motivos profesionales y el factor económico.

Pero, además, cabe añadir que la fertilidad masculina está sufriendo un declive del 60 % (según un meta-análisis (67) realizado desde 1973 hasta 2011). Todo esto hace que actualmente se busque el embarazo espontáneo del/a primer/a hijo/a cuando una mujer tiene 30 - 35 años (47,50). A pesar de que es justo en el intervalo entre 25 – 30 años de la mujer cuando empieza la *Age-Related Fertility Decline* (ARFD) (77,306).

Esta ARFD, que sería un equivalente al inicio de lo que se consideraría edad materna avanzada, se relaciona con: un menor número de folículos y una mayor proporción de ovocitos de baja calidad; un mayor ratio de aneuploidías y de anomalías cromosómicas; errores del huso meiótico que afectarán a la división de las células; un aumento de alteraciones fetales; complicaciones hipertensivas y muerte fetal; todo esto conlleva a una disminución de las probabilidades de embarazo y aumento del riesgo de aborto como así demuestran todos los estudios (11,16,17,20,59–62). La edad del hombre en cambio, está menos estudiada (63), aunque varios análisis (65,67) demuestran que influye negativamente en los gametos masculinos y que a partir de los 37 años tiene una repercusión en las probabilidades de embarazo siempre que la mujer también tenga una edad materna avanzada (73–75).

A pesar de esto, la edad no es el único factor que influye en la fertilidad. Aparte de algunas enfermedades o problemas que dificultarían el proceso hasta la fecundación, hay aspectos derivados del contexto y el estilo de vida que actúan como factores tóxicos o mutagénicos con gran repercusión, como demuestran varios autores (15,80–82,307,308).

Aunque en Europa cada vez es más común no querer tener descendientes, para aquellas personas que sí quieren tenerlos, la infertilidad es un problema que va en aumento (afecta del 6 al 25 % de la sociedad), con la predominancia de la infertilidad secundaria (65,77,78). Aquellas publicaciones (10,22,76) referentes al diagnóstico de la infertilidad muestran valores muy similares. En concreto, las frecuencias son: entre un 13 – 28 % derivaciones debidas al factor femenino; 20 – 30 % factor masculino; 17 – 19 % causas mixtas; y en entre un 10 – 26 % es de origen desconocido.

Llegado a este punto y, para evitar el riesgo de *Permanent Involuntary Childlessness* (PIC) las personas recurren a RHA. En tan solo veinte años (hasta 2007) se ha doblado el porcentaje de casos de PIC en Europa llegando al 7 %. Si esta tendencia siguiese igual, pronto se llegaría al 15 % de la población. Para contrarrestarlo, se ha comprobado que el uso de RHA disminuye los valores de PIC a los que se tenía hace veinte años (18). Por estos motivos, es una práctica habitual que las personas que desean tener descendencia y no lo consiguen de manera espontánea, recurran a TRHA.

Aunque en EE.UU. la técnica que más se utiliza en RHA, según los datos del 2016, es la FIV; según las últimas publicaciones en Europa (2014) y España (2015), desde su primer nacimiento con éxito en 1992, la técnica que más se utiliza es ICSI, entre un 70 y 90 % de los casos (10,22,86,87). Esto es debido a su éxito en tasas de embarazo y de niño/a nacido vivo. Pero, se debe destacar que independientemente de la técnica utilizada, a menudo es necesario recurrir a donación de ovocitos. Actualmente y en contra de lo que pueda llegar a pensarse, las mujeres receptoras de ovocitos donados tienen entre 34 y 41 años (88). Según varios artículos (10,22,58), esto se explica por los resultados de las tasas de nacido vivo y aborto, ya que para mujeres de 35 años que no recurren a ovodonación, pero sí a RHA, su tasa de nacido vivo está entre el 20 – 37 % y la tasa de aborto, sobre el 20 %; y para las mujeres de 40 años, la tasa de nacido vivo es del 12 – 20 %, siendo la tasa de aborto del 30 – 38 %. En cambio, si recurren a ovodonación, la tasa de nacido vivo para las mujeres de 35 años es del 35 – 40 % (parecida a las que se obtienen sin donación, pero con una probabilidad de aborto algo menor, 17 %); y para las mujeres de 40 años, la tasa aumenta considerablemente hasta el 30 – 38 % y la probabilidad de aborto disminuye un 10 %. Por tanto, para las mujeres de 40 años, está claro que el tratamiento de RHA más efectivo es la donación de ovocitos (83), representando más del 70 % de los ciclos (87).

La SEF, a partir de todos los factores que afectan a la fertilidad, tanto de la mujer y del hombre, el aumento del uso de TRHA y donación de gametos para poder concebir un/a hijo/a, concluye que este problema de salud reproductiva podría considerarse



pandémico a nivel mundial. Por este motivo, solicita a la Administración Pública, medidas que faciliten el acceso a la donación de gametos (19).

Cuando se recurre a la donación de gametos, normalmente es como último recurso de RHA para concebir, ya que el hecho de que la persona no receptora no contribuya genéticamente a la descendencia suele ser un problema, de entrada, difícil de conciliar (309). En España la donación es un proceso altruista e implica la donación anónima; pero si se quiere que la persona donante sea identificable las personas recurren al *Cross Border Reproductive Care* (CBRC) o la compra online de gametos, por tanto, actualmente, las personas pueden decidir si quieren una donación anónima o identificativa. En estos casos, las tendencias varían en función de la investigación, mientras que Nelson, Hertz y Kramer (27) muestran resultados donde la mayoría de los receptores tienen una actitud neutra (45 %) frente al anonimato, otros (261) demuestran que existe una gran preferencia (93 %) hacia una donación anónima o, por el contrario, una tendencia (69,8 %) hacia la identificación (116). Solo se experimenta una preferencia hacia la donación identificativa por parte de la descendencia (27). Esta última afirmación queda refutada por algunos autores (129) que afirman que lo que necesitan las personas concebidas por donación es recibir información sobre las personas donantes, pero no necesariamente conocerlas. A pesar de esto, otro estudio (134) concluye completamente lo contrario, información como las características físicas, intereses, habilidades, historial médicos, datos identificativos, etc. no son suficientes, sino que se necesita tener contacto recurrente; que no se debería hablar de “donante identificativo” sino de *donor contactibility*; corroborado también por Rodino y compañeros (137).

A partir de aquí, son varios los dilemas relativos a la información, partiendo de que hay diferentes tipos de información y que cada una de las partes implicadas considera como relevantes unas u otras; incluso hay diferencia en función de los gametos (136,137). Es necesario reconocer qué intereses deben protegerse y prevalecen sobre los demás y cuáles son los motivos. ¿Qué debería priorizarse, el “derecho a la privacidad” de las personas receptoras, “el derecho a conocer sus orígenes” de las personas concebidas, o bien el “derecho a la intimidad” de las personas donantes? Existe la opinión generalizada de que se debe proteger a la descendencia, es decir, a las personas concebidas mediante la donación de gametos y que la mayor justificación son por los aspectos médicos que podrían afectarle por desconocer uno o los dos vínculos genéticos, con objeto de que pueda forjar su propia identidad (129,130). Así, hay diferentes visiones, desde que lo que verdaderamente crea la identidad es la estructura familiar, pasando por que con conocer información de la persona donante es suficiente, hasta que lo que es realmente importante es conocer a la persona donante. De la misma manera, hay dos puntos de vista relacionados con los avances que se están produciendo a nivel genético: uno parte de que se van a acabar creando bases de datos en función de datos genéticos. Por lo que será imposible garantizar el anonimato, lo que hará que la sociedad acepte más la identificación (189); y todo lo contrario, que con este tipo de pruebas se puede conseguir más información a nivel

médico y genético de la que puede aportar una persona, con lo que no existirá la necesidad de contactar con las personas donantes y se reforzará el anonimato (153).

A favor del argumento sobre el que se basa que la identidad de una persona se crea y madura en un entorno familiar, se ha estudiado si estos nuevos modelos de familia que se están generando a través de la RHA tienen algún efecto en el bienestar socioemocional de la descendencia o, incluso, en la satisfacción entre la pareja. Varios autores (121–126,151,152) demuestran que no hay efecto o incluso este es positivo.

Pero, si se decide que es importante aportar información a los descendientes, antes está con qué tipo de tabú, o no, se trata la infertilidad. Respecto a si explicar o no a familiares o allegados que se ha recurrido a la donación de gametos para concebir, los estudios (116,132,142,185,265,310) muestran valores muy diferentes y aunque se puede interpretar cierta tendencia a ser cada vez más abiertos, no queda claro. Los porcentajes de aquellas personas que no se lo explican a nadie van desde el 4 al 36,1 %; aquellos que se lo explican a uno o dos familiares o personas allegadas están entre el 15,3 y el 87 %; y entre el 10 y el 88 % lo tratan sin ningún tipo de secretismo (116,142).

Después están las intenciones de informar a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción, en este caso e igual que antes, los porcentajes varían en función de los estudios (142,165,168,169), desde el 4 – 77 % que se lo han explicado o tienen intención de hacerlo en un futuro, el 16 – 27 % que han decidido no contárselo, hasta el 19 – 80 % que no se han decidido. Además, de la proporción de personas que tienen la intención de hacerlo, no siempre acaban contándoselo y las posibilidades disminuyen cuanto mayor es la descendencia (102,185). Pero, entre el 93 – 96 % de las personas receptoras creen que deberían informar a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción y que tienen el derecho a recibir información de la persona donante (137).

Se experimentan las mismas diferencias entre los intervalos de divulgar o no la información, cuando se recurre a la donación de gametos. Mientras un estudio muestra que la tendencias (80 %) es a no informar (165), otros muestran resultados donde el 46 % de las personas que recurren a la donación de espermatozoides quieren explicarlo y el 56 % de las receptoras de ovocitos también (132); mientras otro estudio (116), muestra que cuando se recurre a ovocitos de donante, el 43,8 % quieren explicar la naturaleza de su concepción a sus hijo/as; e incluso otro (142), que este valore es del 38 %. En cambio, para la donación de espermatozoides, hay un estudio (154) que muestra resultados similares, ya que el 60 % ya han informado a la descendencia o tienen intención de hacerlo.

La legislación actual española mantiene en cualquier situación el anonimato de la persona donante, solo contempla, en el artículo 5.5, que se revelen datos cuando sea indispensable para la salud o vida de la persona concebida (115). Aunque esto solo se refleja así, en la mitad de los países de la UE según los datos del Consejo de Europa de 1998, la otra mitad no lo regulan o no lo especifican (161).

A pesar de esta restricción, no se está prohibiendo informar sobre la concepción. De manera que es importante hacerlo en el mejor momento para la descendencia, para evitar sentimientos y reacciones negativas (168,178–180), Golombok y Jadva (124,166,172–177) llevan años investigando cuál es el impacto que tienen esta divulgación a las diferentes edades de los hijos/as de las personas receptoras y demuestran que es mejor hacerlo a una edad temprana y llevarlo de forma gradual (168).

Independientemente de los datos médicos, existe un consenso sobre la importancia de informar a la descendencia (158,162,163) y los motivos por los que se lleva a cabo, o no, la divulgación no corresponde a los que realmente se ha demostrado a nivel científico que tienen un impacto en las personas concebidas por donación. Por este motivo es importante que se forme al personal implicado en el proceso de donación de gametos, de manera que estos puedan llegar a concienciar a las personas receptoras (190,191), se lleve a cabo cierto control, se proporcionen estrategias y experiencias, se ofrezca soporte psicoemocional (171,185,187), y se siga investigando al respecto (192).

Volviendo al inicio del proceso de donación, pero siguiendo con el tipo de información, ahora se enfoca desde el punto de vista de las personas receptoras, sobre qué tipo de información se acostumbra a querer conocer de las personas donantes. A pesar de que en España, la ley 14/2006 (115), en su artículo 6.5 contempla que las personas receptoras no podrán elegir ninguna de las características de las personas donantes, que esto es una función del equipo médico (responsables de garantizar la mayor similitud), a través de la compra de gametos a páginas webs o de la búsqueda de personas donantes con páginas de contacto, se puede evadir esta restricción. Lo que conllevan estas prácticas es que no se pueda garantizar la historia clínica personal y familiar, incluso que se haya realizado un screening genético o que se le hayan hecho los pruebas necesarias requeridas según la legislación española (146,148). Por otro lado, aparte de estos conflictos éticos y legales, a la práctica de “co-parenting” se le añade la exposición a decepciones, posibles conflictos legales y el hecho de que se están reforzando las normas heterosexistas y genéticas de formar una familia (148,311).

Referente a qué características se seleccionan y/o se conocen de las personas donantes, dependen y varían en función del estudio (142–144,211,264,265). Estos son, sin seguir ningún orden de preferencia: salud y la de su familia, edad, nivel educativo, raza, personalidad, peso, altura, color de ojos, etnia, pelo, temperamento, intereses, tipo de cuerpo, rasgos faciales, tono de piel, tipo de pelo, religión, profesión, lugar de residencia, inteligencia, hobbies/intereses, si fuman/beben alcohol o si han consumido narcóticos, estado civil, grupo sanguíneo, número de hijos/as, una fotografía, razones por las que dona etc.

Ser una persona donante lleva implícito pasar por un proceso de donación, tener ciertas motivaciones para hacerlo y las posteriores obligaciones o responsabilidades (una de ellas ya se ha comentado y sería la obligación moral de informar al centro de cualquier información relevante a nivel médico personal o familiar). Esto conlleva a la

necesidad de establecer un proceso de consentimiento informado sobre las repercusiones legales, éticas, médicas y emocionales que implica la donación (200). Tanto la información relativa a las pruebas y evaluación, como la necesidad de informar, en España, quedan regulado por diferentes documentos jurídicos y además, se aceptan guías y recomendaciones (24,115,146,147,193–195). Quizás, los temas más controvertidos son el *screening* genético, informar sobre las complicaciones en la donación de ovocitos, la necesidad de hacer una evaluación a ambas partes (personas receptoras y donantes) y la compensación económica. Debido a la alta frecuencia de enfermedades genéticas recesivas de la que somos portadores, el bajo coste de realizar un *screening*, la cantidad de información que se está proporcionando y la disminución del riesgo de transmisión (194,196,197), no llevarlo a cabo sería una práctica que vulneraría el principio de beneficencia. A menudo, como las complicaciones derivadas de la donación requieren mucha más investigación, tienen una baja evidencia científica y no está claro que estén directamente relacionadas con esta práctica, no se considera necesario o incluso sería contraproducente y no veraz, informar sobre estas. Con la única excepción del SHO (21,26). Una manera de que el personal médico sea capaz de asegurar que la persona donante toma su decisión de manera consciente, voluntaria e informada, es llevar a cabo una evaluación psicológica. Pero esta también se recomienda para las personas receptoras, ya que el proceso de infertilidad, la desvinculación genética de uno o ambos progenitores, la divulgación posterior, el resultado del ciclo de RHA, etc. son factores que influyen a nivel psicoemocional (24,79).

Por último, la compensación económica. A pesar de que en España queda establecido el carácter altruista de la donación en el Real Decreto 412/1996 (147) y en la Ley 14/2006 (115); y que será la Comisión Nacional de RHA, regulada por el Real Decreto 42/2010 (203) la que establezca dicha cuantía para que sea una compensación económica y no tenga carácter lucrativa o comercial; actualmente, no se ha marcado esta cantidad. Solo se ha encontrado un documento, de 2007 (204), que establezca un cálculo para la donación de ovocitos (en este caso es de 916 €). Este aspecto es relevante y requiere de especial atención ya que una retribución con carácter lucrativo pondría en peligro los valores del consentimiento informado (205,207,208), pudiendo convertirse la donación en una comercialización de células, con un efecto profesionalizador y afectando a aquellos colectivos más vulnerables.

Respecto a las motivaciones por las que las personas donan, todos los artículos coinciden (201,211–213), tanto para hombres como para las mujeres, en que los motivos residen en la intención de ayudar a los demás, así como en los motivos económicos. Lo cual podría parecer contradictorio, pero no tiene por qué ser excluyente (146).

En cuanto a la implicación que asume la persona donante, en el caso concreto de una donación identificativa, la mayoría de estas experimentan cierto sentimiento de responsabilidad transcurrido un tiempo de la donación; esta responsabilidad, no se observa si la donación es anónima. Ahora bien, sus preocupaciones varían en función

de si la donación es de ovocitos o de espermatozoides. Aunque, a nivel general, es no poder conocer a las personas que han sido concebidas (28,201). Si se considera que la persona donante tiene ciertos derechos y responsabilidades (ajenas a temas relativos a la salud que tendría un impacto sobre la descendencia), implica que la relación social es más importante que la relación biológica. De esta manera, la paternidad/maternidad biológica se estaría viendo comprometida por un conflicto social (312). Una persona donante identificativa debería estar preparada para reconocer su vínculo genético y reforzar positivamente la verdadera relación de los progenitores (140).

Aunque, como persona donante ¿te planteas las mismas responsabilidades y preocupaciones si puedes llegar a concebir cien o tres personas? Este límite, junto con el riesgo de consanguinidad, es otro de los dilemas éticos, sociales y legales de la donación de gametos para RHA. El riesgo de consanguinidad, para establecer el límite de personas concebidas, se calcula a través de ciertos datos de la población (24,219,220,222,223) y aunque se desconoce cómo marcan estos límites las leyes reguladoras de las TRHA, cada país tiene su límite y lo contabiliza a su manera: por familias receptoras o por personas nacidas (221,313). Aunque, a pesar de las creencias de peligro de consanguinidad, se ha estimado que esta posibilidad es cinco veces mayor entre “falsas paternidades” comparado con la que se pueda dar entre “hermanos/as” concebidos por una misma persona donante (225).

En España, la ley sobre RHA (115) y el Real Decreto 412/1996 (314), establecen que el límite de personas “generadas” por donante, ya sea por RHA o hijo/as propios/as es de seis. En contra de este límite está la SEF, que tiene una posición clara sobre que el número limitante debería ser de diez donaciones con un espacio de tres meses, ya que expresan que no hay evidencia científica de que las estimulaciones afecten la salud de las donantes de ovocitos (19). Desde esta perspectiva, no existiría límite de personas concebidas, ni límite de familiar receptoras. Respecto a la evidencia científica, como ya se ha comentado, se necesita más investigación al respecto; ahora mismo tampoco puede afirmarse que la estimulación y la aspiración de ovocitos no tenga ningún impacto negativo.

Para tener un control del riesgo de consanguinidad y del límite de personas concebidas o familias receptoras, sería necesario disponer de un registro internacional de donantes. Ya que, como se ha expresado, una de las tendencias más actuales es realizar CBRC. Esta práctica es habitual por las diferencias que existe de la regulación de la RHA en cada uno de los países de la UE en cuanto a: tipo de cobertura y su alcance; realización de las técnicas; tipo de donación; enfoque de las TRHA; regulación de la donación; prohibición del uso de las técnicas en función de ciertas características sociodemográficas personales; uso de técnicas (DGP); etc. (86,97,160,221,226,229,230).

Respecto al control internacional, España se convertirá en pionera presentando su proyecto SIRHA (241–244), un registro nacional con un control sobre: las personas donantes, cada muestra donante, los ciclos y el resultado en las personas receptoras

(106). Cada muestra será codificada con un código único europeo, SEC, con la estructura marcada según la Directiva (UE) 2015/565 (245). Aunque la obligatoriedad de los registros ya estaba contemplada en la ley de 1988 (235), parece que 2019 será el año en el que se cumpla con el Real Decreto 412/1996 (147), la Ley 14/2006 (115) y el Real Decreto-ley 9/2014 (195) en relación al registro y el sistema de biovigilancia (trazabilidad y codificación).

Por otro lado, uno de los mayores privilegios que ofrecerá este sistema de información, será el control y registro de EAGs y RAGs. De manera que se dispondrá de un sistema de trazabilidad que controlará la transmisión de enfermedades y actuará como sistema de alerta rápida en la UE (195,244).

Finalmente, se realiza una revisión de diferentes páginas webs dirigidas a mujeres que se plantean ser donantes de ovocitos. Este tipo de revisiones también se han llevado a cabo por otros autores (37,315), pero uno de ellos se centra en evaluar el nivel de anonimato. En la revisión realizada en esta tesis, parece que las clínicas se esfuerzan en generar un *marketing* emocional para “disfrazar” un proceso que requiere hormonas y quirófano, y que conlleva ciertos riesgos que prácticamente no se nombran. Además, aunque no en todos los casos, algunas clínicas no tienen en cuenta las consideraciones de la ley 14/2006 (115) que indican que se debe informar de los riesgos y no se debe “alentar la donación mediante la oferta de compensaciones o beneficios económicos”.

Concretamente referente a los riesgos, tan solo el 33 % de las páginas webs revisadas informan de los riesgos, aunque sea restándoles importancia y de manera muy genérica y superficial. Un porcentaje que estaría muy cercano a los resultados de Keehn et al. (37), donde concluye que solo el 44 % de las páginas webs informan de los riesgos. De las webs revisadas en esta tesis se puede extraer una reflexión. Y es que parece que como tampoco se tiene el deber de informar en la página web de los riesgos porque no se especifica así en la ley, se podría sobre entender que tampoco se pueden minimizar de tal manera que creen unas falsas expectativas en la futura donante, ya que desde las clínicas se refuerza continuamente el mensaje de que los riesgos son unas molestias.

En este sentido, desde el OBD, ya en 2001, en el documento sobre la donación de ovocitos (316) se concluía que a las donantes de ovocitos se le debe aportar el máximo posible de información con la descripción del procedimiento, los riesgos presentes y futuros.

Por supuesto, si el objetivo es captar donantes a través de cierta “manipulación” en cuanto a la información que se proporciona y las imágenes continuas de chicas jóvenes guapas, felices y sonriendo, en ningún caso se encuentra o percibe que las webs inciten a las mujeres a reflexionar sobre lo que implica este proceso, sobre las inquietudes a nivel de responsabilidad que puede generarles en un futuro, etc. solo se incide continuamente en que se ayuda a otra mujer a ser madre, lo cual será una experiencia gratificante y serás atendida por un gran equipo que te realizará “muchas” pruebas de

manera gratuita y se te ofrecerán los resultados. En el estudio de Keehn et al. (37), solo el 23 % de las webs revisadas informaban del riesgo psicológico o emocional, pero este porcentaje ya es mucho más que las que se han encontrado en este trabajo (que han sido nulas).

Por último, de la revisión web, se concluye que el 75 % sí que informan sobre las características mínimas (por ejemplo, la edad) que se deben tener para ser donantes de ovocitos. Este porcentaje es mayor que el encontrado por Keehn et al. (37), cuyos resultados muestran que informan entre el 41 y 59 %.

Por otro lado, de la experiencia vivida para solicitar información del proceso de donación, la primera interpretación que extraemos es que es un negocio, igual que cualquier empresa del sector privado, con sus propias reglas. De nuevo, independientemente de las directrices de la legislación vigente, algunas de las clínicas marcan como estatura mínima para ser donante 1,60 m; la pregunta en estos casos sería ¿no atienden a receptoras de menos de 1,60 m? Porque según la ley 14/2006, se debe asegurar cierto parecido fenotípico entre donante y receptora. O, por el contrario, ¿existe la demanda de donantes de cierta estatura?

También se puede afirmar que la mayoría de las clínicas consideran la hoja informativa, consentimiento informado y documento con todas aquellas variables obligadas a ser informadas por parte de la donante como un mero trámite burocrático que les servirá como defensa en caso de necesitarlo. Se realiza tal afirmación porque así se lo hemos vivido, solo por el hecho de solicitar información, todos los centros excepto uno, nos han obligado a firmar y rellenar todos los documentos, incluso a pasar por cierta evaluación (peso, altura e imagen fotográfica) en la misma consulta. Documentos con un lenguaje poco comprensible para la población en general y que, además, tienes que rellenar sola sin poder realizar ninguna pregunta. Se entiende como un documento de defensa porque las primeras preguntas que nos realizan cuando entramos a consulta son toda aquella información médica relevante de nosotros mismos y de aquellos familiares más próximos, hábitos tóxicos o viajes al extranjero.

Además, sorprende que ni en las páginas webs ni en la cita personal en la que se ofrece información se informe de la posibilidad, ya que es una obligación por ley, de que exista un registro de donantes al que se nos debería dar de alta en caso de empezar el programa de donación. Incluso, que este registro tiene un código único europeo en el que también se incorporarán las muestras donadas. Y lo que nos parece aún más grave, en ningún momento se nos informa de nuestra responsabilidad como posibles personas donantes de ovocitos. Responsabilidad moral de mantener informado al centro en el que se ha donado en caso de padecer una enfermedad genética hereditaria que se hubiese podido transmitir a la descendencia.

Por último, hay que afirmar que se lleva a cabo cierto “juego perverso” con la compensación económica. A pesar de que las molestias de un ciclo de hormonación y punción siempre son las mismas, parece ser que fidelizan a las personas donantes con

un mayor incentivo para la segunda y tercera donación. Incluso, promueven que estas donantes se conviertan en personas captadoras de nuevas donantes de óvulos ofreciéndoles entre 150 – 250 € por cada amiga que se traen. Ahora bien, aunque lleves a cabo todo el proceso de hormonación, hayas tenido que ir a la clínica varias veces, etc. si por algún motivo aparece un problema junto un día antes de la punción folicular, la compensación que se recibe es tan solo de 150 €. Entonces, ¿se están compensando las molestias?; ¿Se considera que la punción y la visita posterior tiene un coste de desplazamientos, dietas, días de trabajo perdidos, etc. de 950 €?

## **5.2. Encuesta: trabajo previo y validación**

Si bien es cierto que mediante la *scoping review* se han encontrado otras encuestas (249) cuyo objetivo es la investigación de indicadores de actitud y su potencial relación con la intención de la sociedad respecto la donación de gametos. En las que también se estudia la percepción del conocimiento desde diferentes perspectivas (legal, ética, económica) teniendo en cuenta la sensibilidad y valores personales, morales, religiosos e ideológicos. A pesar de esto, por la realidad en la que se han desarrollado (otro país, incluyendo la GS, etc.), por su complejidad o simplicidad (porque su “medición” es a través de una escala Likert (249), o bien, porque no se ajustan al concepto que se pretende medir), se considera que es conveniente desarrollar, elaborar y redactar una encuesta propia.

Debido a que no se trata de una encuesta donde sus preguntas sean con medición tipo Likert, ni donde se le proporcione un valor a cada opción de respuesta, o incluso, el hecho de que en una misma pregunta se pueda marcar más de una opción; hace que los procesos de validación y de confiabilidad a nivel cuantitativo sean más complejos. Por este motivo, se maximiza el alcance cualitativo de la investigación, aprovechando en cada proceso los comentarios y aportaciones de las personas expertas del método Delphi, de la discusión con expertas y de las personas que participan en la prueba piloto.

Se elige el método Delphi como primera técnica para la validación del cuestionario por su efectividad mostrada en otros estudios (279,282,317–319). Aunque, a diferencia de otros diseños, en los que se utiliza un grupo coordinador (320), en este trabajo no se utiliza. Se coincide con otros autores (274,278), que tampoco utilizan un grupo coordinador.

Por lo que se refiere al método, ha sido un proceso con una tasa de aceptación y de participación muy elevada en la que el nivel académico de las personas expertas es considerable. Esto permite que se llegue a un consenso desde las primeras fases, pero para aportar más información cualitativa, se alarga hasta un tercer pase.

El Dr. Miquel Bennassar, en su tesis doctoral (320) diseña y valida un cuestionario y obtiene tan solo un 40 % de aceptación por parte de las personas expertas, en cambio en este trabajo, la tasa es del 89 % (16 de las 18 personas expertas deciden iniciar la técnica). Aunque sí se coincide con Bennassar en que el panel de expertas no ha sido intencional, se ha seleccionado a conciencia por su involucración en el proceso y por su



trayectoria profesional. Incluso, no solo se han invitado a participar personas con conocimientos de RHA (embriología, psicología, genética, medicina, filosofía, derecho, etc.), sino también personas expertas a nivel metodológico y personas que se han visto involucradas en un proceso de donación. A diferencia de Bennassar, esta pluralidad y multidisciplinariedad hace que se considere que la elección del panel sea estructural, es decir, se trata de una muestra representativa de la población de expertas.

Al inicio de la técnica se han superado las recomendaciones (285) de 7 a 15 personas expertas para llegar a un consenso y estabilizar las respuestas. Siendo en esta tesis, 16 el número de personas expertas que inicia el proceso y 12 las que lo finalizan.

Todas estas características hacen que se convierta en un proceso válido y se obvian algunas de las principales limitaciones de la técnica como, por ejemplo, su subjetividad. Este método ha permitido que sea un proceso de discusión y reflexión muy enriquecedor donde las aportaciones por parte del panel de expertas han sido muy variadas, no se han centrado únicamente en el lenguaje, sino en el trasfondo de la pregunta, en su enfoque, e incluso, en el formato. Lo que ha hecho que se aporte valor al cuestionario.

Es por estos motivos que, a nivel descriptivo se obtienen valores de acuerdo y tasas de devolución elevadas para todos los ítems, se deciden hacer modificaciones y seguir trabajando en el cuestionario. Por otro lado, para evaluar cuantitativamente la consistencia interna entre las opiniones del panel de expertas, se realiza el cálculo de Alfa de Cronbach y el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall como exponen otros autores (282,283,297). Otros (320), en cambio, realizan la prueba  $Q$  de Cochran, pero en este caso concreto, no se cuenta con variables dicotómicas, lo que ha llevado a buscar otro tipo de prueba estadística. Los valores obtenidos del Alfa de Cronbach y  $W$  de Kendall indican una homogeneidad en las respuestas del panel de expertas. Por otro lado, aunque la mayoría de los estudios (321–323) realizan un análisis factorial para comprobar qué ítems forman cada dimensión y en este trabajo no se ha llevado a cabo, las agrupaciones para el cálculo de concordancia  $W$  de Kendall ofrecen valores significativos e interpretaciones del valor de  $\tau$  que corresponden a una concordancia buena de estas agrupaciones teóricas.

En la última fase del método se decide añadir algún ítem referido al conocimiento de la etapa fértil de una mujer y del impacto de las TRHA en la tasa de embarazo. Esto es así porque a través de la asistencia al congreso de la SEF, se plantea incorporar alguna pregunta para valorar el grado de conocimiento sobre a qué edad es la mejor edad reproductiva de la mujer, cuándo hay una leve y gran disminución de la fertilidad, y hasta qué punto las TRHA pueden ayudar a que las posibilidades de embarazo aumenten. Aunque, a través de la prueba piloto y *test-retest*, se deciden eliminar este tipo de ítem por la dificultad a la hora de generar la pregunta y que se entienda correctamente y por lo tanto, la respuesta sea consciente y acorde con lo que se pretende conseguir. Otros estudios (267–269) que han utilizado este tipo de preguntas concluyen que se trata de ítems que pueden llegar a confundir y ser engañosos.

Añadir, como han comentado las expertas del método Delphi, la pregunta de cuál es la mejor edad reproductiva para la mujer, si uno de los intervalos u opciones está entre los 20 – 25 años, parece que solo por el sentido común y la lógica se contestaría correctamente. Otra opción, que sí proporcionaría información relevante y verídica, sería plantearlo como pregunta abierta, entonces es la persona encuestada la que marca el intervalo. Pero por el formato de encuesta que se está diseñando, no se plantea esta posibilidad. Además, incluso con pregunta abierta como el estudio de García, Vassena, Prat y Vernaev (45) en el que valoran los conocimientos de los profesionales de la salud sobre fertilidad femenina a través de ítems del estilo: edad límite de una mujer para conseguir un embarazo de manera fácil y espontánea; límite de edad para conseguir un embarazo a través de TRHA con ovocitos propios y con ovodonación, etc; se observa que el concepto “fácil” puede llegar a ser relativo. O, como repite García, Vassena, Trullenque, Rodríguez y Vernaev (44) para evaluar los conocimientos de las mujeres encuestadas a través de tres preguntas: hasta qué edad piensa que quedarse embarazada de manera espontánea es fácil (pregunta abierta); qué edad cree que es la más fértil para una mujer (con cinco opciones de respuesta; antes de los 25 años, entre los 25 – 35 años, después de los 35 años, no importa, no lo sé); y hasta qué edad cree que puede quedarse embarazada a través de las TRHA (pregunta abierta).

De otra manera, pero siguiendo el estilo de cuestión, se plantea la posibilidad de añadir preguntas como: la probabilidad de embarazo espontáneo que una mujer de 30 años tiene cada mes (20 %); y a los 40 años (10%); la probabilidad de aborto de una mujer menor de 35 años (< 20 %) y mayor de 44 años (40 – 60 %); como han hecho otros investigadores en sus estudios (40) y, también, combinándolo con el mismo tipo de pregunta con el uso de TRHA y con donación de gametos. Pero, se descartan de la misma manera que se ha justificado no añadir las anteriores preguntas por su complejidad y para evitar confundir a los participantes.

Con el segundo proceso de validación, la discusión presencial o telefónica con expertas, se ayuda a debatir de una manera muy diferente a las posibilidades que ofrece la comunicación a través del correo electrónico con las personas expertas del Delphi. Este proceso de discusión es infrecuente en otros estudios. En este caso, por la imposibilidad de comparar el instrumento con encuestas validadas que tengan el mismo enfoque y de esta manera validar su criterio, se opta por esta metodología como la técnica que ofrece mayor rigor metodológico.

Por último, la prueba piloto y test-retest ofrece, a través del cálculo de Kappa de Cohen y coeficiente de correlación de Spearman, valores muy representativos (con diferencias estadísticamente significativas) para la gran mayoría de los ítems. Estas pruebas son frecuentes en la mayoría de los procesos de validación de otros autores (280–282) y solo varían en función de las características del tipo de respuesta. En este trabajo, a diferencia de los demás antes citados, a parte del cálculo estadístico, se valora el porcentaje de similitud entre el test y el retest. Esto nos permite darnos cuenta de que en aquellos casos donde hay una confiabilidad no significativa estadísticamente, la

proporción de similitud es de las más altas de la encuesta. La mala interpretación del coeficiente de correlación es causada por una ausencia de variabilidad y no porque no exista similitud entre la primera y segunda autocumplimentación de la encuesta. A través de este método se extraen valoraciones cualitativas para tener en cuenta en la última modificación y se demuestra la estabilidad del Cuestionario LSP2016.

Por último, nos damos cuenta de que el instrumento cumple uno de sus propósitos más intrínsecos. Las personas que participan en la prueba piloto expresan que el Cuestionario LSP2016 les ha hecho reflexionar y plantearse situaciones con las que nunca habían pensado.

### 5.3. Comparativa del análisis resultante del desarrollo argumental con los conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios

Otros autores han realizado estudios sociológicos para conocer las opiniones de las principales partes involucradas en un proceso de RHA mediante diferentes metodologías y diferentes tipologías de muestra. De esta manera, se compararán los resultados obtenidos en el trabajo de campo realizado con los estudiantes de la FDET y la FIF de la UdL con aquellos resultados de la bibliografía.

Hay que tener en cuenta que no se han encontrado artículos con los que comparar para cada una de las preguntas ni para cada una de las opciones de respuesta. Además, cuando sí se han encontrado, la muestra y el contexto no son los mismos.

De esta manera, a continuación, se comparan las actitudes y conocimientos sobre las TRHA y la donación de gametos, entre los resultados de este estudio y otros estudios. Se han utilizado estudios en los que se comparaban dos o más grupos, se incluye la muestra total junto con la cita y los resultados de las respuestas.

**Tabla 36:** Comparativa de las fuentes de información sobre donación de gametos

Ítem y estudio	Respuestas	Tipo de grupo
<b>Si ha buscado información sobre la donación de semen u óvulos.</b>		
<b>Ítem 1a. En el caso de contestar que SÍ, ¿en qué fuentes de información se ha basado?</b>		
<b>Medios de comunicación (TV/Radio/Prensa)</b>		
(260) (n = 356)		
Televisión	73 (20.5)	Mujeres
Radio	7 (2)	Mujeres
Periódico	62 (17.4)	Mujeres
Este estudio		
(n = 32)	16 (50)	Enfermería
(n = 52)	16 (31)	Derecho
<b>Revistas especializadas</b>		
(260) (n = 356)		
	(59.8)	Mujeres

Este estudio		
(n = 32)	1 (3)	Enfermería
(n = 52)	4 (8)	Derecho

Los valores se presentan como n (%).

Se observa (ver Tabla 36) que respecto a las fuentes de información existen resultados contrarios, el artículo (260) con el que se puede comparar muestra que las mujeres tienen como fuente de información las revistas especializadas, que el porcentaje de personas que recurren a los medios de comunicación es inferior. En nuestro caso, las respuestas de los estudiantes indican lo contrario, ya que en entre un 31 – 50 % de los casos la principal fuente de información son los medios de comunicación.

**Tabla 37:** Comparativa de quién debería poder acceder a las TRHA

Ítem y estudio	Respuestas	Tipo de grupo
<b>Ítem 3. ¿Quién debería poder acceder a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?</b>		
<b>Parejas heterosexuales</b>		
(259) <sup>a</sup> (n = 273)	58 (74)	Mujeres con hijos
	99 (56)	Mujeres infértiles
Este estudio (n = 188)	63 (97)	Enfermería
	121 (98)	Derecho
<b>Parejas homosexuales de mujeres</b>		
(259) <sup>a</sup> (n = 273)	13 (17)	Mujeres con hijos
	79 (47)	Mujeres infértiles
Este estudio (n = 188)	63 (97)	Enfermería
	119 (97)	Derecho
<b>Parejas homosexuales de hombres</b>		
(259) <sup>a</sup> (n = 273)	9 (11)	Mujeres con hijos
	48 (28)	Mujeres infértiles
Este estudio (n = 188)	62 (97)	Enfermería
	111 (90)	Derecho
<b>Mujeres sin pareja</b>		
(259) <sup>a</sup> (n = 273)	31 (39)	Mujeres con hijos
	116 (66)	Mujeres infértiles

Este estudio (n = 188)	64 (98)	Enfermería
	116 (94)	Derecho

Los valores se presentan como n (%).

<sup>a</sup> Estudio de caso control.

En relación con quién debe tener acceso a las técnicas (ver Tabla 37), otros autores (259) demuestran que las mujeres con hijos tienen una posición más restrictiva ya que la mayoría cree que solo deberían tener acceso las parejas heterosexuales. Y, las mujeres infértiles solo muestran reticencia a que accedan las parejas homosexuales de hombres.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres infértiles y las mujeres con hijos respecto a quién debe tener acceso a las TRHA (parejas heterosexuales, parejas homosexuales de mujeres y de hombres, y mujeres sin pareja), siendo las mujeres infértiles más liberales que las mujeres con hijos (259).

En cambio, en este trabajo, toda la muestra, independientemente de la facultad, muestra una posición muy abierta a que cualquier modelo de familia pueda acceder a las técnicas, y no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las opciones de respuesta que se comparan aquí.

**Tabla 38:** Comparativa de a qué deberían estar dispuestas las personas donantes después de la donación

Ítem y estudio	Respuestas	Tipo de grupo
<b>Si la implicación de la persona donante no debería acabar con la donación.</b>		
<b>Ítem 10a. Las personas donantes, ¿a qué deberían estar dispuestas?</b>		
<b>A conocer a las personas nacidas por donación</b>		
(28) (n = 52)		
	40 (77)	Donantes de espermatozoides identificativos
	33 (63)	Donantes de espermatozoides inicialmente anónimos
Este estudio		
(n = 16)	1 (7)	Enfermería
(n = 39)	6 (15)	Derecho
<b>A mantener una relación cercana o personal con las personas nacidas por donación</b>		
(28) (n = 52)		
A pasar tiempo juntos y a formar parte de su vida diaria		
	31 (59) y 12 (24)	Donantes de espermatozoides identificativos
	7 (14) y 21 (40)	Donantes de espermatozoides inicialmente anónimos
Este estudio		
(n = 16)	3 (20)	Enfermería

(n = 39)	1 (3)	Derecho
<b>A ayudar económicamente a las personas nacidas por donación</b>		
(28) (n = 52)		
	12 (24)	Donantes de espermatozoides identificativos
	7 (14)	Donantes de espermatozoides inicialmente anónimos
Este estudio		
(n = 16)	0 (0)	Enfermería
(n = 39)	0 (0)	Derecho

Los valores se presentan como n (%).

Cuando se les pregunta a donantes (28), ya sean anónimos o identificativos, más del 60 % de ambos grupos consideran que la persona concebida debería poder conocer a la persona donante. Ahora bien, cuando se pregunta sobre qué tipo de implicación tendrían, este porcentaje disminuye considerablemente, entre un 14 y 59 % de las personas donantes (con anonimato e identificativos, respectivamente) estarían dispuestas a tener algún tipo de contacto con la persona nacida; y entre un 40 y 24 % a formar parte de su vida diaria. Sorprende que un porcentaje muy pequeño (14 %) de las personas donantes anónimas estarían dispuestas a conocer a la persona concebida respecto a las donantes identificativas (59 %); pero esto se invierte cuando se les pregunta sobre si quieren que formen parte de su vida diaria. Cuando se trata de ayudar económicamente a las personas concebidas por donación, el porcentaje aún disminuye más, siendo entre el 14 y 24 % (donante anónima e identificativa respectivamente).

Si más no, es sorprendente que los donantes de esperma (anónimos o identificativos) (28) consideran que las personas concebidas por donación deberían poder conocerlos, pero el 66 % de los anónimos piensan que el padre se podría sentir amenazado, lo cual, hace pensar que creen que se podría desestructurar su realidad o contexto familiar.

En resumen, mientras que el estudio (28) realizado a donantes de espermatozoides muestran (ver Tabla 38) una tendencia a que los donantes estén dispuestos a conocer a las personas concebidas, a pasar tiempo juntos (donantes identificativos) y a que formen parte de su vida diaria (donantes inicialmente anónimos). Y, en menor medida, a ayudar económicamente a las personas que han nacido por donación. Nuestro estudio muestra una postura muy restrictiva a estas opciones de relación.

**Tabla 39:** Comparativa de los datos que una persona receptora debería poder conocer de la donante

Ítem y estudio	Respuestas	Tipo de grupo
<b>Ítem 12a. En caso de contestar que SÍ, las personas receptoras ¿qué datos de las personas donantes deberían tener a su disposición?</b>		
<b>Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura, etc.</b>		
(144) (n = 131)		
	38 (29)	Parejas receptoras de ovocitos
Este estudio		
(n = 38)	14 (37)	Enfermería
(n = 93)	47 (51)	Derecho
<b>Historial clínico</b>		
(144) (n = 131)		
	82 (62)	Parejas receptoras de ovocitos
Este estudio		
(n = 38)	35 (92)	Enfermería
(n = 93)	80 (86)	Derecho
<b>Etnia (componente racial)</b>		
(144) (n = 131)		
	64 (49)	Parejas receptoras de ovocitos
Este estudio		
(n = 38)	24 (63)	Enfermería
(n = 93)	35 (38)	Derecho
<b>Coficiente intelectual</b>		
(144) (n = 131)		
	51 (39)	Parejas receptoras de ovocitos
Este estudio		
(n = 38)	5 (13)	Enfermería
(n = 93)	20 (22)	Derecho
<b>Religión/creencias</b>		
(144) (n = 131)		
Lo clasifican como lo menos importante	110 (83)	Parejas receptoras de ovocitos
Este estudio		
(n = 38)	3 (8)	Enfermería
(n = 93)	7 (8)	Derecho
<b>Aficiones</b>		
(144) (n = 131)		
Lo clasifican como lo menos importante	87 (66)	Parejas receptoras de ovocitos

Este estudio		
(n = 38)	1 (3)	Enfermería
(n = 93)	4 (4)	Derecho

Los valores se presentan como n (%).

Un estudio (144) en el que las parejas receptoras de ovocitos clasifican por orden de importancia la información relativa a las donantes indica que las características menos importantes son las aficiones y religión, y las más importantes son el historial clínico y la etnia o componente racial. En situaciones más intermedias, valoran las características físicas y el coeficiente intelectual. Como se observa (ver Tabla 39), en nuestro estudio, los estudiantes de enfermería coinciden en las opciones de menos y más importancia. En cambio, los de derecho, creen que son más importantes las características físicas que el componente racial. Respecto al coeficiente intelectual, los estudiantes de enfermería creen que es menos importante que los de derecho y estos, que es menos importante que la opinión de las parejas receptoras de ovocitos.

**Tabla 40:** Comparativa del derecho que debe prevalecer en un proceso de donación de gametos

Ítem y estudio	Respuestas	Tipo de grupo
<b>Ítem 16. En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?</b>		
<b>El derecho a la intimidad de las personas donantes, de manera que no se pueda conocer su identidad</b>		
(261) (n = 714)		
	658 (93)	Parejas infértiles que recurren a donación de gametos
Este estudio (n = 188)		
	53 (82)	Enfermería
	86 (70)	Derecho
<b>El derecho de las personas concebidas mediante semen u óvulos donados a conocer sus orígenes, de manera que deberían poder conocer cómo han sido concebidas y la identidad de las personas donantes.</b>		
(261) (n = 714)		
	82 (12)	Parejas infértiles que recurren a donación de gametos
(250)		
(n = 692)	574 (83)	Mujeres
(n = 513)	385 (75)	Hombres
(259) <sup>a</sup> (n = 273)		
En caso de donación de espermatozoides	65 (39)	Mujeres infértiles
	42 (57)	Mujeres con hijos
En caso de donación de embriones	64 (38)	Mujeres infértiles



(116) (n = 67)	41 (55)	Mujeres con hijos
(142) (n = 49)	13 (19,7)	Parejas receptoras de ovocitos
(142) (n = 92)	6 (12)	Parejas receptoras de ovocitos
Este estudio (n = 188)	18 (20)	Parejas que recurren a RHA con gametos propios
	6 (9)	Enfermería
	28 (23)	Enfermería

Los valores se presentan como n (%).

Como se puede observar (ver Tabla 40), por un lado, las parejas infértiles que recurren a la donación consideran que debe prevalecer (93 %) el derecho a la intimidad de las donantes respecto al derecho de las personas concebidas (261). Estos valores son similares a los que hemos encontrado con los estudiantes de enfermería y derecho.

Por otro lado, si esta valoración la hacen mujeres y hombres los porcentajes aumentan considerablemente hace que prevalezca el derecho de las personas concebidas (250). Disminuye hasta valores entre el 38 – 57 % si se pregunta a mujeres infértiles. Y se mantiene en valores por debajo del 23 % si se le pregunta a parejas receptoras de ovocitos (116,142), a parejas que recurren a RHA con gametos propios, y a los estudiantes de nuestro trabajo de campo.

Además, respecto al derecho de las personas concebidas mediante donación de gametos a conocer la identidad del donante, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la bibliografía, siendo las mujeres infértiles más reacias para cambiar de la donación anónima a la donación identificativa respecto las mujeres con hijos. Como consecuencia, uno de los resultados de este estudio es que, para las mujeres infértiles, el origen genético de la descendencia es menos importante (259).

**Tabla 41:** Comparativa de uno de los motivos por los que se debe priorizar el derecho a la intimidad

Ítem y estudio	Respuestas	Tipo de grupo
<b>Ítem 16a. ¿Por qué se debe priorizar el derecho a la intimidad de las personas donantes, de manera que no se pueda conocer su identidad?</b>		
<b>Porque podría desestructurar la realidad o contexto familiar de todas las partes implicadas en el proceso</b>		
(28) (n = 51)	17 (33)	Donantes de esperma identificativos
	34 (66)	Donantes de esperma inicialmente anónimos
Este estudio		
(n = 53)	34 (64)	Enfermería
(n = 86)	47 (40)	Derecho

Los valores se presentan como n (%).

Se muestra (ver Tabla 41) que los donantes de espermatozoides inicialmente anónimos y los estudiantes de enfermería consideran un aproximadamente un 65 % en que el motivo por el que se debe mantener el anonimato e intimidad es para no desestructurar la realidad o contexto familiar.

En cambio, los estudiantes de derecho de nuestro estudio muestran valores más en proporción más cercanos a la opinión de los donantes de espermatozoides identificativos. Entre un 33 y 40 % consideran que el motivo es evitar la desestructuración familiar.

**Tabla 42:** Comparativa de la finalidad o motivaciones para ser donante de gametos

Ítem y estudio	Respuestas	Tipo de grupo
<b>Si fuese donante:</b>		
<b>Ítem 18a. En caso de contestar que SÍ, ¿con qué finalidad?</b>		
<b>Para ayudar a otras personas a tener hijos</b>		
(201)		
(n = 63)	48 (76)	Donantes de espermatozoides
(n = 11)	10 (91)	Donantes de ovocitos
(211)		
(n = 308)	299 (97)	Donantes de espermatozoides heterosexuales
(n = 75)	71 (95)	Donantes de espermatozoides homosexuales o bisexuales
Este estudio (n = 188)		
	20 (69)	Derecho
	50 (85)	Enfermería
<b>Para ganar dinero</b>		
(201)		
(n = 63)	45 (71)	Donantes de espermatozoides
(n = 11)	7 (64)	Donantes de ovocitos
(211)		
(n = 308)	182 (91)	Donantes de espermatozoides heterosexuales

(n = 75)	48 (64)	Donantes de espermatozoides homosexuales o bisexuales
Este estudio (n = 188)		
	9 (31)	Derecho
	20 (24)	Enfermería

**Para tener hijos genéticamente suyos y no tenerlos que cuidar**

(201)

(n = 63) 20 (32) Donantes de espermatozoides

(n = 11) 4 (36) Donantes de ovocitos

(211)

(n = 308) 260 (84) Donantes de espermatozoides heterosexuales

(n = 75) 66 (88) Donantes de espermatozoides homosexuales o bisexuales

Este estudio (n = 188)

0 (0) Derecho

3 (5) Enfermería

Los valores se presentan como n (%).

En las motivaciones por las que se decide ser donante (ver Tabla 42), los valores más diferentes que se encuentran en la bibliografía respecto a los resultados de nuestro trabajo son para la motivación “tener hijos genéticamente suyos y no tenerlos que cuidar”. En nuestro trabajo, ningún estudiante, o un número bajísimo de ellos, considera que esta no sería su motivación para donar. En cambio, otros estudios, uno de ellos realizado con donantes de espermatozoides (211), muestra que más del 80 % de estos considera como motivación tener hijos genéticamente suyos y no tenerlos que cuidar. El otro estudio, aunque encuentra una proporción menor, sobre el 30 %, sigue siendo muy alta si lo comparamos con nuestros resultados.

Por otro lado, para ayudar a otras personas a tener hijos, supone en todos los casos, una de las principales motivaciones, tanto para los estudiantes de nuestro estudio como para donantes de gametos (201,211).

Por último, ganar dinero es una motivación entre el 71 – 91 % de los donantes de espermatozoides; aproximadamente el 64 % en los donantes de ovocitos y en donantes de espermatozoides homosexuales y bisexuales (201,211); y en una proporción menor, en los estudiantes de derecho (31 %) y de enfermería (24) que serían donantes.

### 6.1. Conclusiones

#### **1. Existe una tendencia generalizada de postponer la maternidad más allá de los 33 años por razones emocionales o sentimentales y profesionales.**

Las mujeres mayores de 30 años consideran que no tienen la suficiente estabilidad para formar una familia a pesar de expresar que sí desean tener descendientes. Aunque en algunos casos deciden preservar sus ovocitos, un gran porcentaje de mujeres tiene problemas de fertilidad y no consiguen embarazo con gametos propios, lo que conlleva al riesgo de *Permanent Involuntary Childlessness* (PIC).

Se desconoce si la población, o en concreto las mujeres, están decidiendo sobre su fertilidad de manera consciente, es decir, en base a los conocimientos sobre la edad reproductiva, a nivel biológico, más favorable para tener un/a hijo/a sano/a vivo/a en casa. Los resultados de varias investigaciones demuestran que existen pre-concepciones equivocadas y cierta sobre-estimación de las probabilidades de embarazo entre los 25 – 30 años de una mujer (se está subestimando el impacto que tiene el impacto de la edad femenina y masculina sobre la fertilidad); de la misma manera, existe cierto grado de desconocimiento de la *Age-Related Fertility Decline* (ARFD), incluso por parte de los profesionales de la salud. Lo más destacable es que la mayoría de los estudios e intervenciones publicadas al respecto son del 2013 – 2018, lo que implica un cambio. Los profesionales empiezan a diseñar campañas informativas sobre la etapa más fértil y la ARFD para capacitar a la población, de esta manera, se está evaluando cuál es el grado de conocimiento previo y posterior a la intervención para conocer el impacto que tiene este tipo de intervención. Una de las conclusiones más genéricas es que es necesario repetir y repetir los talleres para poder formar en temas de fertilidad, no es suficiente con una única estrategia puntual de promoción y educación para la salud. Incluso, se proponen discusiones proactivas con los estudiantes sobre planificación de vida reproductiva. Pero, realmente, esto no tienen ningún valor si no se consiguen políticas sociales y estrategias de promoción de la salud que permitan a las personas jóvenes (a nivel reproductivo) convertirse en padres y madres durante sus años más fértiles.

Lo cierto es que lo que se considera edad materna avanzada a nivel reproductivo queda bastante alejado de la edad en la que las mujeres se plantean su primer

embarazo y esto puede ser debido, o como mínimo, está siendo influenciado por la desinformación, por el tabú que existe de las TRHA y la donación de gametos. Es común conocer, o incluso ver en televisión, mujeres mayores de 35 años embarazadas que no expresan haber recurrido a RHA y aunque cada vez es menos frecuente, también se observa que estas mujeres tienen gemelos o mellizos concebidos de manera natural con un embarazo buscado porque no se dice lo contrario. No llega a considerarse un estigma, pero la infertilidad sí es una condición que las personas deciden no compartir con sus más allegados, con lo que se genera una falsa creencia de facilidad para conseguir un embarazo a partir de los 30 - 35 años de la mujer.

**2. Cada vez es más común tener problemas de fertilidad, lo que conlleva que más personas recurran a las técnicas de reproducción humana asistida y a la donación de gametos para concebir un/a hijo/a.**

Este falso autovencimiento de la sociedad sobre la facilidad que tienen los demás en conseguir un embarazo casi a cualquier edad, genera que se establezca una atmósfera de tranquilidad. Además, los cambios en la alimentación, en el contexto y el estilo de vida hace que los hábitos y el estrés que asumimos genera un impacto negativo en nuestros gametos.

De esta manera, estamos en continuo ambiente hostil. Expuestos a factores tóxicos y mutagénicos que influirán en todos los niveles de nuestra reproducción, desde la formación de los gametos hasta su calidad.

Estos componentes junto con el hecho de postponer la maternidad conllevan a que una mujer, cuando quiere concebir a su primer/a hijo/a se encuentre en la denominada “edad materna avanzada”, lo que implica una menor tasa de embarazo, una mayor tasa de aborto, una baja reserva ovárica, problemas a nivel reproductivo, ovocitos de baja calidad, mayores probabilidades de que la descendencia presente alteraciones cromosómicas, etc.

Hechos que obligan a las parejas con problemas de fertilidad a recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida. Así, estas técnicas cada año aumentan el número de ciclos que realizan. Aunque normalmente es la última opción, un gran porcentaje de mujeres entre 34 y 41 años tienen que recurrir a la donación de ovocitos.

**3. A nivel bioético, social y legal, las reflexiones y divulgaciones científicas de los investigadores suscitan debates entre las personas expertas involucradas en el campo de la donación de gametos para la RHA sobre el proceso de donación cuyos enfoques y tendencias coinciden, mayoritariamente, con las respuestas de los estudiantes universitarios de la UdL.**

A pesar de que los conocimientos de las personas expertas y de los estudiantes universitarios sobre la donación de gametos es muy diferente, sus actitudes coinciden, en mayor medida. Aunque, en todos los casos, hay un punto de controversia y diferencia respecto a sus percepciones:

**3.1. La compensación económica que reciben las personas donantes y cómo esta debería determinarse.**

A través de la bibliografía se comprueba que la mayoría de los autores concluyen que debe existir una compensación económica por las molestias, por el tiempo, esfuerzo, días laborales perdidos, etc. Incluso la legislación española, ley 14/2006, a pesar de establecer que la donación es un proceso altruista, resalta la necesidad de compensar económicamente siempre que esta remuneración no tenga carácter lucrativo o comercial.

En este punto coinciden los estudiantes de derecho y enfermería que han participado en el autocumplimentado del Cuestionario LSP2016. La mayoría de ellos considera que se deben compensar las molestias y que esta cantidad se debe fijar en función de la dificultad y riesgo del proceso de obtención de la muestra.

En este punto la controversia se genera cuando se valora cómo debería ser la compensación. Según los estudios publicados por expertos, la remuneración que se establece para la donación debería ser superior para las donantes de ovocitos comparado con los donantes de espermatozoides. Por un lado, las personas estudiantes de la FIF coinciden en esta determinación. Aunque, por el contrario, la mitad de las estudiantes de la FDET creen que debería ser la misma para ovocitos que para espermatozoides. En este caso, se están contradiciendo, ya que también piensan que debería ser en función del riesgo del proceso.

Por tanto, podríamos extraer otro tipo de conclusión: una gran proporción de las personas encuestadas de FDET no conocen el proceso de donación de ovocitos.

### 3.2. Las pruebas que se les debería hacer tanto a donantes como a receptores.

En este punto, bibliografía y estudiantes coinciden en que a las personas receptoras y a las personas donantes se les deben hacer pruebas a nivel médico. Ambos están de acuerdo en realizar una evaluación de aquellos factores que pueden afectar a la salud de una persona, además de incluir un cribado genético de enfermedades portadoras tanto a donantes como personas receptoras.

Por otro lado, las respuestas de los estudiantes de la UdL coinciden con algunas de las recomendaciones de las guías sobre RHA como, por ejemplo, la necesidad de realizar una evaluación psicológica a ambas partes implicadas en el proceso.

### 3.3. La implicación que deben tener las personas donantes una vez finalizada la donación.

Desde el punto de vista de las personas expertas y de la legislación española, ser donante conlleva una obligación o responsabilidad moral de informar al centro de cualquier aspecto médico que pueda repercutir a nivel genético en las personas que han sido concebidas mediante sus gametos donados.

Incluso, los estudios realizados a personas que han sido donantes demuestran que estas experimentan cierto sentimiento de responsabilidad y preocupaciones sobre la persona que ha sido concebida. Desde el simple hecho de conocer el resultado del ciclo, hasta llegar a pensar en un tipo de relación con las personas concebidas.

En este punto, los estudiantes encuestados no coinciden en que deba existir una implicación por parte de las personas donantes después de la donación. Las personas estudiantes de la FIF muestran una postura más segura, en cambio, para los estudiantes de la FDET, ya que el porcentaje de respuestas es prácticamente el mismo entre el “sí debería acabar con la donación”, el “no debería acabar con la donación” y el “NS/NC”.

A pesar de esto, para aquellas personas encuestadas que consideran que la implicación se mantiene una vez realizada la donación, coinciden con la normativa y los expertos en que esta se debe basar en proporcionar información sanitaria al centro de RHA.

### 3.4. La información que deben recibir las personas receptoras de la persona donante; el registro de donantes.

En este caso, la información encontrada en la bibliografía es realmente dispersa. Desde la que establece la legislación española, información muy básica (color de pelo, ojos, grupo sanguíneo, edad, etc.), hasta aquella información expresada por personas receptoras: aficiones, religión, motivos por los que dona, nivel académico, etc.

Las personas estudiantes encuestadas muestran acuerdo con las normativas vigentes, es decir, se debería proporcionar la información más básica; y según las estudiantes de enfermería, también la etnia o componente racial. La realidad es que los datos que han sido marcador por un mayor número de estudiantes son aquellos referidos al historial clínico y grupo sanguíneo. En este caso, se interpreta que no quieren conocer todo su historial clínico, sino que no tiene enfermedades que puedan ser transmitidas genéticamente. Y respecto al componente racial, aunque en España las clínicas no te informan, como receptor debes ser consciente de que la persona donante debe compartir la mayor similitud fenotípica y, por lo tanto, lo más probable es que se comparta el componente racial.

Por otro lado, a pesar de que, en la bibliografía, cuando se pregunta a las personas implicadas en un proceso de donación, o concretamente a aquellas personas receptoras, sobre qué información les gustaría conocer, esta es muy amplia. Los estudiantes encuestados marcan en proporciones muy bajas aspectos relativos a: nivel de estudios, coeficiente intelectual, religión/creencias, aficiones y datos de contacto.

En cambio, respecto al registro de donantes, la legislación española establecía, ya desde su primera ley de 1988 sobre TRHA, la necesidad de disponer de dicho registro. Y parece que será próximamente (2019) cuando este entre en vigor de manera que se pueda controlar la trazabilidad de las muestras, donantes y receptoras de los gametos. La mayoría de las personas encuestadas están de acuerdo en que es importante que exista este registro.

### 3.5. Informar a las personas nacidas mediante gametos de donante de la naturaleza de su concepción.

Este punto es controvertido ya desde la bibliografía. Las proporciones de personas receptoras que tienen la intención de informar a la naturaleza de su concepción es muy amplio. Además, las expertas que evalúan este impacto de divulgación a diferentes edades de la descendencia afirman que es importante



informar y que se haga de forma gradual. Por otro lado, y aunque queda demostrado que hacerlo a una edad temprana hace que la persona concebida lo racionalice y crezca con la idea, la mayoría de las personas que utilizan gametos donados optan por no informar a sus hijos/as.

De la misma manera, los estudiantes contestan que creen que es importante que las personas concebidas mediante gametos donados lo sepan. Y también coinciden con la bibliografía en que esta información debe aportarse desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad. Por otro lado, y en la misma proporción, la mitad de los estudiantes creen que esta decisión deben tomarla los/as padres/madres y hacerlo cuando ellos/as lo crean conveniente.

### 3.6. El derecho a la intimidad de la persona donante en contraposición con el derecho a conocer los orígenes de la persona nacida por donación.

Cuando se habla de derechos y más en un proceso de donación, es importante decidir qué intereses se pretenden proteger, los de las personas receptoras, donantes o de las personas concebidas por donación. La legislación a nivel europeo deja claro que en la mayoría de los países se protegen los intereses de las personas concebidas. Se presupone así porque se considera que para que uno mismo puede forjar su identidad es necesario que pueda conocer sus orígenes.

En este caso, los estudiantes muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la proporción que escogen el derecho a conocer los orígenes. A pesar de esto, ambos grupos consideran que se debe priorizar el derecho a la intimidad de las personas donantes. En cambio, del grupo que considera que debe prevalecer el derecho a conocer los orígenes, la proporción de estudiantes de derecho muestra diferencias estadísticamente significativas sobre los estudiantes de enfermería.

En cualquier caso, a diferencia de las tendencias europeas de eliminar el anonimato en la donación, las personas encuestadas creen que debe prevalecer el derecho a la intimidad. Puede ser, también, que están condicionados por la legislación española, en la que consta que la donación es anónima.

Por último, este punto es realmente complejo porque primero debería establecerse qué implica conocer los orígenes. Alrededor de esta controversia hay puntos de vista de diferentes autores completamente opuestos. Desde que es simplemente recibir información no identificativa, hasta que lo que realmente importa es poder llegar a tener contacto con la persona donante. También

entran a debate las pruebas genéticas. En este caso, si se considera importante recibir los antecedentes familiares a nivel clínico, con las pruebas genéticas que existen en la actualidad y su, cada vez, más bajo coste, se conseguiría más información que la que una persona puede conocer de su familia e historial hereditario.

**4. La revisión de la bibliografía ha permitido conocer y determinar las necesidades psicosociales que generan debate en un proceso de donación de gametos para RHA y, además, ha aportado otros aspectos relacionados que implicarían una revisión de la legislación española sobre TRHA.**

La revisión ha permitido clasificar los artículos dirigidos especialmente a las experiencias, actitudes, motivaciones y conocimientos de las partes implicadas en un proceso de RHA y/o donación. Esto ha generado un debate entre los autores. Algunas de las necesidades más expresadas son: la intimidad, identidad, concepto de familia, etc. Estas necesidades se desarrollan y argumentan a lo largo de este trabajo; se han contrastado las visiones de los autores en el apartado de discusión del desarrollo argumental y algunas de las necesidades se han comparado en el punto tres de las conclusiones. De todos modos, aquí extraemos algunas reflexiones producto de enfrentar el derecho a la intimidad al derecho a conocer los orígenes.

Destacar, antes de nada, que, si se prioriza el derecho a conocer los orígenes, esta persona concebida mediante donación de gametos no puede reclamar conocer datos de su donante si nunca llega a saber que ha sido concebido mediante gametos donados. Y esto es lo que se da en la mayoría de las publicaciones. Por más que las personas expertas debatan acerca de qué derechos e intereses deberían prevalecer, si no se trabaja antes con las personas receptoras y sus necesidades, no es necesario que se discuta sobre otras implicaciones. Es importante que se trabaje sobre las familias, cómo llegan a nivel emocional a decidirse por un tratamiento de RHA con gametos donados, por cuántos ciclos fallidos han pasado, etc. Solo entonces seremos capaces de dar un paso más en el reconocimiento de necesidades.

Por más que nos empeñemos en reforzar el derecho a conocer los orígenes, los artículos que relatan las intenciones que tienen estas familias de informar a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción abarcan casi desde el valor más bajo al más amplio.

Quizás deberíamos preguntarnos por qué es tan importante la relación social entre la persona donante y la persona concebida. Porque si fuese solo el hecho de conocer información, sobre todo a nivel médico, esto se podría cubrir

fácilmente con pruebas médicas realizadas directamente sobre la persona concebida. Al final, la familia, el contexto, el estilo de vida, la educación, el amor y las relaciones son los que forjan una identidad, lo que nos hace ser quienes somos. Aunque, decir que, si primero no se trabajan estos conceptos de familia y se le resta importancia a la vinculación genética, son varios los autores que concluyen que el hecho de no informar a la descendencia y que esta se entere sin querer cuando ya es mayor, genera un impacto negativo de frustración y engaño.

Pero, las legislaciones que obligan a tener una identidad abierta no solo se evaden no informando a la descendencia, sino que otra de las prácticas es realizar *Cross Border Reproductive Care* (CBRC) a otro país con donación anónima, o bien, la compra no supervisada de gametos a otros países a nivel particular (y la selección de las características fenotípicas y de tipo de donación). Por tanto, volvemos al concepto inicial, no se debería pretender modificar un comportamiento a través de la legislación, sino que la educación es esencial para modificar una conducta y más, en este contexto.

Hasta aquí serían algunas de las necesidades psicosociales de las personas receptoras, que posiblemente replantearían o, incluso, simplificarían los debates generados sobre los derechos de las personas donantes y las personas concebidas.

Por otro lado, aparecen las necesidades de las personas donantes durante el proceso de donación. La única manera de garantizar que la donación se lleva a cabo de manera voluntaria es a través del consentimiento informado. Pero este solo debe considerarse válido si la información que se transmite es veraz y comprensible por la posible donante. Según el estudio etnográfico llevado a cabo, ahora mismo las clínicas que realizan programas de donación de ovocitos detallan toda la información obligada por ley en un cuestionario escrito y en el consentimiento informado, dos documentos que se le ofrecen a la donante con una breve explicación que poco tiene que ver con su contenido. Además, en ningún momento se mantiene una conversación con nosotros, posibles donantes, sobre las muchas enfermedades que hemos marcado que no tenemos (ni nuestros familiares) y que, posiblemente tampoco conocemos. En algunos casos dicho cuestionario contiene el término de “neoplasia” que, por supuesto que es correcto, pero también es cierto que la mayoría de las personas que van a donar no tienen por qué entenderlo y por probabilidad estadística, aunque haya marcado que “no” por desconocimiento de su significado es muy posible que alguno de sus familiares más allegados lo hayan padecido o hayan fallecido.

Es curioso también que durante el proceso informativo para donar ovocitos se nos pregunte si lo hacemos por altruismo y unos minutos más tarde nos informen que si pasados dos ciclos de la punción queremos donar, la cantidad de compensación será mayor y así, hasta una tercera vez. O, hasta que te van a pagar (porque en este caso no se entiende como compensación) si traes a una amiga que finalmente done. También se realiza un gran esfuerzo en exponer que no hay riesgos, que simplemente te sientes más hinchada y que, por el hecho de donar se te van a realizar unas pruebas de revisión y de cribado de portadores que son caras, pero que se te ofrecerán los resultados de manera gratuita.

Estos aspectos, la información sesgada y la no información, se reflejan también en las páginas webs de donante que se han revisado. Un porcentaje muy bajo de estas informan de todo el proceso de donación, de qué implica y de los riesgos que lleva. Los resultados de esta revisión coinciden con otros autores que han realizado el mismo tipo de trabajo en otro país. En España, se podría generar, como pasa en otros países, una guía. Esta debe directrices sobre el contenido para las páginas webs dirigidas a posibles donantes. De manera que se garantice que aparece la información mínima relevante para cualquier persona que quiera iniciar un programa de donación de gametos.

Al final, en el proceso de donación ni se está informando para que la persona que quiere donar lo haga conociendo la realidad, ni se le invita a reflexionar sobre cómo se va a sentir, ya que es un proceso completamente desconocido para una persona que quiere donar por primera vez y que, en la mayoría de los casos no tiene hijos/as propios.

Paradójicamente, cuando el enfoque es desde la persona concebida se le da importancia a la vinculación genética. Pero si se mira desde la posición de la persona donante, esta importancia se minimiza hasta el punto de que ni se plantea.

Por último, hay cuestiones alrededor de la donación de gametos discutidas por varios autores que implicarían un cambio a nivel jurídico de la ley 14/2006, como, por ejemplo, el límite de personas concebidas por cada donante. Este cálculo debería tener algún tipo de evidencia científica, ya que actualmente en España el número es de seis personas concebidas por donante. Valor que no está basado en ningún cálculo específico para la población española. Además, parece más razonable que el límite se establezca por familias, ya que se sobrentiende que no se van a dar relaciones de consanguinidad entre hermanos que viven en la misma unidad familiar y que han sido concebidos de la misma persona donante.

También parece relevante, como ya se ha comentado, que la ley 14/2006 contemple ciertas responsabilidades de una persona donante, como mínimo el hecho de informar de cualquier enfermedad que pueda afectar a las personas concebidas porque es de carácter hereditario.

Además, la ley 14/2006, debería actualizarse a la hora de referirse a quién es el receptor de los gametos. Ahora mismo solo se contempla que la donación del donante de espermatozoides se ajusta a las características fenotípicas de la persona receptora. Aunque la mayoría de las clínicas, cuando una pareja heterosexual acude a un centro y recurre a espermatozoides de donante, se entiende que el receptor es el hombre y, por tanto, debe guardar parecidos fenotípicos con él, esto no queda tan claro en la ley. De la misma manera que en ningún momento se habla de la selección de la donante en caso de donación de ovocitos.

**5. En base a los resultados de la revisión bibliográfica y scoping review se han asentado los pilares para el diseño y la elaboración de un instrumento cuyo objetivo es determinar los conocimientos y actitudes de la población encuestada sobre la donación de gametos para RHA.**

La revisión ha permitido justificar la necesidad de elaborar un instrumento con estas características, ya que, de los 95 artículos sobre encuestas revisados, tan solo el 8 % tienen como objetivo la población general. La mayoría de ellos están enfocados a la población que se ve inmersa en los procesos de donación (las tres partes implicadas: receptor, donante y persona concebida).

La información recopilada a través del análisis de artículos ha sentado las bases para la determinación de los tres enfoques globales del cuestionario: bioético, social y legal. Además, ha servido para el desarrollo del constructo y dimensiones. A partir de la revisión bibliográfica se ha fundamentado el marco teórico para establecer el concepto que se pretende medir, aislar las áreas de contenido e identificar las variables implicadas. De esta manera se establece como constructo la complejidad implícita en los aspectos bioéticos, sociales y legales; como dimensiones a los conocimientos y actitudes; como áreas de contenido al proceso, contexto, donante receptor y proceso; y finalmente como categorías, la posición y la percepción.

A través de las encuestas que se han encontrado, de la manera en que las han desarrollado sus respectivos autores, y de la revisión de la bibliografía se considera importante añadir en nuestra encuesta aspectos como: el acceso a las TRHA, las indicaciones, información sobre la compensación económica que reciben las personas donantes y cómo debería determinarse, aspectos

relacionados con el proceso de donación (pruebas previas y responsabilidades previas y posteriores), repercusiones e impacto que tiene esta donación sobre la persona concebida (si debe ser informada de esta realidad y qué información debería recibir de la persona donante), si debe prevalecer el derecho a la intimidad o el derecho a conocer los orígenes, las relaciones que puede generar la donación, y la finalidad o la situación legal en la que sería donante. Aparte, de todas aquellas variables para establecer el perfil sociodemográfico y personal de la persona encuestada.

Finalmente, y en base a las definiciones y construcciones teóricas argumentadas en este trabajo, se inicia el primer proceso de validación con una propuesta inicial de cuestionario que consta de 30 ítems que necesitan ser evaluados.

**6. La “Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida (Cuestionario LSP2016)” es un instrumento válido y fiable según las metodologías cualitativas y cuantitativas de evaluación utilizadas.**

El método Delphi ha permitido llegar a un consenso entre dieciséis personas expertas de diferentes disciplinas sobre: las áreas requeridas para alcanzar el objetivo propio de la encuesta, los ítems representativos para el dominio del marco que se desea medir, su constructo, formato y estructura. Es decir, ha demostrado la validez del contenido, constructo y la consistencia interna del instrumento a través del acuerdo sustancial entre expertas. La alta tasa de participación, la proporción de acuerdo y los valores de alfa de Cronbach y W de Kendall consiguen demostrar esta homogeneidad y grado de acuerdo. Lo cual, junto con todos aquellos comentarios analizados con un enfoque cualitativo, han aportado un gran valor al desarrollo del instrumento.

La discusión con tres expertas ha reconocido la validez de criterio y de constructo del cuestionario, así como la idoneidad de los ítems valorados y la precisión de las definiciones. Esta discusión ha sido un proceso enriquecedor, ya que nos ha permitido debatir con personas reconocidas en el ámbito reproductivo con visiones y formaciones muy específicas a nivel social, jurídico y como embrióloga.

La prueba piloto ha permitido detectar ítems que se debían modificar y calcular el tiempo de respuesta. Esta prueba se ha llevado con un grupo heterogéneo de personas para intentar ajustarse a la validación del cuestionario para la población general. Aunque, lo más relevante de esta prueba piloto ha sido que las personas que han participado han expresado que les ha hecho pensar. En definitiva, que el mero hecho de contestar a ciertas preguntas les ha provocado

dilemas bioéticos, sociales y legales que no se habían planteado nunca. Por último, el test-retest, a través del cálculo de porcentaje de similitud y el cálculo del coeficiente de Spearman y Kappa de Cohen, ha demostrado su confiabilidad y estabilidad.

En definitiva, el Cuestionario LSP2016 es útil para valorar los conocimientos y actitudes de la población general, lo que permite desarrollar una idea predeterminada de las “acciones humanas” de las personas encuestadas en un contexto y tiempo determinado.

**7. La “Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida (LSP2016)” ha permitido describir y determinar los conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios de la FDET y FIF de la UdL respecto a la donación de gametos para RHA.**

A nivel general, se trata de una muestra muy homogénea, que contrariamente a lo que se pensaba inicialmente, no muestra muchas diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos (legales) y actitudes de los estudiantes de enfermería y derecho de la UdL en cuanto la donación de gametos para RHA.

Esto nos indica que generalmente tienen una visión igual respecto a la donación y que su formación académica no genera diferencias en cuanto a sus posicionamientos y puntos de vista sobre la donación.

Podemos afirmar que su conocimiento y percepción de conocimiento es igual en las dos facultades y ambos son muy bajos. La información que se tiene se concentra en que el proceso es anónimo.

A pesar de esto, los alumnos son capaces de posicionarse y mostrar una actitud más abierta o restrictiva respecto la donación. En general, muestran una posición pro reproducción. Esta afirmación se basa en que consideran que todos los modelos de familia deberían tener acceso a las técnicas; que tanto personas donantes como receptoras deberían realizarse el mismo tipo de pruebas, que la implicación de las personas donantes deberían acabar con la donación, que debe prevalecer la intimidad de las personas donantes y que las personas concebidas deberían poder conocer la naturaleza de su concepción (independientemente del tipo de modelo de familia que tengan y desde una edad temprana).

Aunque, también incrementan el nivel de responsabilidades de las personas donantes y de las receptoras. De las donantes, porque consideran que antes de realizar la donación deberían tener varios tipos de conocimiento (clínicos, económicos, sociales, emocionales y legales). Conocimientos que como ya se ha comprobado con la revisión de las páginas webs y con el estudio etnográfico, es muy poco probable que se cubran. Y respecto a las receptoras, porque creen que deberían realizarse una evaluación psicológica y deberían informar a la descendencia de la naturaleza de su concepción.

Hay que destacar que ambos estudiantes, de la FDET y la FIF, consideran que prevalece y tienen una actitud clara hacia preservar el derecho a la intimidad porque es su derecho y porque de otro modo, podría crear un conflicto de identidad en las personas nacidas por donación. Este aspecto es contrario a las reflexiones de otros autores que realizan cuestionarios con personas implicadas en los procesos de donación.

Finalmente, la mitad de los estudiantes serían donantes y lo harían por altruismo. Estos resultados son parecidos a los que se encuentran en la bibliografía.

**8. Existen grandes diferencias en cuanto al enfoque que proporcionan los expertos en contraposición con los resultados de la “Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida (LSP2016)” realizada a estudiantes universitarios de la FDET y FIF de la UdL.**

La mayoría de los estudios realizados se han efectuado con personas implicadas en un proceso de donación, en cambio, en este trabajo de campo se ha llevado a cabo una encuesta con estudiantes universitarios. Esto nos lleva a contrastar los resultados y darnos cuenta de que en la mayoría de las opciones las posiciones que tienen son contrarias.

Empezando por dónde se busca la información, ya que, en nuestro caso, la principal fuente de información de los estudiantes es internet y, los medios de comunicación o las revistas especializadas tienen proporciones menores. En cambio, los expertos muestran que las revistas especializadas son una de las principales fuentes de información. Esto puede ser porque los estudiantes son personas muy jóvenes con acceso continuo a las redes.

Por otro lado, los estudiantes de la FDET y FIF de la UdL tienen una actitud completamente abierta a que cualquier modelo de familia tenga acceso a las TRHA. Incluso, los estudiantes de enfermería muestran una postura a favor de la gestación por substitución comparado con los estudiantes de derecho. Otros



trabajos consideran que aún existen reticencias a que las parejas homosexuales, tanto de hombres como de mujeres, tengan acceso a las técnicas.

Respecto a qué deberían estar dispuestas las personas donantes después de la donación, en nuestro estudio, los estudiantes creen que a aportar información sanitaria relevante a los centros. Contrario a lo que muestran estudios realizados a donantes de espermatozoides. En este caso, creen que deberían conocer a las personas nacidas por donación, en menor proporción, a mantener una relación con ellos, e incluso, a ayudarles económicamente. En definitiva, mientras que, en nuestra tesis, los estudiantes, que son personas jóvenes, creen que se debería mantener el anonimato; la bibliografía indica que se debe promover la donación identificativa y las relaciones entre donantes y personas concebidas.

Sobre aquellos datos que las personas receptoras deben conocer de las personas donantes, también hay discrepancias. Los estudiantes universitarios se ciñen, posiblemente sin saberlo, a las características que marca la ley 14/2006. Es decir, se limitan a características como el historial clínico (saber que está sana); a características básicas como el color de piel, ojos, peso, altura, etc.; y al componente racial. Mientras que la bibliografía cree que son importantes otras variables como el coeficiente intelectual, las aficiones, intereses, nivel de estudios, etc. Es posible que los estudiantes creen que solo importan estas características porque no piensan en la situación, no se ven en ella y es algo que les queda demasiado alejado de su realidad. De todos modos, es una interpretación que no podemos afirmar con certeza.

Este es quizás el punto más controvertido. Los expertos creen que debe prevalecer el derecho a conocer los orígenes de las personas concebida igual que las mujeres infértiles. Mientras que las parejas que recurren a la donación de gametos y los estudiantes de la FDET y la FIF de la UdL, consideran que debe prevalecer el derecho a la intimidad de las personas donantes para que no se desestructure la realidad o contexto familiar de todas las partes implicadas, los expertos, por el contrario, creen que es necesario que las personas concebidas conozcan sus orígenes para que puedan forjar su identidad.

En algo sí que coinciden expertos y nuestros resultados y es en el carácter altruista de la donación. A pesar de esto, la bibliografía expone que la motivación siempre acostumbra a ser doble, económica y altruista. Dos aspectos que no tienen por qué ser antagónicos.

En definitiva, es difícil generalizar qué postura, es la mejor ya que cada una de las opciones que ofrece la RHA, y los conflictos o dilemas éticos, legales y

sociales que aparecen dependen en función de la percepción, conocimientos y realidad de las personas.

**9. Existe la necesidad de invertir en recursos con una función educativa sobre temas de fertilidad, reproducción y donación de gametos para RHA, de manera que los estudiantes puedan tomar decisiones conscientes y argumentadas sobre su futuro reproductivo y sean capaces de expresar un posicionamiento deliberativo de su visión.**

La ejecución de la encuesta durante la prueba piloto y durante el trabajo de campo ha permitido observar de una manera informal, mediante la comunicación con los participantes, que existe un grado de desconocimiento generalizado. Sin llegar a los conflictos que puede llegar a generar para establecer un posicionamiento, la desinformación está en la base de qué es la RHA.

De la misma manera, por el *feedback* verbal con los participantes, la encuesta les ha incitado a reflexionar y les ha generado un debate interno (y en algunos casos trasladado entre los compañeros más cercanos que también estaban realizando la encuesta). Esto ha creado un momento de visibilidad a la RHA y a los procesos de donación de gametos.

Además, los estudiantes encuestados muestran algunas discordancias en sus respuestas respecto a si debe prevalecer el derecho a la intimidad de los donantes o el derecho a conocer los orígenes de la persona concebida por donación. Esto, junto a que la mayoría de ellos consideran que no tienen suficiente información, nos conduce a reflexionar sobre la necesidad de llevar a cabo intervenciones y acciones que permitan empoderar a los estudiantes para que sean capaces de decidir sobre su futuro a nivel individual y colectivo, y desde una triple perspectiva: bioética, social y legal.

**10. Es necesario planificar y diseñar acciones de PS y EpS dirigidos a estudiantes universitarios de la UdL.**

De los resultados de las encuestas de los estudiantes universitarios se observa que, a pesar de ser conscientes del grado de desinformación que tienen sobre la donación de gametos y la RHA, sí que son capaces de generar un posicionamiento para la mayoría de los ítems valorados. Esto nos hace traer de nuevo la cita de Anna Politkovskaya (que se encuentra al inicio de la tesis) “lo importante es la información, no lo que pensemos sobre ella”, de manera que para generar un pensamiento y ser consciente de la repercusión de nuestros actos o nuestras palabras, no vale con expresar lo que pensamos, sino que

nuestras palabras o tendencias estén basadas en una información y educación veraz.

Después de observar la contrariedad entre el posicionamiento en un mismo concepto y el bajo grado de conocimiento, es necesario promover la participación de los estudiantes universitarios en debates o talleres cuyo objetivo sea originar un cambio en sus actitudes, conocimientos y comportamientos relacionados con la reproducción. En definitiva, enfocados en incidir en sus “acciones humanas”.

## **6.2. Futuras líneas de investigación**

Una de las líneas de investigación del grupo del cual formamos parte, GREpS, se denomina “Bioética y sociedad en el ámbito de la salud, la educación y las relaciones”. Dentro de esta línea se engloba el programa “Donación”, dirigido al estudio y desarrollo de las cuestiones bioéticas, sociales y legales de la RHA. En este sentido, esta tesis supone un punto de partida para el inicio de futuras investigaciones.

Con este trabajo se ha comprobado que, de manera general, las personas estudiantes de la UdL de la FIF y la FDET tienen un punto de vista bastante homogéneo sobre la donación de gametos para la RHA. Además, a través de la revisión de la bibliografía se ha evidenciado que existe un desconocimiento por parte de los estudiantes universitarios sobre la etapa en la que se produce una disminución de la fertilidad de la mujer.

Esto nos permite replantearnos líneas a nivel de EpS dentro de la facultad, estudiar qué tipo de estrategia sería la más efectiva para generar impacto y cómo se podría llegar a estos estudiantes. No solo para transmitirles información, sino para invitarles a reflexionar, a ser conscientes de sus decisiones y a promover un cambio en su comportamiento. Ya sea como futuros profesionales del ámbito sanitario, legal, o también, como futuros padres y madres.

## **6.3. Propuestas y difusión de los resultados**

Aunque se está haciendo divulgación de los resultados con la presentación de todo el proceso en esta tesis doctoral, la intención es publicarlo en diferentes revistas científicas, así como previas comunicaciones a congresos. De la misma manera, la intención es iniciar el proceso de registro del Cuestionario LSP2016.

En este caso, y refiriéndonos a todo el desarrollo de la tesis, se considera oportuno dividirla para su publicación con la siguiente estructura: (i) estudio etnográfico y revisión de páginas web de donantes de ovocitos, (ii) resultados de la *scoping review*, (iii) diseño y validación de la encuesta y (iv) actitudes y conocimientos de los estudiantes de FDET y FIF de la UdL.

## BIBLIOGRAFÍA





1. Sáez Cárdenas S. Análisis de metáforas en Educación para la Salud: un recurso pedagógico. Universitat de Barcelona; 2013.
2. Crespo Mirasol E. Percepciones de las mujeres, parejas y profesionales durante el embarazo, parto y postparto tras someterse a técnicas de reproducción humana asistida. Universitat de Barcelona; 2015.
3. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ.* febrero de 1991;17(1):37-41.
4. Luna F. Y pasó un decenio: reproducción asistida y “sabor local”. Contexto y mujer en latinoamérica. En: Casado M, Royes A, editores. *Sobre Bioética y Género*. Madrid: Thomson Reuters; 2012. p. 215-31.
5. Florencia L. Las paradojas de la reproducción asistida y el género. Dejando de lado fotografías anacrónicas. En: Casado M, Florencia L, Vázquez R, editores. *Género y bioética*. México: Fontamara y Suprema Corte de Justicia de la Nación; 2014. p. 73-91.
6. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Casado M, editor. Barcelona: Signo; 2002.
7. Comité Consultatif National d'Éthique. Problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui. 2010.
8. Navarro Michel M. La gestación por sustitución, ¿debe ser regulada? Y, en su caso, ¿cómo? En: García Manrique R, editor. *El cuerpo diseminado Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos*. Navarra: Civitas. Thomson Reuters; 2018. p. 237-58.
9. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP). 2017.
10. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Assisted Reproductive Technology. Fertility Clinic Success Rates Report [Internet]. National Assisted Reproductive Technology Surveillance System. 2016 [citado 28 de agosto de 2018]. p. 580. Disponible en: <https://www.cdc.gov/art/artdata/index.html>
11. Broekmans FJ, Soules MR, Fauser BC. Ovarian aging: mechanisms and clinical consequences. *Endocr Rev.* agosto de 2009;30(5):465-93.
12. Dunson DB, Colombo B, Baird DD. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* mayo de 2002;17(5):1399-403.
13. van Noord-Zaadstra BM, Looman CW, Alsbach H, Habbema JD, te Velde ER, Karbaat J. Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy. *BMJ.* 8 de junio de 1991;302(6789):1361-5.
14. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad [Internet]. 2018 [citado 2 de enero de 2019]. p. 6. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/ef\\_2018\\_a.pdf](https://www.ine.es/prensa/ef_2018_a.pdf)
15. González Utor A, Martínez Moya M, Fontes Jiménez J, Martínez Navarro L, Moliní Rivera J., Castilla Alcalá J., et al. Concepción natural. Definiciones de esterilidad. Estilo de vida y esterilidad. Estudio básico de la esterilidad. Pruebas diagnósticas en el estudio básico de esterilidad [Internet]. Matorras Weinig R, Hernández Hernández J, editores. *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad*. Madrid: Adalia; 2007

- [citado 15 de diciembre de 2017]. p. 3-43. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/index.php?seccion=biblioteca&subSeccion=recomendaciones>
16. Hassold T, Hunt P. To err (meiotically) is human: the genesis of human aneuploidy. *Nat Rev Genet.* 1 de abril de 2001;2(4):280-91.
  17. Heffner LJ. Advanced maternal age--how old is too old? *N Engl J Med.* 4 de noviembre de 2004;351(19):1927-9.
  18. te Velde E, Habbe a. D, Leridon H, Eijkemans M. The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Hum Reprod.* 2012;27(4):1179-83.
  19. Ballesteros A, Castilla JA, Nadal J, Ruiz M. Manifiesto de la SEF sobre la donación de gametos en España. 2017.
  20. Brett S, Sacranie RR, Thomas GE, Rajkhowa R. Can we improve recruitment of oocyte donors with loss of donor anonymity? A hospital-based survey. *Hum Fertil.* junio de 2008;11(2):101-7.
  21. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Repetitive oocyte donation: a committee opinion. *Fertil Steril.* octubre de 2014;102(4):964-6.
  22. Sociedad Española de Fertilidad y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro Nacional de Actividad 2015 - Registro SEF [Internet]. 2017 [citado 15 de diciembre de 2018]. p. 49. Disponible en: [http://www.cnrha.mscbs.gob.es/registros/pdf/Informe\\_Global\\_Registro\\_actividad\\_2015.pdf](http://www.cnrha.mscbs.gob.es/registros/pdf/Informe_Global_Registro_actividad_2015.pdf)
  23. Daniels K. Anonymity and openness and the recruitment of gamete donors. Part I: semen donors. *Hum Fertil.* 3 de enero de 2007;10(3):151-8.
  24. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the PC of the S for ART. 2008 Guidelines for gamete and embryo donation : a practice committee report. *Fertil Steril.* 2008;90(3):30-44.
  25. García Manrique R. Sobre la propiedad privada de los biomateriales humanos. En: García Manrique R, editor. *El cuerpo diseminado Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos.* Navarra: Civitas. Thomson Reuters; 2018.
  26. Kramer W, Schneider J, Schultz N. US oocyte donors: a retrospective study of medical and psychosocial issues. *Hum Reprod.* 1 de diciembre de 2009;24(12):3144-9.
  27. Nelson MK, Hertz R, Kramer W. Gamete donor anonymity and limits on numbers of offspring: the views of three stakeholders. *J law Biosci.* abril de 2016;3(1):39-67.
  28. Hertz R, Nelson MK, Kramer W. Sperm donors describe the experience of contact with their donor-conceived offspring. *Facts, views Vis ObGyn.* 2015;7(2):91-100.
  29. van den Akker OBA, Crawshaw MA, Blyth ED, Frith LJ. Expectations and experiences of gamete donors and donor-conceived adults searching for genetic relatives using DNA linking through a voluntary register. *Hum Reprod.* enero de 2015;30(1):111-21.
  30. Isaksson S, Sydsjö G, Skoog Svanberg A, Lampic C. Preferences and needs regarding future contact with donation offspring among identity-release gamete donors: results from the Swedish Study on gamete donation. *Fertil Steril.* octubre de 2014;102(4):1160-6.

31. Sydsjö G, Lampic C, Bladh M, Svanberg AS. Oocyte and sperm donors' opinions on the acceptable number of offspring. *Acta Obstet Gynecol Scand.* julio de 2014;93(7):634-9.
32. Marre D. Los silencios de la adopción en España. *Rev Antropol Soc.* 2009;18:97-126.
33. Medina Moya JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería. Col·lecció UB, editor. 2006. 23-26 p.
34. Manchado Garabito R, Tamames Gómez S, López González M, Mohedano Macías L, D'Agostino M, Veiga de Cabo J. «Revisiones Sistemáticas Exploratorias». *Med Segur Trab (Madr).* 2009;55(216):12-9.
35. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews : an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009;26(2):91-108.
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Diseños del proceso de investigación cualitativa. En: *Metodología de la Investigación.* 6.ª ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014. p. 482-7.
37. Keehn J, Holwell E, Abdul-Karim R, Chin LJ, Leu C-S, Sauer M V., et al. Recruiting egg donors online: an analysis of in vitro fertilization clinic and agency websites' adherence to American Society for Reproductive Medicine guidelines. *Fertil Steril.* octubre de 2012;98(4):995-1000.
38. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010;5(69):1-9.
39. Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud.* octubre de 2009;46(10):1386-400.
40. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32.
41. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol.* diciembre de 2014;67(12):1291-4.
42. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018.
43. Statistical tools for high-throughput data analysis. Correlation test between two variables in R [Internet]. [citado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.sthda.com/english/wiki/correlation-test-between-two-variables-in-r>
44. Fleiss JL, Cohen J, Everitt BS. Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. *Psychol Bull.* 1969;72(5):323-7.
45. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Medica.* 2012;22(3):276-82.
46. Cleland JG. Trends in human fertility. En: *International Encyclopedia of Public Health.* Elsevier; 2017. p. 212-8.
47. Eurostat. Births and fertility in 2016 [Internet]. 2018 [citado 3 de enero de 2019]. p. 5. Disponible en: <https://ec.europa.eu>
48. Vilaseró M. el Periódico. Els efectes demogràfics de la desigualtat entre sexes No és país per a mares. 8 de marzo de 2016;2-3.
49. Esteve A, Devolder D, Domingo A. La infecunditat a Espanya: tic-tac, tic-tac, tic-tac !!! 2016.



50. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Fecundidad [Internet]. 2018 [citado 2 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>
51. Hodes-Wertz B, Druckenmiller S, Smith M, Noyes N. What do reproductive-age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility? *Fertil Steril*. noviembre de 2013;100(5):1343-1349.e2.
52. Anspach Will E, Maslow B-S, Kaye L, Nulsen J. Increasing awareness of age-related fertility and elective fertility preservation among medical students and house staff: a pre- and post-intervention analysis. *Fertil Steril*. mayo de 2017;107(5):1200-1205.e1.
53. García D, Brazal S, Rodríguez A, Prat A, Vassena R. Knowledge of age-related fertility decline in women: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. noviembre de 2018;230:109-18.
54. País E. ¿Sabes en qué momento declina tu fertilidad? [Internet]. 2018 [citado 25 de octubre de 2018]. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2018/07/30/ciencia/1532949773\\_655321.html](https://elpais.com/elpais/2018/07/30/ciencia/1532949773_655321.html)
55. Prior E, Lew R, Hammarberg K, Johnson L. Fertility facts, figures and future plans: an online survey of university students. *Hum Fertil*. 30 de julio de 2018;1-8.
56. García D, Vassena R, Trullenque M, Rodríguez A, Vernaev V. Fertility knowledge and awareness in oocyte donors in Spain. *Patient Educ Couns*. enero de 2015;98(1):96-101.
57. García D, Vassena R, Prat A, Vernaev V. Poor knowledge of age-related fertility decline and assisted reproduction among healthcare professionals. *Reprod Biomed Online*. enero de 2017;34(1):32-7.
58. Broekmans FJ, Knauff EAH, te Velde ER, Macklon NS, Fauser BC. Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. *Trends Endocrinol Metab*. marzo de 2007;18(2):58-65.
59. Hunt PA, Hassold TJ. Human female meiosis: what makes a good egg go bad? *Trends Genet*. febrero de 2008;24(2):86-93.
60. Kuliev A, Cieslak J, Verlinsky Y. Frequency and distribution of chromosome abnormalities in human oocytes. *Cytogenet Genome Res*. 2005;111(3-4):193-8.
61. Battaglia DE, Goodwin P, Klein NA, Soules MR. Influence of maternal age on meiotic spindle assembly in oocytes from naturally cycling women. *Hum Reprod*. octubre de 1996;11(10):2217-22.
62. Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM. Chromosomal abnormality rates at amniocentesis and in live-born infants. *JAMA*. 15 de abril de 1983;249(15):2034-8.
63. Dain L, Auslander R, Dirnfeld M. The effect of paternal age on assisted reproduction outcome. *Fertil Steril*. enero de 2011;95(1):1-8.
64. Haimov-Kochman R, Har-Nir R, Ein-Mor E, Ben-Shoshan V, Greenfield C, Eldar I, et al. Is the quality of donated semen deteriorating? Findings from a 15 year longitudinal analysis of weekly sperm samples. *Isr Med Assoc J IMAJ*. junio de 2012;14(6):372-7.
65. Roldan ERS. Male fertility overview. En: *Encyclopedia of Reproduction*. Elsevier; 2018. p. 408-15.
66. Humm KC, Sakkas D. Role of increased male age in IVF and egg donation: is sperm DNA fragmentation responsible? *Fertil Steril*. enero de 2013;99(1):30-6.

67. Levine H, Jørgensen N, Martino-Andrade A, Mendiola J, Weksler-Derri D, Mindlis I, et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Hum Reprod Update*. 1 de noviembre de 2017;23(6):646-59.
68. Belloc S, Hazout A, Zini A, Merviel P, Cabry R, Chahine H, et al. How to overcome male infertility after 40: Influence of paternal age on fertility. *Maturitas*. mayo de 2014;78(1):22-9.
69. Zitzmann M. Effects of age on male fertility. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. agosto de 2013;27(4):617-28.
70. Sagi-Dain L, Sagi S, Dirnfeld M. Effect of paternal age on reproductive outcomes in oocyte donation model: a systematic review. *Fertil Steril*. octubre de 2015;104(4):857-865.e1.
71. Gallardo E, Simón C, Levy M, Guanes PP, Remohí J, Pellicer A. Effect of age on sperm fertility potential: oocyte donation as a model. *Fertil Steril*. agosto de 1996;66(2):260-4.
72. Duran EH, Dowling-Lacey D, Bocca S, Stadtmayer L, Oehninger S. Impact of male age on the outcome of assisted reproductive technology cycles using donor oocytes. *Reprod Biomed Online*. junio de 2010;20(6):848-56.
73. de La Rochebrochard E, de Mouzon J, Thépot F, Thonneau P. Fathers over 40 and increased failure to conceive: the lessons of in vitro fertilization in France. *Fertil Steril*. mayo de 2006;85(5):1420-4.
74. de la Rochebrochard E, McElreavey K, Thonneau P. Paternal age over 40 years: the "Amber Light" in the reproductive life of men? *J Androl*. 8 de julio de 2003;24(4):459-65.
75. Hassan MAM, Killick SR. Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertil Steril*. junio de 2003;79 Suppl 3:1520-7.
76. Male Infertility Best Practice Policy Committee of the American Urological Association, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Report on optimal evaluation of the infertile male. *Fertil Steril*. noviembre de 2006;86(5 Suppl 1):S202-9.
77. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: definition and epidemiology. *Clin Biochem*. diciembre de 2018;62:2-10.
78. Hollos M. Infertility: demographic aspects. En: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Elsevier; 2015. p. 45-9.
79. Gatongi DK, Urquhart DR, Mahmood T. The subfertile couple. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. abril de 2019;29(4):105-10.
80. Penzias A, Bendikson K, Butts S, Coutifaris C, Falcone T, Gitlin S, et al. Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril*. septiembre de 2018;110(4):611-8.
81. Ozcan Dag Z, Dilbaz B. Impact of obesity on infertility in women. *J Turkish Ger Gynecol Assoc*. 4 de junio de 2015;16(2):111-7.
82. Gaskins AJ, Chavarro JE. Diet and fertility: a review. *Am J Obstet Gynecol*. abril de 2018;218(4):379-89.
83. Adamson GD, Baker VL. Subfertility: causes, treatment and outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. abril de 2003;17(2):169-85.
84. Knochenhauer ES, Key TJ, Kahsar-Miller M, Waggoner W, Boots LR, Azziz R. Prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected black and white women of the Southeastern United States: A prospective study. *J Clin Endocrinol*

- Metab. 1998;83:3078–3082.
85. Hull MGR, Glazener CMA, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA, et al. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 14 de diciembre de 1985;291(6510):1693-7.
  86. Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod*. 10 de octubre de 2014;29(10):2099-113.
  87. Niederberger C, Pellicer A, Cohen J, Gardner DK, Palermo GD, O'Neill CL, et al. Forty years of IVF. *Fertil Steril*. julio de 2018;110(2):185-324.e5.
  88. Hershberger P. Recipients of oocyte donation: an integrative review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. 2004;33(5):610-21.
  89. Hamilton M, Pacey A. Sperm donation in the UK. *BMJ*. 11 de noviembre de 2008;337:a2318.
  90. Londra L, Wallach E, Zhao Y. Assisted reproduction: ethical and legal issues. *Semin Fetal Neonatal Med*. octubre de 2014;19(5):264-71.
  91. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre congelación de ovocitos para la reproducción humana. Casado M, Egozcue J, editores. Barcelona: Signo; 2002.
  92. Farnós Amorós E. Consentimiento a la reproducción asistida. Crisis de pareja y disposición de embriones. Atelier. Barcelona; 2011.
  93. Lema Añón C. El futuro de la regulación jurídica española sobre reproducción asistida y embriones: problemas pendientes y Constitución. En: Lema Añón C, Amoedo Souto CA, López de Lera D, Iglesias País M, Cambrón Infante A, María C, editores. Reproducción asistida: promesas, normas y realidad. Madrid: Editorial Trotta; 2001. p. 15.
  94. Pennings G, Autin C, Declerck W, Delbaere A, Delbeke L, Delvigne A, et al. Cross-border reproductive care in Belgium. *Hum Reprod*. 1 de diciembre de 2009;24(12):3108-18.
  95. Neri M, Turillazzi E, Pascale N, Riezzo I, Pomara C. Egg production and donation: a new frontier in the global landscape of cross-border reproductive care: ethical concerns. *Curr Pharm Biotechnol*. 2016;17(4):316-20.
  96. Sol Olafsdottir H, Wikland M, Möller A. Access to artificial reproduction technology in the Nordic countries in 2004. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(3):301-7.
  97. International Federation of Fertility Societies. IFFS Surveillance 2013. 2013;(October):1-148.
  98. Sydsjö G, Lampic C, Brändström S, Gudmundsson J, Karlström P-O, Solensten NG, et al. Who becomes a sperm donor: personality characteristics in a national sample of identifiable donors. *BJOG an Int J Obstet Gynaecol*. enero de 2012;119(1):33-9.
  99. Ernst E, Ingerslev HJ, Schou O, Stoltenberg M. Attitudes among sperm donors in 1992 and 2002: a Danish questionnaire survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):327-33.
  100. Woestenburg NOM, Winter HB, Janssens PMW. What motivates men to offer sperm donation via the internet? *Psychol Health Med*. 18 de mayo de 2016;21(4):424-30.
  101. Hamberger L, Hazekamp J, Hardarson T. Anonymous and non-anonymous

- gamete and embryo donations: pros and cons. *Reprod Biomed Online*. 2007;14(1):50-3.
102. Gottlieb C, Lalos O, Lindblad F. Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples' attitudes. *Hum Reprod*. 1 de septiembre de 2000;15(9):2052-6.
  103. Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-border reproductive care. *Hum Reprod*. 2008;23(10):2177-8.
  104. Shenfield F, de Mouzon J, Pennings G, Ferraretti a P, Andersen a N, de Wert G, et al. Cross border reproductive care in six European countries. *Hum Reprod*. junio de 2010;25(6):1361-8.
  105. Salama M, Isachenko V, Isachenko E, Rahimi G, Mallmann P, Westphal LM, et al. Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *J Assist Reprod Genet*. 28 de julio de 2018;35(7):1277-88.
  106. Cortés García M. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nueva plataforma SIRHA. Implementación del Código único Europeo. 2017.
  107. Blyth E. Fertility patients' experiences of cross-border reproductive care. *Fertil Steril*. junio de 2010;94(1):e11-5.
  108. Van Hoof W, Pennings G, De Sutter P. Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm. *Soc Sci Med*. enero de 2015;124:391-7.
  109. Torjesen I. Clinics are importing more foreign sperm to meet UK demand for IVF. *BMJ*. 30 de octubre de 2014;349(oct30 4):g6540-g6540.
  110. Hamilton M. Sperm donation in the United Kingdom in 2010. *Hum Fertil*. 20 de diciembre de 2010;13(4):257-62.
  111. Shukla U, Deval B, Jansa Perez M, Hamoda H, Savvas M, Narvekar N. Sperm donor recruitment, attitudes and provider practices--5 years after the removal of donor anonymity. *Hum Reprod*. marzo de 2013;28(3):676-82.
  112. Heng BC. Legal and ethical issues in the international transaction of donor sperm and eggs. *J Assist Reprod Genet*. abril de 2007;24(4):107-9.
  113. Igareda González N. La donación anónima de gametos para reproducción humana asistida en España: problemas y retos. *Rev Bioética y Derecho*. 2016;(38):71-86.
  114. Scheib JE, Cushing RA. Open-identity donor insemination in the United States: is it on the rise? *Fertil Steril*. julio de 2007;88(1):231-2.
  115. España. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. (BOE [en línea], núm. 126, 27-05-2006, pág. 19947-19956). <<https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14>>. [Consulta: 17 de septiembre 2017].
  116. Baetens P. Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Hum Reprod*. 1 de febrero de 2000;15(2):476-84.
  117. Stuart-Smith SJ, Smith JA, Scott EJ. To know or not to know? Dilemmas for women receiving unknown oocyte donation. *Hum Reprod*. 1 de julio de 2012;27(7):2067-75.
  118. Shenfield F, Steele SJ. What are the effects of anonymity and secrecy on the

- welfare of the child in gamete donation? *Hum Reprod.* 1 de febrero de 1997;12(2):392-5.
119. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Interests, obligations, and rights of the donor in gamete donation. *Fertil Steril.* enero de 2009;91(1):22-7.
  120. Daniels K. Anonymity and openness and the recruitment of gamete donors. Part 2: oocyte donors. *Hum Fertil.* diciembre de 2007;10(4):223-31.
  121. Imrie S, Golombok S. Long-term outcomes of children conceived through egg donation and their parents: a review of the literature. *Fertil Steril.* diciembre de 2018;110(7):1187-93.
  122. Golombok S. Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod.* 3 de marzo de 2006;21(7):1918-24.
  123. Imrie S, Jadva V, Fishel S, Golombok S. Families created by egg donation: parent-child relationship quality in infancy. *Child Dev.* 17 de julio de 2018;
  124. Golombok S, Ilioi E, Blake L, Roman G, Jadva V. A longitudinal study of families formed through reproductive donation: parent-adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. *Dev Psychol.* octubre de 2017;53(10):1966-77.
  125. Sydsjö G, Svanberg AS, Bladh M, Lampic C. Relationships in couples treated with sperm donation - a national prospective follow-up study. *Reprod Health.* 7 de agosto de 2014;11:62.
  126. Blake L, Casey P, Jadva V, Golombok S. Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study. *Reprod Biomed Online.* diciembre de 2012;25(7):678-83.
  127. Golombok S, Murray C, Brinsden P, Abdalla H. Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatry.* 13 de mayo de 1999;40(4):519-27.
  128. Borneskog C, Lampic C, Sydsjö G, Bladh M, Svanberg AS. Relationship satisfaction in lesbian and heterosexual couples before and after assisted reproduction: a longitudinal follow-up study. *BMC Womens Health.* 12 de diciembre de 2014;14:154.
  129. Ravitsky V. Conceived and deceived: the medical interests of donor-conceived individuals. *Hastings Cent Rep.* enero de 2012;42(1):17-22.
  130. de Melo-Martín I. How best to protect the vital interests of donor-conceived individuals: prohibiting or mandating anonymity in gamete donations? *Reprod Biomed Soc Online.* diciembre de 2016;3:100-8.
  131. Jones C, Frith L, Blyth E, Speirs J. The role of birth certificates in relation to access to biographical and genetic history in donor conception. *Int J Child Rights.* 2009;17(2):207-33.
  132. Golombok S, Lycett E, MacCallum F, Jadva V, Murray C, Rust J, et al. Parenting infants conceived by gamete donation. *J Fam Psychol.* septiembre de 2004;18(3):443-52.
  133. Persaud S, Freeman T, Jadva V, Slutsky J, Kramer W, Steele M, et al. Adolescents conceived through donor insemination in mother-headed families: a qualitative study of motivations and experiences of contacting and meeting same-donor offspring. *Child Soc.* enero de 2017;31(1):13-22.

134. Ravelingien A, Provoost V, Pennings G. Open-identity sperm donation: how does offering donor-identifying information relate to donor-conceived offspring's wishes and needs? *J Bioeth Inq.* septiembre de 2015;12(3):503-9.
135. Cohen IG. Prohibiting anonymous sperm donation and the child welfare error. *Hastings Cent Rep.* 2011;41(5):13-4.
136. Raes I, Ravelingien A, Pennings G. The right of the donor to information about children conceived from his or her gametes. *Hum Reprod.* 1 de marzo de 2013;28(3):560-5.
137. Rodino ISS, Burton PJJ, Sanders KAA. Donor information considered important to donors, recipients and offspring: an Australian perspective. *Reprod Biomed Online.* marzo de 2011;22(3):303-11.
138. Jordan C, Belar C, Williams RS. Anonymous oocyte donation: a follow-up analysis of donors' experiences. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 7 de enero de 2004;25(2):145-51.
139. Frith L, Blyth E, Farrand A. UK gamete donors' reflections on the removal of anonymity: implications for recruitment. *Hum Reprod.* junio de 2007;22(6):1675-80.
140. Fortescue E. Gamete donation - where is the evidence that there are benefits in removing the anonymity of donors? A patient's viewpoint. *Reprod Biomed Online.* septiembre de 2003;7(2):139-44.
141. Freeman T, Jadvá V, Kramer W, Golombok S. Gamete donation: parents' experiences of searching for their child's donor siblings and donor. *Hum Reprod.* marzo de 2009;24(3):505-16.
142. Söderström-Anttila V, Sajaniemi N, Tiitinen A, Hovatta O. Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro fertilization, and parents' attitudes regarding secrecy. *Hum Reprod.* julio de 1998;13(7):2009-15.
143. Hertz R, Nelson MK, Kramer W. Gendering gametes: The unequal contributions of sperm and egg donors. *Soc Sci Med.* diciembre de 2015;147:10-9.
144. Lindheim SR, Kavic S, Sauer M V. Understanding differences in the perception of anonymous parties: a comparison between gamete donors and their recipients. *J Assist Reprod Genet.* febrero de 2000;17(2):127-30.
145. Firts egg bank [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.first-egg-bank.com/en/>
146. Daar J, Collins L, Davis J, Francis L, Gates E, Ginsburg E, et al. Interests, obligations, and rights in gamete and embryo donation: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril.* abril de 2019;111(4):664-70.
147. España. Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de.
148. Ravelingien A, Provoost V, Pennings G. Creating a family through connection websites and events: ethical and social issues. *Reprod Biomed Online.* 2016;33(4):522-8.
149. Brunet L, Kunstmann J-M. Gamete donation in France: the future of the anonymity doctrine. *Med Health Care Philos.* febrero de 2013;16(1):69-81.
150. Casado M, López Baroni MJ. La reproducción asistida. En: *Manual de bioética*

- laica (I). Barcelona: Edicions UB; 2018. p. 129-50.
151. Bos H, van Balen F. Children of the new reproductive technologies: social and genetic parenthood. *Patient Educ Couns*. diciembre de 2010;81(3):429-35.
  152. Raes I, Van Parys H, Provoost V, Buysse A, De Sutter P, Pennings G. Two mothers and a donor: exploration of children's family concepts in lesbian households. *Facts, views Vis ObGyn*. 2015;7(2):83-90.
  153. Smajdor A, Cutas D. Artificial gametes and the ethics of unwitting parenthood. *J Med Ethics*. noviembre de 2014;40(11):748-51.
  154. Sälevaara M, Suikkari A-M, Söderström-Anttila V. Attitudes and disclosure decisions of Finnish parents with children conceived using donor sperm. *Hum Reprod*. octubre de 2013;28(10):2746-54.
  155. Golombok S, MacCallum F, Goodman E, Rutter M. Families with children conceived by donor insemination: a follow-up at age twelve. *Child Dev*. 2002;73(3):952-68.
  156. Melo-Martín I De. The ethics of anonymous gamete donation: is there a right to know one's genetic origins? *Hastings Cent Rep*. marzo de 2014;44(2):28-35.
  157. McGee G, Brakman S V, Gurmankin AD. Gamete donation and anonymity: disclosure to children conceived with donor gametes should not be optional. *Hum Reprod*. octubre de 2001;16(10):2033-6.
  158. Daar J, Benward J, Collins L, Davis O, Davis J, Francis L, et al. Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. abril de 2018;109(4):601-5.
  159. Crawshaw M. Prospective parents' intentions regarding disclosure following the removal of donor anonymity. *Hum Fertil*. 3 de enero de 2008;11(2):95-100.
  160. Janssens PMW, Simons AHM, van Kooij RJ, Blokzijl E, Dunselman GAJ. A new Dutch Law regulating provision of identifying information of donors to offspring: background, content and impact. *Hum Reprod*. 1 de abril de 2006;21(4):852-6.
  161. Frith L. Gamete donation and anonymity: the ethical and legal debate. *Hum Reprod*. 1 de mayo de 2001;16(5):818-24.
  162. Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: a committee opinion. *Fertil Steril*. julio de 2013;100(1):45-9.
  163. Nuffield Council on Bioethics. Donor conception: ethical aspects of information sharing. London; 2013.
  164. Lampic C, Skoog Svanberg A, Sydsjö G. Attitudes towards disclosure and relationship to donor offspring among a national cohort of identity-release oocyte and sperm donors. *Hum Reprod*. septiembre de 2014;29(9):1978-86.
  165. Cook R, Golombok S, Bish A, Murray C. Disclosure of donor insemination: parental attitudes. *Am J Orthopsychiatry*. octubre de 1995;65(4):549-59.
  166. Blake L, Jadva V, Golombok S. Parent psychological adjustment, donor conception and disclosure: a follow-up over 10 years. *Hum Reprod*. 1 de noviembre de 2014;29(11):2487-96.
  167. Jadva V, Freeman T, Tranfield E, Golombok S. Why search for a sperm donor online? The experiences of women searching for and contacting sperm donors on the internet. *Hum Fertil*. 3 de abril de 2018;21(2):112-9.
  168. Rumball A. Telling the story: parents' scripts for donor offspring\*. *Hum Reprod*. 1 de mayo de 1999;14(5):1392-9.

169. MacCallum F, Golombok S. Embryo donation families: mothers' decisions regarding disclosure of donor conception. *Hum Reprod.* 27 de septiembre de 2007;22(11):2888-95.
170. Isaksson S, Skoog-Svanberg A, Sydsjö G, Linell L, Lampic C. It takes two to tango: information-sharing with offspring among heterosexual parents following identity-release sperm donation. *Hum Reprod.* enero de 2016;31(1):125-32.
171. Benward J. Mandatory counseling for gamete donation recipients: ethical dilemmas. *Fertil Steril.* septiembre de 2015;104(3):507-12.
172. Ilioi E, Blake L, Jadva V, Roman G, Golombok S. The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: a longitudinal study from age 1 to age 14. *J Child Psychol Psychiatry.* marzo de 2017;58(3):315-24.
173. Casey P, Jadva V, Blake L, Golombok S. Families created by donor insemination: father-child relationships at age 7. *J Marriage Fam.* agosto de 2013;75(4):858-70.
174. Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Mellish L, Marks A, et al. Children conceived by gamete donation: psychological adjustment and mother-child relationships at age 7. *J Fam Psychol.* abril de 2011;25(2):230-9.
175. Jadva V, Freeman T, Kramer W, Golombok S. The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. *Hum Reprod.* agosto de 2009;24(8):1909-19.
176. Golombok S, Owen L, Blake L, Murray C, Jadva V. Parent-child relationships and the psychological well-being of 18-year-old adolescents conceived by in vitro fertilisation. *Hum Fertil.* junio de 2009;12(2):63-72.
177. Golombok S, Jadva V, Lycett E, Murray C, Maccallum F. Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Hum Reprod.* enero de 2005;20(1):286-93.
178. Turner AJ. What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Hum Reprod.* 1 de septiembre de 2000;15(9):2041-51.
179. Kirkman M. Genetic Connection And Relationships In Narratives Of Donor-Assisted Conception. *Aust J Emerg Technol Soc.* 2004;2(1):1-20.
180. McWhinnie A. A study of parenting of IVF and DI children. *Med Law.* enero de 1995;14(7-8):501-8.
181. Scheib JE, Riordan M, Rubin S. Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12-17 year olds. *Hum Reprod.* enero de 2005;20(1):239-52.
182. Beeson DR, Jennings PK, Kramer W. Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process. *Hum Reprod.* septiembre de 2011;26(9):2415-24.
183. Golombok S, Brewaeys A, Cook R, Giavazzi MT, Guerra D, Mantovani A, et al. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Hum Reprod.* 1 de octubre de 1996;11(10):2324-31.
184. Isaksson S, Sydsjö G, Skoog Svanberg A, Lampic C. Disclosure behaviour and intentions among 111 couples following treatment with oocytes or sperm from identity-release donors: follow-up at offspring age 1-4 years. *Hum Reprod.* octubre de 2012;27(10):2998-3007.
185. Söderström-Anttila V, Sälevaara M, Suikkari a M. Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Hum Reprod.* octubre de 2010;25(10):2535-42.



186. Stephenson J, Blyth E, Kramer W, Schneider J. Donor type and parental disclosure following oocyte donation. *Asian Pacific J Reprod.* marzo de 2012;1(1):42-7.
187. Mac Dougall K, Becker G, Scheib JE, Nachtigall RD. Strategies for disclosure: how parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertil Steril.* marzo de 2007;87(3):524-33.
188. Zadeh S. Disclosure of donor conception in the era of non-anonymity: Safeguarding and promoting the interests of donor-conceived individuals? *Human Reproduction.* 2016.
189. Harper JC, Kennett D, Reisel D. The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Hum Reprod.* junio de 2016;31(6):1135-40.
190. Crawshaw M, Dally J. Producing sperm, egg and embryo donors' pen portraits and other personal information for later use by donor offspring: an exploratory study of professional practices. *Hum Fertil.* junio de 2012;15(2):82-8.
191. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertil Steril.* septiembre de 2004;82(1):S212-6.
192. Sabatello M. Regulating gamete donation in the U.S.: ethical, legal and social implications. *Laws.* septiembre de 2015;4(3):352-76.
193. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Interests, obligations, and rights in gamete donation: a committee opinion. *Fertil Steril.* septiembre de 2014;102(3):675-81.
194. Dondorp W, De Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 21: genetic screening of gamete donors: ethical issues. *Hum Reprod.* julio de 2014;29(7):1353-9.
195. España. Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. (BOE [en línea], núm. 163, 05-07-2014, pág. 52716-52763). < <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2014/07/04/9>>. [Consulta: 19 de febrero 2019].
196. Bell CJ, Dinwiddie DL, Miller NA, Hateley SL, Ganusova EE, Mudge J, et al. Carrier testing for severe childhood recessive diseases by next-generation sequencing. *Sci Transl Med.* 12 de enero de 2011;3(65):65ra4.
197. Lazarin GA, Haque IS, Nazareth S, Iori K, Patterson AS, Jacobson JL, et al. An empirical estimate of carrier frequencies for 400+ causal Mendelian variants: results from an ethnically diverse clinical sample of 23,453 individuals. *Genet Med Off J Am Coll Med Genet.* marzo de 2013;15(3):178-86.
198. Lewis V, Saller DN, Kouides RW, Garza J. Survey of genetic screening for oocyte donors. *Fertil Steril.* febrero de 1999;71(2):278-81.
199. Wingfield M, Cottell E. Viral screening of couples undergoing partner donation in assisted reproduction with regard to EU Directives 2004/23/EC, 2006/17/EC and 2006/86/EC: what is the evidence for repeated screening? *Hum Reprod.* diciembre de 2010;25(12):3058-65.
200. Boutelle AL. Donor motivations , associated risks and ethical considerations of oocyte donation. *Nurs Womens Health.* 2014;18(2):112-21.

201. Jadva V, Freeman T, Kramer W, Golombok S. Sperm and oocyte donors' experiences of anonymous donation and subsequent contact with their donor offspring. *Hum Reprod.* 1 de marzo de 2011;26(3):638-45.
202. Bukulmez O, Li Q, Carr BR, Leader B, Doody KM, Doody KJ. Repetitive oocyte donation does not decrease serum anti-müllerian hormone levels. *Fertil Steril.* agosto de 2010;94(3):905-12.
203. España. Real Decreto 42/2010, de 15 de enero, por el que se regula la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. (BOE [en línea], núm. 30, 04-02-2010, pág. 9810-9815). <<https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/01/15/42>>. [Consulta: 4 de mayo 2019].
204. Grup per a l'Estudi i Reflexió sobre la Recerca Biomèdica del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Aspectes rellevants sobre la donació d'òocits per a la reproducció i la recerca. 2007;1-14.
205. Craft I, Johnson MH, Sauer M V. Should egg donors be paid? *BMJ.* 10 de mayo de 1997;314(7091):1400-3.
206. Human Fertilisation and Embryology Authority. Donors [Internet]. [citado 5 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.hfea.gov.uk/donation/donors/>
207. Pennings G. Commentary on Craft and Thornhill: new ethical strategies to recruit gamete donors. *Reprod Biomed Online.* enero de 2005;10(3):307-9.
208. Shenfield F, Steele SJ. Why gamete donors should not be paid: A gift is a gift is a gift, or why gamete donors should not be paid. *Hum Reprod.* febrero de 1995;10(2):253-5.
209. Lee MS, Farland L V., Missmer SA, Ginsburg ES. Limitations on the compensation of gamete donors: a public opinion survey. *Fertil Steril.* junio de 2017;107(6):1355-1363.e4.
210. Almeling R. 'Why do you want to be a donor?': gender and the production of altruism in egg and sperm donation. *New Genet Soc.* agosto de 2006;25(2):143-57.
211. Freeman T, Jadva V, Tranfield E, Golombok S. Online sperm donation: a survey of the demographic characteristics, motivations, preferences and experiences of sperm donors on a connection website. *Hum Reprod.* septiembre de 2016;31(9):2082-9.
212. Gazvani MR, Wood SJ, Thomson AJ, Kingsland CR, Lewis-Jones DI. Payment or altruism? The motivation behind gamete donation. *Hum Reprod.* 1 de septiembre de 1997;12(9):1845-6.
213. Graham S, Jadva V, Freeman T, Ahuja K, Golombok S. Being an identity-release donor: a qualitative study exploring the motivations, experiences and future expectations of current UK egg donors. *Hum Fertil.* 26 de octubre de 2016;19(4):230-41.
214. Cahn N, Kramer W. Sperm donors should not be anonymous [Internet]. *The New York Times.* 2011 [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/roomfordebate/2011/09/13/making-laws-about-making-babies/sperm-donors-should-not-be-anonymous>
215. Plotz D. The lack of regulation has been a boon [Internet]. *The New York Times.* 2011 [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/roomfordebate/2011/09/13/making-laws-about-making-babies/the-lack-of-regulation-has-been-a-boon>
216. Mroz J. One Sperm Donor, 150 Offspring. *New York Times.* 2011;

217. Blackman J. One Sperm Donor, 150 Offspring [Internet]. Josh Blackman's Blog. 2011 [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://joshblackman.com/blog/2011/09/07/one-sperm-donor-150-offspring/>
218. Kramer W. The Donor Sibling Registry [Internet]. 2000 [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://donorsiblingregistry.com/>
219. Gong D, Liu Y-L, Zheng Z, Tian Y-F, Li Z. An overview on ethical issues about sperm donation. *Asian J Androl.* noviembre de 2009;11(6):645-52.
220. Sawyer N. Sperm donor limits that control for the «relative» risk associated with the use of open-identity donors. *Hum Reprod.* 1 de mayo de 2010;25(5):1089-96.
221. Janssens PMW, Nap AW, Bancsi LFJMM. Reconsidering the number of offspring per gamete donor in the Dutch open-identity system. *Hum Fertil.* junio de 2011;14(2):106-14.
222. de Boer A, Oosterwijk JC, Rigters-Aris CA. Determination of a maximum number of artificial inseminations by donor children per sperm donor. *Fertil Steril.* febrero de 1995;63(2):419-21.
223. Curie-Cohen M. The frequency of consanguineous matings due to multiple use of donors in artificial insemination. *Am J Hum Genet.* julio de 1980;32(4):589-600.
224. Janssens PMW, Thorn P, Castilla JA, Frith L, Crawshaw M, Mochtar M, et al. «Evolving minimum standards in responsible international sperm donor offspring quota». *Reprod Biomed Online.* junio de 2015;30(6):568-80.
225. Serre J-L, Leutenegger A-L, Bernheim A, Fellous M, Rouen A, Siffroi J-P. Does anonymous sperm donation increase the risk for unions between relatives and the incidence of autosomal recessive diseases due to consanguinity? *Hum Reprod.* 1 de marzo de 2014;29(3):394-9.
226. Präg P, Mills MC. Assisted Reproductive Technology in Europe: Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care. En: Kreyenfeld M, Konietzka D, editores. *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences Demographic Research Monographs (A series of the Max Planck Institute for Demographic Research).* Springer, Cham; 2017. p. 289-309.
227. Ferraretti AP, Goossens V, de Mouzon J, Bhattacharya S, Castilla JA, Korsak V, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2008: results generated from European registers by ESHRE†. *Hum Reprod.* 1 de septiembre de 2012;27(9):2571-84.
228. Ferraretti AP, Goossens V, Kupka M, Bhattacharya S, de Mouzon J, Castilla JA, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE†. *Hum Reprod.* 1 de septiembre de 2013;28(9):2318-31.
229. Schenker J. Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects. *Hum Reprod Update.* 1 de marzo de 1997;3(2):173-84.
230. European Commission. Report on the Regulation of Reproductive Cell Donation in the European Union. 2006.
231. Irvine DS, Cawood EHH, Richardson DW, MacDonald E, Aitken RJ. A survey of semen donation: phase II the view of the donors. *Hum Reprod.* octubre de 1995;10(10):2752-3.
232. Thorn P, Katzorke T, Daniels K. Semen donors in Germany: A study exploring motivations and attitudes. *Hum Reprod.* 29 de julio de 2008;23(11):2415-20.
233. Human Fertilisation and Embryology Authority. Egg and sperm donation in the UK

2012-2013. 2014.

234. Heitman E. Social and ethical aspects of in vitro fertilization. *Int J Technol Assess Health Care*. enero de 1999;15(1):S0266462399015184.
235. España. Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. (BOE [en línea], núm. 282, 24-11-1988, pág. 33373-33378). <<https://www.boe.es/eli/es/l/1988/11/22/35>>. [Consulta: 5 de septiembre 2017].
236. España. 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. (BOE [en línea], núm. 280, 22-11-2003, pág. 41458-41463). <<https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/45>>. [Consulta: 5 de septiembre 2017].
237. Shalev C, Moreno A, Eyal H, Leibel M, Schuz R, Eldar-Geva T. Ethics and regulation of inter-country medically assisted reproduction: a call for action. *Isr J Health Policy Res*. 7 de diciembre de 2016;5(1):59.
238. Sociedad Española de Fertilidad. Informes registro nacional de actividad - Registro SEF [Internet]. [citado 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.registrosef.com/index.aspx?ReturnUrl=%2F#Anteriores>
239. España. Ley 18/2015, de 9 de julio, por la que se modifica la Ley 37/2007, de 16 de noviembre, sobre reutilización de la información del sector público (BOE [en línea], núm. 164, 10-07-2015, pág. 57436-57550). <<https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/09/18>>. [Consulta: 5 de septiembre 2017].
240. Sociedad Española de Fertilidad. Registro SEF 2014 de obligado cumplimiento [Internet]. [citado 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/index.php?seccion=noticias&subSeccion=noticias&id=59>
241. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. El Ministerio de Sanidad pone en marcha el Sistema de Información en Reproducción Humana Asistida (SIRHA). [Internet]. 2016 [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4223>
242. RHA Profesional. Los avances del SIRHA [Internet]. 2018 [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.rhaprofesional.com/los-avances-del-sirha/>
243. Crawshaw MA, Blyth ED, Daniels KD. Past semen donors' views about the use of a voluntary contact register. *Reprod Biomed Online*. enero de 2007;14(4):411-7.
244. Subdirección General de Cartera de Servicios edl SNS y Fondos de Compensación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estado actual del SIRHA (Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida). Biovigilancia en RHA. 2018.
245. España. Directiva (UE) 2015/565 de la Comisión, de 8 de abril de 2015, por la que se modifica la Directiva 2006/86/CE en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la codificación de células y tejidos humanos. (BOE [en línea], núm. 93, 09-04-2015, pág. 43-55). <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2015-80723>>. [Consulta: 30 de abril 2019].
246. Williams RA, Machin LL. Rethinking gamete donor care: a satisfaction survey of egg and sperm donors in the UK. Travis AJ, editor. *PLoS One*. 23 de julio de 2018;13(7):e0199971.
247. Valderas JM, Ferrer M, Mendivil J, Garin O, Rajmil L, Herdman M, et al. Development of EMPRO: A tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures. *Value Heal*. 2008;11(4):700-8.
248. Lyall H, Gould GW, Cameron IT. Should sperm donors be paid? A survey of the

- attitudes of the general public. *Hum Reprod.* 1 de marzo de 1998;13(3):771-5.
249. Chliaoutakis JE, Koukouli S, Papadakaki M. Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Hum Reprod.* noviembre de 2002;17(11):2995-3002.
  250. Svanberg AS. Public opinion regarding oocyte donation in Sweden. *Hum Reprod.* 1 de mayo de 2003;18(5):1107-14.
  251. Onah HE, Agbata TA, Obi SN. Attitude to sperm donation among medical students in Enugu, South-eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* enero de 2008;28(1):96-9.
  252. Purewal S, van den Akker O. Attitudes and intentions towards volunteer oocyte donation. *Reprod Biomed Online.* enero de 2009;19:19-26.
  253. Stevens JB, Hayes C. Perceptions regarding oocyte donation in a group of female college students. *MCN, Am J Matern Nurs.* enero de 2010;35(1):40-6.
  254. Purewal S, van den Akker OBA. British women's attitudes towards oocyte donation: ethnic differences and altruism. *Patient Educ Couns.* diciembre de 2006;64(1-3):43-9.
  255. Crawshaw M, Montuschi O. It «did what it said on the tin» - participant's views of the content and process of donor conception parenthood preparation workshops. *Hum Fertil.* marzo de 2014;17(1):11-20.
  256. Egozcue J. Bioética y reproducción asistida. En: Casado M, editor. *Materiales de bioética y derecho.* Cedecs. Barcelona; 1996. p. 257-72.
  257. Egozcue J. Bioética y reproducción asistida. En: *Nuevos materiales de Bioética y Derecho.* Fontamara. México; 2007. p. 241-55.
  258. Lamberth J. *Psicología social.* Pirámide, editor. Madrid; 1989. 217 p.
  259. Heikkilä K, Länsimies E, Hippeläinen M, Heinonen S. A survey of the attitudes of infertile and parous women towards the availability of assisted reproductive technology. *BJOG an Int J Obstet Gynaecol.* noviembre de 2004;111(11):1229-35.
  260. Kan AKS, Abdalla HI, Ogunyemi BO, Korea L, Latache E. A survey of anonymous oocyte donors: demographics. *Hum Reprod.* 1 de octubre de 1998;13(10):2762-6.
  261. Kalampalikis N, Doumergue M, Zadeh S. Sperm donor regulation and disclosure intentions: results from a nationwide multi-centre study in France. *Reprod Biomed Soc Online.* abril de 2018;5:38-45.
  262. Hunt J, Fleming R. Department of health donor information consultation: Providing information about gamete or embryo donors. *Hum Fertil.* 3 de enero de 2002;5(3):97-8.
  263. Terribas Sala N, Farnós Amorós E. *El derecho a conocer los orígenes biológicos y genéticos de la persona.* Comité de Bioética de Cataluña. 2016.
  264. Greenfeld D a, Klock SC. Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertil Steril.* junio de 2004;81(6):1565-71.
  265. Klock SC. Parents' knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Hum Reprod.* 1 de julio de 2004;19(7):1575-9.
  266. Mohr S. Living kinship trouble: Danish sperm donors' narratives of relatedness. *Med Anthropol.* 2015;34(5):470-84.
  267. Ravelingien A, Provoost V, Pennings G. Donor-conceived children looking for their sperm donor: what do they want to know? *Facts, Views & Vision in ObGyn.*

- 2013;5(4):257-64.
268. Frith L, Sawyer N, Kramer W. Forming a family with sperm donation: a survey of 244 non-biological parents. *Reprod Biomed Online*. junio de 2012;24(7):709-18.
269. Rojas Tejada AJ, Fernández Prados JS, Pérez Meléndez C. Investigar mediante encuestas: fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Primera. Madrid : Editorial Síntesis; 1998. 221 p.
270. García Alcaraz F, Alfaro Espín A, Hernández Martínez A, Molina Alarcón M. Diseño de cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Rev Clínica Médica Fam*. 2006;1(5):232-6.
271. Martín Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. 2004;5(17):23-9.
272. Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, Lillo Navarro MC, Meseguer Henarejos AB, Valera Garrido JF. Construcción, validación y resultados de un cuestionario sobre factores relacionados con el uso de los protocolos de fisioterapia. *Fisioterapia2*. 2003;25(2):75-95.
273. Sánchez Socarrás V, Aguilar Martínez A, Vaqué Crusellas C, Milá Villarroel R, González Rivas F. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. *Atención Primaria*. agosto de 2016;48(7):468-78.
274. García Delgado P, Gastelurrutia Garralda MÁ, Baena Parejo MI, Fisac Lozano F, Martínez Martínez F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atención Primaria*. diciembre de 2009;41(12):661-8.
275. Mendoza Lira M. Elaboración y validación del cuestionario: «Desempeños profesionales de directivos y profesores en pro de una educación creativa: evaluación y autoevaluación desde la perspectiva docente». *Rev Docencia e Investig*. 2011;21:51-70.
276. Espinoza-Venegas M, Sanhueza-Alvarado O, Ramírez-Elizondo N, Sáez-Carrillo K. A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*. febrero de 2015;23(1):139-47.
277. Carvajal A, Centen C, Wtason R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72.
278. Blasco Mira JE, López Padrón A, Mengual Andrés S. Validación mediante método Delphi en un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. *Ágora para la EF y el Deport*. 2010;12:75-96.
279. Worrell JL, Di Gangi PM, Bush AA. Exploring the use of the Delphi method in accounting information systems research. *Int J Account Inf Syst*. septiembre de 2013;14(3):193-208.
280. González Such J, Sánchez Delgado P, Jornet Meliá J. Estudio de validación por jueces de una escala para medir la competencia de compromiso en universitarios. En: XV Congreso Nacional y I Internacional de Modelos de Investigación Educativa. Madrid; 2011.
281. von der Gracht HA. Consensus measurement in Delphi studies. *Technol Forecast Soc Change*. octubre de 2012;79(8):1525-36.
282. Cafiso S, Di Graziano A, Pappalardo G. Using the Delphi method to evaluate

- opinions of public transport managers on bus safety. *Saf Sci*. agosto de 2013;57:254-63.
283. González Such J, Sánchez Delgado P, Jornet Meliá J. Estudio de validación por jueces de una escala para medir la competencia de compromiso en universitario. En: XV Congreso nacional y I Internacional de modelos de investigación educativa. Madrid; 2011. p. 11.
  284. Corral de Franco YJ. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Rev ciencias la Educ*. 2009;19(33):228-47.
  285. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Adv Heal Sci Educ*. 10 de diciembre de 2010;15(5):625-32.
  286. Zunder TH, Islam DMZ. E-Logistics systems applications for service users and providers. *Transp Res Rec J Transp Res Board*. enero de 2011;2238(1):50-60.
  287. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Rev Electrónica Investig Educ*. 9 de febrero de 2018;20(1):38.
  288. Robertson J. Likert-type scales, statistical methods, and effect sizes. *Commun ACM*. 1 de mayo de 2012;55(5):6.
  289. van Buuren S. Multivariate imputation by chained equations: package «mice». 2019.
  290. Revelle W. Procedures for psychological, psychometric, and personality research: package «psych». 2019.
  291. George D, Mallery P. *SPSS for windows step by step: a simple guide and reference*. 11.0 update. 4a Edición. Allyn & Bacon, editor. Boston; 2003.
  292. Gamer M. Various coefficients of interrater reliability and agreement: package «irr». 2019.
  293. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Muestreo en la investigación cualitativa. En: *Metodología de la Investigación*. 6.ª ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014. p. 382-92.
  294. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. marzo de 1977;33(1):159-74.
  295. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (BOE [en línea], núm. 294, 06-12-2018, pág. 119788-119857). <<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>>. [Consulta: 17 de mayo 2019].
  296. España. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). (BOE [en línea], núm. 119, 04-05-2016, pág. 1-488). <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2016-80807>>. [Consulta: 25 de septiembre 2018].
  297. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Av en Medición*. 2008;6:27-36.
  298. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Recolección de datos cuantitativos. En: *Metodología de la Investigación*. 6.ª ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014. p. 196-267.

299. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Selección de la muestra. En: Metodología de la Investigación. 6.<sup>a</sup> ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014. p. 170-94.
300. Garrido Aguilar EM. Sujetos de estudio. En: Icart Isern MT, Pulpón Segura AM, editores. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2012. p. 107-17.
301. Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral [Internet]. Fistera. 2010 [citado 7 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#proporcion>
302. López Calviño B, Pita Fernández S, Pértega Díaz S, Seoane Pillado T, Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Estimar una proporción: calculadora en Excel para calcular el tamaño muestral [Internet]. Fistera. 2010 [citado 22 de octubre de 2018]. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TlozjRQly0oJ:https://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/tamano\\_muestral.xls+&cd=2&hl=ca&ct=clnk&gl=es](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TlozjRQly0oJ:https://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/tamano_muestral.xls+&cd=2&hl=ca&ct=clnk&gl=es)
303. Levine DM, Krehbiel TC, Berenson ML. Fundamentos de la prueba de hipótesis: pruebas de una muestra. En: Pearson Educación, editor. Estadística para administración. 6a ed. Naucalpan de Juárez; 2014. p. 278-84.
304. Mu Q, Hanson L, Hoelzle J, Fehring RJ. Young women's knowledge about fertility and their fertility health risk factors. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. marzo de 2019;48(2):153-62.
305. Harper J, Boivin J, O'Neill HC, Brian K, Dhingra J, Dugdale G, et al. The need to improve fertility awareness. Reprod Biomed Soc Online. junio de 2017;4:18-20.
306. Prieto Martín A, Díaz Martín D, Monserrat Sanz J, Alvarez-Mon Soto M, Sanvicén Torné P, Italo Rinaldi M. Aula inversa y aprendizaje inverso. En: Ocelli M, Garcia Romano L, Valerias N, Quintanilla M, editores. Las Tecnologías de la información y la comunicación como herramientas mediadoras de los procesos educativos Volumen I: Fundamentos y Reflexiones. Editorial Bellaterra Ltda; 2018. p. 108-19.
307. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (insst). NTP 542: Tóxicos para la reproducción femenina. 2000.
308. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (insst). NTP 441: Tóxicos para la reproducción masculina. 1997.
309. Sauer M V, Kavic SM. Oocyte and embryo donation 2006: reviewing two decades of innovation and controversy. Reprod Biomed Online. enero de 2006;12(2):153-62.
310. Greenfeld DA, Greenfeld DG, Mazure CM, Keefe DL, Olive DL. Do attitudes toward disclosure in donor oocyte recipients predict the use of anonymous versus directed donation? Fertil Steril. diciembre de 1998;70(6):1009-14.
311. Jadvá V, Freeman T, Tranfield E, Golombok S. 'Friendly allies in raising a child': a survey of men and women seeking elective co-parenting arrangements via an online connection website. Hum Reprod. agosto de 2015;30(8):1896-906.
312. Heitman E. Social and ethical aspects of in vitro fertilization. Int J Technol Assess Health Care. enero de 1999;15(1):22-35.
313. Warnock M. Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology. 1984.



314. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana (BOE [en línea], núm. 72, 23-03-1996, pág. 11253-11256). <<https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/03/01/412>>. [Consulta: 26 de junio 2018].
315. Johnson KM. Fertility clinic, egg donation agency, and sperm bank policies. *Fertil Steril*. octubre de 2011;96(4):877-9.
316. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre donación de ovocitos. Casado M, Egozcue J, editores. Barcelona: Signo; 2001.
317. Mitchell VW. The delphi technique: an exposition and application. *Technol Anal Strateg Manag*. enero de 1991;3(4):333-58.
318. Schmidt RC. Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decis Sci*. 1997;28(3):763-74.
319. García-Aracil A, Palomares-Montero D. Indicadores para la evaluación de las instituciones universitarias: validación a través del método Delphi. *Rev española Doc Científica*. 30 de marzo de 2012;35(1):119-44.
320. Benassar Very M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. *Universitat de les Illes Balears*; 2012.
321. Fernández-Rioja F, Zapata-Zapata C, Díaz-Vélez C, Taypicahuana-Juárez J. Validación de instrumento para medir la actitud hacia la donación de órganos en familiares de pacientes hospitalizados. *Rev del Cuerpo Médico HNAHA*. 2014;7(1).
322. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Atención Primaria*. 2001;27(7):469-77.
323. Milas G, Mlačić B, Mikloušić I. Construct validation of a general social attitudes scale (SAS\_G). *J Individ Differ*. enero de 2013;34(4):203-13.
324. Braverman AM, Corson SL. Factors related to preferences in gamete donor sources. *Fertil Steril*. marzo de 1995;63(3):543-9.
325. Laruelle C, Englert Y. Psychological study of in vitro fertilization-embryo transfer participants' attitudes toward the destiny of their supernumerary embryos. *Fertil Steril*. mayo de 1995;63(5):1047-50.
326. Lui SC, Weaver SM, Robinson J, Debono M, Nieland M, Killick SR, et al. A survey of semen donor attitudes. *Hum Reprod*. enero de 1995;10(1):234-8.
327. Golombok S, Cook R, Bish A, Murray C. Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Dev*. abril de 1995;66(2):285-98.
328. Greenfeld DA, Mazure CM, Olive DL, Keefe DL. Similarities and differences between anonymous and directed candidates for oocyte donation. *J Assist Reprod Genet*. febrero de 1995;12(2):118-22.
329. Khamsi F, Endman MW, Lacanna IC, Wong J. Some psychological aspects ' of oocyte donation from known donors on altruistic basis\*. *Fertil Steril*. 1997;68(2):323-7.

330. Daniels KR, Lewis GM, Curson R. Information sharing in semen donation: the views of donors. *Soc Sci Med.* marzo de 1997;44(5):673-80.
331. Lindheim SR, Sauer M V. Expectations of recipient couples awaiting an anonymous oocyte donor match. *J Assist Reprod Genet.* agosto de 1998;15(7):444-6.
332. Emond M, Scheib JE. «Why Not Donate Sperm? A Study of Potential Donors». *Evol Hum Behav.* 1998;19(5):313-9.
333. Urdapilleta L, Chillik C, Fernández D. News and views: Do fertile and infertile people think differently about ovum donation? *J Assist Reprod Genet.* 2001;18(1):1-7.
334. Broderick P, Walker I. Donor gametes and embryos: who wants to know what about whom, and why? *Polit Life Sci.* 17 de marzo de 2001;20(01):29-42.
335. Klock SC, Stout JE, Davidson M. Psychological characteristics and factors related to willingness to donate again among anonymous oocyte donors. *Fertil Steril.* 2003;79(6):1312-6.
336. Kirkman M. Parents' contributions to the narrative identity of offspring of donor-assisted conception. *Soc Sci Med.* diciembre de 2003;57(11):2229-42.
337. Craft I, Flyckt S, Heeley G, Layland S, Thornhill A, Kelada E. Will removal of anonymity influence the recruitment of egg donors? A survey of past donors and recipients. *Reprod Biomed Online.* enero de 2005;10(3):325-9.
338. Krones T, Neuwohner E, Bock K, Manolopoulos K, Tinneberg H, Richter G. Attitudes of patients, healthcare professionals and ethicists towards embryonic stem cell research and donation of gametes and embryos in Germany. *Reprod Biomed Online.* enero de 2006;13(5):607-17.
339. Sydsjö G, Lampic C, Sunnerud S, Svanberg AS. Nurses promote openness regarding the genetic origins after gamete donation. *Acta Paediatr.* octubre de 2007;96(10):1500-4.
340. Yee S, Hitkari JA, Greenblatt EM. A follow-up study of women who donated oocytes to known recipient couples for altruistic reasons. *Hum Reprod.* julio de 2007;22(7):2040-50.
341. Weissenberg R, Landau R, Madgar I. Older single mothers assisted by sperm donation and their children. *Hum Reprod.* octubre de 2007;22(10):2784-91.
342. Baykal B, Korkmaz C, Ceyhan ST, Goktolga U, Baser I. Opinions of infertile Turkish women on gamete donation and gestational surrogacy. *Fertil Steril.* abril de 2008;89(4):817-22.
343. Svanberg AS, Sydsjö G, Selling KE, Lampic C. Attitudes towards gamete donation among Swedish gynaecologists and obstetricians. *Hum Reprod.* abril de 2008;23(4):904-11.
344. Hammarberg K, Carmichael M, Tinney L, Mulder A. Gamete donors' and recipients' evaluation of donor counselling: a prospective longitudinal cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* diciembre de 2008;48(6):601-6.
345. Del Valle AP, Bradley L, Said T. Anonymous semen donor recruitment without reimbursement in Canada. *Reprod Biomed Online.* enero de 2008;17 Suppl 1:15-20.
346. Khalili MA, Isikoglu M, Tabibnejad N, Ahmadi M, Abed F, Parsanejad ME, et al. IVF staff attitudes towards oocyte donation: a multi-centric study from Iran and Turkey. *Reprod Biomed Online.* enero de 2008;17:61-6.

347. Jadvá V, Badger S, Morrisette M, Golombok S. «Mom by choice, single by life's circumstance...» Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Hum Fertil.* diciembre de 2009;12(4):175-84.
348. Lampic C, Skoog Svanberg A, Sydsjö G. Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries-are they in line with national legislation? *J Assist Reprod Genet.* mayo de 2009;26(5):231-8.
349. Mahlstedt PP, LaBounty K, Kennedy WT. The views of adult offspring of sperm donation: essential feedback for the development of ethical guidelines within the practice of assisted reproductive technology in the United States. *Fertil Steril.* 1 de mayo de 2010;93(7):2236-46.
350. Landau R, Weissenberg R. Disclosure of donor conception in single-mother families: views and concerns. *Hum Reprod.* abril de 2010;25(4):942-8.
351. Beydoun HA, Sicignano N, Beydoun MA, Matson DO, Bocca S, Stadtmauer L, et al. «A cross-sectional evaluation of the first cohort of young adults conceived by in vitro fertilization in the United States». *Fertil Steril.* noviembre de 2010;94(6):2043-9.
352. Kenney NJ, McGowan ML. Looking back: egg donors' retrospective evaluations of their motivations, expectations, and experiences during their first donation cycle. *Fertil Steril.* 15 de enero de 2010;93(2):455-66.
353. Stoop D, Nekkebroeck J, Devroey P. A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age. *Hum Reprod.* marzo de 2011;26(3):655-61.
354. Lindheim SR, Porat N, Jaeger AS. Survey report of gamete donors' and recipients' preferences regarding disclosure of third party reproduction outcomes and genetic risk information. *J Obstet Gynaecol Res.* abril de 2011;37(4):292-9.
355. Isaksson S, Skoog Svanberg A, Sydsjö G, Thurin-Kjellberg A, Karlström P-O, Solensten N-G, et al. Two decades after legislation on identifiable donors in Sweden: are recipient couples ready to be open about using gamete donation? *Hum Reprod.* abril de 2011;26(4):853-60.
356. Ping P, Zhu W-B, Zhang X-Z, Li Y-S, Wang Q-X, Cao X-R, et al. Sperm donation and its application in China: a 7-year multicenter retrospective study. *Asian J Androl.* julio de 2011;13(4):644-8.
357. Blyth E. Genes r us? Making sense of genetic and non-genetic relationships following anonymous donor insemination. *Reprod Biomed Online.* junio de 2012;24(7):719-26.
358. Daniels KR, Kramer W, Perez-y-Perez M V. Semen donors who are open to contact with their offspring: issues and implications for them and their families. *Reprod Biomed Online.* diciembre de 2012;25(7):670-7.
359. Görtin ZB, Ahuja KK, Golombok S. Egg-sharing, consent and exploitation: examining donors' and recipients' circumstances and retrospective reflections. *Reprod Biomed Online.* junio de 2012;24(7):698-708.
360. Svanberg AS, Lampic C, Gejervall A-L, Geijerwall A-L, Gudmundsson J, Karlström P-O, et al. Gamete donors' motivation in a Swedish national sample: is there any ambivalence? A descriptive study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* agosto de 2012;91(8):944-51.
361. Blyth E, Yee S, Ka Tat Tsang A. Perspectives of Canadian Oocyte Donors and Recipients on Donor Compensation and the Establishment of a Personal Health Information Registry. *J Obstet Gynaecol Canada.* enero de 2012;34(1):72-9.

362. Borneskog C, Sydsjö G, Lampic C, Bladh M, Svanberg AS. Symptoms of anxiety and depression in lesbian couples treated with donated sperm: a descriptive study. *BJOG*. junio de 2013;120(7):839-46.
363. Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadva V. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *J Child Psychol Psychiatry*. junio de 2013;54(6):653-60.
364. Sawyer N, Blyth E, Kramer W, Frith L. A survey of 1700 women who formed their families using donor spermatozoa. *Reprod Biomed Online*. octubre de 2013;27(4):436-47.
365. Sawyer N, Blyth E, Kramer W, Frith L. Erratum to "A survey of 1700 women who formed their families using donor spermatozoa". *Reprod Biomed Online*. febrero de 2014;28(2):263-4.
366. Kalampalikis N, Haas V, Fieulaine N, Doumergue M, Deschamps G. Giving or giving back: new psychosocial insights from sperm donors in France. *Psychol Health Med*. 2013;18(1):1-9.
367. Hostiuc S. Conventional vs unconventional assisted reproductive technologies: opinions of young physicians. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. enero de 2013;33(1):67-70.
368. Rozée Gomez V, de La Rochebrochard E. Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium. *Hum Reprod*. noviembre de 2013;28(11):3103-10.
369. Blyth E, Kramer W, Schneider J. Perspectives , experiences , and choices of parents of children conceived following oocyte donation. *Reprod Biomed Online*. 2013;26(2):179-88.
370. Hertz R, Nelson MK, Kramer W. «Donor conceived offspring conceive of the donor: The relevance of age, awareness, and family form». *Soc Sci Med*. junio de 2013;86:52-65.
371. Bay B, Larsen PB, Kesmodel US, Ingerslev HJ. Danish sperm donors across three decades: motivations and attitudes. *Fertil Steril*. enero de 2014;101(1):252-257.e1.
372. Kirkman M, Bourne K, Fisher J, Johnson L, Hammarberg K. Gamete donors' expectations and experiences of contact with their donor offspring. *Hum Reprod*. abril de 2014;29(4):731-8.
373. Indekeu A, D'Hooghe T, Daniels KR, Dierickx K, Rober P. «Of course he's our child»: transitions in social parenthood in donor sperm recipient families. *Reprod Biomed Online*. enero de 2014;28(1):106-15.
374. Bossema ER, Janssens PMW, Treucker RGL, Landwehr F, van Duinen K, Nap AW, et al. An inventory of reasons for sperm donation in formal versus informal settings. *Hum Fertil*. marzo de 2014;17(1):21-7.
375. Mohr S. Beyond motivation: on what it means to be a sperm donor in Denmark. *Anthropol Med*. 2014;21(2):162-73.
376. Vassena R, Trullenque M. Fertility knowledge and awareness in oocyte donors in Spain. *Patient Educ Couns*. 2015;98(1):96-101.
377. Goldberg AE, Scheib JE. Female-partnered and single women's contact motivations and experiences with donor-linked families. *Hum Reprod*. junio de 2015;30(6):1375-85.
378. Rubin LR, de Melo-Martin I, Rosenwaks Z, Cholst IN. Once you're choosing,

- nobody's perfect: is more information necessarily better in oocyte donor selection? *Reprod Biomed Online*. marzo de 2015;30(3):311-8.
379. Ravelingien A, Provoost V, Wyverkens E, Buysse A, De Sutter P, Pennings G. Recipients' views on payment of sperm donors. *Reprod Biomed Online*. agosto de 2015;31(2):225-31.
  380. Ravelingien A, Provoost V, Wyverkens E, Buysse A, De Sutter P, Pennings G. Lesbian couples' views about and experiences of not being able to choose their sperm donor. *Cult Health Sex*. 2015;17(5):592-606.
  381. Zadeh S, Freeman T, Golombok S. Absence or presence? Complexities in the donor narratives of single mothers using sperm donation. *Hum Reprod*. enero de 2016;31(1):117-24.
  382. Lacadena J-R. Variaciones cromosómicas numéricas III. Aneuploidía. En: *Citogenética*. Madrid: Editorial Complutense; 1996. p. 689.
  383. Tribunal Constitucional de España. Sentencia 116/1999, de 17 de junio. (BOE [en línea], núm. 162, 08-06-1999, pág. 67-80). <[https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/3858#complete\\_resolucion](https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/3858#complete_resolucion)>. [Consulta: 16 de abril 2019].
  384. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J de, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). *Red Latinoam Reprod Asistida*. 2009;
  385. Kamel RM. Assisted reproductive technology after the birth of Louise Brown. *J Reprod Infertil*. julio de 2013;14(3):96-109.
  386. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Sci New Ser*. 1981;211(4481):453-8.
  387. James J, Vujić S. From high school to the high chair: education and fertility timing. *Econ Educ Rev*. abril de 2019;69:1-24.
  388. Gómez Gutierrez M del M. Desarrollo y validación de un instrumento autoaplicado para la evaluación del trastorno de estrés postraumático (EGEP). Universidad Complutense de Madrid; 2011.
  389. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Fertil Steril*. septiembre de 2017;108(3):393-406.
  390. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril*. junio de 2015;103(6):e44-50.
  391. Frith L, Blyth E. They can't have my embryo: the ethics of conditional embryo donation. *Bioethics*. julio de 2013;27(6):317-24.
  392. Florencia L. Entre el tabú y el doble estándar: aborto, derechos de las personas LGBT y técnicas de reproducción asistida en Argentina. *Rev Bioética y Derecho Perspect Bioéticas*. 2016;36:5-22.
  393. Lamm E. El elemento volitivo como determinante de la filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida. *Hacia una nueva concepción de las relaciones de filiación*. Universitat de Barcelona; 2011.
  394. Baylis F. Infertility. En: *Reference Module in Biomedical Sciences*. Elsevier; 2014.
  395. Garrido N, Bosch E, Alamá P, Ruiz A. The time to prevent mendelian genetic diseases from donated or own gametes has come. *Fertil Steril*. octubre de

- 2015;104(4):833-5.
396. Sauer M V. Reproductive prohibition: restricting donor payment will lead to medical tourism. *Hum Reprod.* 1 de septiembre de 1997;12(9):1844-5.
397. España. Corrección de errores de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. (BOE [en línea], núm. 284, 26-11-1988, pág. 33598-33598).  
<<https://www.boe.es/eli/es/l/1988/11/22/35/corrigendum/19881126>>. [Consulta: 5 de septiembre 20].
398. Álvarez Plaza C, Pichardo Galán JI. Mercancía o don: bancos de semen y autonomía reproductiva. *Rev Antropol Iberoam.* 2017;12(3):339-63.
399. Caballero Peregrín P, Núñez Calonge R, García Enguádanos A. Guía 15: Ciclos de Inseminación Artificial con Semen de Donante.
400. Dasí Crespo R, Descals Ferrando J, Moreno-Moya JM, Olmedo Illueca C, Martínez Rodero I, Cuevas Saiz I. Vitrificación de espermatozoides. *ASEBIR Embriol Clínica y Biol la Reprod.* 2016;21(1):16-21.
401. España. Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida. (BOE [en línea], núm. 72, 23-03-1996, pág. 11256-11260).  
<<https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/03/01/413>>. [Consulta: 26 de junio 2017].
402. España. Real Decreto 120/2003, de 31 de enero, por el que se regulan los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida. (BOE [en línea], núm. 40, 15-02-2003, pág. 6282-6283).  
<<https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/01/31/120>>. [Consulta: 17 de julio 2017].
403. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre células madre embrionarias. Casado M, Egozcue J, editores. Barcelona: Signo; 2001.
404. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre investigación con embriones. Casado M, Egozcue J, editores. Barcelona: Signo; 2000.
405. Florencia L. From the middle ages to the 21st century. Abortion, assisted reproduction technologies and LGBT rights in Argentina. *Can J Bioeth.* 2018;1(2):26-36.
406. López Baroni J. Bioética y multiculturalismo: políticas públicas en España (1978-2013). El hecho cultural ante la revolución biotecnológica. Universitat de Barcelona; 2015.
407. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre gestación por sustitución. Casado M, Navarro-Michel M, editores. Barcelona: Edicions UB; 2019.
408. Farnós Amorós E. Reproducción asistida, género y derecho: de la maternidad subrogada a los conflictos sobre embriones. En: Casado M, Royes A, editores. *Sobre Bioética y Género*. Madrid: Thomson Reuters; 2012. p. 195-213.
409. Lamm E. Gestación por sustitución y género: repensando el feminismo. En: García Manrique R, editor. *El cuerpo diseminado Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos*. Navarra: Civitas. Thomson Reuters; 2018.
410. Igareda González N. La gestación por sustitución: género, derecho y autonomía reproductiva. En: García Manrique R, editor. *El cuerpo diseminado Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos*. Navarra: Civitas. Thomson Reuters; 2018.

411. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre selección de sexo. Casado M, editor. Barcelona: Signo; 2003.
412. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Concepción o elección del diseño de investigación. En: Metodología de la Investigación. 6.<sup>a</sup> ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014. p. 152-62.

## ANEXOS







## Anexo 1: Scoping review (estrategia de búsqueda y revisión)

**Tabla 43:** Estrategia de búsqueda y revisión de artículos encontrados durante la realización de la *scoping review*

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Resultados	Tercera revisión		Última selección	
				Artículos descartados	Artículos aceptados	Artículos descartados	Artículos incluidos
PubMed (MEDLINE)	<i>(((((((Reproductive Techniques, Assisted"[Mesh]) AND "Surveys and Questionnaires"[Mesh:NoExp])) AND survey[Title/Abstract]) OR interview[Title/Abstract]) AND donors[Title/Abstract]) AND attitude[MeSH Terms]) NOT blood donor) NOT organ donor</i>	Año de publicación posterior a 1995/01/01 y "Full text"	12	10	2		
PubMed (MEDLINE)	<i>(((assisted reproduction[Title/Abstract]) AND attitudes[Title/Abstract]) AND survey[Title/Abstract]) AND donors[Title/Abstract]</i>	Año de publicación posterior a 1995/01/01 y "Full text"	3	0	3	47	67
PubMed (MEDLINE)	<i>((oocyte and sperm donor)) AND survey</i>	Año de publicación posterior a	15	2	13		

1995/01/01 y  
"Full text"

PubMed (MEDLINE)	questionnaire AND gamete donation		50	15	35		
PubMed (MEDLINE)	questionnaire AND gamete donation AND experiences OR sperm donation OR semen donation		548	487	61		
Cochrane	'gamete donation in Title Abstract Keyword'	-	7	6	1	0	1
LILACS	donación de gametos [Palabras] and cuestionario [Palabras]	-	0	-	-	-	-
LILACS	donación de ovocitos [Palabras] and not órganos [Palabras] and not sangre [Palabras]	-	0	-	-	-	-
SciELO	(ab:(gamete donation))	-	9	9	0		
SciELO	(ab:(donación)) AND (ab:(gametos))	-	7	7	0		
Web of Science	TI=(donor AND survey) AND TS=(oocyte OR sperm OR semen OR gametes)	Año de publicación posterior a 1995/01/01	28	19	9	7	2
ScienceDirect	survey AND donor AND attitude	Año de publicación	99	78	21	6	15

	Title, abstract, keywords: Oocyte OR Sperm OR gamete	posterior a 1995/01/01						
		Tipo de artículo: "review articles", "research articles"						
Scopus	( TITLE-ABS-KEY ( survey ) AND TITLE-ABS-KEY ( donor ) AND TITLE-ABS-KEY ( attitude ) AND ALL ( gamete AND donation ) )	Año de publicación posterior a 1995/01/01	47	17	30	20	10	
		Tipo de artículo: "article", "review", "short survey"						

## Anexo 2: Resultados *scoping review*

**Tabla 44:** Resultados *scoping review*

Autor y año	Estudio			Instrumento			
	País	Tipo	Muestra	Tipo	Se verifica su validación	Objetivo	Variables
Braverman & Corson, 1995 (324)	EE.UU.	*	157 mujeres y 53 hombres infértiles 89 mujeres y 20 hombres fértiles	Cuestionario	*	Evaluar las actitudes de las personas donantes de gametos y analizar cómo influye el sexo, la experiencia con la infertilidad y la religión.	Características sociodemográficas: edad, estado civil, religión y experiencia con la infertilidad. Preguntas referentes a la persona donante y la donación (14 ítems con opción de respuesta múltiple).
Laruelle & Englert, 1995 (325)	Bélgica	*	200 parejas infértiles	Cuestionario autocumplimentado	*	Conocer las opiniones sobre el destino de los embriones sobrantes.	Destino de los embriones (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Embarazo múltiple (1 ítem con opción de respuesta múltiple).

							Opinión sobre la filiación (2 ítems con opción de respuesta múltiple).
Lui et al., 1995 (326)	Reino Unido	*	55 potenciales donantes de espermatozoides	Cuestionario	*	Evaluar las actitudes de los posibles donantes de espermatozoides.	Motivos para ser donantes (10 ítems). Implicación del donante (10 ítems). Implicación del donante con el receptor (10 ítems). Implicación del donante con su descendencia (10 ítems).
Golombok, Cook, Bish, & Murray, 1995 (327)	Reino Unido	*	41 familias con un hijo nacido por FIV y 45 familias con un hijo nacido por donación	Cuestionario	*	Examinar la calidad de la relación padre-hijo, su desarrollo emocional y personal.	Estado psicológico de los padres y calidad parental. (4 ítems con medición tipo Likert)
Greenfeld, Mazure, Olive, & Keefe, 1995 (328)	EE.UU.	*	49 donantes de ovocitos anónimos y 26 identificativas	Cuestionario	*	Evaluar las diferencias y similitudes entre la donación de ovocitos anónima o por candidato directo.	Características demográficas: raza, educación, ocupación, estado civil, número hijos, historial de maternidad y media de duración del matrimonio. Motivaciones para ser donante.

<p>Khamsi, Endman, Lacanna, &amp; Wong, 1997 (329)</p>	<p>Canadá</p>	<p>*</p>	<p>10 parejas receptoras de ovocitos y sus donantes</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>	<p>*</p>	<p>Obtener información del programa de donantes.</p>	<p>Características sociodemográficas: edad, estado civil, número de hijos/as y relación con la persona receptora.</p> <p>Características de las parejas infértiles y de las mujeres donantes de ovocitos. Motivaciones para donar (4 ítems con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Actitudes de divulgar la naturaleza de la concepción (3 ítems con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Preguntas emocionales (3 ítems con opción de respuesta múltiple).</p>
<p>K. R. Daniels, Lewis, &amp; Curson, 1997 (330)</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>*</p>	<p>28 donantes de espermatozoides</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>*</p>	<p>Evaluar las opiniones sobre la preservación del anonimato y su información.</p>	<p>Características sociodemográficas: edad, nivel educativo, estado civil, si tienen hijos/as y religión.</p> <p>Tratamiento de la información (2 ítems con opción de respuesta múltiple).</p>

Importancia del anonimato  
(2 ítems con opción de  
respuesta múltiple).

Si las personas concebidas  
por donación acceden a la  
información de su donante  
(3 ítems con opción de  
respuesta múltiple).

Lindheim & Sauer, 1998 (331)	EE.UU.	*	80 parejas a la espera de una donante de ovocitos anónima	Entrevista	*	Evaluar las expectativas de parejas receptoras a la espera de una donante de ovocitos anónima.	Aspectos más importantes para los receptores de una donante de ovocitos: Historial médico, carrera, inteligencia, consumo de tóxicos, edad, embarazos pasados, historial psicológico, educación, historial familiar, historial sexual y carácter.
Emond & Scheib, 1998 (332)	Canadá	*	101 donantes de espermatozoides	Entrevista presencial	*	Motivos de la donación de espermatozoides	Motivos y opiniones de la donación de esperma según diferentes escenarios (6 ítems con medición tipo Likert).
Lyall, Gould, & Cameron, 1998 (248)	Reino Unido	*	219 estudiantes, 260 población general y 238 personas infértiles	Cuestionario	*	Evaluar las actitudes de las personas infértiles, donantes de espermatozoides y	Actitud ante la donación de espermatozoides para RHA (2 ítems con medición tipo Likert).



						personas sin relación con los otros 2 grupos referente al pago por donación de espermatozoides.	Actitud ante la donación de espermatozoides para la investigación (2 ítems con medición tipo Likert).
Urdapilleta, Chillik, & Fernández, 2001 (333)	Argentina	*	157 reclutados (90 personas infértiles y 67 sin problemas de infertilidad conocidos)	Cuestionario autocumplimentado	*	Determinar si hay diferentes puntos de vista en la donación de óvulos en pacientes infértiles que necesitan esta técnica, pacientes infértiles que pueden someterse a la reproducción humana asistida con sus propios gametos e individuos sin problemas de fertilidad conocidos.	Características sociodemográficas: sexo, edad, hijos/as, previamente casados, si tienen hijos/as con matrimonios previos y religión. Se pretenden evaluar cinco temas: adopción vs donación de gametos, importancia de la pérdida del lazo genético, suposiciones hechas por las personas receptoras sobre las donantes, suposiciones de las receptoras sobre la futura relación con los/as hijos/as, comunicar a la descendencia la naturaleza de su concepción.
Broderick & Walker, 2001	Australia	*	77 donantes de gametos o	Cuestionario	*	Evaluar el conocimiento y actitudes de	Información que le gustaría tener al donante o receptor (1 ítem con medición tipo

(334)			embriones y 327 receptores			donantes y receptores de gametos o embriones.	Likert). Qué piensa la persona donante de la receptora (1 ítem con medición tipo Likert). A quién les explicarían que han donado o ha sido receptoras (4 ítems con medición tipo Likert). Decisión que tomarían si cambiase el anonimato (1 ítem con medición tipo Likert).
Chliaoutakis et al., 2002 (249)	Grecia	*	365 adultos entre 18 y 45 años	Cuestionario autocumplimentado	Sí, se parte de un cuestionario ya formado que se adapta y modifica mediante una prueba piloto con 30 individuos que han accedido a la donación de gametos y la GS, y un grupo de expertos. El resultado es la inclusión de 50 variables nuevas al cuestionario original. No se especifica este proceso de validación.	Investigar los indicadores de actitud y su posible relación con la intención de la sociedad de recurrir a la GDS.	Características sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel educativo, profesión, número de hijos/as, preferencia ideológica, asistencia a la iglesia y conocimiento percibido sobre la GS.  Actitudes hacia la donación de gametos y subrogación uterina (15 ítems con medición tipo Likert).

<p>A Skoog Svanberg, Lampic, Bergh, &amp; Lundkvist, 2003 (250)</p>	<p>Suecia</p>	<p>*</p>	<p>739 mujeres y 556 hombres</p>	<p>Cuestionario autocumplimentado</p>	<p>Prueba piloto y confiabilidad con alfa de Cronbach</p>	<p>Conocer la actitud de la población sueca respecto a la donación de ovocitos.</p>	<p>Características sociodemográficas: edad, nivel educativo, estado civil, fertilidad, si tiene hijos/as, si es nacido fuera de Suecia, si tiene conocidos con problemas de infertilidad, si han recibido información acerca de la donación de ovocitos antes del cuestionario.</p> <p>Actitudes hacia la donación de ovocitos en general (5 ítems con medición tipo Likert). Informar a la descendencia (6 ítems con medición tipo Likert). Diferentes circunstancias del proceso de donación (6 ítems con medición tipo Likert).</p> <p>Métodos que aceptarían en caso de infertilidad (1 ítem con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Importancia del vínculo genético (4 ítems con medición tipo Likert).</p>
---	---------------	----------	--------------------------------------	---	---	---	---

Klock, Stout, & Davidson, 2003 (335)	EE.UU.	*	52 donantes de ovocitos	Cuestionario autocumplimentado	Sí	Examinar las características psicológicas de las donantes para establecer diferencias entre aquellas que quieren donar de nuevo y aquellas que no	<p>Características sociodemográficas: edad, etnia, educación, ocupación, proveniencia, religión, estado civil e historial reproductivo. La variable autoestima se evaluó con la escala <i>Rosebnberg</i> de 10 ítems. El <i>Brief Symptons Inventory</i> se usó para medir los síntomas psiquiátricos relacionados con la angustia y ansiedad (53 ítems).</p> <p>La ambivalencia se midió con una escala de 5 ítems derivada de un estudio de donantes de riñón. La motivación de los donantes (9 ítem con medición tipo Likert).</p> <p>La satisfacción (3 ítems con medición tipo Likert). El cuestionario contemplaba respuestas abiertas para determinar los procedimientos de la donación y finalmente se evaluaron las actitudes al</p>
--------------------------------------	--------	---	-------------------------	--------------------------------	----	---	---

							proceso de donación (13 ítems).
Kirkman, 2003 (336)	Australia	*	32 personas	Entrevistas	*	Evaluar las razones de los padres sobre el momento y la manera de explicar a los/as hijos/as la naturaleza de su concepción.	Informar a la descendencia de la naturaleza de su concepción.
Heikkilä, Länsimies, Hippeläinen, & Heinonen, 2004 (259)	Finlandia	Caso-control	189 mujeres infértiles y 84 mujeres con hijos/as	Cuestionario autocumplimentado online	*	Conocer las actitudes frente a las TRHA. También aparecen cuestiones sobre la gestación por substitución y la adopción.	Características demográficas: edad, estado civil, hijos y mayor nivel educativo.  Declaraciones sobre diferentes aspectos de las TRHA: qué persona infértil debería ser tratada, el derecho de los niños/as concebidos mediante donación de gametos de conocer al donante, el derecho de la persona donante de conocer a la descendencia concebida mediante su donación y otros aspectos de las TRHA. (26 ítems con medición tipo Likert).

Priorización de 12 servicios de salud (2 ítems que tienen que clasificar según la prioridad).

Greenfeld & Klock, 2004 (264)	EE.UU.	*	157 personas (92 mujeres y 65 hombres) donantes de gametos	Cuestionario transversal	*	Comparar si el hecho de que la persona donante de gametos sea conocida o desconocida para las personas receptores influye en que se quiera informar a la descendencia sobre la naturaleza de su concepción.	Características sociodemográficas: edad, etnia, nivel de educación, religión, nivel económico (clase social), número de hijos y edad de los hijos. También preguntan si todos los hijos han sido concebidos con gametos de donantes y si algún hijo es 10 o más años mayor que la descendencia de donantes. La cuestión en la que se basa el estudio es estudiar si las madres conocían la identidad del donante y qué preocupaciones podían tener dentro de las variables: personalidad, semejanza física, inteligencia y aspectos médicos y genéticos.
-------------------------------	--------	---	--	--------------------------	---	---	--

Klock, 2004 (265)	EE.UU.	*	262 parejas	Cuestionario autocumplimentado	*	<p>Evaluar el conocimiento de los padres sobre las personas donantes y sus actitudes referentes a la revelación a sus hijos/as de que han sido concebidos/as por donación de ovocitos.</p>	<p>Características sociodemográficas: edad, etnia, educación, religión, horas trabajadas fuera de casa y salario.</p> <p>Características sociodemográficas (si las saben) de las donantes: edad, etnia, color peso, altura, educación, historial médico, color ojo, peso, número hijos/as, motivos de la donación, grupo sanguíneo, profesión, hobbies, religión y fotografía.</p> <p>Divulgación a sus hijos/as de la naturaleza de su concepción (3 ítems).</p>
Golombok et al., 2004 (132)	Reino Unido	*	51 parejas con un hijo/a concebido por donación de ovocitos, 50 parejas con un hijo/a concebido por donante de espermatozoides y 80 parejas con un	Entrevista online	*	<p>Estudiar las posibles consecuencias negativas referentes a la donación de gametos.</p>	<p>Características sociodemográficas: sexo niño/a, hermanos, clase social y madre trabajadora. Bienestar psicológico de los padres, calidad de la relación entre padres e hijos/as y el temperamento del hijo/a.</p>

			hijo/a concebido de manera natural.				
Golombok, Jadv, Lycett, Murray, & MacCallum, 2005 (177)	Reino Unido	Longitudinal	46 familias receptoras de espermatozoides de donante, 48 familias de donación de ovocitos y 68 familias de concepción natural	Entrevista y cuestionario	*	Conocer el funcionamiento y la relación entre diferentes modelos de familia con sus hijos/as.	Características sociodemográficas: edad del/la hijo/a y la madre, sexo del/la hijo/a, clase social y número de hermanos/as. Funcionamiento de las familias y relación entre los diferentes modelos de familia con sus hijos/as.
Craft et al., 2005 (337)	Reino Unido	*	504 donantes de ovocitos y 363 receptoras	Cuestionario	*	Estudiar las consecuencias de retirar el anonimato en la donación de ovocitos.	Cuestionario de los donantes: condiciones de donar en caso de retirar el anonimato (3 ítems). Cuestionario de los receptores: consideraciones de recibir ovocitos en caso de retirar el anonimato (3 ítems).
Krones et al., 2006 (338)	Alemania	Estudio transversal	202 parejas que han realizado FIV, 104 genetistas, 294 matronas, 168 eticistas, 147	Entrevista	Sí	Actitudes de los pacientes, profesionales de la salud y eticistas sobre la investigación de	Donación de gametos y embriones (6 ítems con medición tipo Likert). Donación de gametos y embriones (6 ítems con medición tipo Likert).



obstetricitas y 166  
pediatras

células madre  
embrionarias y a la  
donación de  
gametos y  
embriones.

Frith et al., 2007 (139)	Reino Unido	*	133 donantes de gametos	Cuestionario	* (encuesta desarrollada por el departamento de salud).	Estudiar la visión de los donantes de gametos sobre la eliminación del anonimato en la donación.	Reacciones si se elimina el anonimato (1 ítem con medición tipo Likert). Planteamientos respecto a las repercusiones de eliminar el anonimato. Sugerencias para captar donantes si se elimina el anonimato.
Sydsjö, Lampic, Sunnerud, & Svanberg, 2007 (339)	Suecia	*	141 enfermeras	Cuestionario online	*	Estudiar las actitudes y conocimiento de la donación de gametos.	Actitudes específicas sobre la donación de esperma y ovocitos (5 ítems con medición tipo Likert). Actitudes la revelación de su origen genético a la descendencia (6 ítems con medición tipo Likert). Actitudes sobre el parentesco genético (3 ítems con medición tipo Likert). A qué edad se debería informar a la descendencia

							sobre sus orígenes genéticos. Quién debería proporcionar asistencia a los padres si la necesitan (preguntas abiertas).
Yee, Hitkari, & Greenblatt, 2007 (340)	Canadá	Retrospectivo	17 donantes de ovocitos	Cuestionario	Sí, validado por personal cualificado y prueba piloto	Explorar las experiencias de aquellas mujeres que donaron sus ovocitos de manera altruista a receptoras conocidas.	<p>56 ítems agrupados en cinco secciones (algunos ítems con opción de respuesta abierta).</p> <p>Características sociodemográficas: edad, estado civil, número de hijos/as, relación con la persona receptora, inicio de la donación, número de ciclos, resultados de la donación, si dejará de fumar y si donará de nuevo.</p> <p>Factores que han influido en la donación altruista.</p> <p>Motivaciones (4 ítems con medición tipo Likert).</p> <p>Dificultades con las que se encontraron durante los ciclos (9 ítems con medición tipo Likert).</p> <p>Motivos por los que la donación es gratificante (1 ítem con opción de respuesta múltiple).</p>

									<p>Razones por las que ha informado a otras personas sobre su donación (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Informar sobre la naturaleza de su concepción a las personas concebidas (5 ítems). Derecho a conocer de las personas concebidas <i>versus</i> derecho a no informar de las personas receptoras (1 ítem).</p>
Ernst, Ingerslev, Schou, & Stoltenberg, 2007 (99)	Dinamarca	*	101 donantes de espermatozoides	Cuestionario autocumplimentado	*	Evaluar el cambio de actitudes de los donantes de espermatozoides en función del posible cambio en la protección del anonimato.	<p>Motivaciones (3 ítems con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Actitudes (5 ítems con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Consideraciones referentes al nacimiento de la persona concebida (6 ítems con opción de respuesta múltiple). Actitudes en relación con la donación a mujeres homosexuales o heterosexuales (2 ítems con opción de respuesta múltiple).</p>		

Mac Dougall, Becker, Scheib, & Nachtigall, 2007 (187)	EE.UU.	*	141 parejas receptoras (62 de donantes de espermatozoides y 79 de ovocitos)	Entrevista	*	Describir como informan a sus hijos/as sobre la naturaleza de su concepción.	Conversación sobre si les están informando y cómo lo hacen.
Sydsjö, Lampic, Sunnerud, & Svanberg, 2007 (339)	Suecia	*	141 enfermeras	Cuestionario online	*	Estudiar las actitudes y conocimientos sobre la donación de gametos.	Actitudes específicas sobre la donación de espermatozoides y ovocitos (5 ítems en con medición tipo Likert). Actitudes la revelación de su origen genético a la descendencia (6 ítems con medición tipo Likert). Actitudes sobre el parentesco genético (3 ítems con medición tipo Likert). A qué edad se debería informar a la descendencia sobre sus orígenes genéticos. Quién debería proporcionar asistencia a los padres si la necesitan (preguntas abiertas).

Weissenberg, Landau, & Madgar, 2007 (341)	Israel	Estudio cualitativo	62 madres solteras	Entrevista	*	Evaluar las experiencias de las madres solteras y de sus hijos/as.	Características sociodemográficas: edad, tipo de concepción, salud y hermanos/as.
Baykal, Korkmaz, Ceyhan, Goktolga, & Baser, 2008 (342)	Turquía	*	368 mujeres	Entrevista	*	Evaluar la opinión de mujeres infértiles sobre la donación de gametos y de GS.	Características sociodemográficas: educación, duración matrimonio, anteriores intentos de FIV, número hijos/as, quién de la pareja quiere tener un/a hijo/a, viviendo con los padres, presión de los padres, duración sin anticonceptivos y casos anteriores infértiles en la familia. Opiniones sobre la donación de ovocitos y espermatozoides. (7 ítems).
Brett et al., 2008 (20)	Reino Unido	*	143 mujeres	Cuestionario autocumplimentado	*	Evaluar el impacto en el reclutamiento de donantes de ovocitos si se elimina el anonimato.	Características sociodemográficas: sexo, edad, si es donante de sangre, si es donante de órganos, estado civil, si ha sido receptora de gametos, si conoce a alguien que

							<p>haya sido receptora de gametos.</p> <p>Si sería donante y en qué condiciones (1 ítem con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Fuentes de información (1 ítem con opción de respuesta múltiple).</p>
<p>A Skoog Svanberg, Sydsjö, Selling, &amp; Lampic, 2008 (343)</p>	<p>Suecia</p>	<p>*</p>	<p>854 ginecólogos/ especialistas en obstetricia</p>	<p>Cuestionario online</p>	<p>*</p>	<p>Conocer las actitudes sobre la donación de gametos entre ginecólogos y especialistas en obstetricia.</p>	<p>Características sociodemográficas: sexo, edad, especialidad, trabajo público o privado y frecuencia de trabajo con pacientes infértiles.</p> <p>Información del donante/receptor (3 ítems medición tipo Likert).</p> <p>Revelación de sus orígenes a su descendencia (7 ítems con medición tipo Likert).</p> <p>Actitudes sobre el acceso y la participación en la donación de gametos: acceso (2 ítem con medición tipo Likert), donación anónima (3 ítems con medición tipo Likert), donación conocida (3 ítems</p>

con medición tipo Likert),  
 edad aceptable para la  
 revelación de los orígenes  
 a la descendencia (1 ítem  
 de respuesta abierta)  
 Actitudes referentes a la  
 percepción de tener una  
 compensación económica  
 (1 ítem de respuesta  
 abierta).

<p>Hammarberg et al., 2008 (344)</p>	<p>Australia</p>	<p>Prospectivo longitudinal de cohortes</p>	<p>154 individuos: donantes de gametos y sus parejas, parejas donantes de embriones, receptores de gametos y embriones</p>	<p>Cuestionario autocumplimentado</p>	<p>*</p>	<p>Evaluar los puntos de vista de los donantes y receptores de gametos sobre el asesoramiento y las creencias en cuanto a la revelación del uso de gametos de donante para concebir, antes y después de recibir asesoramiento.</p>	<p>Factores respecto la donación y su impacto (17 ítems con medición tipo Likert).           Informar respecto al uso de gametos donados (1 ítem con opción de respuesta múltiple).</p>
<p>Del Valle, Bradley, &amp; Said, 2008 (345)</p>	<p>Canadá</p>	<p>*</p>	<p>246 donantes de espermatozoides</p>	<p>Cuestionario en papel y online</p>	<p>*</p>	<p>Conocer los donantes de espermatozoides altruistas en función de su demografía.</p>	<p>Características sociodemográficas: edad, estado civil, si tienen hijos/as y ocupación.          Información para evaluar la elección de los donantes,</p>

los motivos y la voluntad de donar si no tienen compensación económica.

Khalili et al., 2008 (346)	Irán y Turquía	Descriptivo	132 mujeres y 31 hombres del personal de FIV	Cuestionario	*	Evaluar las actitudes y conocimientos del personal de FIV respecto la donación de ovocitos.	Características sociodemográficas: edad, trabajo, nivel educativo y si tiene hijos/as.  Actitudes y conocimiento sobre la donación (20 ítems con opción múltiple de respuesta).
Onah, Agbata, & Obi, 2008 (251)	Nigeria	*	99 hombres y 81 mujeres	Cuestionario semiestructurado autocumplimentado	*	Actitudes de los estudiantes de medicina sobre la donación de espermatozoides.	Religión (1 ítem).  Motivos para donar espermatozoides y para no hacerlo (2 ítems con opción de respuesta múltiple).
Freeman, Jadva, Kramer, & Golombok, 2009 (141)	Se utiliza un registro internacional	*	791 personas receptoras de gametos	Cuestionario autocumplimentado online	*	Investigar el nuevo fenómeno de las personas padres o madres de niños/as concebidos mediante donación de gametos que buscan y contactan con sus "hermanos" y donantes.	Motivos por los que buscar a los posibles hermanos/as de sus hijos/as (1 ítem con opción de respuesta múltiple y posibilidad de añadir comentarios).  Motivos por los que buscar a la persona donante (1 ítem con opción de respuesta múltiple y posibilidad de añadir



							comentarios). Impacto de esta búsqueda en la relación con sus hijos/as (2 ítems con medición tipo Likert). Resultado de estas búsquedas (3 ítems con opción múltiple de respuesta).  Experiencias respecto la relación con sus donantes (1 ítem con medición tipo Likert).  Expectativas y evaluación de esta relación (1 ítem con medición tipo Likert).
Vasanti Jadva, Freeman, Kramer, & Golombok, 2009 (175)	EE.UU.	*	165 personas nacidas por donación de espermatozoides	Encuesta online autocumplimentada con preguntas abiertas	Sí, el cuestionario tuvo un diseño y prueba piloto con los miembros DSR	Evaluar las experiencias de los adultos nacidos por donación de espermatozoides comparando la edad en que fueron revelados sus orígenes y el tipo de entorno familiar.	Edad y responsable de informarle de sus orígenes (2 ítems con opción de respuesta múltiple). Sentimientos cuando fueron informados (2 ítems con opción de respuesta múltiple). Terminología que fue usada en su información (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Sentimientos versus su madre y padre cuando le

fue informado (2 ítems con opción de respuesta múltiple).

Jadva, Badger, Morrissette, & Golombok, 2009 (347)	EE.UU.	*	291 mujeres solteras	Cuestionario online autocumplimentado	*	Evaluar las experiencias de madres solteras por decisión.	Motivos de no tener hijos/as cuando tenía pareja (1 ítem con opción de respuesta múltiple).. Razones de querer tener hijos/as (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Problemas que ha tenido con su entorno por su decisión (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Métodos que considera para iniciar una familia (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Ayuda que obtuvo de su entorno en las primeras 6 semanas (1 ítem con opción de respuesta múltiple).
Purewal & van den Akker, 2009 (252)	Reino Unido	*	349 mujeres	Entrevista	*	Investigar las actitudes de las pacientes en relación con la donación de ovocitos y evaluar	Características sociodemográficas: edad, estado civil, estado profesional, hijos/as, educación, problemas de

						la relación entre la donación y las motivaciones.	fertilidad y aborto involuntario pasado. Actitudes sobre la donación (8 ítems).
Lampic, Skoog Svanberg, & Sydsjö, 2009 (348)	Países Nórdicos	*	108 doctores RHA	Cuestionario	*	Conocer las actitudes de los médicos de RHA sobre la donación de gametos y si esta se corresponde con la legislación nacional.	Características sociodemográficas: país, sexo y edad. Actitud frente la divulgación de información en la donación de gametos (10 ítems con medición tipo Likert) Actitud con respecto a la donación de gametos y su participación (7 ítems con medición tipo Likert) Donación conocida (3 ítems con medición tipo Likert).
W. Kramer et al., 2009 (26)	Se utiliza un registro internacional	Retrospectivo	155 donantes de ovocitos	Cuestionario auto-cumplimentado online	*	Conocer las experiencias, resultados médicos, actitudes y emociones de las donantes de ovocitos.	Características sociodemográficas: edad de la primera donación, número de ovocitos por ciclo, hijos/as nacidos antes y después de la donación, embarazada cuando se realizó la encuesta, si ha sido donante para pagar su propia FIV, edad cuando contesta la encuesta,

número de años desde su primera donación.  
Resultados médicos.  
Información y contacto recibido por parte de la clínica. Información sobre los embarazos y nacimientos.

Información sociodemográfica: edad, clase social, etnia, religión y lugar de residencia.  
Preguntas sobre preferencias y preguntas de respuesta abierta para conocer la opinión, las preocupaciones o percepciones sobre la donación de ovocitos.

Características sociodemográficas: sexo, edad, país y orientación sexual de la madre.  
Conocimientos sobre el donante (4 ítems de opción de respuesta múltiple).  
Significado de la donación (1 ítem de medición tipo Likert).

Stevens & Hayes, 2010 (253)	EE.UU.	*	298 estudiantes universitarias	Cuestionario	*	Estudiar la opinión de jóvenes universitarias respecto a la donación de ovocitos.	Información sociodemográfica: edad, clase social, etnia, religión y lugar de residencia. Preguntas sobre preferencias y preguntas de respuesta abierta para conocer la opinión, las preocupaciones o percepciones sobre la donación de ovocitos.
--------------------------------	--------	---	--------------------------------	--------------	---	---	---

Mahlstedt, LaBounty, & Kennedy, 2010 (349)	EE.UU.	*	85 personas concebidas por donación de espermatozoides	Cuestionario	*	Analizar las actitudes de las prácticas de donación de espermatozoides de personas concebidas por donación.	Características sociodemográficas: sexo, edad, país y orientación sexual de la madre. Conocimientos sobre el donante (4 ítems de opción de respuesta múltiple). Significado de la donación (1 ítem de medición tipo Likert).
---	--------	---	--	--------------	---	---	--

Práctica de donación de espermatozoides (3 ítems con opción de respuesta múltiple).

Landau & Weissenberg, 2010 (350)	Israel	*	62 madres solteras	Entrevista entre los 2 principales investigadores, 1 psicólogo y 1 estudiante de trabajo social.	*	Conocer si informan a sus hijos/as de la naturaleza de su concepción y si les preocupa a ellos su procedencia.	Entrevista con preguntas con opción de respuesta multirrespuesta y con opción a añadir comentarios.
Beydoun et al., 2010 (351)	EE.UU.	Estudio transversal	75 hombres y 98 mujeres	Cuestionario autocumplimentado	*	Evaluar la calidad de vida y la susceptibilidad de desarrollar enfermedades de adultos concebidos por FIV.	Indicadores físicos, psicológicos y salud (90 ítems).
Kenney & McGowan, 2010 (352)	EE.UU.	Retrospectivo	80 mujeres	Cuestionario autocumplimentado online	*	Estudiar las motivaciones, expectativas y experiencias de donantes de gametos y evaluar los efectos físicos, psicológicos y sociales de sus donaciones.	Características sociodemográficas: edad, altura, peso, relación altura/peso, raza/etnia y nivel educativo. Preguntas respuesta múltiple y abiertas sobre cómo conocieron y se interesaron por el proceso de donación de gametos, detalles sobre su primera

							donación, si han donado más de una vez y cómo han experimentado las donaciones posteriores a la primera. También se cuestiona, a través de diferentes tipos de pregunta (múltiple, abierta, etc.) sobre las motivaciones, experiencias y actitudes a largo plazo.
Rodino, Burton, & Sanders, 2011 (137)	Australia	*	24 donantes ovocitos, 15 donantes de espermatozoides, 18 receptoras de ovocitos, 107 receptoras de espermatozoides y 23 personas concebidas por donación	Cuestionario autocumplimentado online y en papel	*	Conocer qué información biográfica de la persona donante es más importante en función de las tres partes implicadas.	Características sociodemográficas: edad, estado civil, orientación sexual y tipo de donante. Información del donante (15 ítems con medición tipo Likert con opción de respuesta abierta). Características demográficas y preguntas relacionadas con el tratamiento. Preguntas relacionadas con la información de la persona donante.
Stoop, Nekkebroeck, & Devroey, 2011	Bélgica	*	1049 mujeres	Encuesta online	*	Analizar las intenciones y actitudes de las	Características sociodemográficas: edad, etnia, nivel educativo,

(353)						mujeres en edad reproductiva para criopreservar ovocitos por razones no médicas.	estado civil, orientación sexual, si tiene hijos/as, actividad profesional, infertilidad y <i>monthly income</i> . Deseo de criopreservar ovocitos en un futuro (1 ítem con opción de respuesta múltiple) Conocimientos de la fertilidad (5 ítems con opción de respuesta múltiple). Factores que favorecen la criopreservación de ovocitos (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Actitudes e intenciones sobre el deseo de ser madre (10 ítems con opción de respuesta múltiple) Actitudes frente a la donación de ovocitos (1 ítem con opción de respuesta múltiple)
Lindheim, Porat, & Jaeger, 2011 (354)	Israel	*	325 donantes de ovocitos y 57 receptoras de ovocitos	Cuestionario	*	Evaluar las preferencias de las donantes y receptoras respecto	Características sociodemográficas: edad, número de embarazos, si tiene hijos/as, raza, estado civil, orientación sexual.

						a la divulgación de información.	Puntos de vista de las donantes y receptoras respecto a la divulgación de información (3 ítems con opción de respuesta múltiple).
Isaksson et al., 2011 (355)	Suecia	Prospectivo longitudinal multicéntrico de cohortes	152 parejas heterosexuales receptoras de ovocitos y 127 parejas heterosexuales receptoras de espermatozoides	Cuestionario	*	Investigar las actitudes y comportamientos de las parejas receptoras con respecto a la revelación a la descendencia y a los demás, las actitudes hacia el parentesco genético y las percepciones sobre la paternidad después de recurrir a la donación.	<p>Características sociodemográficas: edad, mayor nivel educativo, tipo de donación.</p> <p>Actitudes respecto el parentesco genético y la revelación a los descendientes de los receptores de ovocitos y espermatozoides de donante anónimo (4 y 6 ítems, respectivamente, con medición tipo Likert).</p> <p>Actitudes respecto la revelación a los demás sobre el tratamiento como receptores de donación de gametos (con donante anónimo o conocido), (1 ítem con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Necesidad de información sobre la paternidad y</p>



							maternidad de los receptores de gametos de donante (con donante anónimo o conocido), (2 ítems con opción de respuesta múltiple).
Jadva et al., 2011 (201)	Se utiliza un registro internacional	*	63 donantes de espermatozoides y 11 donantes de ovocitos	Cuestionario autocumplimentado online	*	Examinar las motivaciones y experiencias de los donantes anónimos que deciden ser no anónimos para que los niños/as concebidos con sus gametos puedan identificarlos.	Características sociodemográficas: país de residencia, raza, mayor nivel educativo, estado civil. Experiencias de la donación. Experiencias sobre el contacto con los niños/as concebidos con sus gametos donados.
Golombok et al., 2011 (174)	Reino Unido	*	50 familias donantes, 51 familias con donantes de ovocitos y 80 familias con concepción natural	Entrevista, observación y encuestas	*	Evaluar el impacto de rebelar al hijo/a su descendencia y como le afecta a nivel psicológico, así como su relación con la madre.	La relación afectiva entre la madre y el hijo.
Beeson, Jennings, & Kramer, 2011	EE.UU.	*	741 personas nacidas por donación.	Entrevista	*	Evaluar la búsqueda de sus orígenes referente a las personas	Sentimiento que tiene cuando es informado de su origen (1 ítem con opción de respuesta múltiple).

(182)

nacidas por donación.

Sentimiento del padre cuando descubre que su hijo/a quiere encontrar su origen (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Razones de los hijos/as por contactar con el donante (1 ítem con opción de respuesta múltiple).

Ping et al., 2011 (356)	China	Estudio retrospectivo	516 donantes de espermatozoides	Cuestionario semiestructurado	*	Estudiar el procedimiento de donación de espermatozoides según factores sociales, culturales y políticos.	Conocimientos de los donantes de espermatozoides referente a la donación. Conocer sus motivaciones para donar. Conocer sus preocupaciones referentes a la donación. (Ítems con opción de respuesta múltiple).
Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberg, & Lampic, 2012 (186)	Reino Unido	Estudio cualitativo y cuantitativo	108 padres y madres	Entrevista online	*	Obtener las perspectivas de los padres de niños/as nacidos por donación de ovocitos en relación con el anonimato del donante y la revelación de sus	Información sobre la donación, edad de los hijos/as cuando fue revelado su origen, información sobre donantes e información sobre sus hijos/as.

						orígenes a sus hijos/as.	
Weissenberg & Landau, 2012 (341)	Israel	*	62 mujeres solteras con hijos/as concebidos por donación de espermatozoides	Entrevista	*	Evaluar las experiencias de madres solteras con hijos/as concebidos por donación de espermatozoides por DI o IVF y el estado de estos.	Aspectos sociodemográficos: concepción FIV o DI, edad, estado civil y edad del hijo/a. Estado de salud de la madre e hijo/as. Preocupaciones y satisfacción de la madre. Reacciones a la ausencia del padre. Revelación de los orígenes a su descendencia.
Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberg, & Lampic, 2012 (184)	Suecia	Estudio prospectivo longitudinal	53 parejas y 3 personas sin pareja con hijos/as concebidos mediante donación de ovocitos. 59 parejas y 4 personas sin pareja con hijos/as concebidos mediante donación de espermatozoides	Entrevista	*	Evaluar las actitudes de parejas referente a la revelación los orígenes a su descendencia concebida mediante donación de ovocitos o espermatozoides.	Características sociodemográficas: edad, educación y si tiene la misma pareja. Cuándo informan a sus hijos/as de la naturaleza de su concepción. Aceptación de los padres y madres sobre explicar a sus hijos/as su procedencia. Calidad de relación de las parejas referente al acuerdo o desacuerdo de

explicar a sus hijos/as su descendencia (1 ítem con medición tipo Likert).

Blyth, 2012 (357)	Reino Unido	Estudio cualitativo	13 personas	Entrevista semi estructurada	*	Investigar las experiencias de adultos concebidos por donación una vez han conocido los donantes.	Puntos de vista y reflexiones referente a sus experiencias y trato con la persona donante.
Daniels, Kramer, & Perez-y-Perez, 2012 (358)	EE.UU.	*	154 donantes de espermatozoides	Cuestionario online	*	Estudiar las implicaciones y los problemas derivados de aquellos donantes de espermatozoides que quiere mantener el contacto con las personas que han sido concebidas.	Características sociodemográficas: edad, edad que empezó a donar, miembro de DSR y en qué país ha donado. Motivaciones de donar y querer mantener el contacto (45 ítems con opción de respuesta múltiple).
Gürtin, Ahuja, & Golombok, 2012 (359)	UK	Retrospectivo	48 donantes de ovocitos y 38 receptores de ovocitos.	Cuestionario autocumplimentado online y en papel	Sí, validado a través de una prueba piloto.	Cuestionar los aspectos éticos de la <i>egg-sharing</i> para reducir los costes de TRHA.	Características sociodemográficas: edad, religión y empleo. Características del estado afectivo o social (4 preguntas con opción de respuesta múltiple). Aspectos personales de la

						<p>donación (4 preguntas con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Preguntas sobre el estado de la relación (2 preguntas con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Preguntas retrospectivas (4 preguntas con opción de respuesta múltiple).</p>
Svanberg et al., 2012 (360)	Suecia	Descriptivo transversal multicéntrico	181 donantes de ovocitos y 119 donantes de espermatozoides	Cuestionario	<p>Es un formulario formado a partir de diferentes fuentes: 9 ítems para valorar las motivaciones (se validaron mediante una prueba piloto), la ambivalencia se valora con una versión modificada de una escala (<i>Donor Ambivalence Scale</i>) adaptada para las donantes de ovocitos con 7 ítems, y una escala con 14 ítems para medir la depresión y ansiedad (<i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i>)</p>	<p>Estudiar las motivaciones y ambivalencia de los donantes de gametos antes de donar.</p> <p>Características sociodemográficas: edad, mayor nivel educativo, estado civil, número de hijos, tipo de donación y número de donaciones/tratamientos. Motivaciones (8 ítems con medición tipo Likert). Ambivalencia (7 ítems con opción de respuesta múltiple). Escala para medir la ansiedad y los síntomas depresivos (14 ítems, 7 para la ansiedad y 7 para el estrés, con medición tipo Likert).</p>

Blyth, Yee, & Ka Tat Tsang, 2012 (361)	Canadá	*	15 mujeres donantes y 18 mujeres receptoras.	Entrevista	*	Evaluar los puntos de vista entre mujeres donantes de ovocitos y mujeres receptoras, así como el registro de información personal de salud.	Aspectos relacionados con la compensación por donación y compartir el historial clínico del donante.
Crawshaw & Dally, 2012 (190)	Reino Unido	*	29 clínicas (12 coordinadores de donación de gametos, 5 enfermeras, 8 científicos, 2 doctores y 1 director de clínica)	Entrevista	Sí	Evaluar la comprensión de los profesionales de la salud y sus conocimientos en la manera de influir a los donantes y de proporcionarles la información.	Conocimientos de la donación y sus procedimientos de explicación e información del donante.
Fristh, Sawyer, & Kramer, 2012 (268)	EE.UU.	*	244 padres no biológicos	Entrevista	*	Evaluar los puntos de vista de los padres que han utilizado donantes de espermatozoides en relaciones heterosexuales o homosexuales y los posibles problemas que se han encontrado.	Características sociodemográficas: origen, edad, etnia, ocupación, intereses y altura.

Sälevaara, Suikkari, & Söderström-Anttila, 2013 (154)	Finlandia	Retrospectivo	139 madres y 127 padres	Cuestionario	*	Conocer las intenciones de divulgación y las experiencias de los padres heterosexuales con hijos/as concebidos mediante donación de espermatozoides.	Características sociodemográficas: edad, estado civil, educación y si fue por inseminación o FIV.  Si valoran revelar sus orígenes a sus hijos/as (4 ítems con opción de respuesta múltiple). Razones de hablar a sus hijos/as de sus concepción (2 ítems con opción de respuesta múltiple).
Borneskog, Sydsjö, Lampic, Bladh, & Svanberg, 2013 (362)	Suecia	Estudio prospectivo longitudinal	165 parejas femeninas homosexuales	Cuestionarios	Sí	Analizar los síntomas de ansiedad y depresión en parejas homosexuales de mujeres receptoras de espermatozoides.	Cuestionario 1: características sociodemográficas (edad, educación y existencia de anteriores hijos/as). Cuestionario 2: resultado del tratamiento (1 pregunta con opción de respuesta múltiple). Cuestionario 3: situación familiar (3 preguntas con opción de respuesta múltiple).
Golombok, Blake, Casey, Roman, &	Reino Unido	Estudio longitudinal de ajuste psicológico	30 familias GS, 31 donantes de ovocitos, 35	Entrevista para la calidad familiar. Cuestionario para	*	Obtener datos en profundidad desde la infancia en	Aspectos relacionados con la psicología del niño. Aspectos relacionados con

Jadva, 2013 (363)			receptoras de donación de espermatozoides y 53 familias con concepción natural.	medir la ansiedad, depresión y relación de pareja.		adelante sobre la calidad de la educación de los hijos y los aspectos psicológicos de estos en las familias concebidos por la donación de ovocitos, por inseminación y por GS.	la calidad marital (6 preguntas con medición tipo Likert).
Sawyer, Blyth, Kramer, & Frith, 2013 (364) (365)	EE.UU.	*	1700 mujeres	Encuesta	*	Evaluar las experiencias de mujeres que recurrieron a la donación de espermatozoides para tener su familia.	Elección del donante; informar del nacimiento y problemas de salud de la persona concebida; prueba genética y acceso al historial clínico; limitaciones de la persona donante; contacto con los/as posibles hermanos/as; el equilibrio entre donante y descendiente; (147 ítems con opción de respuesta múltiple).
Kalampalikis, Haas, Fieulaine, Doumergue, & Deschamps, 2013	Francia	*	33 donantes de espermatozoides	Entrevista	*	Analizar los puntos de vista, la experiencia y motivos referentes a la donación de los	Experiencia y motivaciones de la donación de espermatozoides.



(366)

donantes de  
espermatozoides.

Hostiuc, 2013 (367)	Rumanía	*	142 médicos residentes	Entrevista Cuestionario online	*	Estudiar los puntos de vista de médicos jóvenes referentes a la beneficios e inconvenientes las TRHA.	RHA (9 ítems con opción de respuesta múltiple). Opiniones sobre la RHA (9 ítems con opción de respuesta múltiple).
Gomez & de la Rochebrochard, 2013 (368)	Francia	Descriptivo	128 pacientes	Cuestionario	*	Conocer las características y experiencias de las pacientes que buscan atención reproductiva en otros países.	Tipo de donación según el país (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Características sociodemográficas: edad mujer, sexo, estado civil, tiene hijos/as, nivel ocupacional mujer y lugar de residencia. Método de selección del centro reproductivo (8 ítems con opción de respuesta múltiple).
Blyth, Kramer, & Schneider, 2013 (369)	Reino Unido	*	108 padres de hijos/as concebidos con donación de ovocitos.	Cuestionario online	*	Evaluar las perspectivas, experiencias y elecciones de los padres con hijos/as concebidos por	Si han obtenido consejos y discutido en clínicas la opción de donantes anónimos o con identidad (1 ítem con medición tipo Likert). Si han obtenido consejo de

						donación de ovocitos.	expertos (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Qué tipo de consejo recibieron (1 ítem con opción de respuesta múltiple).
Rosanna Hertz, Nelson, & Kramer, 2013 (370)	EE.UU.	*	513 personas nacidas por donación.	Cuestionario autocumplimentado online	*	Evaluar la edad, conocimiento i el entorno familiar de las personas donantes de espermatozoides y ovocitos nacidos por donación.	Conocimiento de la donación y el entorno familiar (10 ítems con opción de respuesta múltiple).
Susan Golombok, Blake, Casey, Roman, & Jadva, 2013 (254)	Reino Unido	*	101 mujeres	Cuestionario autocumplimentado	*	Evaluar el altruismo en la donación de ovocitos entre etnias distintas.	Características sociodemográficas: edad, nivel educativo, ocupación y religión. Situaciones altruistas (20 ítems con medición tipo Likert).
Gunilla Sydsjö, Lampic, Bladh, & Svanberg, 2014 (31)	Suecia	Prospectivo de cohortes	119 donantes de esperma y 220 donantes de ovocitos	Cuestionario	*	Investigar las opiniones sobre el número aceptado de hijos/as concebidos mediante la	Características sociodemográficas: edad, educación, estado civil y si tienen la misma pareja que cuando hicieron la donación, si tienen hijos biológicos y número.

						donación de gametos.	El número de veces que han donado gametos. Si han donado en más de una clínica en Suecia. Si han donado en el extranjero. Si conocen el número de hijos/as nacidos/as. Su opinión sobre el número de hijos/as nacidos/as.
Bay, Larsen, Kesmodel, & Ingerslev, 2014 (371)	Dinamarca	*	200 donantes de espermatozoides	Cuestionario	*	Estudiar la motivación y actitudes de los donantes anónimos respecto a la compensación económica y la inseminación de las mujeres sin pareja y parejas homosexuales de mujeres.	Características sociodemográficas: edad, perfil básico, duración de la donación, número de donaciones, importe de la retribución económica para la donación, si tiene pareja, si tienen hijos biológicos, si son donantes de sangre y perfil profesional.  Razones para donar entre donantes activos de espermatozoides (3 ítems con opción de respuesta múltiple).  Actitudes entre las donaciones anónimas y los donantes de espermatozoides anónimos (4 ítems con opción de

							respuesta múltiple). Actitudes de las mujeres sin pareja y parejas homosexuales de mujeres (2 ítems con opción de respuesta múltiple).
Lampic, Skoog Svanberg, & Sydsjö, 2014 (164)	Suecia	Longitudinal	181 donante de ovocitos y 118 donantes de espermatozoides	Cuestionario	Sí	Conocer las actitudes de los donantes de ovocitos y de espermatozoides frente la divulgación y su relación con la descendencia.	Características sociodemográficas: edad, estado civil, educación, hijos/as biológicos y si su donación ha terminado en embarazo). Revelación de sus orígenes a su descendencia (6 ítems con medición tipo Likert). Participación con su descendencia (5 ítems con medición tipo Likert).
Kirkman, Bourne, Fisher, Johnson, & Hammarberg, 2014 (372)	Australia	*	36 donantes de espermatozoides y 6 donantes de óvulos	Entrevista semi estructurada	*	Expectaciones y experiencias de donantes de gametos referente al contacto con sus receptores.	Opiniones sobre el contacto con la persona donante; opiniones sobre el riesgo de consanguinidad; (preguntas abiertas).
Stina Isaksson et al., 2014 (30)	Suecia	Longitudinal de cohortes	210 donantes de ovocitos y espermatozoides	Cuestionario	*	Investigar las actitudes y preferencias de las personas donantes	Características sociodemográficas: edad, nivel educativo, estado civil, si tiene hijos biológicos, si

						no anónimas respecto a tener un futuro contacto con las personas concebidas mediante la donación de sus gametos.	conoce el resultado de su donación. Preguntas sobre su actitud (7 ítems con medición tipo Likert).
(Indekeu, D'Hooghe, Daniels, Dierickx, & Rober, 2014 (373))	Bélgica	Estudio cualitativo longitudinal	19 mujeres receptoras de espermatozoides	Entrevista presencial	*	Examinar los puntos de vista a lo largo del tiempo de las receptoras de espermatozoides referente a la paternidad y la familia.	Entrevista en 3 fases distintas de la gestación: edad, nacionalidad, referente a la recepción de espermatozoides y referente a la posibilidad de rebelar al/a la hijo/a su procedencia.
Crawshaw & Montuschi, 2014 (255)	Reino Unido	*	79 participantes	Entrevista	*	Evaluar los puntos de vista de los participantes sobre la donación y la preparación de la paternidad.	Experiencia en el taller (3 ítems con medición tipo Likert). Intervención de psicólogos especializados (3 ítems con medición tipo Likert). Intervención de especialistas médicos (3 ítems con medición tipo Likert).

Intervención de los mismos participantes (3 ítems con medición tipo Likert).

Bossema et al., 2014 (374)	Holanda	*	5 donantes de espermatozoides y 5 no donantes de espermatozoides	Entrevistas	*	Comparar las razones de donación de espermatozoides entre la vía formal (clínicas) <i>versus</i> la vía informal (internet)	Características sociodemográficas: edad, nivel educativo, religión, estado civil, donante de sangre y registro en donación de órganos.  Razones de donar espermatozoides por la vía formal e informal (2 ítems de respuesta abierta).
Mohr, 2014 (375)	Dinamarca	*	26 hombres	Entrevista	*	Evaluar más allá de la motivación la consecuencia de ser donante de espermatozoides.	Entrevista referente al beneficio económico del donante, su elección al anonimato y sus motivos.
Vassena & Trullenque, 2015 (376)	España	*	229 mujeres receptoras de gametos	Entrevistas con psicólogos y profesionales de la salud	El cuestionario se validó con una prueba piloto con 20 mujeres.	Evaluar el conocimiento que se tiene acerca de la fertilidad y la concienciación en mujeres candidatas a ser donantes de ovocitos.	Características sociodemográficas: edad, número de hijos/as y expectativas futuras, edad ideal para tener un primer y un/a último hijo/a, nivel de educación, país, situación laboral, estado civil, hijos/as (si o no). De los 8 ítems de la

							encuesta, 4 de ellos evalúan el grado de conocimiento en fertilidad y la donación de ovocitos mediante cuestiones correctas o incorrectas.
Goldberg & Scheib, 2015 (377)	EE.UU.	*	14 madres solteras y 36 parejas homosexuales con mujeres	Entrevista telefónica	*	Experiencias de madres solteras y con pareja a compartir el mismo donante.	Motivación a compartir el mismo donante de espermatozoides (1 ítem con opción de respuesta múltiple). Experiencia de compartir el mismo donante de espermatozoides (1 ítem con opción de respuesta múltiple).
Rubin, de Melo-Martin, Rosenwaks, & Cholst, 2015 (378)	EE.UU.	*	22 mujeres	Entrevista semiestructurada	*	Estudiar cómo influye la información del donante de ovocitos en el proceso de selección en las personas receptoras.	Características sociodemográficas. Roles de la información en la selección del donante, dilema de tener la información y las paradojas de escoger.
Ravelingien et al., 2015 (379)	Bélgica	Estudio cualitativo	34 parejas heterosexuales y 34 parejas	Entrevistas presenciales semiestructuradas	*	Evaluar los puntos de vista de los receptores referente	Fase 1: experiencias de su vida sobre la decisión de concebir por donación, el tratamiento de la donación

homosexuales de mujeres

al pago de los espermatozoides.

y la comunicación con su entorno del tratamiento (3 ítems con respuesta abierta).  
Fase 2: razonamiento ético como la decisión de optar a un donante anónimo (3 ítems con respuesta abierta).

Ravelingien et al., 2015 (380)	Bélgica	Estudio cualitativo	20 parejas homosexuales de mujeres	Entrevista	*	Evaluar los puntos de vista de no poder escoger el donante de espermatozoides.	Selección de la persona donante, características fenotípicas e implicaciones de una persona receptora.
Hertz, Nelson, & Kramer, 2015 (28)	Se utiliza un registro internacional	*	57 donantes de espermatozoides	Cuestionario autocumplimentado online	Sí, validez de contenido ( <i>pretested to ensure face and content validity</i> ).	Conocer las actitudes y experiencias de los donantes de espermatozoides que han contactado con los hijos/as nacidos mediante sus gametos o los receptores.	Características de los donantes: número de años de donaciones, número de años desde la última donación, edad, edad a la que empezó a donar y edad de la última donación. Tipos de contacto. Relación. Sentimiento de responsabilidad, actitudes, integración e inclusión con su propia familia, y medidas de inclusión (los ítems con medición tipo Likert y con



						opción a añadir comentarios).
van den Akker, Crawshaw, Blyth, & Frith, 2015 (29)	Reino Unido	*	65 personas adultas concebidas mediante gametos de donante, 21 donantes de espermatozoides y 5 donantes de ovocitos	Cuestionario autocumplimentado online y en papel	Se modifica un cuestionario estandarizado ( <i>Aspects of Identity Questionnaire -AIQ-IIIx</i> ) de 35 ítems de manera que sirva para obtener información sobre identidad (personal, social y colectiva) quedándose con 25 ítems que posteriormente se validan.	<p>Determinar la influencia de las experiencias de una persona donante o concebida mediante gametos de donante sobre los componentes de identidad personales, sociales y colectivos. Además, para las personas concebidas por donación, conocer la influencia que tiene el momento de conocer la naturaleza de su concepción en función de la edad.</p> <p>Características sociodemográficas: sexo, estado civil, mayor nivel educativo, religión (si es practicante o no).</p> <p>Razones para iniciar la búsqueda (ítems con opción de respuesta múltiple).</p> <p>Consecuencias y efectos en sus relaciones cuando encuentran una relación genética (10 ítems con medición tipo Likert).</p> <p>Consecuencias anticipadas de ser encontrado por una relación genética y efectos en su relación (8 ítems con medición tipo Likert).</p> <p>Pensamientos y sentimientos cuando se encuentra una relación genética (82 ítems con medición tipo Likert).</p> <p>Dificultades de los participantes (que ya han</p>

							encontrado relación genética o no) sobre estar en un registro voluntario (9 ítems con medición tipo Likert).
Nelson, Hertz, & Kramer, 2016 (27)	EEUU	*	176 donantes de ovocitos, 149 donantes de espermatozoides, 2134 padres que han requerido gametos de donante y 419 descendientes.	Cuestionario autocomplimentado online	*	Conocer las actitudes de las tres partes interesadas en el mundo de la donación de gametos para la RHA respecto la donación anónima y el límite en el número de hijos/as concebidos.	Características sociodemográficas: mujer, caucásica, heterosexual, edad, estado civil.  Actitud respecto la donación y los límites en cuanto al número de descendientes (ítems con medición tipo Likert y con opción a añadir comentarios).
Woestenburg, Winter, & Janssens, 2016 (100)	Países Bajos	*	Países Bajos	44 donantes esperma	Cuestionario autocomplimentado online	Conocer las motivaciones de los donantes de esperma por internet y bancos de semen.	Motivaciones de la donación (6 ítems con opción de respuesta múltiple).  Razones de las donaciones realizadas por internet (8 ítems con opción de respuesta múltiple).  Información que los donantes desean recibir (6 ítems con opción de respuesta múltiple).

							Actitudes de los donantes de espermatozoides respecto el contacto con las personas concebidas mediante su donación (8 ítems con opción de respuesta múltiple).
Zadeh, Freeman, & Golombok, 2016 (381)	Reino Unido	*	46 mujeres que han tenido un/a hijo/a por donación.	Cuestionario	*	Evaluar las opiniones de las mujeres que han utilizado espermatozoides de donante anónimo o identificativo.	Opiniones relacionadas con el donante y sus percepciones.

### Anexo 3: Primer borrador encuesta (propuesta inicial)

---

Marca la respuesta elegida mediante una  en la casilla correspondiente.

1. ¿Conoces la diferencia entre semen y óvulos?

- Sí.
- No.

2. ¿Crees que tienes suficiente información respecto a la donación de semen y/o de óvulos para la reproducción humana?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

3. ¿Qué fuentes de información has tenido sobre la donación de semen y óvulos para la reproducción humana?

	Sí	No	NS/NC
Amigos			
Familia			
Películas/TV			
Revistas especializadas			
Otros. En este caso, especifica:			

4. En España, la donación de semen y óvulos:

- Es anónima.
- No es anónima.
- NS/NC.

5. En España, por la donación de semen y óvulos:

- Recibes una compensación económica por las molestias físicas, desplazamiento y por horas de trabajo perdidas.
- Te pagan por la donación (con carácter lucrativo o comercial).
- NS/NC.

6. ¿Qué cantidad de dinero recibe una donante de óvulos por una donación?

- Menos de 899€.
- Entre 900 y 1200€.
- Más de 1201€.
- Según la cantidad y calidad de los óvulos.
- NS/NC.

7. ¿Qué cantidad de dinero recibe un donante de semen por una donación?

- Menos de 49€.
- Entre 50 y 100€.
- Más de 101€.
- Según la cantidad y calidad del semen.
- NS/NC.

8. ¿Entre qué edad pueden ser donantes las mujeres según la ley?

	Sí	No	NS/NC
Si tienen entre 18 y 35 años			
Si tienen entre 18 y 50 años			
A cualquier edad			

9. ¿Entre qué edad pueden ser donantes los hombres según la ley?

	Sí	No	NS/NC
Si tienen entre 18 y 35 años			
Si tienen entre 18 y 50 años			
A cualquier edad			

10. En España, ¿existe un registro de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

11. ¿Cuántos niños nacieron vivos en Cataluña el año 2013 mediante técnicas de reproducción humana asistida?

- 1590.
- 7186.
- 12734.
- NS/NC.

En 2013, ¿qué porcentaje de los nacidos vivos en Cataluña es mediante técnicas de reproducción humana asistida?

- Aproximadamente el 5%.
- Aproximadamente el 10%.
- Aproximadamente el 15%.
- NS/NC.

12. ¿Cuántos niños nacieron vivos en Cataluña el año 2013 mediante donación de semen?

- 103.
- 722.
- 1357.
- NS/NC.

¿Y mediante donación de óvulos?

- 1457.
- 4246.
- 7457.
- NS/NC.

13. Las familias o mujeres que utilizan semen y/o óvulos de donante para tener un hijo, ¿qué deberían conocer del donante?

	Sí	No	NS/NC
Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura,...			
Su edad			
Su historial clínico			
Su grupo sanguíneo			
Su etnia (componente racial)			

El coeficiente intelectual			
La religión/creencias			
Las aficiones			

14. A los donantes, se les debería hacer pruebas:

	Sí	No	NS/NC
Test psicológico-psiquiátrico			
Test para conocer su inteligencia			
Historial médico personal y familiar			
Análisis de sangre completo			
Análisis genético para conocer si es portador de una enfermedad (aunque no la padecen, pero la pueden transmitir)			

15. ¿Crees que un niño nacido mediante semen y/o óvulos de donante debería saberlo?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que SÍ, ¿cuándo debería saberlo?

(marca todas las respuestas que creas conveniente)

- Cuanto antes mejor.
- Cuando sea mayor de edad.
- Cuando sus padres legales lo crean conveniente.
- Solo lo tienen que decir las parejas de lesbianas.
- Solo lo tienen que decir las madres solteras.

16. ¿Crees que un niño nacido mediante semen y/o óvulos de donante debería conocer a al/los donante(s)?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que SÍ, ¿por qué?

(marca todas las respuestas que creas conveniente)

- Porque es su padre/madre genético/a.
- Solo si es necesario por cuestiones médicas.
- Para pedirle la pensión de manutención.
- Por curiosidad.
- Porque es su padre/madre real.
- Otros. En este caso, especifica:

17. ¿Serías donante de semen/óvulos?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que SÍ, ¿en qué situación?

	Sí	No	NS/NC
Si lo necesita un familiar para tener hijos			
A cambio de una compensación económica por las molestias			
A cambio de dinero (con carácter lucrativo o comercial)			
Para tener hijos			
Para ayudar a las personas a tener hijos			
Otros. En este caso, especifica:			

A continuación, se presentan unas preguntas de carácter más personal:

18. Año de nacimiento:

19. Sexo:

- Masculino.
- Femenino.



20. Estudiante actualmente:

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que SÍ, nivel educativo de los estudios que estoy realizando:

- Graduado ESO (educación secundaria).
- Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).
- Ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria).
- Ciclo formativo de grado superior (educación superior).
- Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).
- Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).
- Máster (educación superior).
- Doctorado (educación superior).

Si actualmente estás estudiando, ¿en qué curso académico estás?

- Primero.
- Segundo.
- Tercero.
- Cuarto.
- Quinto.
- Sexto.

21. Último nivel educativo finalizado:

- Educación primaria.
- Graduado ESO (educación secundaria).
- Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).
- Ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria).
- Ciclo formativo de grado superior (educación superior).
- Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).
- Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).
- Máster (educación superior).
- Doctorado (educación superior).

22. **Ámbito de estudio o profesión:**

- Ciencias de la salud.
- Ciencias.
- Biociencias.
- Ciencias sociales y jurídicas.
- Artes y humanidades.
- Ingeniería.

23. **Condición religiosa:**

- Ateo.
- Agnóstico.
- Budismo.
- Judaísmo.
- Cristianismo.
- Islamismo.
- Hinduismo.
- Otros.

24. **Estado civil:**

- Soltero.
- Pareja de hecho.
- Casado.
- Separado o divorciado.
- Viudo.

25. **Orientación sexual:**

- Heterosexual.
- Homosexual.
- Bisexual.

26. Situación familiar:

- Nacido gracias a un donante mediante técnicas de reproducción humana asistida.
- Adoptado.
- Hijo genéticamente vinculado a sus padres biológicos.
- Otros.

27. Alguien de mi entorno o yo mismo, ¿ha utilizado técnicas de reproducción humana asistida?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

28. Alguien de mi entorno o yo mismo, ¿ha sido donante de semen/óvulos?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

## Anexo 4: Primer contacto con el panel de expertos

---

A continuación, se presenta un ejemplo del primer email que se ha utilizado como base para enviar a las 18 personas expertas:

Apreciada/o [Nombre],

Mi nombre es Laia Selva y actualmente estoy realizando una tesis doctoral dirigida por la Dra. María Casado en la línea de investigación de Bioética y Derecho, en la Facultad de Derecho, y en el seno del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona. Mi base es científica (Biotecnología) y mis posteriores especializaciones, a nivel de máster, son en reproducción asistida, bioética y derecho y educación para la salud.

Tuve la suerte de coincidir con usted [personalizado].

Una parte de la realización de mi tesis requiere la validación de una encuesta mediante el método Delphi, para lo que se precisa un grupo de expertos en distintas áreas de conocimiento. Por este motivo me atrevo a solicitar su ayuda a fin de validar dicha encuesta.

Se trata de un procedimiento que tiene como objetivo la recopilación de opiniones con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración del cuestionario y conseguir de este modo un consenso suficiente para la realización y validación de las mismas. Se utilizará la escala de Likert a fin de medir el grado de conformidad con cada una de las preguntas.

Por su formación como [personalizado] y su trayectoria profesional en el campo de [personalizado] con una visión desde [personalizado] me gustaría poder contar con usted en el grupo de expertos. Para poder explicarle más a fondo de qué trata y qué implica, me pongo a su disposición para que podamos entrevistarnos directamente. Puede contactar conmigo fácilmente a través de este email (xxxx@gmail.com) o por teléfono (xxx xx xx xx).

Una de las principales condiciones del método Delphi es que el proceso garantice el anonimato de los expertos; es por este motivo que le agradecería que tratara el contenido de este email como confidencial.

Muchas gracias por su atención y ayuda.

Laia Selva Pareja

[Fecha]

## Anexo 5: Email de confirmación de participación con el panel de expertos

---

Ejemplo del segundo email enviado a aquellos expertos que han mostrado interés por participar:

Apreciada/o [Nombre],

Le agradezco sinceramente el interés manifestado en su correo electrónico anterior, por lo que le facilito más información para que pueda decidir si finalmente acepta formar parte del grupo de expertos para la validación de la encuesta.

La encuesta es una parte fundamental de mi tesis doctoral realizada en la línea de investigación de Bioética y Derecho que estoy realizando en la actualidad en la Facultad de Derecho y en el seno del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona, y viene precedida por dos tesinas de fin de máster, realizadas simultáneamente durante el curso académico 2014/2015.

En la encuesta se valoran los conocimientos, actitudes y valores de los voluntarios participantes sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la reproducción humana asistida y la donación de gametos para la reproducción humana asistida en base a tres dimensiones: la bioética, la social y la legal. Consta de 14 preguntas cerradas, 3 preguntas semicerradas y 11 variables sociodemográficas y personales.

En total, la encuesta comprende 28 preguntas (incluyendo las variables) en las cuales, tanto la pregunta como las posibles opciones y las variables, están justificadas mediante una búsqueda bibliográfica. A partir de esta búsqueda bibliográfica se extraen los puntos clave a tener en cuenta y que se valorarán posteriormente.

A lo largo de mi tesis doctoral, se pasará la encuesta a estudiantes universitarios y de ciclos formativos de grado superior (mayores de 18 años) de Lleida, pero las variables quedan abiertas (como por ejemplo, la referida al nivel educativo) para que la encuesta pueda ampliarse en un futuro a una muestra más amplia.

La encuesta se presenta en español y está redactada para población que no necesariamente tiene conocimientos sobre técnicas de reproducción humana asistida y/o donación de gametos para la reproducción.

En cuanto al método Deplhi, he pensado realizarlo (se acabará de concretar cuando tenga la confirmación de todos los expertos) siguiendo la temporización que se detalla a continuación:

Primer pase: del 20 al 27 de abril del 2016.

Segundo pase: del 2 al 9 de mayo del 2016.

Tercer pase: del 11 al 18 de mayo del 2016.

Cada una de estos pases incluye 8 días para su valoración: el primer día se recibe el documento mediante correo electrónico (a no ser que se exprese lo contrario) y como máximo, el último día de cada pase, el experto deberá enviarme mediante correo electrónico la valoración.

Si se considera que no es suficiente con tres pases, se puede alargar un máximo de cinco, llegando así hasta, como tarde, al día 9 de junio.

El documento que le enviaré por correo electrónico constará de una hoja informativa del proceso y cada una de las preguntas y variables de la encuesta con la escala de Likert, para poder medir el grado de conformidad, y de un apartado para poder anotar observaciones/sugerencias.

Tanto a efectos de la tesis como con vistas a una publicación futura, es imprescindible el mantenimiento y garantía de la confidencialidad de todos los documentos e información facilitada durante el proceso así como una vez finalizado el mismo. Por este motivo, el documento que recibirá por correo electrónico requerirá de una clave de acceso que le será facilitada.

Muchas gracias por su atención y ayuda.

Atentamente,

Laia Selva

[Fecha]

## Anexo 6: Cierre del método Delphi

---

Ejemplo del email enviado a todas las expertas que han participado en el método Delphi:

Apreciada/o [Nombre],

[Personalizado]. Retomando el proceso de validación del contenido de la encuesta mediante el método Delphi, me pongo en contacto con usted para enviarle el último documento en el que se han analizado los comentarios y valoraciones de las tres fases. Con ello, doy por finalizado el método.

Le agradezco mucho su colaboración, y como reflejo en el documento, si está interesado en conocer cómo evoluciona la validación de la encuesta, se puede poner en contacto conmigo en cualquier momento.

Le pido disculpas por estos meses de espera desde la devolución de la tercera fase hasta este correo. Estuve esperando para recibir alguna de las valoraciones y creí pertinente dejarlo algún tiempo para reflexionar sobre el análisis, comentarios y el proceso en general.

En mi tesis doctoral haré referencia al método y, con ello, a los expertos (todos ellos, aunque hayan participado solo en una fase del método). Por este motivo, haré un resumen breve y muy general de su trayectoria profesional sin que pueda llegar a ser identificativo de manera directa. Si lo prefiere, se lo puedo enviar para que haga las modificaciones que crea pertinentes, o bien, elimine o añada información.

El proceso llevado a cabo durante el método Delphi era, como informé en el primer documento informativo, anónimo. Ahora, una vez finalizado, ya no es anónimo, con lo que, si desea que las demás personas expertas puedan conocer quién ha participado en el proceso, hágamelo saber. De cualquier otro modo, yo no facilitaré ningún nombre. En la tesis doctoral se mantendrá el anonimato.

Durante el proceso de validación han participado personas implicadas en el proceso de donación de gametos para la reproducción humana asistida. En ningún caso se facilitará información sobre ellas (a parte de su situación familiar), ni en la tesis doctoral, ni al resto de grupo de expertas.

Le recuerdo que a efectos de la tesis como con vistas a una publicación futura, es imprescindible el mantenimiento y garantía de la confidencialidad de todos los documentos e información facilitada durante el proceso, así como una vez finalizado el mismo. De nuevo, muchísimas gracias por su participación y ayuda.

Cordialmente,

Laia Selva Pareja

[Fecha]

## Anexo 7: Segundo borrador encuesta

---

Por las características de la encuesta y para facilitar su lectura, se usará el masculino para designar: a niño(s)/niña(s), a hijo(s)/hija(s) y al donante/la donante.

Cuando se refiere a “semen u óvulos”, para facilitar su lectura, no se utiliza “semen y/u óvulos” a pesar de que puede ser uno u otro, o bien, ambos en función de la pregunta.

Marque la respuesta elegida mediante una  en la casilla correspondiente.

1. ¿Ha buscado o recibido información sobre la donación de semen u óvulos para la reproducción humana asistida?

- Sí.
- No.

En el caso de contestar que SÍ, ¿qué fuentes de información?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Amigos.
- Familia.
- Películas.
- Medios de comunicación (TV/Radio/Prensa).
- Internet.
- Ginecólogo/Médico/Profesional sanitario.
- Revistas especializadas.
- Otros. En este caso, especifique: ...

2. ¿Cree que tiene suficiente información sobre la donación de semen u óvulos para la reproducción humana asistida?

- Sí.
- No.
- NS/NC.



A continuación, se presentan unas preguntas más concretas:

3. Para una mujer sana sin problemas de fertilidad, ¿en qué rango de edad disminuye considerablemente la posibilidad de concebir un hijo?
  - 22-27 años.
  - 28-34 años.
  - 35-41 años.
  - NS/NC.
  
4. Para una mujer sana sin problemas de fertilidad diagnosticados que no consigue un embarazo de forma natural, si acude a reproducción humana asistida sin recurrir a donación de semen u óvulos, ¿cómo influirá eso en la probabilidad de quedarse embarazada?
  - Disminuye drásticamente.
  - Disminuye ligeramente.
  - No varía.
  - Aumenta ligeramente.
  - Aumenta drásticamente.
  - NS/NC.
  
5. En 2013, ¿cuál fue el porcentaje aproximado de nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida?
  - 1-5 %.
  - 6-10 %.
  - 11-15 %.
  - NS/NC.
  
6. En 2013, del total de niños nacidos vivos en Cataluña mediante técnicas de reproducción humana asistida, ¿cuál fue el porcentaje aproximado que utilizó semen u óvulos de donante?
  - 1-15 %.
  - 16-40 %.
  - 41-55 %.
  - 56-70 %.
  - NS/NC.

7. ¿Quién debería tener derecho a acceder a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Parejas heterosexuales.
- Parejas lesbianas.
- Mujeres solas.
- Otros. En este caso, especifique: ...

8. ¿En qué casos debería poder recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Por ausencia de varón en la relación (por ejemplo, mujeres solas o lesbianas).
- Por problemas de fertilidad, tanto del varón como de la mujer (por no poder conseguir un embarazo de forma natural).
- En caso de enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir al hijo/a (en este caso, se evitaría que el hijo/a lo padezca).
- Para seleccionar el sexo del bebé.
- Otros. En este caso, especifique: ...

9. ¿Cómo es el proceso de donación de semen u óvulos en España?

- Anónimo.
- No anónimo.
- NS/NC.

10. En España, ¿existe un registro único de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

11. ¿Cree que es importante que exista un registro de donantes mediante el cual poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante?

- Sí.
- No.
- NS/NC

12. ¿Qué recibe un donante por la donación de semen u óvulos?

- No se recibe ningún tipo de remuneración a cambio de la donación (como en el caso de la donación de sangre).
- Se recibe una compensación económica por las molestias físicas, desplazamientos y por horas de trabajo perdidas.
- Se paga por la donación (con carácter lucrativo o comercial).
- Se paga por la donación y se compensa por las molestias.
- NS/NC.

13. En cuanto a la cantidad de dinero, ¿qué recibe una donante de óvulos por una donación?

- Nada.
- Aproximadamente 50 €.
- Aproximadamente 500 €.
- Aproximadamente 1.000 €.
- Aproximadamente 2.000 €.
- NS/NC.

14. En cuanto a la cantidad de dinero, ¿qué recibe un donante de semen por una donación?

- Nada.
- Aproximadamente 50 €.
- Aproximadamente 500 €.
- Aproximadamente 1.000 €.
- Aproximadamente 2.000 €.
- NS/NC.

15. ¿Cree que un donante de semen u óvulos debería recibir una remuneración a cambio de la donación?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, la cantidad de dinero que recibe un donante, ¿cómo cree que debería determinarse?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Un pequeño detalle como agradecimiento por su donación altruista.
- Igual al salario mínimo establecido.
- Según la calidad de la muestra donada (variará en función del donante).
- En función de la dificultad y riesgo del proceso de obtención de la muestra (será diferente en hombres que en mujeres donantes).

- Cada centro debería poder decidir qué cantidad quiere dar a los/las donantes.
- En función de la oferta y la demanda.
- De manera que solo sirva para compensar las molestias (pérdida de días laborales, molestias físicas, transporte, dietas...), pero en ningún caso como recompensa o incentivo por el material donado.
- Otros. En este caso, especifique: ...

En el caso de contestar que Sí, entre donantes hombres y mujeres, ¿cómo cree que debería determinarse?

- Mayor para la donación de óvulos que para la de semen.
- Mayor para la donación de semen que para la de óvulos.
- La misma cantidad de dinero para el donante hombre que para las donantes mujeres.
- NS/NC.

16. Las familias o mujeres que utilizan semen u óvulos de donante para tener un hijo, ¿deberían poder conocer datos de/de la donante?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué datos del donante deberían tener a su disposición?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura,...
- Edad.
- Historial clínico.
- Grupo sanguíneo.
- Etnia (componente racial).
- Nivel de estudios.
- Coeficiente intelectual.
- Religión/creencias.
- Aficiones.
- Todo lo que le interese siempre que el donante esté de acuerdo.
- Otros. En este caso, especifique: ...

17. A una persona que quiera donar semen u óvulos, ¿se le debería hacer pruebas antes de realizar la donación?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que SÍ, ¿qué pruebas cree que se le deberían hacer?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Evaluación psicológica.
- Test para conocer su inteligencia.
- Historial médico personal y familiar.
- Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.
- Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padece, la pueden transmitir).
- Otra. En este caso, especifique: ...

18. ¿Cree que un niño nacido mediante semen u óvulos de donante debería conocer cómo ha sido concebido?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que SÍ, ¿en qué condición familiar?

- Parejas heterosexuales.
- Parejas lesbianas.
- Madres solteras.
- En cualquier condición familiar.
- Otra. En este caso, especifique: ...

En el caso de contestar que SÍ, ¿cuándo debería saberlo?

- Desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad.
- Cuando sea mayor de edad.
- Cuando sus padres/madres/mujer sola lo crean conveniente.

19. ¿Cree que el niño que ha nacido por reproducción humana asistida con el semen y/u óvulos de donante debería poder conocer sus orígenes, en este caso, conocer de dónde proviene y también, conocer la identidad del/de la donante?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En caso de contestar que SÍ, ¿por qué?

- Si es necesario por cuestiones médicas.

- Si el niño siente la necesidad de conocerlo.
- Porque es su padre/madre genéticos.
- Por curiosidad.
- Para pedirle la pensión de manutención.
- Otro. En este caso, especifique: ...

En el caso de contestar que NO, ¿por qué?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Podría crear un conflicto de identidad en el niño.
- Podría afectar al desarrollo socio-afectivo, sentimiento de frustración o engaño, del niño.
- Podría desestructurar la realidad o contexto familiar actual.
- Posible rechazo a sus padres/madres.
- Otro. En este caso, especifique: ...

20. En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?

- El derecho a la intimidad del donante, de manera que no se pueda conocer su identidad.
- El derecho del niño a conocer sus orígenes, de manera que debería poder conocer cómo ha sido concebido y la identidad del donante.
- NS/NC.

21. ¿Cree que una persona que quiere realizar una donación de semen u óvulos debería tener conocimientos previos sobre el proceso?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿qué tipo de conocimientos?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Clínicos: si existen requisitos previos en cuanto a su salud o qué repercusiones puede tener para su salud.
- Económicos: si recibirá algún tipo de remuneración o si le implica una repercusión económica en el futuro.
- Sociales: si puede tener contacto con la mujer, familia o niño nacido mediante la donación antes, durante o al final del proceso.
- Emocionales: si podrá recibir información de la mujer, familia o niño nacido mediante la donación.
- Legales: si le implica una repercusión legal en cuanto al niño nacido mediante la donación.
- Otros. En este caso, especifique: ...

22. ¿Sería usted donante de semen u óvulos?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Si lo necesita un familiar para tener hijos.
- Si lo necesita un amigo para tener hijos.
- Para ganar dinero.
- Para tener hijos genéticamente míos y no tenerlos que cuidar.
- Para ayudar a otras personas a tener hijos.
- Otras. En este caso, especifique: ...

En el caso de contestar que Sí, ¿en qué situación legal?

- Solo si existe anonimato.
- Solo si se puede conocer al donante (identidad abierta).
- En cualquier caso.
- NS/NC.

23. ¿Cree que la responsabilidad del donante acaba en la donación?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

En el caso de contestar que NO acaba en la donación, ¿qué responsabilidad cree que debería tener?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Estar dispuesto a proporcionar información médica importante para la salud del niño nacido en la clínica que hizo la donación.
- Estar dispuesta a proporcionar información personal al niño nacido gracias a la donación.
- Estar dispuesto a conocer al niño nacido gracias a la donación (y si él lo desea, tener una relación cercana).
- Económica, si el niño nacido por donación lo necesita.
- De ejercer como tutor legal si es necesario.
- Otras. En este caso, especifique: ...

A continuación, se presentan unas preguntas de carácter sociodemográfico y personal para establecer el perfil del encuestado:

24. Año de nacimiento: \_\_\_\_\_

25. Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

26. Orientación sexual:

- Heterosexual.
- Homosexual.
- Bisexual.
- Otra.

27. Estado civil:

- Soltero.
- Pareja de hecho.
- Casado.
- Separado o divorciado.
- Viudo.

28. Último nivel educativo finalizado o realizando actualmente:

- Educación primaria.
- Graduado ESO (educación secundaria).
- Bachillerato, BUP, COU o PREU (educación secundaria).
- Ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria).
- Ciclo formativo de grado superior (educación superior).
- Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).
- Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).
- Máster (educación superior).
- Doctorado (educación superior).

29. ¿Está estudiando actualmente?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

30. Ámbito de estudio o profesión:

- Ciencias de la salud (medicina, farmacia, enfermería, ...).
- Ciencias (física, química, geología, ...).
- Biociencias (biomedicina, biotecnología, genética, ...).
- Ciencias sociales y jurídicas.
- Artes y humanidades.
- Ingenierías.
- Otro.



31. ¿Tiene un trabajo remunerado actualmente?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

32. Creencias o condición religiosa:

- Ateo.
- Agnóstico.
- Budista.
- Judío.
- Cristiano.
- Musulmán.
- Hindú.
- Otro.

33. Condición familiar:

- Nacido mediante técnicas de reproducción humana asistida sin recurrir a la donación.
- Nacido gracias a una donación mediante técnicas de reproducción humana asistida.
- Adoptado.
- Hijo genéticamente vinculado a sus padres legales sin recurrir a técnicas de reproducción humana asistida.

34. ¿Alguien de su entorno o usted mismo, ha recurrido a técnicas de reproducción humana asistida?

- Sí.
- No.
- NS/NC

35. ¿Alguien de su entorno o usted mismo, ha sido donante de semen/óvulos?

- Sí.
- No.
- NS/NC.

## Anexo 8: Contacto con expertas para la discusión

---

A continuación, se presenta un ejemplo del email que se ha utilizado como invitación para la discusión con expertas:

Apreciada [Nombre],

Mi nombre es Laia Selva y actualmente estoy realizando mi tesis doctoral dirigida por la Dra. Itziar de Lecuona y tutorizada por la Dra. María Casado en la línea de investigación de Bioética y Derecho, en la Facultad de Derecho y en el seno del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona. Mi formación de base es científica (Biotecnología) y mis posteriores especializaciones, a nivel de Máster, son en reproducción asistida, bioética y derecho y educación para la salud.

Tuve la suerte de coincidir con usted en [personalizado].

Me dirijo a usted porque una parte de la realización de mi tesis requiere la validación de una encuesta. Esta validación se inició a partir de la elaboración de una primera propuesta en la que se determinaba el significado del constructo “aspectos bioéticos, sociales y legales” de la donación de gametos para reproducción humana asistida y se identificaban las dimensiones “conocimientos, actitudes y creencias”. Esta propuesta ha sido confeccionada *ad hoc* para mi tesis doctoral. Esta es una parte fundamental de mi estudio y viene precedida por dos tesinas de fin de Máster, realizadas simultáneamente durante el curso académico 2014/2015.

En la primera fase de la validación se ha tratado de determinar la validez del constructo y contenido (en función del grado de conformidad), teniendo también en consideración la redacción y forma de la encuesta, por parte de las expertas y mediante el método Delphi. Para ello, he trabajado juntamente con dieciséis expertas de distintas áreas de conocimiento, proceso que ha conseguido una tasa de devolución final superior al 75 %.

Actualmente estoy iniciando la siguiente fase de validación para la que es importante contar con profesionales que tienen gran experiencia y conocimientos en los campos social, bioético y legal, ya que estos están directamente relacionados con las categorías de la encuesta.

Por este motivo me atrevo a solicitar su ayuda con el fin de continuar con la segunda etapa del proceso de validación de dicha encuesta. Esta ayuda consistiría en enviarle la encuesta (cuyo contenido ya está validado mediante otra metodología, como ya he comentado) para que, vía telefónica o personalmente, me dé su punto de vista subjetivo como experta antes de realizar y la prueba piloto. He creído conveniente realizar esta fase previa con expertas que tienen una formación muy específica para llevar a cabo la necesaria

“validación de criterio” de dicha encuesta, parte imprescindible y nuclear de mi tesis de doctorado.

Por su trayectoria profesional en [personalizado] deseo contar con sus aportaciones. Puede contactar conmigo fácilmente, mediante este correo electrónico (xxxx@gmail.com) o por teléfono (xxx xx xx xx), para que pueda explicarle más a fondo de qué se trata, o bien con el fin de que me confirme su disponibilidad.

Le agradecería que tratara el contenido de este correo como confidencial.

Muchas gracias por su atención y ayuda.

Laia Selva Pareja

[Fecha]

# Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida.

## Cuestionario LSP2016

---

**A** continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con los aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida. La encuesta consta de 36 preguntas y está dividida en tres partes: unas preguntas introductorias, unas más concretas y, por último, unas de carácter sociodemográfico y personal.

Antes de contestar la encuesta, debe tener presente diversos aspectos que se han tenido en cuenta para facilitar su lectura y cumplimentación:

- ✓ Se utiliza el masculino para designar a: niño(s)/niña(s), hijo(s)/hija(s) y el donante/la donante.
- ✓ Cuando se hace referencia a "semen u óvulos", no se utiliza "semen y/u óvulos" a pesar de que puede ser uno u otro, o bien, ambos, en función de la pregunta.

Recuerde que para contestarla se tiene que marcar la respuesta elegida con una **x**.

Muchas gracias por su colaboración.

MARQUE LA RESPUESTA ELEGIDA MEDIANTE UNA **x** EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE.

1. ¿Ha recibido o buscado información sobre la donación de semen u óvulos?

Sí.     No.     NS/NC.

→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué fuentes de información se ha basado? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

Amigos.     Familia.     Películas.     Medios de comunicación (TV/Radio/Prensa).

Internet.     Ginecólogo/ Médico/Profesional sanitario.     Revistas especializadas.

Otras. En este caso, especifique: .....

2. ¿Cree que tiene suficiente información sobre la donación de semen u óvulos para la reproducción humana asistida?

Sí.     No.     NS/NC.

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTAN ALGUNAS PREGUNTAS MÁS CONCRETAS:

3. Para una mujer sana sin problemas de fertilidad, ¿en qué rango de edad disminuye considerablemente la posibilidad de concebir un hijo de forma natural?

22-27 años.     28-34 años.     35-41 años.     42-48 años.     NS/NC.

4. Una mujer, de 40 años de edad, acude a un centro de reproducción humana asistida para conseguir un embarazo, ¿cómo influirá eso en la probabilidad de quedarse embarazada respecto a intentarlo de forma natural?

Disminuirá mucho.     Disminuirá poco.     No varía.

Aumentará poco.     Aumentará mucho.     NS/NC.

5. En los últimos años, ¿cuál cree que fue el porcentaje aproximado de nacidos vivos mediante técnicas de reproducción humana asistida?

1-5%.     6-10%.     11-15%.     NS/NC.

6. En los últimos años, del total de niños nacidos vivos mediante técnicas de reproducción humana asistida, ¿cuál cree que fue el porcentaje aproximado que utilizó semen u óvulos de donante?

1-15%.     16-40%.     41-55%.     56-70%.     NS/NC.

7. **¿Quién debería poder acceder a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Parejas heterosexuales.     Parejas de mujeres homosexuales.
- Parejas de hombres homosexuales.     Mujeres solas.     Hombres solos.
- Otros. En este caso, especifique: .....

8. **¿Cuáles serían las indicaciones para recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Por ausencia del sexo opuesto en la relación (por ejemplo, mujeres y hombres solos o parejas homosexuales).
- Por problemas de fertilidad, tanto del hombre como de la mujer (por no poder conseguir un embarazo de forma natural).
- En caso de enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir al hijo (en este caso, se evitaría que el hijo la padezca).
- Para seleccionar el sexo del bebé.
- Otras. En este caso, especifique: .....

9. **En España, el donante de semen u óvulos, ¿puede conocerse?**

- Sí.     No.     NS/NC.

10. **¿Cree que es importante que exista un registro de donantes?**

- Sí.     No.     NS/NC.

→ **En el caso de contestar que SÍ, ¿con qué finalidad?** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Para poder llevar un control de los niños que nacen de cada donante.
- Para que los niños que han nacido puedan conocer al donante si existe una causa justificada (por ejemplo, una enfermedad).
- Para que los niños que han nacido puedan buscar al donante.
- Para que los niños que han nacido puedan buscar a sus hermanos.
- Otras. En este caso, especifique: .....

11. En España, ¿qué recibe un donante por la donación de semen u óvulos?

- No recibe ningún tipo de remuneración a cambio de la donación (como en el caso de la donación de sangre).
- Recibe una compensación económica por las molestias físicas, desplazamiento y por horas de trabajo perdidas.
- Recibe un pago por la donación (con carácter lucrativo o comercial).
- Recibe un pago por la donación y una compensación por las molestias.
- NS/NC.

12. ¿Cree que un donante de semen u óvulos debería recibir una remuneración a cambio de la donación?

- Sí.       No.       NS/NC.

→ En el caso de contestar que **SÍ**, la cantidad de dinero que recibe un donante, ¿cómo cree que debería determinarse? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Un pequeño detalle como agradecimiento por su donación altruista (como en la donación de sangre).
- Igual al salario mínimo establecido.
- Según la calidad de la muestra donada (variará en función del donante).
- En función de la dificultad y riesgo del proceso de obtención de la muestra (será diferente en hombres que en mujeres donantes).
- Cada centro debería poder decidir qué cantidad quiere dar a los donantes.
- En función de la oferta y la demanda.
- De manera que solo sirva para compensar las molestias (pérdida de días laborales, molestias físicas, transporte, dietas...), pero en ningún caso como recompensa o incentivo por el material donado.
- Debería fijar la cantidad la administración pública.
- Otras. En este caso, especifique: .....

→ En el caso de contestar que **SÍ**, entre donantes hombres y mujeres, ¿cómo cree que debería determinarse?

- Mayor para la donación de óvulos que para la de semen.
- Mayor para la donación de semen que para la de óvulos.
- La misma cantidad de dinero para la donación de semen que para la donación de óvulos.
- NS/NC.

13. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe una donante de óvulos por una donación?

- Nada.       Aproximadamente 50 €.       Aproximadamente 500 €.  
 Aproximadamente 1.000 €.       Aproximadamente 2.000 €.       NS/NC.

14. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe un donante de semen por una donación?

- Nada.       Aproximadamente 50 €.       Aproximadamente 500 €.  
 Aproximadamente 1.000 €.       Aproximadamente 2.000 €.       NS/NC.

15. Las parejas, hombres o mujeres que utilizan semen u óvulos de donante para tener un hijo, ¿deberían poder conocer datos del donante?

- Sí.       No.       NS/NC.

→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué datos del donante debería tener a su disposición? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Edad.       Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura, ...  
 Historial clínico.       Grupo sanguíneo.       Etnia (componente racial).  
 Nivel de estudios.       Coeficiente intelectual.       Religión/creencias.  
 Aficiones.       Todo lo que le interese siempre que el donante esté de acuerdo.  
 Datos de contacto del donante.  
 Otros. En este caso, especifique: .....

16. A una persona que quiera donar semen u óvulos, ¿se le deberían hacer pruebas antes de realizar la donación?

- Sí.       No.       NS/NC.

→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué pruebas cree que se le deberían hacer? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Evaluación psicológica.  
 Test para conocer su inteligencia.  
 Historial médico personal y familiar.  
 Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.  
 Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezca, la puede transmitir).  
 Otras. En este caso, especifique: .....



17. En referencia a los receptores, es decir, las parejas, hombres o mujeres que utilizan semen u óvulos de donante para tener un hijo, ¿se les deberían hacer pruebas antes de recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida?

- Sí.     No.     NS/NC.



→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué pruebas cree que se les deberían hacer? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Evaluación psicológica.
- Test para conocer su inteligencia.
- Historial médico personal y familiar.
- Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.
- Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezca, la puede transmitir).
- Otras. En este caso, especifique: .....

18. ¿Cree que un niño que ha sido concebido mediante semen u óvulos de donante debería saberlo?

- Sí.     No.     NS/NC.



→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué condición familiar? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Parejas heterosexuales.                       Parejas de mujeres homosexuales.
- Parejas de hombres homosexuales.        Mujeres solas.
- Hombres solos.                                 En cualquier condición familiar.
- Otras. En este caso, especifique: .....

→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿cuándo debería saberlo?

- Desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad.
- Cuando sea mayor de edad.
- Cuando sus padres/madres lo crean conveniente.
- Otras. En este caso, especifique: .....

19. ¿Cree que el niño que ha sido concebido por reproducción humana asistida con el semen u óvulos de donante debería poder o "tiene derecho a" conocer la identidad del donante?

- Sí.       No.       NS/NC.

→ En caso de contestar que **SÍ**, ¿por qué? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Si es necesario por cuestiones médicas.
- Si el niño siente la necesidad de conocer su identidad.
- Porque es su padre/madre genético.
- Por curiosidad.
- Para pedirle la manutención.
- Para establecer una relación personal.
- Para reclamar la paternidad o maternidad.
- Otros. En este caso, especifique: .....

→ En el caso de contestar que **NO**, ¿por qué? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Por el derecho a la intimidad del donante.
- Podría crear un conflicto de identidad en el niño.
- Podría afectar al desarrollo socio-afectivo, sentimiento de frustración o engaño, del niño.
- Podría desestructurar la realidad o contexto familiar actual.
- Posible rechazo a sus padres/madres.
- Podría disminuir el número de donaciones.
- Otros. En este caso, especifique: .....

20. En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?

- El derecho a la intimidad del donante, de manera que no se pueda conocer su identidad.
- El derecho del niño a conocer sus orígenes, de manera que debería poder conocer cómo ha sido concebido y la identidad del donante.
- NS/NC.

21. ¿Cree que una persona que quiere realizar una donación de semen u óvulos, debería tener conocimientos previos sobre el proceso?

- Sí.       No.       NS/NC.

→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué tipo de conocimientos? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Clínicos: si existen requisitos previos en cuanto a su salud o qué repercusiones puede tener la donación para su salud.
- Económicos: si recibirá algún tipo de remuneración o si le implica una repercusión económica en el futuro.
- Sociales: si podrá tener contacto con la mujer, hombre, familia o niño nacido mediante la donación antes, durante o al final del proceso.
- Emocionales: si podrá recibir información de la mujer, familia o niño nacido mediante la donación.
- Legales: si le implicará una repercusión legal en cuanto al niño nacido mediante la donación.
- Otros. En este caso, especifique: .....

22. ¿Sería usted donante de semen u óvulos?

- Sí.       No.       NS/NC.

→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué situación? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Si lo necesita un familiar para tener hijos.       Si lo necesita un amigo para tener hijos.
- Para ganar dinero.       Para tener hijos genéticamente míos y no tenerlos que cuidar.
- Para ayudar a otras personas a tener hijos.
- Otras. En este caso, especifique: .....

→ En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué situación legal?

- Solo si existe anonimato.       Solo si se puede conocer la identidad del donante.
- En cualquier caso.       NS/NC.

23. ¿Cree que la implicación del donante debería acabar con la donación?

- Sí.       No.       NS/NC.

→ En el caso de contestar que **NO** acaba en la donación, ¿cuál debería ser su grado de implicación?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Estar dispuesto a proporcionar información médica importante para la salud del niño, en la clínica en la que hizo la donación.
- Estar dispuesto a proporcionar información personal al niño nacido gracias a la donación.
- Estar dispuesto a conocer al niño nacido gracias a la donación (y si él lo desea, tener una relación cercana).
- Económica, si el niño nacido por donación lo necesita.
- De ejercer como padre o madre legal (potestad parental, derechos sucesorios, darle sus apellidos,...).
- Otros. En este caso, especifique: .....

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTAN UNAS PREGUNTAS DE CARÁCTER SOCIODEMOGRÁFICO Y PERSONAL PARA ESTABLECER EL PERFIL DEL ENCUESTADO:

24. Año de nacimiento: .....

25. Sexo:

- Masculino.       Femenino.

26. Orientación sexual:

- Heterosexual.       Homosexual.       Bisexual.       Otra.       NC.

27. Estado civil:

- Soltero.       Relación afectiva sin convivencia con otra persona.
- Convivencia estable con otra persona.       Casado.
- Separado o divorciado.       Viudo.

**28. Último nivel educativo finalizado o que está cursando actualmente:**

- Educación primaria.
- Graduado ESO (educación secundaria).
- Bachillerato, BUP o COU (educación secundaria).
- Ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria).
- Ciclo formativo de grado superior (educación superior).
- Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).
- Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).
- Máster (educación superior).
- Doctorado (educación superior).

**29. ¿Está estudiando actualmente?**

- Sí.       No.       NC.

**30. Ámbito de estudio o profesión:**

- Ciencias de la salud (medicina, farmacia, enfermería, ...).     Ciencias (física, química, geología, ...).
- Biociencias (biomedicina, biotecnología, genética, ...).     Ciencias sociales y jurídicas.
- Artes y humanidades.       Ingenierías.       Otro.

**31. ¿Tiene un trabajo remunerado actualmente?**

- Sí.       No.       NC.

**32. Creencias o condición religiosa:**

- Agnóstico.       Ateo.       Budista.       Cristiano.
- Hindú.       Judío.       Musulmán.       Otra       NC.

**33. Condición familiar:**

- Hijo genéticamente vinculado a sus padres legales sin recurrir a técnicas de reproducción humana asistida.
- Nacido mediante técnicas de reproducción humana asistida sin recurrir a la donación.
- Nacido mediante técnicas de reproducción humana asistida recurriendo a la donación.
- Adoptado.
- Otras. En este caso, especifique: .....

**34. ¿Tiene hijos?**

- Sí.
- No.

**35. ¿Alguien de su entorno familiar o más próximo, o usted mismo, ha recurrido a técnicas de reproducción humana asistida?**

- Sí.
- No.
- NC.

**36. ¿Alguien de su entorno familiar o más próximo, o usted mismo, ha sido donante de semen u óvulos?**

- Sí.
- No.
- NC.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para reproducción humana asistida.

## Cuestionario LSP2016

---

**A** continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con los aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos (semen y óvulos) para reproducción humana asistida. La encuesta consta de 31 preguntas y está dividida en tres partes: unas preguntas introductorias, unas más concretas y, por último, unas de carácter socio-demográfico y personal.

Muchas gracias por su colaboración.

Pegue aquí la etiqueta

Antes de contestar la encuesta, debe tener presente diversos aspectos que se han tenido en cuenta para facilitar su lectura y cumplimentación:

- ✓ Se utiliza el término "hijo" para referirnos a: hijo(s) / hija(s).
- ✓ Se utiliza el término "hermano" para referirnos a: hermano(s) / hermana(s).

Además, en cada pregunta se indica si puede marcar una o varias opciones de respuesta. Para que sea más visual, se utiliza una forma del botón u otra. Es decir, la forma del botón determina las opciones de respuesta de manera que:

- Un círculo: indica que solo puede marcar una opción.
- Un cuadrado: indica que puede marcar todas las opciones que crea conveniente.



MARQUE LA RESPUESTA ELEGIDA MEDIANTE UNA **X** EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE.

1. ¿Ha recibido o buscado información sobre la donación de semen u óvulos?  
(marque una opción de respuesta)

Sí (conteste la pregunta 1a).       No.       NS/NC.

- 1a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué fuentes de información se ha basado?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Amigos.     Familia.     Películas.     Medios de comunicación (TV/Radio/Prensa).

Internet.     Ginecólogo/Médico/Profesional sanitario.     Revistas especializadas.

Otras. En este caso, especifique: .....

2. ¿Cree que tiene suficiente información sobre la donación de semen u óvulos para reproducción humana asistida? (marque una opción de respuesta)

Sí.       No.       NS/NC.

3. ¿Quién debería poder acceder a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

Parejas heterosexuales.       Parejas homosexuales de mujeres.

Parejas homosexuales de hombres.     Mujeres sin pareja.     Hombres sin pareja.

Otras. En este caso, especifique:.....

4. ¿Cuáles cree que deberían ser las indicaciones para recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

Por ausencia del sexo opuesto en la relación (por ejemplo, mujeres y hombres sin pareja o parejas homosexuales).

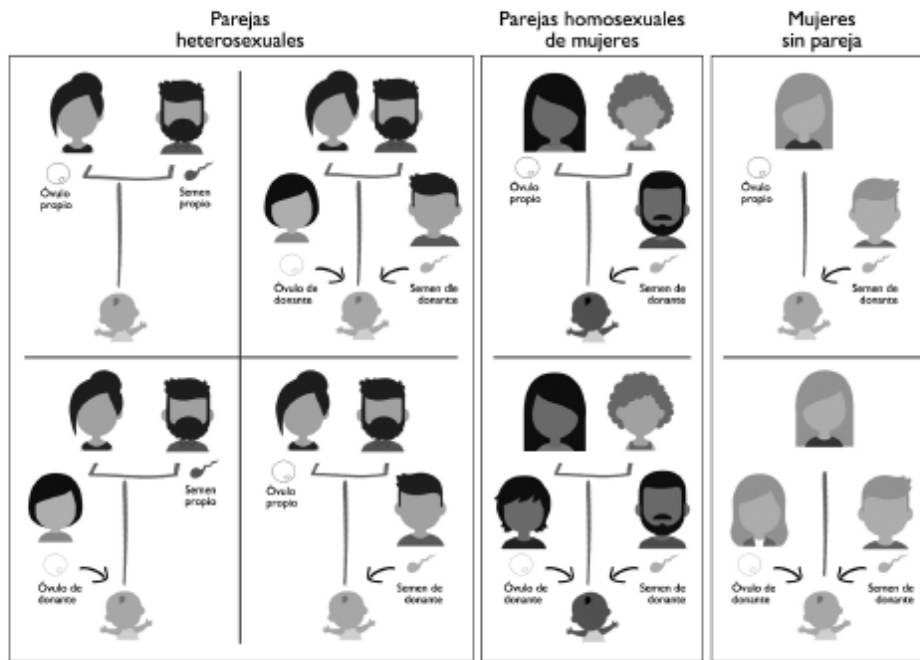
Por problemas de fertilidad, tanto del hombre como de la mujer (por no poder conseguir un embarazo de forma natural).

En caso de enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir al hijo (en este caso, se evitaría que el hijo la padezca).

Para seleccionar el sexo del hijo.

Otras. En este caso, especifique: .....

A CONTINUACIÓN, SE ILUSTRAN A MODO DE ESQUEMA AQUELLAS SITUACIONES QUE SE CONTEMPLAN EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO LSP2016:

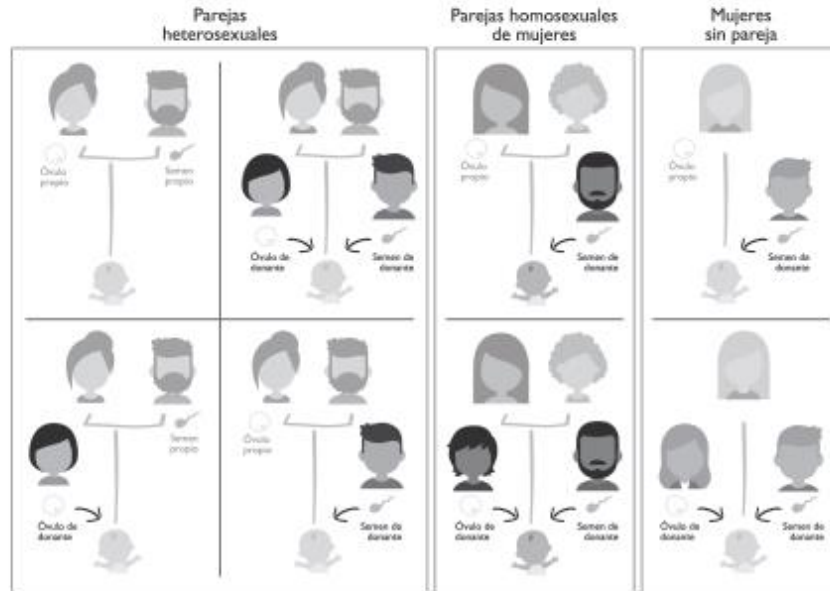


Como puede observar en la ilustración, en un proceso de Reproducción Humana Asistida se pueden utilizar gametos (semen y óvulos) propios, o bien:

- semen de donante,
- óvulos de donante, o
- semen y óvulos de donantes.

Para facilitar la lectura de la encuesta, se utiliza el término "semen u óvulos" de donante para designar las tres opciones posibles.

A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS EN REFERENCIA A LAS PERSONAS DONANTES DE SEMEN U ÓVULOS:



5. En España, ¿qué reciben las personas donantes de semen u óvulos?  
(marque una opción de respuesta)

- No reciben ningún tipo de remuneración a cambio de la donación (como en el caso de la donación de sangre).
- Reciben una compensación económica por las molestias físicas, desplazamientos y por las horas de trabajo perdidas.
- Reciben un pago por la donación (con carácter lucrativo o comercial).
- Reciben un pago por la donación y una compensación por las molestias.
- NS/NC.

6. ¿Cree que las personas donantes de semen u óvulos deberían recibir una remuneración a cambio de la donación? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste las preguntas 6a y 6b).
- No.
- NS/NC.

6a. En el caso de contestar que **SÍ**, la cantidad de dinero que recibirían, ¿cómo cree que debería determinarse? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Un pequeño detalle como agradecimiento por su donación altruista (como la donación de sangre).
- De manera que solo sirva para compensar las molestias (pérdida de días laborables, molestias físicas, transporte, dietas, ...), pero en ningún caso como recompensa o incentivo por el material donado.
- En función de la dificultad y riesgo del proceso de obtención de la muestra (será diferente en hombres que en mujeres donantes).
- Debería fijar la cantidad la administración pública.
- Cada centro debería poder decidir qué cantidad quiere dar a las personas donantes.
- Igual al salario mínimo establecido.
- En función de la oferta y la demanda.
- Según la cantidad de muestra donada (variaría en función de la persona donante).
- Otras. En este caso, especifique: .....

6b. En el caso de contestar que **SÍ**, entre donantes hombres y mujeres, ¿cómo cree que debería determinarse la cantidad de dinero que reciben? (marque una opción de respuesta)

- La misma para la donación de semen que para la de óvulos.
- Mayor para la donación de óvulos que para la de semen.
- Mayor para la donación de semen que para la de óvulos.
- NS/NC.

7. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe una donante de óvulos por la donación?  
(marque una opción de respuesta)
- Nada.       Aproximadamente 50 €.       Aproximadamente 500 €.  
 Aproximadamente 1000 €.       Aproximadamente 2000 €.       NS/NC.
8. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe un donante de semen por la donación?  
(marque una opción de respuesta)
- Nada.       Aproximadamente 50 €.       Aproximadamente 500 €.  
 Aproximadamente 1000 €.       Aproximadamente 2000 €.       NS/NC.
9. A las personas que quieren donar semen u óvulos, ¿se les deberían hacer pruebas antes de realizar la donación? (marque una opción de respuesta)
- Sí (conteste la pregunta 9a).  
 No.  
 NS/NC.
- 9a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué pruebas cree que se les deberían hacer?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)
- Evaluación psicológica.  
 Test para conocer su inteligencia.  
 Historial médico personal y familiar.  
 Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.  
 Análisis de sangre completo para descartar el consumo de tóxicos.  
 Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezcan, la pueden transmitir).  
 Otras. En este caso, especifique:.....

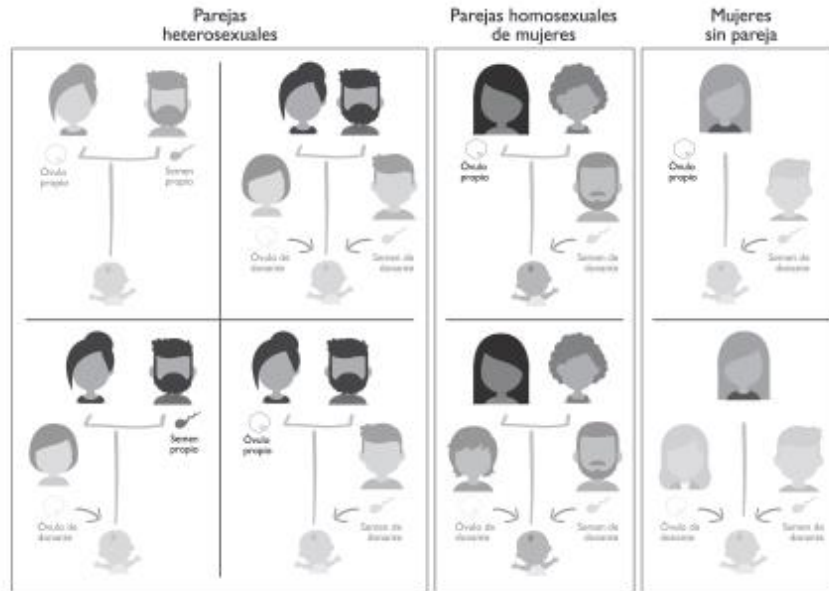
10. ¿Cree que la implicación de las personas donantes debería acabar con la donación?  
(marque una opción de respuesta)

- Sí.
- No (conteste la pregunta 10a).
- NS/NC.

10a. En el caso de contestar que **NO**, las personas donantes, ¿a qué deberían estar dispuestas?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- A proporcionar información sanitaria al centro de reproducción humana asistida, a los receptores o a las personas nacidas por donación.
- A proporcionar información personal al centro de reproducción humana asistida, a los receptores o a las personas nacidas por donación.
- A conocer a las personas nacidas por donación.
- A mantener una relación cercana o personal con las personas nacidas por donación.
- A ayudar económicamente a las personas nacidas por donación.
- Al reconocimiento legal (potestad parental, derechos sucesorios, darle sus apellidos, ...) de las personas nacidas por donación.
- Otros. En este caso, especifique: .....

A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS EN REFERENCIA A LAS PERSONAS RECEPTORAS DE SEMEN U ÓVULOS:



11. A las personas que recurren a semen u óvulos de donantes para tener un hijo, ¿se les deberían hacer pruebas antes de recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste la pregunta 11a).
  No.
  NS/NC.

11a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué pruebas cree que se les deberían hacer?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Evaluación psicológica.
- Test para conocer su inteligencia.
- Historial médico personal y familiar.
- Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.
- Análisis de sangre completo para descartar el consumo de tóxicos.
- Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezcan, la pueden transmitir).
- Otras. En este caso, especifique: .....

12. Las personas que recurren a semen u óvulos de donante para tener un hijo, ¿deberían poder conocer datos de las personas donantes? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste la pregunta 12a).       No.       NS/NC.

12a. En caso de contestar que **SÍ**, ¿qué datos de las personas donantes deberían tener a su disposición? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Edad.       Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura...
- Grupo sanguíneo.       Historial clínico.       Etnia (componente racial).
- Nivel de estudios.       Coeficiente intelectual.       Religión/Creencias.
- Aficiones.       Datos de contacto.
- Otros. En este caso, especifique: .....

**A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS SOBRE EL PROCESO DE DONACIÓN:**

13. En España, el proceso de donación de semen u óvulos de donante, ¿es anónimo? (marque una opción de respuesta)

- Sí.       No.       NS/NC.

14. ¿Cree que es importante que exista un registro de donantes? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste la pregunta 14a).       No.       NS/NC.

14a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿con qué finalidad?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Para poder llevar un control de las personas que nacen de cada donante.
- Para que el centro de reproducción humana asistida pueda buscar a las personas donantes si existe una causa justificada (por ejemplo, por una enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir a las personas nacidas por donación).
- Para que las personas nacidas por donación puedan buscar a sus posibles hermanos.
- Para que las personas nacidas por donación puedan buscar a las personas donantes.
- Otras. En este caso, especifique: .....



15. ¿Cree que las personas que han sido concebidas mediante semen u óvulos donados deberían saberlo? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste las preguntas 15a y 15b).
- No.
- NS/NC.

15a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué condición familiar?

(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Parejas heterosexuales.
- Parejas homosexuales de mujeres.
- Parejas homosexuales de hombres.
- Mujeres sin pareja.
- Hombres sin pareja.
- Otras. En este caso, especifique: .....

15b. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿cuándo deberían saberlo?

(marque solo una opción de respuesta)

- Cuando sus padres / madres lo crean conveniente.
- Desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad.
- Cuando sean mayores de edad.
- Otras. En este caso, especifique: .....

**16. En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?**  
(marque una opción de respuesta)

- El derecho a la intimidad de las personas donantes, de manera que no se pueda conocer su identidad. (Conteste la pregunta 16a.)
- El derecho de las personas concebidas mediante semen u óvulos donados a conocer sus orígenes, de manera que deberían poder conocer cómo han sido concebidas y la identidad de las personas donantes. (Conteste la pregunta 16b.)
- NS/NC.

**16a. ¿Por qué?** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Porque es un derecho de las personas donantes.
- Porque podría crear un conflicto de identidad en las personas nacidas por donación.
- Porque podría afectar al desarrollo socio-afectivo, crear un sentimiento de frustración o engaño en las personas nacidas por donación.
- Porque podría desestructurar la realidad o contexto familiar de todas las partes implicadas en el proceso.
- Porque si no existe anonimato de las personas donantes, podrían disminuir el número de donaciones.
- Otras. En este caso, especifique: .....

**16b. ¿Por qué?** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Porque es un derecho de las personas nacidas por donación.
- Por el vínculo genético que existe entre las personas nacidas por donación y las personas donantes.
- Por curiosidad.
- Para establecer una relación personal con las personas donantes.
- Para reclamar el reconocimiento legal de paternidad y/o maternidad a las personas donantes.
- Para pedirle la manutención a las personas donantes.
- Otras. En este caso, especifique: .....

17. ¿Cree que las personas que quieren realizar una donación de semen u óvulos deberían tener conocimientos previos sobre el proceso? *(marque una opción de respuesta)*

- Sí *(conteste la pregunta 17a).*
- No.
- NS/NC.

17a. En caso de contestar **SÍ**, ¿qué tipo de conocimientos?

*(marque todas las respuestas que crea conveniente)*

- Clínicos: si existen requisitos previos en cuanto a su salud o qué repercusiones puede tener el proceso de donación para su salud.
- Económicos: si recibirán algún tipo de remuneración o si les implicará una repercusión económica en el futuro.
- Sociales: si podrán tener contacto con las familias o personas nacidas por donación antes, durante o después del proceso de reproducción humana asistida.
- Emocionales: si podrán recibir información sobre las familias o personas nacidas por donación, o si podrán recibir información sobre si las familias han conseguido un embarazo con sus donaciones.
- Legales: si les implicarán repercusiones legales en cuanto a las personas nacidas por donación.

18. Si pudiese, ¿sería usted donante de semen u óvulos?  
(marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste las preguntas 18a y 18b).       No.       NS/NC.

18a. En caso de contestar **SÍ**, ¿con qué finalidad?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Si lo necesita un familiar para tener hijos.  
 Si lo necesita un amigo para tener hijos.  
 Para ayudar a otras personas a tener hijos.  
 Para ganar dinero.  
 Para tener hijos genéticamente suyos y no tenerlos que cuidar.  
 Otras. En este caso, especifique: .....

18b. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué situación legal?  
(marque una opción de respuesta)

- Solo si existe anonimato.  
 Solo si se puede conocer la identidad de las personas donantes.  
 En cualquier caso.  
 NS/NC.

A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS DE CARÁCTER SOCIODEMOGRÁFICO Y PERSONAL PARA ESTABLECER EL PERFIL DE LA PERSONA ENCUESTADA:

19. Año de nacimiento.....

20. Sexo:     Masculino.       Femenino.

21. Orientación sexual:     Heterosexual.       Homosexual.       Bisexual.  
    Otra.                       NC.

**22. Estado civil:**

- Soltera.
- Relación afectiva sin convivencia con otra persona.
- Convivencia estable con otra persona.
- Casada.
- Separada o divorciada.
- Viuda.
- NC.

**23. Último nivel educativo finalizado o que está cursando actualmente:**

- Incompleto o sin estudios.
- Educación primaria.
- Graduado ESO (educación secundaria).
- Bachillerato, BUP o COU (educación secundaria).
- Ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria).
- Ciclo formativo de grado superior (educación superior).
- Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).
- Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).
- Máster (educación superior).
- Doctorado (educación superior).

**24. ¿Está estudiando actualmente?**

- Sí.       No.       NC.

**25. ¿Tiene un trabajo remunerado actualmente?**

- Sí.       No.       NC.

26. **Ámbito de estudio o profesión:** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Ciencias (física, química, geología, ...).
- Ciencias sociales y jurídicas (derecho, ADE, magisterio, ...).
- Ciencias de la salud (medicina, farmacia, enfermería, ...).
- Biociencias (biomedicina, biotecnología, genética, ...).
- Artes y humanidades (traducción e interpretación, filología, antropología, ...).
- Ingenierías y arquitectura.
- Otro.

27. **Creencias o condición religiosa:**

- Agnóstica.       Atea.       Budista.       Cristiana (católica, protestante...).
- Hindú.       Judía.       Musulmana.       Otra.       NC.

28. **Condición familiar:**

- Persona nacida mediante técnicas de reproducción humana asistida sin recurrir a la donación.
- Persona nacida mediante técnicas de reproducción humana asistida recurriendo a la donación.
- Persona adoptada.       Otra.       NC.

29. **¿Tiene hijos?**

- Sí.       No.       NC.

30. **¿Usted o alguien de su entorno más próximo ha recurrido a técnicas de reproducción humana asistida?**

- Sí.       No.       NS/NC.

31. **¿Usted o alguien de su entorno más próximo ha sido donante de semen u óvulos?**

- Sí.       No.       NS/NC.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

## Anexo 11: Hoja informativa y consentimiento informado

---



### Hoja informativa y consentimiento de participación en la **Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para la reproducción humana asistida (Cuestionario LSP2016)**

Mi nombre es Laia Selva Pareja y actualmente estoy realizando mi tesis doctoral en la línea de investigación de Bioética y Derecho en la Facultad de Derecho, en el seno del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona.

Me dirijo a usted para pedirle su colaboración mediante la cumplimentación de una encuesta que es una parte fundamental de mi tesis doctoral titulada “La donación de gametos y su registro en la reproducción humana asistida: aspectos bioéticos, sociales y legales”.

La encuesta tiene como objetivo la verificación de tres hipótesis detalladas en la tesis. Pero, de manera resumida, el foco del Cuestionario LSP2016 es analizar cómo influyen los conocimientos en la creación de opiniones que condicionan las actitudes frente al objeto de estudio, o a la inversa.

Si acepta participar, se le solicitará que responda al Cuestionario LSP2016 (una encuesta autocumplimentada), que contiene preguntas sobre reproducción humana asistida, específicamente sobre donación de gametos (óvulos y semen). El cuestionario tiene un tiempo aproximado de respuesta de 15 minutos.

Su participación es totalmente voluntaria y no implica ningún daño o peligro para su salud física o psíquica. Puede negarse a participar y en cualquier momento puede retirarse del estudio y anular su consentimiento sin necesidad de justificación (puede enviar su solicitud al correo electrónico: selvaparejalaia@gmail.com).

La información recogida en este estudio será tratada de manera estrictamente confidencial. Se codificarán los cuestionarios de manera numérica (con dos pegatinas: una en el consentimiento informado y otra en la encuesta) para poder relacionarlos con el consentimiento informado, de esta manera, se garantiza el derecho a revocar tal consentimiento. De acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, le informo que sus datos serán recogidos para ser tratados en una base de datos a la que tendrá acceso la investigadora principal y los resultados obtenidos a partir del análisis de las respuestas de la encuesta, en ningún caso, podrán desvelar la identidad de las personas participantes. Se cumplirá con todos los requisitos previstos en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Dicha confidencialidad se mantendrá en caso de una posible publicación académica o de investigación, se conservarán los datos derivados de la encuesta mientras sea necesario para el cumplimiento de las necesidades de redacción de la tesis doctoral y

Para cualquier consulta, durante el proceso de investigación, puede dirigirse a Laia Selva Pareja, a través el correo electrónico: selvaparejalaia@gmail.com

divulgación científica y, no se transferirán los datos obtenidos a otros estudios u otros investigadores.

Declaro que he sido informado de forma clara y comprensible de la finalidad, que mi participación es voluntaria, que no involucra ningún riesgo y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones. Además, declaro saber que la información obtenida en este estudio será tratada de manera anónima y que he recibido respuesta a todas mis preguntas.

Por estas razones, **ACCEDO** a contestar la encuesta y doy mi **CONSENTIMIENTO INFORMADO** para que esta información sea utilizada para la redacción de la tesis doctoral y posterior divulgación científica.

**Firma del participante**

Pegue aquí la etiqueta

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_

Lleida, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_\_

**Firma de la investigadora**

**Nombre y apellidos:** *Laura Selva Pareja*

Lleida, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_\_

**Muchas gracias por su colaboración y ayuda.**

Para cualquier consulta, durante el proceso de investigación, puede dirigirse a Laia Selva Pareja, a través el correo electrónico: [selvaparejalaia@gmail.com](mailto:selvaparejalaia@gmail.com)



## Anexo 12: Carta aprobación FIF (CAERDIF)



Universitat de Lleida  
Departament d'Infermeria  
i Fisioteràpia

Carrer de Montserrat Roig, 2  
E 25198 LLEIDA (Catalunya)  
Tel. +34 973 70 24 46  
Fax +34 973 70 24 48  
secretaria@infermeria.udl.cat  
<http://www.departamentinfermeria.udl.cat>

### INFORME DEL CAERFIF

**Francesc J. Rubí Carnacea**, Presidente del Comitè de aprovació de estudis de investigació de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida.

#### INFORMO,

Que reunido el Comitè el día 4 de diciembre de 2018, y evaluado el proyecto "La donació de gàmetes i el seu registre per a la reproducció humana assistida: aspectes bioètics, socials i legals", presentado por la investigadora **Laia Selva Pareja**.

#### Se acuerda:

- Aprobar
- Denegar

En base al respeto de los requisitos éticos de confidencialidad y de buena práctica clínica.

Recomendaciones y/o consideraciones:

Lleida, en la fecha del documento.

Aquest document incorpora signatura electrònica. Nombre de signaturs digitals que conté: L. Rubí Carnacea. Data: 16/02/2019. Hora: 13:57:33. Adreça de verificació: <https://tramitacio.udl.cat/openssl/sign/Validation.do?referencia=HRA6Z/D4XTJ>. Nombre de pàgines d'aquest document: 1.



## Anexo 13: Carta aprobación FDET



Universitat de Lleida  
Facultat de Dret, Economia  
i Turisme

### INFORME DE APROBACIÓN

**Maria José Puyalto Franco**, decana de la Facultat de Derecho, Economía y Turismo de la Universitat de Lleida

#### INFORMA,

Que reunida la Comisión del día 10 de diciembre de 2018 y evaluada la encuesta del proyecto de tesis doctoral "La donación de gametos y su registro para la reproducción humana asistida: aspectos bioéticos, sociales y legales", presentado por la investigadora **Laia Selva Pareja**.

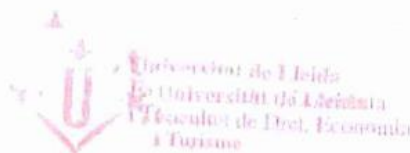
#### SE ACUERDA:

- Aprobar.  
 Denegar.

En base al respeto de los requisitos éticos de confidencialidad y se permite, a la investigadora, pasar las encuestas a los alumnos en horario lectivo, con previo acuerdo con el profesor correspondiente.

Recomendaciones y/o consideraciones:

Lleida, en la fecha del documento.





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Comissió de Bioètica  
de la Universitat de Barcelona

En **Albert Royes i Qui**, secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

**CERTIFICA**

Que analitzada la sol·licitud presentada per la **Sra. Laia Selva Pareja**, estudiant de doctorat en la línia d'investigació de **Bioètica i Dret**, de la facultat de Dret, i referent a la Tesi intitulada *La donación de gametos y su registro en la reproducción humana asistida: aspectos bioéticos, sociales y legales*, dirigida pel Dr. **Manuel Jesús López Baroni**, aquesta Comissió ha resolt **AUTORITZAR** la realització de l'esmentada Tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa la present a Barcelona, 21 de maig de 2019.

  
Universitat de Barcelona  
Comissió de Bioètica

## Anexo 15: Resultados descriptivos Cuestionario LSP2016

**Tabla 45:** Análisis descriptivo de las respuestas de los estudiantes de enfermería y de derecho

	Enfermería (N=65)		Derecho (N=123)		Diferencia de proporciones	95 % IC
<b>1. ¿Ha recibido o buscado información sobre la donación de semen u óvulos?</b>						
Sí	49,23 %	(32)	42,28 %	(52)	7 %	(-8,0 – 21,9)
No	50,77 %	(33)	56,10 %	(69)	- 5 %	(-20,3 – 9,7)
NS/NC	0,00 %	(0)	1,63 %	(2)	- 2 %	(-3,9 – 0,6)
<b>1a. En el caso de contestar que Sí, ¿en qué fuentes de información se ha basado?</b>						
	(N=32)		(N=52)			
Amigos	18,75 %	(6)	42,31 %	(22)	-24 %	(-42,6 – 4,5)**
Familia	21,88 %	(7)	25,00 %	(13)	-3 %	(-21,7 – 15,4)
Películas	9,38 %	(3)	7,69 %	(4)	2 %	(10,8 – 14)
Medios de comunicación	50,00 %	(16)	30,77 %	(16)	19 %	(-2,2 – 40,6)
Internet	56,25 %	(18)	86,54 %	(45)	-30 %	(-49,8 - -10,8)**
Ginecólogo/Médico/Profesional sanitario	9,38 %	(3)	3,85 %	(2)	6 %	(-5,8 – 16,9)
Revistas especializadas	3,13 %	(1)	7,69 %	(4)	-5 %	(-14 – 4,9)
Otras. En este caso, especifique	43,75 %	(14)	9,62 %	(5)	34 %	(15,2 – 53,1)**
<b>2. ¿Cree que tiene suficiente información sobre la donación de semen u óvulos para la reproducción humana asistida?</b>						
Sí	6,15 %	(4)	8,94 %	(11)	-3 %	(-10,5 – 4,9)
No	87,69 %	(57)	81,30 %	(100)	6 %	(-4,2 – 16,9)
NS/NC	6,15 %	(4)	9,76 %	(12)	-4 %	(-11,5 – 4,2)
<b>3. ¿Quién debería poder acceder a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?</b>						
Parejas heterosexuales	96,92 %	(63)	98,37 %	(121)	-1 %	(-6,2 – 3,3)
Parejas homosexuales de mujeres	96,92 %	(63)	96,75 %	(119)	0 %	(-5,1 – 5,4)
Parejas homosexuales de hombres	96,92 %	(62)	90,24 %	(111)	7 %	(0 – 13,4)
Mujeres sin pareja	98,46 %	(64)	94,31 %	(116)	4 %	(-0,9 – 9,2)
Hombres sin pareja	95,38 %	(62)	86,18 %	(106)	9 %	(1,2 – 17,2)*
Otras. En este caso, especifique	3,08 %	(2)	0,00 %	(0)	3 %	(-1,1 – 7,3)

**4. ¿Cuáles cree que deberían ser las indicaciones para recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?**

Por ausencia del sexo opuesto en la relación (por ejemplo, mujeres y hombres sin pareja o parejas homosexuales)	100,00 %	(65)	86,18 %	(106)	14 %	(7,7 – 19,9)**
Por problemas de fertilidad, tanto del hombre como de la mujer (por no poder conseguir un embarazo de forma natural)	98,46 %	(64)	97,56 %	(120)	1 %	(-3,1 – 5)
En caso de enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir al hijo (en este caso, se evitaría que el hijo la padezca)	92,31 %	(60)	87,80 %	(108)	5 %	(-4,2 – 13,2)
Para seleccionar el sexo del hijo	3,08 %	(2)	4,88 %	(6)	-2 %	(-7,5 – 3,9)
Otras. En este caso, especifique	1,54 %	(1)	2,44 %	(3)	-1 %	(-4,9 – 3,1)

**5. En España, ¿qué reciben las personas donantes de semen u óvulos?**

No reciben ningún tipo de remuneración a cambio de la donación (como en el caso de la donación de sangre)	6,15 %	(4)	3,25 %	(4)	3 %	(-3,7 – 9,5)
Reciben una compensación económica por las molestias físicas, desplazamientos y por las horas de trabajo perdidas	27,69 %	(18)	21,14 %	(26)	7 %	(-6,5 – 19,6)
Reciben un pago por la donación (con carácter lucrativo o comercial)	30,77 %	(20)	25,20 %	(31)	6 %	(-8,0 – 19,2)
Reciben un pago por la donación y una compensación por las molestias	12,31 %	(8)	21,14 %	(26)	-9 %	(-19,6 – 1,9)
NS/NC	23,08 %	(15)	29,27 %	(36)	-6 %	(-19,2 – 6,8)

**6. ¿Cree que las personas donantes de semen u óvulos deberían recibir una remuneración a cambio de la donación?**

Sí	64,62 %	(42)	73,17 %	(90)	-9 %	(-22,6 – 5,5)
No	24,62 %	(16)	21,14 %	(26)	3 %	(-9,2 – 16,2)
NS/NC	10,77 %	(7)	5,69 %	(7)	5 %	(-3,5 – 13,7)

<b>6a. En el caso de contestar que SÍ, la cantidad de dinero que recibirían, ¿cómo cree que debería determinarse?</b>						
	(N=42)		(N=90)			
Un pequeño detalle como agradecimiento por su donación altruista (como la donación de sangre)	28,57 %	(12)	15,56 %	(14)	13 %	(-2,6 – 28,6)
De manera que solo sirva para compensar las molestias (pérdida de días laborables, molestias físicas, transporte, dietas, ...), pero en ningún caso como recompensa o incentivo por el material donado	54,76 %	(23)	40,00 %	(36)	15 %	(-3,4 – 32,9)
En función de la dificultad y riesgo del proceso de obtención de la muestra (será diferente en hombres que en mujeres donantes)	69,05 %	(29)	60,00 %	(54)	9 %	(-8,2 – 26,3)
Debería fijar la cantidad la administración pública	19,05 %	(8)	23,33 %	(21)	-4 %	(-19,0 – 10,5)
Cada centro debería poder decidir qué cantidad quiere dar a las personas donantes	4,76 %	(2)	14,44 %	(13)	-10 %	(-19,4 – 0,0)*
Igual al salario mínimo establecido	0,00 %	(0)	1,11 %	(1)	-1 %	(-3,3 – 1,1)
En función de la oferta y la demanda	2,38 %	(1)	6,67 %	(6)	-4 %	(-11,2 – 2,6)
Según la cantidad de muestra donada (variaría en función de la persona donante)	23,81 %	(10)	18,89 %	(17)	5 %	(-10,3 – 20,1)
Otras. En este caso, especifique	0,00 %	(0)	1,11 %	(1)	-1 %	(-3,3 -1,1)
<b>6b. En el caso de contestar que SÍ, la cantidad de dinero que recibirían, ¿cómo cree que debería determinarse?</b>						
	(N=42)		(N=90)			
Las mismas para la donación de semen que para la de óvulos	7,14 %	(3)	44,44 %	(40)	-37 %	(-50,2 – -24,4)**
Mayor para la donación de óvulos que para la de semen	85,71 %	(36)	48,89 %	(44)	37 %	(22,0 – 51,6)**
Mayor para la donación de semen que para la de óvulos	-	-	-	-	-	-
NS/NC	7,14 %	(3)	6,67 %	(6)	0 %	(-8,9 – 9,8)
<b>7. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe una donante de óvulos por la donación?</b>						
Nada	3,08 %	(2)	0,00 %	(0)	3 %	(-1,1 – 7,3)
Aproximadamente 50 €	4,62 %	(3)	3,25 %	(4)	1 %	(-4,6 – 7,4)

Aproximadamente 500 €	18,46 %	(12)	12,20 %	(15)	6 %	(-4,8 – 17,3)
Aproximadamente 1000€	24,62 %	(16)	18,70 %	(23)	6 %	(-6,6 – 18,5)
Aproximadamente 2000 €	1,54 %	(1)	2,44 %	(3)	-1 %	(-4,9 – 3,1)
NS/NC	47,69 %	(31)	63,41 %	(78)	-16 %	(-30,5 – 0,9)*

**8. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe un donante de semen por la donación?**

Nada	3,08 %	(2)	0,81 %	(1)	2 %	(-2,2 – 6,8)
Aproximadamente 50 €	33,85 %	(22)	27,64 %	(34)	6 %	(-7,7 – 20,2)
Aproximadamente 500 €	4,62 %	(3)	3,25 %	(4)	1 %	(-4,6 – 7,4)
Aproximadamente 1000€	4,62 %	(3)	3,25 %	(4)	1 %	(-4,6 – 7,4)
Aproximadamente 2000 €	0,00 %	(0)	0,00 %	(0)	-	-
NS/NC	53,85 %	(35)	65,04 %	(80)	-11 %	(-26 – 3,6)

**9. A las personas que quieren dar semen u óvulos, ¿se le deberían hacer pruebas antes de realizar la donación?**

Sí	100,00 %	(65)	98,37 %	(121)	2 %	(-0,6 – 3,9)
No	0,00 %	(0)	0,00 %	(0)	-	-
NS/NC	0,00 %	(0)	1,63 %	(2)	-2 %	(-2 – -3,9)

**9a. En caso de contestar que Sí, ¿qué pruebas cree que se le deberían hacer?**

	(N=65)		(N=121)			
Evaluación psicológica	67,69 %	(44)	61,98 %	(75)	6 %	(-8,6 – 20)
Test para conocer su inteligencia	7,69 %	(5)	15,70 %	(19)	-8 %	(-17,2 – 1,2)
Historial médico personal y familiar	84,62 %	(55)	89,26 %	(108)	-5 %	(-15 – 5,7)
Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas	92,31 %	(60)	94,21 %	(114)	-2 %	(-9,6 – 5,8)
Análisis de sangre completo para descartar el consumo de tóxicos	93,85 %	(61)	89,26 %	(108)	5%	(-3,4 – 12,6)
Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezca, la puede transmitir)	92,31 %	(60)	95,87 %	(116)	-4 %	(-10,9 – 3,8)
Otras. En este caso, especifique	0,00 %	(0)	1,65 %	(2)	-2 %	(-3,9 – 0,6)

**10. ¿Cree que la implicación de las personas donantes debería acabar con la donación?**

Sí	55,38 %	(36)	37,40 %	(46)	18 %	(3,2 – 32,8)**
No	24,62 %	(16)	31,71 %	(39)	-7 %	(-20,4 – 69,2)
NS/NC	20,00 %	(13)	30,89 %	(38)	-11 %	(-23,6 – 1,8)

<b>10a. En caso de contestar que NO, las personas donantes, ¿a qué deberían estar dispuestas?</b>						
	<b>(N=16)</b>		<b>(N=39)</b>			
A proporcionar información sanitaria al centro de reproducción humana asistida, a los receptores o a las personas nacidas por donación	100,00 %	(15)	89,74 %	(35)	-11 %	(-35,3 – 13,5)
A proporcionar información personal al centro de reproducción humana asistida, a los receptores o a las personas nacidas por donación	33,33 %	(5)	51,28 %	(20)	-18 %	(-45,9 – 10)
A conocer a las personas nacidas por donación	6,67 %	(1)	15,38 %	(6)	-9 %	(-25,4 – 8)
A mantener una relación cercana o personal con las personas nacidas por donación	20,00 %	(3)	2,56 %	(1)	17 %	(-2,8 – 37,3)
A ayudar económicamente a las personas nacidas por donación	0,00 %	(0)	0,00 %	(0)	-	-
Al reconocimiento legal (potestad parental, derechos sucesorios, darle sus apellidos, ...) de las personas nacidas por donación	13,33 %	(2)	10,26 %	(4)	3 %	(-16,1 – 22,3)
Otras. En este caso, especifique	0,00 %	(0)	2,56 %	(1)	-3 %	(-7,5 – 2,4)
<b>11. A las personas que recurren a semen u óvulos de donantes para tener un hijo, ¿se le deberían hacer pruebas antes de realizar recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida?</b>						
Sí	96,92 %	(63)	89,43 %	(110)	7 %	(-5,3 – 20,3)
No	3,08 %	(2)	8,13 %	(10)	-5 %	(-17,1 – 7,0)
NS/NC	0,00 %	(0)	2,44 %	(3)	-2 %	(-7,3 – 2,4)
<b>11a. En caso de contestar que SÍ, ¿qué pruebas cree que se le deberían hacer?</b>						
	<b>(N=63)</b>		<b>(N=110)</b>			
Evaluación psicológica	77,78 %	(49)	70,00 %	(77)	8 %	(-5,6 -21,1)
Test para conocer su inteligencia	4,76 %	(3)	10,91 %	(12)	-6 %	(-14,0 – 1,7)
Historial médico personal y familiar	66,67 %	(42)	74,55 %	(82)	-8 %	(-22,1 – 6,3)



Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas	68,25 %	(43)	72,73 %	(80)	-4 %	(-18,7 – 9,7)
Análisis de sangre completo para descartar el consumo de tóxicos	68,25 %	(43)	79,09 %	(87)	-11 %	(-24,6 – 2,9)
Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezca, la puede transmitir)	60,32 %	(38)	73,64 %	(81)	-19 %	(-33,0 – -4,5)
Otras. En este caso, especifique	4,76 %	(3)	1,82 %	(2)	3 %	(-2,9 – 8,8)

**12. Las personas que recurren a semen u óvulos de donante para tener un hijo, ¿deberían poder conocer datos de las personas donantes?**

Sí	58,46 %	(38)	75,61 %	(93)	-17 %	(-31,3 – -3)**
No	35,38 %	(23)	21,14 %	(26)	14 %	(0,6 – 27,9)*
NS/NC	6,15 %	(4)	3,25 %	(4)	3 %	(-3,7 – 9,5)

**12a. En caso de contestar que Sí, ¿qué datos de las personas donantes deberían tener a su disposición?**

	(N=38)		(N=93)			
Edad	36,84 %	(14)	49,46 %	(46)	-13 %	(-31,0 – 5,8)
Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura ...	36,84 %	(14)	50,54 %	(47)	-13 %	(-31,6 – 5,2)
Grupo sanguíneo	50,00 %	(19)	74,19 %	(69)	-24 %	(-42,4 – 6,0)**
Historial clínico	92,11 %	(35)	86,02 %	(80)	6 %	(-5,0 – 17,2)
Etnia (componente racial)	63,16 %	(24)	37,63 %	(35)	26 %	(7,3 – 43,8)**
Nivel de estudios	13,16 %	(5)	11,83 %	(11)	1 %	(-11,3 – 13,9)
Coefficiente intelectual	13,16 %	(5)	21,51 %	(20)	-8 %	(-22,0 – 5,3)
Religión/creencias	7,89 %	(3)	7,53 %	(7)	0 %	(-9,8 – 10,5)
Aficiones	2,63 %	(1)	4,30 %	(4)	-2 %	(-8,2 – 4,9)
Datos de contacto	7,89 %	(3)	13,98 %	(13)	-6 %	(-17,2 – 5,0)
Otras. En este caso, especifique	10,53 %	(4)	1,08 %	(1)	9 %	(-0,5 – 19,4)

**13. En España, el proceso de donación de semen u óvulos de donante, ¿es anónimo?**

Sí	63,08 %	(41)	58,54 %	(72)	5 %	(-10,1 – 19,1)
No	6,15 %	(4)	4,07 %	(5)	2 %	(-4,7 – 8,9)
NS/NC	30,77 %	(20)	37,40 %	(49)	-7 %	(-20,7 – 7,5)

**14. ¿Cree que es importante que exista un registro de donantes?**

Sí	80,00 %	(52)	81,30 %	(100)	-1 %	(-13,2 – 10,6)
No	7,69 %	(5)	7,23 %	(9)	0 %	(-7,5 – 8,4)
NS/NC	12,31 %	(8)	11,38 %	(14)	1 %	(-8,8 – 10,7)

<b>14a. En caso de contestar que SÍ, ¿con qué finalidad?</b>	<b>(N=52)</b>		<b>(N=100)</b>			
Para poder llevar un control de las personas que nacen de cada donante	50,00 %	(26)	49,00 %	(49)	1 %	(-15,8 – 17,8)
Para que el centro de reproducción humana asistida pueda buscar a las personas donantes si existe una causa justificada (por ejemplo, por una enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir a las personas nacidas por donación)	86,54 %	(45)	90,00 %	(90)	7 %	(-1,2 – 14,2)
Para que las personas nacidas por donación puedan buscar a sus posibles hermanos	7,69 %	(4)	26,00 %	(26)	-18 %	(-29,6 – -7,1)**
Para que las personas nacidas por donación puedan buscar a las personas donantes	9,62 %	(5)	26,00 %	(26)	-16 %	(-28,1 – -4,6)**
Otras. En este caso, especifique	3,85 %	(2)	4,00 %	(4)	0 %	(-6,6 – 6,3)
<b>15. ¿Cree que las personas que han sido concebidas mediante semen u óvulos donados deberían saberlo?</b>						
Sí	64,62 %	(42)	78,05 %	(96)	-13 %	(-27,2 – 0,3)
No	10,77 %	(7)	9,76 %	(12)	1 %	(-8,2 – 10,2)
NS/NC	24,62 %	(16)	12,20 %	(15)	12 %	(0,5 -24,4)*
<b>15a. En caso de contestar que SÍ, ¿en qué condición familiar?</b>						
Parejas heterosexuales	97,62 %	(41)	100,00 %	(96)	-2 %	(-7,0 – 2,2)
Parejas homosexuales de mujeres	97,62 %	(41)	98,96 %	(95)	-1 %	(-6,4 – 3,7)
Parejas homosexuales de hombres	95,24 %	(40)	95,83 %	(92)	-3 %	(-9,7 – 4,4)
Mujeres sin pareja	95,24 %	(42)	97,92 %	(94)	-3 %	(-9,7 – 4,4)
Hombres sin pareja	97,62 %	(41)	93,75 %	(90)	4 %	(-2,8 – 10,6)
Otras. En este caso, especifique	0,00 %	(0)	0,00 %	(0)	-	-
<b>15b. En caso de contestar que SÍ, ¿cuándo deberían saberlo?</b>						
Cuando sus padres/madres lo crean conveniente	50,00 %	(21)	54,17 %	(52)	-4 %	(-22,3 – 13,9)
Desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad	47,62 %	(20)	39,58 %	(38)	8 %	(-10,0 – 26,0)

Cuando sean mayores de edad	0,00 %	(0)	5,21 %	(5)	-5 %	(-9,7 – -0,8)**
Otras. En este caso, especifique	2,38 %	(1)	1,04 %	(1)	1 %	(-,37 – 6,4)

**16. En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?**

El derecho a la intimidad de las personas donantes, de manera que no se pueda conocer su identidad	81,54 %	(53)	69,92 %	(86)	12 %	(-0,8 – 24,1)
El derecho de las personas concebidas mediante semen u óvulos donados a conocer sus orígenes, de manera que deberían poder conocer cómo han sido concebidos y la identidad de las personas donantes	9,23 %	(6)	22,76 %	(28)	-14 %	(-23,7 – -3,3)**
NS/NC	9,23 %	(6)	7,32 %	(9)	2 %	(-6,5 – 10,3)

**16a. ¿Por qué?**

	(N=53)		(N=86)			
Porque es un derecho de las personas donantes	90,57 %	(48)	79,07 %	(68)	12 %	(-0,2 – 23,2)
Porque podría crear un conflicto de identidad en las personas nacidas por donación	64,15 %	(34)	46,51 %	(40)	18 %	(1,0 – 34,3)*
Porque podría afectar al desarrollo socio-afectivo, crear un sentimiento de frustración o engaño en las personas nacidas por donación	47,17 %	(25)	47,67 %	(41)	-7 5	(-23,4 – 10,4)
Porque podría desestructurar la realidad o contexto familiar de todas las partes implicadas en el proceso	45,28 %	(24)	56,98 %	(49)	-12 %	(-28,7 – 5,3)
Porque si no existe anonimato de las personas donantes, podría disminuir el número de donaciones	49,06 %	(26)	47,67 %	(41)	1 %	(-15,7 – 18,5)
Otras. En este caso, especifique	1,89 %	(1)	0,00 %	(0)	2 %	(1,8 – 5,6)

**16b. ¿Por qué?**

	(N=6)		(N=28)			
Porque es un derecho de las personas nacidas por donación	83,33 %	(5)	67,86 %	(19)	15 %	(-19,0 – 49,9)
Por el vínculo genético que existe entre las personas nacidas por donación y las personas donantes	50,00 %	(3)	53,57 %	(15)	-4 %	(-47,6 – 40,5)
Por curiosidad	33,33 %	(2)	35,71 %	(10)	-2 %	(-44,1 – 39,3)

Para establecer una relación personal con las personas donantes	16,67 %	(1)	21,43 %	(6)	-5 %	(-38,2 – 28,7)
Para reclamar el reconocimiento legal de paternidad y/o maternidad a las personas donantes	0,00 %	(0)	17,86 %	(5)	-18 %	(-32,0 – 3,7)**
Para pedirle la manutención a las personas donantes	0,00 %	(0)	3,57 %	(1)	-4 %	(-10,4 – 3,3)
Otras. En este caso, especifique	0	(0)	3,57 %	(1)	-4 %	(-10,4 – 3,3)

**17. ¿Cree que las personas que quieren realizar una donación de semen u óvulos deberían tener conocimientos previos sobre el proceso?**

Sí	98,46 %	(64)	95,12 %	(117)	3 %	(-1,5 – 8,2)
No	0,00 %	(0)	0,81 %	(1)	-1 %	(-2,4 – 0,8)
NS/NC	1,54 %	(1)	4,07 %	(5)	-3 %	(-7,1 – 2,1)

**17a. En caso de contestar Sí, ¿qué tipo de conocimientos?**

	(N=64)	(N=117)				
Clínicos: si existen requisitos previos en cuanto a su edad o qué repercusiones puede tener el proceso de donación para su salud	100,00 %	(64)	100,00 %	(117)	-	-
Económicos: si recibirán algún tipo de remuneración o si les implicará una repercusión económica en el futuro	84,38 %	(54)	73,50 %	(86)	11 %	(-1,1 – 22,8)
Sociales: si podrán tener contacto con las familias o personas nacidas por donación antes, durante o después del proceso de reproducción humana asistida	79,69 %	(51)	80,34 %	(94)	-1 %	(-12,9 – 11,6)
Emocionales: si podrán recibir información sobre las familias o personas nacidas por donación, o si podrán recibir información sobre si las familias han conseguido un embarazo con sus donaciones	76,56 %	(49)	76,07 %	(89)	0 5	(-12,5 – 13,4)
Legales: si les implicarán repercusiones legales en cuanto a las personas nacidas por donación	89,06 %	(57)	84,62 %	(99)	4 %	(-5,6 – 14,5)

<b>18. Si pudiese, ¿sería usted donante de semen u óvulos?</b>						
Sí	44,62 %	(29)	47,97 %	(59)	-3 %	(-18,5 – 11,8)
No	23,08 %	(15)	31,71 %	(39)	-9 %	(-22 – 4,7)
NS/NC	32,31 %	(21)	20,33 %	(25)	12 %	(-1,6 – 25,6)
<b>18a. En caso de contestar Sí, ¿con qué finalidad?</b>						
	(N=29)		(N=59)			
Si lo necesita un familiar para tener hijos	62,07 %	(18)	49,15 %	(29)	13 %	(-8,9 – 34,7)
Si lo necesita un amigo para tener hijos	48,28 %	(14)	45,76 %	(27)	3 %	(-19,7 – 24,7)
Para ayudar a otras personas a tener hijos	68,97 %	(20)	84,75 %	(50)	-16 %	(-35,0 – 3,4)
Para ganar dinero	31,03 %	(9)	33,90 %	(20)	-3 %	(-23,6 – 17,9)
Para tener hijos genéticamente suyos y tenerlos que cuidar	0,00 %	(0)	5,08 %	(3)	-5 %	(-10,7 – 0,5)
Otras. En este caso, especifique	0,00 %	(0)	0,00 %	(0)	-	-
<b>18b. En el caso de contestar Sí, ¿en qué situación legal?</b>						
	(N=29)		(N=59)			
Solo si existe anonimato	58,62 %	(17)	57,63 %	(34)	1 %	(-20,9 – 22,9)
Solo si se puede conocer la identidad de las personas donantes	0,00 %	(0)	5,08 %	(3)	-5 %	(-10,7 – 0,5)
En cualquier caso	20,69 %	(6)	25,42 %	(15)	-5 %	(-23,2 – 13,7)
NS/NC	20,69 %	(6)	11,86 %	(7)	9 %	(-8,1 – 25,7)

\* Diferencia estadísticamente significativa (p-valor < 0,05).

\*\* Diferencia estadísticamente significativa (p-valor ≤ 0,02).

Encuesta sobre aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos para reproducción humana asistida.

## Cuestionario LSP2016

---

**A** continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con los aspectos bioéticos, sociales y legales de la donación de gametos (semen y óvulos) para reproducción humana asistida. La encuesta consta de 31 preguntas y está dividida en tres partes: unas preguntas introductorias, unas más concretas y, por último, unas de carácter socio-demográfico y personal.

Muchas gracias por su colaboración.

Pegue aquí la etiqueta

Antes de contestar la encuesta, debe tener presente diversos aspectos que se han tenido en cuenta para facilitar su lectura y cumplimentación:

- ✓ Se utiliza el término "hijo" para referirnos a: hijo(s) / hija(s).
- ✓ Se utiliza el término "hermano" para referirnos a: hermano(s) / hermana(s).

Además, en cada pregunta se indica si puede marcar una o varias opciones de respuesta. Para que sea más visual, se utiliza una forma del botón u otra. Es decir, la forma del botón determina las opciones de respuesta de manera que:

- Un círculo: indica que solo puede marcar una opción.
- Un cuadrado: indica que puede marcar todas las opciones que crea conveniente.

MARQUE LA RESPUESTA ELEGIDA MEDIANTE UNA **X** EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE.

1. **¿Ha recibido o buscado información sobre reproducción humana asistida?**  
(marque una opción de respuesta)

Sí (conteste la pregunta 1a).       No.       NS/NC.

- 1a. En el caso de contestar que SÍ, ¿en qué fuentes de información se ha basado?**  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

Amigos.     Familia.     Películas.     Medios de comunicación (TV/Radio/Prensa).  
 Internet.     Ginecólogo/Médico/Profesional sanitario.     Revistas especializadas.  
 Otras. En este caso, especifique: .....

2. **¿Cree que tiene suficiente información sobre reproducción asistida?** (marque una opción de respuesta)

Sí.       No.       NS/NC.

3. **¿Quién debería poder acceder a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

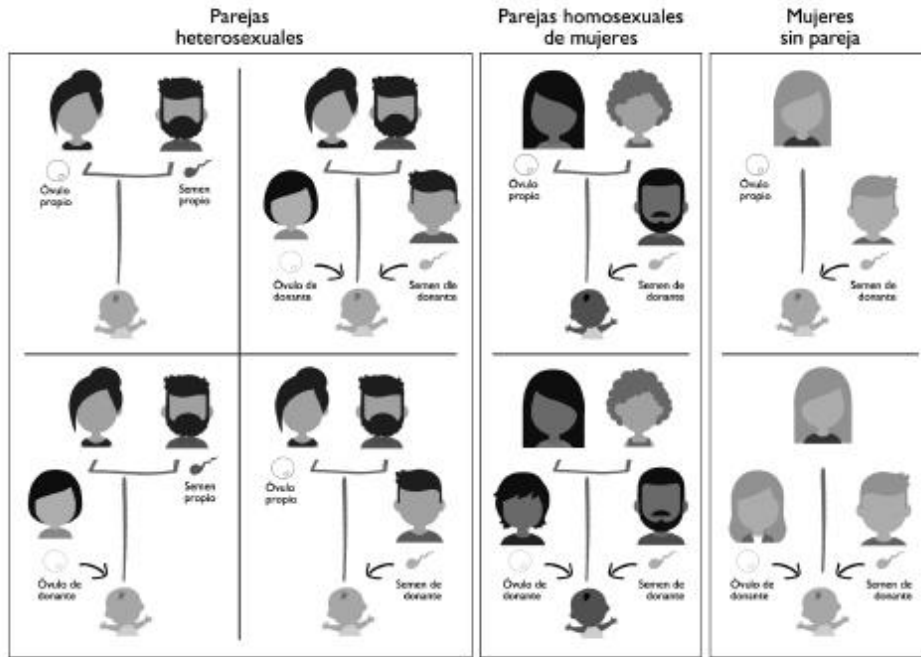
Parejas heterosexuales.       Parejas homosexuales de mujeres.  
 Parejas homosexuales de hombres.       Mujeres sin pareja.       Hombres sin pareja.  
 Otras. En este caso, especifique:.....

4. **¿Cuáles cree que deberían ser las indicaciones para recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida para concebir un hijo?** (marque todas las respuestas que crea conveniente)

Por ausencia del sexo opuesto en la relación (por ejemplo, mujeres y hombres sin pareja o parejas homosexuales).  
 Por problemas de fertilidad, tanto del hombre como de la mujer (por no poder conseguir un embarazo de forma natural).  
 En caso de enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir al hijo (en este caso, se evitaría que el hijo la padezca).  
 Para seleccionar el sexo del hijo.  
 Otras. En este caso, especifique: .....



A CONTINUACIÓN, SE ILUSTRAN A MODO DE ESQUEMA AQUELLAS SITUACIONES QUE SE CONTEMPLAN EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO LSP2016:

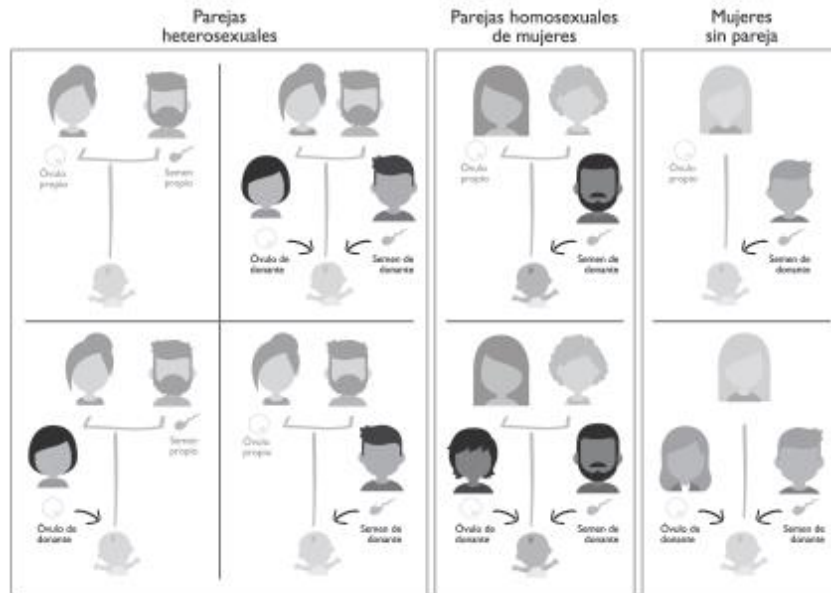


Como puede observar en la ilustración, en un proceso de Reproducción Humana Asistida se pueden utilizar gametos (semen y óvulos) propios, o bien:

- semen de donante,
- óvulos de donante, o
- semen y óvulos de donantes.

Para facilitar la lectura de la encuesta, se utiliza el término "semen u óvulos" de donante para designar las tres opciones posibles.

A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS EN REFERENCIA A LAS PERSONAS DONANTES DE SEMEN U ÓVULOS:



5. En España, ¿qué reciben las personas donantes de semen u óvulos?

(marque una opción de respuesta)

- No reciben ningún tipo de remuneración a cambio de la donación (como en el caso de la donación de sangre).
- Reciben una compensación económica por las molestias físicas, desplazamientos y por las horas de trabajo perdidas.
- Reciben un pago por la donación (con carácter lucrativo o comercial).
- Reciben un pago por la donación y una compensación por las molestias.
- NS/NC.

6. ¿Cree que las personas donantes de semen u óvulos deberían recibir una remuneración a cambio de la donación? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste las preguntas 6a y 6b).
- No.
- NS/NC.

6a. En el caso de contestar que **SÍ**, la cantidad de dinero que recibirían, ¿cómo cree que debería determinarse? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Un pequeño detalle como agradecimiento por su donación altruista (como la donación de sangre).
- De manera que solo sirva para compensar las molestias (pérdida de días laborables, molestias físicas, transporte, dietas, ...), pero en ningún caso como recompensa o incentivo por el material donado.
- En función de la dificultad y riesgo del proceso de obtención de la muestra (será diferente en hombres que en mujeres donantes).
- Debería fijar la cantidad la administración pública.
- Cada centro debería poder decidir qué cantidad quiere dar a las personas donantes.
- Igual al salario mínimo establecido.
- En función de la oferta y la demanda.
- Según la cantidad de muestra donada (variaría en función de la persona donante).
- Otras. En este caso, especifique: .....

6b. En el caso de contestar que **SÍ**, entre donantes hombres y mujeres, ¿cómo cree que debería determinarse la cantidad de dinero que reciben? (marque una opción de respuesta)

- La misma para la donación de semen que para la de óvulos.
- Mayor para la donación de óvulos que para la de semen.
- Mayor para la donación de semen que para la de óvulos.
- NS/NC.

7. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe una donante de óvulos por la donación?  
(marque una opción de respuesta)
- Nada.       Aproximadamente 50 €.       Aproximadamente 500 €.  
 Aproximadamente 1000 €.       Aproximadamente 2000 €.       NS/NC.
8. En España, ¿qué cantidad de dinero recibe un donante de semen por la donación?  
(marque una opción de respuesta)
- Nada.       Aproximadamente 50 €.       Aproximadamente 500 €.  
 Aproximadamente 1000 €.       Aproximadamente 2000 €.       NS/NC.
9. A las personas que quieren donar semen u óvulos, ¿se les deberían hacer pruebas antes de realizar la donación? (marque una opción de respuesta)
- Sí (conteste la pregunta 9a).  
 No.  
 NS/NC.
- 9a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué pruebas cree que se les deberían hacer?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)
- Evaluación psicológica.  
 Test para conocer su inteligencia.  
 Historial médico personal y familiar.  
 Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.  
 Análisis de sangre completo para descartar el consumo de tóxicos.  
 Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezcan, la pueden transmitir).  
 Otras. En este caso, especifique:.....

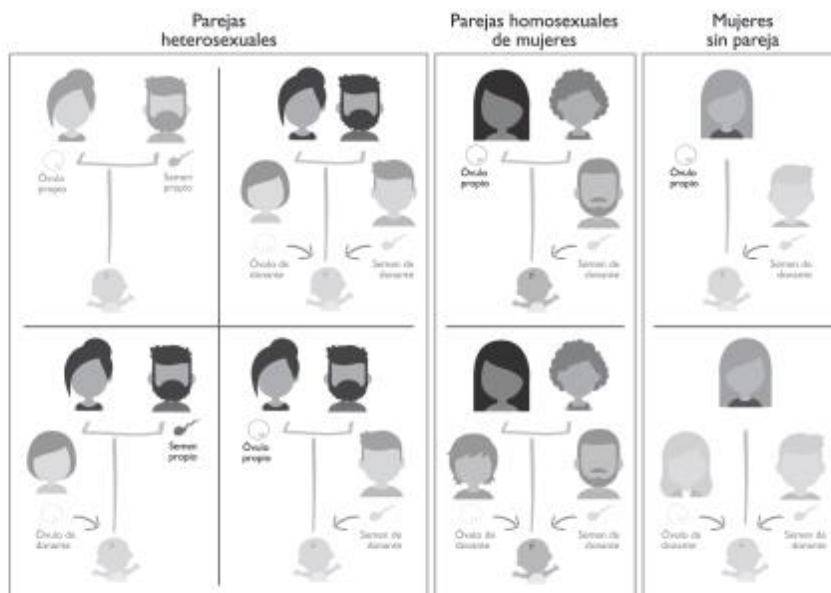
10. ¿Cree que la implicación de las personas donantes debería acabar con la donación?  
(marque una opción de respuesta)

- Sí.
- No (conteste la pregunta 10a).
- NS/NC.

10a. En el caso de contestar que **NO**, las personas donantes, ¿a qué deberían estar dispuestas?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- A proporcionar información sanitaria al centro de reproducción humana asistida, a los receptores o a las personas nacidas por donación.
- A proporcionar información personal al centro de reproducción humana asistida, a los receptores o a las personas nacidas por donación.
- A conocer a las personas nacidas por donación.
- A mantener una relación cercana o personal con las personas nacidas por donación.
- A ayudar económicamente a las personas nacidas por donación.
- Al reconocimiento legal (potestad parental, derechos sucesorios, darle sus apellidos, ...) de las personas nacidas por donación.
- Otros. En este caso, especifique: .....

A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS EN REFERENCIA A LAS PERSONAS RECEPTORAS DE SEMEN U ÓVULOS:



11. A las personas que recurren a semen u óvulos de donantes para tener un hijo, ¿se les deberían hacer pruebas antes de recurrir a las técnicas de reproducción humana asistida? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste la pregunta 11a).       No.       NS/NC.

11a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿qué pruebas cree que se les deberían hacer? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Evaluación psicológica.
- Test para conocer su inteligencia.
- Historial médico personal y familiar.
- Análisis de sangre completo para descartar enfermedades infecciosas.
- Análisis de sangre completo para descartar el consumo de tóxicos.
- Análisis genético para conocer si son portadores de una enfermedad (aunque no la padezcan, la pueden transmitir).
- Otras. En este caso, especifique: .....

12. Las personas que recurren a semen u óvulos de donante para tener un hijo, ¿deberían poder conocer datos de las personas donantes? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste la pregunta 12a).       No.       NS/NC.

12a. En caso de contestar que **SÍ**, ¿qué datos de las personas donantes deberían tener a su disposición? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Edad.       Características físicas: color de piel, ojos, peso, altura...
- Grupo sanguíneo.       Historial clínico.       Etnia (componente racial).
- Nivel de estudios.       Coeficiente intelectual.       Religión/Creencias.
- Aficiones.       Datos de contacto.
- Otros. En este caso, especifique: .....

**A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS SOBRE EL PROCESO DE DONACIÓN:**

13. En España, el proceso de donación de semen u óvulos de donante, ¿es anónimo? (marque una opción de respuesta)

- Sí.       No.       NS/NC.

14. ¿Cree que es importante que exista un registro de donantes? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste la pregunta 14a).       No.       NS/NC.

14a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿con qué finalidad? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Para poder llevar un control de las personas que nacen de cada donante.
- Para que el centro de reproducción humana asistida pueda buscar a las personas donantes si existe una causa justificada (por ejemplo, por una enfermedad genética hereditaria que se pueda transmitir a las personas nacidas por donación).
- Para que las personas nacidas por donación puedan buscar a sus posibles hermanos.
- Para que las personas nacidas por donación puedan buscar a las personas donantes.
- Otras. En este caso, especifique: .....

15. ¿Cree que las personas que han sido concebidas mediante semen u óvulos donados deberían saberlo? (marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste las preguntas 15a y 15b).
- No.
- NS/NC.

15a. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué condición familiar?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Parejas heterosexuales.
- Parejas homosexuales de mujeres.
- Parejas homosexuales de hombres.
- Mujeres sin pareja.
- Hombres sin pareja.
- Otras. En este caso, especifique: .....

15b. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿cuándo deberían saberlo?  
(marque solo una opción de respuesta)

- Cuando sus padres / madres lo crean conveniente.
- Desde la infancia, de forma gradual y adaptándose a la edad.
- Cuando sean mayores de edad.
- Otras. En este caso, especifique: .....



16. En un proceso de donación mediante reproducción humana asistida, ¿qué se debería priorizar?  
(marque una opción de respuesta)

- El derecho a la intimidad de las personas donantes, de manera que no se pueda conocer su identidad. (Conteste la pregunta 16a.)
- El derecho de las personas concebidas mediante semen u óvulos donados a conocer sus orígenes, de manera que deberían poder conocer cómo han sido concebidas y la identidad de las personas donantes. (Conteste la pregunta 16b.)
- NS/NC.

16a. ¿Por qué? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Porque es un derecho de las personas donantes.
- Porque podría crear un conflicto de identidad en las personas nacidas por donación.
- Porque podría afectar al desarrollo socio-afectivo, crear un sentimiento de frustración o engaño en las personas nacidas por donación.
- Porque podría desestructurar la realidad o contexto familiar de todas las partes implicadas en el proceso.
- Porque si no existe anonimato de las personas donantes, podrían disminuir el número de donaciones.
- Otras. En este caso, especifique: .....

16b. ¿Por qué? (marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Porque es un derecho de las personas nacidas por donación.
- Por el vínculo genético que existe entre las personas nacidas por donación y las personas donantes.
- Por curiosidad.
- Para establecer una relación personal con las personas donantes.
- Para reclamar el reconocimiento legal de paternidad y/o maternidad a las personas donantes.
- Para pedirle la manutención a las personas donantes.
- Otras. En este caso, especifique: .....

17. ¿Cree que las personas que quieren realizar una donación de semen u óvulos deberían tener conocimientos previos sobre el proceso? *(marque una opción de respuesta)*

- Sí *(conteste la pregunta 17a).*
- No.
- NS/NC.

**17a. En caso de contestar **SÍ**, ¿qué tipo de conocimientos?**

*(marque todas las respuestas que crea conveniente)*

- Clínicos: si existen requisitos previos en cuanto a su salud o qué repercusiones puede tener el proceso de donación para su salud.
- Económicos: si recibirán algún tipo de remuneración o si les implicará una repercusión económica en el futuro.
- Sociales: si podrán tener contacto con las familias o personas nacidas por donación antes, durante o después del proceso de reproducción humana asistida.
- Emocionales: si podrán recibir información sobre las familias o personas nacidas por donación, o si podrán recibir información sobre si las familias han conseguido un embarazo con sus donaciones.
- Legales: si les implicarán repercusiones legales en cuanto a las personas nacidas por donación.

18. Si pudiese, ¿sería usted donante de semen u óvulos?  
(marque una opción de respuesta)

- Sí (conteste las preguntas 18a y 18b).       No.       NS/NC.

18a. En caso de contestar **SÍ**, ¿con qué finalidad?  
(marque todas las respuestas que crea conveniente)

- Para ayudar a un familiar a tener hijos.  
 Para ayudar a una amigo a tener hijos.  
 Para ayudar a personas desconocidas a tener hijos.  
 Para ganar dinero.  
 Para tener hijos genéticamente suyos y no tenerlos que cuidar.  
 Otras. En este caso, especifique: .....

18b. En el caso de contestar que **SÍ**, ¿en qué situación legal?  
(marque una opción de respuesta)

- Solo si existe anonimato.  
 Solo si se puede conocer la identidad de las personas donantes.  
 En cualquier caso.  
 NS/NC.

A CONTINUACIÓN, SE PLANTEAN VARIAS PREGUNTAS DE CARÁCTER SOCIODEMOGRÁFICO Y PERSONAL PARA ESTABLECER EL PERFIL DE LA PERSONA ENCUESTADA:

19. Año de nacimiento.....

20. Sexo:     Masculino.       Femenino.

21. Orientación sexual:     Heterosexual.       Homosexual.       Bisexual.  
    Otra.                       NC.

**22. Estado civil:**

- Soltera.
- Relación afectiva sin convivencia con otra persona.
- Convivencia estable con otra persona.
- Casada.
- Separada o divorciada.
- Viuda.
- NC.

**23. Último nivel educativo finalizado o que está cursando actualmente:**

- Incompleto o sin estudios.
- Educación primaria.
- Graduado ESO (educación secundaria).
- Bachillerato, BUP o COU (educación secundaria).
- Ciclo formativo básico o de grado medio (educación secundaria).
- Ciclo formativo de grado superior (educación superior).
- Diplomatura universitaria, arquitectura técnica, ingeniería técnica o equivalente (educación superior).
- Grado universitario, licenciatura, arquitectura, ingeniería o equivalente (educación superior).
- Máster (educación superior).
- Doctorado (educación superior).

**24. ¿Está estudiando actualmente?**

- Sí.
- No.
- NC.

**25. ¿Tiene un trabajo remunerado actualmente?**

- Sí.
- No.
- NC.

**26. Ámbito de estudio o profesión:**

*(marque todas las respuestas que crea conveniente)*

- Ciencias (física, química, geología, ...).
- Ciencias sociales y jurídicas (derecho, ADE, magisterio, ...).
- Ciencias de la salud (medicina, farmacia, enfermería, ...).
- Biociencias (biomedicina, biotecnología, genética, ...).
- Artes y humanidades (traducción e interpretación, filología, antropología, ...).
- Ingenierías y arquitectura.
- Otro.

**27. Creencias o condición religiosa:**

- Agnóstica.
- Atea.
- Budista.
- Cristiana (católica, protestante...).
- Hindú.
- Judía.
- Musulmana.
- Otra.
- NC.

**28. ¿Tiene hijos?**

- Sí.
- No.
- NC.

**29. ¿Usted o alguien de su entorno más próximo ha recurrido a técnicas de reproducción humana asistida?**

- Sí.
- No.
- NS/NC.

**30. ¿Usted o alguien de su entorno más próximo ha sido donante de semen u óvulos?**

- Sí.
- No.
- NS/NC.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.