



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

**Estudio descriptivo sobre el conocimiento de los
profesionales sanitarios de la Maternidad Subrogada**

Alumno: Lorena Jarilla Cabrera

Director: Matilde Fernández y Fernández- Arroyo

Madrid, abril de 2020

Índice

1. Resumen	5
2. Abstract	6
3. Presentación	7
3.1 Agradecimientos.....	8
4. Estado de la cuestión	9
4.1 Introducción	9
4.2.1 Maternidad subrogada: orígenes	11
4.2.1.1 Baby M	11
4.2.2 Maternidad subrogada: definición y tipos	11
4.2.3 Datos epidemiológicos	12
4.2.4 Legislación de la maternidad subrogada en los diferentes países	13
4.2.5 Situación de la gestación subrogada en España	13
4.2.5.1 Casos de gestación subrogada en España	14
4.2.5.2 Casos de gestación subrogada en otros países: Reino Unido	15
4.2.5.3 Casos de gestación subrogada: Canadá	15
4.2.6 ¿Qué motiva a los padres a elegir la gestación subrogada para poder tener hijos?	16
4.2.7 ¿Qué países son más elegidos por los españoles para llevar a cabo la gestación?	17
4.2.7.1 ¿Cómo se garantiza que el proceso de gestación subrogada se produzca y sea exitoso?.....	17
4.2.8 Revelación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a través de gestación subrogada	17
4.2.8.1 Inseminación casera.....	18
4.2.9 Percepción de los niños nacidos a través de gestación subrogada	19
4.2.10 ¿Qué sentimientos experimentan las madres gestantes de 1 a 10 años después de la gestación?	20
4.2.11 Gestación subrogada y complicaciones	20
4.2.11.1 Qué deber tienen los profesionales que realizar la inseminación a la madre	

sustituta de informar que el espermatozoide presenta VIH.....	22
4.2.12 Inducción de la lactancia en la madre sustituta.....	22
4.2.13 Necesidad de crear programas para mejorar la salud reproductiva y sexual de las madres sustitutas en países legales.....	23
4.2.13.1 Cómo pueden las enfermeras garantizar la seguridad de las madres gestantes.....	23
4.3 Justificación	25
<i>5. Proyecto de investigación de estudio observacional: visión de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.....</i>	<i>27</i>
5.1 Objetivos e hipótesis.....	27
5.1.1 Objetivos	27
5.1.2 Hipótesis	28
5.2 Metodología	28
5.2.1 Diseño del estudio.....	28
5.2.2 Sujetos de estudio.....	29
5.2.3 Variables	31
5.2.4 Procedimiento de recogida de datos.....	38
5.2.5 Fases de estudio, cronograma	38
5.2.6 Análisis de datos	40
5.3 Consideraciones éticas	40
5.4 Limitaciones y fortalezas.....	40
5.4 Anexos.....	42
Bibliografía	46

1. Resumen

Por maternidad subrogada se entiende, la técnica reproductiva que utiliza un vientre de alquiler para poder tener hijos. A día de hoy, los problemas de esterilidad afectan a un 18% de las parejas que buscan tener un hijo en el mundo desarrollado. Esto hace que se busquen otras formas de maternidad.

La legislación de la maternidad subrogada es diferente según los países. Dado que, en España, actualmente no es legal este procedimiento, algunas parejas recurren a otros países para poder tener hijos de esta forma y luego vuelven a España con estos niños.

Por lo tanto, los profesionales sanitarios, médicos, enfermeras y auxiliares, cada vez más, se encuentran con padres que han tenido a sus hijos así.

En este trabajo nos proponemos conocer lo que saben los profesionales de este tipo de maternidad. Ello es el primer paso para saber si es necesario establecer programas educativos adecuados sobre el tema. Si no se conoce una forma de maternidad, no se puede asesorar sobre la misma y los profesionales pueden realizar intervenciones erróneas.

El trabajo contribuirá a la formación de los profesionales en maternidad.

Palabras clave: fertilidad, embarazo, relaciones madre-hijo, parto normal, relaciones materno-fetales, madres sustitutas.

2. Abstract

Surrogate motherhood is defined as the reproductive technique used by a surrogate mother to bear children. Currently, problems of infertility affect 18 per cent of couples seeking to have a child in the developed world. This leads to the search for other forms of motherhood.

Surrogate motherhood legislation is different according to each country. Due to this procedure is not legal in Spain at present, some couples resort to other countries in order to have children in this way and then return to Spain with these children. Therefore, health professionals, doctors, nurses and nursing assistant increasingly find themselves with parents who have had their children like this.

In this work, we propose to know what the professionals of this type of maternity know. This is the first step in determining whether there is a need to establish appropriate educational programmes on the subject. If a form of maternity is not known, advice cannot be given on it and professionals may make erroneous interventions. The work will contribute to the training of maternity professionals.

Key words: fertility, pregnancy, mother-child relations, natural childbirth, maternal fetal relations, surrogate mothers.

3. Presentación

La maternidad es una etapa de la vida reproductiva de las mujeres de suma importancia, ya que no sólo permite la continuidad social, sino que es la base de la constitución de las familias. Tener un hijo puede ser lo más importante que les suceda a muchas personas en su vida. Es el paso para construir un hogar y establecer nuevos lazos de afecto y de relaciones. Es por ello que su consecución es tan importante. Sin embargo, en todo el mundo, hay mujeres con imposibilidad de conseguir una gestación, por lo que algunas mujeres optan por la maternidad subrogada.

La maternidad subrogada es la técnica reproductiva que utiliza un vientre de alquiler. Es decir, una mujer no puede gestar biológicamente y tiene un hijo que se gesta en el útero de otra mujer.

La maternidad subrogada es un tema que últimamente no paraba de rondarme por la cabeza. Hace tiempo que leí el conocido caso de una pareja llamada, Marta y Antonio, donde a ella se le practica una histerectomía subtotal y perdía para siempre la posibilidad de gestar a un bebé. Este caso me despertó gran interés, además, poco tiempo después conocí a una amiga de mi prima a la que le pasó algo parecido y también perdió su posibilidad de gestar. Estos casos, junto con las clases de obstetricia, que me transmitieron la relevancia de la maternidad, hicieron que despertará mi interés para abordar este tema en mi Trabajo de Fin de Grado.

La legislación sobre esta forma de maternidad es diferente según los países. La falta de consenso hace que sea un tema controvertido.

La legalidad de esta maternidad permite que los padres cuenten la procedencia de los hijos obtenidos de esta forma y normaliza estas crianzas. Pero ¿es lícito que haya madres que tengan hijos para otros padres a cambio de una remuneración? Sin remuneración el tema sería más sencillo, pero con remuneración el tema es muy complejo.

A través de este TFG me gustaría conocer todo lo que la maternidad subrogada conlleva desde los diferentes puntos de vista que permiten su abordaje.

Con ello me gustaría que mi TFG aportara datos para un tema social, de máxima actualidad en el mundo desarrollado, donde las maternidades se han retardado y muchas mujeres se encuentran sin posibilidades físicas de abordar una maternidad biológica propia.

3.1 Agradecimientos

A mis padres porque sin ellos nada de esto hubiera sido posible. Por su apoyo incondicional, por ayudarme a cumplir mi sueño, por sacrificar sus intereses personales y darme todo lo que ha estado un su mano para poder estudiar esta carrera y por confiar en mí en todo momento pensando que sería capaz de lograrlo.

A mi hermana Andrea porque en un año seremos compañeras de profesión, por escucharme cuando estaba agobiada, porque al fin y al cabo ella me entendía y porque ella es lo mejor que me pudieron dar mis padres.

También a todos esos amigos/os de profesión y las/los que no lo son, gracias por acompañarme en este duro camino hacia mi sueño.

Además, me gustaría darle las gracias a todos esos profesores que forman la Universidad Pontificia Comillas y a la propia universidad en sí, porque gracias a todas y cada una de esas personas he conseguido alcanzar mi objetivo de ser enfermera.

Por último, a mi directora de TFG, Matilde, por ayudarme a realizar este TFG con el tema tan controvertido que supone y por enseñarme como enfocar este tema.

4. Estado de la cuestión

4.1 Introducción

La maternidad subrogada es la técnica reproductiva que utiliza un vientre de alquiler.

La maternidad es una etapa de la vida reproductiva de las mujeres que además de permitir la supervivencia de la especie a nivel macro, permite, a nivel micro, la formación de núcleos humanos o familias en los que se desarrollan los nuevos individuos gracias a los cuidados de sus progenitores. La gestación humana tiene una duración de 40 semanas o 9 meses.

Para abordar el tema se planteó una pregunta de investigación siguiendo los criterios del modelo PICO (población, intervención, comparación, objetivo). Este modelo aborda diferentes elementos que se pueden ver recogidos en la tabla 1.

Pregunta de investigación: conocer la visión de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.	
P: población	Profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares) que pueden encontrarse con maternidades subrogadas.
I: intervención	Estudio descriptivo, mediante encuesta, para obtener el conocimiento actual de los profesionales sanitarios sobre la maternidad subrogada.
C: comparación	Conocimiento sobre la maternidad subrogada que tienen los profesionales sanitarios, frente al conocimiento que dada su profesión, se entiende que deben tener.
O: objetivo	Conocer la visión de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.

Tabla 1. Pregunta de investigación según el modelo PICO.

Partiendo de la pregunta de investigación “conocer la visión de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada” y con el objetivo de recabar toda la información necesaria acerca de la maternidad subrogada, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica durante los meses de octubre 2019 - enero 2020 en diferentes bases de datos donde priman Pubmed, Dialnet, Scielo y Google académico.

Para encontrar la información adecuada se utilizaron los descriptores Mesh y DecS en inglés y español respectivamente. Los descriptores seleccionados se muestran en la tabla 2.

Descriptores Mesh y DecS						
MESH	Fertility	Pregnancy	Mother-child relations	Natural childbirth	Maternal – fetal relations	Surrogate mothers
DECS	Fertilidad	Embarazo	Relaciones madre-hijo	Parto normal	Relaciones materno-fetales	Madres sustitutas

Tabla 2. Descriptores Mesh y DecS

Además, en los buscadores se filtró por artículos de no más de 5 años para poder encontrar información actual.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron:

- Por un lado, que trataran sobre la gestación subrogada.
- Por otra parte, que incluyeran las palabras claves, términos MeSH y DecS.

El proceso de búsqueda se llevó a cabo en varias fases. En primer lugar, se seleccionaron los artículos sobre la maternidad subrogada tras leer y confirmar que eran de interés para el proceso del trabajo. Después, en un segundo lugar, se comenzó con la redacción y se añadió los artículos necesarios para cumplimentar el trabajo. Por lo que en un momento inicial se partió de 17 artículos y el resultado final fue de 31 trabajos revisados.

Los temas abordados se han considerado necesarios para entender el ámbito de la gestación subrogada y se han ordenado de tal manera que se pueda obtener una amplia visión sobre el tema.

Entre los temas abordados nos encontramos con los orígenes de la maternidad subrogada, los tipos que hay, así como las diversas definiciones de este tipo de maternidad, datos epidemiológicos, como esta legislado en España y en los diferentes países, motivos de los padres para elegir este tipo de gestación, países a los que recurren los ciudadanos españoles para esta gestación, revelación de los orígenes genéticos a los niños, sentimientos de los niños nacidos a través de este tipo de gestación, etc.

4.2.1 Maternidad subrogada: orígenes

Se puede llegar a pensar que la gestación subrogada es algo nuevo, sin embargo, ya se mencionaba en el código babilonio de Hammurabi. Este permitía al marido tomar otra esposa, si la suya era infértil, pero se podía evitar mediante una esclava para poder tener hijos. Los orígenes de la maternidad subrogada o maternidad obtenida a través de la gestación en otra mujer, se remontan a 2.000 años antes de la aparición de Cristo (1).

Aparece también mencionado en el Antiguo Testamento de la Biblia, según este, Sara y Abraham no pueden gestar un bebé y contratan a una doncella para hacer posible el nacimiento de su hijo (2).

Este tema retoma su interés en 1978 con el desarrollo de las modernas técnicas de reproducción asistida. Entre estas cabe mencionar la Fecundación in Vitro. En esta década también se producen algunos conflictos como el caso de Baby M en 1988, que se describe a continuación (1).

4.2.1.1 Baby M

El caso de Baby M, es un conflicto que sucedió en Estados Unidos, el 3 de febrero de 1988. Unos padres contrataron con una mujer la gestación y cuando nació el bebé, el 27 de marzo de 1986, la gestante decidió quedarse el bebé y no entregarlo a la familia que se lo había contratado. Tras el juicio, el Tribunal Supremo de New Jersey, otorga a los padres el bebé, pero cede a la madre biológica el derecho de poder ir a visitar a la niña. El semen era del padre que contrató a la gestante (3,4).

En España, la primera Ley que consta sobre las técnicas de reproducción asistida es la Ley 35/1988. Supuso un gran avance, ya que no solo ayudaba a parejas estériles, sino que también destinaba las técnicas de reproducción asistida a fines diagnósticos y terapéuticos.

Se tiene constancia de que el primer banco de semen data de 1978 (5).

La ley de Reproducción asistida vigente es una actualización de la ley 35/2003, ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Asistida (5,6).

4.2.2 Maternidad subrogada: definición y tipos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), gestante subrogada “es la mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará al bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos o de terceros” (7).

La proposición de Ley para la legalización y regulación de la gestación subrogada la

define como “la técnica de reproducción humana asistida por la que una mujer acepta ser gestante mediante cualquiera de las técnicas de reproducción humana asistida contempladas en la ley y da a luz el hijo de otra persona o personas” (8).

En cuanto a los tipos se puede diferenciar:

“Subrogación tradicional” donde el óvulo es de la gestante, pero el semen es de un donante o uno de los concomitantes, por lo tanto, la gestante cede su útero y además es madre biológica del niño.

Por otro lado, la “subrogación gestacional”, donde la portadora de los gametos no tiene ningún tipo de relación genética con los gametos que porta. Estos pueden ser de los comitentes o de donantes (1,9).

Por otra parte, hay que contemplar que la madre gestante puede realizar el proceso de manera altruista o de manera comercial, esto depende de si la madre gestante recibe o no recompensa económica a cambio de su embarazo.

Si se trata de alquiler comercial la madre suele ser contratada a través de una agencia que le paga por la gestación y cubre los gastos médicos derivados de ella. Si la madre de alquiler no cobra, lo hace de manera altruista o solidaria, suele pertenecer al círculo familiares y/o amistades. En este caso son los padres los que le pagan los gastos derivados de la gestación (1,2).

La función de la madre gestante es ayudar a una pareja o persona sola a tener un hijo o a satisfacer su necesidad de procrear (10).

4.2.3 Datos epidemiológicos

Dada la complejidad del tema y de que su práctica es legal en pocos estados, no se tienen datos epidemiológicos que nos puedan hacer una idea de la dimensión del fenómeno.

Actualmente no existen datos ni en España, ni el resto del mundo, sobre los niños nacidos a través de gestación subrogada. En España no existen un registro a nivel nacional que permita estimar el número. Al no existir datos fiables es complicado desarrollar políticas en esta materia (11).

Para estimar las parejas que podrían beneficiarse de la legalización de esta forma de obtener la maternidad, se podría contemplar el porcentaje de parejas con problemas de esterilidad. Actualmente este porcentaje se encuentra entre un 15-18% y se considera que va en aumento. El principal problema, es que, las posibilidades de embarazo se reducen con la edad.

Las causas de esterilidad son en un 40-50% de origen masculino, bien por ausencia o

bajo número de espermatozoides, poca movilidad de estos, o un número elevado de espermatozoides anormales. Un 22,3% se debe a causas de origen femenino, un 16,7% son causas mixtas y un 14% son causas de origen desconocido (12).

4.2.4 Legislación de la maternidad subrogada en los diferentes países

La situación legal de la maternidad subrogada es muy diferente en el mundo. Va desde los países en los que no es legal y está penalizada a los países en los que es legal, pasando por los que no tienen aún legislación al respecto.

En Europa la gestación subrogada no es legal en países como Austria, Bulgaria, Dinamarca, Suiza, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Malta, Noruega, Portugal, España y Suecia. Algunos de estos países establecen sanciones a esta forma de obtener un hijo.

En países como Grecia, los Países Bajos, Reino Unido, Colombia, Australia (excepto el Territorio del Norte), Canadá, Brasil, y Nueva Zelanda es permitida solo la maternidad altruista pero no comercial.

Otros países europeos carecen de leyes que la regulen como Polonia, República Checa, Bélgica y Luxemburgo.

En países como Georgia, Israel, Ucrania, Rusia, India, California y EE. UU (excepto Arizona, Michigan, Utah, Nueva York y Washington) es legal (1,2).

4.2.5 Situación de la gestación subrogada en España

En España la gestación subrogada se ha declarado nula de pleno derecho independientemente de que se haya mediado precio o no. El artículo 10 de la ley 14/2006 sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida determina que la filiación debe realizarse en el momento del parto y no puede determinarse contractualmente antes del mismo.

España es un país pionero en técnicas de reproducción asistida ya que es legal la donación de óvulos, espermatozoides y permite a madres solteras tener un hijo.

Las opiniones sobre este tema han generado un intenso debate ya que por una parte a favor se encuentran personas homosexuales, heterosexuales estériles o personas solas con deseo de tener un bebé.

En España se le da gran importancia al derecho de igualdad, de ser madre, pero también sería importante considerar el derecho de ser padre, o a ser madre cuando no se

posee útero. España permite que los niños procedentes de gestación subrogada se inscriban en el Registro Civil, por lo tanto, hace posible que se acceda a esta técnica aun siendo ilegal en el país. Por lo que, según diversos artículos se está vulnerando el derecho de igualdad de las personas que no pueden acceder por motivos económicos (8,13).

Por otro lado, están las opiniones que apoyan la ley actual de España, que dicen que la gestación subrogada vulnera el derecho de dignidad de la gestante. Si consideramos lo que decían diversos autores, como por ejemplo Kant, se puede entender esta postura, ya que este afirmaba que la persona es un fin en sí mismo, por lo que nunca puede ser tratado como un medio (14).

Hasta este momento, los partidos políticos no se habían posicionado, pero tras una mesa redonda celebrada el 19 de febrero de 2018, los partidos políticos se posicionaron de la siguiente forma: Podemos y PSOE en contra, mientras que Ciudadanos apoya su legalización pero con matices, por último, el PP aún no se ha posicionado (8,13).

4.2.5.1 Casos de gestación subrogada en España

En España desde un punto de vista penal, el art. 221 C.P. –según la redacción dada en 2003– estable que «1. *Los que, mediando compensación económica, entreguen a otra persona un hijo, descendiente o cualquier menor, aunque no concurra relación de filiación o parentesco... serán castigados por las penas de prisión de uno a cinco años*» (3).

Debido a lo no legalidad del procedimiento las parejas recurren a otros países donde si está permitida la gestación subrogada para poder tener hijos.

El primer caso ocurre en 2009, cuando una pareja intenta inscribir a sus hijos obtenidos mediante gestación subrogada en el Registro Consular del país donde se gestaron y se les deniega la inscripción. Lo recurren y finalmente, la Dirección General de los Registros y el Notariado, ordena la inscripción de los menores, a pesar de nacer mediante gestación subrogada. Con esta primera resolución, se permitía inscribir a los menores en los Consulados, pero un año más tarde, la Dirección General de los Registros y el Notariado, ordena, mediante otra resolución, que los menores procedentes de la gestación subrogada se podrán inscribir en el Registro Civil, cuando tras una Resolución Judicial, procedente del Tribunal del otro país, se determine la filiación del bebé (8).

Como bien se sabe, actualmente en España, sigue prohibida la gestación subrogada, sin embargo, los niños procedentes de gestación subrogada en el extranjero se siguen inscribiendo en el Registro Civil (8).

4.2.5.2 Casos de gestación subrogada en otros países: Reino Unido

En el Reino Unido, a diferencia de en España, se permite la gestación subrogada si tiene un carácter altruista, no se permite la comercial.

La legislación en Reino Unido de 1985 tiene una serie de peculiaridades, entre ellas se encuentran que la madre sustituta, es la madre a nivel legal del bebé hasta que el Tribunal no conceda la orden parental a sus futuros padres. Y para que esto ocurra, los padres tienen que presentar una serie de requisitos. Entre ellos: la de residir y tener domicilio en Reino Unido, de estar casados, que al menos uno de los padres haya cedido su material genético al embrión y que la gestante solo pueda recibir el pago de los gastos razonables que conlleva la gestación, que debe de preservar su carácter de altruista.

En caso de que la gestación sea de forma comercial en el extranjero el niño es apátrido y el marido de la gestante aparecería como padre legal del niño a no ser que este no diera su consentimiento (15).

Actualmente, la Ley de 1985 de maternidad subrogada, se encuentra en proceso de cambio, ya que por el momento los hombres solteros no pueden pedir que se reconozca el hijo como propio. Además, como al nacimiento, la gestante es la madre a nivel legal de niño, se han producido diversos problemas para inscribir a los niños, si la gestante se ha negado a ceder la maternidad a los padres (16).

4.2.5.3 Casos de gestación subrogada: Canadá

La Ley de Reproducción Humana Asistida de Canadá establece que la donación de gametos y la gestación subrogada es legal siempre que sea altruista. Solo se podrá realizar el pago de los gastos que la gestación conlleve, sin embargo, nunca se ha llegado a establecer cuáles son los gastos aceptables, por lo tanto, son los abogados quienes establecen estos gastos. Tras una condena a una agencia de técnicas de reproducción asistida, el Tribunal estableció que los gastos derivados de la gestación deben estar justificados por recibos y además ser de importancia para la gestación (17).

Como se ha expuesto, en Canadá, al igual que en Reino Unido, está permitida la gestación subrogada siempre que esta sea altruista, el Gobierno de Canadá prohíbe la indemnización, sin embargo, si aprueba que los canadienses que obtienen a sus hijos mediante gestación subrogada comercial paguen a las gestantes extranjeras para que el niño cuando regrese adquiriera la ciudadanía canadiense. Es controvertido, ya que como en Estados Unidos la gestación subrogada comercial está permitida, muchas canadienses van a

Estados Unidos donde se implanta el embrión, cobran por el proceso y después vuelven a Canadá que garantiza el seguimiento del parto y la atención postnatal (18).

4.2.6 ¿Qué motiva a los padres a elegir la gestación subrogada para poder tener hijos?

Se ha observado que la mayoría de las parejas tratan de concebir de manera natural y mediante técnicas de reproducción asistida antes de recurrir a la gestación subrogada, excluyendo de este grupo a las parejas homosexuales masculinas que no pueden hacerlo.

Aunque no se tengan registros, existe evidencia de que cada vez son más las parejas o personas solas que viajan a otro país, para poder acceder a la maternidad subrogada si es ilegal en su país de origen.

Este fenómeno ha dado lugar al denominado “turismo reproductivo”, forma en que se llama a los viajes que realizan las parejas para poder acceder a tratamientos que no están permitidos en sus países de origen.

Entre los argumentos que se exponen por parte de los padres para tener hijos, se encuentran aumentar la felicidad, el amor y experimentar lo que es tener hijos.

El elegir una madre sustituta para tener hijos conlleva retos a diferentes niveles como el legal, psicológico, social, financiero, por ello muchas de las parejas recurren a la gestación subrogada cuando han agotado todas las alternativas anteriores.

La razón más frecuente para utilizar la gestación subrogada en parejas heterosexuales es que la mujer puede presentar histerectomía, ausencia de útero o malformaciones. En otros casos, puede existir transferencia fallida de embriones, aborto de manera espontánea, muerte neonatal, condiciones médicas, cáncer de mama en recidiva, quimioterapia, tumores ováricos o cervicales por que recurren a la gestación subrogada como última opción.

En parejas homosexuales las razones son obvias y esta forma es la única posibilidad de tener hijos parcialmente biológicos.

Antes de recurrir a la gestación subrogada los padres en la mayoría de los casos recurren a agencias de gestación a través de internet y de parejas que ya han realizado el proceso de maternidad subrogada. Muy pocos recurren a buscar información en su médico del país de origen (19).

4.2.7 ¿Qué países son más elegidos por los españoles para llevar a cabo la gestación?

Salvo en Estados Unidos, en la mayoría de los países, las parejas homosexuales y las personas solas tienen dificultades para acceder a la gestación subrogada. En Ucrania, la gestación está prohibida para las parejas homosexuales y personas solas.

En Estados Unidos se desarrolla una relación de igualdad con la gestante y se considera el país más proteccionista respecto a la gestación subrogada. Cada estado de los Estados Unidos tiene su propia legislación respecto a la gestación subrogada. Estados Unidos es el país más elegido por los españoles para llevar a cabo la gestación subrogada.

Ucrania es el segundo país, el coste de la gestación subrogada allí es menor que los Estados Unidos, pero no acepta a parejas homosexuales.

En tercer lugar, está México, sin embargo, allí algunos españoles tuvieron problemas para obtener el pasaporte.

Entre los destinos posibles también se encuentra Tailandia que no tiene legislación y la India.

El motivo de elección de EEUU, Ucrania o México por parte de los españoles se centran en las condiciones médicas en las que se desarrolla la gestación.

La seguridad en el proceso de gestación está directamente relacionada con la legislación del país, por lo tanto, aquellos que no tienen una legislación clara son menos elegidos, también se eligen en función del coste (11).

4.2.7.1 ¿Cómo se garantiza que el proceso de gestación subrogada se produzca y sea exitoso?

En primer lugar, a la gestante subrogada, se le realiza un diagnóstico genético preimplantacional. Con ello se consigue que el embrión sea de mayor calidad, lo segundo que influye son los gametos utilizados, y por último el estado de la gestante (11).

4.2.8 Revelación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a través de gestación subrogada

Las técnicas de reproducción asistida han permitido el desarrollo de diferentes modelos de familia. Permiten la intervención de diferentes personas como donantes además de los óvulos de la propia gestante.

Se sabe que la genética no es un requisito para formar parentesco, sin embargo, si es

de gran importancia para explicar las relaciones familiares e identidades de los individuos.

El donante de gameto/os sería una tercera persona en la relación familiar, esto puede causar gran angustia en el progenitor que no ha cedido su material genético.

Por otro lado, en la familia, se crea gran temor al pensar que si el niño conoce que es procedente de gestación subrogada quiera conocer quién fue el donante y/o gestante.

La donación y la recepción de semen y óvulos es un tema de gran complejidad debido a que en la Unión Europea hay desigualdad legislativa.

En algunos países ya se ha levantado el anonimato de los donantes. El primero de ellos fue Suecia, después fue ocurriendo en otros países. Actualmente en España existe legislación donde se contempla el anonimato.

En otros países como Bélgica o Islandia son los donantes los que deciden si conservan o no su anonimato.

Este tema crea un intenso debate, ya que va en contra de lo que el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos estipula. Este reconoce el derecho de todo individuo de conocer su identidad, así como tener información acerca de sus padres biológicos.

El tema de la revelación o no del origen genético ha ido evolucionando con el tiempo. Remontándonos a los orígenes, el primer hito ocurre en los años 90, donde La Asociación Americana de Medicina Reproductiva, así como profesionales aconsejaban a las parejas no revelar a los niños su origen genético. Actualmente el Consejo de Bioética de Nuffield recomienda a los profesionales sanitarios explicarles a los padres los beneficios de revelar el origen genético a sus hijos.

Centrándonos en si las familias desean o no revelar el origen genético a sus hijos, se estructuran diferentes posturas.

Por un lado, las familias biparentales heterosexuales son las que menos están a favor de revelar a sus hijos su procedencia. Además, también, son reacias a contárselo a sus familiares y amigos cercanos.

Por otro lado, las familias homosexuales y madres solas son las que más a favor están de revelar a sus hijos sus orígenes y el razonamiento es claro, debido a que hay que explicarle al niño porque tiene dos padres o madres o porque falta uno de los progenitores.

El momento para revelar a los hijos su origen genético dependerá del proceso de socialización de este, ya que cada niño es diferente (20).

4.2.8.1 Inseminación casera

Es el proceso mediante el cual una mujer introduce en su vagina mediante una

jeringuilla el semen del donante por lo que no se produce relación sexual ni la mujer realiza el proceso en una clínica. En España está permitido debido a que no existe ley que lo prohíba ni vulnera ningún derecho.

La pareja bien le puede solicitar el semen a un hombre conocido o de manera online a través de bancos de semen.

A este tipo de inseminación recurren parejas lesbianas, madres solas y parejas heterosexuales donde el hombre es infértil (20,21).

4.2.9 Percepción de los niños nacidos a través de gestación subrogada

A lo largo del tiempo ha sido objeto de investigación la relación de los niños nacidos a través de gestación subrogada con sus padres y se afirma que los niños nacidos a través de donación de gametos no sienten nada acerca de sus orígenes, sin embargo, se piensa que los niños nacidos a través de gestación subrogada percibirán de forma negativa su origen a medida que vayan creciendo.

Los estudios indican que los niños de 7-10, nacidos por gestación subrogada afirman experimentar sentimientos positivos (22).

Se considera que el paso de la infancia a la adolescencia es el momento en el que se modula la identidad y se desarrolla la autonomía personal (22).

Se ha demostrado que cuanto más se retrase la revelación de los orígenes genéticos al niño, este lo percibirá de manera más negativa, de hecho, en el estudio que analiza a las familias que revelaron antes de los 7 años a sus hijos, muestra que los niños asumieron su procedencia de forma positiva (22).

Un estudio realizado en la adolescencia, por la Universidad de Cambridge, reveló los siguientes datos de una muestra de 44 niños, de los cuales 22 eran procedentes de gestación subrogada, 13 habían sido concebidos con óvulos de donante y 9 con espermatozoides de donante. Los resultados mostraron que 7 percibían sentimientos positivos, a 32 les era indiferente y 5 se sentían ambivalentes (22).

A la mayoría de los niños, el proceso les resultó indiferente, y afirmaban que sus madres y sus padres iban a seguir siendo ellos, y no les molestó saber cómo fueron concebidos. Otros tenían sentimientos de indiferencia, pero estaban interesados en el proceso y por último algunos consideraban que los encuentros sociales, a veces, eran difíciles, ya que los amigos podían llegar a hacer preguntas a las cuales era difícil responder (22).

4.2.10 ¿Qué sentimientos experimentan las madres gestantes de 1 a 10 años después de la gestación?

La gestación subrogada puede ser una experiencia positiva, al menos para algunas mujeres.

La mayoría de las gestantes de Reino Unido y Estados Unidos lo hicieron por ayudar a los padres más que por una compensación económica, de hecho, se sabe que en el Reino Unido solo está permitida si la gestación es altruista.

Se ha demostrado que algunas de las gestantes han experimentado alguna dificultad psicológica en las siguientes semanas al parto, pero esto disminuye o desaparece con el tiempo (23).

Por otro lado, la mayoría de las gestantes no experimentan ningún problema psicológico de 6 meses a 1 año tras el parto, también se ha demostrado que las madres gestantes dan mucha relevancia a la relación que tienen con los futuros padres, por lo que esto es determinante a la hora de percibir la experiencia de ser gestante (23).

Por último, un estudio muestra que, a los 10 años, hay gestantes no presentan ningún problema de depresión y evolucionan con normalidad sin experimentar ningún problema psicológico (23).

4.2.11 Gestación subrogada y complicaciones

La premisa fundamental a la hora de reducir complicaciones es elegir bien a la gestante, esta debe tener entre 21-45 años y al menos haber tenido un hijo. Entre las complicaciones se ha encontrado (24):

- Síndrome de estimulación ovárica.
- Aborto.
- Embarazo ectópico.
- Complicaciones obstétricas.
- Eclampsia por la FIV.
- Embarazos múltiples.
- Sufrimiento emocional.
- Depresión o situación psicosocial adversa.
- Muerte del feto.
- Separación de la madre nada más nacer.

- No lactancia materna.
- Malformaciones fetales.
- Solicitud de los padres de interrupción del embarazo.
- Aumento del riesgo de patologías como los Trastornos del Espectro Autista (TEA), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el síndrome de alcoholismo fetal, trastornos del vínculo, del aprendizaje, afectivos y otros.
- Desde el punto de vista de la salud física, las consecuencias a largo plazo de la alteración perinatal abarcan un amplio conjunto de enfermedades de tipo crónico como la obesidad, el asma, las patologías autoinmunes y algunos tipos de cáncer a lo largo de toda la vida (24).

Conflicto de decisión entre los padres contractuales y la gestante contratada.

En la bibliografía se han encontrado algunos casos en los que surgen un conflicto en el transcurso de la gestación, entre los padres que contratan la gestación y la gestante contratada. Uno de los casos que mejor ilustra esta posibilidad, es el que resulta del diagnóstico de una malformación fetal congénita. En esta situación se puede producir, por una parte, que los padres que han contratado la gestación no deseen que esta siga su curso, y por otro lado, que la gestante contratada no quiera interrumpir la gestación.

En este caso que se analiza, se encontraba una gestante a través de subrogación embarazada de 21 semanas y 3 días. Tras una ecografía, se descubre que feto presenta espina bífida, por lo que el médico procede a hablar con los futuros padres, donde les expone que en algunos casos estos niños pueden tener dificultad en el aprendizaje y podrían desarrollar infecciones del tracto urinario (ITU) frecuentes, así como otra serie de problemas. Después de exponerles todas las posibles patologías, los padres decidieron que no querían seguir hacia delante con el embarazo, pero la madre sustituta se negó (25).

El caso es de gran complejidad, ya que por un lado el embarazo se produce en un país extranjero, existen limitaciones de tiempo para poder realizar un aborto, por lo que resolverlo de manera legal no era posible.

En este caso terminó felizmente, ya que la gestante acepta, someterse a una cesárea para que al el niño, una vez nacido, se le pudiera reparar el defecto de manera quirúrgica.

Se pueden plantear controversias legales y éticas. En Estados Unidos, uno de los países donde la gestación subrogada comercial está permitida y donde recurren familias de países extranjeros donde no está permitida para concebir hijos, el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y por otro lado la Sociedad Americana Reproductiva de Medicina

afirman que la gestante tiene el derecho de tomar decisiones de forma autónoma y además el Comité de Ética de la Sociedad Americana Reproductiva de Medicina afirman que es la gestante la que tiene la máxima autoridad sobre cualquier procedimiento en su cuerpo y que no puede ser obligada a someterse a cualquier procedimiento independiente del contrato (25).

4.2.11.1 Qué deber tienen los profesionales que realizar la inseminación a la madre sustituta de informar que el espermatozoide presenta VIH

Ante todo, los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar y guardar la confidencialidad de sus pacientes, sin embargo, en determinadas circunstancias los profesionales sanitarios podrán revelar el estado serológico del paciente a su pareja o en este caso a la madre sustituta.

Este problema puede exponerse a través de un caso en Sudáfrica, por lo que todo lo que se expone se realiza en base al reglamento del país: un padre que solicita una madre gestante debe cumplir también una serie de requisitos entre ellos podemos encontrar, una prueba que confirme en dos ocasiones que no tiene VIH, una tres meses antes de la fecundación y otra un mes antes, además el padre deberá aceptar que la sustituta pueda conocer los resultados de las pruebas a las que a él se le somete. Si el padre resultará ser seropositivo el médico tiene el deber de informar a la madre sustituta de los riesgos que eso entraña, aunque se le podría realizar al padre un lavado de semen y reducir así las posibilidades de contagio de la sustituta (26).

En caso de que el médico no informe de tal riesgo, recae en un delito, que puede dar lugar a una demanda civil, ya que se está violando la dignidad de la madre sustituta (26).

En Sudáfrica se acepta la gestación subrogada siempre que esta sea un recurso de última opción para los padres, bien porque son homosexuales, solteros, heterosexuales con problemas médicos, que les impide llevar un embarazo a término sin que este suponga ningún riesgo ni para el feto ni para la madre (27).

4.2.12 Inducción de la lactancia en la madre sustituta

La Organización Mundial de la Salud recomienda lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del bebé. A partir de este momento se le podrán ir introduciendo alimentos (28).

La inducción de la lactancia materna en madres no embarazadas ha resultado posible

y se ha demostrado que se puede mantener en el tiempo. Para ello es necesario la implicación y esfuerzo de la madre, además de la necesaria supervisión sanitaria (28).

Como se demostró que en las madres con hijos en adopción resulta beneficioso la inducción de la lactancia, por lo tanto, también se ha estudiado si produce los mismos beneficios en las madres sustitutas (29). Esto se realizará mediante administración de galactogogos y estimulación mecánica del pezón, ello podrá o no, repercutir sobre los niveles de prolactina sérica (29).

Sin embargo, se ha observado que en algunos casos llega a aumentar en el doble de prolactina, aún tanto en los casos en los que la aumenta como los que no, se ha visto que la leche que produce la madre es insuficiente para satisfacer al niño y que se necesita leche de fórmula para satisfacer las necesidades de alimentación, sin embargo, las futuras madres experimentan gran nivel de satisfacción (29).

Concluyendo, se ha demostrado que las madres experimentan resultados satisfactorios ya que estrecha la relación con el niño, aunque las cantidades producidas de leche son insuficientes para una alimentación completa (29).

4.2.13 Necesidad de crear programas para mejorar la salud reproductiva y sexual de las madres sustitutas en países legales

Como España es un país donde la gestación subrogada es ilegal, se ha analizado un estudio de salud reproductiva y sexual en Irán, el cual resulta de relevancia para saber cómo se procede en algunos de estos países donde está permitida la gestación subrogada.

Según la Organización Mundial de la Salud alrededor de 80 millones de personas en todo el mundo (10-15%) tienen problemas de infertilidad.

El programa se ha realizado desde varios puntos de vista: del de la madre de alquiler, desde los proveedores de salud (ginecólogos y otros profesionales sanitarios) y desde el punto de vista político. Y se ha concluido que elaborar cualquier programa se debe tener en cuenta las necesidades, valores, creencias y diferencias éticas, espirituales y culturales de la sociedad (30).

4.2.13.1 Cómo pueden las enfermeras garantizar la seguridad de las madres gestantes.

Si se crea una estrategia solo para las madres sustitutas no sería eficaz, ya que se tiene que tener en cuenta al padre genético del niño y al marido de la sustituta.

El objetivo de enfermería es proporcionar seguridad. En esta seguridad influyen factores internos tales como pensamientos y percepciones y factores externos como el medio ambiente, la familia, los amigos (31).

Enfermería pretende lograr que las madres experimenten un proceso de maternidad segura. Para ello enfermería tendrá que crear recursos eficaces, ayudarlas a gestionar el estrés y fortalecer la relación entre la gestante y los futuros padres entre otras.

Para que las enfermeras puedan llevar a cabo esta seguridad es necesario que previamente se formen mediante cursos y se mantengan actualizadas y así poder adquirir conocimientos y habilidades como la comunicación. En un segundo lugar se deberá crear un programa de apoyo a las madres subrogadas (31).

Además de la enfermería, en el programa deberá participar todo el equipo de salud para que este sea eficaz, es decir, se debe realizar un abordaje multidisciplinar. El apoyo emocional es uno de los términos más importantes del programa. Otros puntos importantes del programa son: el apoyo físico, el empoderamiento, la presencia, la promoción, la gestión de la relación entre ambas partes y apoyo jurídico.

Es importante empoderar a las madres sustitutas para que sean capaces de llevar a cabo su autocuidado.

Este estudio analizado está fundamentado por otros estudios, pero como se dice anteriormente, las necesidades y preocupaciones de las madres sustitutas pueden ser diferentes según los países (31).

4.3 Justificación

Los orígenes de la maternidad subrogada o maternidad obtenida a través de la gestación en otra mujer se remontan a 2.000 años antes de la aparición de Cristo (1).

Sin embargo, no es hasta 1978 con el desarrollo de las modernas técnicas de reproducción asistida, cuando este tema se pone en auge (1).

Según la OMS gestante subrogada “es la mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará al bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos o de terceros” (7).

Nos encontramos dos tipos de gestante subrogada:

“Subrogación tradicional” donde el óvulo es de la gestante, pero el semen es de un donante o uno de los concomitantes, por lo tanto, la gestante cede su útero y además es madre biológica del niño.

Por otro lado, la “subrogación gestacional”, donde la portadora de los gametos no tiene ningún tipo de relación genética con los gametos que porta. Estos pueden ser de los comitentes o de donantes (1,9).

En España, la primera Ley que consta sobre las técnicas de reproducción asistida es la Ley 35/1988. Supuso un gran avance, ya que no solo ayudaba a parejas estériles, sino que también destinaba las técnicas de reproducción asistida a fines diagnósticos y terapéuticos (5). La ley de Reproducción asistida vigente es una actualización de la ley 35/2003, ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Asistida (5,6).

La situación legal de la maternidad subrogada es muy diferente en el mundo. Va desde los países en los que no es legal y está penalizada a los países en los que es legal, pasando por los que no tienen aún legislación al respecto (1,2).

En España la gestación subrogada se ha declarado nula de pleno derecho independientemente de que se haya mediado precio o no. El artículo 10 de la ley 14/2006 sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida determina que la filiación debe realizarse en el momento del parto y no puede determinarse contractualmente antes del mismo. España es un país pionero en técnicas de reproducción asistida ya que es legal la donación de óvulos, espermatozoides y permite a madres solteras tener un hijo (8,13).

Para estimar las parejas que podrían beneficiarse de la legalización de esta forma de obtener la maternidad, se podría contemplar el porcentaje de parejas con problemas de esterilidad. Actualmente este porcentaje se encuentra entre un 15-18% y se considera que va en aumento. El principal problema es que, las posibilidades de embarazo se reducen con la edad (12).

Salvo en Estados Unidos, en la mayoría de los países, las parejas homosexuales y las personas solas tienen dificultades para acceder a la gestación subrogada. En Ucrania, la gestación está prohibida para las parejas homosexuales y personas solas.

La seguridad en el proceso de gestación está directamente relacionada con la legislación del país, por lo tanto, aquellos que no tienen una legislación clara son menos elegidos, también se eligen en función del coste (11).

El presente estudio observacional pretende dar a conocer el punto de vista del personal sanitario sobre los beneficios/inconvenientes de la maternidad subrogada a partir de una encuesta.

Ello es el primer paso para saber si es necesario establecer programas educativos adecuados sobre el tema. Si no se conoce una forma de maternidad, no se puede asesorar sobre la misma y los profesionales pueden realizar intervenciones erróneas. El trabajo contribuirá a la formación de los profesionales en maternidad.

5. Proyecto de investigación de estudio observacional: visión de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada

5.1 Objetivos e hipótesis

5.1.1 Objetivos

- General

Conocer, a través de una encuesta, la visión de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.
- Específicos
 - Identificar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la maternidad subrogada en cuanto a concepto y forma en que se adquiere conocimiento del tema.
 - Conocer el nivel de acuerdo de los profesionales sanitarios con esta forma de maternidad.
 - Explorar la opinión de los profesionales sanitarios con esta forma de maternidad.
 - Identificar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre los diferentes tipos de maternidad subrogada.
 - Explorar el conocimiento, la opinión y el nivel de acuerdo de los profesionales sanitarios con la situación legal de la maternidad subrogada en España.
 - Identificar la capacidad percibida de los profesionales sanitarios para informar sobre la maternidad subrogada, para resolver preguntas sobre el tema y para ofrecer apoyo profesional.
 - Conocer si los profesionales sanitarios sienten necesidad de formación al respecto.
 - Analizar la relación de las variables sociodemográficas, profesionales y personales de maternidad/esterilidad sobre las variables de maternidad subrogada.

5.1.2 Hipótesis

La gestación subrogada es un tema de gran actualidad.

Cada vez son más las parejas que recurren a este tipo de gestación para poder tener hijos biológicos cuando por medio de otras alternativas no es posible. Actualmente, se está retrasando la edad de concebir y por lo tanto las posibilidades de gestación.

La gestación subrogada es legal en algunos países, por lo que algunos españoles recurren a estos países para gestar al bebé y después vuelven con él a España. Nos preguntamos si los profesionales sanitarios tienen conocimiento sobre lo que representa la maternidad subrogada, sobre la ley española y sobre la atención a estos padres cuando llegan a nuestro país con un hijo así concebido.

Nuestra hipótesis plantea que los profesionales sanitarios tienen escasos conocimientos sobre la maternidad subrogada y sobre la ley al respecto, por lo que tendrán dificultades para abordar este tema si se les presenta. Si la investigación confirma nuestra hipótesis de partida y se demuestra que los profesionales sanitarios necesitan mayor formación en esta materia, se abrirá un campo de investigación para mejorar la formación de los profesionales en maternidad subrogada. Ello permitirá ampliar la formación de los profesionales sanitarios a las complejas maternidades que se plantean en el siglo XXI.

5.2 Metodología

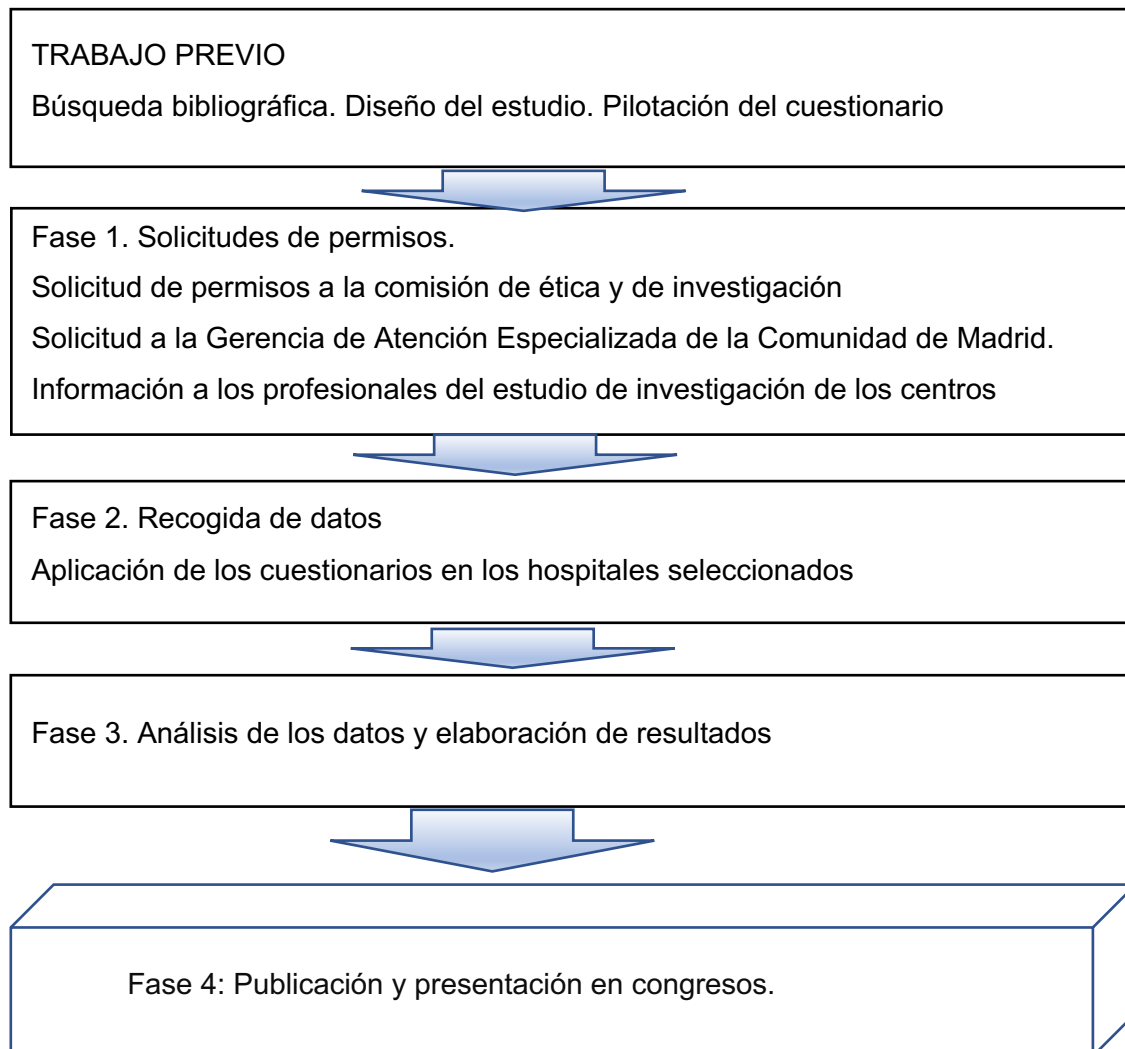
5.2.1 Diseño del estudio

- Estudio descriptivo transversal.
- Se va a realizar este estudio porque se van a medir unas variables concretas en una población definida y en un momento específico.
- Ámbito de atención especializada: personal sanitario de los hospitales de la Comunidad de Madrid.
- Duración: Tres años. De septiembre de 2019 a abril de 2020 se realizará la revisión bibliográfica con los artículos obtenidos en bases como Pubmed, Google Académico, Scielo y Dialnet y el diseño del estudio. De abril 2020 a julio 2020 se solicitarán los permisos al comité de ética e investigación, al hospital y se harán sesiones de información del estudio también se realizará una prueba de pilotación de la comprensión del cuestionario. De septiembre de 2020 a enero de 2021 se pasarán los cuestionarios. De febrero de 2021 a julio de 2021 se analizarán los datos y se redactarán los resultados. De septiembre de 2021 a diciembre de 2021 se publicará y

presentará en congresos.

Todo el estudio se realizará en el periodo de septiembre 2019 a diciembre 2021.

Estructura de la investigación: conocimientos de los profesionales de la maternidad subrogada.



5.2.2 Sujetos de estudio

- Población diana: personal sanitario de los hospitales de la Comunidad de Madrid
- Población accesible: Para poder validar la consistencia interna del cuestionario se va a pasar primero, en un solo hospital, el hospital de Getafe de la Comunidad de Madrid. Se han elegido servicios con formación especializada en maternidad y servicios que pueden tener relación con estas madres y/o niños. Los servicios son: planta de ginecología y obstetricia, paritorio, pediatría,

y urgencias.

- Criterios de inclusión:
 1. Personal sanitario del hospital de Getafe.
 2. Que trabaje en las áreas anteriormente descritas.
 3. Que lean la hoja de información sobre la investigación.
 4. Que den su consentimiento informado para participar en la encuesta.

- Criterios de exclusión:
 1. Personal no sanitario.
 2. Personal que no trabaje en las áreas descritas.
 3. Personal que no lea la hoja de información sobre la investigación.
 4. Personal que no quiera participar en la encuesta y por lo tanto no de su consentimiento informado.

- Tamaño previsto de la muestra: la población de la encuesta se obtiene a partir del número de trabajadores sanitarios registrados como trabajadores en los servicios seleccionados en el momento actual. Se estima que en la planta de obstetricia y ginecología de Getafe tiene una plantilla de 20 enfermeras, 5 auxiliares y 5 médicos. En paritorio, 30 matronas, 10 auxiliares y 12 médicos. En urgencias 8 enfermeras, 4 auxiliares y 8 médicos. En pediatría 12 enfermeras, 8 auxiliares y 8 médicos. Dado que el tamaño de la muestra es pequeño, se pasará la encuesta a todo el personal, por lo que no se requiere realizar un cálculo del tamaño muestral. De tal forma, que el tamaño muestral, lo componen 33 médicos, 40 enfermeras, 30 matronas y 27 auxiliares. Todo ello hace un total de 130 encuestas.

5.2.3 Variables

Las variables que se describen a continuación se han considerado necesarias para nuestro estudio y los datos sean obtenido a partir de la encuesta llamada “Encuesta sobre la visión de los profesionales sanitarios de la Maternidad Subrogada”.

- Factores sociodemográficos:
 - Género: variable nominal con tres opciones de respuesta hombre, mujer u otro y que corresponde con la pregunta 1 del cuestionario.
 - Edad: variable cuantitativa con cinco posibilidades de respuesta, rango de <20, 21-30, 31-40, 41-50 y >50 y que corresponde con la pregunta 2 del cuestionario.
 - Origen: variable nominal con seis alternativas de respuesta, España, Europa, América, Asia, África y Oceanía y que corresponde con la pregunta 3 del cuestionario.

- Factores personales:
 - Servicio hospitalario: variable nominal con 4 alternativas de respuesta, ginecología y obstetricia, urgencias, paritorio y pediatría y que corresponde con la pregunta 4 del cuestionario.
 - Categoría profesional: variable nominal con 4 alternativas de respuesta, médico, matrona, enfermera y auxiliar y que corresponde con la pregunta 5 del cuestionario.
 - Estado civil: variable nominal con 4 posibilidades de respuesta, soltero, casado y divorciado o pareja de hecho y que corresponde con la pregunta 6 del cuestionario.
 - Número de hijos: variable cuantitativa con 3 posibilidades de respuesta, 0, 1, 2 o >2 y que corresponde con la pregunta 7 del cuestionario.
 - Presencia de infertilidad en el encuestado: variable nominal con dos posibilidades de respuesta siendo sí o no y que corresponde con la pregunta 8 del cuestionario.
 - Presencia de hijos a través de reproducción asistida: variable nominal con 2 posibilidades de respuesta, siendo sí o no y que corresponde con la pregunta 9 del cuestionario.

- Factores sobre la gestación subrogada:
 - Conocimiento de la maternidad subrogada: variable nominal con dos posibilidades de respuesta, siendo sí o no y que corresponde con la pregunta 10 del cuestionario.
 - Definición de la maternidad subrogada: variable nominal con una posibilidad de respuesta y que corresponde con la pregunta 11 del cuestionario.
 - Cómo conoció la maternidad subrogada: variable nominal con cinco posibilidades de respuesta siendo esta, formación académica, formación continuada, vida laboral, vida personal u otros y que corresponde con la pregunta 12 del cuestionario.
 - Especificación de cómo conoció la maternidad subrogada: variable nominal con una posibilidad de respuesta y que corresponde con la pregunta 13 del cuestionario.
 - Nivel del acuerdo con esta opción de maternidad: variable nominal con 5 posibilidades de respuesta siendo estas, totalmente en desacuerdo, desacuerdo, indiferente, acuerdo y totalmente de acuerdo y que corresponde con la pregunta 14 del cuestionario.
 - Opinión de la maternidad subrogada: variable nominal con 1 posibilidad de respuesta y que corresponde con pregunta 15 del cuestionario.
 - Conocimiento de los tipos de gestación subrogada: variable nominal con dos posibilidades de respuesta siendo sí o no y que corresponde con la pregunta 16 del cuestionario.
 - Tipos que conoce de maternidad subrogada: variable nominal con 1 posibilidad de respuesta y que corresponde con la pregunta 17 del cuestionario.
 - En qué situación se encuentra la maternidad subrogada en España: variable nominal con 3 posibilidades de repuesta siendo estas, legal, ilegal y no sé y que corresponde con la pregunta 18 del cuestionario.
 - Sabe por qué la maternidad subrogada es ilegal: variable nominal con 1 posibilidad respuesta y que corresponde con la pregunta 19 del cuestionario.
 - ¿Qué opina de esta situación ilegal?: variable nominal con 5 posibilidades de respuesta siendo estas, totalmente en desacuerdo, desacuerdo, indiferente, acuerdo y totalmente de acuerdo y que corresponde con la pregunta 20 del cuestionario.
 - ¿Por qué tiene ese tipo de acuerdo?: variable nominal con 1 posibilidad de respuesta y que corresponde con la pregunta 21 del cuestionario.

- Capacidad de informar sobre este tipo de maternidad: variable nominal con 2 posibilidades de respuesta y que se corresponde con la pregunta 22 del cuestionario.
- Capacidad de resolver pregunta sobre este tipo de gestación: variable nominal con dos posibilidades de respuesta y que corresponde con la pregunta 23 del cuestionario.
- Capacidad de apoyo a las parejas que no pueden conseguir una gestación subrogada de tipo gestacional y por lo tanto uno de los gametos, en este caso el de la mujer no pertenece a la futura madre siendo esta una variable nominal con respuesta si o no y que corresponde la pregunta 24 del cuestionario.
- Necesidad de más conocimiento de este tipo de maternidad: variable nominal con dos posibilidades de respuesta y que se corresponde con la pregunta 25 del cuestionario.

A continuación, se exponen las características de cada variable en las tablas nº 3, 4 y 5.

Factores sociodemográficos			
Variable	Naturaleza de la variable	Escala de medida	Modalidades de la variable
Género	Cualitativa dicotómica	Nominal	Hombre Mujer Otros
Edad	Cualitativa continua	Numérica	<20 21-30 31-40 41-50 >50
Origen	Cualitativa	Nominal	Español Europa América Asia África Oceanía

Tabla 3. Factores sociodemográficos.

Factores personales			
Variable	Naturaleza de la variable	Escala de medida	Modalidades de la variable
Servicio hospitalario	Cualitativa	Nominal	Ginecología y obstetricia Paritorio Urgencias Pediatria
Categoría profesional	Cualitativa	Nominal	Médico Matrona Enfermera Auxiliar
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Pareja de hecho
Nº de hijos	Cuantitativa	Nominal	0 1 2 >2
Infertilidad	Cualitativa	Nominal	Si No
Hijos a través de reproducción asistida	Cualitativa	Nominal	SI No

Tabla 4. Factores personales.

Factores acerca de la gestación subrogada			
Variable	Naturaleza de la variable	Escala de medida	Modalidades de la variable
Conocimiento de la maternidad subrogada	Cualitativa	Nominal	Si No
Definición de la maternidad subrogada	Cualitativa	Nominal	
Cómo conoció la maternidad subrogada	Cualitativa	Nominal	Formación académica Formación continuada Vida laboral Vida personal Otros
Definición de cómo conoció la maternidad subrogada	Cualitativa	Nominal	
Nivel de acuerdo con esta opción de maternidad	Cualitativa	Nominal	Totalmente en desacuerdo, Desacuerdo, Indiferente, Acuerdo Totalmente de acuerdo
Opinión de la maternidad subrogada	Cualitativa	Nominal	

Cocimiento de los tipos de gestación subrogada	Cualitativa	Nominal	Si No
Tipos que conoce de maternidad subrogada	Cualitativa	Nominal	
Situación en la que se encuentra la gestación subrogada en España	Cualitativa	Nominal	Legal Ilegal No sé
Sabe el porqué de esta situación?	Cualitativa	Nominal	
¿Qué opina de esa situación?	Cualitativa	Nominal	Totalmente en desacuerdo, Desacuerdo, Indiferente, Acuerdo Totalmente de acuerdo
¿Por qué ese tipo de acuerdo?	Cualitativa	Nominal	
Capacidad de informar a parejas	Cualitativa	Nominal	Si No
Capacidad de resolver preguntas a parejas	Cualitativa	Nominal	Si No
¿Usted puede dar apoyo a las parejas?	Cualitativa	Nominal	Si No
Necesidad de más conocimiento de este tipo de maternidad	Cualitativa	Nominal	Sí No

Tabla 5. Factores acerca de la gestación subrogada.

Encuesta sobre la visión de los profesionales sanitarios de la Maternidad Subrogada.

Este cuestionario es anónimo y su contestación es de carácter voluntario. Se respetará en todo momento la Ley 3/2018, de protección de datos de carácter personal. Por favor, sería tan amable de responder a las siguientes preguntas.

1. Género	Hombre	Mujer	Otros			
2. Edad	<20	21-30	31-40	41-50	>50	
3. Origen	Español	Europa	América	Asia	África	Oceanía
4. Servicio hospitalario	Ginecología y obstetricia	Paritorio	Urgencias	Pediatría		
5. Categoría profesional	Médico	Matrona	Enfermera	Auxiliar		
6. Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Pareja de hecho		
7. Nº de hijos	0	1	2	>2		
8. ¿Ha tenido problema de esterilidad?			Sí	No		
9. Tiene hijos con Reproducción Asistida			Sí	No		
10. ¿Conoce la Maternidad Subrogada (MS)?			Sí	No		
11. Puede definirla						
12. Cómo conoció la maternidad subrogada		Formación académica	Formación Continuada	Vida laboral	Vida personal	Otros
13. Puede especificar cómo conoció la MS						
14. Su nivel de acuerdo con esta opción de maternidad		Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	Acuerdo	Totalmente acuerdo
15. Qué opina sobre la MS						
16. Conoce los tipos de MS		SI	NO			
17. Qué tipos conoce						
18. En España la MS es		LEGAL	ILEGAL	NO SE		
19. ¿Sabe por qué?						
20. ¿Qué opina de esta situación ilegal?		Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	Acuerdo	Totalmente acuerdo
21. Por qué ese tipo de acuerdo?						
22. ¿Se ve usted con capacidad de informar sobre este tipo de maternidad?			SI	NO		
23. ¿Se ve usted con capacidad de resolver preguntas acerca de la gestación?			SI	NO		
24. ¿Cree usted que puede dar apoyo a las parejas?			SI	NO		
25. Necesita más conocimiento sobre este tipo de maternidad			SI	NO		

5.2.4 Procedimiento de recogida de datos

Se va a realizar un estudio, a través de una encuesta, sobre la visión de los profesionales sanitarios de la Maternidad Subrogada.

Para obtener dichos datos, se programará una reunión con los profesionales de recursos humanos del hospital y se les ofrecerá la posibilidad de realizar la encuesta a los profesionales sanitarios de los servicios anteriormente mencionados. Más tarde, se les informará a dichos profesionales de la posibilidad de participar en la encuesta y una vez finalizada la información de los profesionales se les explicará la importancia de firmar el consentimiento informado, si están de acuerdo en participar en dicho estudio. Posteriormente se concretarán los días y las horas en las que se repartirán las encuestas, para que tanto los profesionales de la tarde como de la mañana que quieran, puedan participar.

Para la primera medición el cuestionario se editará en formato papel. Se acompañará de la hoja de información sobre la investigación (anexo 1) y del consentimiento informado (anexo 2). La distribución de los cuestionarios se hará por los profesionales colaboradores del centro de Atención Especializada.

5.2.5 Fases de estudio, cronograma

Con el estudio se procederá en varias fases:

- Trabajo previo. De septiembre de 2019 a abril de 2020, se realizará la revisión bibliográfica con los artículos obtenidos en bases como Pubmed, Google Académico, Scielo y Dialnet y el diseño del estudio.
- FASE 1. De abril 2020 a julio 2020 se solicitarán los permisos al comité de ética e investigación, al hospital y se harán sesiones de información del estudio, también se realizará una prueba de pilotación de la comprensión del cuestionario.
- FASE 2. De septiembre de 2020 a enero de 2021 se pasarán los cuestionarios.
- FASE 3. De febrero de 2021 a julio de 2021 se analizarán los datos y se redactarán los resultados.

- FASE 4. De septiembre de 2021 a diciembre de 2021 se publicará y presentará en congresos.

Todo el estudio se realizará en el periodo de septiembre 2019 a diciembre 2021.

En la tabla número 6 se muestra el cronograma.

		Cronograma																																						
FASE	Actividad	2019						2020						2021																										
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	C	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	C	N	D			
Trabajo previo	Revisión bibliográfica																																							
Fase 1	Petición de permisos al comité de ética e investigación																																							
Fase 2	Pase de cuestionarios																																							
Fase 3	Análisis de datos y presentación de resultados																																							
Fase 4	Presentación en congresos																																							

Tabla 6. Cronograma.

5.2.6 Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se realizará a partir del programa SpSS.

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las variables definitorias de la muestra de estudio.

En segundo lugar, realizaremos un análisis estadístico donde se utilizará la media y la desviación típica para obtener las variables cuantitativas y los porcentajes, se utilizarán para obtener las variables nominales. De esta manera, se podrá identificar los datos que más se repiten y así poder modificarlos. Para el estudio de los datos globales se emplearán pruebas paramétricas como la “r” de Pearson, la “t” de Student, ANOVA y no paramétricas como “chi” cuadrado, según las características de las variables. En todas ellas se contemplará como nivel de significación estadística $p < 0,05$.

5.3 Consideraciones éticas

Esta investigación cumplirá los principios relativos a los Derechos Humanos que quedan recogidos en la Declaración de Helsinki y además en la legislación española correspondiente.

Mediante el consentimiento informado, el participante tomará libremente su decisión. Además, mediante la entrega de una carta de presentación antes del cuestionario, el participante, podrá comprender los objetivos del estudio que se va a realizar y también tendrá la capacidad de resolver sus dudas por parte de las personas que se pongan en contacto con ellos para informarles de la posibilidad de participar en el cuestionario.

Los datos recabados sobre los participantes serán confidenciales y se tratarán tal y como recoge la Ley 3/2018, de protección de datos de carácter personal. Se asegura en todo el proceso el anonimato del encuestado y una vez finalizado el estudio los datos recogidos serán destruidos.

Por último, el proyecto ha sido sometido a evaluación por el Comité de Ética y de Investigación del Hospital Universitario de Getafe para su aprobación.

5.4 Limitaciones y fortalezas

Limitaciones

La primera limitación es el diseño ya que nos encontramos ante una muestra pequeña.

La evaluación del proyecto sería más precisa si se obtuviese información de todos los Hospitales de la Comunidad de Madrid y no solo del Hospital de Getafe.

El estudio se basa en la evaluación mediante una encuesta del conocimiento de los

profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.

Este estudio permite el registro de las variables socio-sanitarias, personales y sobre la gestación subrogada que presentan los profesionales sanitarios a los que se les aplica el cuestionario.

La aplicación del cuestionario es una muestra representativa del Hospital de Getafe pero no de todos los Hospitales de la Comunidad de Madrid, por tanto serán necesarios nuevos estudios para poder evaluarlo a nivel de la Comunidad de Madrid.

Fortalezas

Las principales fortalezas del estudio son:

Plantea la evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la maternidad subrogada.

Su diseño nos permite obtener información relevante.

El instrumento de medida es un cuestionario específicamente diseñado para evaluar los conocimientos de los sanitarios, cuya comprensión ha sido validada con una muestra de 12 profesionales sanitarios.

El equipo investigador tiene una amplia formación en el tema de la gestación subrogada.

No se han encontrado trabajos sobre el conocimiento de los profesionales sobre maternidad subrogada, con lo que la investigación plantea una línea de estudio novedosa y relevante para la formación de los profesionales en este ámbito.

5.4 Anexos

ANEXOS

Anexo I: Hoja de información al participante.

Título del proyecto: Estudio descriptivo sobre el conocimiento de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.

Investigador principal: Lorena Jarilla Cabrera y Matilde Fernández y Fernández-Arroyo.

Introducción: Nos dirigimos a usted para informarle sobre un proyecto de investigación al cual se le invita a participar. El objetivo es evaluar el conocimiento de los profesionales sanitario de la maternidad subrogada. Este estudio, ha sido aprobado por el Comité de investigación y de ética del Hospital universitario de Getafe. Lea esta hoja informativa para tener toda la información necesaria sobre el proyecto y decidir si quiere participar o no, además le podremos resolver sus dudas.

Participación voluntaria: Debe saber que su participación en dicho estudio, es voluntaria por lo tanto, debe leer atentamente la siguiente información.

Descripción general de estudio: La presente investigación pretender determinar el conocimiento de los profesionales sanitario de la maternidad subrogada.

Por lo tanto, necesitamos que nos dedique unos minutos para cumplimentar el cuestionario que se le va a facilitar.

Si alguna pregunta le resulta inapropiada tiene el derecho a no responderla. Las preguntas son de tipo sociodemográfico, personales y sobre la gestación subrogada. Con los resultados de este estudio se pretende mejorar la atención a las familias y a los niños procedentes de gestación subrogada.

Beneficio y riesgos derivados de su participación en el estudio: La participación en este proyecto para usted no supone ningún riesgo. En cuanto a los beneficios, no supone ningún beneficio para ustedes, sin embargo, nos puede ayudar a saber el pensamiento de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.

Confidencialidad: Se garantiza que todos los datos recogidos en este proyecto serán tratados de manera confidencial siguiendo Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal 3/2018.

Elaboración propia a partir del modelo del tutor.

Anexo II: Consentimiento informado.

Hoja para firmar por el participante

Título del proyecto: Estudio descriptivo sobre el conocimiento de los profesionales sanitarios de la maternidad subrogada.

Yo (Nombre y Apellidos):

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Hoja de información al paciente).
- He recibido suficiente información sobre el proyecto.
- He recibido información del profesional sanitario que me ha facilitado la encuesta y además me ha resuelto las dudas.
- Comprendo que mi participación es libre y voluntaria en dicho proyecto.
- Se me ha informado que todos los datos recogidos en este estudio serán tratados de forma confidencial según la Ley 3/2018 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Se me ha informado que la información recogida será de uso exclusivo para este proyecto.
- Además, se me ha informado que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante.

Firma del profesional.

Nombre y apellidos.

Nombre y apellidos.

Elaboración propia a partir del modelo del tutor.

Anexo III: Cuestionario.

Encuesta sobre la visión de los profesionales sanitarios de la Maternidad Subrogada.

Este cuestionario es anónimo y su contestación es de carácter voluntario. Se respetará en todo momento la Ley 3/2018, de protección de datos de carácter personal. Por favor, sería tan amable de responder a las siguientes preguntas.

1. Género	Hombre	Mujer	Otros			
2. Edad	<20	21-30	31-40	41-50	>50	
3. Origen	Español	Europa	América	Asia	África	Oceanía
4. Servicio hospitalario	Ginecología y obstetricia	Paritorio	Urgencias	Pediatría		
5. Categoría profesional	Médico	Matrona	Enfermera	Auxiliar		
6. Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Pareja de hecho		
7. Nº de hijos	0	1	2	>2		
8. ¿Ha tenido problema de esterilidad?			Sí	No		
9. Tiene hijos con Reproducción Asistida			Sí	No		
10. ¿Conoce la Maternidad Subrogada (MS)?			Sí	No		
11. Puede definirla						
12. Cómo conoció la maternidad subrogada	Formación académica	Formación Continuada	Vida laboral	Vida personal	Otros	
13. Puede especificar cómo conoció la MS						
14. Su nivel de acuerdo con esta opción de maternidad	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	Acuerdo	Totalmente acuerdo	
15. Qué opina sobre la MS						
16. Conoce los tipos de MS	SI	NO				
17. Qué tipos conoce						
18. En España la MS es	LEGAL	ILEGAL	NO SE			
19. ¿Sabe por qué?						
20. ¿Qué opina de esta situación ilegal?	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	Acuerdo	Totalmente acuerdo	
21. Por qué ese tipo de acuerdo?						
22. ¿Se ve usted con capacidad de informar sobre este tipo de maternidad?	SI	NO				
23. ¿Se ve usted con capacidad de resolver preguntas acerca de la gestación?	SI	NO				
24. ¿Cree usted que puede dar apoyo a las parejas?	SI	NO				
25. Necesita más conocimiento sobre este tipo de maternidad	SI	NO				

Bibliografía

1. Jiménez Muñoz FJ. Una aproximación a la posición del tribunal gestación subrogada. *REDS Rev Derecho, Empres y Soc.* 2018;(12):42–54.
2. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2016;22(2):260–76.
3. Cruz Méndez JM. La maternidad subrogada. *Fac Derecho Univ Extrem.* 2013;30:641–53.
4. Feldman EA. Baby M turns 30: The law and policy of surrogate motherhood. *Am J Law Med.* 2018;44(1):7–22.
5. Juan Carlos I. Disposiciones generales Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. *BOE.* 1988;1986(282):33373–8.
6. Juan Carlos I. La ley sobre las técnicas de reproducción humana asistida. *BOE.* 2015;41(4):1241–64.
7. F. Zegers-Hochschild, G. D. Adamson, J. de Mouzon, O. Ishihara, R. Mansour, K. Nygren, E. Sullivan SV. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida. Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology y la Organización Mundial de la Salud. *OMS.* 2010;1–11.
8. Navarro Martínez M, Jiménez González J, Martínez Sánchez L, Martínez Sánchez M, Pinillos Capel M. Comentarios a la iniciativa legislativa popular de gestación subrogada. *Bioderecho.es Rev Int Investig en Bioderecho.* 2014;1(1):1–9.
9. Guzmán JL. Dimensión económica de la maternidad subrogada. *Cuad Bioética XXVII 2017/2^a.* 2017;199–218.
10. Karavina C, Gubba A. An african perspective on tospoviruses. *J Plant Pathol.* 2017;99(1):5–16.
11. Moreno Beltrán AM. Características de las familias creadas por gestación subrogada en el Estado español. *Papeles del CEIC Univ del País Vasco.* 2018;2018/2(199):1–28.
12. Río CJ, Moreno-rosset C, Jurado RA, Robaina NF. La evaluación psicológica en infertilidad: el “DERA” una prueba creada en España. 2008;29(2):176–85.
13. Azpiroz Villar JE. Algunas consideraciones sobre el contrato de vientres de alquiler a la vista de la legislación española sobre adopción. *Cuad Bioética 2019;30(99):*187–98.
14. Aparisi Miralles Á. Maternidad subrogada y dignidad de la mujer. *Cuad Bioética XXVII 2017/2^a.* 2017;163–76.
15. Burrell C. Surrogacy legislation remains complex and unsatisfactory. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(3):353.

16. Hodson N, Bewley S. Parental orders and the rights of surrogate mothers. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(3):352.
17. Motluk A. Reimbursement discussions exclude surrogates, donors. *Can Med Assoc J.* 2016;188(1):7–8.
18. Murray T. Support grows for paying surrogates. *Can Med Assoc J.* 2017;189(30):1004–5.
19. Hammarberg K, Stafford-Bell M, Everingham S. Intended parents' motivations and information and support needs when seeking extraterritorial compensated surrogacy. *Reprod Biomed Online [Internet].* 2015;31(5):689–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.08.008>
20. Alvaréz Plaza C. La diversidad familiar y la divulgación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a partir de donantes y/o gestación subrogada. *IM-Pertinente.* 2014;2(1):17–43.
21. Quicios Molina S. Inseminaciones artificiales domésticas : cuestiones contractuales y de filiación. *Rev Jurídica la Univ Autónoma Madrid.* 2017;35(1):363–83.
22. Zadeh S, Ilioi EC, Jadvá V, Golombok S. The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Hum Reprod.* 2018;33(6):1099–106.
23. Jadvá V, Imrie S, Golombok S. Surrogate mothers 10 years on : a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Hum Reprod.* 2015;30(2):373–9.
24. Olza I. La gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental , holística y feminista. *The Medical Aspects of Gestational Surrogacy from a Holistic , Feminist and.* 2018;1–12.
25. Mazur LJ, Kisthardt MK, Kim HH, Rosas LM, Lantos JD. Surrogate pregnancy after prenatal diagnosis of spina bifida. *Pediatrics.* 2017;139(2):1–8.
26. Jordaan DW. Surrogacy commissioning fathers and HIV. *South African Med J.* 2014;104(1):12–3.
27. Jordaan DW. Surrogate motherhood in illness that does not cause infertility. *South African Med J.* 2016;106(7):684–5.
28. López Granados L, Serrano Reynal A, Crespo Mora C. Inducción de la lactancia sin gestación. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018;20:113–5.
29. Zingler E, Amorim Amato A, Alysson Z, Brito Vogt M de F, Wanderley M da S, Mariani Neto C, et al. Lactation Induction in a Commissioned Mother by Surrogacy : Effects on Prolactin Levels , Milk Secretion and Mother Satisfaction. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2017;39:86–9.
30. Goli M, Farajzadegan Z, Heidari Z, Kohan S. Reproductive and sexual Health of surrogate mothers, developing a care program: A protocol for mixed methods study.

Reprod Health. 2019;16(1):1–6.

31. Zandi M, Vanaki Z, Shiva M, Mohammadi E, Bagheri-Lankarani N. Security giving in surrogacy motherhood process as a caring model for commissioning mothers: A theory synthesis. *Japan J Nurs Sci*. 2016;13(3):331–44.