

Grupo EIRE. Orientación sexual y deseo reproductivo.

Autores: Alberto Romeu¹, Ana Monzó², Luis A. Quintero², Vicente López Villaverde³, Cristina C. Duque⁴, Verónica Lucas⁵, Juan Gilabert-Estellés⁶, Javier Nadal⁷, Eric Saucedo⁸, Margarita Torres⁹, Juan Álvarez¹⁰, Juana Hernández¹¹ e Ignacio Arnott¹², en representación del Grupo EIRE.

1. Hospital Universitario La Fe. Coordinador Grupo Eire.
2. Clínica IMER. Valencia
3. EmbryoCenter CIVTE. Sevilla
4. Clínica Gobest. Zaragoza
5. Clínica Ginefiv. Madrid
6. Unidad de Reproducción. Hospital General Universitario. Valencia
7. FIV Barcelona. Barcelona
8. Clínica IMAR. Murcia
9. IBILAB. Mallorca
10. Centro de infertilidad masculina Androgen. La Coruña
11. Clínica Dra. Hernández. Logroño
12. Instituto de Reproducción Humana FIV4. Oviedo

Correspondencia: Alberto Romeu.
aromeu2000@hotmail.com
Tf. 963639086 - 629124462

Resumen

Objetivos. El objetivo principal del presente estudio es obtener datos sobre la orientación sexual y los deseos reproductivos de una población española no seleccionada. Objetivos secundarios han sido recabar información sobre las actitudes sexuales de esa misma muestra poblacional, la visión de gays y lesbianas de sus posibilidades reproductivas y su relación con los centros públicos y privados de medicina reproductiva.

Material y métodos. Una encuesta diseñada a tal efecto fue implementada en el portal del Colectivo Lambda de la Comunidad Valenciana, en internet. El Colectivo Lambda ofreció su colaboración desinteresada y animó a sus miembros a cumplimentarla. Los centros de reproducción integrados en el Grupo EIRE solicitaron a sus pacientes la cumplimentación de la encuesta.

Las respuestas a las distintas preguntas correspondientes a las 404 encuestas cumplimentadas fueron transportadas a una hoja Excel y, posteriormente, al programa SPSS, para su tratamiento estadístico.

Resultados.

A partir de las respuestas obtenidas puede afirmarse que homosexualidad y bisexualidad no son situaciones excluyentes sino que entre homo y heterosexualidad existe una gradación. También ha sido confirmado que la gran mayoría de los individuos desea reproducirse, independientemente de su orientación sexual y que la aceptación de las técnicas de reproducción asistida para resolver los problemas reproductivos de lesbianas y gays, incluida la maternidad subrogada es amplia.

En torno al 90% de los encuestados consideran que las personas o parejas LGTB tienen los mismos derechos a ser atendidos en los centros de sanidad pública que las parejas heterosexuales que padecen esterilidad. Considerando el determinismo de la orientación sexual de los seres humanos, es posible aceptar que gays, lesbianas y otros LGTB presentan esterilidad constitucional y que, como tal, deben ser ayudados a tener descendencia biológica sin menoscabo de su dignidad humana.

Summary

Objectives. The main objective of this study was to obtain data on sexual orientation and reproductive desires of an unselected Spanish population formed by gays, lesbians, transsexuals and bisexuals (LGTB), without excluding heterosexual persons.

Secondary objectives have been obtaining information about the sexual attitudes of this same population sample, as well as the view of gays and lesbians of their reproductive potential and their relationship with public and private reproductive medicine centers.

Material and methods. A survey designed to that effect was implemented on the portal of the Colectivo Lambda of Valencia, on the internet. The collective Lambda offered their generous collaboration and encouraged its members to fill it out. The centers of reproductive medicine integrated in the EIRE group asked their patients filling out the survey. The responses to the different questions corresponding to the 404 completed surveys were transported to an Excel worksheet and, later, to the program SPSS for statistical processing.

Results.

From the answers it can be argued that homosexuality and bisexuality are not mutually exclusive situations but that between homo and heterosexuality there is a gradation. It has also been confirmed that the vast majority of individuals wish to reproduce, regardless of their sexual orientation and that assisted reproduction techniques are widely accepted to solve reproductive problems of lesbians and gays, including surrogate motherhood.

Around 90% of respondents considered that persons or LGBT couples have the same rights to be cared for in reproductive centers of public health than heterosexual couples presenting infertility. Whereas the determinism of the sexual orientation of human beings, it is possible to accept that gays, lesbians and other LGBT present constitutional infertility and that, as such, they must be helped to have biological offspring without detriment to their human dignity.

Introducción

Durante miles de años, los individuos de la especie humana nos hemos reproducido de forma sexuada, característica de la especie. Dicho de otra forma, la reproducción humana ha venido siendo, durante milenios, consecuencia de una relación sexual coital. Esto no significa que no existiera la posibilidad de mantener relaciones sexuales no reproductivas.

A finales del siglo XX, se dieron dos circunstancias que han venido a impactar de forma muy significativa la reproducción de los seres humanos, concretamente su reproducción en España, lo que supone una auténtica revolución reproductiva.

Por una parte, determinados cambios en la sociedad, sobre todo una mayor tolerancia, que permitió que fueran aprobadas dos leyes de gran trascendencia social: la Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio, sancionando los matrimonios entre personas del mismo sexo, y la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Por otra parte, el impresionante desarrollo de las técnicas de reproducción asistida y la gran aceptación de las mismas por la sociedad.

La primera circunstancia ha tenido como consecuencia el afloramiento de numerosas parejas de seres humanos, hombres y mujeres, que mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo y que forman parejas estables.

La segunda permite que parejas de mujeres y mujeres sin pareja puedan reproducirse, mediante inseminación artificial o fecundación in vitro, en dependencia de sus necesidades clínicas, y que, donde está permitido por la legislación, parejas de hombres y hombres sin pareja puedan tener hijos biológicos mediante una gestación subrogada. Se ha posibilitado, por estas vías la reproducción sin sexo.

Los seres humanos forman parejas, cuando las forman, en función de su orientación sexual, es decir, en función de la atracción sexual percibida y, aun cuando la gran mayoría de esas parejas son heterosexuales, en ocasiones, se forman parejas entre individuos del mismo sexo. Las parejas heterosexuales pueden reproducirse autónomamente; las parejas de individuos del mismo sexo no pueden hacerlo.

Conductas homosexuales y bisexuales se hallan presentes en múltiples especies animales, en la práctica totalidad de las estudiadas, especies tan alejadas como los primates, los pingüinos y las chinches.

En cuanto a la especie humana, existen testimonios a lo largo de toda la historia conocida sobre conductas homosexuales, tanto masculinas (Alejandro y Hefestión, Aquiles y Patroclo, Nerón o Lord Byron) como femeninas (Safo, sor Benedetta Carlini o Virginia Woolf).

La consideración social de la homosexualidad ha evolucionado a lo largo de la historia. En la Grecia clásica, salvando todas las consideraciones del amor platónico, era tolerada e incluso alabada, en determinadas circunstancias (1). En la antigua Roma era socialmente aceptada y practicada, existiendo referencias tan notorias como las dos bodas que Nerón llevó a cabo con hombres (2).

La aceptación social de la homosexualidad cesó con el inicio de la era cristiana y, en el año 390, bajo el imperio de Teodosio I, se promulgó la pena de muerte para los homosexuales (3).

Desde entonces, socialmente condenadas y castigadas en la mayor parte de culturas y épocas, las prácticas homosexuales se han mantenido, aunque no existan datos fehacientes de su relevancia social.

A partir de 1980 fueron observándose cambios de mentalidad respecto a los y las homosexuales, pasando de ser depravados e indeseables o delincuentes a ser considerados enfermos mentales, hasta que, en 1990, la O.M.S. retiró la homosexualidad de la clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (4).

En la actualidad, en nuestro país se produce un porcentaje no despreciable de matrimonios homosexuales, como refleja la Tabla 1, aunque no existen datos fidedignos de los que homosexualidad, transexualidad y bisexualidad representan en el ámbito social y tampoco el sentimiento de este tipo de personas respecto a la reproducción y a las técnicas de reproducción asistida, así como respecto a la atención recibida ante sus deseos reproductivos.

Año	Matrimonios entre varones	Matrimonios entre mujeres	Matrimonios entre personas del mismo sexo	Total matrimonios	% matrimonios entre personas del mismo sexo
2005	923	352	1.275	120.728	1,06
2006	3.190	1.384	4.574	211.818	2,16
2007	2.180	1.070	3.250	203.697	1,60
2008	2.299	1.250	3.549	196.613	1,81
2009	2.212	1.200	3.412	175.952	1,94
2010	2.216	1.367	3.583	170.815	2,10
2011	2.293	1.587	3.880	163.085	2,38
2012	1.935	1.520	3.455	165.101	2,09

Tabla 1. Distribución anual de matrimonios homosexuales en España y porcentaje de los mismos entre el total de matrimonios. Fuente: INE. Citado por Wikipedia: (http://es.wikipedia.org/wiki/Matrimonio_entre_personas_del_mismosexo_en_España %C3%B1a#cite_note-8)

El presente estudio fue emprendido por el Grupo EIRE y el colectivo Lambda para tratar de analizar la postura social ante la reproducción de personas solas y homosexuales, así como los aspectos éticos y legales de la aplicación de técnicas de reproducción asistida a estas personas.

Material y métodos

Un acuerdo entre el Grupo Eire (Grupo Español para la Investigación en Reproducción) y el Colectivo LAMBDA (colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) permitió diseñar una encuesta semiestructurada y autoadministrable que fue implementada en la página web del citado colectivo.

Esta encuesta ha sido visitada por algo más de 500 personas y cumplimentada por 404 personas, material que ha sido estadísticamente analizado.

Descripción de la muestra

La muestra ha quedado constituida por 404 individuos de 18 a 70 años de edad, con una edad media de $33,93 \pm 9,29$. De ellos, 313 (77,5%) son mujeres y 83 (20,5%) son hombres; en 8 de los casos (2%) no especificaron.

El nivel educativo de la muestra se repartió en: educación primaria 5,2%, educación secundaria 30,2% y formación universitaria 55,7%; 8,9% de los encuestados no contestó a esta pregunta.

Respecto a la situación personal de los encuestados, 33,7% fueron solteros, 36,4% casados, 12,6% en situación de pareja de hecho, 4,7% sin pareja estable, 0,2% separados, 1,7% divorciados y 8,9% en otra situación; 1,7% no contestaron. Entre las mujeres, 32,6% fueron solteras, 38% fueron casadas, 13,1% estuvieron en situación de pareja de hecho, 4,5% carecían de pareja estable, 0,3% estaban separadas, 1,3% estaban divorciadas y 8,9% se encontraban en otra situación; 1,3% no contestaron. Entre los hombres, 36,9% eran solteros, 32,1% casados, 10,7% tenían pareja de hecho, 6% carecían de pareja estable, ninguno estaba separado, 3,6% estaba divorciado y 9,5% se hallaba en otra situación; 1,2% no contestaron.

La distribución geográfica de las personas que cumplimentaron la encuesta es la que sigue: Andalucía, 34 individuos; Aragón, 79 individuos; Asturias, 1; Islas Baleares, 8; Canarias, 4; Castilla-La Mancha, 8; Castilla-León, 3; Cataluña, 22; Comunidad Valenciana, 145; Extremadura, 34; Galicia, 4; La Rioja, 3; C. de Madrid, 34; C. F. de Navarra, 2; País Vasco, 3 y R.de Murcia, 12.

Manejo de la encuesta y análisis estadístico

Las respuestas a la encuesta fueron trasladadas a un programa SPSS y los casos con respuestas incoherentes fueron eliminados, quedando como analizables las 404 respuestas antes citadas. Ha sido utilizado el programa SPSS statistics 17.0.

Para los datos numéricos, como la edad, fueron calculadas medias y desviaciones típicas. Para las respuestas cualitativas fueron calculados porcentajes.

Resultados

La presentación de los resultados de la encuesta se hará dividiéndola en distintos bloques: 1) valoración de la sexualidad y los antecedentes afectivo-sexuales, 2) deseos reproductivos, 3) valoración por los encuestados de sus posibilidades reproductivas, 4) realidad de su reproducción biológica o adopción y 5) la relación de sus problemas reproductivos y la seguridad social.

Los cuatro primeros aspectos se expondrán separando las respuestas de hombres y mujeres y matizando, cuando se considere conveniente, en función de su sexualidad.

1. Resultado de las encuestas cumplimentadas por mujeres

Una serie de preguntas estuvieron destinadas a valorar la sexualidad y los antecedentes afectivo-sexuales de los participantes.

A la pregunta “sexo percibido”, el 94,6% de las mujeres afirmó sentirse de sexo femenino, mientras el 3,2% afirmó sentirse de sexo masculino; la pregunta quedó en blanco en el 2,2% de los casos. De estas 313 mujeres, el 49,2% se definió como heterosexuales, el 35,1% como lesbianas, el 3,8% como gays, el 7,3% como bisexuales, el 1% como transexuales y un 3,5% de respuestas fueron nulas.

A la pregunta “sexualmente atraído por ...”, el 62,3% de las mujeres afirmó sentirse atraída por hombres, el 19,8% por mujeres y el 17,3% por ambos; no contestó el 0,6% de las encuestadas. El 19% de los hombres afirmó sentirse atraído por las mujeres, el 76,2% por los hombres y el 3,6% por ambos. Entre hombres y mujeres, 8 respuestas no fueron incluidas en el análisis.

Los antecedentes afectivo-sexuales de las mujeres encuestadas se reflejan en la tabla 1, en dependencia de que las encuestadas se autodefinieran como homosexuales (gays y lesbianas) o heterosexuales. Las preguntas formuladas fueron:

- “¿Ha tenido pareja (al menos durante 6 meses) heterosexual?”
- “¿Ha tenido pareja (al menos durante 6 meses) homosexual?”

- “¿Ha tenido contactos heterosexuales?”
- “¿Ha tenido contactos homosexuales?”

		Sí (%)	No (%)	NS/NC (%)
Mujeres LGTB				
	Pareja heterosexual*	50,8	45,9	3,3
	Pareja homosexual*	97,5	2,5	--
	Contacto heterosexual	54,1	42,6	3,3
	Contacto homosexual	95,9	0,8	3,3
	Desea hijo	86,9	13,1	--
	Desea formar familia	81,1	18	0,8
Mujeres heterosexuales				
	Pareja heterosexual*	87,0	11,7	1,3
	Pareja homosexual*	20,8	74,7	4,5
	Contacto heterosexual	86,4	12,3	1,3
	Contacto homosexual	13	84,4	2,6
	Desea hijo	81,8	16,9	1,3
	Desea formar familia	81,8	14,3	3,9

Tabla 2. Antecedentes afectivo-sexuales de las mujeres encuestadas (* al menos durante 6 meses)

Dos de las preguntas estaban destinadas a conocer los deseos reproductivos de los participantes. Las respuestas de las mujeres, en dependencia de su sexualidad, se reflejan en la tabla 2.

Algunas preguntas estuvieron destinadas a conocer la valoración que los interesados hacían de sus posibilidades reproductivas.

A la pregunta “En el caso de definirse como homosexual y haber sentido deseos de tener un hijo, ¿le parece aceptable tener relaciones heterosexuales solo para conseguirlo?” respondió afirmativamente el 23% de las mujeres y negativamente el 70,5%; el 6,6% no respondió.

A la pregunta “En el caso de tener pareja estable, ¿Aceptaría su pareja esto último?” contestó afirmativamente el 13,9% de las mujeres y negativamente lo hizo el 73,8%; el 12,3% de las respuestas quedó en blanco

A la pregunta “¿Considera que la reproducción asistida debe ser la solución para su reproducción?” el 83,6% de las mujeres contestó afirmativamente mientras que el 11,5% lo hizo negativamente; el 4,9% de las respuestas quedó en blanco.

La pregunta “La autoinseminación (sin participación clínica) es una buena solución para las parejas homosexuales femeninas” permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres como sigue:

	Mujeres LGTB	Mujeres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	27	37,7
bastante de acuerdo (%)	28,7	26,6
bastante desacuerdo (%)	21,3	18,2
total desacuerdo (%)	18,9	9,7
NS/NC (%)	4,1	7,8

Tabla 3. Respuestas de las mujeres relativas a la autoinseminación

La pregunta “La inseminación artificial es una buena solución para las mujeres solas y las parejas homosexuales femeninas?” permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres como sigue:

	Mujeres LGTB	Mujeres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	73,8	66,2
bastante de acuerdo (%)	19,7	22,1
bastante desacuerdo (%)	2,5	5,2
total desacuerdo (%)	1,6	1,9
NS/NC (%)	4,1	4,5

Tabla 4. Respuestas de las mujeres relativas a inseminación artificial

La pregunta “La fecundación in vitro es una buena solución para las parejas homosexuales femeninas y para las mujeres sin pareja que lo necesiten” permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres como sigue:

	Mujeres LGTB	Mujeres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	74,6	66,9
bastante de acuerdo (%)	17,2	22,1
bastante desacuerdo (%)	4,9	13,6
total desacuerdo (%)	1,6	7,1
NS/NC (%)	1,7	3,9

Tabla 5. Respuestas de las mujeres relativas a Fecundación in vitro

La pregunta “La fecundación in vitro con transferencia del embrión a la compañera (ROPA) es un buen recurso para las parejas homosexuales femeninas” permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres como sigue:

	Mujeres LGTB	Mujeres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	75,4	52,6
bastante de acuerdo (%)	18	22,1
bastante desacuerdo (%)	4,1	13,6
total desacuerdo (%)	0,8	7,1
NS/NC (%)	1,7	4,5

Tabla 6. Respuestas de las mujeres relativas a ROPA

La pregunta “La inseminación artificial y la fecundación in vitro (con maternidad subrogada o útero de alquiler) es una buena solución para las parejas homosexuales masculinas” permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres homosexuales como sigue:

	Mujeres LGTB	Mujeres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	68	40,9
bastante de acuerdo (%)	23	26
bastante desacuerdo (%)	4,9	18,8
total desacuerdo (%)	4,1	7,1
NS/NC (%)	--	7,1

Tabla 7. Respuestas de las mujeres relativas a la maternidad subrogada

De las mujeres que se consideraron heterosexuales, el 37,7% ha tenido, al menos, un hijo biológico y una tiene un hijo adoptado. De ellas, el 55,7% gestó mediante coito natural, el 3,84% lo hizo mediante autoinseminación, el 19,23% mediante inseminación artificial, el 15,38% mediante FIV y el 5,76% mediante ROPA. La asistencia médica de aquellas mujeres de este grupo que lo requirieron tuvo lugar en un centro público en el 33,33% de los casos y en un centro privado en el 66,66% de los mismos.

De las mujeres que se consideraron LGTB, el 33,61% ha tenido, al menos, un hijo biológico y 4 tienen hijos adoptados. De ellas, el 2,44% gestó mediante coito natural, el 14,63% lo hizo mediante autoinseminación, el 63,41% mediante inseminación artificial, el 36,58% mediante FIV y el 17,07% mediante ROPA. La asistencia médica de aquellas mujeres de este grupo que la necesitaron se produjo en el 18,64% en un centro público y el 81,36% en un centro privado.

2. Resultado de las encuestas cumplimentadas por los hombres

A la pregunta “sexo percibido”, el 85,7% de los hombres afirmó sentirse de sexo femenino, mientras el 8,8% afirmó sentirse de sexo masculino; la pregunta quedó en blanco en el 5,5% de los casos. De estos 91 hombres, el 40,7% se definió como heterosexual y el 57,2% como LGTB (LGTB: lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) . Un 2,2% de respuestas fueron NS/NC.

A la pregunta “sexualmente atraído por ...”, el 72,5% de los hombres afirmó sentirse atraído por hombres, el 20,9% por mujeres y el 3,3% por ambos; no contestó el 3,3% de los encuestados.

Los antecedentes afectivo-sexuales de los hombres encuestados se reflejan en la tabla 2, en dependencia de que los encuestados se autodefinieran como LGTB o heterosexuales. Las preguntas formuladas fueron:

- “¿Ha tenido pareja (al menos durante 6 meses) heterosexual?”
- “¿Ha tenido pareja (al menos durante 6 meses) homosexual?”
- “¿Ha tenido contactos heterosexuales?”
- “¿Ha tenido contactos homosexuales?”

		Sí (%)	No (%)	NS/NC (%)
Hombres LGTB				
	Pareja heterosexual*	35,8	62,3	1,9
	Pareja homosexual*	60,4	35,8	3,8
	Contacto heterosexual	41,5	54,7	3,8
	Contacto homosexual	94,3	--	5,7
	Deseo hijo	52,8	47,2	--
	Deseo familia	39,6	60,4	--
Hombres heterosexuales				
	Pareja heterosexual*	91,9	8,1	--
	Pareja homosexual*	5,4	94,6	--
	Contacto heterosexual	83,8	10,8	5,4
	Contacto homosexual	27	70,3	2,7
	Deseo hijo	86,5	13,5	--
	Deseo formar familia	89,2	10,8	--

Tabla 8. Antecedentes afectivo-sexuales y deseos reproductivos de los hombres encuestados (* al menos durante 6 meses)

Dos de las preguntas estaban destinadas a conocer los deseos reproductivos de los participantes. Las respuestas de hombres, en dependencia de su sexualidad, se reflejan en la tabla 2.

Algunas preguntas estuvieron destinadas a conocer la valoración que algunos de los interesados hacían de sus posibilidades reproductivas.

A la pregunta “En el caso de definirse como LGTB y haber sentido deseos de tener un hijo, ¿le parece aceptable tener relaciones heterosexuales solo para conseguirlo?” respondió afirmativamente el 34% de los hombres y negativamente el 56,6%; el 9,4% no respondió.

A la pregunta “En el caso de tener pareja estable, ¿Aceptaría su pareja esto último?” contestó afirmativamente el 26,4% de los hombres y negativamente lo hizo el 50,9%; el 22,6% de las respuestas quedó en blanco

A la pregunta “¿Considera que la reproducción asistida debe ser la solución para su reproducción?” el 73,6% de los hombres contestó afirmativamente mientras que el 15,1% lo hizo negativamente; el 11,3% de las respuestas quedó en blanco.

La pregunta “La autoinseminación (sin participación clínica) es una buena solución para las parejas homosexuales femeninas” permitía distintas respuestas que fueron contestadas por los hombres como sigue:

	Hombres LGTB	Hombres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	28	43,2
bastante de acuerdo (%)	26,4	13,5
bastante desacuerdo (%)	13,2	16,2
total desacuerdo (%)	3,8	21,6
NS/NC (%)	3,8	5,4

Tabla 9. Respuestas de los hombres relativas a autoinseminación

La pregunta "La inseminación artificial es una buena solución para las mujeres solas y las parejas homosexuales femeninas?" permitía distintas respuestas que fueron contestadas por los hombres como sigue:

	Hombres LGTB	Hombres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	73,6	78,4
bastante de acuerdo (%)	18,9	10,8
bastante desacuerdo (%)	3,8	2,7
total desacuerdo (%)	1,9	5,4
NS/NC (%)	1,9	2,7

Tabla 10. Respuestas de los hombres relativas a inseminación artificial

La pregunta "La fecundación in vitro es una buena solución para las parejas homosexuales femeninas y para las mujeres sin pareja que lo necesiten" permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres homosexuales como sigue:

	Hombres LGTB	Hombres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	69,8	75,7
bastante de acuerdo (%)	20,8	10,8
bastante desacuerdo (%)	7,5	2,7
total desacuerdo (%)	--	5,4
NS/NC (%)	1,9	2,7

Tabla 11. Respuestas de los hombres relativas a fecundación in vitro

La pregunta "La fecundación in vitro con transferencia del embrión a la compañera (ROPA) es un buen recurso para las parejas homosexuales femeninas" permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres homosexuales como sigue:

	Hombres LGTB	Hombres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	66	56,8
bastante de acuerdo (%)	20,8	13,5
bastante desacuerdo (%)	7,5	8,1
total desacuerdo (%)	3,8	13,5
NS/NC (%)	1,9	8,1

Tabla 12. Respuestas de los hombres relativas a ROPA

La pregunta "La inseminación artificial y la fecundación in vitro (con maternidad subrogada o útero de alquiler) es una buena solución para las parejas homosexuales masculinas" permitía distintas respuestas que fueron contestadas por las mujeres homosexuales como sigue:

	Hombres LGTB	Hombres heterosexuales
totalmente de acuerdo (%)	64,2	56,8

bastante de acuerdo (%)	17	29,7
bastante desacuerdo (%)	15,1	2,7
total desacuerdo (%)	1,9	8,1
NS/NC (%)	1,9	2,7

Tabla 13. Respuestas de los hombres relativas a maternidad subrogada

De los hombres que se consideraron heterosexuales, el 45,94% ha tenido, al menos, un hijo biológico; ninguno de ellos tiene hijos adoptados. De ellos, el 81,25% obtuvo la gestación mediante coito natural y el 8,11% lo hizo mediante FIV. Excepto en un caso, las asistencias médicas requeridas tuvieron lugar en un centro privado.

De los hombres que se consideraron LGTB, el 11,32% ha tenido, al menos, un hijo biológico; ninguno de ellos tiene hijos adoptados. La gestación se produjo tras coito natural en el 50% de los casos, tras autoinseminación en el 16,66%, tras inseminación artificial en el 16,66% y tras FIV en el 16,66% restante.

5) Relación de los problemas reproductivos de esta muestra poblacional con el sistema nacional de salud.

A la pregunta ¿Considera que las parejas no tradicionales tienen tanto derecho como las tradicionales para que sus problemas reproductivos sean amparados por la seguridad social? respondió afirmativamente el 92,3% de las mujeres y lo hizo negativamente el 4,8%; el 2,9% de las respuestas fueron nulas. Entre los hombres, estos porcentajes fueron del 89,3%, 9,5% y 1,2%, respectivamente.

De la población encuestada y desde 1990 hasta diciembre de 2014, 78 mujeres y 8 hombres han solicitado ser atendidos en instituciones del sistema nacional de salud por su situación de infertilidad. De las 78 mujeres 53 consideraron haber sido satisfactoriamente atendidas y a las 23 restantes se les informó de que no podían ser atendidas. De los 8 hombres, 5 fueron satisfactoriamente atendidos y se negó la asistencia a los 3 restantes.

Discusión y comentarios

El presente estudio fue iniciado con el fin de analizar la postura social ante la reproducción de personas solas y homosexuales, así como sobre la aplicación de técnicas de reproducción asistida a estos tipos de parejas o personas. Por esta razón, la encuesta propuesta fue implementada en la página web de un colectivo de personas LGTB, el Colectivo Lambda; sin embargo, ha sido cumplimentada por personas de ambos sexos que se definen como heterosexuales, lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGTB) pero el número de individuos de las distintas orientaciones sexuales en cada sexo no permite establecer grupos lo suficientemente amplios. En consecuencia, no se trata de una encuesta poblacional que aporte datos sobre la demografía de homosexualidad, bisexualidad o transexualidad.

Por otra parte, existen importantes dificultades en el estudio de la orientación sexual humana que se derivan no solo de la dificultad de establecer una adecuada muestra, sino también de las dificultades de los individuos en determinar los límites entre atracción, deseo y acto sexual. Hay que contar, por otra parte con las enormes presiones socio-familiares que siempre, hasta hace pocos años, han gravitado sobre la sexualidad humana y que, probablemente, han podido tener como consecuencia que determinados individuos hayan desarrollado una vida al margen de sus deseos sexuales.

Sin duda, uno de los pioneros en el estudio del comportamiento sexual de los seres humanos fue Alfred Kinsey quien, en 1948 y en 1953, publicó “Comportamiento sexual del hombre” y “Comportamiento sexual de la mujer”, respectivamente ([5](#), [6](#)).

Este investigador, a través de entrevistas presenciales realizadas a 6.300 varones y 5.940 mujeres estableció una serie de resultados conocidos como “Informe Kinsey”, entre los que cabe destacar:

- El 10% de los hombres tuvo una conducta estrictamente homosexual durante un período de 3 años como mínimo y entre las edades ya reseñadas.
- Sólo un 4% de los hombres manifestaba una conducta estrictamente homosexual durante toda su vida y ya manifiesta durante la adolescencia.
- Entre los hombres la homosexualidad existía a todos los niveles sociales y ocupacionales.
- Un 13% de mujeres habían experimentado algún orgasmo homosexual a partir de la adolescencia.
- Sólo un 3% de las mujeres habían sido predominantemente homosexuales durante un período de 3 años como mínimo.
- Las mujeres, en contraste con los hombres, no solían ser promiscuas y tenían sus relaciones homosexuales sólo con 1 ó 2 compañeras en el 71% de los casos.

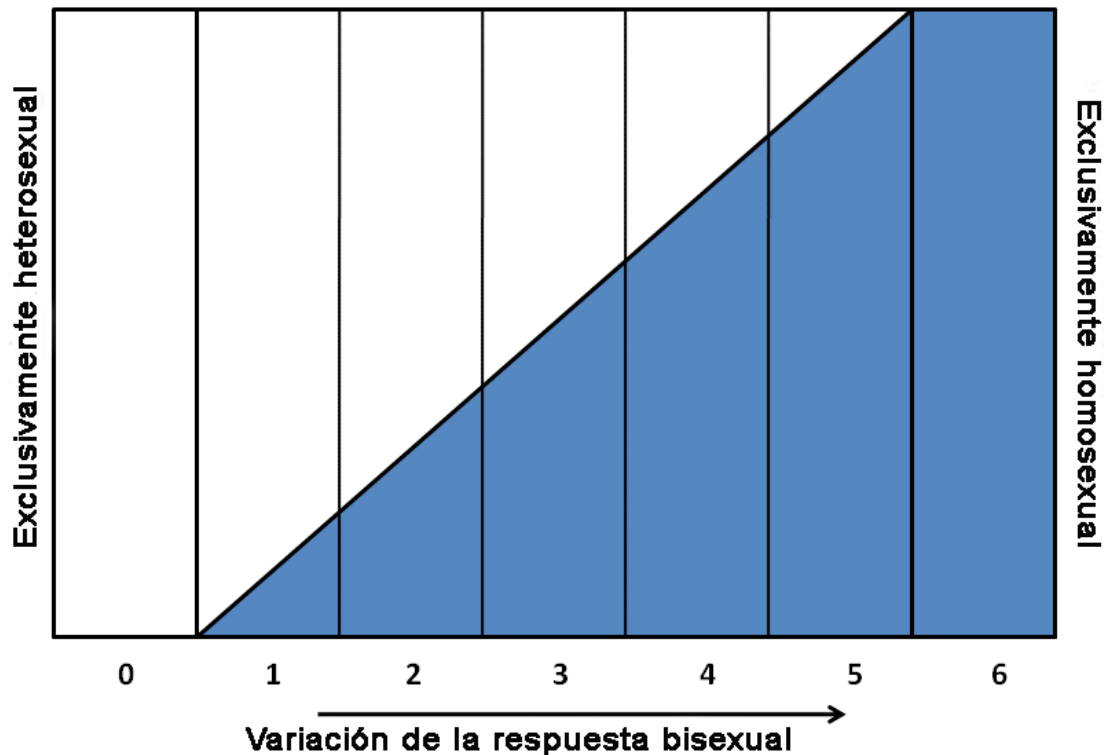


Figura 1. Escala Kinsey. (https://www.google.es/search?q=escala+kinsey&biw=1233&bih=635&tbm=isch&imgil=NwSBInkArzthHM%253A%253BMKsQyFOe9x-F4M%253Bhttp%25253A%25252F%25252Fca.wikipedia.org%25252Fwiki%25252FInforme_Kinsey&source=iu&pf=m&fir=NwSBInkArzthHM%253A%252CMKsQyFOe9x-F4M%252C_&usg=__q42CLO_LbwsoZBn3Ow_b69YiAC8%3D&ved=0CDEQyjc&ei=FBsuVcvWK6eH7QbkjYHIAg#imgrc=NwSBInkArzthHM%253A%3BUZVoE9OkQYKqoM%3Bhttp%253A%252F%252Fupload.wikimedia.org%252Fwikipedia%252Fcommons%252F3%252F34%252Fescala_Kinsey.png%3Bhttp%253A%252F%252Fcommons.wikimedia.org%252Fwiki%252Ffile%253Aescala_Kinsey.png%3B826%3B577)

Este mismo autor estableció la “escala Kinsey” (7), clasificando de 0 a 6 el comportamiento, en la que 0 representa la estricta heterosexualidad y 6 la estricta homosexualidad; 1 a 5 representan grados progresivos de homosexualidad. Con posterioridad, a esta escala se añadió un nuevo grado, la “asexualidad”, comportamiento de quien no presenta interés por mantener contactos sexuales.

El informe Kinsey ayudó a desterrar mitos y evidenció que conductas consideradas marginales o inmorales, eran practicadas por un alto porcentaje de la población de ambos sexos, como la masturbación, la homosexualidad y bisexualidad, o la temprana edad de iniciación sexual (8).

El informe Kinsey recibió duras e inmediatas críticas, sobre todo desde sectores confesionales, por lo que suponía de escandaloso y sigue mercedo análisis y comentarios en la actualidad

(9, 10). Entre las críticas vinculadas a sectores confesionales destacan las de Judith A Reisman, considerada la fundadora del moderno movimiento anti-Kinsey, que acusó a Kinsey de fraude (11).

En 1948, el mismo año de la publicación original, el comité de la Asociación Estadounidense de Estadística, incluyendo a notables estadistas como John Tukey, condenó el procedimiento de muestreo (12, 13). Tukey fue quizás el más crítico, afirmando que "una muestra al azar, de tres personas hubiera sido para el Sr. Kinsey mejor que un grupo de 300 elegidas".

A pesar de todo, Alfred Kinsey sigue siendo considerado uno de los pioneros de la investigación sobre la conducta sexual humana.

El mayor y más complejo informe sobre demografía de la sexualidad realizado hasta la fecha fue llevado a cabo en Australia mediante encuesta telefónica con 19.307 encuestados, con edades comprendidas entre los 16 y los 59 años en los años 2001-2002 (14). El estudio encontró que un 97,4% de los hombres se identificaban como heterosexuales, 1,6 % como gays y un 0,9% como bisexuales. Relativo a las mujeres, un 97,7% se identificaron como heterosexuales, un 0,8% como gais y un 1,4% como bisexuales. En cualquier caso, un 8,6% de los hombres y un 15,1% de las mujeres indicaron sentir atracción o sentimientos o haber tenido alguna experiencia sexual con personas del mismo sexo.

En nuestro país, Gallardo y Escolano llevaron a cabo un estudio en el que incluyeron cuestionarios semiestructurados a 563 alumnos de la Facultad de Ciencias de la Educación de Málaga (15); en este estudio se observó que las mujeres atraídas siempre por hombres se cifran en un 88,9%, las atraídas por hombres y mujeres en un 2,2% y las siempre atraídas por mujeres en un 0,7% (NS/NC un 2,7%). En este mismo estudio los hombres siempre atraídos por mujeres se cifran en 85,6%, los atraídos ocasionalmente por hombres en 3,8% y los siempre atraídos por hombres 6,1% (NS/NC 3,8%).

Independientemente de los porcentajes, los estudios sobre demografía de la sexualidad citados y otros parecen confirmar, como el informe Kinsey, que existe una gradación entre hetero y homosexualidad, con una bisexualidad variable.

En resumen, los hallazgos de los estudios mencionados coinciden cualitativamente con los de nuestro estudio, en el que porcentajes variables tanto de mujeres como de hombres y tanto definidos como heterosexuales como definidos como LGTB han tenido experiencias sexuales tanto con personas del mismo sexo como con personas del sexo opuesto.

No es de extrañar este continuo entre lo masculino y lo femenino, si se considera que el mismo resultado se observa en la investigación de Belfi y cols ([16](#)). Estos investigadores analizaron el rol de género de 108 niños y niñas sanos utilizando el Children's Sex Role Inventory ([17](#)); a estos niños les fue practicado un estudio cerebral mediante resonancia magnética que confirmó el dimorfismo cerebral previamente descrito. El comportamiento de rol de género se define como un aspecto fenotípico del sexo, es decir, cómo una persona exhibe rasgos masculinos y femeninos. Observó que no existe una correlación exacta entre sexo y género ni para los individuos masculinos ni para los femeninos, sino que se trata más bien de un continuo, de forma que individuos de sexo masculino pueden exhibir feminidad en su rol de género y viceversa. Así mismo observaron la existencia de correlaciones entre el rol de comportamiento de género y el dimorfismo cerebral. Concluyeron que la valoración del rol de género mejora el conocimiento de las relaciones entre el sexo, la estructura del cerebro y el comportamiento.

Otro de los hallazgos importantes derivados de nuestro estudio es que la mayor parte de los encuestados, sobre todo las mujeres (86,9% de las LGTB y 81,8% de las heterosexuales) pero también los hombres (52,8% de los LGTB y 86,5% de los heterosexuales) desean o han deseado tener un hijo. Bastante similar, aunque ligeramente inferior fue el deseo manifestado de formar una familia: 81,1% tanto para las mujeres LGTB como para las mujeres heterosexuales y 39,6% para los hombres LGTB y 89,2% para los hombres heterosexuales. Con ciertas diferencias debidas a la diferente época, estos resultados sobre el deseo reproductivo se asemejan a los observados tiempo atrás ([18](#), [19](#)).

La posibilidad de que mujeres lesbianas alcancen una maternidad biológica ha estado siempre presente y los medios para conseguirlo han sido siempre múltiples, incluyendo la colaboración de un amigo y la autoinseminación ([18](#)); sin embargo, el interés de esta revisión se centra en la reproducción de las mujeres solas y lesbianas con la participación de un ginecólogo. Desde hace varias décadas se ha discutido la inseminación de donante desde la perspectiva de la bioética ([20](#)) y la legalidad ([21](#)), atendiendo, sobre todo, al bienestar del nacido. En contra de esta práctica se aducía específicamente que la ausencia de un padre podía afectar adversamente a la descendencia y que una madre lesbiana podría facilitar la orientación homosexual de la misma. Pronto los estudios y seguimientos rechazaron estas ideas ([22](#), [23](#)), aunque salvaguardando el derecho del médico a rechazar el tratamiento reproductivo de lesbianas. Más adelante volveremos sobre este aspecto.

En el caso de los hombres, la evolución del problema ha sido similar, aunque bastante más compleja por implicar, como colaboradora imprescindible a una madre gestante subrogada

que debía ser inseminada (24) o transferirse un embrión en caso necesario. No obstante, a pesar de las dificultades que conlleva, el recurso a la gestación subrogada para que hombres solos o parejas de hombres homosexuales consigan descendencia biológica va en aumento, durante los últimos años, (25).

En resumen, homosexuales de ambos sexos desean tener hijos biológicos y buscan la ayuda de centros especializados en reproducción asistida para conseguirlo, aunque no todos aceptan proporcionarla (26) ni en todos los países es posible llevarlo a cabo (27).

Sin embargo, es obvio que hombres y mujeres sin pareja son incapaces de reproducirse como lo son las parejas formadas por individuos homosexuales, ya que solo la pareja heterosexual es potencialmente reproductiva.

También se desprende de nuestra encuesta que en torno al 90% de los encuestados, hombres y mujeres, consideran que las familias no tradicionales, es decir, formadas por parejas de hombres o mujeres homosexuales, tienen el mismo derecho que la pareja tradicional para ser atendidos por la sanidad pública por su incapacidad reproductiva.

Esta situación plantea problemas éticos y legales tanto a los profesionales (médicos y embriólogos) como a los gestores sanitarios. ¿Es ético prestar ayuda médico-biológica para que personas o parejas homosexuales consigan descendencia biológica? ¿Debe en estas situaciones prestarse asistencia en los centros públicos de reproducción? Responder a estas preguntas se convierte en prioritario desde el punto de vista de la práctica clínica. Para hacerlo, es preciso analizar el comportamiento sexual y reproductivo de los seres humanos.

Es obvio que la reproducción humana, sexuada, se realiza en pareja y que todos los seres humanos, individualmente considerados, son infértiles.

Los seres humanos constituyen parejas, cuando lo hacen, en función de su orientación sexual, de la atracción que sienten por personas de sexo contrario o por personas del mismo sexo. La formación de pareja y la decisión de reproducirse son actos humanos, en el sentido definido por Tomás de Aquino: libres, conscientes y voluntarios (28); sin embargo, orientación y atracción sexuales son actos instintivos que le vienen dados constitutivamente al individuo: no son decisiones ni elecciones.

El sexo viene determinado genéticamente por la presencia o ausencia de un cromosoma Y normal y ya, desde su constitución, se manifiesta el dimorfismo embrionario, como evidenciaron Kobayashi y cols (29). La dotación genética XY o XX determina el sexo genético del embrión, que será, al nacimiento, el sexo genético del individuo.

La presencia de un cromosoma Y, más concretamente, la presencia del gen SRY determina que el esbozo gonadal, inicialmente ambivalente, se diferencie en sentido testicular; la ausencia del gen determina la evolución de la gónada en sentido femenino. Se determina así el sexo gonádico.

La gónada masculina embrionaria se diferencia en la semana 7 de gestación e inicia la secreción de hormona antimülleriana (AMH) (30), que inhibe el desarrollo de los conductos de Müller, y de Testosterona (T), que estimula en desarrollo de los genitales internos y externos en sentido masculino, bien directamente, bien tras su metabolización a dihidrotestosterona (DHT) (31). Además, los andrógenos, cuyos receptores aumentan considerablemente en áreas cerebrales, como el hipotálamo, durante el periodo perinatal en la rata (32), juegan un papel determinante en la diferenciación sexual del cerebro. Existe amplia evidencia del dimorfismo sexual del cerebro humano (33) y se evidenció que la testosterona fetal actúa como mecanismo organizador del desarrollo del dimorfismo sexual en determinadas regiones del cerebro humano (34). No obstante, el origen del dimorfismo sexual del cerebro en la especie humana no está exclusivamente vinculado a la acción de la testosterona ya que también se ha evidenciado la participación de determinados genes localizados en los cromosomas sexuales (35). En la especie humana, el desarrollo del dimorfismo sexual cerebral (36) se produce, fundamentalmente, durante las últimas semanas de gestación y el periodo neonatal, y se extiende hasta la pubertad (37). El dimorfismo sexual del cerebro, probable consecuencia de mecanismos genéticos (38, 39), epigenéticos (40), neuroendocrinos y medioambientales es verosímilmente el origen de la orientación sexual y la ulterior conducta de género masculina o femenina (41, 42), para la que no existe evidencia de la influencia de factores sociales del entorno (43).

La ausencia de testículo funcional determina que se produzca un fenotipo femenino. El desarrollo de los genitales externos en sentido masculino o femenino determina el sexo social o legal que se asigna al ser humano tras su nacimiento. Podrá coincidir o no, en la vida adulta, con el comportamiento sexual o rol de género de los individuos.

Es difícil estudiar el determinismo de la orientación y del comportamiento sexual en la especie humana pero ha sido muy estudiado en especies inferiores. Las especies inferiores desarrollan conductas estereotipadas, instintivas; la especie humana, en función de su orientación sexual (equivalente al instinto) se reproduce en función de una decisión, de un acto humano, en el sentido antes comentado.

En la *Drosophila melanogaster* los comportamientos sexuales específicos de ambos sexos vienen regulados por una cadena genética, conocida como jerarquía de determinación del sexo, que consiste en una cascada de activación genética que culmina en la producción de factores sexo-específicos de transcripción; esta cascada consta de dos ramas: *dsx* (*doublesex*), en una de las ramas, promueve todo el desarrollo sexo-específico, excepto el sistema nervioso y *fruitless* (*fru*), en la otra rama, codifica factores de transcripción específicos del macho (FRU^M) y permite que el macho pueda desarrollar los comportamientos de cortejo y cópula (44). Se ha evidenciado la expresión de *fruitless* tanto en larvas como en animales adultos en determinadas neuronas motoras implicadas en el cortejo (45). La manipulación experimental de este gen permite tanto que los machos pierdan su capacidad de cortejo como que las adquieran las hembras, que, normalmente, no la presentan (46, 47).

El dimorfismo sexual del cerebro humano no es tan solo morfológico (48) como ya ha sido señalado; existe también un evidente dimorfismo funcional. Es obvio en sistemas neuroendocrinos como el sistema Kisspeptina-GnRH, que da lugar a los funcionamientos cíclico del ovario y tónico del testículo.

También muestra un claro dimorfismo durante la excitación sexual, como se ha puesto de manifiesto mediante estudios funcionales de imágenes cerebrales obtenidas mediante TAC y RM (16, 49-51).

En resumen, parece poder afirmarse que el comportamiento sexual del ser humano adulto es consecuencia de la diferenciación sexual de su cerebro y que le viene dado por su constitución, a partir de factores genéticos, epigenéticos y neuroendocrinos todavía mal conocidos. La falta de mayores conocimientos tiene como consecuencia que permanezcan lagunas que todavía carecen de explicación.

¿Cómo se puede contestar a la pregunta sobre la ética de la asistencia clínica los individuos LGTB que la reclaman para hacer posible tener descendencia biológica?

Considerando que estas personas lo solicitan, es obvio que atendéndolos se hace patente el principio ético de autonomía. También están presentes y son respetados los principios de beneficencia puesto que se les proporciona el bien que desean (tener un hijo) y el de justicia puesto que, de acuerdo con la legislación, “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”, como se afirma en la Constitución Española (52).

Más discutida ha sido la asistencia clínica a la reproducción asistida de personas LGTB en relación con el principio de no maleficencia, no por los efectos indeseables que pudieran derivarse para los propios pacientes sino por las consecuencias de tales actos profesionales para la posible descendencia. Es cierto que los propios pacientes corren algún pequeño riesgo pero ni mayor ni más frecuente que la gran cantidad de personas heterosexuales que, cada día, son tratadas mediante técnicas de reproducción asistida, sin que por ello se considere que no se respeta el principio de no maleficencia.

En su día fue cuestionado el bienestar de los nacidos, aduciéndose que la educación de los niños no podía ser responsabilidad de una persona homosexual, antaño considerada depravada o psicópata, que, en el caso de las madres lesbianas, el nacido carecía de la necesaria figura de un padre y que los descendientes de personas LGTB iban a sufrir, quizá, marginación y rechazo social. Al menos, así se expresaban Sintet y col (53) cuando, señalando que la aplicación de técnicas de reproducción asistida a lesbianas no está permitida en Francia y que 87% de los profesionales opinan que los nacidos estarían en riesgo de presentar trastornos del desarrollo y marginalidad.

Sin embargo, años después, Bos y cols (54) señalaban, como resultado del National Longitudinal Lesbian Family Study que no se observan diferencias en el ajuste psicológico de los niños cuando se comparan con los de la población general; no obstante, estos autores señalaron que la homofobia tiene un impacto negativo sobre el bienestar de los niños. Un estudio realizado en Holanda mostró que los niños de familias de mujeres lesbianas muestran bajos niveles de estigmatización (55).

Algunos estudios han evidenciado que el comportamiento de los padres homosexuales es, respecto a los hijos, al menos, tan adecuado como el de los padres heterosexuales (23). Otros estudios han señalado la posibilidad de que los nacidos y educados por padres homosexuales muestren una probabilidad aumentada de presentar conductas no heterosexuales (56), aunque otros, con observación de los nacidos hasta los 17 años, no han señalado esta posibilidad (57). Un estudio desarrollado en Boston, Washington DC y San Francisco mostró que la descendencia de familias de lesbianas no muestran diferencias en la calidad de vida respecto a un grupo de adolescentes criados en familias heterosexuales (58). Otros estudios han llegado a similares conclusiones (59).

En resumen, aunque más estudios son necesarios para llegar a conclusiones definitivas y aunque la autonomía de los profesionales debe ser respetada en caso de objeción, las dos sociedades científicas más importantes del mundo occidental, ESHRE y ASRM, han llegado a

conclusiones similares tras el oportuno debate ético: no existen datos que apoyen que sea negada la asistencia mediante técnicas de reproducción asistida a personas o parejas, en función de su situación marital o de su orientación sexual (60) y hacerlo atentaría contra la perspectiva de los derechos humanos (61).

Un problema distinto es el de la atención de estas personas o parejas en el ámbito de la seguridad social. Se trata éste de un asunto regulado por leyes y normativas legales.

La aplicación de las técnicas de reproducción asistida se regula por la Ley 14/2006, de 26 de mayo (62), sobre técnicas de reproducción humana asistida, que tiene por objeto regular la aplicación de las técnicas acreditadas científicamente y clínicamente indicadas, regular su aplicación en la prevención de enfermedades de origen genético y regular la utilización de gametos y preembriones criopreservados. Esta ley deroga todas las normativas previas, en particular la Ley 35/88.

La mencionada Ley contiene un anexo, en el que se establecen las técnicas que se consideran científicamente acreditadas: inseminación artificial, fecundación in vitro, inyección intracitoplasmática de espermatozoides, transferencia de preembriones, transferencia intratubárica de gametos y determinados procedimientos diagnósticos.

El artículo 6 de esta Ley, que se refiere a los usuarios de las técnicas, especifica que podrá serlo cualquier mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar que preste libre y conscientemente consentimiento escrito, independientemente de su estado civil y orientación sexual.

Estas disposiciones son coherentes con la Constitución Española, en cuyo artículo 14 se establece que los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón alguna ni por cualquier otra condición o circunstancia personal o social (52).

Parece obvio que la administración establezca las normas necesarias para un adecuado ordenamiento de todos los recursos sanitarios vinculados al Sistema Nacional de Salud y, en este sentido, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad hizo pública la Cartera de Servicios en Atención Especializada (63) estableciendo, entre otras cosas, que *“los tratamientos de reproducción humana asistida tendrán la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles a tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos”* y que los *“tratamientos de RHA con fin terapéutico se aplicarán a las personas que se hayan sometido a un estudio de esterilidad y que ... “ presenten “un trastorno documentado de la*

capacidad reproductiva constatado tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo”

En función de esta disposición, numerosos centros públicos del Estado Español han suprimido la atención a mujeres solas y a parejas de lesbianas. Se aduce para ello que no padecen esterilidad o que su esterilidad es voluntaria.

Sin embargo, en nuestro concepto esto no es así. La naturaleza, la constitución de estas personas, algo que les viene dado, que no es una elección, les impide formar parejas con capacidad reproductiva. Padecen una esterilidad constitucional. Quisieran reproducirse, tener hijos biológicos, como se demuestra en las encuestas presentadas, pero no pueden hacerlo porque su orientación sexual se lo impide. No pueden vivir contra natura, contra su propia naturaleza y deben poder mantener su dignidad humana.

En conclusión, consideramos que sufren esterilidad, que esta esterilidad debe ser tratada y que, si entre las prestaciones del sistema nacional de salud está la reproducción asistida, no atender a personas con distinta orientación sexual encierra una discriminación anticonstitucional.

Agradecimientos.

Los autores agradecen muy sinceramente el esfuerzo del Colectivo LAMBDA por su colaboración en la difusión y cumplimentación de la encuesta. También por las orientaciones facilitadas, en particular las recibidas de D^a Mar Ortega, coordinadora del colectivo.

Así mismo, nuestra gratitud a D. Fernando Abellán, asesor jurídico de la SEF y miembro del Grupo de Ética de la misma por su orientación en todo lo referente a aspectos legales.

Sin la colaboración de D. Gonzalo Ruiz, director de Konocer soluciones software globales, no hubiera sido posible el análisis estadístico de las encuestas cumplimentadas.

Referencias bibliográficas

1. Platón. El banquete o del amor. In: Aguilar S, editor. Platón Obras completas. 2^a ed. Madrid: Gráficas Mora; 1972. p. 563 - 97.
2. Robert J. Eros romano: sexo y moral en la Roma antigua. Mangas Manjarrés J, editor. Madrid: Editorial Complutense, SA; 1999.
3. Hyamson M. Mosaicarum et romanarum legum collatio. http://es.wikipedia.org/wiki/Homosexualidad_en_la_antigua_Roma#cite_note-25. Londres, 1913.
4. Agencia sinc. 17 de mayo 1990: La Asamblea General de la OMS elimina la homosexualidad de su lista de enfermedades psiquiátricas.

<http://www.agenciasinc.es/Multimedia/Ilustraciones/17-de-mayo-1990-La-Asamblea-General-de-la-OMS-elimina-la-homosexualidad-de-su-lista-de-enfermedades-psiquiatricas>.

5. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. Sexual behavior in the human male. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders; 1948.
6. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. Sexual behaviour in the human female. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company.; 1953.
7. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. Escala Kinsey. https://www.google.es/search?q=escala+kinsey&biw=1233&bih=635&tbm=isch&imgil=QUAQlBk23wM24M%253A%253BKStb71g0R8RsNM%253Bhttp%25253A%25252F%25252Feswikipediaorg%25252Fwiki%25252FEscala_de_Kinsey&source=iu&pf=m&fir=QUAQlBk23wM24M%253A%252CKStb71g0R8RsNM%252C_&usg=__gEKSZ2dmwhDnvJgCCGGIRXURzaU%3D&ved=0CDEQjyc&ei=DvoHVe-DK8T_UoLgguAP#imgrc=QUAQlBk23wM24M%253A%3BKStb71g0R8RsNM%3Bhttp%253A%252F%252Fupload.wikimedia.org%252Fwikipedia%252Fcommons%252Fthumb%252F3%252F34%252FEscala_Kinsey.png%252F250px-Escala_Kinsey.png%3Bhttp%253A%252F%252Fes.wikipedia.org%252Fwiki%252FEscala_de_Kinsey%3B250%3B175. 1948:472.
8. Fagundo Pino I. El psiquiatra y tú. El informe Kinsey provoca hasta hoy grandes controversias. Radioángulo Sistema informativo de la radio [Internet]. 2013 10-03-2015; <http://www.radioangulo.cu/columnistas/el-psiquiatra-y-tu/20871-el-informe-kinsey-provoca-hasta-hoy-grandes-controversias>.
9. Brown T, Free E. Voices from the past. Sexual behavior in the human male. 1948. Am J Public Health. 2003;93:894 - 8.
10. Saavedra C. Tema de portada. El informe Kinsey. Índice. 2006;Marzo:20 - 2.
11. JA R. Kinsey: crimes and consequences. First ed: The Institute for Media Education, Inc. Crestwood, Kentucky; 1998.
12. Tukey J. Problemas Estadísticos del Reporte Kinsey sobre el Comportamiento Sexual en el Varón Humano. http://es.wikipedia.org/wiki/John_W_Tukey.
13. Cochran W, Mosteller F, Tukey J. Statistical Problems of the Kinsey Report on Sexual Behavior in the Human Male. Amer Statist Assoc, Washington. 1954.
14. Smith A, Rissel C, Richters J, Grulich A, de Visser R. Sex in Australia: sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. Aust N Z J Public Health. 2003;27:138 - 45.
15. Gallardo Linares F, Escolano López V. Informe Diversidad Afectivo-Sexual en la Formación de Docentes. Evaluación de Contenidos LGTB en la Facultad de C.C.E.E. de Málaga. 2ª ed 2009 Marzo, 2009.
16. Belfi A, Conrad A, Dawson J, Nopoulos P. Masculinity/femininity predicts brain volumes in normal healthy children. Dev Neuropsychol. 2014;39:25 - 36.
17. Boldizar J. Assessing sex typing and androgyny in children: The children's sex role inventory. Developmental Psychology. 1991;127:505 - 15.
18. Johnson S, Smith E, Guenther S. Parenting desires among bisexual women and lesbians. J Reprod Med. 1987;32:198 - 200.
19. Riskind R, Patterson C. Parenting intentions and desires among childless lesbian, gay, and heterosexual individuals. J Fam Psychol. 2010;24:78 - 81.
20. Cosgrove I. AID for lesbians. Br Med J. 1979;2(6188):495.
21. Kritchevsky B. The unmarried woman's right to artificial insemination: a call for an expanded definition of family. Harv Women's Law J. 1981;4(1):1 - 42.
22. Strong C, Schinfeld J. The single woman and artificial insemination by donor. J Reprod Med. 1984;29:293 - 9.
23. Bigner J, Jacobsen R. Parenting behaviors of homosexual and heterosexual fathers. J Homosex. 1989;18:173 - 86.

24. Davis J, Brown D. Artificial insemination by donor (AID) and the use of surrogate mothers. *West J Med.* 1984;141:127 - 30.
25. Greenfeld D, Seli E. Gay men choosing parenthood through assisted reproduction: medical and psychosocial considerations. *Fertil Steril.* 2011;95:225 - 9.
26. Brinsden P. Surrogacy. In: Brinsden P, editor. *A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction.* Carnforth and New York: Parthenon; 1999. p. 361 - 8.
27. Romeu A. La subrogación uterina ¿Por qué no es posible hacerla en España? In: Nadal Pereña J, editor. *Donación de embriones.* Salerno: Momento médico, Srl; 2013. p. 293 - 8.
28. Cárdenas Sierra C. La acción humana en Tomás de Aquino. Bases antropológicas del derecho del siglo XXI. *Revista virtual Via Inveniendi et Iudicandi "Camino del hallazgo y del juicio"*
http://www.wustaeducoprogramas/derecho/revista_inveniendi/revista/imgs/HTML/revistavirtual/ [Internet]. 2007 07-04-2015.
29. Kobayashi S, Isotani A, Mise N, Yamamoto M, Fujihara Y, Kaseda K, et al. Comparison of gene expression in male and female mouse blastocysts revealed imprinting of the X-linked gene, *Rhox5/Pem*, at preimplantation stages. *Curr Biol.* 2006;16:166 - 72.
30. Voutilainen R, Miller W. Human müllerian inhibitory factor messenger ribonucleic acid is hormonally regulated in the fetal testis and in adult granulosa cells. *Mol Endocrinol.* 1987;1:604 - 8.
31. Rey R, Picard J. Embryology and endocrinology of genital development. *Baillieres Clin Endocrinol Metab.* 1998;12:17 - 33.
32. Vito C, Fox T. Androgen and estrogen receptors in embryonic and neonatal rat brain. *Brain Res.* 1981;254:97 - 110.
33. Cooke B, Hegstrom C, Villeneuve L, Breedlove S. Sexual differentiation of the vertebrate brain: principles and mechanisms. *Front Neuroendocrinol.* 1998;19:323 - 62.
34. Lombardo M, Ashwin E, Auyeung B, Chakrabarti B, Taylor K, Hackett G, et al. Fetal testosterone influences sexually dimorphic gray matter in the human brain. *J Neurosci.* 2012;32:674 - 80.
35. Lentini E, Kasahara M, Arver S, Savic I. Sex differences in the human brain and the impact of sex chromosomes and sex hormones. *Cereb Cortex.* 2013;23:2322 - 36.
36. Ruigrok A, Salimi-Khorshidib G, Laia M, Baron-Cohena S, Lombardo M, Taitf R, et al. A meta-analysis of sex differences in human brain structure. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014;39:34 - 50.
37. Martínez-Morga M, Navarro F, Martínez S. Desarrollo del dimorfismo sexual en el cerebro: el origen de la identidad y conducta sexual. *Rev Iberoam Fert Rep Hum.* 2013;<http://www.revistafertilidad.org/rif/articulo/pstrongdesarrollo-dimorfismo-sexual-en-cerebro-origen-identidad-y-conducta-sexualstrongp/144>.
38. Carrer H, Cambiasso M. Sexual differentiation of the brain: genes, estrogen, and neurotrophic factors. *Cell Mol Neurobiol.* 2002;22:479 - 500.
39. Mustanski B, Dupree M, Nievergelt C, Bocklandt S, Schork N, Hamer D. A genomewide scan of male sexual orientation. *Hum Genet.* 2005;116:272 - 8.
40. Qureshi I, Mehler M. Genetic and epigenetic underpinnings of sex differences in the brain and in neurological and psychiatric disease susceptibility. *Prog Brain Res.* 2010;186:77 - 95.
41. LeVay S. A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science.* 1991;253:1034 - 7.
42. Kraus C. Am I my brain or my genitals? A nature-culture controversy in the hermaphrodite debate from the mid-1960s to the late 1990s. *Gesnerus.* 2011;68:80 - 106.
43. Swaab D. Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecol Endocrinol.* 2004;19:301 - 12.

44. Sanders L, Arbeitman M. Doublesex establishes sexual dimorphism in the *Drosophila* central nervous system in an isoform-dependent manner by directing cell number. *Dev Biol.* 2008;320:378 - 90.
45. Billeter J, Goodwin S. Characterization of *Drosophila* fruitless-gal4 transgenes reveals expression in male-specific fruitless neurons and innervation of male reproductive structures. *J Comp Neurol.* 2004;475:270 - 87.
46. Demir E, Dickson B. Fruitless splicing specifies male courtship behavior in *Drosophila*. *Cell.* 2005;121:785 - 94.
47. Manoli D, Foss M, Villella A, Taylor B, Hall J, Baker B. Male-specific fruitless specifies the neural substrates of *Drosophila* courtship behaviour. *Nature.* 2005;436:395 - 400.
48. Nopoulos P, Flaum M, O'Leary D, Andreasen N. Sexual dimorphism in the human brain: evaluation of tissue volume, tissue composition and surface anatomy using magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res.* 2000;98:1 - 13.
49. Savic I, Lindström P. PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2008;105:9403 - 8.
50. Hu S, Wang Q, Xu Y, Liao Z, Xu L, Liao Z, et al. Haemodynamic brain response to visual sexual stimuli is different between homosexual and heterosexual men. *J Int Med Res.* 2011;39:199 - 211.
51. Hu S, Xu D, Peterson B, Wang Q, He X, Hu J, et al. Association of cerebral networks in resting state with sexual preference of homosexual men: a study of regional homogeneity and functional connectivity. *PLoS One.* 2013;8:e59426.
52. Constitución española. Boletín Oficial del Estado (BOE-A-1978-31229). 1978;311:29313 - 424
53. Sintès R, Darves-Bornoz J. La procreation des homosexuelles pourrait-elle relever d'une aide medicale? *Encephale.* 2002;28:227 - 33.
54. Bos H, Gartrell N, Peyser H, van Balen F. The USA National Longitudinal Lesbian Family Study (NLLFS): homophobia, psychological adjustment, and protective factors. *J Lesbian Stud.* 2008;12:455 - 71.
55. Bos H, van Balen F. Children in planned lesbian families: stigmatisation, psychological adjustment and protective factors. *Cult Health Sex.* 2008;10:221 - 36.
56. Schumm W. Children of homosexuals more apt to be homosexuals? A reply to Morrison and to Cameron based on an examination of multiple sources of data. *J Biosoc Sci.* 2010;42:721 - 42.
57. Gartrell N, Bos H, Peyser H, Deck A, Rodas C. Adolescents with lesbian mothers describe their own lives. *J Homosex.* 2012;59:1211 - 29.
58. van Gelderen L, Bos H, Gartrell N, Hermanns J, Perrin E. Quality of life of adolescents raised from birth by lesbian mothers: the US National Longitudinal Family Study. *J Dev Behav Pediatr.* 2012;33:17 - 23.
59. Golombok S, Badger S. Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum Reprod.* 2010;25:150 - 7.
60. ASRM Ethics Committee Reports. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. *Fertil Steril.* 2009;92:1190-3.
61. De Wert G, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people†. *Hum Reprod.* 2014;29:1859 - 65.
62. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-9292. 2006;126:Consultado 22-05-2014.
63. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios

comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. B O E. Jueves 6 de noviembre de 2014 ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. p. 91369 - 82.