



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

El impacto de la maternidad subrogada en la salud de las mujeres gestantes

Andrea Ballester López

Grado en Enfermería

Año académico 2017-18

DNI del alumno: 48746127

Trabajo tutelado por Andreu Bover Bover
Departamento de Enfermería y Fisioterapia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Gestación por sustitución, maternidad subrogada, técnicas de reproducción asistida, madre gestante, salud.

RESUMEN

La maternidad subrogada o gestación por sustitución es una técnica de reproducción asistida que permite tener hijos a miles de parejas infértiles en el mundo. Existe una gran controversia sobre su realización debido a los problemas éticos y morales que implica, es por este motivo por lo que en muchos países se prohíbe su práctica como es el caso de España. Sin embargo, en otros países sí está reconocida o existe un vacío legal, por lo que se lleva a cabo no sólo de manera altruista para ayudar a mujeres que desean ser madres, sino también lucrativa donde la mujer gestante recibe una retribución económica a cambio.

El objetivo del siguiente trabajo es mostrar cómo impacta la maternidad subrogada en la salud de las mujeres gestantes. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos mediante bases de datos como Biblioteca Digital de la UIB, Dialnet, PubMed y Google Académico, con un filtro de límite temporal no superior a cinco años. Los descriptores utilizados para la búsqueda proceden del DeCS y MeSH.

Para concluir, hemos podido observar que la maternidad subrogada impacta de forma distinta dependiendo del país donde reside la madre gestante, siendo especialmente vulnerables en los países en vías de desarrollo. Otro punto a tener en cuenta es la diferencia entre la práctica altruista y con fines lucrativos, donde, por una parte las mujeres no son tan estigmatizadas, pero en el caso de que se reciba una compensación esta les sirve para tener una independencia económica.

Palabras clave:

Gestación por sustitución, maternidad subrogada, técnicas de reproducción asistida, madre gestante, salud.

ABSTRACT

Surrogate motherhood or gestational surrogacy is an assisted reproduction technique that enables thousands of infertile couples in the world to have children. There is a great controversy over its execution due to ethical and moral problems involved. This is the reason why many countries prohibit it, as it is the case of Spain. Nevertheless, other countries allow this practise or it exists a legal void. For this reason, surrogacy is not only carried out in an altruistic manner in order to help women to become mothers, but also in a lucrative manner, in which the pregnant women receive a financial compensation in exchange.

The aim of this project is to show how surrogate motherhood affects pregnant women's health. For this purpose, we have carried out a bibliographical review of articles extracted from databases such as Digital Library of UIB, Dialnet, PubMed or Google Scholar with a time limit set to five years. The descriptors used for the search of information come from DeCS and MeSH.

To conclude, we could have observed that surrogate motherhood impacts in a distinct manner depending on the country where the pregnant lives; being especially vulnerable in developing countries. Another point to take into account is the difference between the altruistic practice and the lucrative practice. On the one hand, women are not stigmatised but on the other hand, if they receive a financial compensation, they gain economic independence.

Key words:

Gestational surrogacy, surrogate motherhood, assisted reproduction techniques, gestational carrier, health.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO	9
3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	9
4. RESULTADOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	10
A. IMPACTOS FÍSICOS	11
B. IMPACTOS PSÍQUICOS	13
C. IMPACTOS SOCIALES	17
5. DISCUSIÓN	20
6. CONCLUSIONES	22
7. BIBLIOGRAFÍA	24
8. ANEXOS	26

1. INTRODUCCIÓN

El término esterilidad hace referencia a la imposibilidad de concebir un hijo debido a que no se produce la fecundación, en la infertilidad en cambio, el óvulo sí llega a ser fecundado pero el embarazo no se desarrolla por completo por problemas de implantación o abortos (1). Por tanto, podemos determinar la esterilidad e infertilidad tras un año de relaciones sexuales, seis meses en el caso de mujeres mayores de 35 años, sin utilizar métodos anticonceptivos si conseguimos un embarazo con éxito.

Según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que existen aproximadamente 50 millones de parejas no fértiles en todo el mundo y en España concretamente, una de cada 500 mujeres en edad reproductiva no puede ser madre, la mayoría por problemas uterinos que causan la infertilidad (2).

La solución para estos problemas de salud reproductiva, cuando fallan las medidas farmacológicas, puede darse recurriendo a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Dentro de las TRA encontramos distintas opciones, dependiendo del motivo por el cual no se produzca un embarazo (1):

- Inseminación artificial (IA): homóloga, heteróloga o intraperitoneal.
- Fecundación in vitro (FIV): convencional o por inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), con la posterior implantación los de embriones en el útero.
- Transferencia intratubárica de gametos (TIG o GIFT en inglés): por colocación de ovocitos y espermatozoides en una de las trompas de Falopio.
- Transferencia intratubárica de cigotos (TIC o ZIFT).
- Transferencia de embriones a la trompa de Falopio (TET).
- Maternidad subrogada o gestación por sustitución.

De entre todas las TRA existentes, la maternidad subrogada es la única técnica en la que un embrión obtenido mediante FIV es transferido al útero de una mujer que presta su cuerpo para ello pero que no ejercerá de madre tras el nacimiento del bebé, sino que esta función será delegada en los padres biológicos, también llamados comitentes (3). Esta

práctica puede ser altruista cuando la mujer gestante lo hace de manera gratuita o en la mayoría de los casos onerosa, recibiendo una retribución económica a cambio (2,4). Es por este motivo por el que también se le llama comúnmente “vientre de alquiler”.

Los principales motivos por los que una mujer recurre a la maternidad subrogada para poder ser madre según una revisión de Anchan, en el 67% de los casos se debía a problemas uterinos tales como hipoplasia o agenesia, el más común el Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, anomalías asociadas a la exposición en el útero de dietilestilbestrol (DES), cavidad endometrial en forma de T, útero de tipo unicorne, histerectomías, adenomiosis o tuberculosis genital (5). Seguidamente se encontraban las patologías médicas de carácter no ginecológico, que pueden complicarse gravemente con un embarazo por lo que este estaría contraindicado, en cuanto a las coagulopatías se presentaban en el 13% de los casos, el 10% en enfermedades renales severas, un 5% en enfermedades cardiovasculares y otro 5% en antecedentes previos de cáncer. En el 22,3%, el problema era por fallo en la implantación del embrión en el útero.

Dependiendo de la procedencia de los gametos, existen dos tipos de maternidad subrogada, explicados a continuación (1,2,6):

- Subrogación total o tradicional: los óvulos pertenecen a la mujer que gestará el embrión y los espermatozoides serán del padre comitente, o de un donante. Es el caso de las familias monoparentales o parejas homosexuales masculinas.
- Subrogación parcial o gestacional: tanto los óvulos como los espermatozoides pertenecen a los padres biológicos, o a donantes, pero por problemas de infertilidad femenina, el embarazo no puede desarrollarse en el útero de la madre biológica y por tanto se subroga la gestación.

Se estima que el 80% de las parejas que recurren a esta TRA son heterosexuales, frente al 20% de parejas homosexuales (7). Dado lo anterior, la maternidad se puede ver separada en tres categorías: la genética, la gestacional y la social (5).

Actualmente en España la gestación por sustitución se prohíbe expresamente según la Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre las técnicas de reproducción humana asistida publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y actualizada a fecha de 14 de julio de 2015:

Artículo 10.1: Gestación por sustitución.

- 1. Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.*
- 2. La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.*
- 3. Queda a salvo la posible acción de reclamación de la paternidad respecto del padre biológico, conforme a las reglas generales.*

En los últimos años se ha visto aumentado el turismo de circunvalación médico, que consiste en viajar a otros países donde se pueden obtener unos servicios sanitarios de forma legal y que no estarían permitidos en el país de origen, como es el caso de la maternidad subrogada en España (8). En el turismo médico, las parejas asumen el gasto económico del viaje y de los servicios obtenidos, por lo que se trata de familias con rentas altas mayoritariamente.

Pese a no ser legal en España la realización de esta práctica, sí es posible conseguir la filiación e inscripción del hijo en el Registro Civil una vez llegado al país y según establece la Instrucción de 5 de octubre de 2010 de la Dirección General de los Registros y del Notariado sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución (9). Por ello, cada año son más las familias españolas que contactan con agencias intermediarias para realizar esta TRA en otros países donde si está legalizada su práctica (ver Anexos, Tabla 1).

Es evidente que dentro de la gestación por sustitución donde participa la mujer gestante, los padres comitentes y el niño que está siendo gestado, la figura más involucrada y vulnerable es la de la gestante (4).

La mayor controversia que ha conllevado la realización de esta TRA en otros países siempre ha sido a nivel bioético y moral, sin embargo, encontramos poca información disponible y estudios que muestren ciertamente cómo repercute en la salud de las mujeres sustitutas, la mayoría procedentes de países en vías de desarrollo y con el riesgo añadido de sufrir la explotación de sus cuerpos. Por este motivo sería interesante indagar, profundizar y reflexionar sobre el tema, siendo el objetivo de este trabajo averiguar cómo impacta la maternidad subrogada en la salud de las mujeres gestantes, teniendo en cuenta los estudios disponibles.

Por otro lado, a nivel personal y como mujer, considero necesario ampliar mis conocimientos y poder aportar más información en el debate ya existente respecto a si se debería legalizar o no la gestación por sustitución en España.

Como futura profesional de la salud, estoy interesada en este tema puesto que la maternidad subrogada influye de una determinada manera en las gestantes, siendo necesario conocer cuáles son y a qué nivel se producen los impactos en su salud, para poder prestar la atención sanitaria que necesitan como pacientes en el caso de que algún día llegue a ser legal en nuestro país.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo general que se pretende describir en el siguiente trabajo es mostrar cómo impacta la gestación por sustitución en la salud de las mujeres gestantes al someterse a esta TRA. Para ello se realizará una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos, así como revistas, libros y estudios disponibles hasta la fecha.

Como objetivos específicos podemos encontrar:

- El impacto en la salud física de las gestantes.
- El impacto en la salud psíquica de las gestantes.
- El impacto en la salud social de las gestantes.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se ha realizado siguiendo unos criterios de inclusión para aquellos artículos que tenían una relación directa con los objetivos planteados en el trabajo y en segundo lugar los artículos relacionados con la gestación por sustitución pero que no necesariamente hablan de la salud, siendo utilizados para poder introducir el tema.

Como criterios de exclusión, se descartaron aquellos artículos con más de cinco años de antigüedad, por lo que todos los consultados fueron publicados en los años 2013-2018 para poder tener los datos más recientes disponibles. En estos criterios de exclusión también se encuentran aquellas publicaciones a las que no se podía acceder de manera gratuita y las que estaban redactadas en un idioma distinto al castellano o al inglés.

Para la realización de la búsqueda, se han consultados los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), siendo combinados con operadores booleanos de presencia (AND, +, &) y de alternancia (OR, |). En cuanto a las bases de datos consultadas y los resultados encontrados, se describen en la siguiente tabla:

Bases de datos	DeCS y MeSH combinados con operadores booleanos	Total de artículos	Seleccionados	Utilizados en el trabajo
CatálogoPlus de la UIB	maternidad AND subrogada AND salud	74	9	3
Dialnet	(maternidad + subrogada + salud) OR (gestational + surrogacy + health)	9	10	8
	(surrogacy + physical) OR (surrogacy + psychological)	5		
PubMed	((gestational AND surrogacy) OR (surrogate AND motherhood)) AND health	48	6	3
	depression AND surrogacy	8		
Scielo	(surrogate + motherhood) OR (maternidad + subrogada)	15	3	0
Science Direct	maternidad AND subrogada AND salud	12	0	0
Google Académico	maternidad AND subrogada AND gestantes AND salud AND física AND psíquica	433	23	6
TOTAL		604	51	20

4. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Finalmente, se han utilizado 20 artículos, de los cuales 9 de en inglés, para elaborar el trabajo. De ellos se ha obtenido la información necesaria dividiéndola entre los tres objetivos específicos como se muestra a continuación.

A. IMPACTOS FÍSICOS

A grandes rasgos, los impactos físicos de la maternidad subrogada en la salud de la mujer gestante no se diferencian significativamente de los que tendría cualquier embarazada gestando a su propio hijo de manera natural pero en cambio se considera un embarazo de alto riesgo ya que ha sido obtenido mediante una TRA, la mayoría de las veces con un material genético totalmente ajeno a la mujer gestante y además puede tener como resultado un embarazo múltiple debido a la transferencia de varios embriones al útero de la sustituta (2,5).

Cuando la madre gestante firma un contrato con los padres comitentes, esta asume todas las posibles complicaciones que puedan aparecer durante los nueve meses de embarazo, parto y postparto. Hemorragias graves, abortos espontáneos, embarazos ectópicos, preeclampsia y eclampsia, diabetes gestacional, infecciones o incluso la muerte en el peor de los casos, son algunos ejemplos (2,10,11).

Según los últimos datos de 2018 publicados por la OMS, aproximadamente mueren 830 mujeres cada día en el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. De esas 830 mujeres, el 99% residen en países en vías de desarrollo y más concretamente en comunidades pobres y zonas rurales.

En un estudio de cohortes retrospectivo se compararon los impactos físicos en 124 gestantes sustitutas que habían tenido 494 embarazos, de los cuales, 312 fueron naturales, gestando a sus propios hijos que fueron concebidos espontáneamente con sus parejas y 182 fueron embarazos subrogados mediante FIV para los padres comitentes (12). Los resultados indicaron que del total de nacidos, los embarazos obtenidos mediante FIV tenían un 32% más de posibilidades de ser gemelares frente al 1% de embarazos espontáneos. Los niños nacidos por gestación subrogada tuvieron una menor edad gestacional y pesaron un promedio de 105 gramos menos al nacer. En este estudio, los embarazos subrogados tenían significativamente más complicaciones obstétricas que los embarazos naturales: diabetes gestacional, hipertensión, necesidad de una amniocentesis, placenta previa, necesidad de antibióticos durante el parto y cesáreas.

Por otro lado, tras la revisión de 55 artículos realizada por diversos autores se ha podido comparar la evolución médica y obstétrica de los embarazos por sustitución, donde los resultados obtenidos establecían que la tasa de embarazo múltiple oscilaba entre el 2,6% al 75%, los partos prematuros en gestación única fueron del 0% al 11%, la hipertensión en el embarazo del 3,2% al 10% y la placenta previa o desprendimiento de placenta se daba en el 4,9% de los casos (5). Únicamente se describe en esta revisión tres casos de mujeres gestantes sustitutas a las que se le llegó a practicar una histerectomía derivada de complicaciones del embarazo: por atonía uterina, por placenta accreta o adherida y por una rotura uterina. El 9,8% de todas las gestantes, presentó complicaciones menores en el parto a excepción de una, que precisó de una histerectomía en una gestación gemelar por atonía uterina. Estos resultados indicaron que la incidencia de los riesgos obstétricos es similar a la de otras gestantes no subrogadas que se sometieron a FIV o mediante donación de ovocitos.

En algunas ocasiones, en el contrato de subrogación se exige a la madre gestante someterse a una cesárea para evitar que ocurran problemas en el parto que puedan repercutir en la salud del recién nacido, poniendo en riesgo la suya propia (4). Una forma de violencia obstétrica y medicalización del parto con el añadido de que la gran mayoría de las madres sustitutas residen en países en desarrollo, donde existen unas condiciones higiénico sanitarias deficientes en las intervenciones quirúrgicas de los hospitales y una ausencia de cobertura sanitaria eficaz en caso de problemas posteriores al parto (4,7,13).

En un estudio realizado mediante entrevistas a 70 mujeres en Bangalore, India, estas manifestaron no haber recibido suficiente información sobre las intervenciones médicas eventuales a las que fueron sometidas, de los riesgos sobre la salud derivados de la hiperestimulación hormonal y sobre todo el hecho de tener que someterse a una cesárea en las semanas 36-38 de gestación pese a haber tenido partos por vía vaginal con sus propios hijos (13). Ninguna de estas 70 madres sustitutas recibió atención postnatal por parte de las agencias intermediarias tras finalizar el proceso.

B. IMPACTOS PSÍQUICOS

En la maternidad subrogada, como su nombre indica, existe una separación de dos términos que siempre han ido unidos natural y biológicamente: la gestación y la maternidad (4). Una mujer gesta a un niño durante nueve meses para, tras el nacimiento de este, subrogar la función de madre en otra u otras personas distintas.

Al no tenerse en cuenta la relación entre gestante y feto, la mujer no puede participar en ningún tipo de decisión durante el embarazo, siendo exclusividad de los padres comitentes (14). Estas decisiones son a menudo importantes y crean un debate interno en la gestante, como puede ser la obligación de abortar por malformaciones fetales, someterse a una reducción de embriones en el caso de embarazo múltiple o renunciar previamente tanto la gestante como su pareja, a cualquier derecho parental sobre el recién nacido sin tener en cuenta los imprevisibles sentimientos o cambios de opinión de la gestante hacia el feto, con los problemas jurídicos que ello conlleva (4). Teniendo en cuenta esto, es sabido que los contratos de maternidad subrogada no aseguran ningún tipo de apoyo emocional o material durante el embarazo o tras el parto, por lo que no tiene en cuenta las necesidades de la gestante como trabajadora, siendo aún más vulnerable.

Un ejemplo de ello es el conocido caso *Baby Gammy*, donde una mujer gestante tailandesa, con embarazo gemelar se negó a abortar por petición de los padres comitentes australianos al conocerse que uno de los niños tenía Síndrome de Down. Finalmente, la pareja se quedó con el niño sano rechazando a su otro hijo y dejándolo a cargo de la madre sustituta.

En cuanto al vínculo que se establece entre madre e hijo durante los meses de embarazo, este finalmente se rompe tras el nacimiento y por la obligación contractual por parte de la gestante de entregarlo a la pareja comitente, separándose del recién nacido. Este hecho podría tener implicaciones psicológicas negativas en la salud de la madre sustituta, como depresión postparto o dificultades adaptativas, que esta ignora y/o desconoce al inicio de la práctica y de la firma del contrato (2,4,10,14).

Aunque muchos autores coinciden en los posibles riesgos a nivel psicológico, no existe evidencia suficiente que lo demuestre (13). Se ha podido observar que la tasa de depresión postparto no es más alta si se compara con la población general y que pese a que algunos estudios indican efectos emocionales negativos, no llegan a amenazar la salud psicológica de la gestante. Un ejemplo de ello es un estudio realizado a 8 madres sustitutas en Isfahan, Irán, donde se evaluó las distintas experiencias emocionales por medio de entrevistas semiestructuradas (15). En dichas entrevistas fueron recogidos los sentimientos vividos durante el embarazo y las consecuencias de este, como complicaciones, problemas religiosos o financieros. Los resultados concluyeron que la separación del recién nacido y la entrega a los padres comitentes era una experiencia angustiada y dolorosa para las mujeres gestantes, aun siendo conscientes desde el primer momento de que el niño que gestaban no les pertenecía. También coincidían en que sentían miedo y preocupación por la salud del niño temiendo que, de no ser sano, fuese rechazado por los padres.

Analizando el bienestar psicológico antes y durante el proceso, en otro estudio se observó que la mayoría de las mujeres tenían que enfrentarse a la oposición de sus familias y en general, a la de la sociedad, produciéndoles una fuente de estrés (16). Otro factor estresante era el momento del nacimiento, aunque por una parte sentían sensación de alivio sobre el éxito del embarazo y el final del proceso de subrogación, también sentían tristeza por que llegara a su fin y perder el contacto con los padres comitentes y especialmente con el niño que habían gestado. Por otra parte, la mayoría de las madres sustitutas informaron que sentían sentimientos positivos durante el embarazo y que después de finalizar el proceso lo veían como un logro y esto generó en ellas autoeficacia y el aumento de su autoestima.

Jadva realizó un estudio en Inglaterra sobre las consecuencias psicológicas de la maternidad subrogada en 34 mujeres gestantes mediante entrevistas tras un año del proceso de subrogación y concluyó que en la mayoría de los casos no existía ningún tipo de apego ni consecuencia negativa en el proceso de separación que perjudicase psicológicamente a la mujer gestante (13,15). Sólo en los casos ocurridos los problemas emocionales que experimentaban las gestantes semanas después del parto lograban ser

superados con el tiempo. El 32% de las mujeres tuvieron problemas emocionales y psicológicos durante varias semanas después del proceso de separación. Tras unos meses disminuyó al 15% y continuó hasta 1 año después sólo en el 6% de los casos.

Otro estudio llevado a cabo por Ciccarelli y dirigido a 14 sustitutas, se les pidió que contasen sus sentimientos y preocupaciones acerca del momento de entregar al niño a sus padres (15). Una de ellas manifestó la angustia emocional que le suponía renunciar al niño y dos refirieron la necesidad instintiva de crear un vínculo con él. Las 11 mujeres restantes no refirieron tener ningún problema en cuanto a la separación.

En el Reino Unido, se llevaron a cabo una serie de entrevistas semiestructuradas a 34 madres sustitutas que habían dado a luz 7 años atrás para averiguar la relación con los padres comitentes y el niño y cómo podía influir en su salud psicológica (17). De estas 34 mujeres, 14 ya habían estado presentes en el estudio de Jadvá anteriormente. Entre ellas se encontraban sustitutas que habían participado en una subrogación total o tradicional, aportando su propio óvulo y otras en una subrogación gestacional únicamente. Los datos recogidos fueron la frecuencia, el tipo de contacto y los sentimientos de las gestantes. Se observaron altos niveles de satisfacción en el contacto con los niños y los padres comitentes, pactado con anterioridad en el acuerdo de subrogación, y las relaciones fueron sostenidas en el tiempo y disfrutadas por las madres sustitutas. Además, fueron empleadas la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Depresión de Beck II. Los resultados del estudio mostraron que las sustitutas habían mantenido el contacto con el 77% de los niños, 33 gestacionales y 46 genéticos. Los resultados de las escalas de autoestima y depresión en la mayoría de las mujeres se encontraban dentro del rango promedio y sin diferencias significativas entre sustitutas tradicionales y gestacionales. Por otro lado, el 23% de las sustitutas indicaron haber sufrido problemas psicológicos desde que comenzaron el proceso de gestación subrogada. Una de ellas declaró haber sufrido depresión postparto tres meses después y otra fue diagnosticada de ansiedad tras el acuerdo de subrogación, aunque ambas ya se habían recuperado por completo, sin causarles preocupación alguna en el mismo momento del estudio.

En otro estudio longitudinal tras 10 años del proceso de subrogación, 20 sustitutas de la muestra de las 34 mujeres del estudio de Jadva, volvieron a participar para el seguimiento de su salud psicológica (18). En la Escala de Autoestima de Rosenberg el promedio se encontraba en 23,6, es decir, en el límite superior al rango normal de autoestima, siendo este de 15-25. De manera individual, ninguna mujer obtuvo una puntuación menor de 15, encontrándose dentro de los rangos normales de autoestima y seis de ellas, superior a 25. En cuanto al Inventario de Depresión de Beck, fue de 3,8 sin existir signos algunos de depresión. De forma individual una mujer obtuvo una puntuación dentro del rango de depresión leve y a tres de ellas se les habían recetado antidepresivos. El 60% de las madres gestantes manifestaron sentir un vínculo especial con el niño tras las relaciones mantenidas a lo largo del tiempo, pero ninguna de las sustitutas refirió sentir que el niño era suyo, ni siquiera las sustitutas tradicionales.

Por otra parte, encontramos resultados que difieren bastante de estos últimos estudios mencionados. Es el caso de madres subrogadas indias de Bombay, comparadas con madres que gestan sus propios hijos en un estudio prospectivo, longitudinal y transversal medido a través de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios estandarizados (19). En el estudio se muestra que las mujeres sustitutas tuvieron niveles más altos de depresión durante el embarazo y después del parto en comparación con el resto de las madres. El bajo nivel de apoyo social, el hecho de ocultar el embarazo subrogado y el miedo a la estigmatización social fueron los principales motivos para sufrir esta depresión posnatal. Respecto al vínculo emocional, las gestantes subrogadas intentaron pensar menos en el bebé, pero al mismo tiempo adoptaron estilos de vida más saludables que el resto de embarazadas. No se estableció una asociación entre un mayor vínculo con el feto y la angustia psicológica durante el embarazo o tras la separación. Los niveles de depresión fueron los mismos desde el momento del embarazo hasta después del nacimiento para todas las madres, por lo que la separación del niño no fue uno de los motivos.

C. IMPACTOS SOCIALES

Se ha comprobado que en los países donde más se lleva a cabo esta práctica son los de mayor índice de pobreza, con escasos recursos económicos y con una importante desigualdad de género y de clases sociales existente, por lo que las mujeres que participan en la subrogación como trabajadoras lo hacen para mantener económicamente tanto a sus familias como a sí mismas, prestando sus cuerpos con los impactos físicos y emocionales mencionados con anterioridad (2,8,9,13,14). Existe además el riesgo añadido de que puedan verse obligadas a aceptar esta práctica sin ser una decisión propia, por terceras personas que se lucran con ello.

En cuanto a los impactos sociales en la vida de las madres sustitutas, estos derivan mayoritariamente del contrato de subrogación firmado al inicio del proceso. Al contemplarse la maternidad subrogada como un trabajo con su respectiva retribución económica, en el contrato se exige una serie de obligaciones a cumplir por parte de la gestante (4). Estos requisitos invaden la vida privada de la madre sustituta e influyen en su estilo de vida para garantizar la salud del feto y de la misma. Son tales como la prohibición de fumar, consumir alcohol, la restricción de una serie de alimentos, actividades deportivas y tiempo de ocio e incluso inciden en el ámbito reproductivo-sexual, donde desde el inicio del tratamiento y transmisión de los embriones por medio de la FIV, la mujer se ve obligada a tomar contraceptivos hasta que se confirma el embarazo, para asegurar que el feto que se gestará durante el proceso es de los padres comitentes y no de la madre sustituta y su pareja. El seguimiento para asegurar que se cumplen los requisitos puede ser a través de visitas, llamadas o videollamadas frecuentes por parte de la pareja comitente o de sus abogados.

Dentro del entorno familiar que rodea a la gestante, en el estudio realizado en Isfahan las mujeres manifestaron que tenían las reacciones y comportamientos de sus maridos en la relación conyugal y aseguraron que incluso llegó a afectar a su vida sexual. Las mujeres que tenían hijos pequeños no sabían cómo explicarles que el bebé que gestaban no sería su hermano y sobre todo les preocupaba qué decir al resto de familiares y

amigos ya que el motivo principal de la práctica era por problemas económicos que atravesaban en esos momentos (15).

En el año 2008 en la India, una mujer recibía cerca de 6.000\$ por un embarazo subrogado y en el 2016 esta cifra ascendía a los 8.000\$, cantidad equivalente al salario de una mujer tras varios años trabajando (13), debido a los riesgos físicos del proceso y al equivalente de horas trabajadas que corresponderían hasta el final del embarazo (4). En el caso de Estados Unidos, en 2016 una gestante podía llegar a cobrar hasta 20.000\$. Dependiendo de cada país, el beneficio económico obtenido por esta práctica varía significativamente (ver Anexos, Tabla 2). Del precio total que los padres comitentes llegan a pagar por todo el proceso de subrogación, únicamente el 25-30% es para la madre gestante y en muchas ocasiones, el dinero obtenido es menor de las cifras indicadas en medios de comunicación y agencias (13). En los países donde la gestación por sustitución sólo se permite de forma altruista, como es el caso de Canadá o Grecia, el dinero que recibe la sustituta es menor y es exclusivamente para gastos derivados del embarazo tales como controles médicos, ecografías, ropa para el recién nacido, etc.

La motivación económica tiene visiblemente un gran peso en la toma de decisiones para someterse a esta práctica, a pesar de que pueda realizarse de manera altruista, y aunque en los países occidentales no es muy significativo para las gestantes, en países más pobres como la India, Nepal, Tailandia, Vietnam o Bangladesh las mujeres que participan en la gestación subrogada como trabajadoras obtienen un sueldo 10 veces superior al sueldo medio que obtendrían en otros trabajos durante un año (4,7,11). Esto les permite mantener a sus familias económicamente durante unos años. En una investigación de 2014 llevada a cabo en Guyarat, India, de las 25 mujeres entrevistadas la mayoría declararon abiertamente que se sometían a la gestación subrogada como una necesidad de empleo debido a su situación económica y no por motivos altruistas (20).

En cuanto a la percepción de la sociedad, las madres sustitutas deben enfrentarse a la estigmatización que conlleva la práctica, equiparada en algunos casos con la prostitución y rechazada por motivos morales. En estudios realizados a estadounidenses y canadienses, la mayoría de las personas encuestadas desaprobaba la práctica,

considerándola la forma menos apropiada para tener hijos (11,16). Esta opinión estaba condicionada por las creencias religiosas de la población, la preocupación por los problemas de salud de las subrogadas y por el impacto significativo en los medios de comunicación.

En el estudio realizado en Bombay, se estableció una falta de apoyo durante el embarazo y una ocultación de la subrogación a familiares, vecinos y amigos, reflejando la estigmatización de las madres subrogadas en India, ya que la mayoría de estas mantuvieron el embarazo en secreto (19).

El mayor problema surge cuando en algunos casos, el control y vigilancia medicalizada sobre las madres gestantes que se realiza en los países más pobres de una forma estricta llega a segregar a estas mujeres y obligarlas a vivir en casas destinadas para tal fin (7).

En la India son las llamadas *Baby Farms*, dónde las trabajadoras gestantes abandonan sus hogares familiares, a sus cónyuges y en ocasiones a sus propios hijos, los cuales sólo pueden ver los fines de semana, para mudarse junto con otras gestantes a estos lugares (4,11,13,21). Estas *Baby Farms* pertenecen a clínicas especializadas en reproducción asistida, que participan como intermediarios entre la gestante y los padres comitentes dentro del proceso de subrogación, poniendo en contacto a la pareja con la futura gestante y obteniendo un beneficio económico a cambio.

El objetivo de estos centros es proteger a las mujeres de la estigmatización y la no aprobación por parte de la sociedad, además de someterlas a controles médicos asegurando la tranquilidad de los padres comitentes (13). Debido a esta separación, se generan gastos extras en las mujeres que tienen a su cargo familiares como ancianos o niños, además de la propia desatención de los hijos.

5. DISCUSIÓN

Después de realizar la búsqueda, seleccionar y comparar la información disponible sobre la salud de las madres subrogadas descrita en el presente trabajo, podemos observar que los resultados varían de unos artículos a otros.

En el caso de los impactos físicos, se muestra un aumento de los riesgos de sufrir complicaciones durante el embarazo y como consecuencia de este. La incidencia de estos riesgos es superior a la de las madres donde la fecundación se ha producido de manera natural, sin embargo, es muy parecida a la de otras TRA sin ser subrogación. También hay un aumento de embarazos múltiples y práctica de cesáreas.

Se observó que las mujeres que participaban en la gestación subrogada no tenían previamente toda la información sobre las posibles consecuencias, ni tampoco las exigencias médicas por parte de los padres comitentes. Además, la cobertura sanitaria tras finalizar el proceso de subrogación en el caso de complicaciones postparto nunca fue prestada.

Donde existe más controversia es en los efectos psicológicos de esta TRA, pues unos artículos señalan sus beneficios sobre las mujeres y otros todo lo contrario. Los estudios mostrados en este trabajo no dejan claro si realmente se puede llegar a formar un vínculo afectivo entre la gestante y el feto. Por otra parte, la depresión postparto no se encuentra entre las principales consecuencias negativas, pues no existe un aumento significativo respecto a otras madres en la misma población.

Podemos destacar que, de los cuatro estudios descritos en el trabajo donde el impacto psicológico no tenía consecuencias negativas o incluso llegaba a ser beneficioso para la autoestima las mujeres, tres de ellos tenían en común que algunas de estas mujeres volvieron a participar en la muestra, debido a que eran estudios con un seguimiento longitudinal, por este motivo, los resultados fueron similares en los tres.

Los estudios donde no existían consecuencias negativas para las gestantes se habían llevado a cabo en Reino Unido y otro más concretamente en Inglaterra, donde la gestación por sustitución sólo es legal para los residentes en el país y exclusivamente de manera altruista, por lo tanto, hay que destacar que las mujeres que se sometieron a esta TRA lo hicieron de una forma solidaria y no por problemas económicos. Puesto que los padres comitentes residían en el Reino Unido, las gestantes también pudieron mantener un contacto con los niños hasta años después de la subrogación.

Por otro lado, los dos estudios realizados en Isfahan, situado en Irán y en Bombay, India, coincidían en que las sustitutas sentían una gran preocupación por la salud del niño y temían su rechazo por parte de los padres en caso de enfermedad. Además, la mayoría presentaban un bajo nivel de apoyo social, influyendo en ellas el estigma de la sociedad y el hecho de atravesar problemas económicos, lo cual les producía estrés.

La motivación principal de las gestantes en estos países era la compensación económica que recibían tras finalizar la subrogación y puesto que en ellos la gestación se permite además de manera transnacional, los padres comitentes a menudo residían en otros continentes, por lo que la relación de las gestantes con los niños después del proceso era nula, así como sus beneficios.

Finalmente, en los impactos sociales se puede observar que existe un riesgo grave de explotación de las mujeres trabajadoras, especialmente vulnerables debido a sus bajos ingresos y la necesidad de participar en el proceso de subrogación para mantener a sus familias.

Algunas clínicas de fertilidad ofrecen la protección de estas mujeres frente a la estigmatización de la sociedad pero que en ocasiones llega a comprometer su propia libertad individual e influir en la relación con sus familias, al ser aisladas. El estigma, según los estudios encontrados, surge de la influencia religiosa y el rechazo de la práctica por no considerarse moral.

Pese a que el dinero que recibe la gestante es mucho menor, según los datos, en los países en vías de desarrollo en comparación con el resto, este les permite a las mujeres subsistir durante años y les da una independencia económica en el sistema patriarcal en el que viven que difícilmente podrían conseguir en otros trabajos.

6. CONCLUSIONES

Aunque la maternidad subrogada no es legal actualmente en España, se ha planteado esta posibilidad en varias ocasiones por parte de colectivos, asociaciones y partidos políticos. La diferencia de opiniones sobre esta práctica viene dada principalmente por las cuestiones éticas y morales que conlleva, en contraposición de la libertad de decisión y autonomía de las mujeres para participar en ella.

Pese a que hay más partidos políticos que se oponen a su legalidad frente a los que están a favor, se ha podido observar a través de encuestas, que la mayoría de los ciudadanos demanda la regularización de la maternidad subrogada para que esta pueda ser más accesible a las parejas españolas que no pueden tener hijos de manera natural.

Si tomamos como ejemplo a otros países, en el caso de que se llegase a legalizar en el nuestro, sería importante tener en cuenta la protección de la salud de estas mujeres. Como hemos podido observar en este trabajo, muchas han demandado una falta de atención tanto en los cuidados posteriores al proceso de subrogación como en la ayuda psicológica durante los meses de embarazo y tras la reciente separación del niño. En este caso, habría que dar una atención sanitaria individualizada y dirigida hacia este colectivo de mujeres, para que sufriesen las menores consecuencias negativas posibles. Es importante una correcta educación para la salud por parte de los profesionales de enfermería en Atención Primaria, para asesorar a las gestantes durante todo el proceso, así como detectar cualquier tipo de problema o irregularidad, pudiendo protegerlas del riesgo de explotación que está ligado a la práctica.

Es cierto que la forma menos perjudicial de subrogación y donde más se protege a las gestantes es en los casos en los que sólo está permitida para los residentes del país, prohibiendo su práctica transnacional. En los países que sólo se permite de manera altruista también hay una protección de la salud psicológica y no existe un estigma social tan marcado, sin embargo, la subrogación retribuida beneficia a las mujeres permitiéndoles una libertad e independencia económica que muchas no podrían tener. De todas formas, sería necesario realizar más estudios donde se comparen las implicaciones en salud de estas mujeres dentro del mismo país y bajo las mismas condiciones, con la diferencia de que sí se reciba la atención sanitaria y psicológica, antes, durante y tras el proceso de subrogación, frente a mujeres que no la recibieron.

Después de leer diversos artículos para realizar este trabajo, mi percepción sobre la gestación por sustitución ha cambiado, pasando de estar totalmente en desacuerdo con su práctica por considerarla una forma de mercantilizar el cuerpo de mujeres de baja clase social, a ser un poco más permisiva, por el hecho de que gracias a ella muchas mujeres pueden tener una independencia económica que difícilmente conseguirían en otros trabajos, la cual le permite subsistir, especialmente en los países más pobres.

Finalmente, la mayor preocupación de legalizar la gestación por sustitución surge a partir de que no sólo se recurra por problemas de fertilidad, sino que parejas con rentas altas la utilicen para no tener a sus propios hijos, evitando así los riesgos directos del embarazo sobre su salud.

Como una alternativa a la infertilidad, siempre estará la opción de la adopción de niños, ya que el hecho de tener hijos no debería contemplarse como un derecho sino como un deseo sentido.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Martínez VL. Maternidad subrogada. Una mirada a su regulación en México. *Díkaion*. 2015;24(2):353-82.
2. Aguilar Crespo, A., Escrig Estrems, J., Pamplona Bueno, L., Quinzá Redondo, MJ., Díaz García C. El trasplante de útero: una puerta abierta a la posibilidad de tener hijos. *Rjuam*. 2017;35:215-33.
3. Velázquez L. Algunos aspectos acerca del consentimiento informado en la gestación subrogada. *Dilemata*, ISSN-e 1989-7022. 2018;(26):15-25.
4. Casciano A. La subrogación en la maternidad. Fenomenología de una interacción humana despersonalizadora. *Cuad Bioética*. 2018;29(95):39-56.
5. Rodríguez Díaz R. Subrogación uterina: aspectos médicos. *Dilemata*, ISSN-e 1989-7022. 2018;(26): 1-14.
6. Guerrero Palmero MJ. Contra la mercantilización de los cuerpos de las mujeres. La «gestación subrogada» como nuevo negocio transnacional. *Dilemata*, ISSN-e 1989-7022. 2018;(26):39-51.
7. García Amez J, Martín Ayala M. Turismo reproductivo y maternidad subrogada. *Extraordinario XXVI Congreso*. 2017;27:200-8.
8. Fernández Muñiz PI. Gestación subrogada, ¿cuestión de derechos? *Dilemata*, ISSN-e 1989-7022. 2018;(26):27-37.
9. Pérez Artigues J. Maternidad subrogada problemas jurídicos y éticos del alquiler de vientres. *DS: Derecho y salud*, ISSN 1133-7400. 2017;27(1):123-126. (Ejemplar dedicado a: XXVI Congreso 2017: Derechos sanitario y ciudadanía europea: los retos).
10. Kumar P, Inder D, Sharma N. Surrogacy and women's right to health in India: Issues and perspective. *Indian J Public Health*. 2013;57(2):65-70.
11. Woo I, Hindoyan R, Landay M, Ho J, Ingles SA, McGinnis LK, et al. Perinatal outcomes after natural conception versus in vitro fertilization (IVF) in gestational surrogates: a model to evaluate IVF treatment versus maternal effects. *Fertil Steril*. 2017;108(6):993-8.
12. Guzmán JL. Dimensión económica de la maternidad subrogada, («habitaciones en alquiler»). *Cuad Bioética*. 2017;(2):199-218.

13. Medina Álvarez S. La autonomía reproductiva. Relaciones de género, filiación y justicia. *Rjuam*. 2017;35:145-70.
14. Ahmari Tehran H, Tashi S, Mehran N, Eskandari N, Dadkhah Tehrani T. Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. *Iran J Reprod Med*. 2014;12(7):471-80.
15. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosoc Interv*. 2016;25(3):1-7.
16. Imrie S, Jadva V. The long-term experiences of surrogates: Relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reprod Biomed Online*. 2014;29(4):424-35.
17. Jadva 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.
18. Lamba N, Jadva V, Kadam K, Golombok S. The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Hum Reprod*. 2018;33(4):646-53.
19. Scherman R, Misca G, Rotabi K, Selman P. Global commercial surrogacy and international adoption: parallels and differences. *Adopt Foster*. 2016;40(1):20-35.
20. Saravanan S. An ethnomethodological approach to examine exploitation in the context of capacity, trust and experience of commercial surrogacy in India. *Philos Ethics, Humanit Med*. 2013;8(1):1-12.

8. ANEXOS

Tabla 1. Legalidad de la maternidad subrogada en distintos países.

	Prohibida	Legal		Sin legislación específica, no regulada
		Nacional y transnacional	Exclusivamente para residentes en el país	
Países	Alemania Austria China España Estonia Francia Holanda Hungría Italia Japón Noruega Polonia Suecia Suiza	Australia * Bélgica * Canadá * Dinamarca * (sólo la tradicional) Estados Unidos (dependiendo del estado) Georgia Grecia * India (sólo si es legal en el país de origen de los comitentes) Irán Portugal * Rusia Ucrania	Israel México Nepal Reino Unido * Sudáfrica * Tailandia	Argentina Brasil Camboya Chile Chipre Colombia Finlandia Guatemala Irlanda Kazajistán Panamá Perú República Checa Vietnam

* Únicamente se permite de forma altruista/no comercial.

Fuentes: www.babygest.es/paises, www.gestlifesurrogacy.com/paises, ww.lifebridgeagency.es/gestacion-subrogada/legalidad/paises-permitidos, <http://nova-clinic.es/gestacion-subrogada-en-mundo/>

Tabla 2. Precios aproximados en euros de la gestación por sustitución, sin contar gastos adicionales como seguros, desplazamientos, etc.

Países	FIV	Gestante	Agencia	Representante legal	PRECIO TOTAL
Estados Unidos	22.000 €	10.000 €	15.000 €	3.000 € a 9.000 €	80.000 €
	a 40.000 €	a 40.000 €	a 20.000 €		a 240.000 €
Canadá	8.000 €	Altruista.	12.000 €		60.000 €
	a 15.000 €	Máximo 20.000 € para gastos del embarazo.	a 16.000 €		a 100.000 €
Grecia	5.000 €	Altruista.	8.000 €		70.000 €
		Máximo 12.000 € para gastos del embarazo.			a 80.000 €
Georgia		10.000 € aproximadamente.			40.000 €
Rusia	a 12.000 €	10.000 €	a 12.000 €		a 80.000 €
					26.000 €
Ucrania		15.000 €			a 60.000 €
India	2.000 €	5.000 €	8.000 €	20.000 €	
	a 4.000 €	a 8.000 €	a 10.000 €	a 30.000 €	

Fuentes: www.babygest.es/precio, www.interfertility.es/paises-costes-gestacion-subrogada-precio, <https://www.medigo.com/es/medicina-reproductiva/fertilizacion-in-vitro-fiv/all/india>