



PERSPECTIVAS BIOMÉDICAS DE LA MATERNIDAD SUBROGADA

BIOMEDICAL PERSPECTIVE OF THE SURROGATE MOTHERHOOD

NICOLÁS JOUVE DE LA BARREDA

Universidad de Alcalá

*Departamento de Biomedicina y Biotecnología. Facultad de Biología. Campus Universidad de Alcalá
28871-Alcalá de Henares (Madrid) España. Tfno. +34918854750*

Email.: nicolas.jouve@uah.es

RESUMEN:

Palabras clave:

FIV, madre genética,
madre subrogada,
maternidad
subrogada, padres
comitentes

Recibido: 08/03/2017

Aceptado: 26/04/2017

La maternidad subrogada se refiere a la implantación de un embrión creado por la tecnología de la fecundación in vitro (FIV) en una madre sustituta, o madre gestante, mediante un contrato con ella. Puede implicar a las familias naturales (mujer y hombre) con problemas de infertilidad o no, o a familias monoparentales o biparentales del mismo sexo. Atendiendo al origen de los gametos usados en la FIV surgen diversas situaciones en la relación genética del niño con la madre gestante y los padres comitentes. La maternidad subrogada se planteó en principio como una opción para solucionar problemas de infertilidad. Sin embargo se ha convertido en una práctica posible y atractiva como fuente de recursos económicos para mujeres pobres. Los casos de maternidad por acuerdo, sin mediar un contrato, son excepcionales y no son apropiadamente "maternidad subrogada" sino de "maternidad altruista" debiendo ser considerados como casos de fertilización in vitro heteróloga. En este artículo se analizan las indicaciones sobre la utilización de la maternidad subrogada. También se tratan los aspectos médicos, genéticos y bioéticos que plantea esta nueva derivación de la fecundación in vitro. Como puntos de especial atención se plantean una serie de preguntas: ¿Se utiliza preferentemente para solucionar problemas de infertilidad?, ¿No es esto en la práctica una nueva forma de utilización de la mujer?, ¿no supone un atentado a la familia natural?, ¿No supone además un atentado a la dignidad de los seres humanos?

ABSTRACT:

Keywords:

commissioning
couple, genetics
mother, IVF,
surrogate mother,
surrogate
motherhood

The subrogated motherhood takes place when an embryo created by in vitro fertilization (IVF) technology is implanted in a surrogate, sometimes called a gestational mother, by means a contract with her. It can imply to natural families (woman and man) with or without infertility problems, or to monoparental or biparental families of the same sex. Concerning the origin of the gametes used in the IVF emerges different implications on the genetic relationship of the resulting child with the surrogate and the future parents. The subrogated motherhood was initially considered an option to solve infertility problems. Nevertheless this practice has become a possible and attractive option as a source of economic resources for poor women. The cases of benefit of a pregnancy without mediating a contract are exceptional and they are not properly cases of "subrogated maternity" but of "altruistic maternity" and must be considered as heterologous in vitro fertilization. In this article are analyzed the medical, genetic and bioethics aspects of

this new derivation of the fertilization in vitro. As points of special attention are considered the following questions: Is it the surrogate motherhood used preferably to solve infertility problems? Is not this actually a new form of exploitation of the woman? Does not suppose an attack to the natural family? Does not suppose in addition an attack to the dignity of the human being?

1. ¿En qué consiste la maternidad subrogada?

La maternidad subrogada implica el nacimiento de un niño que es gestado por una mujer ajena a quien desea tener el hijo, bien una pareja con problemas de infertilidad, una mujer sola o un varón solo. Para ello se utiliza alguna de las alternativas que ofrece la reproducción humana asistida, pudiendo el óvulo ser aportado por la mujer que va a gestar, en cuyo caso se recurre a la inseminación artificial, o ser implantando un embrión producido por fecundación in vitro (FIV) procedente o no de los padres que van a adoptar al niño.

En este tipo de actividad, como en otros relacionados con las aplicaciones biomédicas en el campo de la reproducción humana hay un cierto abuso del lenguaje y se tienden a utilizar los eufemismos. Bien está tratar de explicar las cosas de modo suave y decoroso, -como define los eufemismos la RAE-, pero es importante no enmascarar el auténtico significado de los hechos que se practican. Lo cierto es que las expresiones “vientres de alquiler”, “maternidad por sustitución” e incluso “gestación subrogada”, que son las usualmente utilizadas, adolecen de cierta opacidad respecto al hecho al que se refieren. En primer lugar, no se trata de un vientre de alquiler, sino de una “madre de alquiler”, ya que lo que se está haciendo es contratar a una persona en su integridad, no solo su vientre, para que lleve a cabo la gestación que quien la contrata no desea o no puede llevar a cabo. Tampoco parece correcto hablar de “maternidad por sustitución” ya que desde la perspectiva biológica y genética la maternidad no es sustituible y o hay maternidad genética (la madre que aporta el óvulo) o hay maternidad fisiológica (la madre gestante). Por último, denominar a esta práctica “gestación por sustitución” es precisamente ocultar la palabra maternidad, lo que resulta inadecuado pues ser madre supone mucho más

que gestar y dar a luz un hijo. Por todo ello, parece más adecuado hablar de “madre de alquiler” o “maternidad subrogada”, que es lo que describe mejor los hechos que se llevan a cabo.

En la práctica jurídica se denominan “padres comitentes” a los que contratan la gestación y después adoptarán al niño y “madre gestante” o “madre subrogada” a la mujer contratada para llevar a cabo el embarazo. Este tipo de reproducción se presta tanto a su aplicación a las familias biparentales de varón y mujer, como a parejas de homosexuales varones o mujeres, mujer sola o varón solo.

Atendiendo a la procedencia de los gametos que generan el embrión producido por fecundación in vitro que anidará en el útero de la madre gestante, habría que distinguir varios tipos de subrogación: “sin donación” ajena a los padres comitentes, de modo que el embrión se genera con óvulo y espermatozoide de ambos; de “donación total”, cuando ninguno de los dos gametos proceden de quien hace el contrato, en cuyo caso el embrión que se implanta proviene de donantes normalmente anónimos, por lo que ni la madre gestante ni los padres adoptivos tienen relación genética con el bebé; de “donación parcial de comitente”, cuando uno de los gametos es del padre o la madre comitente y el otro de un donante, en cuyo caso hay una semi-vinculación genética entre el padre o madre comitente y el niño (el 50% de sus genes); y de “donación parcial de gestante”, cuando la madre gestante aporta el óvulo, lo que supone que existe un vínculo genético entre ella y el niño.

Dado que la maternidad subrogada puede implicar a familias naturales (mujer y varón) o a familias monoparentales o biparentales del mismo sexo, en la práctica de la maternidad subrogada resultan implicadas muchas personas: la madre genética o biológica –la donante del

óvulo- (que podría ser la madre gestante, o la comitente o una donante ajena); el padre genético o biológico que es el donante del espermatozoides; la madre gestante o fisiológica; el marido o pareja de la madre gestante; la mujer o varón comitente, que ha encargado el bebé; y la pareja de la mujer o varón comitente. No es extraño que dada esta complejidad de participantes haya una amplia casuística de casos conflictivos, casi siempre por disputa de derechos sobre el niño.

2. ¿Quién o quienes recurren a la maternidad subrogada?

Al igual que la fecundación in vitro, la maternidad subrogada se planteó en principio como una opción para solucionar problemas de infertilidad con el fin de ayudar a que las mujeres con problemas médicos claramente definidos pudieran tener sus propios hijos genéticos. Los problemas de infertilidad se pueden deber a diferentes causas: útero no receptivo, abortos espontáneos recurrentes, fallo repetido de FIV u otros problemas médicos. Sin embargo, de acuerdo con Van den Akker¹ en un estudio que incluye datos actuales de todo el mundo, solo una mínima parte del 15% de las parejas que tienen problemas de infertilidad recurren a la maternidad subrogada como un recurso alternativo a la FIV debido a que la posibilidad de obtener el hijo deseado por este procedimiento es tan baja como por la propia tecnología de la FIV.

Lo cierto es que la contratación de una mujer para gestar un hijo, se ha convertido en una práctica posible y atractiva como fuente de recursos económicos a cambio de un embarazo para mujeres pobres en los países en que esta práctica está autorizada. Es además el modo en que una mujer estéril o no, con pareja o no, un varón o una pareja de homosexuales, con suficientes recursos económicos, pueden conseguir un hijo mediante un contrato de una mujer gestante. Por ello, cuando se habla de maternidad subrogada se habla de una gestación por encargo, que quien puede costearlo lo hace, con independencia de las razones, sean médicas o para satisfacer un deseo personal de tener un hijo.

1 Van den Akker, O. "Surrogate motherhood: a critical perspective". *Expert review of obstetrics & gynecology*. 5 (1), (2010), 5-7.

También se suele incluir en el mismo contexto el caso de un acuerdo entre personas allegadas, por medio del cual una mujer ajena a quien desea tener un hijo, se presta a llevar a cabo el embarazo casi siempre por motivos de vínculos familiares o de amistad y sin que medie un contrato remunerado. En realidad estos son casos excepcionales y tampoco deben considerarse con propiedad una "maternidad subrogada". Más bien se debería llamar "maternidad altruista" o "acuerdo de gestación altruista" y debería ser considerada como un caso más dentro de fecundación in vitro heteróloga.

3. Maternidad subrogada y reproducción humana asistida

No es posible hoy ni previsible en el futuro la utilización de "incubadoras artificiales" por lo que la maternidad subrogada solo es viable acudiendo a las tecnologías de la reproducción humana asistida y contando con una madre gestante. Hay que dejar a un lado las fantasías sobre cualquier alternativa futura de carácter tecnológico. Una placenta humana no es sustituible por ningún medio artificial. El desarrollo de un embrión tras la fecundación hasta la octava semana y del feto a partir de la novena semana, es un proceso de expresiones genéticas programadas por el genoma del propio embrión y reguladas espacio-temporalmente. Se trata de un proceso delicado y muy dependiente de las condiciones ambientales. En el claustro materno y durante la gestación se está produciendo un traslado de metabolitos entre el embrión y la madre. Hay un diálogo molecular que comunica al feto en crecimiento con la madre que lo acoge, de lo que depende el desarrollo armónico del nuevo ser². La placenta humana es tan compleja que penetra en el útero materno, y el feto, al tiempo que se desarrolla, debe poder captar los nutrientes suficientes y eliminar sus productos de desecho mientras permanece en el útero, lo que requiere una interacción complejísima imposible de suplantar por ninguna tecnología que se desee aplicar.

2 López-Moratalla, N. «Comunicación materno-fetal en el embarazo». *Cuadernos de Bioética*. XX(3), (2009), 303-315.

Las técnicas de reproducción humana asistida surgieron a finales de los años setenta como una tecnología de apoyo a las parejas con problemas de infertilidad. Se trata de una tecnología desarrollada por los Dres. Robert Edwards y Patrick Steptoe en Gran Bretaña y cuyo primer logro se produjo en 1978 con el nacimiento de la niña Louise Joy Brown en el Reino Unido³. Hoy se estima que nacen cerca de cuatro millones de niños al año en el mundo por esta tecnología⁴. Aunque hay diferentes modalidades de FIVET, dependiendo de la procedencia de los gametos y los modos de llevar a cabo la fecundación y/o la implantación, el éxito es muy bajo sin que tras años de aplicación se haya conseguido elevar el rendimiento por encima de un 40%, dependiendo de los centros en que se lleva a cabo. También hay que señalar el cúmulo de derivaciones y problemas éticos que ha generado esta tecnología, casi todos ellos relacionados con la instrumentalización de los embriones, que son congelados, seleccionados, eliminados o utilizados en experimentación o en investigación biomédica.

Desde un punto de vista biológico cuando hablamos de reproducción solo cabría hablar de los padres biológicos o genéticos, la madre que aporta el óvulo y el padre que aporta el espermatozoide. Sin embargo, la FIVET introdujo como novedad los casos de fecundación heteróloga, con óvulo y/o esperma de donantes. Esto implica, en los casos de maternidad subrogada con donación total o parcial de gametos, la pérdida total o parcial del vínculo genético del hijo que nacerá tras la implantación del embrión en el útero de una mujer ajena, pudiendo quedar en el anonimato la relación del embrión con sus auténticos progenitores genéticos. No debe despreciarse además el hecho del esfuerzo físico, fisiológico y psicológico de la madre que lleva en su seno al bebé. La ley señala que la madre gestante tiene a su

favor la presunción de maternidad derivada del parto, pero deja de aplicarse cualquier derecho sobre el hijo cuando exista una prueba genética de filiación que no la favorezca.

Dada la posibilidad de llevar a cabo una maternidad subrogada con gametos o embriones ajenos a los padres comitentes y la madre gestante, pueden surgir problemas para el niño que es concebido en estas condiciones cuando más adelante desee saber su origen genético. En caso de conflicto, o de dudas sobre quien donó el óvulo o el espermatozoide, es decir quién es la madre o el padre biológico del niño cuya maternidad o paternidad se disputa, se puede recurrir a las pruebas de paternidad a partir del ADN de los potenciales donantes, pero para eso hace falta tener datos de su trazabilidad. Con las pruebas de ADN se podría acreditar la filiación o vínculo genético de los verdaderos padres, lo que se sobrepondría al derecho por razón de la gestación.

4. Aspectos biomédicos

La maternidad subrogada supone un largo proceso que implica a varias personas y requiere varios tipos de procedimientos: la obtención de los gametos: óvulos y espermatozoides, la producción de los embriones mediante FIV, y su transferencia al útero de la mujer contratada para la gestación. En cada una de estas fases, que pueden afectar a distintas personas existen problemas de diferente índole que han de tenerse en cuenta y que exigen el obligado "consentimiento informado" y la libre aceptación por parte de todas las personas implicadas.

En primer lugar, la madre genética, que es la que aporta el/los óvulo/s necesario/s para la FIV, -que podría ser la comitente, la gestante o una donante ajena al contrato de la maternidad subrogada-, debe conocer los posibles riesgos que conlleva el procedimiento de estimulación ovárica. Se trata de crear un ambiente hormonal que estimule el desarrollo celular múltiple a nivel folicular de forma sincrónica hasta el estado de madurez, con el fin de producir la ovulación y provocar la liberación de uno o más óvulos en un ciclo estimulado farmacológicamente. Para ello, existen diferentes tipos

3 El 4 de octubre de 2010 la Academia Karolinska de Estocolmo hizo público la concesión del Premio Nobel de Fisiología o Medicina al fisiólogo Robert Edwards por su contribución al desarrollo de la tecnología de la fecundación in vitro. Esta concesión se produjo más de treinta años después del nacimiento del primer niño por este procedimiento.

4 En marzo de 1984 nació en Los Ángeles el primer bebé de un óvulo fertilizado de una mujer diferente a la gestante (donación de óvulo, o fecundación in vitro heteróloga). En Abril del mismo año, nació en Melbourne, la niña Zoe Leyland de un embrión previamente congelado.

de tratamiento y cierta discusión sobre los protocolos y dosis de su administración. La estimulación ovárica es un tratamiento agresivo para la fisiología femenina ya que fuerza un tipo de ovulación múltiple contra natura, con el fin de obtener en un ciclo el mayor número de óvulos para su uso posterior en la FIV. El método habitual consiste en un tratamiento con gonadotropina coriónica humana (hCG) para activar la ovulación⁵. La mayoría de los centros en los que se practica la reproducción asistida llevan a cabo este tratamiento hormonal con el fin de lograr la estimulación ovárica y la producción de múltiples folículos que faciliten la aspiración folicular⁶.

La administración de la hCG para ayudar a activar la ovulación puede inducir el llamado “síndrome de hiperestimulación ovárica” (OHSS) que puede tener menor o mayor gravedad y puede llegar a afectar al 10% de las mujeres que donan sus óvulos. El OHSS es una complicación iatrogénica de la tecnología de reproducción asistida que se caracteriza por el agrandamiento quístico de los ovarios y una expulsión de fluido del espacio intravascular debido a un aumento de la permeabilidad capilar y una neoangiogenesis ovárica⁷. Su impacto en la salud general de la mujer así tratada puede ser muy perjudicial y en ocasiones se han producido alteraciones muy graves. La relación entre la hCG y el OHSS se piensa que es debida a la producción de una molécula angiogénica, un factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). Se estima entre 3 y 6% la incidencia de un OHSS moderado, mientras que la forma severa puede ocurrir en 0.1-3% de todos los ciclos⁸.

La mayoría de las mujeres que padecen la afección tienen síntomas tales como distensión abdominal, dolor leve en el abdomen y aumento de peso. En algunos casos, las mujeres pueden tener síntomas más serios, como aumento considerable de peso, dolor intenso o hinchazón en el abdomen, disminución de la micción y dificultad para respirar. Dados todos estos riesgos

es obligado el conocimiento de los mismos y el “consentimiento informado” por parte de la mujer que se somete a estimulación ovárica.

El tratamiento de FIVET que se sigue para la maternidad subrogada es el rutinario en cuanto a la transferencia de los embriones, que pueden ser frescos o descongelados. Los resultados del tratamiento también son similares a una FIVET ordinaria con embriones derivados de mujeres jóvenes transferidos a mujeres fértiles también jóvenes. En cualquier caso también habrá que informar al/los comitente/s sobre el bajo éxito de la FIVET, y sobre los procedimientos médico-asistenciales que fuere necesario atender en su caso a la madre gestante.

Respecto al rendimiento de la aplicación de la maternidad subrogada a partir de la FIVET, hasta hace poco los estudios se limitaban a pequeñas series de casos, con un resultado en cuanto a tasas de embarazo del 17 al 50%. Sin embargo, en el año 2015 se publicó una revisión sintetizando la mayor serie de datos de maternidad subrogada mediante FIVET⁹. El estudio incluye los aspectos médicos, psicológicos y legales y se basa en los datos de 333 ciclos consecutivos de maternidad subrogada llevados a cabo en Canadá entre 1998 y 2012. De los 333 ciclos de estimulación ovárica se lograron 178 embarazos (53,4%), incluyendo la transferencia de óvulos frescos y congelados. En el 49,2% de los ciclos, fueron utilizados óvulos autólogos y en el 50,8% restante los óvulos eran de donante. De los 178 embarazos, 142 siguieron su curso hasta superar las 20 semanas o terminar con un nacimiento y los 36 embarazos restantes no llegaron a término al producirse un aborto espontáneo (25.4%). El éxito global de la FIV aplicada la maternidad subrogada fue del 42,6%.

El estudio incluye una clasificación de los casos de maternidad subrogada en dos grupos. El primero (n = 96; 132 ciclos, tasa de embarazo 50,0%) responde a la solicitud de maternidad subrogada por madres habían recurrido previamente a la FIVET con fallo re-

5 Diedrich K., Van der Ven H., Al-Hasani S., and Krebs D. «Ovarian Stimulation for in-vitro fertilization». *Hum. Reprod.* 3, (1988), 39-44.

6 Steptoe P.C, Edwards R.G, «Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy». *Lancet.* 1, (1976), 880.

7 Kumar, P., Farouk Sait, S., Sharma, A., Kumar, M. «Ovarian hyperstimulation syndrome». *J Hum Reprod Sci.* 4(2), (2011), 70-75.

8 Diedrich K., et al. *Op.cit.* 39.

9 Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskvtsev, S.I., Sojecki, A., Librach, C.L. «Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy». *Hum Reprod.* Feb;30(2), (2015) 345-352.

corriente de la implantación de los embriones, más los casos de mujeres con abortos espontáneos recurrentes. El segundo grupo (n = 108, 139 ciclos de embarazo tasa de 54,0%) correspondía a mujeres con "embarazo imposible", e incluía casos de síndrome de Asherman¹⁰ grave, agenesia uterina, malformaciones uterinas y enfermedades médicas maternas. Se analizó por separado un tercer grupo de parejas del mismo sexo masculinas y solteros (n = 52, 62 ciclos, tasa de embarazo 59,7%). Los resultados son los siguientes. El primer grupo, de madres de una edad media de 40,3 años, dio como resultado 66 embarazos (50,0%) con 17 abortos (25,8%) y 46 nacimientos confirmados (34,8%). Respecto al segundo grupo, de madres de una edad media de 35,9 años y "embarazo imposible" dio como resultado 75 embarazos (54,0%) con 15 abortos (20,0%) y 56 nacimientos confirmados (40,3%). El embarazo, aborto y las tasas de nacidos vivos entre los dos grupos no fueron significativamente diferentes. En resumen, hubo alrededor de un 25% de abortos y se produjeron un 9,8% de complicaciones en la madre gestante durante el embarazo. Por otra parte, el 1,8% de los bebés nacidos presentaron anomalías fetales. Todos estos datos se pueden considerar muy semejantes a los derivados de la práctica común de la FIVET¹¹.

Desde la perspectiva biomédica hay que tener en cuenta las implicaciones psicológicas para todos los sujetos implicados en la maternidad subrogada. Aunque esta práctica es reciente y no hay grandes series de datos sobre estudios psicológicos, son cada vez más los expertos que destacan la importancia de los vínculos afectivos creados entre la madre gestante y el bebé durante la gestación. No es descabellado asumir, que tras un embarazo, rota la relación con un hijo tras el nacimiento, pueda quedar afectado el desarrollo psicológico normal del niño o la niña, particularmente cuando él o ella se enteran de su origen por subrogación, si

llegan a enterarse, y también de la madre gestante. Es un daño potencial que debe ser considerado.

En un estudio sobre la aplicación de la maternidad subrogada a personas homosexuales y transexuales se señala que aunque estas personas no deben ser discriminadas respecto a la aplicación de esta tecnología por su orientación sexual, sí constituye un motivo de preocupación los posibles efectos negativos para el desarrollo psicológico de los niños¹².

Durante el embarazo se establece una relación íntima y de simbiosis entre el bebé y la madre gestante que quedará interrumpida tras el nacimiento. La dependencia tiene su reflejo en la fisiología del cerebro de la madre durante el embarazo en íntima relación con los patrones de desarrollo del niño. De acuerdo con estudios sobre la fisiología del cerebro materno, durante un embarazo se produce una adaptación múltiple de la fisiología de la madre para optimizar el crecimiento y el desarrollo fetal, con el fin de proteger al feto, preparar el parto y asegurar un cuidado maternal adecuado después del parto. Muchas de estas adaptaciones son organizadas por el cerebro de la madre mediante cambios en el sistema neuroendocrino, bajo la influencia de las hormonas del embarazo¹³. Se ha demostrado que hay una sincronía que coordina los patrones de cuidado maternal, mediado por la presencia de la oxitocina¹⁴ y otros neuropéptidos que influyen en el estado de stress y tensión psicológica de la madre, como respuesta a las señales procedentes del feto durante el embarazo¹⁵. También se han demostrado efectos sobre los patrones de vínculo de la madre con el hijo a través de la detección de estímulos, mediante

12 DeWert, G., Dondorp, W., Shenfield, F., Barri, P., Devroey, P., et al. «ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people». *Human Reprod*, 29(9), (2014), 1859-1865.

13 Brunton, P.J., Russell, J.A. "The expectant brain: adapting for motherhood". *Nature Reviews Neuroscience*. 9, (2008), 11-25.

14 La oxitocina es un neuropéptido cuyos efectos son de bienestar, confianza y efectos sobre la predisposición ante los demás. Por eso la oxitocina juega un papel fundamental en el vínculo entre la madre y el feto durante la gestación y con y el cuidado del bebé después del nacimiento.

15 Atzil, S., Hendler, T., Feldman, R. «Specifying the neurobiological basis of human attachment. Brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers». *Neuropsychopharmacology*. 36 (13), (2011), 2603-2615.

10 El síndrome de Asherman es una afección poco común. Consiste en la formación de tejido cicatricial en la cavidad uterina. En la mayoría de los casos, el problema se presenta después de una cirugía en el útero en mujeres que se han sometido a algunos procedimientos de dilatación y legrado.

11 Dar, S., et al. *op.cit.* 345.

electroencefalogramas en madres de 3 a 6 meses de embarazo, que evidencian la especial sensibilidad hacia el hijo que gestan¹⁶.

Además, existe evidencia de que células troncales procedentes del feto pasan a la sangre circulante durante el embarazo y llegan a instalarse en diferentes tejidos maternos, contribuyendo incluso a la reparación de algún daño¹⁷. Por poner un ejemplo, estudios con ratones han demostrado que cuando la madre sufre un problema vascular durante el embarazo, como un infarto miocardio, el feto proporciona células troncales para la regeneración del tejido fino cardíaco dañado¹⁸. ¿Puede haber una demostración más patente de la simbiosis entre el hijo y su madre gestante? El hijo protege a su madre a cambio de que la madre le dé cobijo y contribuya a alimentarle y a completar su desarrollo durante el embarazo. Pero además, las células madre del feto van a quedar dispersas por el organismo de su madre a lo largo de su vida, como un recuerdo del embarazo y un seguro para su propia salud. Esto unido a los efectos sobre el desarrollo del cerebro refuerza la afirmación de la relación psicológica imborrable que se establece entre la madre gestante y el niño.

Por último, los padres comitentes también sufren la presión psicológica. Estos no pueden estar completamente seguros de que la madre sustituta no romperá el contrato durante los nueve meses del embarazo, o que incluso uno de los donantes genéticos no intente demandar la custodia del niño.

5. Aspectos bioéticos

La maternidad subrogada se enfrenta a una serie de situaciones que se añaden a las cuestiones habitualmente atribuidas a la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida. Como temas específi-

cos se plantean una serie de preguntas: ¿Se trata sólo de solucionar problemas de infertilidad?, ¿no estamos ante una nueva forma de explotación de la mujer?, ¿no supone un atentado a la familia natural?, ¿no supone además un atentado a la dignidad del hijo? En los párrafos siguientes veremos algunos aspectos de todas estas cuestiones.

Respecto a la cuestión de si se trata sólo de solucionar problemas de infertilidad es evidente que la respuesta ha de ser negativa. Los sectores interesados en la regularización jurídica de la maternidad subrogada piensan en extender esta práctica a los casos de las familias no naturales o de personas solas, asumiendo el inexistente derecho a tener un hijo. Sin embargo, se recurre a la emotividad y se utiliza como argumento la solución del problema de las madres que tienen dificultades para procrear. También se hace más énfasis en los escasísimos casos de maternidad altruista que se ponen como ejemplo de lo que es la maternidad subrogada a pesar de su escasísima incidencia con respecto a la práctica habitual en que existe un contrato.

En determinados sectores, y especialmente en el momento presente en que la maternidad subrogada no está autorizada en España por la Ley de Reproducción Humana Asistida¹⁹, la maternidad subrogada se ofrece desde una perspectiva médica positiva, haciendo énfasis sólo en la posibilidad de solucionar los problemas de infertilidad. El procedimiento de recurrir a la salud para justificar la maternidad subrogada es una argucia parecida a la que se utilizó para introducir el aborto como una práctica lícita en numerosos países. Como cuando se decía en España que se trataba de evitar los riesgos de los 100.000 abortos clandestinos al año, cifra que tras la implantación en 1985 de la primera ley del aborto se demostró que era falsa, ya que hubieron de transcurrir veinte años para llegar a esa cifra tras la legalización. Es el mismo método que se está utilizando para otras prácticas, como la conveniencia del cambio de sexo de los

16 Bornstein, M.H., Arterberry, M.E., Mash, C. «Differentiated Brain Activity in Response to Faces of "Own" Versus "Unfamiliar" Babies in Primipara Mothers: An Electrophysiological Study». *Dev Neuropsychol.* 38(6), (2016), 365–385.

17 Demirhan, O., Çekin, N., Ta temir,D., Tunç, E., Güzel, A.I., Meral, G., Demirbek, B. «Are there fetal stem cells in the maternal brain?». *Neural Regen Res.* 5, 8(7), (2013), 593–598.

18 Kara, R.J. et al. «Fetal Cells Traffic to Injured Maternal Myocardium and Undergo Cardiac Differentiation». *Circulation Research.* Nov. 14, (2011). DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.111.249037

19 El Art 10.1, de la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida (Ley 14/2006, BOE 27 de Mayo de 2006) señala que: «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».

niños que presentan “disforia de género” en las leyes de no discriminación de la transexualidad en España, para un fenómeno que apenas alcanza a un 20 a 40 por millón de habitantes en la población mundial occidental²⁰.

Quizás el aspecto más espinoso con relación a la ética de la maternidad subrogada es el que alude a la cuestión de si no estamos ante una nueva forma de explotación de la mujer. Dejando a un lado los escasísimos casos de maternidad altruista, que más bien deben considerarse de FIVET heteróloga, es evidente que en la maternidad subrogada se paga un servicio para que otra mujer geste el bebé para satisfacer el deseo de tener un hijo de quien paga. Hay un contrato, unos contratantes, una mujer contratada y un producto. En la maternidad subrogada la mujer gestante es utilizada como una incubadora, lo cual ya de por sí atenta a la dignidad de las mujer. Por otra parte, como en toda transacción económica se imponen unas exigencias de calidad, aquello que lo hará más o menos caro, lo que a su vez puede afectar a múltiples factores del servicio: donación de gametos, óvulos y/o esperma, recurso a varios ciclos de estimulación ovárica, utilización de embriones frescos o congelados, calidad del servicio de la FIV, salud de la madre gestante, sus cuidados médicos, su alimentación, etc. Teniendo en cuenta todos estos factores, como si de un producto cualquiera se tratara, a mayor precio mejor calidad. En función de todo esto los precios totales actuales en diferentes países y compañías que ofrecen este servicio en diferentes países oscilan entre los 30.000 y los 100.000 €. Es evidente, que en todo esto lo que subyace es una mentalidad mercantilista en la que las mujeres gestantes son utilizadas en este negocio como una mera factoría que fabrica bebés para otros.

Aparte del liberalismo predominante en los EE.UU., donde la maternidad subrogada está autorizada y en donde han crecido las clínicas de reproducción humana asistida como negocio, hay algunos países en vías de desarrollo donde se han creado centros para la explotación de la maternidad subrogada como una fuente de divisas, dando paso a una auténtica industria reproductiva. Así, en la India por ejemplo, se han creado granjas de re-

producción, donde cientos de mujeres se utilizan con la única misión de ser utilizadas para la reproducción por encargo, bajo la interesada vigilancia de su salud y alimentación durante el tiempo de la gestación. En muchos de estos casos, debido a la carencia de una legislación apropiada, hay una verdadera explotación de las madres gestantes y el beneficio económico de este negocio se lo llevan usualmente los intermediarios y las agencias comerciales. No hay transparencia en el sistema y por ello esta práctica es una fuente de problemas legales²¹.

Por otra parte, la implantación de la maternidad subrogada entra de lleno en el debate de la ideología de género al ofrecer la oportunidad de tener un hijo a las familias monoparentales, biparentales de igual sexo y transexuales, que, desde el punto de vista biológico, ecológico y ético no pueden ser consideradas opciones equivalentes a la familia natural, la formada por padre, madre e hijos. Al margen de los posibles efectos psicológicos para los niños, este tipo de familias no contribuyen al mantenimiento del nivel de reposición poblacional, ni favorecen a la sociedad del mismo modo que una familia natural en aspectos formativos de carácter intelectual, cultural y moral. Las empresas que se dedican a esta práctica, como las americanas Circle Surrogacy o Center for Surrogate Parenting Inc., la Clínica ucraniana del Profesor Feskov, o la Gestational Surrogacy India, por poner solo algunos ejemplos, destacan en sus ofertas comerciales los aspectos idílicos y situaciones beneficiosas para quienes desean tener un hijo, independientemente de la situación familiar del contratante, y señalan, en contra de muchas de las cuestiones de carácter médico indicadas anteriormente, que todos los intervinientes ganan: los padres comitentes, el niño y la madre gestante.

La realidad es bien distinta y cuando se habla de maternidad subrogada no se puede perder de vista la dignidad de la madre gestante, ni tampoco al más vulnerable de los sujetos implicados en este asunto, que es el niño, cuyo destino puede ser incierto por la inseguridad que generan por una parte los contratos y por otra el anonimato de su procedencia genética. Lo cierto es que

20 Mayer, L.S., McHugh, P.R. «Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences». *The New Atlantis*. 50, (2016), 20160819. [TNA50SexualityandGender.pdf](#)

21 Saxena, P., Mishra, A., Malik, S. «Surrogacy: Ethical and Legal Issues». *Indian J Community Med*. 37(4), (2012), 211-213.

el hijo que se gesta de esta manera se convierte en un objeto comercial que sufrirá las consecuencias en el caso relativamente frecuente de un desacuerdo o una ruptura del contrato de subrogación. ¿Qué ocurre en los casos en que los contratantes o la gestante no asumen su responsabilidad? Como muestra se pueden citar un par de casos.

El primero lo cita Susanna Sommer en su libro "Genética, clonación y Bioética"²². Se trata de Jaycee Louise Buzzanca, una niña nacida en EE.UU. en 1995 fruto de una gestación subrogada tras reproducción asistida a partir de un embrión de padres genéticos diferentes a los comitentes y sin relación genética con la madre gestante. La niña nació después de que los padres contratantes se separaran y la madre gestante pidió la custodia de la niña, pero luego se arrepintió. Al final, la niña fue declarada huérfana por un juez. Se da la paradoja de que una niña que había tenido cinco padres, los comitentes, la madre gestante y los padres genéticos del embrión implantado, resultó ser declarada huérfana.

El segundo caso es el de Gammy, un niño nacido en el verano de 2014 que fue gestado por una mujer tailandesa casada y necesitada de recursos económicos, Pattaramon Chanbua. Esta mujer había sido contratada por una pareja australiana como madre de alquiler y se quedó embarazada de gemelos, de los que tras realizar las pruebas de diagnóstico genético prenatal, a uno se le diagnosticó un Síndrome de Down. La pareja comitente pidió a la madre gestante que abortara a este bebé, pero la madre se negó. Finalmente, nacieron los dos niños y los comitentes australianos se llevaron solo al niño sano. Pattaramon, como una prueba más de los vínculos afectivos de la madre gestante hacia su hijo, se quedó con Gammy, el niño con Síndrome de Down. Gammy es ahora, en palabras de su madre un niño sociable, amable y muy querido por todos, un niño normal que necesita amor como todas las personas humanas²³.

Casos como el de Jaycee y Gammy demuestran que en la tecnología de la maternidad subrogada muchas

veces interesa menos el niño que la satisfacción del deseo de quienes lo encargan. En estos y muchos otros casos, el niño es tratado simplemente como un producto comercial o una mercancía que debe cumplir unos estándares de calidad y que a veces, incluso cumpliéndolos es objeto de devolución.

En una reciente revisión publicada en *Human Reproduction*²⁴, que recoge información de 1795 artículos sobre datos de carácter biomédico de la maternidad subrogada, se señala entre sus conclusiones que a la edad de 10 años no había diferencias psicológicas importantes en los niños procedentes de la maternidad subrogada con respecto a los procedentes de FIVET o concepción natural y se advierte como un tema sensible que merece atención, el caso de los niños al cuidado de padres gays.

Otro aspecto que afecta al niño es el hecho de que la maternidad subrogada impide al niño conocer su origen e identidad genética. Esto constituye una fuente de conflictos pues muchos niños cuando llegan a adultos desean conocer su verdadero origen genético y esto solo sería posible en el caso de que un juez lo dictamine, por las razones de derecho que lo justifiquen, y siempre que se disponga de muestras de ADN de las posibles personas implicadas. Sin duda, la casuística a la que se podría aplicar las pruebas de ADN, en caso de que no haya habido donación anónima, es más extensa y prolija que en las pruebas de paternidad habituales al estar implicadas más personas. En algunos casos sería imposible cuando no hay registro ni hay trazabilidad que permita conocer los donantes de los gametos o la procedencia de los embriones. En otros habría que determinar cuál de dos padres es el donante del espermatozoide que fecundó el óvulo, sí, como ocurre en algunos casos descritos de maternidad subrogada por encargo de una pareja de gays se mezclaron las muestras de semen, etc. Todo un mundo de problemas añadidos al ya complicado panorama derivado de las nuevas tecnologías de la Biología y la Medicina aplicadas al nuevo marco social de dominio sobre la naturaleza humana en el aspecto sexual y reproductivo.

22 Sommer, S.E. *Genética, clonación y bioética. ¿Cómo afecta la ciencia nuestras vidas?* Biblos, Buenos Aires, 1998, 69-70.

23 Scott Sills, E. (Ed.) *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016, 26-27.

24 Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki K, Romundstad, L.B., Bergh, C. «Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families -a systematic review». *Hum Reprod*, Update Mar-Apr 22(2), (2016), 260-76.

Referencias

- Atzil, S., Hendler, T., Feldman, R. «Specifying the neurobiological basis of human attachment. Brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers». *Neuropsychopharmacology*. 36 (13), (2011), 2603–2615.
- Bornstein, M.H., Arterberry, M.E., Mash, C. «Differentiated Brain Activity in Response to Faces of “Own” Versus “Unfamiliar” Babies in Primipara Mothers: An Electrophysiological Study». *Dev Neuropsychol*. 38(6), (2016), 365–385.
- Bruntom, P.J., Russell, J.A. “The expectant brain: adapting for motherhood”. *Nature Reviews Neuroscience*. 9, (2008), 11-25.
- Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskovtsev, S.I., Sojecki, A., Librach, C.L. «Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy». *Hum Reprod*. Feb;30(2), (2015) 345-352.
- Demirhan, O., Çekin, N., Taştemi, D., Tuñç, E., Güzel, A.I., Meral, G., Demirbek, B. «Are there fetal stem cells in the maternal brain?». *Neural Regen Res*. 5, 8(7), (2013), 593–598.
- DeWert, G., Dondorp, W., Shenfield, F., Barri, P., Devroey, P., et al. «ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people». *Human Reprod*, 29 (9), (2014), 1859-1865.
- Diedrich K., Van der Ven H., Al-Hasani S., and Krebs D. «Ovarian Stimulation for in-vitro fertilization». *Hum. Reprod*. 3, (1988), 39-44.
- Kara, R.J. et al. «Fetal Cells Traffic to Injured Maternal Myocardium and Undergo Cardiac Differentiation». *Circulation Research*. Nov. 14, (2011). DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.111.249037.
- Kumar, P., Farouk Sait, S., Sharma, A., Kumar, M. «Ovarian hyperstimulation syndrome». *J Hum Reprod Sci*. 4(2), (2011), 70-75.
- López-Moratalla, N. «Comunicación materno-fetal en el embarazo». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 303-315.
- Mayer, L.S., McHugh, P.R. «Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences». *The New Atlantis*. 50, (2016).
- Saxena, P., Mishra, A., Malik, S. «Surrogacy: Ethical and Legal Issues». *Indian J Community Med*. 37(4), (2012), 211–213.
- Scott Sills, E. (Ed.) *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016, 26-27.
- Sommer, S.E. *Genética, clonación y bioética. ¿Cómo afecta la ciencia nuestras vidas?* Biblos, Buenos Aires, 1998.
- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki K, Romundstad, L.B., Bergh, C. «Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families -a systematic review». *Hum Reprod, Update* Mar-Apr 22(2), (2016), 260-76.
- Stephens P.C, Edwards R.G, «Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy». *Lancet*. 1, (1976), 880.
- Van den Akker, O. “Surrogate motherhood: a critical perspective”. *Expert review of obstetrics & gynecology*. 5 (1), (2010), 5-7.