



Gestación subrogada: Conceptos actuales

Subrogate gestation: current concepts

Yasiu Bustamante Quan,* Samuel Karchmer K†

Resumen

La maternidad subrogada es una técnica de reproducción asistida que da la oportunidad a mujeres con ausencia de útero funcional, parejas homosexuales y hombres solteros de reproducirse. Se ha demostrado la tasa de éxito en estos casos, pero también el aumento de complicaciones obstétricas en las portadoras gestacionales. Ante el aumento del acceso a la información, los pacientes demandarán este tipo de tratamientos, por lo que tenemos que conocer las definiciones, así como los derechos tanto, de los padres como de la madre subrogada.

Palabras clave: Gestación subrogada, útero subrogado, madre subrogada.

Summary

Surrogate motherhood is a technique of assisted reproduction that gives the opportunity to women with absence of functional uterus, homosexual couples and single men to reproduce. The success rate has been demonstrated in these cases but also the increase of obstetric complications in the gestational carriers. Given the increase in access to information, patients will demand this type of treatment so we have to know the definitions, as well as the rights of both the parents and the surrogate mother.

Keywords: Gestational surrogacy, gestational carrier.

INTRODUCCIÓN

Los avances en las técnicas de reproducción asistida han permitido que tanto parejas como individuos puedan tener una familia genéticamente relacionada. La gestación subrogada beneficia particularmente a mujeres cuyas situaciones médicas hacen imposible llevar a cabo un embarazo, hombres solteros y parejas homosexuales masculinas.¹

La subrogación fue probablemente unos de los primeros tratamientos para los problemas de infertilidad; sin embargo, en los últimos 35 años se ha implementado como una opción reproductiva mucho más común. En los últimos 15 años, el número de ciclos con portadoras gestacional ha aumentado más de un 470%, y más de la mitad de las clínicas de Estados Unidos ofrecen este método.^{2,3}

Mientras la ciencia avanza, los preceptos legales de maternidad y familia no se han actualizado. En la mayoría de las legislaciones sigue estando presente el principio de la ley romana: *Mater semper certa est*, la cual dice que la mujer es quien debe llevar el embarazo

y, subsecuentemente, parir al niño para ser considerada como la madre.

Actualmente, estamos ante un desafío de pacientes con indicación para estos tratamientos y con la posibilidad económica para realizarlos, pero también frente a una regulación legal ambigua y limitante, así como con el paradigma de arriesgar la salud y bienestar de un individuo por el beneficio de otro.⁴

Se cree que la presencia de un hijo enriquece la vida de los padres, y que la calidad de ésta puede deteriorarse cuando el deseo de paternidad no se satisface; como consecuencia, las parejas infértiles usualmente experimentan gran angustia social, así como rechazo si es que viven en una sociedad conservadora. En algunas culturas, la imposibilidad de reproducción permite el divorcio o un segundo matrimonio; aun más lamentable es que, en ocasiones, las mujeres que no pueden tener hijos muchas veces son víctimas de violencia doméstica y de aislamiento.²

A pesar de su éxito, la subrogación requiere un enfoque multidisciplinario, ya que es un proceso complejo desde el punto de vista psicológico, legal y ético.⁵

* Ginecología y Obstetricia. Profesora Adjunta en el Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles Lomas.

† Director Médico del Hospital Ángeles Lomas. Director General del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM). Profesor Titular de la Especialización de Ginecología y Obstetricia, División de Estudios Superiores, UNAM.

Correspondencia:

Dr. Samuel Karchmer K

Correo electrónico: skarchmerk@gmail.com

www.medigraphic.com/actamedica

ASPECTOS HISTÓRICOS

En la antigua ley babilónica, se permitía la subrogación con el fin de evitar divorcios. En el Antiguo Testamento se narra que Abraham y Sarah, al no poder concebir, le piden a su criada Hagar que tenga un hijo para ellos, de modo que Abraham tuvo relaciones sexuales con Hagar y posteriormente ella dio a luz a un niño llamado Ishmael. Dentro de la mitología hindú, Balarama es trasladado del útero de su madre Devaki al útero de Rohini para ocultar su identidad y, de esta manera, evitar ser asesinado por el rey Kamsa.^{2,6}

El primer contrato legal de subrogación tradicional en Estados Unidos fue en el año de 1980, donde se registró la primera compensación monetaria por una subrogación. El primer caso de subrogación gestacional llevado a cabo fue registrado en 1985.

Sin embargo, con todos los avances legales y tecnológicos, también llegan los dilemas éticos, por ejemplo, el caso de Baby M, en 1986, en donde en un contrato de subrogación tradicional, la madre subrogada se negó a ceder sus derechos, por lo cual una Corte tuvo que decidir la tutela del menor. En 1990, la madre subrogada, Anna Johnson, demandó a la pareja contratante por la custodia y la Corte no tuvo más remedio que fallar a favor de la pareja contratante, ya que unos de los aspectos de peso para el fallo fue la definición de la verdadera madre como aquella persona con la intención de crear y educar al menor.⁶

DEFINICIONES

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) establece el término de portadora gestacional como la mujer que gesta a un niño sin una relación genética directa, pero continúa el embarazo para un individuo o pareja, quienes tienen la intención de ser los padres legales del niño. A este mismo término también se le conoce como subrogación gestacional.³

El Código Civil para el estado de Tabasco, dentro de las modificaciones realizadas al Artículo 380, en enero del 2016, estableció dos definiciones de gestación por contrato:

1. Subrogada. Implica que la gestante sea inseminada aportando sus propios óvulos y que, después del parto, entregue el recién nacido a la madre contratante mediante adopción plena.
2. Sustituta. Implica que la gestante sea contratada exclusivamente para portar en su vientre un embrión obtenido por la fecundación de gametos de la pareja o persona contratante.⁷

La pareja contratante o padres futuros son aquellos individuos que establecen un contrato con la portadora gestacional y quienes planean ser los padres legales y sociales. Otro término importante es el de los proveedores de gametos, el cual se refiere al origen del espermatozoides y ovocitos que pueden ser o no ser de los padres contratantes. El proceso de subrogación requiere el uso de fertilización *in vitro* (FIV) y podría requerir también embriones derivados de donación de óvulos y espermatozoides, donación de embriones o embriones concebidos de gametos de uno o ambos padres contratantes.³

Dentro de la subrogación gestacional, pueden existir los arreglos de tipo altruista, en donde a la madre subrogada sólo se le remunera por los gastos relacionados con el embarazo y con el nacimiento sin tratarse de un acuerdo comercial. Existen también los arreglos de subrogación por un precio o acuerdo comercial en algunos países, donde se permite que se contrate a una madre subrogada para que lleve el embarazo a cambio de una contraprestación.³

Los arreglos comerciales son legales en India, Ucrania, Estados Unidos (algunos estados) y algunos países de Medio Oriente. La subrogación de cualquier tipo está prohibida en Alemania, Suecia, Noruega e Italia. A nivel nacional, está permitida la subrogación en el estado de Tabasco y Sinaloa; en ambos casos, sólo para parejas heterosexuales mexicanas.⁷⁻⁹

INDICACIONES

La principal indicación es la ausencia congénita o adquirida de un útero funcional. El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hausler, cuya principal característica es la ausencia congénita del útero, tiene una incidencia de uno por cada 4,000 a 5,000 recién nacidos. La ausencia quirúrgica secundaria al tratamiento para cáncer cérvico-uterino, ruptura uterina o hemorragia obstétrica se presenta en mujeres jóvenes con una función ovárica conservada. Otras indicaciones son: múltiples adherencias inoperables, útero en forma de T, pérdida gestacional recurrente, múltiples intentos fallidos de FIV, etcétera.¹⁰

La subrogación es una opción cuando se presentan patologías que pueden poner en riesgo la vida de la paciente en caso de embarazarse. Peters et al. describieron la experiencia en Holanda a través de 10 años de maternidad subrogada. De los 60 casos acumulados, la indicación por condición materna médica representó el 16.7%,¹⁰ las causas descritas fueron: síndrome de Alport, linfoma de células B en riñón con trasplante renal, insuficiencia cardíaca crónica, falla renal, fibrosis quística con trasplante pulmonar, síndrome hemolítico-urémico con falla renal y lupus eritematoso sistémico con síndrome de antifosfolípidos.¹¹

Otra indicación es la imposibilidad biológica de concebir un hijo como en el caso de parejas homosexuales masculinas u hombres solteros.⁶

¿ALTRUISMO O NEGOCIO?

Existen diversos factores que han promovido la subrogación global. En primer lugar, existen varios países donde, por motivos religiosos o legales, el servicio está prohibido; en segundo lugar, puede que no se disponga de la experiencia o no se cuente con el suministro de gametos o subrogadas. También puede que el servicio no se considere seguro en el país de origen o no se permite el acceso debido al estado marital, edad u orientación sexual de los individuos; no obstante, el factor más importante es el bajo costo en otros países.¹²

Por otro lado, en 2012, se estimó que en India existían aproximadamente 3,000 clínicas en donde se podían realizar acuerdos de subrogación; en este país, los acuerdos comerciales se han convertido en una industria viable debido a la amplia oferta de trabajo a un relativo bajo costo. El problema es que, al comercializar la subrogación, surgen cuestionamientos acerca de la probabilidad de explotación de los derechos humanos.¹³

Estados Unidos es también un destino para subrogación, en especial, para las parejas chinas de alto nivel socioeconómico, que mediante la subrogación comercial pueden evadir la política reproductiva de un solo hijo en su país natal y, al mismo tiempo, obtienen la ciudadanía americana para el recién nacido.¹⁴

SELECCIÓN DE LA SUBROGADA

De acuerdo con las recomendaciones de la ASRM y la Sociedad Europea de Reproducción, la potencial madre subrogada debe tener entre 21 y 45 años y al menos un hijo. Los embarazos previos debieron llegar a término y sin complicaciones. Idealmente no debe tener más de cinco partos previos o tres nacimientos vía cesárea. En caso de estar casada, se requiere el consentimiento informado del cónyuge para realizar dicho procedimiento.^{6,10}

En las entidades federativas mexicanas donde se encuentra legislada la subrogación, se especifica que la contratada debe ser una mujer entre 25 a 35 años de edad, con adecuada salud biopsicosomática, y debe aceptar de manera voluntaria. La gestante deberá acreditar que no ha estado embarazada en los últimos 365 días y no debe padecer de alcoholismo, drogadicción, tabaquismo o alguna toxicomanía.^{7,9}

En la *Tabla 1*, se enlistan los estudios que se recomiendan realizar en la portadora gestacional.¹⁴

Las madres subrogadas tienen derecho a la información completa durante todo el procedimiento, así como los

riesgos que conlleva un embarazo; también se le debe dar atención médica cuando la necesiten. La relación entre la contratada y los padres contratantes debe ser respetuosa; asimismo, se recomienda discutir aspectos como resultados de estudios prenatales, terminación del embarazo y la posibilidad de embarazo múltiple.³

En estudios psicológicos realizados en países donde existe exclusivamente subrogación altruista, así como en países donde se permiten ambas modalidades, las gestantes reportan un aumento en la autoestima y los sentimientos de realización durante el proceso, lo que genera una sensación de autoeficacia. Las investigaciones han mostrado que, a largo plazo, las subrogadas muestran una adecuada estabilidad emocional, así como un ajuste psicosocial; de hecho, sus rangos de autoestima, así como sintomatología depresiva, son iguales a los de la población general.¹⁵

RESULTADOS DE SUBROGACIÓN

La subrogación se emplea aproximadamente en el 2% de los ciclos realizados en Estados Unidos. Se ha observado una mejoría en las tasas de embarazos y nacidos vivos en comparación a otros métodos; la tasa de nacidos vivos por ciclo de subrogación se reporta entre el 34 a 36.6% en varios estudios. Cuando la indicación es por ausencia de

Tabla 1: Estudios a realizar a la portadora gestacional.

| | |
|-------------|---|
| Laboratorio | <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpo VIH-1 y VIH-2 • Anticuerpo VIH grupo 0 • Anticuerpo para hepatitis C • Antígeno de superficie de hepatitis B • Anticuerpo de la proteína para hepatitis B • VDRL • IgG e IGM para citomegalovirus • <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> por PCR • Grupo sanguíneo y Rh • Títulos para varicela y rubeola • Panel toxicológico en orina |
| Gabinete | <ul style="list-style-type: none"> • Mastografía digital (si es mayor de 40 años) • Ultrasonido pélvico y abdominal |
| Otros | <ul style="list-style-type: none"> • Citología cervico-vaginal |

útero el éxito aumenta al 66.7%. También se ha encontrado un aumento en complicaciones en el embarazo como hemorragia postparto y enfermedad hipertensiva en las portadoras gestacionales.^{8,11}

Con datos del sistema de reporte de resultados clínicos (SART), el cual contiene información del 80% de las clínicas de reproducción en Estados Unidos; se realizó un estudio retrospectivo comparando una cohorte de ciclos de FIV en útero subrogado contra ciclos con transferencia de la madre intencionada. Se utilizó donación de óvulos en el 46% de los ciclos de subrogación y en el 11% de los ciclos no subrogados. La tasa de nacidos vivos con embriones autólogos frescos en útero subrogado fue mayor (OR ajustado de 1.43, 95% IC 1.35-1.51), así como con embriones autólogos congelados (OR ajustado 1.31, 95% IC 1.23-1.40); también se presentó mayor tasa de embarazos gemelares en frescos y congelados. La mayor tasa de éxito (59%) de nacidos vivos fue en los casos en que se utilizaron óvulos donados en útero subrogado.¹⁶

En los casos en que se empleó un útero subrogado por factor uterino se obtuvo una mayor tasa de éxito con embriones autólogos frescos (OR 1.58, 95% 1.54-1.83), en comparación con embriones autólogos congelados (OR 1.45, 95% IC 1.24-1.68). El éxito de la transferencia en fresco podría deberse en parte a que en las pacientes de útero subrogado no se presentan niveles suprafisiológicos de estradiol, como es el caso de las pacientes no subrogadas en las que se realiza una estimulación ovárica previa.¹⁷

Woo et al. realizaron un análisis retrospectivo de una cohorte con 124 pacientes comparando los resultados perinatales de aquellos embarazos logrados por FIV para subrogación contra embarazos espontáneos en las mismas mujeres. Fueron 182 pacientes, la mayoría caucásicas y casadas. Se observó que en los embarazos de subrogación se llegaba a una menor edad gestacional (38.8 ± 2.1 semanas vs 39.7 ± 1.4 semanas), mayor tasa de parto pretérmino (10.7 vs 3.1%) y peso bajo al nacer (7.8 vs 2.4%). No hubo diferencia significativa de abortos, ectópicos y óbitos en los embarazos de subrogación en comparación con los espontáneos. La etiología de los efectos adversos en procedimientos de reproducción asistida es multifactorial, alterando la calidad del embrión y la placentación a pesar de las condiciones uterinas adecuadas.¹⁸

En este mismo estudio, se reportó que en los embarazos con técnica de FIV hubo una mayor tasa de diabetes gestacional (6.8 vs 1.2%), placenta previa (4.9 vs 1.2%), hipertensión (6.8 vs 2.81%) y resolución del embarazo vía cesárea (19.0 vs 8.7%). Peters et al. reportaron una incidencia de 20.6% para enfermedades hipertensivas en el embarazo en portadoras gestacionales, la cual es superior a la incidencia global, que es del 10%.^{11,17}

ASPECTOS ÉTICOS

Existen opiniones encontradas sobre la subrogación. En primer lugar, se da la hipótesis que representa una nueva forma de explotación de la mujer, ya que, en muchos casos, pertenecen a una clase social más baja y el prestar ese servicio representa una de las pocas opciones para mantener a sus familias. En segundo lugar, coloca a la subrogación como una forma de libre expresión inherente a la mujer, pues se trata de un sujeto autónomo, libre y capaz de asumir las consecuencias de sus actos.¹⁹

Las subrogada tiene derecho a un consentimiento informado completo, aclarando todos los riesgos del proceso, así como del embarazo; también deben participar en la elección de su obstetra. Debido a que se emplearán técnicas de reproducción asistida, es importante que se entiendan las complicaciones que pueden surgir, tales como un embarazo múltiple.³

Asimismo, se debe de considerar que la falla en respetar los derechos básicos de la subrogada durante el embarazo provoca la degradación de su estado al de un objeto, así como la comparación con un instrumento.¹⁶

De igual manera, hay teorías que sostienen que la subrogación reduce al niño a la de un producto de mercado y, por lo tanto, debe ser perfecto; un punto de vista contrario dice que el niño es el fruto del deseo y de la voluntad de una pareja por querer ser padres. La pareja solicitante o contratante ejerce su derecho a la procreación que es inherente al individuo y, en consecuencia, no puede ser suprimido, y si la pareja decidiera cambiar de opinión al momento del nacimiento, atentaría contra los otros integrantes del acuerdo.²⁰

La principal motivación de los padres contratantes para involucrarse en este proceso tan complejo es el deseo de crear una familia para disfrutar la interacción con sus hijos y poder ser capaces de dar y recibir amor. A diferencia de la adopción, la subrogación se basa en el deseo de tener un vínculo genético con los hijos, además de participar en todo el proceso, incluyendo el nacimiento. Dentro del procedimiento de la subrogación la pareja puede estar sometida a varios factores estresantes que afecten su bienestar, como la posibilidad de ser explotados financieramente por la subrogada, miedo de no recibir al bebé después del nacimiento, así como el estigma social y legal que representan este tipo de acuerdos.¹⁶

CONCLUSIONES

Es importante recalcar que, a pesar de los debates éticos y legales, la subrogación es una técnica de reproducción efectiva, con buenas tasas de éxito, y en algunos casos, la única manera de tener un hijo genéticamente relacionado.

Se debe trabajar en la creación de leyes que permitan un ambiente adecuado para la realización de estos procedimientos para que, de esta manera, se eviten situaciones de explotación y clandestinidad que afecten tanto a la contratante como a los padres contratantes.

Como profesionales de la salud tenemos la obligación de resguardar la seguridad de la paciente, es nuestra responsabilidad realizar prácticas seguras y éticas que no dañen la autonomía o la libertad de alguna de las partes involucradas.

REFERENCIAS

1. Kapfhamer J, Van Voorhis B. Gestational surrogacy: a call for safer practice. *Fertil Steril*. 2016; 106 (2): 270-271.
2. Lasker SP. Surrogacy. *Encyclopedia of global bioethics*. Suiza, Springer International; 2016: 2760-2766.
3. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013; 99 (7): 1838-1841.
4. Christiansen K. Who is the mother? Negotiating identity in an Irish surrogacy case. *Med Health Care Philos*. 2015; 18 (3): 317-327.
5. Greenfield DA. Effects and outcomes of third-party reproduction: parents. *Fertil Steril*. 2015; 104 (3): 520-524.
6. Patel NH, Jadeya YD, Bhadarka HK, Patel MN, Patel NH, Sodagar NR. Insight into different aspects of surrogacy practices. *J Hum Reprod Sci*. 2018; 11 (3): 212-218.
7. Código Civil para el estado de Tabasco. Disponible en: <https://congresotabasco.gob.mx/wp/wp-content/uploads/2019/02/Codigo-Civil-para-el-Estado-de-Tabasco.pdf> [fecha de consulta: 1 de junio de 2019].
8. Sadeghi MR. Surrogacy, an excellent opportunity for women with more threats. *J Reprod Infertil*. 2019; 20 (2): 63.
9. CNDH. Código Familiar del estado de Sinaloa. Disponible en: <https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/DMVLV/LMF/SIN-CF.pdf> [fecha de consulta: 01 de junio de 2019].
10. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pingorb A, Aittomäki K, Romundstad LB et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families- a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2016; 22 (2): 260-276.
11. Peters HE, Schats R, Verhoeven MO, Mijatovic V, De Groot CJM, Sandberg JL et al. Gestational surrogacy: results of 10 years of experience in the Netherlands. *Reprod Biomed Online*. 2018; 37 (6): 725-731.
12. Covington SN, Patrizio P. Gestational Carriers and Surrogacy. In: Sauver MV, ed. *Principles of oocyte and embryo donation*. Londres: Springer-Verlag. 2013: pp. 277-288.
13. Frankford DM, Bennington LK, Ryan JG. Womb outsourcing: commercial surrogacy in India. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015; 40 (5): 284-290.
14. Bromfield NF, Smith K. Global surrogacy exploitation, human rights and international private law: a pragmatic stance and policy recommendations. *Glob Soc Welf*. 2014; 1 (3): 123-135.
15. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2017; 107 (2): e3-e10.
16. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Gestational surrogacy: psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*. 2016; 26 (3): 187-193.
17. Murugappan G, Farland LV, Missmer SA, Correia KF, Anchan RM, Ginsburg ES. Gestational carrier in assisted reproductive technology. *Fertil Steril*. 2018; 109 (3): 420-428.
18. 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): 993-998.
19. Baffone C. La maternidad subrogada: una confrontación entre Italia y México. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. 2013; 137: 441-470.
20. Van Zyl L, Walker R. Surrogacy, compensation, and legal parentage: against the adoption model. *J Bioeth Inq*. 2015; 12 (2): 383-387.