

Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista*

Ibone Olza

Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría.
Profesora Asociada Universidad de Alcalá.
Directora del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal
ibone.olza@uah.es

The Medical Aspects of Gestational Surrogacy from a Holistic, Feminist and Mental Health Perspective

ISSN 1989-7022

RESUMEN: En muchos de los trabajos científicos favorables a la legalización de la llamada “gestación subrogada” se omiten o se minimizan sistemáticamente los riesgos para la salud de madres y bebés que conlleva dicha práctica. La evidencia científica actual demuestra que el embarazo conlleva una transformación definitiva de la mujer y un intercambio biológico entre la embarazada y su bebé que va mucho más allá de los genes. El objetivo de este artículo es visibilizar dichos sesgos y omisiones y describir los riesgos y consecuencias para la salud de la gestación subrogada no sólo a corto plazo, sino también a medio y largo plazo desde una perspectiva holística y de salud mental que tenga en cuenta el contexto socio-económico en que acontecen dichas prácticas. El embarazo y el parto no son una técnica, ni la condición masculina se puede considerar una “esterilidad estructural” cuyo tratamiento sea la gestación subrogada. Las repercusiones de la gestación subrogada para la salud de madres y bebés deben de ser estudiadas desde el modelo bio-psico-social, incluyendo la salud mental a corto, medio y largo plazo de madres, bebés y sus familias.

ABSTRACT: In many of the scientific works favourable to the legalization of the so-called “surrogate pregnancy”, the risks that surrogacy poses for the health of mothers and babies are systematically omitted or minimized. Current scientific evidence shows that pregnancy leads to a definitive transformation of women and a biological exchange between the pregnant woman and her baby that goes far beyond the genes. The objective of this article is to make these biases and omissions visible and to describe the risks and consequences for the health of the surrogate pregnancy not only in the short term, but also in the medium and long term from a holistic and mental health perspective that takes into account the socio-economic context in which these practices occur. Pregnancy and childbirth are not a technique, nor can the masculine condition be considered a “structural sterility” whose treatment is surrogate pregnancy. The repercussions of surrogate pregnancy for the health of mothers and babies should be studied from the bio-psycho-social model, including the short, medium and long-term mental health of mothers, babies and their families.

PALABRAS CLAVE: Gestación subrogada, salud mental, consecuencias, riesgos, modelo bio-psico-social

KEYWORDS: Gestational surrogacy, mental health, consequences, risks, bio-psycho-social model

1. Introducción

En muchos de los debates actuales respecto a la posibilidad de permitir o legalizar la llamada gestación subrogada se omiten los aspectos relacionados con las posibles consecuencias para la salud de madres y bebés. Esta omisión sorprende si tenemos en cuenta que a lo largo de las últimas décadas se ha hecho un esfuerzo considerable desde diferentes ámbitos por concienciar de la importancia que el embarazo tiene tanto para la salud física del bebé como para su salud psíquica. Igualmente se ha avanzado en el conocimiento de los cambios que el embarazo conlleva para la madre, tanto a nivel físico y cerebral como psicológico, y de las posibles consecuencias para su salud mental. Todo ese conocimiento científico se traduce en una serie de recomendaciones que organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Unicef, o en nuestro país el Ministerio de Sanidad y algunas sociedades científicas, llevan años haciendo sobre cómo se debe atender a las embarazadas, parturientas y recién nacidos, y que, sin embargo, los defensores de la subrogación omiten deliberada y sistemáticamente.

La visión que se da en los medios de comunicación de la gestación subrogada oscila entre los relatos idílicos de personas (a menudo famosas) que han sido madres o padres por esa vía y las noticias más sensacionalistas que revelan situaciones complicadas o de

Ibone Olza: “Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista”, en Rosana Triviño Caballero: Cuestiones abiertas sobre la gestación subrogada ILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, nº 28, 1-12

* Este texto se ha realizado dentro del proyecto de investigación, *Filosofía del nacimiento: repensar el origen desde las humanidades médicas* (FILNAC), F12016-77755-R, Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Ministerio de Economía y Competitividad, 2016-19, (AEI/FEDER/UE).



Received: 14/07/2018
Accepted: 24/07/2018

explotación franca de madres, tráfico de bebés y problemas derivados. En los primeros, los relatos de personas que han logrado tener a sus hijos de esta manera aluden siempre a la realización de su deseo de maternidad o paternidad, pero no suelen nombrar los numerosos problemas que la gestación subrogada conlleva. En particular, es llamativo hasta qué punto se invisibilizan los riesgos y las posibles consecuencias de la subrogación a medio y largo plazo para la salud de madres y bebés.

2. Objetivo y metodología

El objetivo de este trabajo es doble. Por un lado, trataré de exponer las posibles consecuencias que la llamada “gestación subrogada” puede tener sobre la salud tanto de las madres gestantes como de los bebés fruto de esos embarazos. Por otro, buscaré visibilizar algunos de los sesgos y omisiones que habitualmente presentan muchos de los trabajos que se pretenden científicos en este tema. Para ello, como formato he decidido analizar el artículo titulado “Subrogación uterina: aspectos médicos” (Rodríguez Díaz, 2018), que abre el número 26 de la revista Dilemata “Vulnerabilidad, Justicia y Salud Global”. En el editorial de dicho número se explica que se dedica un espacio al debate acerca de la gestación subrogada y las implicaciones que esta práctica pueda tener. El debate consta de cuatro artículos, siendo el primero éste, firmado por una médica ginecóloga experta en reproducción asistida, que considero sirve para ilustrar cómo se niegan, ocultan y minimizan los riesgos para la salud de esta práctica. Por contraste, en el resto de los artículos del mismo número, centrados en otros aspectos del debate, se nombran más riesgos y consecuencias negativas para la salud que en el dedicado precisamente a los aspectos médicos.

Califico mi perspectiva de holística y feminista. Holística porque como psiquiatra perinatal intentaré analizar las consecuencias médicas de la subrogación desde todos los ángulos, a corto, medio y largo plazo, incluyendo no sólo la salud física sino también la salud mental y comprendiendo la gestación como un aspecto central de la vida sexual de las mujeres y la maternidad, como bien señala Velázquez en ese mismo número de Dilemata, “una realidad que implica una gran riqueza existencial y afectiva” (Velázquez, 2018). Feminista porque considero que el análisis de esta práctica requiere de una perspectiva de género que tenga en cuenta la coyuntura psicosocial y cultural en la que acontece, se promueve, o se critica una práctica donde las protagonistas son, siempre y solo, mujeres. Por citar un ejemplo, a la hora de pensar en las posibles consecuencias para la salud de la gestación subrogada, es preciso tener presente la dimensión de la medicalización del embarazo y parto y la problemática de la violencia obstétrica a nivel global (reconocida por la OMS).

3. Análisis del lenguaje: términos y conceptos

El punto de partida en este análisis necesariamente pasa por las definiciones y conceptos que se van a manejar en el debate y cuyo uso obviamente no es casual ni carente de carga conceptual. En el artículo analizado, Rodríguez Díaz señala que ha elegido el término “subrogación uterina”, frente a otros como “gestación subrogada”, para “*destacar únicamente el aspecto médico al que se va a hacer referencia en este trabajo*”, dando así a entender que la palabra

“uterina” centra el debate en “lo médico” o, tal vez, que lo médico se centra sólo en lo uterino. A continuación, cita al Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica de la Sociedad Española de Fertilidad para exponer que:

“La gestación por sustitución ha de considerarse un recurso excepcional y solo justificado cuando haya una indicación médica o una ‘situación de esterilidad estructural (una pareja homosexual masculina y hombre sin pareja)’. “El útero subrogado es una técnica de reproducción asistida excepcional” (Rodríguez Díaz, 2018, 2).

Este peculiar uso del lenguaje es habitual en los trabajos que pretendidamente científicos que he revisado sobre el tema. En la mayoría de los artículos médicos se alude a la “gestación subrogada” como una “técnica” más de reproducción asistida (Cui, Li, Adashi y Chen, 2016). Consideran así el embarazo y parto una “técnica” que permite obtener un bebé. Para reforzar que se considera una mera técnica, se describe de hecho como un “tratamiento médico” con sus indicaciones, aunque nunca se nombran las contraindicaciones. Dentro de las indicaciones se menciona incluso la “incapacidad masculina” para gestar y parir:

“La indicación principal para el tratamiento de subrogación es la ausencia congénita o adquirida de un útero que funcione (...). Una indicación adicional es la incapacidad biológica para concebir o tener un hijo, que se aplica a parejas masculinas del mismo sexo u hombres solteros” (Soderstrom-Anttila et al., 2016, 262).

Realmente, ¿se puede defender que sea una indicación de tratamiento la gestación subrogada para hombres porque estos tienen incapacidad biológica para concebir y gestar? ¿Cuál es la patología a tratar? Llevando este argumento al extremo más absurdo, cabe imaginar que los médicos también tendríamos que buscar tratamientos para otras “incapacidades” de los hombres, como la lactancia o la menstruación.

En la misma línea argumental de ver la gestación subrogada como una “técnica”, se promueve el término “portadora gestacional” para referirse a la mujer embarazada y normalizar su uso. Por ejemplo, en otro estudio se dice que el objetivo del trabajo es:

“Comparar los resultados clínicos de los ciclos de fertilización in vitro (FIV) con o sin el uso de portadoras gestacionales” (Murugappan et al., 2018).

4. Maternidad, biología y filiación

En los siguientes puntos del artículo, Rodríguez Díaz sigue el formato habitual de los tratados médicos de patología médica o quirúrgica, consistente en describir la historia de la patología referida, la clasificación de ésta, las indicaciones y opciones terapéuticas y la descripción de los tratamientos. Tras una breve reseña histórica, afirma la autora que: *“las técnicas de reproducción asistida permiten que la maternidad se pueda dividir en tres categorías: la genética, la gestacional y la social”*. Esta visión reduccionista y simplista de la maternidad se refleja en todo el texto, así como en muchos trabajos médicos sobre subrogación.

A continuación, la autora clasifica la subrogación en función de quién sea la mujer que aporta el óvulo y según si el acuerdo es altruista o comercial. Se afirma que, en la gestación subrogada total o completa, la gestante *“no tiene relación genética con el embrión”* y que, por lo tanto, *“la gestante no será madre biológica porque no tiene vínculo genético”*. Es decir, la maternidad

biológica queda reducida al origen genético del gameto, omitiendo por completo todo lo que acontece durante el embarazo y parto, ¡como si esto no fuera biológico!

Es este un aspecto común a muchos de los trabajos que he revisado: la supremacía que se otorga a los genes. Se clasifica la subrogación como total (cuando el óvulo no es de la gestante) o parcial (cuando la gestante también ha aportado el óvulo). Se insiste en que la subrogación ideal es la total, donde los genes no son de la gestante, pero sí del padre intencional. En la subrogación con embriones donados donde ninguno de los padres de intención estará relacionado genéticamente con el bebé. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) afirma que *“sólo la subrogación gestacional es actualmente aceptable”*. Es decir, solo consideran aceptable la gestación subrogada cuando el óvulo no pertenezca a la gestante (Cui, Li, Adashi y Chen, 2017).

Todo ello refleja esta idea o creencia de que, si no hay vínculo genético entre la embarazada y su bebé, tampoco habrá vínculo afectivo. Esta supremacía de los genes o de las semillas sobre la gestación ha sido analizada por autoras como Katz Rothman que lo ven como una clara herencia patriarcal (Katz Rothman, 2014). De ese modo, se omite el conocimiento actual de los mecanismos de epigenética que permiten que el ambiente materno regule la expresión o no de algunos genes fetales, incluso si el óvulo del que viene el bebé no es de la madre que lo gesta (Fischbach y Loike, 2014; Vilella et al., 2015). (En este sentido, resulta sorprendente que en el caso de madres que han logrado el embarazo mediante ovodonación nadie cuestiona que sean madres de los bebés quienes han gestado y, por el contrario, se minimiza la diferencia genética proporcionando de ese modo el total protagonismo de la maternidad al proceso de gestación y la crianza).

Este tipo de aproximaciones sistemáticamente niega, oculta y minimiza la profunda relación biológica (y emocional) que se da entre la embarazada y su bebé. El embarazo es la mayor transformación física y biológica posible en la vida de la mujer. Toda una serie de mecanismos neuroendocrinos va produciéndose a lo largo de la gestación no sólo para permitir el desarrollo armónico del bebé en el útero y preparar su nacimiento, sino también para facilitar el dramático cambio de conducta que significa tener que ocuparse de un recién nacido y su crianza. Las hormonas que cambian la fisiología materna para permitir el crecimiento uterino y el desarrollo del bebé en el mismo son, además, las responsables de estos cambios en el cerebro de la mujer, un campo de investigación de máximo interés en la actualidad y que se engloba dentro del concepto del “cerebro maternal”. Cada embarazo conlleva una transformación del cerebro materno, que es duradera e irreversible (Hoekzema et al., 2017). Conforme avanza la gestación se produce un incremento de la sensibilidad emocional de la gestante, y una transformación psíquica considerable, probablemente consecuencia de los cambios anatómicos y morfológicos a nivel cerebral. Al final de la gestación, las embarazadas son especialmente hábiles para la detección de sutiles cambios emocionales en los demás (Pearson, Lightman y Evans, 2009). Hay, además, células fetales que pasan a la sangre de la madre y se instalan en diversos órganos, entre ellos el cerebro, de por vida, sin que esté clara aún la función que pueden desarrollar (Broestl, Rubin y Dahiya, 2017). Todos estos cambios se consideran no sólo un requisito previo para el correcto desarrollo fetal y neonatal, sino que además son cruciales para la salud fisiológica y mental de la madre.

El desarrollo del bebé por lo tanto no es el resultado único de la expresión de sus genes, sino de la continua interacción con el ambiente uterino que condiciona su crecimiento. Esto resulta

obvio, por ejemplo, en el neurodesarrollo, cuando la madre consume alcohol, que produce el característico y discapacitante síndrome de alcohol fetal, u otros tóxicos, como el tabaco o la cocaína. También el estado anímico materno durante el embarazo puede afectar y condicionar el desarrollo del bebé en el útero. El estrés y la ansiedad de la madre pueden provocar el parto prematuro, complicar el parto o afectar al crecimiento intrauterino, además de tener repercusiones significativas sobre la salud mental infantil (Accortt, Cheadle y Dunkel Schetter, 2015; Szegda, Markenson, Bertone-Johnson y Chasan-Taber, 2014).

A lo largo del embarazo, se produce una vinculación afectiva entre la madre y su bebé. Este vínculo a su vez motiva a la madre a cuidarse y se ha asociado con prácticas de salud positivas durante el embarazo, como la abstinencia del tabaco, el alcohol y las drogas ilegales, la obtención de atención prenatal, una dieta saludable, buenos hábitos de sueño, ejercicio adecuado, uso de cinturones de seguridad y aprendizaje sobre el embarazo y el parto y cuidado infantil (Brandon., Pitts, Denton, Stringer y Evans, 2009). También se ha estudiado la importancia del establecimiento de ese vínculo prenatal para el desarrollo afectivo de los bebés (Roncallo, Sánchez de Miguel y Arranz Freijo, 2015).

Este proceso se puede ver afectado muy seriamente y/o dificultado por otras variables psicológicas, sociales y culturales. Para algunas mujeres el embarazo conlleva una mayor vulnerabilidad psíquica y se estima que aproximadamente una de cada cinco mujeres presentará algún trastorno mental durante el embarazo, que en muchos casos se prolongará en el posparto. El riesgo es mayor si la madre ya tenía antecedentes de ansiedad o depresión previas al embarazo, que incrementan el riesgo de recaída (Howard et al., 2014). Además, el embarazo es un momento de riesgo de recrudecimiento o empeoramiento de situaciones de violencia de género. Por todo ello, los profesionales de la salud mental perinatal insistimos en la necesidad de prevenir, detectar riesgos y situaciones adversas, así como diagnosticar y tratar de manera eficaz estos cuadros, que si no se tratan pueden complicar el embarazo considerablemente y afectar a los autocuidados y al desarrollo fetal.

Toda esta evidencia científica, abrumadora por su peso, se omite en la mayoría de los trabajos médicos favorables a la subrogación. Sin embargo, se insiste en el altruismo de las gestantes y se cita el interés económico como algo minoritario, cuando la realidad es la contraria y los estudios recientes demuestran que la práctica altruista es excepcional.

Esta visión de la embarazada como una mera “portadora gestacional” la critica la ONU en su documento, “Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños” (enero 2018):

“En algunas jurisdicciones se denomina legalmente a una madre de alquiler sin vínculo genético como mera “portadora gestante”. Esta perspectiva parte de la controvertida premisa de que una mujer que gesta y da a luz a un niño no es más madre de lo que lo es alguien que se dedica a cuidar niños. También parte del supuesto de que la madre de alquiler gestante no es nunca madre, pues no tiene vinculación genética con el niño, lo cual se contradice con la práctica de conceder la patria potestad a aspirantes a padres que tampoco tienen vinculación genética” (Consejo Derechos Humanos, 2018, 16).

En un trabajo reciente se explora y compara las vivencias y percepciones de mujeres que han sido madres subrogadas en Estados Unidos e Israel. Las autoras acuñan el término de “collaborative baby making” (“hacer bebés de manera colaborativa”), dándole una vuelta de

tuerca a la gestación subrogada al introducir el término “colaborativo” tan de moda en la economía social (Teman y Berend, 2018). Según ellas hay tres “mitos” en torno a la gestación subrogada: el pensar que las gestantes se vinculan espontáneamente con sus bebés durante el embarazo; el pensar que la gestante es la madre y que es inmoral no reconocerla como tal y el juzgar que la subrogación va contra el orden moral social, cosificando y deshumanizando la reproducción. Según sus datos, en USA e Israel, las gestantes no se ven como madres; no se vinculan con los bebés, pero esperan crear un vínculo afectivo duradero con las mujeres que se quedarán con sus bebés (Teman y Berend, 2018).

En su investigación entrevistan a mujeres que han gestado en ambos países y que expresan que no se sienten madres en absoluto: *“no es mi hijo y por eso no tengo los sentimientos que esperarías”*. Una dice, de la primera vez que vio al bebé que gestó: *“no sentí nada, le cogí y le besé, como hubiera hecho con un sobrino o con el hijo de una vecina”*. Otra decía *“el bebé en mi útero NO es mío. Yo lo cuido, pero cuando nazca se irá con sus padres. No quiero que nadie piense que este es mi bebé”*. Algunas de ellas comparaban la gestación subrogada con ser cuidadoras o niñeras de un bebé. Sin embargo, estas mujeres se vinculan fuertemente con la madre intencional, la que se va a quedar con el bebé tras el parto. Es decir, el vínculo afectivo se desplaza del bebé a la mujer o pareja que se va a hacer cargo del bebé tras el parto. De hecho, muchas describen el “clic” o “flechazo” que sintieron al conocer a la pareja para la que iban a gestar al bebé en los mismos términos de un flechazo amoroso: *“supe en aquel mismo instante que ella era la adecuada”, “es cuestión de química, como la que tienes con tu pareja...”*. Establecen una relación casi fraternal con la madre intencional o con los futuros padres. Durante el embarazo le cuentan cómo se sienten y comparten con ella todos los síntomas del embarazo; se comunican casi a diario para hacerle partícipe. Una de ellas incluso escribía cartas a los padres como si fueran de parte del bebé: *“¡me estoy portando muy bien y no le estoy causando ningún problema a Liz!”*. No se consideran madres de los bebés que gestan, pero quieren ser valoradas y reconocidas como colaboradoras por los futuros padres, tanto durante el embarazo como después. Muchas se sienten traicionadas si no se mantiene el vínculo tras el parto. Varias expresaban su decepción y vacío cuando el contacto estrecho se rompió tras el nacimiento, lo que conlleva un duelo.

Sobre las motivaciones de estas mujeres, añaden que en Israel la subrogación tiene un sentido especial, en el contacto de “guerra de natalidad con Palestina”. Tener un bebé es el tique de entrada para el colectivo judío y perciben la subrogación como una manera de facilitar que se perpetúe una dinastía, una especie de obligación moral en Israel para los judíos. Por su parte, las madres norteamericanas hacen referencia a la caridad, a hacer algo por el mundo, y afirman que los bebés son más deseados en la subrogación, sublimando así la motivación económica (Teman y Berend, 2018).

5. Indicaciones y riesgos de la “técnica”

Siguiendo con el artículo de Rodríguez Díaz, clasifica las “indicaciones” de la gestación subrogada como tratamiento en absolutas, relativas y otras. La descripción incluye imágenes y fotografías de malformaciones uterinas en las que es imposible el embarazo. En la categoría de “otras” Rodríguez Díaz incluye la “esterilidad estructural” mencionada anteriormente: la

incapacidad biológica que impide el embarazo, es decir, pareja homosexual masculina y hombres sin pareja.

Los siguientes puntos del artículo indican cómo se debe realizar el procedimiento. Se habla de cómo elegir a la gestante *“su selección y asesoramiento deben de realizarse de una manera muy rigurosa”*. En esta línea coincide con el énfasis que en muchos artículos se pone en lo importante que es la selección adecuada de la gestante *“para el éxito del tratamiento”*. De acuerdo con las recomendaciones de ESHRE y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), una “portadora gestacional” debe tener entre 21 y 45 años y haber tenido al menos un hijo. Luego, al hablar de las complicaciones, se insiste en que la manera de evitarlas es elegir bien a la gestante. Este énfasis en la selección adecuada de la gestante es común en otros artículos, en los que tampoco se suele decir nada sobre qué requisitos deben cumplir los padres intencionales.

A continuación, el artículo describe el tratamiento de estimulación ovárica para extraer óvulos de la donante, así como la preparación del endometrio de la gestante. La descripción se limita al útero, en ningún momento se nombra la psique o emociones de la mujer, sea donante o gestante. No se mencionan ninguno de los riesgos de dichas prácticas, cuando, especialmente en el caso de la estimulación ovárica, estos riesgos son relativamente frecuentes y pueden ser muy graves¹, especialmente el temido síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) que puede llegar a causar la muerte. El SHO grave ocurre en el 0,5-2% de los ciclos de FIV y el moderado en un 3-6% (El Tokhy, Kopeika y El-Toukhy, 2016).

Por último, se entra a revisar las consecuencias para la salud de las gestantes y los bebés. En relación con esto, Rodríguez Díaz afirma:

“Una gestante subrogada tiene unos riesgos durante el embarazo similar a cualquier otra mujer embarazada, como puede ser aborto, embarazo ectópico u otras complicaciones obstétricas, que se incrementan en el caso de gestaciones múltiples”. “Los resultados obstétricos son similares a otras gestantes, y mejores incluso que los acontecidos tras ciclos de FIV, siendo una alternativa viable para pacientes con una comorbilidad ... Respecto a los resultados perinatales, son similares a los ciclos de FIV y ovodonación”. (Rodríguez Díaz, 2018, 11).

A mi juicio, valdría la pena empezar reconociendo las dificultades y limitaciones de los escasos estudios realizados a este respecto. Los trabajos revisados sobre las consecuencias para la salud de madres y bebés de esta práctica adolecen de una serie de defectos y sesgos recurrentes, entre otras cosas por la dificultad inherente de estudiar a largo plazo las consecuencias en los bebés así gestados o de acceder a las gestantes durante o tras el embarazo. Así, la revisión de Soderstrom-Anttila, por ejemplo, reconoce que:

“No hay muchos datos, los estudios son de baja calidad, hay un sesgo de los estudios. Hay que tener en cuenta que esos datos pueden tener limitaciones, premisas falsas” (Soderstrom-Anttila et al., 2016, 274).

Por otra parte, la afirmación de que una gestante por subrogación está expuesta a los mismos riesgos que cualquier otra embarazada no es cierta, ya que oculta el mayor riesgo mayor que tienen las gestantes por reproducción asistida frente a las que logran el embarazo de manera espontánea con sus propios óvulos. De hecho, ya solo la ovodonación habitual en la gestación subrogada conlleva un mayor riesgo de patologías con riesgo vital como la eclampsia. Además, se omite la medicalización del embarazo y parto que sufren estas madres precisamente por ser de reproducción asistida y que en el caso de la subrogación suele llegar

a niveles extremos. También incrementa los riesgos para la salud de la gestante el hecho de que en subrogación son más frecuentes los embarazos múltiples.

En el estudio de revisión mencionado por Rodríguez Díaz se recogieron datos sobre los resultados obstétricos en madres subrogadas que incluyeron un total de 284 partos. Hubo tres histerectomías relacionadas con el parto (es decir, tres mujeres perdieron su útero durante o tras el parto). Este dato de tres histerectomías significa más de un uno por ciento, cuando las tasas de histerectomías son del uno por mil (van den Akker, Brobbel, Dekkers y Bloemenkamp, 2016; Yucel, Ozdemir, Yucel y Somunkiran, 2006). Sin embargo, los autores, al igual Rodríguez Díaz, no mencionan que esto sea es una tasa altísima, comparan los resultados con los de FIV y concluyen que los riesgos de la subrogación son similares a los de la reproducción asistida (contradiendo la afirmación inicial de que eran similares a embarazos espontáneos y negando los riesgos mayores).

Rodríguez Díaz no entra en las posibles consecuencias para la salud mental, afirma que la mayoría de las gestantes están motivadas y no tienen dificultades para separarse de los bebés, y textualmente defiende que: *"en la mayoría de los casos se crea una familia feliz y cada una de las personas implicadas tendrá una experiencia positiva"* citando a Reilly en 2007. Esta cita hace pensar que semejante afirmación es el resultado de un estudio. Sin embargo, el artículo original es una reflexión, no una investigación y no aporta datos. Y la frase que traduce la autora como un dato es en realidad un deseo escrito en futuro: *"en la mayoría de los casos se creará una familia feliz y todas las personas implicadas tendrán una experiencia positiva"* (Reilly, 2007).

Es altamente probable que la realidad diste mucho de esa situación idílica, aunque sea muy difícil investigarlo dada la dificultad para acceder a las gestantes en países pobres y seguirlas más allá del embarazo. En un estudio realizado en Irán se analizan las experiencias de las gestantes y se encuentra un alto sufrimiento emocional (Ahmari Tehran, Tashi, Mehran, Eskandari y Dadkhah Tehrani, 2014). Igualmente, en un estudio más reciente realizado en la India encuentran altas tasas de depresión en el embarazo en las gestantes (Lamba, Jadvá, Kadam y Golombok, 2018). Recordar además que muchas de las gestantes se encuentran en situación socioeconómica adversa y en contextos de violencia de género, lo que sabemos empeora con el embarazo.

Por otra parte, no se nombran las situaciones donde el bebé muere durante el embarazo y la enorme dificultad que pueden conllevar esos duelos, o las situaciones donde el bebé tiene alguna malformación y los padres intencionales solicitan una interrupción del embarazo con la que la gestante puede no estar de acuerdo. No he encontrado estudios de seguimiento de las gestantes tras el parto donde se analice la morbilidad psíquica.

6. Consecuencias para la salud del bebé

El efecto en la salud del tipo de parto y nacimiento a corto, medio y largo está ampliamente demostrado (Peters et al., 2018). Nacer antes de tiempo, por cesárea o por parto instrumental aumenta el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo. El peso de la evidencia científica que señala la importancia de no separar al recién nacido de su madre en las primeras horas de vida es abrumador, igual que el de los beneficios de la lactancia materna para la salud. El

documento más reciente la OMS recomienda no separar a madres y bebés en la primera hora de vida, no lavar al bebé en como mínimo seis horas, y que madre y bebe estén en la misma habitación como mínimo 24 horas. Tanto Unicef como las asociaciones de pediatría recomiendan amamantar de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y lactancia combinada con otros alimentos durante al menos los dos primeros años de vida. Todo ello viene avalado por la evidencia de que hay una biología compartida en la díada madre-bebé, que se prolonga mucho más allá del embarazo y nacimiento. En resumen, los bebés nacen esperando estar con sus madres y pasar en contacto estrecho con ellas los primeros meses de vida.

La subrogación significa para el bebé una suma de pérdidas: le gesta una madre que intenta no vincularse con él o ella, que puede estar deprimida o en una situación psicosocial adversa; se programa su parto y/o nace antes de tiempo; se le separa de la madre nada más nacer; no es amamantado y en muchos casos no la vuelve a ver ... Todo ello conlleva riesgos aumentados para la salud de ambos, pero esto se minimiza y se esconde. Así, por ejemplo, sobre los riesgos para el bebé nacido de subrogación, Rodríguez Díaz sostiene que *“los recién nacidos no presentan daños con la gestación subrogada.”* Sin embargo, aporta cifras de dos estudios donde se observa que la edad gestacional promedio es de 37,2 semanas (Dar et al., 2015; Soderstrom-Anttila et al., 2016), lo cual es contradictorio con su propia afirmación.

Tras hacer alusión a los trasplantes de útero como técnica según ella prometedor, Rodríguez Díaz concluye que *“la subrogación uterina presenta buenos resultados médicos psicológicos y sociales, aunque puede ocasionar reparos éticos, psicológicos, sociales, económicos religiosos y legales por lo que se precisan estudios científicos más amplios. La SEF [Sociedad Española de Fertilidad] es partidaria de que se pueda realizar.”* (Rodríguez Díaz, 2018,13)

Una vez más se ocultan y minimizan los riesgos, calificando de “reparos” los argumentos más contrarios. Rodríguez Díaz cita únicamente a las sociedades de fertilidad de diversos países que comparten una visión favorable de la subrogación, omitiendo, por ejemplo, al Comité Bioética de España que se posicionó en 2017 solicitando la prohibición internacional de esta práctica².

Por nuestra parte, consideramos que el escenario de la gestación subrogada trastoca casi todas las premisas más o menos habituales del embarazo y parto espontáneo. Se promueve que la gestante no sienta al bebé como suyo, es decir, no se vincule afectivamente con él, al contrario de lo que se considera deseable en la mayoría de los embarazos que se llevan a término. Suelen ser embarazos gemelares o múltiples en un alto porcentaje, según la práctica de “dos por uno” (White, 2017), lo que aumenta riesgos y complicaciones varios. Son partos altamente medicalizados, entre otras cosas para hacer coincidir el nacimiento con la llegada de quien ha encargado la subrogación. Se asume que el bebé será separado de su madre nada más nacer o poco después, y que no será amamantado o lo será brevemente. Especialmente en la subrogación internacional, es previsible anticipar que el bebé no mantendrá apenas relación con la madre que lo gestó.

Todo ello está lejos de ser anecdótico y o superfluo y nos lleva a recordar las consecuencias conocidas que la gestación subrogada conlleva en la salud del bebé. El problema es que muchas de estas consecuencias no se manifiestan tras el parto ni siquiera en los primeros meses de vida. Las secuelas pueden aparecer a lo largo de toda la infancia, en la adolescencia o incluso en la edad adulta o al pretender formar una familia. Desde el punto de vista psiquiátrico, la presencia de alteraciones en el periodo perinatal como las descritas en el caso de la subrogación,

aumenta el riesgo de patologías como los Trastornos del Espectro Autista (TEA), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el síndrome de alcoholo fetal, los trastornos del vínculo, los trastornos del aprendizaje, los trastornos afectivos y otros. Desde el punto de vista de la salud física, las consecuencias a largo plazo de la alteración perinatal abarcan un amplio conjunto de enfermedades de tipo crónico como la obesidad, el asma, las patologías autoinmunes y algunos tipos de cáncer a lo largo de toda la vida (Peters et al., 2018).

7. Conclusión

Los artículos médicos favorables a la gestación subrogada adolecen de sesgos y omisiones recurrentes que minimizan y ocultan el impacto de la subrogación para la salud de madres y bebés. El embarazo y el parto no son una técnica, ni la condición masculina se puede considerar una “esterilidad estructural” cuyo tratamiento sea la gestación subrogada. El vínculo biológico y afectivo que se establece entre las embarazadas y sus bebés no se puede reducir a la presencia o no de una genética compartida. Las repercusiones de la gestación subrogada para la salud de madres y bebés deben de ser estudiadas desde el modelo bio-psico-social, incluyendo la salud mental a corto, medio y largo plazo de madres, bebés y sus familias.

Bibliografía

- Accortt, E. E., Cheadle, A. C. D., y Dunkel Schetter, C. (2015). Prenatal depression and adverse birth outcomes: An updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1306-1337.
- Ahmari Tehran, H., Tashi, S., Mehran, N., Eskandari, N., y Dadkhah Tehrani, T. (2014). Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(7), 471-480.
- Brandon., A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., y Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal y Perinatal Psychology y Health*, 23(4), 201.
- Broestl, L., Rubin, J. B., y Dahiya, S. (2017). Fetal microchimerism in human brain tumors. *Brain Pathology* 28(4):484-494.
- Consejo Derechos Humanos. (2018). *Informe de la relatora especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños*. Asamblea General de Naciones Unidas. A/HRC/37/60.
- Cui, L., Li, L., Adashi, E. Y., y Chen, Z. (2017). Authors' reply re: Surrogacy: A family-building option in search of legitimacy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 124(7), 1125.
- Cui, L., Li, L., Adashi, E. Y., y Chen, Z. (2016). Surrogacy: A family-building option in search of legitimacy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 123(S3), 65-68.
- Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskovtsev, S. I., . . . Librach, C. L. (2015). Assisted reproduction involving gestational surrogacy: An analysis of the medical, psychosocial and legal issues: Experience from a large surrogacy program. *Human Reproduction* 30(2), 345-352.
- El Tokhy, O., Kopeika, J., y El-Toukhy, T. (2016). An update on the prevention of ovarian hyperstimulation syndrome. *Women's Health (London, England)*, 12(5), 496-503.
- Fischbach, R. L., y Loike, J. D. (2014). Maternal-fetal cell transfer in surrogacy: Ties that bind. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 14(5), 35-36.

- Hoekzema, E., Barba-Muller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., Garcia-Garcia, D., . . . Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287-296.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., y Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384(9956), 1775-1788.
- Katz Rothman, B. (2014). The legacy of patriarchy as context for surrogacy: Or why are we quibbling over this? *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 14(5), 36-37.
- Lamba, N., Jadva, V., Kadam, K., y Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 33(4), 646-653.
- Murugappan, G., Farland, L. V., Missmer, S. A., Correia, K. F., Anchan, R. M., y Ginsburg, E. S. (2018). Gestational carrier in assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 5-0282(17).
- Pearson, R. M., Lightman, S. L., y Evans, J. (2009). Emotional sensitivity for motherhood: Late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces. *Hormones and Behavior*, 56(5), 557-563.
- Peters, L. L., Thornton, C., de Jonge, A., Khashan, A., Tracy, M., Downe, S., Feijen-de Jong, E., Dahlen, H. G. (2018). The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth (00)* 1-11.
- Reilly, D. R. (2007). Surrogate pregnancy: A guide for Canadian prenatal health care providers. *Canadian Medical Association Journal*, 176(4), 483-485.
- Rodríguez Díaz, R. N. (2018). Subrogación uterina: Aspectos medicos. *Dilemata. Revista Internacional De Éticas Aplicadas*, 26, 1-14.
- Roncallo, C., Sanchez de Miguel, M., y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos De Psicología*, 8(2), 14-23.
- Soderstrom-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomaki, K., Romundstad, L. B., y Bergh, C. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260-276.
- Szegda, K., Markenson, G., Bertone-Johnson, E. R., y Chasan-Taber, L. (2014). Depression during pregnancy: A risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 27(9), 960-967.
- Teman, E., y Berend, Z. (2018). Surrogate non-motherhood: Israeli and US surrogates speak about kinship and parenthood. *Anthropology y Medicine*, 1-15.
- van den Akker, T., Brobbel, C., Dekkers, O. M., y Bloemenkamp, K. W. M. (2016). Prevalence, indications, risk indicators, and outcomes of emergency peripartum hysterectomy worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 128(6), 1281-1294.
- Velázquez, L. (2018). Algunos aspectos acerca del consentimiento informado en la gestación subrogada. *Dilemata*, (26), 15-25.
- Vilella, F., Moreno-Moya, J. M., Balaguer, N., Grasso, A., Herrero, M., Martínez, S., . . . Simón, C. (2015). Hsa-miR-30d, secreted by the human endometrium, is taken up by the pre-implantation embryo and might modify its transcriptome. *Development (Cambridge, England)*, 142(18), 3210-3221.
- White, P. M. (2017). "One for sorrow, two for joy?": American embryo transfer guideline recommendations, practices, and outcomes for gestational surrogate patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(4), 431-443.
- Yucel, O., Ozdemir, I., Yucel, N., y Somunkiran, A. (2006). Emergency peripartum hysterectomy: A 9-year review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274(2), 84-87.

Notas

1. Puede consultarse el documental *Eggsplotation*, realizado por el Center for Bioethics and Culture, que recoge el testimonio de muchas mujeres jóvenes que donaron sus óvulos: <http://www.eggsploitation.com/story-cb.htm>
2. http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_comite_bioetica_aspectos_eticos_juridicos_maternidad_subrogada.pdf