



Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research

ISSN: 1695-6494

papeles@identidadcolectiva.es

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
España

Morero Beltrán, Anna María

Características de las familias creadas por gestación subrogada en el Estado español

Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research, núm. 2, 2018, Septiembre, p. 199

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
España

DOI: <https://doi.org/10.1387/pceic.18966>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76556984008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS CREADAS POR GESTACIÓN SUBROGADA EN EL ESTADO ESPAÑOL

Characteristics of Spanish families created through surrogacy

Anna María Morero Beltrán*

* Universidad de Barcelona

anna.morero@ub.edu

Resumen

A pesar de la inexistencia de datos cuantitativos sobre gestación subrogada en el Estado español, diversos indicadores apuntan a que esta es una vía cada vez más común para acceder a la maternidad y a la paternidad. Este artículo explora las principales características de las familias españolas creadas a través de gestación subrogada en diversos países del mundo. Para ello se aportarán datos primarios obtenidos de la aplicación de la encuesta EMirrors, que tiene como finalidad profundizar en el conocimiento sobre los procesos de gestación subrogada que personas españolas, tanto en pareja como de forma individual, realizan para crear sus familias. Concretamente, los resultados aquí presentados ofrecen un perfil sociodemográfico de las madres y los padres de intención españoles, pero también muestran las motivaciones que les llevaron a elegir la gestación subrogada, así como las principales características de dichos procesos.

Abstract

Despite the lack of quantitative data available on surrogacy in Spain, a number of indicators point out that it is an increasingly common way to access maternity and paternity today. This paper explores the main characteristics of Spanish families formed through surrogacy in different countries across the world. For this purpose, primary data obtained from the EMirrors survey will be provided. This survey aims to deepen the knowledge about the surrogacy processes undertaken by Spanish individuals to create their families, either with a partner or alone. Specifically, the results presented here offer a sociodemographic profile of the parents, but also show the motivations for choosing surrogacy and the main characteristics of these processes.

Palabras clave

Gestación subrogada
Estado español
Maternidad
Paternidad

Keywords

Surrogacy
Spain
Maternity
Paternity

Morero Beltrán, A. M. (2018). Características de las familias creadas por gestación subrogada en el Estado español. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, vol. 2018/2, papel 199, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), UPV/EHU Press, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.18966>

Recibido: 01/2018; Aceptado: 07/2018



1. INTRODUCCIÓN

El acto heterosexual del coito ya no es necesario para que haya un embarazo. Esto se debe primero a la irrupción de la inseminación artificial (IA) y, desde 1978, a la fecundación *in vitro* (FIV), que sirvió para acabar con los problemas de fertilidad de muchas parejas heterosexuales y dio lugar también a una auténtica revolución: la de crear vida humana en el laboratorio y multiplicar las posibilidades de reproducción de las personas. "Edwards y Steptoe¹ no pasarán a la historia por haber acabado con los problemas de infertilidad y esterilidad de las parejas, sino por crear una forma de reproducción alternativa al encuentro sexual entre una mujer y un hombre." (Comité de Bioética de España, 2017: 17).

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) abrieron por tanto una puerta a nuevas formas de crear familias, y desde entonces no han dejado de evolucionar y complejizar el escenario posible de las maternidades y paternidades. Desde la introducción de la FIV y la aparición de diagnósticos fetales en la década de 1980, las tecnologías médicas han aportado también un grado de control sobre el proceso reproductivo sin precedentes. Los cambios y avances en el plano científico, junto con los cambios acontecidos en las normas sociales del matrimonio y la sexualidad, han permitido a personas con y sin pareja, tanto del mismo sexo como heterosexuales, ejercer gran creatividad en el uso de TRHA para dar paso a nuevas formas de parentesco familiar y biológico en colaboración, por ejemplo, con proveedoras de gametos (Shalev, 1989).

Las TRHA también hicieron posible la gestación subrogada, una práctica que tuvo sus inicios en Estados Unidos durante la década de 1970 y que se realizó por primera vez en un país europeo en 1985 (Ekis, 2013). Es importante destacar que hasta los años 90 la modalidad de gestación subrogada utilizada era la denominada *completa*, ya que la mujer gestante también aportaba su óvulo. De los años 90 en adelante, con la

¹ Robert Geoffrey Edwards fue un fisiólogo británico pionero en la investigación en medicina reproductiva y FIV. A mediados de 1950 comenzó a investigar sobre la posibilidad de extraer un óvulo de una mujer e implantárselo de nuevo tras fecundarlo con espermatozoides en el laboratorio. Junto con el ginecólogo Patrick Steptoe llevó a cabo la primera concepción a través de una fecundación realizada fuera del cuerpo de la madre, lo que llevó al nacimiento del primer bebé creado por FIV, Louise Brown, el 25 de julio de 1978.



popularización de la FIV, la modalidad utilizada es la conocida como *parcial*: el óvulo que se fecunda pertenece a una mujer diferente a la gestante, es decir, proviene de una proveedora o de la madre de intención, si la hay y es posible.

La gestación subrogada también se convirtió en una opción para las personas españolas, que para ello se desplazan a diferentes países del mundo donde pueden desarrollar el proceso de acuerdo con sus valores, sus recursos económicos, pero también en función a su estado civil y preferencia sexual, puesto que no todos los destinos son accesibles por igual para toda la población.

Sin embargo, y a pesar de que la práctica se ha hecho presente en la sociedad española, poco se sabe sobre ella y sobre las personas que la utilizan en términos cuantitativos, característica que es común a este fenómeno global: no existen datos respecto al número de niñas y niños nacidos en el mundo ni tampoco segregados por país de nacimiento (Inhorn y Gürtin, 2011). Las estimaciones existentes en el Estado español surgen, fundamentalmente, de la entidad Son Nuestros Hijos² (SNH) y también de la prensa escrita, donde habitualmente no se citan las fuentes de las que provienen dichos datos.

A pesar de las dificultades para obtener datos numéricos, los expuestos por Escoda (2013) “hacen sospechar que se recurría a la gestación subrogada con frecuencia”, a modo de ejemplo:

“Si observamos los datos del consulado de Los Ángeles, la tasa de natalidad de los españoles que residían en ese territorio durante el año 2008 fue de 50,01 por mil. Esta tasa es cinco veces superior a la de los españoles residentes en España o en otros territorios consulares (9,8 por mil en 2008). La explicación a esta tasa de natalidad desproporcionada, es que el consulado permite el registro de hijos e hijas de parejas heterosexuales no residentes” (Escoda, 2013: 129).

De acuerdo con las estimaciones de SNH, en el Estado español los nacimientos anuales por gestación subrogada son alrededor de un millar. Sin embargo, la ausencia de un registro nacional que permita estimar el número de nacimientos por esta vía³ y la ausencia de registro

² Son Nuestros Hijos es una de las entidades más importantes de madres y padres por gestación subrogada en España y también en Europa.

³ Hay que tener en cuenta que la Ley 14/2006, del 26 de mayo de 2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida (LTRHA), tampoco ha creado el registro de donantes que



específico para este tipo de nacimientos en los países donde se realiza la gestación subrogada, impiden conocer con certeza las verdaderas cifras (Inhorn y Gurtin, 2011). De acuerdo con Raywat Deonandan (2015), la inexistencia de datos fiables sobre el número de gestaciones subrogadas realizadas en el mundo, así como del número de niñas y niños nacidos a través de ella, y sobre las características de estos procesos constituyen una gran dificultad para el desarrollo de políticas relacionadas con la gestación subrogada, ya que no existen datos fiables sobre el alcance, la distribución y quiénes participan del fenómeno.

La falta de datos tiene además otras consecuencias. De acuerdo con Kirsty Horsey et al. "como resultado de la falta de buenos datos, han nacido varios mitos sobre la gestación subrogada, que han informado gran parte del debate público, político, jurídico y social sobre esta y que han de tenerse en cuenta" (2015: 12). A pesar de ello, el interés que ha suscitado la gestación subrogada a lo largo de las últimas décadas es un indicador de que este objeto de estudio se ha construido como un problema social (Jacobson, 2016).

Por todos estos motivos es importante realizar una aproximación cuantitativa que contribuya a informar el debate y la posible regulación del objeto de estudio.

Este artículo pretende ser una contribución al marco teórico generado sobre el Estado español por diversas autoras (Jociles, 2016; Smietana et al., 2014; Smietana, 2016; Marre, San Román y Guerra, 2017, entre otras), y tiene como objetivo explorar cuáles son las principales características de las personas españolas que han recurrido a la gestación subrogada como forma de crear familia, así como describir cuáles son algunas de las características de los procesos que las llevaron a la maternidad y paternidad. Todo esto para contribuir a informar el debate actual sobre el fenómeno en España. Los resultados aquí compartidos son fruto del proyecto de investigación I+D "Maternidad subrogada: transformaciones familiares en la España del siglo XXI" (CSO2014

ya estipulaba la ley desde 1988. De acuerdo con Ester Farnós Amorós (2011), el Gobierno español ha ignorado la obligación de los artículos 21 y 22 de la LTRHA, que estipulan la regulación de los registros de donantes. Es importante resaltar que la ley de 1988 incluyó la obligación para el Gobierno de crear un registro de donantes y una modificación en 2003 ordenó la creación de un registro de actividades. Sin embargo, este registro todavía no existe. De acuerdo con la jurista, partiendo de este punto, parece complicado que pueda llegar a crearse un registro específico para la gestación subrogada.



55556P), que tiene como finalidad profundizar en el conocimiento de la gestación subrogada desarrollada por personas españolas, y que aporta los primeros datos cuantitativos sobre este fenómeno social en el país.

2. UNA APROXIMACIÓN AL MARCO LEGAL EN EL QUE DESARROLLA LA GESTACIÓN SUBROGADA EN EL ESTADO ESPAÑOL

Con el objetivo de entender cuál es el marco en el que se desarrolla la gestación subrogada en el Estado español y de comprender mejor el porqué de la ausencia de datos cuantitativos, es imprescindible hacer referencia a la situación legal de la práctica en el país.

En palabras de Patricia Orejudo: "A finales de los años 80, el Parlamento español adoptó un enfoque anti gestación subrogada que todavía prevalece, al menos en lo que respecta a la subrogación doméstica" (2013: 347), ya que la práctica es alegal. Concretamente, el artículo 10 de la Ley 14/2006 sobre TRHA establece 3 condiciones fundamentales para entender en qué contexto se encuentra la práctica en el Estado español:

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

Por tanto, incluso si no existe una prohibición expresa de la gestación subrogada, el enfoque negativo de la ley es claro. Sin embargo, la gestación subrogada es una práctica posible para las personas españolas "debido al enfoque liberal que las autoridades administrativas han adoptado en relación con el reconocimiento de ciertas relaciones parentales creadas mediante la gestación subrogada en países extranjeros" (Orejudo, 2013: 347). De esta manera, a pesar de que es una práctica sancionada con la nulidad de pleno derecho, la regulación actual sí permite que las personas españolas viajen a otros países para contratar los servicios necesarios para desarrollar una gestación subrogada. La viabilidad para lograr la inscripción de la filiación del



nacido hace que muchas personas sigan optando por esta vía para formar familia (Vilar, 2014).

De hecho, hasta que alrededor del año 2007 las primeras parejas homosexuales españolas empezaron a realizar los procesos de gestación subrogada en Estados Unidos, las parejas heterosexuales obtenían la inscripción del certificado extranjero en el Registro Civil español como si las niñas y los niños hubieran nacido de la madre de intención. Sin embargo, una vez que las personas del mismo sexo recurrieron a la gestación subrogada e intentaron inscribir su descendencia en el Registro, se evidenció que no existía una madre y empezaron las dificultades en la inscripción. Esta desigualdad en cuanto al acceso al registro comportó la denuncia pública de la situación de los hombres homosexuales, y ello implicó que la gestación subrogada se diese a conocer en el Estado español.

De acuerdo con Brunet et al. (2013), la discreción de esta práctica hasta el momento se explica por el hecho de que las parejas heterosexuales pueden retocar la realidad y pretender que son tanto padres legales como biológicos, mientras que las parejas del mismo sexo no.

3. METODOLOGÍA

Los resultados aquí presentados son fruto del análisis de los datos obtenidos a través de la encuesta EMirrors⁴. Se trata de un instrumento válido para recopilar datos, que ha posibilitado trazar un perfil sociodemográfico y captar las principales características de los procesos de gestación subrogada realizados por personas españolas que han formado sus familias a través de esta. Se trata de un diseño propio y también de la primera encuesta sobre gestación subrogada de estas características realizada en el Estado español⁵. La aplicación de la

⁴ Para más información sobre el proyecto, puede visitarse su sitio web: www.ub.edu/copolis_mirrorsproject.

⁵ A nivel internacional, solo se conoce una encuesta similar en Reino Unido, implementada en el año 2015 en el marco del estudio *Surrogacy in the UK: Myth busting and reform*, y realizada por el UK Working Group on Surrogacy Law Reform. Se implementó con el objetivo de demostrar que la ley de gestación subrogada británica necesitaba ser reformada al cumplirse 30 años de su primera regulación. A pesar de que el objetivo era diferente al aquí propuesto, cabe destacar que estaba también dirigida a madres y padres por gestación subrogada. Esta encuesta era también autoadministrada en línea y estuvo disponible desde junio hasta agosto de 2015. La encuesta fue distribuida ampliamente a través de las entidades nacionales, así como a través de grupos independientes de gestación subrogada. Se obtuvieron 432 respuestas, que



encuesta que aquí se presenta obtuvo un total de 208 respuestas, que corresponden a la primera fase de implementación, y se trata de una encuesta autoadministrada en línea.

La encuesta recoge un total de 123 variables y se divide en 4 secciones que plantean de forma cronológica la recogida de datos sobre la totalidad del proceso de gestación subrogada. La primera sección, donde se concentra una gran parte de las variables, tiene como objetivo explorar con detalle el proceso de gestación subrogada realizado por personas españolas. Metodológicamente, se ha considerado el momento inicial aquel en el que las personas encuestadas inician los trámites para realizar una gestación subrogada y finaliza con la vuelta a España una vez que el bebé o los bebés ya han nacido. La segunda sección está compuesta por aquellas variables relativas a la participación de las personas encuestadas en las entidades que trabajan para la defensa y la regulación de la gestación subrogada en el Estado español. La tercera sección reúne aquellas variables vinculadas con las condiciones de vida, y, por último, la cuarta, las de carácter sociodemográfico.

Las personas con hijas e hijos debían contestar la totalidad de la encuesta, mientras que las personas que todavía se encontraban en proceso podían contestar la primera parte de la sección 1 del bloque 1, que concretamente versaba sobre las motivaciones para optar por la gestación subrogada; la totalidad de la sección 3, y, finalmente, la sección 4. Este planteamiento permitió obtener un número mayor de respuestas sobre el perfil sociodemográfico y las condiciones de vida de las personas que iban a ser o eran madres o padres por gestación subrogada en el Estado español. Por otro lado, todos los procesos recogidos en esta investigación implican un intercambio comercial, es decir, las madres y los padres de intención remuneraron a una mujer a cambio de sus servicios gestacionales.

Este artículo mostrará el análisis de aquellas variables más significativas para el objetivo aquí propuesto, que se encuentran en las secciones 1, 3 y 4 de la encuesta.

En cuanto al tipo de muestreo utilizado, se trata de uno no probabilístico tipo bola de nieve. Se utilizó el muestreo exponencial, que consiste en

correspondían a 111 gestantes, 206 madres y padres por gestación subrogada y 112 "otros". Sus autoras la consideran la mayor encuesta realizada en Reino Unido.



que cada persona que contestó la encuesta invitó a participar a dos o más individuos. Cuando este tipo de muestreo no fue posible, se desarrolló uno lineal, mediante el que las personas que contestaban la encuesta la recomendaban a otra persona.

La encuesta se creó utilizando la plataforma en línea Survey Monkey y se difundió principalmente a través de redes sociales. Para su difusión se contó con el apoyo de la asociación SNH y otras asociaciones de diversa naturaleza, que la distribuyeron entre las personas socias de sus entidades y ayudaron en su difusión.

La encuesta en esta primera fase recogió 208 respuestas válidas. De ellas, 92, el 44,2%, corresponden a personas que tienen hijas o hijos por gestación subrogada, mientras que el resto de las respuestas, 116 (55,8%), pertenecen a personas que todavía no los tenían.

Esta encuesta tiene carácter exploratorio, ya que no se disponía de medios para acceder a una muestra aleatoria representativa y tampoco era posible conocer el universo. Los resultados obtenidos no pretenden ser representativos de la totalidad de personas que han accedido a la maternidad y a la paternidad a través de gestación subrogada en el Estado español. No obstante, sí ofrece una importante contribución al fenómeno en el contexto español, especialmente porque se trata de la primera vez que pueden ofrecerse datos cuantitativos sobre la práctica en España.

En lo referido al análisis de los datos y de las variables del cuestionario, se han obtenido las frecuencias y se ha analizado la asociación entre algunas variables tanto categóricas como cuantitativas. En el caso de los análisis que incluían únicamente variables categóricas se ha optado por la prueba de Chi Cuadrado de Pearson (χ^2), mientras que para los análisis entre variables cualitativas y cuantitativas se seleccionó la prueba U de Mann-Whitney cuando la variable cualitativa constaba de dos categorías, y la de H de Kruskal-Wallis para muestras independientes cuando dicha variable tenía más de dos categorías. En el caso de encontrar relaciones estadísticamente significativas en las pruebas aplicadas, se reportó el tamaño del efecto para determinar la intensidad de dicha relación.

El cuestionario estaba compuesto por preguntas no obligatorias y preguntas filtro. Estas últimas eran las únicas que debían contestarse de forma obligatoria para poder avanzar con la encuesta. El hecho de que



las preguntas fueran en su mayoría no obligatorias tuvo como consecuencia una frecuencia de respuesta desigual. Por otro lado, de forma general, el cuestionario estaba compuesto por preguntas multirrespuesta y en ocasiones se dejaron respuestas abiertas, lo que implicó codificarlas *a posteriori*. En el cuestionario hay ítems medidos en escala nominal o cualitativa, como por ejemplo la preferencia sexual, otros en escala ordinal, como el caso de los ingresos, y otros en escala cuantitativa de intervalo y de razón, según el caso, por ejemplo, la edad.

4. RESULTADOS

La importancia de los resultados aquí presentados radica en la posibilidad de aproximarse a la gestación subrogada en el Estado español con base en datos cuantitativos. Conocer el perfil sociodemográfico de las madres y los padres de intención (IP), pero también sus motivaciones para elegir la gestación subrogada y las principales características de sus procesos, es una información necesaria para seguir pensando las TRHA desde las ciencias sociales.

4.1. Definiendo quiénes son las madres y los padres por gestación subrogada en el Estado español

En este apartado se muestran algunos de los principales datos sociodemográficos de las madres y padres de intención por gestación subrogada en el Estado español. En la investigación se han considerado IP todas aquellas personas que ya tenían hijas e hijos y también a todas aquellas personas que estaban en el proceso de tenerlos en el momento de contestar la encuesta.

En lo referente a las características de la muestra aquí analizada, mayoritariamente se identificó con el sexo masculino, 65,1%, mientras que el 34,9% lo hizo con el femenino; 37 personas no especificaron su sexo. Sin embargo, se puede apuntar que las personas que han contestado la encuesta, en su mayoría, se identificaron con el sexo/género masculino. En cuanto a su preferencia sexual, y de acuerdo con las 171 respuestas obtenidas, la distribución entre las categorías *homosexual* y *heterosexual* es bastante equilibrada, aunque es algo mayor el número de personas homosexuales, 50,9%, que de personas heterosexuales, 46,2%.



Las estimaciones realizadas por SNH alrededor de la distribución de los casos con base en la preferencia sexual plantean que, de forma general, la gestación subrogada en el Estado español es desarrollada en su mayoría por parejas heterosexuales (80-85%) y, en un porcentaje significativamente menor, por parejas homosexuales (15-20%). Esta variación respecto a la muestra aquí analizada podría explicarse por la colaboración de SNH en la difusión de la encuesta, ya que a pesar de que en la actualidad es una entidad mixta en cuanto a la preferencia sexual de las personas que la conforman, son los hombres homosexuales los que continúan siendo más visibles en la reivindicación de la gestación subrogada, lo que podría explicar también que hayan respondido en mayor número la encuesta.

Por otro lado, a pesar de que la gestación subrogada es cada vez una forma más común de convertirse en madre o padre, se trata de una práctica que genera cierta incomodidad. Tal y como apunta Teman (2008), a pesar de que los "nuevos modelos familiares" son aceptados socialmente, la gestación subrogada va más allá y desafía algunas de las convenciones culturales occidentales más profundas. Esta práctica cuestiona todo aquello que hasta el momento habíamos asumido como inamovible en lo referido a las familias y la maternidad, dos estructuras fundamentales de la sociedad moderna. Este hecho también puede explicar que las personas heterosexuales opten por visibilizarse menos.

En lo referente a la edad, la mediana del año de nacimiento de la población encuestada se sitúa entre 1977 y 1978. Con base en estos datos se puede constatar que la edad en que iniciaron sus proyectos de maternidad y paternidad es superior a la media española, situada en los 31 años (INE, 2015). No obstante, esta comparación debe tomarse con precaución, puesto que las personas que conforman la muestra, en general, han tenido dificultades para iniciar sus proyectos parentales debido a una infertilidad orgánica (por ejemplo, falta de útero), funcional (donde es necesaria la colaboración reproductiva mediante la provisión de gametos o mujeres gestantes) o sobrevenida (por ejemplo, el caso de una mujer que ha sufrido cáncer y se le desaconseja el embarazo).

La mayoría de personas encuestadas tienen pareja (95%) y el 92,7% conviven con ella, formando así unidades de convivencia tradicionales. En cuanto al estado civil, el 81,2% están casadas. Esto puede explicarse por las preferencias y valores respecto a la pareja y la familia de la



muestra, pero también puede deberse a que en algunos países donde se desarrolla la gestación subrogada el matrimonio constituye un requisito imprescindible para iniciar el proceso, como es, por ejemplo, el caso de Ucrania. También se ha podido constatar a partir del trabajo de campo que muchas personas optan por el matrimonio como medida de seguridad ante cualquier dificultad que pueda surgir en el proceso.

El segundo estado civil con más personas adscritas es el de *soltera/o*, con un 15,7%, seguido por la *unión estable de pareja/pareja de hecho*. El porcentaje menor es para las personas divorciadas, que solo representan el 1,7% de la muestra.

Con relación a esto, la mayoría de las personas, 185, realizaron el proceso de gestación subrogada en pareja (89,8%), mientras que 16, (7,7%) lo hicieron en solitario; solo el 1% de las personas inició el proceso en solitario y lo finalizó en pareja.

Este patrón también se repite, de forma general, en otras formas de parentalidad diferentes a la biológica, ya que, tanto las adopciones como los acogimientos o el uso de las TRHA, las personas continúan desarrollándolas en pareja. Cabe destacar que las adopciones internacionales en el mundo disminuyeron sustancialmente en los últimos años, y este descenso se debe en gran parte a que diversos países iniciaron la promoción de la adopción nacional, pero también al establecimiento de requisitos más estrictos para las personas candidatas, que se han traducido, por ejemplo, en la prohibición para las personas que realizan el proceso en solitario, así como para las parejas homosexuales (Selman, 2012; Scherman et al., 2016).

En el caso de la gestación subrogada es algo diferente pero en muchos de los posibles destinos, a excepción de Estados Unidos, las personas homosexuales o personas sin pareja encuentran dificultades que funcionan de forma disuasoria. También existen destinos como Ucrania, donde la gestación subrogada está prohibida para parejas homosexuales o personas en solitario (Gryshchenko y Pravdyuk, 2016). Por lo tanto, a pesar de la transgresión que puede implicar el uso de las TRHA en la formación de familias, los requisitos para acceder a la gestación subrogada contribuyen a legitimar el modelo biparental heterosexual como modelo ideal.

Solo 16 de los casos, un 7,8%, iniciaron el proceso de gestación subrogada como un proceso de monoparentalidad. De ellos, 5 eran



mujeres y 7 eran hombres; los cinco casos restantes no especificaron su sexo/género. Esta opción no es común ni sencilla, puesto que la mayoría de los países requiere de biparentalidad para acceder a una gestación subrogada. Además, los altos costes de los países donde esta fórmula es posible en la actualidad, EE. UU. y Canadá, son precisamente los más altos y, por tanto, la dificultad de hacer frente a un gasto de estas características todavía puede serlo más para una persona en solitario. 15 de las 16 personas que desarrollaron su proceso de gestación subrogada sin pareja, lo hicieron en EE. UU., mayoritariamente en los estados de California e Illinois, y solo una llevó a cabo su proceso en Tailandia.

Los estudios realizados en las ciencias sociales (Smietana et al., 2014; Smietana, 2016; Kroløkke y Pant, 2012; Dempsey, 2012, entre otros), especialmente en la antropología sobre el parentesco postmoderno, han mostrado la naturaleza creativa del parentesco que las TRHA posibilitan. El uso de la IA, la FIV y la gestación subrogada, especialmente cuando se usan gametos donados, puede cuestionar el imaginario occidental sobre las relaciones familiares y parentales, a la vez que lo transforma (Dempsey, 2013).

Como apunta Susan Golombok (2015), la gestación subrogada ha popularizado la idea de que a través de esta se constituyen "nuevas familias" que transgreden el modelo tradicional biparental heterosexual, pero, en realidad, y de acuerdo con la autora, el concepto *nuevas familias* se utiliza para referirse a todas aquellas formas familiares que, o bien no existían o no eran socialmente visibles hasta la última parte del siglo XX, aunque en realidad no representan un cambio fundamental en las estructuras familiares tradicionales, como es también el caso de las familias creadas a través de la gestación subrogada.

En cuanto al grado de formación, se pidió a las personas informantes que seleccionaran el mayor nivel de estudios completado. La mayoría, 67, un 39%, completó estudios universitarios de grado medio o superior. En 61 de los casos, el 35,5%, completaron estudios universitarios de postgrado. Por tanto, se puede constatar que la muestra analizada tiene un nivel alto de formación, donde predominan las personas con estudios superiores.

Por último, el camino hasta llegar a la gestación subrogada es diverso y en su elección pueden influir varios factores, pero a menudo la opción de tener un hijo es indudablemente facilitada por los recursos



económicos de los futuros padres. De acuerdo con Janice Ciccarelli y Linda Beckman (2005), el estatus socioeconómico de las parejas de intención es significativamente más alto que el de la población general, aspecto que se cumple también en el caso de la muestra aquí analizada. Los ingresos de la unidad familiar de esta población, en general son superiores a los 1500 euros, y la tendencia central que indica la mediana está situada en el intervalo comprendido entre los 2001 y los 3000 euros. La categoría *hasta 1500 euros* presenta una frecuencia muy baja con solo el 3,5% de las respuestas, aunque la categoría con menos frecuencia corresponde al intervalo de ingresos mensuales entre 7500 y 9000 euros, con un 2,9%. La categoría con el intervalo de ingresos más alto, superiores a 10.500 euros mensuales, comprende el 4,1% de las respuestas.

4.2. Motivaciones para recurrir a la gestación subrogada y alternativas utilizadas

Las razones que motivaron la elección de la gestación subrogada son diversas y pueden comprender desde factores de tipo médico, como por ejemplo mujeres nacidas sin útero o problemas de salud graves que contraindican el embarazo, hasta factores de tipo social, es decir, personas sin pareja o parejas del mismo sexo que necesitan de la colaboración reproductiva (Koert y Daniluk, 2016).

Los motivos que llevaron a la muestra aquí analizada a elegir la gestación subrogada como vía para llegar a la maternidad o paternidad por encima de otras opciones son, concretamente, los siguientes: el 29,8% señaló precisamente los problemas de salud como el motivo principal por el que recurrieron a la gestación subrogada. En segundo lugar, con un 26,9% de respuestas, estuvo la respuesta *debido a problemas de fertilidad orgánica*, que conlleva un impedimento orgánico para la concepción natural. Este sería el caso, por ejemplo, de mujeres sin útero. En tercer lugar, con el 21,6% de los casos, se encuentra la denominada *infertilidad funcional*, que no implica la capacidad física de contribuir a un embarazo sino que necesita de la colaboración reproductiva de proveedoras⁶ y proveedores de gametos y/o mujeres

⁶ En esta investigación, cuando los óvulos no provenían de las madres de intención, fueron comprados, igual que en el caso del esperma, lo que implica un intercambio mercantil. He optado por centrarme en el acto de provisión de los gametos y referirme a ellas como *proveedoras de óvulos* y, en ocasiones, como *proveedoras de gametos*. No utilizaré el término *donante de óvulos*, puesto que no describe la realidad.



gestantes. En cuarto lugar, a pesar de que algunas investigaciones señalan que la causa principal para recurrir a la gestación subrogada es el deseo de tener hijas e hijos genéticamente vinculados (Kleinpeter, 2002; Ragone, 1996; Schwartz, 1990, como se cita en Bergman et al., 2010). En el caso que nos ocupa, solo el 6,7% de los casos señaló esta opción como motivo principal. Por último, la opción menos escogida, con solo 8 casos, es el deseo de *formar familia con un bebé recién nacido*. Para finalizar, un 11,1% de las personas señaló la opción otros, aunque en ningún caso especificó a qué se refería.

También se preguntó a las personas informantes si habían intentado otras formas de alcanzar la maternidad y la paternidad antes de recurrir a la gestación subrogada. De acuerdo con Heather Jacobson (2016), la gestación subrogada nunca es la opción preferida como vía de acceso a la maternidad y paternidad, excepto quizás para los hombres homosexuales y las mujeres que ya sabían que no podrían alcanzar el embarazo. En palabras de Jacobson “La gestación subrogada a menudo se encuentra al final de una cara línea de tratamientos de fertilidad que empieza con la prescripción de Clomiphene Citrate para estimular la ovulación, y después continúa con otras medicaciones o cirugías, que variarán en función del tipo de infertilidad” (2016: 23).

Más de la mitad de la muestra, el 55,8%, intentó en primer lugar una alternativa a la gestación subrogada como por ejemplo la adopción, mientras que el 44,2% recurrió directamente a ella. Esta elección puede deberse a las dificultades y restricciones que han sufrido las políticas adoptivas internacionales y también a los largos tiempos de espera tanto en las adopciones nacionales como en las internacionales (Selman, 2012).

Además, en la gestación subrogada los IP acostumbran a tener un control más elevado del proceso, cosa que no pasa en las adopciones, que se caracterizan por la exigencia y la dureza de los procesos de idoneidad y que son muy diferentes a los realizados en los procesos de gestación subrogada, que además acostumbran a ser más laxos. En la adopción, los padres son seleccionados para satisfacer las necesidades de una niña o niño concreto a través de las “evaluaciones, a menudo intrusivas y largas, donde los padres prospectivos son examinados y cuidadosamente considerados por los trabajadores sociales que hacen observaciones (y juicios) sobre ellos” (Scherman et al., 2016: 24). Por tanto, los largos tiempos de espera, los criterios cada vez más



restrictivos a la hora de adoptar y el poco control que los IP tienen sobre el proceso parecen ser factores que orientan su elección hacia la gestación subrogada.

Las tres alternativas a las que estas personas recurrieron de forma más habitual fueron, en primer lugar, la adopción nacional en 69 casos (62,7%); la adopción internacional en segundo lugar, con 62 casos (56,3%), y, en tercer lugar, con 41 casos (37,3%), intentaron tener hijos previamente por sus propios medios utilizando la FIV.

La dificultad para llevar a cabo una adopción, ya sea nacional o internacional, es a menudo señalada como el motivo del incremento de casos de gestación subrogada. De hecho, desde el ámbito de estudio de las adopciones internacionales se vincula el descenso en el número de las adopciones con el incremento en el número de casos de gestación subrogada (Scherman et al., 2016). Si nos fijamos en el caso del Estado español, la evolución del número de adopciones internacionales en el país ha experimentado un sustancial descenso. Durante los años 2004 y 2005 se registró el número más alto de adopciones, con un total de 5541 y 5433 casos respectivamente, pero desde entonces la cifra no ha dejado de descender (Selman, 2012)⁷. De acuerdo con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2015 fueron 799 los niños que llegaron a España tras un proceso de adopción internacional, lo que se traduce en un descenso del 85% en un período de 10 años. No obstante, se trata de un fenómeno mundial. Si comparamos los datos de adopción con otros sobre gestación subrogada, se estima que aproximadamente 20.000 niñas y niños nacen anualmente por esta vía en el mundo. Se trata de un número superior al de adopciones del año 2012 y la expectativa es que siga creciendo (Scherman, et al., 2016).

Además, la aparición de la gestación subrogada en países donde el coste del proceso es sensiblemente menor hace que “esta también pueda ser más rápida (y más económica) que la adopción internacional, con la ventaja añadida de potencialmente conseguir un bebé con algún vínculo genético” (Scherman, et al., 2016: 21).

El acogimiento familiar en cualquiera de sus formas fue la opción menos elegida, igual que lo es fuera de esta muestra. De acuerdo con la

⁷ En 2004, 5.541 adopciones internacionales, 4.472 en 2006; en 2008, 3.156; en 2010, 2.891, en 2012 fueron 1.669 las adopciones internacionales mientras que en 2013 descendieron a 1.191 (Scherman et al., 2016).



Asociación Estatal de Acogimiento Familiar (s.f.), unos 18.000 menores en situación de desamparo viven en centros residenciales y están a la espera de ser acogidos⁸.

Para las dos opciones escogidas mayoritariamente, la adopción nacional y la internacional, se intentó determinar si la preferencia sexual era determinante en la modalidad de adopción escogida, pero no se ha podido establecer una relación estadísticamente significativa que confirme que sea así.

4.3. Países en los que se desarrollaron los procesos de gestación subrogada

Debora Spar (2006) señala que el uso de la gestación subrogada se ha expandido rápidamente, mientras que las normas y las leyes que la regulan han sido lentas en evolucionar. De manera general, los gobiernos de Estados Unidos y de los países europeos han sido reacios a abordar la cuestión y han intervenido a través de prohibiciones o restricciones. Muchos países europeos cuentan también con reglamentaciones restrictivas o prohibitivas para el uso de las técnicas de reproducción asistida, que son instituidas con el objetivo de hacer cumplir la protección contra posibles riesgos o mercados reproductivos como, por ejemplo, la explotación de proveedoras de óvulos y mujeres gestantes o la mercantilización de los niñas y niños nacidos por esta vía (van Beers, 2014, como se cita en Chakravarthi, 2016).

En este sentido, otra de las definiciones clave para los IP en sus procesos de gestación subrogada tiene que ver con la elección del país donde desarrollarán el proceso. El país elegido determina las condiciones en las que se desarrollará la experiencia y definirá temas clave como, por ejemplo, la posibilidad de tener contacto con la mujer gestante que haga posible construir una relación con ella, y que más tarde pueda servir para explicar a sus hijas e hijos su origen. Realizar el proceso en un país como Estados Unidos hace posible construir un imaginario de igualdad con la mujer gestante, donde la gestación subrogada se

⁸ A pesar de que en julio de 2015 se aprobó la Ley de Protección de la Infancia y la Adolescencia que prioriza el acogimiento familiar frente al residencial, de acuerdo con ASEAF, solo el 15% de los 22.000 menores que viven separados de sus familias y son atendidos por los servicios de protección de las administraciones están acogidos en otro núcleo familiar, mientras que el 10% vive en hogares o pisos tutelados y el 75% restante lo hace en centros residenciales, la opción menos recomendable según la nueva ley (Servimedia, 2016).

entiende como una colaboración reproductiva entre partes que se encuentran en igualdad de condiciones (Jacobson, 2016). Este imaginario es más difícil de construir si la gestación subrogada tiene lugar en países como Ucrania o India.

Los países elegidos por los IP que componen la muestra aquí analizada son 8, aunque la frecuencia para cada uno de ellos es desigual. Estados Unidos fue el país elegido por más de la mitad de los IP de esta muestra (55,4%). Es el lugar donde años atrás se inició la gestación subrogada y que ha creado jurisprudencia y mecanismos legales que lo configuran como el destino más protecciónista (Snyder, 2016).

En Estados Unidos no existe una regulación general, dado que cada estado tiene su propia legislación respecto a la gestación subrogada (Lamm, 2013). Por este motivo, las clínicas que ofrecen tratamientos de fertilidad tienden a agruparse geográficamente y configuran así la oferta disponible para los IP españoles. En la muestra aquí analizada, quienes realizaron sus procesos de gestación subrogada en Estados Unidos lo hicieron en California e Illinois (37,5%), Kansas, Florida, Oregón e Idaho en el 5% de los casos, mientras que Colorado y Rhode Island ocupan el tercer lugar, con 2,5% de las respuestas. La elección de las personas españolas tiene una importante base en el boca a boca, debido a la información compartida en foros, blogs y grupos de mensajería instantánea. Como consecuencia, un determinado país, clínica o agencia se populariza y es usada por otros IP. Otro criterio que podría motivar la elección de los IP españoles, tiene que ver con que ciertas clínicas se especializan en trabajar con población extranjera, y por tanto focalizan su mercado fuera de Estados Unidos, así como también se especializan en grupos de población determinados (parejas homosexuales, personas sin pareja, etcétera).

En segundo lugar se encuentra Ucrania con un 37,5% de los casos. Este país empieza a destacar como destino preferido para las parejas españolas heterosexuales. Ucrania ofrece también cierta seguridad en cuanto a la inscripción del bebé y permite a las madres de intención acceder a la maternidad legal a través de un trámite de adopción intrafamiliar (Lysytsia, 2011). La cercanía de Ucrania en comparación con otros países y un coste sustancialmente menor pueden ser factores que lo han convertido en un destino popular. En tercer lugar se encuentra México (8,7%), que fue un destino problemático legislativamente para algunas personas españolas que tuvieron dificultades para poder



obtener el pasaporte de los bebés y abandonar el país⁹. Tailandia (6,5%) e India (5,4%) ocupan el cuarto y quinto lugar respectivamente. India se convirtió en el destino mundialmente más popular entre 2004 y 2012 y también lo fue para personas españolas que buscaban acceder a la gestación subrogada a precios sustancialmente más bajos que los de Estados Unidos (Bailey, 2011; Rudrappa, 2012; SAMA, 2012). En cuanto a Tailandia, la inicial ausencia de legislación convirtió al país en un destino popular a partir de 2011 hasta 2014, cuando tuvo lugar el mediático caso de Baby Gammy¹⁰, que causó la prohibición de la práctica en 2015 (Whitakker, 2015). Por último, en sexto lugar, Canadá y Nepal representan el 2,2% de los casos. En Nepal existió un vacío legal que permitía también, aunque de forma insegura, realizar procesos de gestación subrogada, aunque en la actualidad la gestación subrogada ya no es posible bajo ninguna premisa. Por el contrario, en Canadá la gestación subrogada es legal desde el año 2004 para toda la población sin discriminación, por ejemplo, por motivos de opción sexual o estado civil. A pesar de que en la muestra analizada este destino es poco relevante, es cierto que es un destino cada vez más popular entre las personas españolas. En último lugar se encuentra Rusia, aunque solo supone el 1,1% de los casos. Este es un país poco elegido para las personas españolas puesto que no permite la gestación subrogada para parejas homosexuales y la cercanía con Ucrania hace que Rusia sea un país menos interesante para las personas españolas.

En cuanto a la relación entre el país escogido y la preferencia sexual de los IP, no se puede establecer una relación estadística significativa, a pesar de que sí pueden observarse algunas diferencias. Por ejemplo, en Ucrania no hay ninguna pareja homosexual, aspecto que puede explicarse porque la ley ucraniana lo prohíbe, mientras que Estados Unidos reúne más personas homosexuales que heterosexuales, ya que estas últimas tienen más opciones entre las que elegir para realizar el proceso. También en Canadá, India, México y Tailandia, proporcionalmente más personas homosexuales que heterosexuales realizaron sus procesos de gestación subrogada. No obstante, en estos

⁹ A modo de ejemplo: www.lavanguardia.com/vida/20150214/54427236643/atrapados-mexico-dos-gemelos-vacio-legal.html y www.diariovasco.com/agencias/201702/07/espanoles-reclaman-mexico-entrega-885743.html.

¹⁰ www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/apr/14/baby-gammys-twin-sister-stays-with-western-australian-couple-court-orders.



casos la relación estadística es más difícil de apreciar dada la baja frecuencia de respuesta.

Se preguntó a las personas informantes cuáles fueron las principales razones que motivaron la elección del país donde desarrollaron el proceso de gestación subrogada y, de forma general, esta motivación estaba ligada a las condiciones médicas y la seguridad legal en las que se desarrollaba el proceso. La seguridad de los procesos está directamente relacionada con la regulación de los países, por lo que en aquellos países donde no existe una legislación clara tienden a crearse situaciones de mayor inseguridad para todas las partes implicadas. Otros motivos, como el coste del proceso o las cuestiones éticas, eran opciones de respuesta también disponibles pero no estuvieron entre las más seleccionadas por los IP de la muestra.

4.4. Número de hijas e hijos nacidos por gestación subrogada

En términos cuantitativos, como se ha señalado anteriormente, del total de personas encuestadas, el 44,2%, tiene hijas o hijos fruto de un proceso de gestación subrogada. Concretamente, son 92 personas y tienen un total de 128 hijos.

En lo referido a la distribución del número de hijas e hijos por núcleo familiar, el 64,5% tiene una única hija o hijo, el 32,6% tiene 2, y solo el 3,3% tiene 3. La mayoría de estos nacimientos, 75, pertenecen a un único proceso, mientras que en 12 casos se deben a dos procesos de gestación subrogada diferentes.

El considerable porcentaje de personas con 2 hijos resultado de un único proceso de gestación subrogada puede explicarse debido a la utilización de la FIV. Dependiendo de la legislación o bien en ausencia de esta, el protocolo utilizado por las clínicas habitualmente permite transferir más de un embrión, que puede tener como resultado un embarazo y parto múltiple.

A pesar de que en el cuestionario no se preguntó por el número de embriones transferidos en cada intento, algunas autoras y organizaciones especializadas (Darnovsky y Beeson, 2014; SAMA, 2012) apuntan que es común implantar dos y tres embriones a la mujer gestante con el objetivo de asegurar una tasa de embarazo más alta. Este hecho, como apuntan sociedades científicas como la ESHRE (2015) o la ASRM (2012a; 2016b), puede tener consecuencias para la salud de



las mujeres gestantes y los bebés. Por este motivo, la recomendación es implantar un único embrión en cada transferencia. Sin embargo, no siempre es así y la laxitud o la ausencia de regulación posibilitan que este sea un aspecto que decida exclusivamente la clínica de reproducción asistida en consenso, generalmente, con los IP y, dependiendo del país, también con el consentimiento de la mujer gestante (Darnovsky y Beeson, 2014; SAMA, 2006 y 2012).

En el caso de la muestra aquí analizada, el número de transferencias realizadas, ya fuera con gametos propios o donados, que los llevó a conseguir el embarazo que los hizo madres o padres fue mayoritariamente una. Concretamente, en el 64,1% de los casos solo se necesitó una transferencia. En el 19,6% requirió dos transferencias, el 3,3% necesitó 3, mientras que solo el 1% necesitó 4 transferencias. Por último, el 5,4% necesitó 5 transferencias, con la mediana situada entre el 1 y el 2, muy cercana al 2. Por lo tanto, podría afirmarse que la tasa de éxito de la FIV en la muestra aquí analizada es alta. Esto puede explicarse debido a los factores asociados a la técnica que pueden contribuir a mejorar su tasa de éxito. En primer lugar, el diagnóstico genético preimplantaciona¹¹, que permite, entre otras cosas, seleccionar el embrión de mayor calidad y, por tanto, más viable. En segundo lugar, los gametos utilizados, puesto que si estos provienen de personas proveedoras las tasas de éxito son más altas. Y, en tercer lugar, la mujer gestante, puesto que habitualmente se trata de mujeres que no presentan dificultades para la gestación. Por tanto, la ciencia aplicada a la reproducción permite mejorar considerablemente las tasas de éxito de embarazo y el mercado, sin duda, tiene las herramientas para optimizar este binomio.

En cuanto a la edad media de las niñas y niños nacidos por gestación subrogada, las personas que contestaron a esta pregunta, 78, afirmaron que sus hijas e hijos son, en general, menores de 3 años, puesto que la mayoría nació de 2014 en adelante. Este hecho coincide con el denominado baby boom de la gestación subrogada (Widdance-Twine, 2014) en el Estado español, debido al incremento de la práctica a medida que pasan los años y que tiene su eclosión a partir del año 2012.

¹¹ Se trata de un diagnóstico genético que se realiza a un embrión antes de su implantación en el útero de la mujer que lo gestará. Sirve, entre otras cosas, para descartar una serie considerable de deformaciones cromosómicas.



Este hecho puede explicarse también porque el grupo de población más motivado para contestar la encuesta es aquel que tienen hijas e hijos de menor edad, ya que se encuentran en proceso de reivindicación y visibilización de la gestación subrogada, mientras que las personas con hijos de mayor edad es posible que ya hayan dejado esta fase atrás.

5. REFLEXIONES FINALES

En el Estado español, en el año 2007 la gestación subrogada se hizo socialmente visible. Fue a raíz de la denuncia pública de una pareja homosexual que tuvo problemas para inscribir a sus hijos en el Registro Civil a pesar de usar los mismos cauces y procedimientos que las parejas heterosexuales. Desde entonces, esta no ha dejado de crecer tanto en número de casos como en visibilidad y, como apunta Teman (2010), "la gestación subrogada no solo está ganando impulso, sino que es probable que aumente exponencialmente" (2010: 1).

A pesar de ello, y del creciente debate académico, político y mediático, sigue habiendo muy pocos datos cuantitativos documentados. Precisamente, la escasa existencia de datos primarios sobre los procesos de gestación subrogada desarrollados en España, así como sobre las personas que los llevan a cabo, constituye un punto débil a la hora de hacer un análisis informado y en profundidad sobre la gestación subrogada en el país. Por este motivo, y a pesar del carácter exploratorio de los resultados obtenidos de la aplicación de esta encuesta, estos datos constituyen una aportación innovadora a sumar al ámbito de estudio.

Respecto a los IP españoles, el análisis de los datos ofrece informaciones concretas y significativas. Se trata de una muestra masculinizada con una media de edad situada entre los 39 y 41 años, y que definen su preferencia sexual mayoritariamente como homosexual. Son también un grupo con un alto nivel de formación, el que predominan los estudios superiores. Esto puede explicar el éxito del proceso de incidencia política llevado a cabo por las asociaciones que reivindican la legalidad de la gestación subrogada en el Estado español, ya que sus componentes cuentan con el conocimiento y seguramente una red de contactos que ha podido ayudar a su difusión.

Gran parte de estas personas está casada legalmente y, en más de la mitad de los casos, desarrolló sus procesos de gestación subrogada en



Estados Unidos. De acuerdo con Ragone (1996), los padres y madres intencionales suelen tener un estatus socioeconómico alto, que es necesario puesto que los costes de la gestación subrogada también lo son. En el caso de la muestra aquí analizada también se cumple esta hipótesis. No obstante, con la aparición de destinos diferentes a Estados Unidos, la gestación subrogada se ha puesto al alcance de muchas personas que no podrían desarrollar sus procesos en este país dado su alto coste.

Los procesos de gestación subrogada transnacionales implican a menudo relaciones desiguales entre las mujeres gestantes y los IP, que muy a menudo están en una situación de privilegio respecto a las primeras. Alison Bailey (2011) señala que el coste de un proceso de gestación subrogada, por ejemplo, en India, es sustancialmente más bajo que uno realizado en los países de origen de estos IP, pero incluso en esa circunstancia solo las personas con cierta capacidad económica pueden permitirse realizarlo. Además, de acuerdo con Jennifer Parks (2016), aunque muchas de las parejas que realizan gestación subrogada comercial transnacional no son necesariamente personas de clase alta de acuerdo con los estándares de sus países, son ricos en relación con los ingresos y ahorros de los países a los que tienen acceso. Por lo tanto, no hay duda de que las madres y padres de intención gozan de un nivel de recursos que les permite buscar alternativas reproductivas que otras personas no tienen. Precisamente, esta desigualdad en el estado económico de los IP respecto a las mujeres gestantes da lugar a uno de los temas más controvertidos y siempre presentes en la discusión sobre gestación subrogada: la desigualdad estructural entre estos y las mujeres gestantes y la posible explotación que las mujeres viven en una relación de gestación subrogada.

En este sentido, la elección del país donde desarrollar el proceso es clave y depende de varios factores que van más allá del económico, y que tiene que ver con la posibilidad de ser elegible para determinados destinos, los principales motivos que dificultan el acceso a determinados países tienen que ver con la preferencia sexual y el estado civil.

Por último, cabe mencionar que la gestación subrogada entraña una contradicción, ya que *a priori* "rompe con la idea de familia tradicional, pero a la vez refuerza y privilegia la maternidad y paternidad biológica" (Jacobson, 2016: 7). Es decir, por un lado la gestación subrogada puede



entenderse como una transgresión, ya que esta implica en un proceso tradicionalmente íntimo como es la reproducción, una tercera persona que es la mujer gestante, y en ocasiones también a mujeres y hombres proveedores de gametos. Sin embargo, toda esta colaboración reproductiva que podría suponer una ruptura con los modelos familiares tradicionales donde la biología ocupa un lugar importantísimo, generalmente queda neutralizada por la normalización de la estructura familiar resultante de los procesos de gestación subrogada.

6. BIBLIOGRAFÍA

18.000 menores siguen esperando una familia de acogida (12 de mayo de 2016). *Servimedia*. Recuperado de: www.servimedia.es/Noticias/Detalle.aspx?n=572950&s=23.

American Society for Reproductive Medicine (2012a). *Recommendations for practices utilizing gestational carriers: an ASRM practice committee guideline*. *Fertility and Sterility*, 97(6), 1301-1308.

American Society for Reproductive Medicine (2012b). *Elective single-embryo transfer*. *Fertility and Sterility*, 97(4), 835-842.

Atrapados en México con sus dos gemelos por un vacío legal (12 de febrero de 2015). *La Vanguardia*. Recuperado de: www.lavanguardia.com/vida/20150214/54427236643/atrapados-mexico-dos-gemelos-vacio-legal.html

Asociación Estatal de Acogimiento Familiar (s.f.). Tipos de acogimiento familiar. España. Recuperado de: www.aseaf.org/qu%C3%A9-es-el-acogimiento-familiar/tipos-de-acogimiento-familiar/

Bailey, A. (2011). Reconceiving Surrogacy: Toward a Reproductive Justice Account of Indian Surrogacy. *Hypatia*, 26(4), 715-741. doi: 10.1111/j.1527-2001.2011.01168.x.

Bergman, K. et. al. (2010). Gay Men Who Become Fathers Via Surrogacy: The Transition to Parenthood. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(2), 111-141. doi: 10.1080/15504281003704942.

Brunet, L. et.al. (2013). *A Comparative Study on the Regime of Surrogacy in EU Member States*. Directorate-General for Internal Policies. Bruselas: Policy Department of Citizen's Right and Constitutional Affairs. Recuperado de: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2013/474403/IPOL-JURI_ET\(2013\)474403_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2013/474403/IPOL-JURI_ET(2013)474403_EN.pdf)



Chakravarthi, I. (2016). Regulation of Assisted Reproductive Technologies: Gains and Losses. *Indian Journal of Gender Studies*, 23(1), 133–156.

Ciccarelli, J., y Beckman, L. (2005). Navigating Rough Waters: an Overview of Psychological Aspects of Surrogacy. *Journal of Social Issues*, 61(1), 21-43. doi: 10.1111/j.0022-4537.2005.00392.x.

Comité de Bioética de España (2017). *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada*. Recuperado de: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_comite_bioetica_aspectos_eticos_juridicos_maternidad_subrogada.pdf.

Darnovsky, M., y Beeson, D. (2014). *Report for Thematic Area 5 International Forum of Intercountry Adoption and Global Surrogacy. Working Paper Global Surrogacy Practices*. The Hague: International Institute of Social Studies.

Dempsey, D. (2012). More Like a Donor or More Like a Father? Gay Men's Concepts of Relatedness to Children. *Sexualities*, 15(2), 156-174.

Dempsey, D. (2013). Surrogacy, Gay Male Couples and the Significance of Biogenetic Paternity. *New Genetics and Society*, 32(1), 37-53. doi: 10.1080/14636778.2012.735859.

Deonandan, R. (2015). Recent trends in reproductive tourism and international surrogacy: ethical considerations and challenges for policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 111–119. doi: 10.2147/RMHP.S63862.

Ekis, K. (2013). *Being and Being Bought: Prostitution, Surrogacy and the Split Self*. North Melbourne: Spinifex Press.

Escoda, E. (2013). Spain. En L. Brunet et. al. (Eds.), *A Comparative Study on the Regime of Surrogacy in EU Member States*. Bruselas: Policy Department of Citizen's Right and Constitutional Affairs (pp. 351-367). Recuperado de: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2013/474403/IPOL-JURI_ET\(2013\)474403_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2013/474403/IPOL-JURI_ET(2013)474403_EN.pdf).

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (2015). *Revised Guidelines for Good Practice in IVF Laboratories. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology*. Grimbergen: ESHRE.



Farnós Amorós, E. (2011). Acceso a la reproducción asistida por parejas del mismo sexo en España: estado de la cuestión, propuestas y retos. *Revista de Derecho y Familia*, 49, 153-181.

Golombok, S. (2015). *Modern Families Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gryshchenko, M., y Pravdyuk, A. (2016). Gestational Surrogacy in Ukraine. En E.S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 25-32). Cambridge: Cambridge University Press.

Horsey, K., Smith, N., Norcross, S., y Ghevaert, L. (2015). *Myth Busting and Reform Surrogacy in the UK. Report of the Surrogacy UK Working Group on Surrogacy Law Reform*. Canterbury: Surrogacy UK-Kent Law School-Michelmores-Progress Educational Trust. Recuperado de www.surrogacyuk.org/Downloads/Surrogacy%20in%20the%20UK%20Report%20FINAL.pdf.

Inhorn, M. C., y Gürtin, Z. B. (2011). Cross-border Reproductive Care: a Future Research Agenda. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 665-676. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.08.002.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). *España en cifras*. Madrid: INE Recuperado de www.ine.es/prodyser/esp_a_cifras/2015/files/assets/basic-html/page-1.html#

Jacobson, H. (2016). *Labor of Love: Gestational Surrogacy and the Work of Making Babies*. Nueva Jersey: Rutgers University Press.

Jociles, M. I. (Ed.). (2016). *Revelaciones, filiaciones y biotecnologías. Una etnografía de la comunicación de los orígenes a los hijos e hijas concebidos mediante donación reproductiva*. 1^a ed. Barcelona: Bellaterra.

Lysytsia, S. (2011). 26 Law regulation of ART in Ukraine. *Reproductive Biomedicine Online*, 22, S104. doi: 10.1016/S1472-6483(11)60043-6.

Koert, E., y Daniluk, J. (2016). Psychological and Interpersonal Factors in Gestational Surrogacy. En E.S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 70-77). Cambridge: Cambridge University Press.

Kroløkke, C., y Pant S. (2012). "I only need her uterus": neo-liberal discourses on transnational surrogacy. *NORA. Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 20(4), 233-248. doi: 10.1080/08038740.2012.729535.



Lamm. E. (2013). *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni vientres de alquiler*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Publicacions i Edicions, D.L.

Marre, D., San Román, B., y Guerra, D. (2017). On Reproductive Work in Spain: Transnational Adoption, Egg Donation, Surrogacy. *Medical Anthropology*, 37(2), 158-173. doi: 10.1080/01459740.2017.1361947.

Orejudo, P. (2013). Spain. En K. Trimmings y P. Beaumont (Eds.), *International Surrogacy Arrangements: Legal Regulation at the International Level*. Londres: Hart Publishing.

Parks, J. A. (2016). Gestational Surrogacy and the Feminist Perspective. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 25-32). Cambridge: Cambridge University Press.

Ragone, H. (1996). Chasing the Blood Tie: Surrogate Mothers, Adoptive Mothers and Fathers. *American Ethnologist*, 23(2), 352-365.

Rudrappa, S. (2012). Working India's reproduction assembly line: surrogacy and reproductive rights? *Western Humanities Review*, 66(3), 77-102.

SAMA Resource Group for Women and Health. (2012). *Birthing a market. A study on commercial surrogacy*. Nueva Delhi: SAMA. Recuperado de http://www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/e/e8/Sama_Birthing_A_Market.pdf.

SAMA Resource Group for Women and Health (2010). *Unravelling the Fertility Industry: Challenges and Strategies for Movement Building. Report of International Consultation*. Nueva Delhi: SAMA. Recuperado de <http://www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/c/c5/ARTConsultation2010SAMA.pdf>.

SAMA Resource Group for Women and Health. (2006). *ARTs and women. Assistance in reproduction or subjugation?* Nueva Delhi: SAMA. www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/3/38/Sama_ARTs_and_Women.pdf.

Scherman, R. et. al. (2016). Global Commercial Surrogacy and International Adoption: Parallels and Differences. *Adoption & Fostering*, 40(1), 20-35.

Selman, P. (2012). Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010. *Adoption Advocate*, 44, 1-17.



www.adoptioncouncil.org/images/stories/documents/NCFA_ADOPTION_ADVOCATE_NO44.pdf

Shalev, C. (1989). *Birth power: the case for surrogacy*. New Haven: Yale University Press.

Smietana, M. et. al. (2014). Family Relationships in Gay Father Families with Young Children in Belgium, Spain and the United Kingdom. En T. Freeman et. al (Eds.), *Relatedness in Assisted Reproduction: Families, Origins and Identities* (p.192-211). Cambridge: Cambridge University Press.

Smietana, M. (2016). "Families like we'd always known"? Spanish Gay Fathers' Normalization Narratives in Transnational Surrogacy. En M. Lie y N. Lykke (Eds.), *Assisted Reproduction Across Borders: Feminist Perspectives on Normalizations, Disruptions and Transmissions* (pp. 49-60). Nueva York-Londres: Routledge.

Snyder, S. H. (2016). Reproductive Surrogacy in the United States of America Trajectories and Trends. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 276-286). Cambridge: Cambridge University Press.

Spar, D. (2006). *The baby business: How money, science, and politics drive the commerce of conception*. Cambridge: Harvard Business School Press.

Teman, E. (2008). The Social Construction of Surrogacy Research: an Anthropological Critique of the Psychosocial Scholarship on Surrogate Motherhood. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1104-1112.

Teman, E. (2010). *Birthing a Mother. The Surrogate Body and the Pregnant Self*. California: University California Press.

Vilar, S. (2014). Situación actual de la gestación por sustitución. *Revista de Derecho UNED*, 14, 897-932.

Widdance-Twine, F. (2014). *Outsourcing the Womb. Race, Class, and Gestational Surrogacy in a Global Market*, 2.^a edición. Nueva York: Routledge.

Whittaker A. (2015). *Thai in Vitro: Assisted Reproductive Technologies in Thailand*. Londres: Berghahn Books.