

**Gestación
subrogada
en el Estado
español:**

una investigación
teórico-empírica
desde una
perspectiva
no androcéntrica

Doctoranda: Anna M^a Morero Beltrán

Directora de tesis: Elisabet Almeda Samaranch

**Tesis doctoral
Programa de Doctorado en Sociología**

Universitat de Barcelona
Barcelona, julio de 2017



“Gestación subrogada en el Estado español: una investigación teórico-empírica desde una perspectiva no androcéntrica” de Anna M^a Morero Beltrán está sujeta a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 de *Creative Commons*

Diseño de portada: Eduardo Luzzatti

AGRADECIMIENTOS

Lo mejor de escribir esta tesis ha sido, sin duda, compartirla a ratitos con todas las personas que me han acompañado estos años. Todas ellas me han brindado su amistad, cuidados y generosidad. Hoy, por fin, esta tesis llega a su fin y la puedo celebrar con vosotras.

En primer lugar, esta investigación no hubiera sido posible sin las personas que me prestaron su testimonio en las entrevistas, compartiendo a menudo vivencias muy íntimas. Tampoco hubiera sido posible sin todas las personas que generosamente dedicaron su tiempo a contestar la encuesta. Sin la colaboración de todas ellas, investigaciones como estas no saldrían adelante, así que a todas vosotras, gracias.

En segundo lugar, un agradecimiento muy especial para Elisabet Almeda, mi directora de tesis, quien me animó a hacerla y desde entonces no ha dejado de compartir conmigo su experiencia y conocimientos. Gracias por la confianza. También muchas gracias a mis compañeras de Copolis, especialmente a Clara, Antonia, Màrius, Rosa, Núria y Dino.

También muchas gracias a la *troupe* que me ha echado una mano con la tesis doctoral. A Lalo por la estupenda portada, a Ana, Anna, Cristina y Jaume por la lectura y revisión lingüística de los capítulos. A Anna también, por el apoyo con las transcripciones. Y a Clara, por la ayuda con la interminable bibliografía. Gracias también a Sara, Patricia, Begoña, Clara y Miguel por ponerme en contacto con algunas de las personas entrevistadas en esta tesis doctoral y hacer que la bola de nieve empiece a rodar.

Durante estos años, los espacios de ocio y militancia inevitablemente se han mezclado con el tema de la tesis, y en ellos siempre han estado mis amigas con las que hemos debatido tanto y siempre me han hecho pensar. Gracias a mis *Taradas*: Blanca, Divina, Helena, Júlia, Mireia y Núria, por las eternas conversaciones sobre la maternidad, la familia y la crianza, aunque no solo. Gracias también a mis queridas *Espais*: Cristina, Betlem, Inés, Núria, Ceci, Marta, Sara y Belén que me han animado, empoderado e inundado con noticias sobre el tema, qué suerte teneros a todas cerca.

Compaginar la vida académica con la vida laboral no ha sido fácil en este periodo, y por eso he de dar las gracias infinitas a mis compañeras y amigas de la APFCIB, especialmente a Sílvia, María y Rosa M^a, quiénes tienen un compromiso no solo con la entidad sino con las personas que trabajan en ella, gracias por cuidarme tanto durante estos años.

Y también mil gracias a mis amistades que siempre están ahí. Lluïsa, Ramón, Laura y Marta porque con vosotras cerca nada puede salir mal. Gracias a Montse, que siempre está ahí para contener y empoderar. A Noe, por los cuidados sin fin y las risas. Maria, Dani y Miriam un lujo que ahora estéis en mi vida. Y a Ana, a quien no sabría por donde empezar a agradecerle todos los apoyos y los momentos compartidos.

Y para acabar, el agradecimiento más sentido es para mi familia, para quienes no tendré nunca suficientes palabras para agradecerles todo lo que han hecho por mi en este proceso doctoral y siempre. Y también gracias eternas a Jaume, que me ha acompañado siempre con su buen humor y ha sido un generoso compañero. Gracias por hacer equipo.

RESUMEN

El objetivo principal de esta tesis doctoral es realizar un estudio en profundidad de la gestación subrogada desde una perspectiva de análisis feminista, comparado e internacional para definir el estado de la cuestión respecto a la práctica en el Estado español. Su intersección con instituciones como la familia y la maternidad, pero también con el trabajo y los derechos sexuales y reproductivos hacen de esta práctica el tema complejo que es.

La investigación se basa en la realización de una serie de entrevistas a diferentes actores implicados en el ámbito de la gestación subrogada: personas que se han convertido en madres y padres por esta vía, profesionales del ámbito de la reproducción asistida y profesionales del ámbito mercantil de la gestación subrogada. Se basa también en la observación participante, así como en los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta en línea autoadministrado a una muestra de madres y padres por gestación subrogada. Los resultados obtenidos permiten conocer, en primer lugar, las características de los procesos de gestación subrogada realizados por personas españolas de forma transnacional, así como también posibilitan dibujar un perfil sociodemográfico de estas personas. En segundo lugar, a pesar de la falta de datos fiables, se constata que las familias creadas a través de gestación subrogada conforman ya una realidad familiar en el Estado español. En tercer lugar, se ha podido constatar que el debate social sobre la práctica se encuentra situado en dos extremos radicalmente opuestos: por un lado, la postura defendida por el sector a favor de su regulación, que ve en el deseo de paternidad un derecho. Por otro lado, la postura prohibicionista defendida especialmente por un sector de los feminismos que relaciona la práctica con la explotación del cuerpo de las mujeres y sus capacidades reproductivas. Este polarizado debate y ausente de matices, lejos de contribuir a la construcción de una aproximación compleja sobre la gestación subrogada, ha creado un discurso simplificado que dificulta el correcto abordaje del tema.

Así, esta investigación contribuye al todavía escaso conocimiento sobre el tema en el contexto español, donde en los últimos años la gestación subrogada se ha convertido en un problema social, posicionándose en las agendas políticas de todos los grupos parlamentarios, además de haber suscitado un gran debate político, social y mediático.

ABSTRACT

The main aim of this research was to carry out an in-depth analysis of surrogacy from the perspective of a comparative, international feminist analysis, in order to define the state-of-the-question in Spain. The intersection between surrogacy and institutions such as the family and maternity, as well as work and sexual and reproductive rights, make it a complex topic.

The research was based on interviews of those involved in surrogacy: people who have become parents by this means, assisted reproduction professionals, and commercial surrogacy professionals. It is also based on participant observation and the results of an online self-administered survey to a sample of people who have become parents through surrogacy.

First, the results identify the characteristics of surrogacy processes undertaken transnationally by Spaniards, and reveal a sociodemographic profile of Spaniards who have become or will become parents through surrogacy. Second, despite a lack of reliable data, it was found that families created through surrogacy are already part of the reality of families in Spain. Third, it was illustrated that social debate on the practice is situated at two extremes. On the one hand, the sector that is in favour of regulating surrogacy considers that the desire to become a parent is a right. On the other hand, the prohibitionist stance is supported in particular by a group of feminists who relate the practice with exploitation of women's bodies and their reproductive capacities. Rather than contributing to a complex discourse on surrogacy, this polarised debate and the absence of nuances has created a flat, simplified discourse that makes it difficult to approach the topic correctly.

Therefore, this research contributes to knowledge about the topic in Spain, which is still lacking. In recent years, surrogacy in the country has become a social problem, which has entered the political agendas of all parliamentary groups and has sparked a major political, social and media debate.

ÍNDICE

Introducción

| | |
|---|---|
| Capítulo 1. Presentación, objetivos y estrategia general | 1 |
| 1. Presentación | 1 |
| 2. Justificación y relevancia de la investigación | 3 |
| 3. Objetivos, hipótesis y preguntas de investigación | 5 |
| 4. Estrategia metodológica | 7 |
| 5. Estructura de la tesis doctoral | 8 |

Primera parte: Construcción de un marco teórico sobre la gestación subrogada

Capítulo 2. Conceptualización teórica y temática del objeto de estudio

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 11 |
| 2. Ciencia, mercado y gestación subrogada | 17 |
| 3. Situando el objeto de estudio: qué es la gestación subrogada y sus antecedentes | 17 |
| 3.1. Gestación subrogada, gestación por substitución, vientre de alquiler, maternidad subrogada... a la búsqueda de la terminología adecuada | 18 |
| 3.2. Otras consideraciones lingüísticas respecto al objeto de estudio | 20 |
| 3.3. ¿Qué es la gestación subrogada? Tipologías, implicaciones y escenarios posibles | 22 |
| 3.3.1. El modelo altruista y el modelo comercial | 27 |
| 3.4. Orígenes de la gestación subrogada en el mundo | 29 |
| 3.5. La inexistencia de datos sobre gestación subrogada | 32 |
| 3.5.1. Factores explicativos del incremento casos y visibilidad de la gestación subrogada | 34 |

Capítulo 3. Estado de la cuestión en de la literatura feminista

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 37 |
| 2. Revisión de la literatura sobre el objeto de estudio | 38 |
| 2.1. La producción audiovisual como contribución al estudio de la gestación subrogada | 44 |
| 3. Una aproximación a la gestación subrogada desde los feminismos | 46 |
| 3.1. Feminismo postcolonial en la investigación sobre gestación subrogada | 52 |

Capítulo 4. Debates y enfoques principales: construyendo un marco teórico sobre la gestación subrogada

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 55 |
| 2. Gestación subrogada: maternidad y familia | 56 |
| 2.1. Familia y parentesco | 57 |
| 2.2. La maternidad como una construcción social | 59 |
| 3. La gestación subrogada es un trabajo | 63 |
| 3.1. La gestación subrogada es un trabajo de cuidados | 65 |
| 3.2. Particularidades de la gestación subrogada como trabajo de cuidados | 68 |
| 3.3. La gestación subrogada: un trabajo de cuidados, un trabajo precario | 69 |
| 3.4. Estigma en la gestación subrogada como trabajo de cuidados | 72 |
| 4. Derechos Sexuales y Reproductivos y gestación subrogada | 74 |
| 4.1. El acceso a la gestación subrogada ¿un nuevo derecho reproductivo? | 76 |
| 4.2. Reproducción estratificada y gestación subrogada | 78 |
| 4.3. La medicalización de los procesos de gestación subrogada | 81 |
| 4.3.1. Embarazo múltiple y reducción fetal | 82 |
| 4.3.2. La práctica de cesáreas | 84 |
| 4.3.3. El consentimiento informado | 84 |
| Conclusiones de la primera parte | 87 |

Segunda parte: la gestación subrogada en el estado español desde una perspectiva comparada e internacional

Capítulo 5. Las geografías de la gestación subrogada

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 91 |
| 2. Situando la compleja ausencia y presencia de la regulación de la gestación subrogada en el panorama internacional | 92 |
| 3. El papel de instituciones internacionales en la regulación de la gestación subrogada | 97 |
| 4. Una aproximación a los países donde las personas españolas desarrollan los procesos de gestación subrogada | 100 |
| 4.1. Estados unidos: país pionero y diverso | 100 |
| 4.2. Ucrania: destino emergente para la población española | 103 |
| 4.3. India: de la libre comercialización al altruismo | 105 |
| 4.4. Tailandia: segundo destino <i>lowcost</i> en Asia | 110 |
| 4.5. México: un nuevo ejemplo de cierre de fronteras | 112 |
| 4.6. Canadá: el modelo altruista fuera de Europa | 114 |
| 5. Otros modelos de regulación de gestación subrogada | 116 |
| 5.1. Israel: un caso único en el mundo | 116 |
| 5.2. Reino Unido: el modelo altruista consolidado | 119 |
| 5.3. Ghana: un modelo emergente | 121 |
| 6. ¿Qué hacer con el mosaico de regulaciones? | 123 |

Capítulo 6. El caso español: orígenes, debates y posicionamientos

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 125 |
| 2. Situando la gestación subrogada en el Estado español | 126 |
| 2.1. La (no)regulación de la gestación subrogada en el Estado español | 126 |
| 2.2. La gestación subrogada española en cifras | 129 |
| 2.3. El movimiento asociativo por la gestación subrogada | 130 |
| 2.4. Las voces en contra de la regulación | 133 |
| 2.5. Las voces a favor de la regulación | 134 |
| 3. El debate sobre la gestación subrogada en el Estado español | 136 |
| 3.1. El debate polarizado sobre la gestación subrogada | 136 |
| 3.2. La ILP por la regulación de la gestación subrogada | 138 |
| 3.3. Los posicionamientos de los grupos parlamentarios del Estado español | 143 |
| 4. Un análisis de los argumentos de los actores implicados en el debate sobre gestación subrogada | 146 |
| 4.1. Gestación subrogada: un fenómeno global vs un planteamiento local | 146 |
| 4.2. El modelo altruista para calmar la ansiedad cultural | 147 |
| 4.3. La ley 14/2016, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida y la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo | 148 |
| Conclusiones de la segunda parte | 151 |

Tercera parte: estrategia metodológica

Capítulo 7. El proceso de investigación y la metodología

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 155 |
| 2. Estrategia de intervención: una mirada global al fenómeno | 156 |
| 3. La recogida de datos en la investigación | 157 |
| 3.1. Las técnicas de investigación cualitativa: la entrevista | 157 |
| 3.1.1. Informantes | 159 |
| 3.2. Las técnicas de investigación cualitativa: la observación participante | 164 |
| 3.3. Las técnicas de investigación cuantitativa: la encuesta, un diseño propio | 165 |
| 3.3.1. Muestreo no probabilístico por bola de nieve | 169 |
| 3.3.2. Estrategia de difusión de la encuesta y público alcanzado | 170 |
| 3.3.3. Dificultades encontradas en la aplicación de la encuesta | 171 |

| | |
|---|-----|
| 4. Fuentes de información utilizadas en la investigación | 172 |
| 4.1. La revisión bibliográfica para la construcción del marco teórico y la encuesta | 173 |
| 4.2. Seguimiento de los medios de comunicación | 173 |
| 4.3. Seguimiento de blogs | 173 |
| 4.4. Seguimiento agencias nacionales e internacionales | 174 |
| 4.5. Seguimiento de personas clave | 174 |
| 4.6. Espacios formativos sobre gestación subrogada | 174 |
| 5. Los retos metodológicos que implica una investigación de estas características | 175 |

Cuarta parte: Análisis de los resultados

Capítulo 8. Entrevistas: diversidad de discursos y experiencias de las familias creadas por gestación subrogada

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 177 |
| 2. Perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas | 178 |
| 3. Antes de empezar el proceso de gestación subrogada: aspectos relevantes | 180 |
| 3.1. La gestación subrogada como vía para formar (nuevas) familias | 181 |
| 3.2. Cómo conocen la existencia de la gestación subrogada | 186 |
| 3.3. El destino elegido para la gestación subrogada | 187 |
| 4. Elementos para el análisis durante el proceso de gestación subrogada | 194 |
| 4.1. Los diferentes requisitos de acceso a la gestación subrogada | 194 |
| 4.2. La elección mutua en la gestación subrogada | 195 |
| 4.3. Las mujeres gestantes | 199 |
| 4.4. Las mujeres proveedoras de óvulos | 204 |
| 4.5. El entorno y apoyo a las madres y padres por gestación subrogada | 207 |
| 5. Elementos para el análisis después del proceso de gestación subrogada | 209 |
| 5.1. Visibilizando la gestación subrogada | 209 |
| 5.2. Dificultades encontradas | 210 |
| 5.2.1. Dificultades para abandonar el país donde nacieron sus hijos | 211 |
| 5.2.2. Permisos de maternidad y paternidad | 212 |
| 5.3. La revelación de los orígenes | 213 |
| 5.4. El modelo de gestación subrogada deseado por las madres y padres | 215 |
| 6. A modo de recapitulación | |

Capítulo 9. La encuesta: construyendo una aproximación a la gestación subrogada en España

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 221 |
| 2. Perfil sociodemográfico y condiciones de vida de los IP españoles | 224 |
| 3. Características de los procesos de gestación subrogada | 235 |
| 3.1. Antes de iniciar el proceso | 235 |
| 3.2. El proceso de gestación subrogada | 240 |
| 3.3. Países en los que se desarrolló la gestación subrogada | 241 |
| 4. Las mujeres gestantes | 244 |
| 4.1. Perfil sociodemográfico de las mujeres gestantes | 248 |
| 5. La proveedora de óvulos y el proveedor de esperma | 253 |
| 6. Dificultades encontradas en el proceso de gestación subrogada | 259 |
| 6.1. Entorno y apoyo recibido | 262 |
| 7. Modelo de gestación subrogada deseado | 264 |
| 8. Coste del proceso de gestación subrogada | 266 |

Capítulo 10. Conclusiones

| | |
|---|-----|
| 1. Retomando los objetivos y las preguntas de investigación | 271 |
| 2. Respondiendo a las preguntas de investigación | 272 |
| 3. Contribuciones de la investigación | 278 |
| 4. Posibles limitaciones de la investigación | 280 |
| 5. Recomendaciones de líneas de investigación futura | 282 |

| | |
|---|-----|
| Chapter 10. Conclusions | |
| 1. Returning to the objectives and research questions | 285 |
| 2. Answering the research questions | 286 |
| 3. Contributions of the research | 291 |
| 4. Potential limitations of the research | 293 |
| 5. Recommendations for future research areas | 294 |
| Bibliografía | 299 |
| Anexos | |
| Anexo 1. Tabla resumen argumentos SNH y NSV | 331 |
| Anexo 2. Guiones de entrevistas | 337 |
| Anexo 3. Perfiles personas entrevistadas | 345 |
| Anexo 4. Encuesta | 357 |
| Anexo 5. Tablas | 393 |

ÍNDICE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1. Tiene pareja y régimen de convivencia | 224 |
| Gráfico 2. Sexo/género (encuestada/o) | 225 |
| Gráfico 3. Sexo/ género (pareja) | 225 |
| Gráfico 4. Opción sexual (encuestada/o) | 225 |
| Gráfico 5. Opción sexual (pareja) | 225 |
| Gráfico 6. Edad persona encuestada y pareja | 227 |
| Gráfico 7. Estado Civil (encuestada/o) | 228 |
| Gráfico 8. Estado Civil (pareja) | 228 |
| Gráfico 9. Mayor nivel estudios encuestada/o | 228 |
| Gráfico 10. Mayor nivel estudios pareja | 229 |
| Gráfico 11. Religiosidad encuestada/o | 229 |
| Gráfico 12. Distribución por religión encuestada/o | 229 |
| Gráfico 13. Religiosidad pareja | 230 |
| Gráfico 14. Distribución por religión pareja | 230 |
| Gráfico 15. Situación profesional encuestada/o | 231 |
| Gráfico 16. Situación profesional pareja | 232 |
| Gráfico 17. Régimen de tenencia del hogar en que reside | 234 |
| Gráfico 18. Edad media mujeres gestantes | 250 |
| Gráfico 19. Tiempo transcurrido entre el nacimiento y salida país | 261 |
| Gráfico 20. Países en los que el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la salida es superior a 12 semanas | 262 |

ÍNDICE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Denominación propuesta para diversos idiomas | 20 |
| Tabla 2. Posibles combinaciones de gametos y TRA según IP y aportación genética | 24 |
| Tabla 3. Etapas en la creación de embriones y su implantación | 26 |
| Tabla 4. Países donde la ley prohíbe la gestación subrogada en cualquiera de sus formas | 93 |
| Tabla 5. Países que permiten alguna forma de gestación subrogada | 94 |
| Tabla 6. Principales destinos IP españolas que realizan gestación subrogada | 100 |
| Tabla 7. Síntesis de las reacciones a la PNL de Ciudadanos | 143 |
| Tabla 8. Perfil sociodemográfico y principales características proceso gestación subrogada | 160 |
| Tabla 9. Ingresos mensuales netos totales del hogar | 233 |
| Tabla 10. Motivos que llevaron a elegir la gestación subrogada | 237 |
| Tabla 11. Alternativas a la gestación subrogada utilizadas | 238 |
| Tabla 12. Ideal de familia | 239 |
| Tabla 13. Número de hijas/os por núcleo familiar | 240 |
| Tabla 14. Motivos principales que llevaron a seleccionar el país | 243 |
| Tabla 15. Vía por la que conocieron a la mujer gestante | 244 |
| Tabla 16. Principales criterios para la selección de la mujer gestante | 245 |
| Tabla 17. Frecuencia de contacto durante el proceso de gestación subrogada | 247 |
| Tabla 18. Frecuencia de contacto una vez finalizado el proceso de gestación subrogada | 247 |
| Tabla 19. Número de hijas/os de la mujer gestante | 250 |
| Tabla 20. Número de veces que había sido gestante anteriormente | 251 |
| Tabla 21. Origen étnico de la mujer gestante | 251 |
| Tabla 22. Nivel de estudios de la mujer gestante | 252 |
| Tabla 23. Situación de laboral de la mujer gestante | 253 |
| Tabla 24. Origen de los óvulos utilizados | 254 |
| Tabla 25. Principales criterios para la selección de la proveedora de óvulos | 255 |
| Tabla 26. Etnia de la proveedora de óvulos | 257 |
| Tabla 27. Procedencia del proveedor de esperma | 258 |
| Tabla 28. Transferencias realizados para conseguir embarazo y nacimiento hija/o | 258 |
| Tabla 29. Resolución judicial que estableció la filiación | 259 |
| Tabla 30. Nacionalidad de los bebés | 260 |
| Tabla 31. Licencia por maternidad | 260 |
| Tabla 32. Otras licencias disfrutadas | 261 |
| Tabla 33. Núcleos con los que compartió su proceso de gestación subrogada | 263 |
| Tabla 34. Apoyos fundamentales en el proceso de gestación subrogada | 264 |
| Tabla 35. Modelo de gestación subrogada deseado | 265 |
| Tabla 36. Fuentes de financiación utilizadas | 269 |
| Tabla 37. Tiene pareja en la actualidad y régimen de convivencia | 390 |
| Tabla 38. Opción sexual encuestada/o | 390 |
| Tabla 39. Opción sexual pareja | 390 |
| Tabla 40. Estado civil encuestada/o | 396 |
| Tabla 41. Estado civil pareja | 396 |
| Tabla 42. Mayor nivel estudios alcanzado encuestada/o | 396 |
| Tabla 43. Mayor nivel estudios alcanzado pareja | 397 |
| Tabla 44. Religiosidad encuestada/o | 397 |
| Tabla 45. Distribución religión encuestada/o | 397 |
| Tabla 46. Religiosidad pareja | 398 |
| Tabla 47. Distribución religión pareja | 398 |
| Tabla 48. Situación laboral encuestada/o | 398 |
| Tabla 49. Situación laboral pareja | 399 |
| Tabla 50. Situación profesional encuestada/o | 399 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 51. Situación profesional pareja | 399 |
| Tabla 52. Categoría socio-profesional encuestada/o | 400 |
| Tabla 53. Categoría socio-profesional pareja | 400 |
| Tabla 54. Ingresos mensuales netos por empleo y principal y mediana encuestada/o | 401 |
| Tabla 55. Ingresos mensuales netos por empleo y principal y mediana pareja | 401 |
| Tabla 56. Estado civil en que inició el proceso de gestación subrogada | 402 |
| Tabla 57. Utilizaron alternativas a la gestación subrogada | 402 |
| Tabla 58. Distribución de las personas que tienen hijas/os por gestación subrogada | 402 |
| Tabla 59. Año nacimiento de las hijas/os nacidos por gestación subrogada | 403 |
| Tabla 60. Transferencias realizadas | 403 |
| Tabla 61. Países donde se ha realizado la gestación subrogada | 404 |
| Tabla 62. IP conocieron a la mujer gestante | 404 |
| Tabla 63. Selección de la mujer gestante | 404 |
| Tabla 64. Relación IP con mujer gestante durante el proceso | 404 |
| Tabla 65. Contacto una vez finalizado el proceso | 405 |
| Tabla 66. Repetiría proceso con la misma mujer gestante | 405 |
| Tabla 67. Convivencia con pareja de la mujer gestante | 405 |
| Tabla 68. Primera gestación subrogada para la mujer gestante | 400 |
| Tabla 69. Categoría socio-profesional mujer gestante | 406 |
| Tabla 70. Donante probada | 406 |
| Tabla 71. Selección de la proveedora de óvulos | 406 |
| Tabla 72. Mantuvieron contacto con la proveedora de óvulos | 407 |
| Tabla 73. Principales criterios para selección proveedor esperma | 407 |
| Tabla 74. Tipo de dificultades encontradas | 407 |
| Tabla 75. Dificultades para abandonar el país | 408 |
| Tabla 76. Participación en entidades | 408 |
| Tabla 77. Participación en SNH | 408 |
| Tabla 78. Participan en Asociación por la Gestación Subrogada en España | 408 |
| Tabla 79. Importe gastado | 409 |

ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|--------------|---|
| ASEAF | Asociación Estatal de Acogimiento Familiar |
| ASRM | <i>American Society for Reproductive Medicine</i> |
| CEDAW | Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CIPD | Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo |
| DGP | Diagnóstico Genético Preimplantacional |
| DGRN | Dirección General de los Registros y del Notariado |
| ESHRE | <i>European Society of Human Reproduction and Embriology</i> |
| FIV | Fecundación <i>in vitro</i> |
| IA | Inseminación artificial |
| ICSI | Inyección intracitoplásmica de espermatozoides |
| IP | <i>Intended Parents</i> - Madres y padres de intención |
| FIGO | <i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i> |
| LTRHA | Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas reproducción humana asistida |
| LSSyR | Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo |
| NELFA | <i>Network of European LGBTIQ Families Association</i> |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| RDGRN | Resolución de la Dirección General de los Registros y del Notariado |
| SEF | Sociedad Española de Fertilidad |
| SNH | Son Nuestros Hijos |
| TRA | Técnicas de reproducción asistida |

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1. Presentación, objetivos y estrategia general

1. Presentación

Desde el nacimiento de Louise Brown en 1978, las técnicas de reproducción humana asistida diseñadas para crear vida no han dejado de proliferar. En este contexto irrumpe la gestación subrogada que, a pesar de ser menos utilizada que otras formas de reproducción asistida como, por ejemplo, la inseminación artificial (en adelante IA), el uso de gametos donados o la propia fecundación *in vitro* (en adelante FIV), destaca por ser la forma más controvertida de todas ellas.

La gestación subrogada implica que una mujer conciba y dé a luz a un bebé con la intención de entregarlo a otra persona. De esta manera, la mujer que gesta se encuentra embarazada sabiendo desde el inicio del proceso que el bebé que nacerá no formará parte de su familia biológica. Esta práctica, que se viene desarrollando desde los años 80 del pasado siglo XX, todavía hoy sigue creando controversia. Esto se debe, entre otros motivos, a su impacto en la institución familiar, la maternidad y el parentesco, pero también por su intersección con el concepto de trabajo y los derechos sexuales y reproductivos, entre otros aspectos. Además, la gestación subrogada es aún más controvertida cuando se expande y atraviesa fronteras, convirtiéndose en un fenómeno transnacional que implica una transacción financiera entre mujeres del Sur Global¹ y madres y padres de intención del Norte Global. Esto ha comportado el desarrollo de la práctica en escenarios dispares en una infinidad de formas: altruista, comercial, tradicional, gestacional, etc.

Este complejo fenómeno global se ha convertido también en una opción para las personas españolas que, cada vez de forma más habitual, recurren a la gestación subrogada como vía para tener descendencia con vinculación genética. Para ello, se desplazan a diferentes países del mundo donde pueden desarrollar el proceso en base

¹ Al usar los términos "el Norte Global" y "el Sur Global", siguiendo a Chandra Talpade Mohanty, la intención es "hacer una distinción metafórica más que geográfica entre el Norte opulento y privilegiado con una vía de capital transnacional y la marginación económica y social del Sur" (Mohanty, 2003, p.505). Soy consciente de que esta terminología es problemática, ya que se basa en el binarismo y no representa la complejidad de las relaciones globales existentes.

a sus preferencias y sus recursos económicos. A pesar de que la práctica es cada vez más habitual en la sociedad española, poco se sabe sobre ella.

Por este motivo, esta tesis doctoral tiene como objetivo principal realizar un análisis de la gestación subrogada en el Estado español desde una perspectiva de análisis feminista, comparado e internacional. La investigación pretende contribuir al conocimiento sobre este tema, que en el último período se ha convertido en un problema social que se ha posicionado en las agendas políticas de todos los grupos parlamentarios, además de haber suscitado un gran debate social y mediático.

La perspectiva de análisis feminista se hace imprescindible, puesto que la gestación subrogada involucra temas de suma importancia para los estudios de género, como son, por ejemplo, el cuerpo, la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres. Esta práctica también plantea un cuestionamiento a todo aquello asumido como natural en el ámbito de la familia y la reproducción y, habitualmente, es percibida como una comercialización del embarazo. Aunque, al tratarse de una práctica cuya finalidad es la de formar familias, es también una praxis aceptada.

En este trabajo desarrollo la perspectiva feminista de análisis siguiendo la línea planteada por Margrit Eichler (1997): como una perspectiva que comporta el compromiso de mejorar la condición de las mujeres. Es decir, no se trata solo de que la gestación subrogada sea un tema en el que las mujeres tienen un amplio protagonismo, sino que a través de esta investigación pretendo ofrecer una modesta aproximación que pueda contribuir a mejorar el lugar de las mujeres en el desarrollo de esta práctica ya que, de acuerdo con la autora, no es posible llevar a cabo una investigación feminista que no se interese en mejorar la condición de las mujeres. En el contexto actual global de la gestación subrogada es necesario plantear intervenciones que reconozcan el imprescindible papel que las mujeres tienen en los procesos de estas características.

La perspectiva comparada e internacional tiene su justificación en que la gestación subrogada es un fenómeno global. Personas de todo el mundo cruzan fronteras en busca de la posibilidad de convertirse en madres o padres. La globalización ha permitido su expansión, pero también la réplica del modelo comercial original, que se desarrolló en Estados Unidos alrededor de los años 70. La gestación subrogada llegó a países del Sur Global donde las estructuras patriarcales son robustas, el nivel de pobreza de las mujeres es elevado y donde la ausencia de regulación deja en manos de empresas y clínicas privadas la gestión absoluta de estos procesos. Por todos estos motivos y para poder comprender de forma adecuada la gestación subrogada, se hace imprescindible una mirada global al fenómeno y una aproximación desde una perspectiva comparada e internacional.

En el caso del Estado español no es hasta aproximadamente el año 2007 que este fenómeno gana visibilidad y desde entonces no ha dejado de estar presente y crecer.

En la actualidad, las madres y padres por gestación subrogada cuentan con sus propias organizaciones, han nacido niñas y niños que ya tienen edad para conocer cuál es su origen y que obligan a sus progenitores a inventar nuevas narrativas para explicar sus orígenes. En el ámbito político, tal y como mostraré, los grupos parlamentarios están cada vez más presionados para dar una respuesta: legalizar o prohibir definitivamente la gestación subrogada. Mientras tanto, algunas administraciones públicas ya han dado pasos hacia su normalización, como el Instituto de la Seguridad Social, que ya ha otorgado los primeros permisos de maternidad y paternidad, a pesar de que la gestación subrogada no está reconocida en nuestro ordenamiento jurídico.

Por todos estos motivos es importante realizar un análisis que permita conocer el estado real de la gestación subrogada en el país, y también delimitar las particularidades de estos procesos desarrollados por personas españolas de forma transnacional.

2. Justificación y relevancia de la investigación

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). A pesar de ello y, de acuerdo con algunas autoras se trata de un fenómeno que afecta a un número pequeño de personas en el mundo en comparación con otros problemas sociales que suscitan un menor interés o atención académica (Birenbaum-Carmeli, 2009), pero son precisamente las implicaciones de la gestación subrogada las que hacen que este sea un tema de interés para las ciencias sociales, médicas y jurídicas, especialmente

En el contexto español, desde que en el 2007 el fenómeno de la gestación subrogada se hiciera visible, este no ha dejado de crecer tanto en número de casos como en visibilidad y, tal y como apunta Elly Teman (2010), “la gestación subrogada no solo está ganando impulso, sino que es probable que aumente exponencialmente” (Teman, 2010, p.1). A pesar de ello y del creciente debate académico, político y mediático, sigue habiendo muy pocos datos empíricos documentados. De hecho, se sabe poco sobre las experiencias y representaciones de las mujeres gestantes, las madres y padres de intención, las proveedoras de gametos, las niñas y los niños nacidos fruto de un proceso de gestación subrogada, etc. Pero a pesar de la falta de datos fiables, los indicadores muestran que cada año se incrementa el número estimado de personas que buscan acceder a la maternidad y la paternidad en otros países del mundo, ayudados por mujeres gestantes y, en ocasiones, también por proveedoras de óvulos. Factores, todos ellos, que hacen del nacimiento de una niña o un niño algo muy complejo y que separa el embarazo de la sexualidad (Pande, 2014).

Esta investigación aportará información de tipo cuantitativo y cualitativo que contribuirá a un mejor conocimiento de la gestación subrogada en España. Esto ha implicado un

trabajo de campo en ocasiones difícil, puesto que esta práctica se desarrolla en un ámbito muy personal e íntimo de la vida de las personas.

En el caso de España, como en el de muchos otros países del mundo, la legislación no permite desarrollar los procesos de gestación subrogada en el propio país, dando lugar al fenómeno conocido como atención reproductiva transfronteriza² (Pennings, 2010).

En cuanto a la relevancia del tema que aquí se investiga, cabe destacar que, en primer lugar, es significativo porque a pesar de que el debate sobre la gestación subrogada en el Estado español es relativamente reciente, desde sus inicios es un tema clave para los estudios de género en la academia, para los feminismos y, por supuesto, para las ciencias sociales, dada la implicación que tiene el fenómeno para aspectos fundamentales en nuestra organización social. Además, en el contexto del Estado español está todavía poco estudiado.

En segundo lugar, la relevancia de la investigación también viene dada por el momento en que se encuentra la gestación subrogada en el Estado español, ya que al cierre de esta tesis doctoral, las cuatro principales formaciones políticas del país tienen en sus agendas la discusión sobre su regulación. Esto, en gran medida, se debe a la labor de incidencia política realizada por las dos organizaciones a favor de su legislación que existen en España. La discusión sobre la regulación, de partida, no es sencilla, pero si la contemplamos desde una perspectiva más amplia, su encaje en la legislación española se hace todavía más compleja, porque, entre otros aspectos, implicaría el diálogo con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y, al mismo tiempo aceptar que la gestación subrogada debería ser una opción disponible para todas las personas independientemente de su clase social, su identidad y su opción sexual.

En tercer y último lugar, esta tesis doctoral se inscribe en el marco del proyecto I+D+I “Maternidad subrogada: transformaciones parentales en la España del S.XXI”, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (Ref. CSO2014- 55556-P, 2014-17), cuya investigadora principal es Elisabet Almeda Samaranch, y donde he desarrollado el rol de coordinación del proyecto, trabajando de forma activa en todas y cada una de las fases del mismo, desde su formulación para la convocatoria de financiación, hasta su diseño metodológico e implementación de la investigación. Cabe destacar que la realización de este proyecto ha permitido la construcción de un instrumento de recogida de información, así como la realización de un trabajo de campo que supone una importante e innovadora contribución al ámbito de estudio.

² El término original es *cross-border reproductive care*, y se refiere a la ciudadanía que se traslada de su país de residencia a otro diferente para recibir tratamiento específico y ejercer su elección reproductiva personal (Ferraretti, Pennings, Gianaroli, Natali & Magli, 2010, p.161). Implica tanto a los países de partida como de destino de los pacientes a los que viajan (ASRM, 2016).

3. Objetivos, hipótesis y preguntas de investigación

La investigación que presento tiene como objeto de estudio la gestación subrogada, que será presentada desde una perspectiva global y no androcéntrica. Todo ello, con el objetivo de conocer los principales temas que han ocupado el debate teórico en las ciencias sociales y en los estudios de género, desde los inicios del fenómeno hasta la actualidad, para más tarde centrar el análisis de esta investigación en el caso español.

De acuerdo con la temática y la finalidad general de la investigación, los objetivos principales de esta tesis doctoral son los siguientes:

- Construir un estado de la cuestión sobre la gestación subrogada en el Estado español a través de la detección de los principales agentes que forman parte de esta, y de la identificación de sus discursos y formas de incidencia política.
- Estudiar la población española que ha formado su familia a través de gestación subrogada, prestando especial atención a su perfil sociodemográfico, trayectoria reproductiva y características principales de sus diversos procesos.
- Realizar una lectura no androcéntrica de los temas fundamentales que interseccionan con la práctica de la gestación subrogada y que implican, principalmente, a las mujeres que participan en el proceso.

Estos objetivos generales de investigación constituyen el núcleo central de la tesis doctoral pero, para contextualizar de la manera más adecuada mi objeto de estudio, me planteo los siguientes objetivos específicos:

Construir un marco contextual de la gestación subrogada, que me ofrezca los elementos necesarios para el conocimiento y el análisis en profundidad del caso particular del Estado español.

- Construir un cuestionario para la recogida de datos primarios sobre la gestación subrogada en el Estado español, con la participación en el proceso de diseño y validación de la entidad Son Nuestros Hijos, la primera y única organización compuesta por madres y padres por esta vía en España.
- Analizar, desde una perspectiva global, las implicaciones de la gestación subrogada sobre los derechos sexuales y reproductivos de los principales actores implicados en el proceso, con especial atención a mujeres gestantes y proveedoras de óvulos.
- Determinar si la gestación subrogada debe ser incorporada a las actividades comprendidas en el trabajo de cuidados, ya que las características de la labor de las mujeres gestantes guarda muchas similitudes con la definición clásica de este.

- Determinar cuál es el impacto para la institución familiar, la maternidad y el parentesco de la gestación subrogada en el Estado español, para conocer por qué esta práctica ha ganado tanta importancia en la última década.

Las siguientes preguntas de investigación son las que guiarán el proceso de realización de esta tesis doctoral:

- ¿Qué implicaciones tiene la gestación subrogada, una práctica de reproducción con terceros, para la noción occidental de maternidad y familia?
- ¿Debería la gestación subrogada considerarse un trabajo de cuidados?
- ¿Los derechos sexuales y, de forma especial, los derechos reproductivos son vulnerados en la práctica de la gestación subrogada?
- ¿Cuál es el estado de la cuestión respecto a la gestación subrogada en el Estado español? ¿Quiénes son los agentes que intervienen en la discusión sobre el fenómeno y cuáles son sus discursos?
- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las personas españolas que realizan procesos de gestación subrogada de forma comercial y transnacional? y ¿cuáles son las características de estos procesos?

A partir de estos objetivos se plantean una serie de hipótesis:

A pesar de que la gestación subrogada en la actualidad está situada en el centro de un vigoroso y creciente debate académico, político y mediático, continúa habiendo muy pocos datos empíricos documentados. Esto implica un desconocimiento de las experiencias de los principales agentes involucrados en la práctica.

- La gestación subrogada es una forma cada vez más frecuente de formar una familia para las personas españolas, no obstante se trata todavía de un fenómeno desconocido en cuanto a las implicaciones y cambios que genera socialmente. Esto, entre otros aspectos, supone una pérdida de conocimiento sociológicamente imprescindible en relación con el estudio de las familias, la maternidad, la paternidad y el parentesco.
- Las conexiones entre el marco teórico del trabajo de cuidados y la gestación subrogada se hacen cada vez más evidentes. Por ello, la gestación subrogada debería incluirse en la lista de trabajos precarios y poco reconocidos socialmente que conforman las actividades que se engloban en esta categoría.
- La poca regulación, la ausencia de un control estricto de los protocolos médicos y la implantación de un modelo comercial en los procesos de gestación subrogada, donde prima la relación cliente-trabajadora, fomentan la vulneración de los derechos

sexuales y reproductivos de las mujeres gestantes y de las proveedoras de gametos que participan en ellos.

4. Estrategia metodológica

El diseño metodológico de esta investigación se caracteriza por la articulación de metodologías cuantitativas y cualitativas, dando lugar a una propuesta de diseño multimétodo o mixto. Esta tesis, en consecuencia, parte del enfoque de complementariedad entre ambas metodologías, ya que los dos enfoques constituyen dos aproximaciones al estudio de los fenómenos sociales que permiten captar las múltiples dimensiones que conforman lo social (Bericat, 1998).

En cuanto a las técnicas de investigación y, de acuerdo con Sandra Harding (1987), expongo que las técnicas aquí presentadas no son feministas en sí mismas, sino que únicamente puede serlo la manera de usarlas. De manera que lo importante de las técnicas de investigación es precisamente la utilización que se hace de ellas, y por consiguiente, desde mi compromiso con el feminismo, la aplicación de las mismas tratará siempre de situarse en ese punto.

En cuanto a dichas técnicas se ha recurrido principalmente a la entrevista semiestructurada y, a la encuesta y, de forma secundaria, se ha utilizado también la observación participante. Además se han empleado otras fuentes de recogida de información como, por ejemplo, el análisis de prensa y la revisión de blogs, webs y documentales, entre otras. La novedad del tema en el Estado español, así como el contexto cambiante en el que se encuentra, ha hecho imprescindible recurrir a estos canales de información con el fin de ofrecer la información más actualizada y contrastada posible.

En cuanto a la realización de la entrevista semiestructurada su finalidad ha sido doble. En primer lugar, me ha servido para comprender el funcionamiento de la gestación subrogada a escala global y nacional, el significado que las madres y padres por esta vía otorgan al proceso y las relaciones que se derivan del mismo.

En segundo lugar, la información obtenida a partir de su realización ha sido de gran utilidad para la construcción del cuestionario. Las entrevistas fueron realizadas a diferentes actores implicados en la gestación subrogada como son: madres y padres, una agencia española, la directora de la primera feria de gestación subrogada en España y una mujer gestante. También se entrevistó a dos personas expertas en el ámbito de la reproducción asistida, que me han ayudado a comprender las cuestiones más puramente científicas.

En tercer lugar, la observación participante me ha servido para captar información y “la cultura entre bastidores” (de Munk & Sobo, 1998), a la que las entrevistas y la encuesta nunca me hubieran posibilitado acceder. La observación participante tuvo lugar en la

primera y tercera edición de la Feria Invitra (actualmente denominada *Surrofair*), que es la primera y única feria dedicada a la gestación subrogada en el Estado español y donde asisten proveedores de servicios, profesionales y personas interesadas en la práctica como vía para alcanzar la maternidad y la paternidad.

En cuarto lugar, la encuesta dirigida a madres y padres por gestación subrogada constituye una aportación de esta tesis doctoral al estado de la cuestión en el Estado español. Se trata de un instrumento innovador, que recoge de forma detallada las características de los procesos desarrollados en diversos países del mundo, el perfil sociodemográfico de las madres y padres españoles y sus trayectorias reproductivas, entre otros aspectos. Toda esta información es desconocida hasta el momento. Cabe destacar que se trata de una encuesta autoadministrada en línea y, las redes sociales utilizadas para su difusión han sido esenciales en su implementación.

5. Estructura de la tesis doctoral

Esta tesis doctoral está organizada en 4 partes diferenciadas que contienen un total de 10 capítulos. Cada una de las partes está compuesta por uno o varios capítulos y finaliza con sus propias conclusiones.

La primera parte de la investigación está dedicada a la construcción de un marco teórico y contextual sobre el objeto de estudio. Para ello en el capítulo 1 realizo la presentación de la investigación y formulo las preguntas que guiarán este proceso.

En el capítulo 2 introduzco el tema y realizo una aproximación conceptual e histórica al fenómeno. Justifico también por qué la gestación subrogada es un objeto de investigación imprescindible en la actualidad para los estudios de género, la sociología y, en general, para las ciencias sociales.

En el capítulo 3 me centro en el estado de la cuestión y la literatura existente sobre el tema. También realizo una lectura de la gestación subrogada desde las principales teorías feministas.

En el capítulo 4 pongo el acento en los principales temas que interaccionan con la gestación subrogada: en primer lugar la maternidad, la familia y el parentesco; en segundo lugar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que participan en un proceso de estas características; en tercer y último lugar, el trabajo de cuidados y sus conexiones con la práctica de la gestación subrogada.

La segunda parte de esta tesis doctoral se centra en construir el contexto de la gestación subrogada. Para ello en el capítulo 5 procedo al análisis de esta práctica desde una perspectiva internacional, es decir, realizo un análisis de los diversos países del mundo que son destino habitual para las personas españolas. Además, muestro también una revisión de tres países que, a pesar de no ser un destino posible para las personas

españolas, sí son relevantes desde un punto de vista investigador puesto que, o bien se trata de modelos emergentes como es el caso de Ghana, o bien, dadas sus características, son modelos únicos y con trayectorias consolidadas, como es el caso del Reino Unido, el primer país del mundo en regular la gestación subrogada bajo el supuesto altruista, e Israel, que es el único lugar del mundo donde el proceso de gestación subrogada está, en gran parte, financiado y monitoreado por el propio gobierno.

En el capítulo 6 me ocupo del caso español. Para ello realizo un análisis en profundidad y retrospectivo de todo lo acontecido con respecto a la gestación subrogada dentro de las fronteras españolas. Muestro también en qué punto se encuentra el debate actual entre los principales actores a favor y en contra de su legalización. Y, por último, analizo el posicionamiento de los principales grupos parlamentarios españoles al respecto.

El capítulo 7 da inicio a la tercera parte de la tesis doctoral y se ocupa de la estrategia metodológica utilizada en esta investigación. En este capítulo detallo cuál es la metodología escogida y presto especial atención a la encuesta sobre gestación subrogada, que constituye una importante aportación de esta tesis doctoral al fenómeno estudiado. Su implementación me ha permitido recabar los primeros datos de carácter primario sobre gestación subrogada en el Estado español.

Con el capítulo 8 da comienzo la cuarta y última parte de la tesis doctoral, que corresponde al análisis de los resultados. En primer lugar, realizo una aproximación cualitativa al tema a través del análisis de las entrevistas y la observación participante realizadas. Ambas técnicas de investigación, además de orientar la construcción del cuestionario, me han permitido captar los discursos de madres y padres por gestación subrogada, y de otros actores que forman parte del proceso, como son las agencias y las personas expertas en el tema, todas ellas imprescindibles para una buena comprensión de este complejo fenómeno.

El capítulo 9 da continuidad al análisis de los resultados. Este capítulo, lo dedico al análisis de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario. Dada su extensión he priorizado el análisis de algunas variables, concretamente de aquellas que ayudan a dibujar el perfil sociodemográfico de las madres y padres españoles por gestación subrogada, así como aquellas que explican las características del proceso de gestación subrogada que desarrollaron. También examino aquellas variables que facilitan información sobre las mujeres gestantes y personas proveedoras de gametos. Todo ello con el objetivo de que el resultado del análisis pueda aportar información que contribuya, entre otros aspectos, a informar el debate.

Finalmente, el capítulo 10 está dedicado a las conclusiones de la tesis doctoral. Este apartado está compuesto de cuatro secciones. En la primera de ellas respondo a las preguntas de investigación. En la segunda me centro en las contribuciones más

relevantes aportadas por esta investigación. En la tercera planteo las posibles limitaciones que puede contener la tesis doctoral y, por último, expongo algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

Para cerrar la tesis, y tras presentar las referencias bibliográficas, incluyo los anexos que completan las informaciones comprendidas en la investigación y que, por su formato o nivel de detalle, he considerado más conveniente incluir a parte del texto central de la investigación. Los anexos incluyen el guión de las entrevistas realizadas, los perfiles de las personas entrevistadas, el cuestionario, las tablas y gráficos sobre los que se ha realizado el análisis cuantitativo, y, por último, un cuadro resumen de los principales argumentos a favor y en contra de la gestación subrogada proporcionados por las principales entidades involucradas en el debate sobre la práctica en España.

PRIMERA PARTE:

Construcción de un marco teórico sobre la gestación subrogada

Capítulo 2. Conceptualización teórica y temática del objeto de estudio

1. Introducción

Esta primera parte de la tesis doctoral está conformada por los capítulos 2, 3 y 4, y tiene como objetivo construir un marco teórico y contextual de la gestación subrogada, que se hace imprescindible para poder entender la naturaleza del fenómeno y realizar un análisis en profundidad e informado sobre esta en el Estado español.

En el presente capítulo, en primer lugar, sitúo el objeto de estudio desde un punto de vista conceptual y discuto sobre la terminología más adecuada para referirse a la gestación subrogada. Seguidamente defino en qué consiste la práctica y muestro las tipologías y modelos existentes, así como las implicaciones de cada uno de ellos. A continuación, sitúo el objeto de estudio desde una perspectiva histórica para conocer los orígenes de la práctica así como su evolución hasta la actualidad.

Una de las dificultades que comporta el estudio de la gestación subrogada es la ausencia de datos a nivel global, nacional y local. Como muestro en este capítulo, no existe registro alguno en ninguno de los lugares donde la práctica se lleva a cabo. No obstante, he podido constatar el crecimiento del fenómeno a partir de varios indicadores que expongo también aquí.

Por último, este capítulo tratará la globalización como factor imprescindible para el crecimiento y expansión de la gestación subrogada en el mundo, ya que en las últimas tres décadas, las técnicas de reproducción asistida se han globalizado (Gingsburg & Rapp, 1995; Spar, 2006; Parks, 2010; Franklin, 2013). Por un lado, resulta difícil de imaginar el rápido desarrollo del consumo de la medicina reproductiva sin la posibilidad de cruzar fronteras en búsqueda de otros regímenes legislativos más favorecedores y más recursos biológicos disponibles a precios más competitivos. Por otro lado, este crecimiento de los mercados reproductivos es al mismo tiempo, causa y resultado del movimiento de personas que buscan atención reproductiva. A medida que las legislaciones se desarrollan en diversos países y se incrementa la disponibilidad de la atención reproductiva transfronteriza en países de la Europa del Este, Asia y Centroamérica, se puede contemplar un movimiento creciente de consumidores que

buscan servicios especializados que, o bien son ilegales y no están disponibles en sus países de origen, o bien desean comprar estos servicios a precios más bajos (Spar, 2006).

El capítulo 3 lo dedico a elaborar un estado de la cuestión y para ello en primer lugar, he elaborado una revisión de las principales y más relevantes contribuciones teóricas sobre el tema objeto de investigación. En segundo lugar, realizo una lectura del objeto de estudio desde las principales teorías feministas.

Por último, en el capítulo 4 me centro en la discusión teórica de los principales temas que interseccionan con la gestación subrogada. En primer lugar me ocupo de la maternidad y la familia, para mostrar cómo la práctica cuestiona y propone una lectura diferente de ambas instituciones. En segundo lugar, muestro la relación entre la gestación subrogada y el trabajo de cuidados y, para cerrar el cuarto capítulo, el último punto se dedica a los derechos sexuales y reproductivos, donde examino cómo la gestación subrogada puede conllevar una vulneración de los derechos reproductivos de las mujeres implicadas en el proceso, especialmente las mujeres gestantes y las mujeres proveedoras de óvulos.

2. Ciencia, mercado y gestación subrogada

El acto heterosexual del coito ya no es necesario para que haya un embarazo. Esto es debido a la irrupción de la inseminación artificial primero y, años más tarde, debido a la fecundación *in vitro*, que sirvió para acabar con la infertilidad de muchas parejas en el mundo, 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. “Edwards³ y Steptoe 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 mujer y hombre” (Comité de Bioética de España, 2017, p.17). La FIV no solo hizo que las personas con problemas de fertilidad pudieran tener hijas e hijos genéticamente relacionados, sino que hacía innecesario el encuentro sexual para que una mujer pudiera dar a luz a un hijo.

Las técnicas de reproducción asistida (en adelante TRA), por tanto, abrieron una puerta a nuevas formas de crear familia, que desde entonces no ha dejado de evolucionar y complejizar el escenario posible de las maternidades y paternidades.

³ 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 en el laboratorio con espermatozoides. Junto al ginecólogo Patrick Steptoe, llevó a cabo la primera concepción efectuada 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.

A modo de ejemplo y de acuerdo con el *Centers for Control and Disease Prevention*⁴ (en adelante CDC), hasta el año 2012 habían nacido más de 5,5 millones de bebés a través de FIV, y se estima que el 1% de todas las niñas y niños nacidos en el mundo son resultado de las TRA (CDC, 2013). Así, durante los últimos prácticamente 40 años, la forma en que las familias están siendo creadas ha cambiado, sobre todo entre aquellas personas con más recursos económicos. Las TRA son cada vez más populares y accesibles, y suponen una alternativa a las adopciones para parejas heterosexuales, homosexuales y personas sin pareja que necesitan ayuda para tener hijas e hijos. De hecho, durante los años ochenta la creciente infertilidad fue definida como un problema médico que podía ser resuelto a través de estas técnicas (Widdance-Twine, 2014).

Desde la introducción de la FIV y la aparición de diagnósticos fetales en los años 80 del siglo XX, las tecnologías médicas han aportado también un grado de control sobre el proceso reproductivo sin precedente. Los cambios y avances en el plano científico de la mano de cambios paralelos en este ámbito como, por ejemplo, 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 tecnologías de reproducción asistida para dar paso a nuevas formas de parentesco familiar y biológico en colaboración con donantes de gametos y mujeres gestantes (Shalev, 2012).

Las TRA también hicieron posible la gestación subrogada, que en los últimos años ha ganado relevancia, no tanto en términos numéricos, ya que todavía siguen siendo más altas las tasas de IA o FIV, como por sus implicaciones a diferentes niveles. También por la creación y visibilización de una nueva realidad familiar que todavía no tiene respuesta ni cabida en el actual marco legislativo español. A pesar de ello, la gestación subrogada es cada vez una opción más viable para todas las personas que no pueden acceder a la maternidad o la paternidad natural por diferentes motivos. “La gestación subrogada no solo está ganando impulso, sino que es probable que aumente exponencialmente” (Teman, 2010, p.1).

Para entender la eclosión de la gestación subrogada es necesario remontarse a 1978 cuando nació Louise Brown, el primer bebé nacido por FIV, “una técnica mediante la cual los gametos masculinos y femeninos son extraídos del cuerpo, fertilizados en un placa de Petri y después transferidos al útero de una mujer” (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008, p.178). Louise Brown nació en Reino Unido en el año 1978 y 67 días después nació en Calcuta Kanupriya Agarwal, el segundo bebé nacido por FIV⁵ en el

⁴ El CDC, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU se encarga del desarrollo y la aplicación de la prevención y control de enfermedades, la salud ambiental y la realización de actividades de educación y promoción de la salud.

⁵ Subhash Mukhopadhyay fue el responsable del segundo nacimiento a través de FIV del mundo. Este nació 67 días después que Louise Brown en Reino Unido. No obstante este hecho pasó desapercibido durante 25 años, ya que el gobierno estatal indio no permitió al doctor compartir sus logros con la comunidad científica internacional (Kumar, 2004).

mundo. Tres años más tarde, lo hizo también Elisabeth Jordan Carr, la primera concebida por FIV en Estados Unidos, “se trataba del bebé número 15 nacido a través de esta técnica de reproducción asistida en el mundo” (Rudrappa, 2015, p.33). En el Estado español el primer nacimiento por FIV llegó algo más tarde, y tuvo lugar en 1984 en la ciudad de Barcelona.

Desde entonces ha tenido lugar una rápida evolución de estas y muchas otras tecnologías de reproducción que han evocado una variedad de respuestas sociales, culturales, legales y éticas:

(...) la reproducción asistida ha diversificado, globalizado y desnaturalizado algunos binomios culturalmente asentados, como por ejemplo, sexo-procreación, naturaleza-cultura, donación-mercantilización, trabajo informal-trabajo formal, biología-socialización, heterosexualidad-homosexualidad, local-global, secular-sagrado, y humano-no humano. Estos desafíos sugieren que hay mucho que considerar al pensar en lo que es "nuevo" acerca de las llamadas nuevas tecnologías reproductivas (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008, p.178)

Por tanto, las TRA que hacen posible la gestación subrogada y esta en si misma, no solo suponen un motor de cambio en la creación de familias, sino que introducen cambios en los pilares que tradicionalmente han sostenido nuestro sistema social y que, hasta ahora, han sido naturalizados y socialmente incuestionables.

En la gestación subrogada, tal y como expone Rudrappa (2015), todo lo que se necesita para una concepción potencialmente exitosa son, células sexuales maduras y una mujer dispuesta a que se le implante un embrión previamente preparado en una placa de Petri. Los gametos se pueden comprar a través de bancos de esperma y óvulos, y las mujeres gestantes pueden ser contratadas a través de agencias. El proceso de hiperestimulación ovárica de la proveedora de óvulos para extraer el máximo número posible y la preparación del útero para la implantación del embrión se realiza a través de hormonas sintéticas como el Clomid, Pregnyl, Lupron y Synarel⁶.

Charis Thompson (2005) describe este proceso como la “dinámica coordinación de aspectos técnicos, legales, científicos, de parentesco, de género, emocionales, políticos y financieros de las clínicas de TRA, que se convierte en una coreografía para crear familias” (p.8).

En el proceso están involucradas doctoras, enfermeros, personal técnico de laboratorio y hospitales, abogadas, trabajadoras sociales, personal de

⁶ Medicamentos que forman parte del tratamiento para infertilidad y de los procedimientos de la (FIV). Estos medicamentos son usados para preparar el cuerpo para el tratamiento y aumentar la probabilidad que más óvulos sanos sean producidos en los ovarios.

los consulados que otorgan visas y pasaportes, proveedores de servicios financieros que ofrecen segundas hipotecas que permiten financiar los tratamientos a las madres y padres de intención, bancos de esperma y óvulos y, finalmente, agencias de gestación subrogada que reclutan mujeres gestantes y que sincronizan colectivamente sus diversas funciones para hacer posible la estimulación ovárica, la extracción de los óvulos, la recolección de esperma, la FIV y la implantación de los embriones en mujeres fértiles previamente probadas ⁷. Estas mujeres están constantemente monitoreadas para facilitar el parto que dará lugar a bebés que son transferidos legalmente a sus madres y padres de intención (Rudrappa, 2015, p.36).

La industria de la gestación subrogada comercial, por tanto, funciona a través de actores y colaboradores en diversos niveles y en un entorno caracterizado por la falta de normas o reglamentos vinculantes, en los que estos múltiples actores pueden beneficiarse enormemente. Las clínicas de TRA no son los únicos actores en el negocio encargados de promover la atención reproductiva transfronteriza. Otros también son necesarios como, por ejemplo, los consultores de TRA, operadores de turismo médico, las agencias y otras organizaciones especializadas en la promoción del turismo médico. De esta manera ciencia y mercado se coordinan en la perfecta y compleja coreografía que identifica Thompson (2005) para dar cumplimiento a la formación de familias, un deseo a menudo percibido y convertido en un derecho.

El mercado juega un papel fundamental en la expansión de las técnicas de reproducción asistida y de la gestación subrogada, que como cualquier otro mercado despliega estrategias para generar demanda (SAMA, 2010), y donde Internet juega un papel imprescindible como instrumento para su difusión, pero también para que el fenómeno se vuelva incontrolable (Shenfield, et al., 2010). A esto debe añadirse que no podemos entender la gestación subrogada sin la globalización:

La globalización es un proceso que ha cambiado la naturaleza de la interacción humana a través de una amplia gama de esferas: económicas, políticas, etc., pero la característica más notable es, quizás, la erosión de los límites del tiempo, el espacio y el conocimiento que separan individuos y sociedades. Sin embargo, cada vez más, otros tipos de fronteras que han definido la experiencia humana, temporal y cognitiva, están siendo también cambiadas. Las políticas económicas neoliberales facilitan la globalización de las tecnologías y las ideas, que también es posible gracias a medios de transporte de bienes más rápidos, personas y conocimiento, así como por la

⁷ Una donante o mujer gestante probada son aquellas mujeres que han participado en un proceso de FIV previamente y, fruto de sus óvulos y/o gestación se han conseguido un embarazo llevado a término con éxito.

importancia de la movilidad del capital transnacional y la liberalización del comercio (Gupta, 2011, p. 88).

Con la llegada de la globalización de las técnicas de reproducción asistida y, en vista del creciente número de personas que viajan fuera de su país de origen para obtener tratamientos de fertilidad o contratar los servicios de una mujer gestante (Ferraretti, Gianaroli, Natali & Magli, 2010), nace el fenómeno conocido como *Cross-Border Reproductive Care*⁸, que en esta tesis doctoral he traducido como “atención reproductiva transfronteriza”. El Grupo de Trabajo de la *European Society of Human Reproduction and Embriology* (en adelante ESHRE) define este concepto como:

Un fenómeno generalizado en que los pacientes infértiles o personas colaboradoras, como pueden ser las donantes de óvulos o las mujeres gestantes, cruzan las fronteras internacionales para obtener o proporcionar un tratamiento de reproducción asistida fuera de su país de origen (Shenfield, Pennings, de Mouzon, Ferraretti & Googsens, 2011, p.33).

La atención reproductiva transfronteriza es un fenómeno mundial que no deja de crecer y que a su vez contribuye también a dificultar la estimación numérica y cualitativa de los casos (Ferraretti et al, 2010; Gurtin & Inhorn, 2011). Es necesario por tanto, poner atención a cómo la globalización y la omnipresencia de las tecnologías de la información y la comunicación han hecho posible la gestación subrogada transfronteriza, con numerosas clínicas de fertilidad en países como India o Estados Unidos que anuncian sus servicios y facilitan el creciente fenómeno del “turismo de fertilidad” (Gamble & Ghevaert, 2009).

En general, las personas con más recursos económicos han optado por la gestación subrogada como método para tener descendencia con vínculo genético. Este hecho ha tenido como resultado lo que France Winddance-Twine (2011) denomina el *baby boom* de la gestación subrogada. Sin embargo, el número de personas que realmente buscan atención reproductiva transfronteriza sigue siendo difícil de estimar, incluso dentro de Europa (Rozée & La Rochebrochad, 2013). Esta es difícil no solo de medir, sino también de describir y tipificar, dado que abarca realidades muy diversas en todas las partes del mundo (Gürtin & Inhorn, 2011). Además, muy a menudo es abordada principalmente como una cuestión "legal" que supone una alternativa a leyes poco permisivas (Crocker, 2011; Pennings, 2004). Pero no es solo necesario este análisis, sino también una lectura sociológica del fenómeno ya que “la globalización también ha puesto de manifiesto las

⁸ La atención reproductiva transfronteriza fue inicialmente denominada “turismo procreativo” en 1991, pero en la actualidad existen diversas terminologías para describir el fenómeno relativo a los viajes internacionales, que realizan las personas con el objetivo de tener hijas e hijos: “turismo de fertilidad”, “turismo reproductivo”, etc. No obstante, las organizaciones profesionales que se dedican al trabajo con las TRA, como por ejemplo, el ESHRE se inclinan por la utilización del término “atención reproductiva transfronteriza” dado que consideran que esta forma de referirse al fenómeno es más neutra y respetuosa hacia las personas que desarrollan ese tipo de viaje, en oposición a otros vocablos como “turismo reproductivo” que consideran despectivo (Shenfield, et al. 2011).

profundas desigualdades entre compradores y vendedoras de servicios de gestación subrogada” (Brunet et al., 2013, p.27), aspecto que mostraré en el capítulo 3 y 4 de esta investigación.

Lo que sí queda claro es que el fenómeno de la atención reproductiva transfronteriza ha crecido rápidamente durante la última década, convirtiéndose en un aspecto inherente a las técnicas de reproducción asistida en el siglo XXI. Las personas habitualmente viajan a países extranjeros para adquirir TRA que no pueden obtener en su país debido a diversas causas (Pennings et al., 2010):

- Debido a que estas TRA no están disponibles en su país de origen.
- Debido a las largas listas de espera.
- Debido a que las TRA no son legales.
- Debido a que las TRA no están disponibles para ciertos grupos de población (debido a la edad, la opción sexual, el estado civil, etc.).
- Debido a la dificultad de encontrar donantes de gametos anónimos.
- Debido a la mejor calidad de la atención y tratamiento más económico en otros lugares.

La gestación subrogada forma parte de la atención reproductiva transfronteriza y el Estado español juega un papel clave en ella. No solo porque en la actualidad cientos de personas cruzan fronteras para poder acceder a un proceso de gestación subrogada, sino porque el país también es proveedor de técnicas de reproducción asistida, que otros lugares no ofrecen en las condiciones que lo hace este país, cuya ley de reproducción asistida es pionera y generosa en cuanto a posibilidades se refiere. Todo ello será explorado con más detalle en el capítulo 6.

3. Situando el objeto de estudio: qué es la gestación subrogada y sus antecedentes

La gestación subrogada implica que una mujer quede embarazada y dé a luz a un bebé con la intención de entregarlo a otra persona o pareja, a la que comúnmente se denomina como madre y/o padre de intención (Shenfield et al., 2005). La gestante se encuentra embarazada a propósito, con la intención de entregar el recién nacido a otra persona, sabiendo desde el inicio que el bebé que nacerá no formará parte de su familia (van den Akker, 2007). Estas características hacen que la gestación subrogada sea, hoy por hoy, una de las vías más controvertidas para formar familia y, a menudo, causa también de dilemas éticos, legales y morales.

Mientras que existen investigaciones que describen la gestación subrogada en términos de explotación de las mujeres gestantes (Corea, 1985; Dworkin, 1991; Rothman, 1998; Vora, 2013). Existen también aquellas que la definen como “una relación de entendimiento mutuo y generosidad entre la pareja sustituta y la pareja infértil en lugar de una relación contractual” (Baker, 1996, p.36). En realidad, todo lo señalado por las

autoras es posible en una misma relación de gestación subrogada, y aquí radica también la complejidad del fenómeno.

Por último señalar, que es precisamente en este marco general de posiciones extremas, donde se desarrolla generalmente el debate sobre la gestación subrogada. A lo largo de esta tesis doctoral iré complejizando este discurso de extremos con el objetivo de hacer aflorar los matices que hacen de la práctica el fenómeno que es, pero primero doy paso a su definición, descripción y contextualización.

3.1. Gestación subrogada, gestación por sustitución, vientre de alquiler, maternidad subrogada... a la búsqueda de la terminología adecuada

Si de algo estamos seguras las científicas sociales es que el lenguaje importa y, por tanto, es de vital importancia cuidar la forma en que nos referimos a los fenómenos sociales, teniendo en cuenta además el tema de esta tesis doctoral, ya que: “la terminología utilizada para discutir la reproducción de terceros se ha vuelto cada vez más controvertida y diversa a medida que las tecnologías reproductivas han proliferado” (Besson, Darnovsky & Lippman, 2015, p.805).

En la gestación subrogada la terminología es un tema especialmente delicado, puesto que a partir de la forma en la que nos referimos a ella se desprende un posicionamiento al respecto. Como mostraré en el capítulo 6, el debate sobre la gestación subrogada en el Estado español se encuentra en un momento especialmente importante y, en general, las personas contrarias a ella argumentan que denominar a la práctica “gestación subrogada” no es otra cosa que un eufemismo, puesto que en realidad la forma adecuada de denominarlo es “vientre de alquiler” o “maternidad subrogada”. Por el contrario, desde las posiciones a favor de su regulación, se refieren a la práctica como “gestación subrogada” o “gestación por sustitución” porque consideran que no alquilan vientres de mujeres ni tampoco que la gestante cumple con el rol de madre, ya que en el caso de las parejas heterosexuales este rol lo desempeñaría la madre de intención, y en el caso de las parejas homoparentales masculinas, este no existe. En general, los partidarios de la gestación subrogada consideran a la mujer gestante como alguien que cuida de sus hijos e hijas durante el embarazo porque ellos no pueden hacerlo. Tradicionalmente, al referirse a la maternidad se hace referencia a aquella de origen biológico o adquirida por adopción, pero las TRA obligan a pensar en otras figuras jurídicas y en otras representaciones sociales que puedan darles nombre. Por tanto, la decisión en la nomenclatura también comporta un posicionamiento respecto del tema.

Para hacer referencia a la gestación subrogada es habitual la utilización de diversas denominaciones, y quizás la más popular tiene que ver con el término subrogación. Según el Diccionario de la Real Academia Española la palabra “subrogar” significa “sustituir o poner a alguien o algo en lugar de otra persona” (RAE, 2001, como se cita en Mir, 2010), sin embargo, esta definición no es suficientemente amplia para dar cabida

al escenario que plantean las técnicas de reproducción asistida. En el ámbito jurídico, el término "subrogación" evoca la idea de sustitución, ya sea de una cosa o de una persona por otra. En el caso concreto de la gestación subrogada se refiere a la sustitución de una mujer por otra (Mir, 2010).

Por tanto, es necesario hacer una reflexión sobre la denominación del tema objeto de estudio. Si bien durante los primeros tiempos el término "vientre de alquiler" (del inglés *womb for rent*) era la denominación más común para referirse a esta práctica, no ha sido la única forma, ni tampoco la más aceptada. Otra forma habitual de referirse a ella es "maternidad subrogada", que toma del vocabulario económico el término "subrogación". Más tarde, el término "gestación subrogada" llega de la mano de las entidades de madres y padres que trabajan por su regulación en el Estado español ya que, de acuerdo con ellos, lo que se subroga no es la maternidad sino la capacidad de gestación. Para este posicionamiento es imprescindible que no conste el término "maternidad", puesto que para ellos el rol que desarrolla la gestante no es nunca el de madre sino el de "portadora". De hecho, en la página web de Son Nuestros Hijos (en adelante SNH), la organización de madres y padres por gestación subrogada que trabaja por su legalización en el Estado español, se lee: "Se rechazan términos como madre, maternidad, encargo o alquiler, dado que no definen la técnica ni son aplicables a las personas que intervienen en ella". Detrás de esta denominación existe la voluntad de hacer visible que el rol de las mujeres gestantes no es otro que el de gestar y no el de madre, ni durante los meses de gestación ni tampoco *a posteriori*.

Juristas como Eleonora Lamm (2012), han propuesto ya una denominación para referirse a la práctica. Se trata del término "gestación por sustitución":

Hablar de maternidad es incorrecto atento a que engloba una realidad mucho más extensa que la gestación. Y la palabra sustitución específica que se gesta para otro, y por otro, que no puede hacerlo. La palabra "subrogada", por su significado, se asocia con aquellos supuestos en los que la gestante aporta ambas cosas: gestación y material genético (p.4).

También el art. 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (en adelante LTRHA) se refiere a ella como "gestación por sustitución". La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), en su glosario sobre reproducción asistida del año 2009, también se refiere a la práctica como gestación subrogada. No obstante, algunas autora subrayan que la retórica que rodea a la gestación subrogada está construida y difundida por actores mercantiles implicados en la práctica, que tratan de hacer parecer estos procesos como neutrales y asépticos (DasGupta & Das Dasgupta, 2010, como se cita en Besson, Darnovsky & Lippman, 2015).

Las organizaciones de madres y padres por gestación subrogada promueven su propio lenguaje común. En marzo de 2014 tuvo lugar en Windsor, Reino Unido, un encuentro

Europeo de familias creadas a través de gestación subrogada, la *Family Through Surrogacy, UK-EU 2014 Conference*, donde se acordó la utilización de los siguientes términos:

Tabla 1. Denominación propuesta para diversos idiomas

| | Español | Inglés | Francés | Italiano | Alemán | Portugués |
|----------------|---|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|---------------------------|
| Técnica | Gestación Subrogada o Gestación por Sustitución | Surrogacy o Gestational Surrogacy | Gestation pour Autrui | Gestazione di Sostegno | Leihschwangerschaft | Gestação por substituição |
| Donante | Gestante o Subrogada | Carrier o Surrogate | Femme Porteuse | Gestante | Austragende Frau | Gestante |

Fuente: Elaboración propia a partir del contenido web de Son Nuestros Hijos, 2014.

Por tanto, como puede observarse, el objeto de estudio obliga a realizar una serie de elecciones lingüísticas que, a pesar de mostrarse como aparentemente neutras, sí conllevan un determinado posicionamiento.

En esta tesis doctoral utilizaré la nomenclatura “gestación subrogada” para referirme al objeto de investigación, ya que considero que denominarlo “vientre de alquiler” no es una forma justa de hacerlo para ninguna de las partes, especialmente para las mujeres gestantes. Ellas no solo ponen sus vientres o úteros al servicio de la gestación sino que ponen también sus vidas, su tiempo y toda la dedicación necesaria que un proceso de estas características requiere. Tampoco usaré “maternidad subrogada” puesto que, como constata la literatura científica, cuando estas se involucran en un proceso de estas características no lo hacen con el objetivo de sentirse madres. Así que, más allá de la terminología legal, y de acuerdo con mi criterio como investigadora considero que “gestación subrogada” es la forma más adecuada de referirse al objeto de estudio.

3.2. Otras consideraciones lingüísticas respecto al objeto de estudio

En esta investigación opto por mantener un enfoque lo más objetivo posible e intento permitir que los debates propios de la gestación subrogada aparezcan tal y como son. También intento minimizar los juicios de valor que aparecen a través del lenguaje. Sin embargo, es necesario realizar otras consideraciones lingüísticas a la hora de abordar el objeto de estudio. En este ámbito de investigación los eufemismos son muy comunes, pero también un lenguaje contundente y llamativo. Este lenguaje de extremos contribuye a construir visiones y posiciones opuestas sobre el ámbito de estudio. Este hecho es un reflejo del malestar social que genera la práctica, así como de las contestaciones éticas y morales que se dan en este ámbito.

En primer lugar, las mujeres que venden sus óvulos habitualmente son denominadas como “donantes de óvulos”, sin embargo, “llamar a estas mujeres donantes sería inexacto puesto que su tarea explícita en esta economía reproductiva global es vender sus óvulos por una determinada suma de dinero” (Deomampo, 2016, p.307).

En este sentido, por tanto, es imprescindible indicar que “la donación”, “la donante” o “el donante” no existen, ya que los gametos que se emplean en la reproducción asistida transnacional en ningún caso se obtienen por donación, sino a través de un procedimiento de compraventa. Las personas entregan sus óvulos y esperma a cambio de una remuneración pero, dado que las legislaciones no permiten comerciar con células reproductivas, se apela al eufemismo “donación”.

En esta investigación siempre que los óvulos no provienen 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.

En segundo lugar, paso a indicar otros 2 conceptos principales que aparecerán en esta investigación. Son los siguientes:

Madres y padres de intención. Son las personas que están en proceso de realizar una gestación subrogada. Habitualmente me refiero a estas personas como IP (del inglés *intended parents*). El concepto IP implica también a las personas que realizan el proceso de gestación subrogada sin pareja. A lo largo de la tesis doctoral alternaré “madres y padres de intención” con su abreviación “IP”. Estos constituyen la población principal de esta investigación.

Mujeres gestantes. Habitualmente la denominación de estas mujeres también se construye a partir de visiones opuestas. En la literatura a menudo se encuentran referencias a las mujeres gestantes como “ángeles” (Pande, 2009) o bien como “mujeres incubadora” (Spar, 2006), pero también como “madres máquina” (Corea, 1986) o “úteros de alquiler” (Pande, 2014; Ekman, 2013; Miyares, 2016). Como he comentado, me abstengo de utilizar el concepto “madre”, ya que como indican las investigaciones, las mujeres gestantes no se sienten madres y encuentran este término ofensivo y desempoderador.

Por último, señalar que en el capítulo 8 dedicado al análisis de las entrevistas, utilizo los términos que usaron las personas que han participado en ellas, en lugar de los conceptos aquí propuestos. De la misma manera, en las citaciones de autoras me remito a los términos utilizados por ellas.

3.3. ¿Qué es la gestación subrogada? Tipologías, implicaciones y escenarios posibles

La gestación subrogada consiste en que la mujer gestante alcance el embarazo, y para ello se utiliza la FIV o bien la IA. La FIV consiste en la unión de un espermatozoide y un óvulo en el laboratorio para formar un embrión, que será transferido al útero de la mujer gestante. La inseminación artificial consiste en que el espermatozoide es introducido directamente en el útero de la mujer.

La gestación subrogada, de acuerdo con el conocido como “Informe Warnock⁹”, se definió como la práctica mediante la cual una mujer gesta un bebé para otra con la intención de entregarlo una vez nacido (Warnock, 1984). La definición surgió de un informe elaborado en 1984 por el *Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology*, liderada por la filósofa Mary Warnock y que, un año más tarde, inspiraría la ley británica sobre gestación subrogada, la *Surrogacy Arrangements Act*, 1985. En la actualidad, el bebé gestado no es solo para una mujer, sino que los destinatarios pueden ser también hombres, y las parejas que pueden optar a la gestación subrogada no son solo heterosexuales casadas legalmente, sino que también optan a la maternidad y paternidad por esta vía personas con o sin pareja y con diferentes grados de compromiso y opciones sexuales.

En los inicios de la práctica, se desarrollaba una modalidad que se denomina gestación subrogada tradicional, a pesar de que en la actualidad no es una forma muy habitual sigue siendo utilizada en algunos contextos. Consiste en que la mujer gestante, además de realizar la gestación, aporta sus propios gametos y, por tanto, está vinculada genéticamente al bebé que nacerá. La técnica de reproducción asistida que se utiliza en este tipo de gestación es la inseminación artificial y el espermatozoide proviene, generalmente, del padre de intención aunque también puede provenir de un proveedor. La gestación subrogada tradicional también es conocida como gestación subrogada parcial (van den Akker, 2005).

La llegada de la FIV permitió separar la gestación del vínculo genético, y como consecuencia, la gestación subrogada tradicional quedó en un segundo plano dando paso a la gestación subrogada gestacional, también conocida como gestación subrogada completa (Ragone, 1994; van den Akker, 2005). En esta modalidad la mujer gestante aporta su capacidad de gestación, mientras que los óvulos son aportados por la madre de intención, en caso de que la haya y sea posible, o bien por una proveedora. De esta manera se consigue la desvinculación genética de la mujer gestante y el bebé. En la

⁹ Se refiere al *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology (1984)*, que tenía por objetivo examinar las implicaciones sociales, éticas y jurídicas de los acontecimientos recientes en el campo de la reproducción asistida humana. La gestación subrogada era uno de estos acontecimientos y se refiere a ella en el capítulo 8 de dicho informe donde además de definirla, expresaba el posicionamiento del comité después de expresar los argumentos a favor y en contra de la misma.

actualidad esta es la modalidad preferida por todas las partes involucradas, ya que culturalmente se considera muy importante que no exista dicha vinculación.

Además, la gestación subrogada gestacional permite el vínculo genético completo a las parejas heterosexuales que únicamente tienen problemas con la gestación. A las parejas homosexuales u hombres y mujeres en solitario, les permite tener al menos el 50% de vinculación genética sin que la mujer gestante tenga ningún tipo de vínculo.

No obstante, Helena Ragone (2003) se pregunta por qué en los casos donde no puede existir un vínculo genético completo entre los IP y el bebé, no se utiliza preferentemente la gestación subrogada tradicional, que supone una opción menos medicalizada y también más económica. De acuerdo con la autora, la respuesta es sencilla. Al realizar la gestación con óvulos donados, se elimina el vínculo genético de la gestante con el bebé que nacerá. Sin embargo, pese a este esfuerzo de separar la gestación del vínculo genético, las mujeres gestantes entrevistadas en la etnografía de Amrita Pande (2009) reivindicaban que, aunque la carga genética no es suya, sí aportan algo al bebé que nacerá. La socióloga muestra cómo para las gestantes indias los lazos de parentesco encuentran su base en las sustancias corporales que comparten con los bebés como, por ejemplo, la sangre, la leche materna o el tiempo compartido durante la gestación y el parto. De acuerdo con la autora, cuando las mujeres gestantes enfatizan las conexiones basadas en las sustancias corporales compartidas, desestiman los lazos que el bebé tiene con los IP. Las gestantes, de esta forma, desafían las jerarquías establecidas en las relaciones de parentesco.

Como consecuencia, una de las principales características de la gestación subrogada consiste en la disección de la paternidad y maternidad biológica en hasta cinco funciones distintas, que no son realizadas necesariamente por la madre o padre de intención. Por tanto, esta práctica implica una combinación diversa de personas y contribuciones genéticas. En la tabla que se encuentra a continuación, se muestran todas las combinaciones posibles:

Tabla 2. Posibles combinaciones de gametos y técnicas de reproducción asistida según IP y aportación genética.

| Gestante y TRA | Origen de los gametos | Herencia genética | Comitante(s) |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Gestante + FIV (no aporta gametos) | Gametos de los IP Ovocito IP + Esperma IP | Materna y paterna IP | Pareja heterosexual |
| | Con gametos de donante Ovocito donante + Esperma IP | Hombre IP Donante ovocito | Pareja heterosexual Pareja homosexual Persona en solitario |
| | Con gametos de donante Ovocito IP + Esperma donante | Mujer IP Donante esperma | Pareja heterosexual |
| | Con gametos de donantes Ovocito donante + Esperma donante | Donante ovocito Donante esperma | Persona en solitario Pareja heterosexual Pareja homosexual |
| Gestante + aporta gametos (IA o FIV) | Ovocito de gestante + Esperma IP | Gestante Hombre IP | Persona en solitario Pareja heterosexual Pareja homosexual |
| | Ovocito de gestante + Esperma donante | Gestante Donante esperma | Persona en solitario Pareja heterosexual Pareja homosexual |

Fuente: Elaboración propia a partir de "Aspectos medico-biológicos de la subrogación uterina" Boada, M. y Coroleu, B. (2010, p.20) en *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*. Fundació Victor Grífols i Lucas.

Para comprender mejor cómo funciona el proceso de reproducción asistida que tiene lugar en la gestación subrogada, a continuación se describen las fases que esta comprende. No obstante, cada proceso presenta sus propias características y existen algunas diferencias entre países pero, *grosso modo*, se puede afirmar que existen tres fases principales.

La primera de ellas consiste en la provisión de gametos, en la que a la madre de intención o proveedora de óvulos, previamente sometida a una estimulación ovárica, se le practica una extracción. El padre de intención o donante, realiza también la provisión de espermatozoides.

La segunda de fase consiste en la fertilización, donde se fecundan un número de óvulos determinado con el espermatozoides, que dan lugar a los embriones. Esta segunda fase también implica una serie de análisis cromosómicos conocidos como diagnóstico genético preimplantacional¹⁰ (en adelante DGP). Este diagnóstico permite elegir los embriones más viables, y asegurar que los implantados carecen de deformaciones cromosómicas. Esta prueba hace también posible la elección de sexo, práctica que está permitida en algunos lugares, como es el caso de California, y que es conocida como *gender balancing*¹¹ (Darnovsky, 2004).

La tercera fase es la de transferencia, donde uno o varios embriones se transfieren al útero de la mujer gestante. El óvulo u óvulos fecundados pueden ser transferidos "en fresco"¹², o bien puede realizarse con embriones previamente congelados.

Para una transferencia en fresco es necesario que los ciclos menstruales de la mujer gestante y la mujer que proveerá los óvulos se sincronicen, esto se consigue a través de la administración de hormonas a ambas mujeres. En el caso de la transferencia de óvulos previamente congelados, a la mujer gestante se le administrarán también hormonas

¹⁰ Se trata de un diagnóstico genético que 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.

¹¹ Antes de la transferencia de embriones la selección de género se puede definir mediante el DGP. Este proceso implica el análisis de embriones durante las etapas de desarrollo. Al tercer día de la fecundación, el embrión llega a la etapa de 8 células y una de ellas es separada para la prueba. Este desglose cromosómico permite determinar si el embrión es masculino o femenino. Cuando existe un cromosoma Y, especifica que el sexo del embrión es masculino. Los embriones del sexo deseado se preparan para la transferencia. El DGP tiene un 99% de precisión para la selección de sexo. La legislación americana entiende que es posible que una pareja quiera el equilibrio familiar con el objetivo de experimentar la crianza de ambos sexos. Cerca del 50% de los DGP (técnica que permite el análisis genético del embrión) realizados en Estados Unidos únicamente buscan conocer el sexo del bebé y no determinar la presencia de alguna anomalía genética (web Babygest). Aquí un ejemplo: www.fertility-docs.com/programs-and-services/gender-selection/select-the-gender-of-your-baby-using-pgd.php?utm_expid=859852-28.SmSOizrPR_GMQh93q4lyqw.0&utm_referrer=http%3A%2F%2Fwww.fertility-docs.com%2F

¹² La transferencia en fresco o congelada dependerá de si tanto quienes donan gametos como la gestante pueden ser coordinados. Esto implica que todas las personas que participan en el proceso deben estar presentes en el momento de la transferencia embrionaria.

para que su útero esté listo para el anidamiento. Habitualmente los IP viajan al país donde reside la mujer gestante para realizar la provisión de gametos.

La forma de trabajar de las clínicas puede variar, pero a continuación muestro cómo se realiza un proceso de gestación subrogada con ovodonación donde se realiza una transferencia en fresco. Esta práctica, como mostraré en el capítulo 9, se da en un 28,9% de los casos de la muestra analizada para esta investigación.

Tabla 3. Etapas en la creación de embriones y su implantación en un proceso de gestación subrogada con donación de óvulos (madre de intención o proveedora de óvulos)

| | |
|--|---|
| Día dos o día veintiuno del ciclo menstrual de la mujer gestante | Las hormonas naturales de la mujer gestante son reguladas con un tratamiento hormonal. |
| Doce días después | Se confirma a través de un escáner de ultrasonido vaginal que la mujer gestante ha regulado sus hormonas. |
| Después de esto | La proveedora de óvulos o madre de intención comienza un tratamiento diario para aumentar su producción de óvulos. La mujer gestante comienza un tratamiento con estrógenos para que su útero esté preparado para la implantación del embrión. |
| Cuando ambas, la mujer gestante y la madre de intención o proveedora de óvulos están listas, normalmente de 12 a 14 días después del paso previo | Todos los óvulos que se consideran viables, se fertilizan con esperma. |
| De dos a cinco días más tarde | Entre uno y tres embriones y en ocasiones más (dependiendo de la regulación de cada país y de las preferencias de los IP) son trasplantados al útero de la mujer gestante. El resto de embriones de buena calidad se congelan por si fueran necesarios en futuros intentos. |
| De 10 a 14 días más tarde | Se confirma o no el embarazo. |
| 6 semanas después de un resultado positivo de embarazo | Se lleva a cabo un escáner para conocer la viabilidad del embarazo. |
| Si el tratamiento no ha tenido éxito o no ha habido embarazo. | Se aconseja a la mujer gestante parar la medicación, como consecuencia tendrá una menstruación más abundante de lo normal. Si todas las partes involucradas deciden probar con otra transferencia, la mujer gestante deberá esperar al menos un mes antes de que el tratamiento pueda reanudarse. |

Fuente: Elaboración propia a partir de la *Human Fertilisation and Embriology Authority* www.hfea.gov.uk

En cuanto a las características del proceso de gestación subrogada, estas son acordadas y calendarizadas en un contrato que firman todas las partes involucradas en el proceso. Pero en el que la mujer gestante tiene un especial protagonismo, porque es sobre ella, su cuerpo y sus capacidades reproductivas sobre las que, sobre todo, que se realiza la negociación. Los extensísimos contratos de gestación subrogada comprenden aspectos como, por ejemplo, el número de embriones que una mujer está dispuesta a implantarse (este aspecto en ocasiones está regulado por ley, en ocasiones no), la

posibilidad de practicar una reducción embrionaria¹³, la posibilidad de un aborto en caso de alteración cromosómica, responsabilidades en caso de incumplir el contrato, etc. Difícilmente, se deja al azar ninguna de las situaciones que tienen lugar durante un proceso de gestación subrogada.

3.3.1. El modelo altruista y el modelo comercial

Para seguir profundizando en el conocimiento de la gestación subrogada, abordo a continuación, una de las categorías sobre las que más se ha escrito y más discusión pública genera: el modelo altruista y el modelo comercial. La diferencia fundamental entre ambos modelos radica en que en el primero, la mujer gestante no recibe compensación económica alguna a cambio de la gestación, el parto y el proceso previo de preparación a la FIV. Mientras que en el segundo caso, la mujer gestante sí la recibe.

El modelo altruista es denominado así porque la mujer gestante únicamente obtiene un reembolso de los gastos médicos directamente derivados del embarazo, y de aquellos otros gastos relacionados con el proceso de embarazo y el nacimiento del bebé (ropa, alimentación, medicación, transporte, etc.). Si la mujer gestante trabaja de forma remunerada, también le son compensados los días perdidos a causa del embarazo. La gestación subrogada altruista también puede ser tradicional o gestacional, y es más común entre familiares o amistades cercanos. Aunque también se da entre personas desconocidas (Bromfield & Rotabi, 2014).

Por el contrario, la gestación subrogada comercial tiene lugar a través de una transacción explícita de mercado en la que mujer gestante e IP, que habitualmente no se conocen entre sí, son reunidos por intermediarios de mercado con el propósito de que nazca un bebé. La mujer gestante en este caso recibirá una remuneración a cambio de su labor. El importe dependerá de diversos factores como, por ejemplo, el país en que se realice la gestación subrogada, la oferta y la demanda existente en el lugar, el *caché* de la mujer gestante, que sobre todo viene dado por la tasa de éxito de embarazos anteriores, etc. (Widdance-Twinne, 2011)

Si las mujeres gestantes deben recibir una remuneración o no, es uno de los grandes temas de discusión en el contexto global, y también lo es en el Estado español. Habitualmente, se considera que el modelo altruista es el marco óptimo en el que desarrollar la gestación subrogada. Esto se debe a que, socialmente se espera y se desea, que la motivación principal de las mujeres gestantes no sea económica, sino altruista. Es decir, que su participación en el proceso esté motivada por el deseo de ayudar y no por el beneficio económico. Detrás de este posicionamiento se encuentra una idea de

¹³ La reducción embrionaria selectiva tiene consiste en la interrupción selectiva del crecimiento de uno o más fetos con el propósito de disminuir el número de embriones evolutivos. Sin embargo, no es una técnica inocua ya que conlleva un riesgo de pérdida fetal completa de un 10-15%. La reducción embrionaria se práctica en casos de embarazo múltiple, especialmente con triples o mayores (Matorras & Hernández, 2007).

feminidad en la que las mujeres son cuidadoras innatas y sacrificadas, así como la consideración de la maternidad como algo sacrosanto, que no debe corromperse mediante la retribución económica.

A pesar de que difícilmente se puede compensar algo como un embarazo y un parto, (¿cómo cuantificarlo?) muchas de las mujeres gestantes, aunque movidas por el altruismo que seguro implica formar parte de un proceso de estas características, sí encuentran en la compensación económica un motivo de peso para involucrarse en un proceso de gestación subrogada. Heather Jacobson (2016) expone cómo en las entrevistas realizadas a las mujeres gestantes americanas entrevistadas para su etnografía, ambas motivaciones estaban presentes. Estas relacionaban el corazón con las motivaciones altruistas, y la cabeza con las motivaciones económicas, y ambas reflexiones estaban presentes en todos los testimonios. Para otras mujeres, en cambio, su trabajo como gestantes supone estrictamente una forma de subsistencia, no solo para ellas sino para sus familias (Pande, 2009; SAMA, 2012; Panitch, 2013)

A modo de ejemplo, en el caso de Reino Unido, donde el modelo regulador bajo el que se desarrollan los acuerdos de gestación subrogada es el altruista, se estipula que las mujeres gestantes pueden recibir una compensación económica que la ley denomina “razonable” pero de la que no especifica la cantidad. Este modelo tiene como consecuencia un número reducido de casos. Durante el periodo 2013-2014 solo se dieron 189 gestiones de *Parental Order*¹⁴ que correspondían a casos de gestación subrogada en el país. Este reducido número de casos tiene su causa, en primer lugar, en el pequeño número de mujeres gestantes disponible. En segundo lugar, en el país convive el modelo altruista, regido por la ley británica, con los casos de gestación subrogada transnacional. De acuerdo con el estudio *Surrogacy in the UK: Myth Busting and Reform*, se desconoce el número de casos existentes bajo el supuesto comercial porque, de acuerdo con el equipo de investigadoras, “no existen datos concluyentes sobre los procesos de gestación subrogada en Reino Unido, ya sean realizados mediante el modelo altruista en el mismo país o en países extranjeros” (Horsey, 2015, p.12).

En el marco de esta misma investigación se llevó a cabo una encuesta dirigida a diferentes actores involucrados en procesos de gestación subrogada. Obtuvieron 107 respuestas de mujeres gestantes, de las cuales el 27% recibió una compensación económica de menos de 10.000 libras, el 68% cobraron entre 10.000 y 15.000 libras y el 4.7% cobró entre 15.000 y 20.000 libras (Horsey, 2015). Las cifras más altas recibidas por las mujeres gestantes pueden asimilarse a los importes recibidos por algunas mujeres gestantes en Estados Unidos, donde el modelo que impera es el comercial.

¹⁴ Obtener una *Parental Order* transfiere los derechos legales de la mujer gestante a los IP, es decir, convierte a los IP es padres legales de la criatura, y debe hacerse en los primeros seis meses de vida del bebé, no se puede optar a ella si eres una persona soltera o no si en la pareja ninguna de las dos partes tiene vinculación genética al bebé, en ese caso la opción para el reconocimiento parental es la adopción.

Por último, Shraryn Roach Anleu (1992) realiza una interesante aportación, y sostiene que la distinción entre gestación subrogada comercial y altruista es socialmente construida, y responde a una idea de feminidad tradicionalmente estereotipada:

Ambos tipos de gestación subrogada implican la aplicación de normas generalizadas de género, especificando que las motivaciones de las mujeres para tener hijos deben basarse en la emoción, el desinterés y el cuidado, y no en el interés propio, el incentivo financiero o el pragmatismo (p.32).

3.4. Orígenes de la gestación subrogada

De acuerdo con la literatura especializada la gestación subrogada como práctica no es una novedad o, al menos no es una práctica absolutamente nueva a través de la que acceder a la maternidad y la paternidad. La modalidad tradicional se remonta a tiempos bíblicos, y el primer caso se encuentra documentado en el Antiguo Testamento (Génesis 16, 1: 6; 30, 01:24):

Sarah, que era infértil pidió a su marido Abraham que tuviera una relación sexual con su criada, Agar, con la intención de producir un bebé que Sarah criaría como propio. A su debido tiempo Agar dio a luz a un bebé (Widdance-Twine 2015, p.16).

La literatura sobre el tema también apunta otra forma de gestación subrogada que tenía lugar en la Edad Media:

Las mujeres de clase alta, de manera habitual, cedían sus hijas e hijos recién nacidos a las nodrizas, quienes a cambio de una retribución asumirían el cuidado y el amamantamiento de un niño o niña adicional. Las criaturas vivirían con las nodrizas durante el primer año de vida mientras las madres simplemente realizaban visitas ocasionales (Spar, 2006, p.73).

Los estudios antropológicos también documentan sociedades donde madres y padres biológicos y sociales no son los mismos. Por ejemplo, entre las personas pertenecientes a los Kgatla en Sudáfrica, cuando una pareja no tiene hijos, otra puede decidir que el próximo hijo propio que nazca será para una pareja infértil (Anleu, 1992). Aunque en general, prácticas como esta se dan “todos los sistemas sociales donde los hombres casados con mujeres con problemas de fertilidad utilizaban a esclavas o concubinas para poder tener hijos en su matrimonio” (Jacobson, 2015, p.11).

En lo que se refiere al mundo contemporáneo, los inicios de la gestación subrogada se remontan a los años 70 en Estados Unidos, concretamente en el estado de California. En ese periodo era posible encontrar anuncios en los periódicos, en los que parejas heterosexuales con problemas de fertilidad buscaban mujeres que pudieran gestar a sus futuras hijas e hijos a cambio de una remuneración acordada previamente (Ekman,

2013). Como he comentado anteriormente, el mercado de la gestación subrogada se inicia primero alrededor del modelo tradicional, en el que las mujeres eran inseminadas artificialmente con el esperma del padre de intención. A continuación, la mujer gestante renunciaba a sus derechos parentales, y la madre de intención adoptaba al bebé (Jacobson, 2016).

En este contexto, fueron mayoritariamente abogados, pero también algunos médicos, quienes vieron una oportunidad de negocio en los contratos de gestación subrogada. Estos colocaron anuncios en periódicos pidiendo a las mujeres que fueran gestantes, redactaron los contratos y, en general, supervisaban el proceso. Pero, en realidad, era todavía un territorio inexplorado. Fue Noel Keane, un abogado estadounidense, quien en 1980 creó la primera agencia *Surrogate Family Service Inc.* en Michigan, y fue precisamente él quien documentó el primer nacimiento por gestación subrogada a través de inseminación artificial en el año 1976 (Ekman, 2013). Mientras que el primer caso documentado de gestación subrogada a través de FIV, se registró en 1985 también en Estados Unidos.

En Europa, la primera gestación subrogada gestacional tuvo lugar en Reino Unido en 1989, a cargo de los doctores Patrick Steptoe y Robert Edwards (Brinsden, 2016). Sin embargo, hasta finales de los años 70 y principios de los 80, el ámbito de la gestación subrogada no estaba estructurado y aún no había sido institucionalizado. En otras palabras, las reglas que existían eran poco claras y cualquier estructura era *ad hoc* (Jacobson, 2016).

En este escenario, las mujeres gestantes en ocasiones recibían un pago por sus servicios, y a veces solo recibían el importe correspondiente a los gastos médicos que implicaba el proceso. Los IP y las mujeres gestantes a veces interactuaban frecuentemente durante el proceso pero, en otras ocasiones no había prácticamente ninguna interacción entre las partes (Ragone, 1994). “La mayoría de las mujeres que actuaron como gestantes lo hicieron solo una vez, y había muy pocas, quizás solo un centenar en 1981” (Field, 1990, como se cita en Spar, 2000). Durante los primeros años este mercado emergente era todavía pequeño, solo había unos pocos intermediarios y el auténtico mercado, tal y como lo conocemos hoy, todavía estaba por llegar.

Esta falta de reglamentación y previsión dio lugar a casos en los que hubo desacuerdos entre las partes. El caso más referenciado en la literatura, es quizás, el conocido como caso *Baby M*. En 1986 en New Jersey, Mary Beth Whitehead dio a luz un bebé para una pareja heterosexual en la que la mujer tenía una esclerosis múltiple que no le permitía gestar. La señora Whitehead recibió 10.000 dólares en contraprestación. Esta pareja había puesto un anuncio en un periódico buscando una mujer que pudiera gestar a su futura hija o hijo. Una vez nacido el bebé, fruto de una inseminación artificial, la señora Whitehead decidió romper el contrato y mudarse a otro estado, Florida, donde intentaría vivir con el bebé resultante del esperma del padre de intención y su propio

óvulo. El caso llegó a los tribunales y el juez de primera instancia otorgó la custodia al matrimonio Stern, y determinó que el contrato no era válido. Posteriormente el Tribunal Supremo revocó el fallo declarando la nulidad del contrato, pero mantuvo la tutela a favor de los Stern. Finalmente, y después de diez años de litigio, la Corte reconoció a la señora Whitehead como madre biológica y le concedió el derecho de visitas pactadas (Meinke, 1988). Esta era la primera vez que un tribunal americano se pronunciaba sobre la validez o no de un contrato de gestación subrogada.

Otro caso frecuentemente referenciado en la literatura relacionada con los orígenes de la gestación subrogada es el caso Kim Cotton¹⁵, que fue la primera mujer gestante europea. El caso tuvo lugar en 1985 en Reino Unido. Una pareja heterosexual sueca casada y con problemas de fertilidad, contrató los servicios de una de las agencias nacidas en Estados Unidos, que se comprometió a buscar una mujer que pudiera gestar un bebé para la pareja. Esta es una de las primeras experiencias de atención reproductiva transfronteriza.

Una vez nacido el bebé, un funcionario del Servicio Social Gubernamental realizó una denuncia ante un Tribunal, que decidió que la menor debía permanecer bajo la custodia del hospital. Posteriormente, la Corte Superior Civil de Londres consideró que la niña debía ser entregada a la pareja contratante mediante el correspondiente trámite de adopción (Mir, 2010).

Este caso sirvió para abrir un debate social. Desde que Kim Cotton decidiera dar aquel primer paso, la sociedad médica británica no ha dejado de discutir sobre la ética de la gestación subrogada.

A partir de ese momento, se sientan las bases para la expansión de la gestación subrogada en el mundo, primero en Estados Unidos bajo el modelo comercial, y en Reino Unido con el modelo altruista. Pero, sin duda, será el modelo comercial el que se expanda con más éxito imponiéndose en lugares como India, que se caracterizó en sus inicios por ser el país con la demanda más alta de gestación subrogada. El país llegó a crear un volumen de negocio que, de acuerdo la Confederación de la Industria India, se estimaba que produciría un beneficio de 2.3 billones de dólares en 2012 (Sengupta, 2011).

El modelo comercial se extendería también a otros países de Asia como, por ejemplo, Tailandia o Camboya, pero también a Ucrania, Rusia o México, por mencionar algunos de los países que han sido un destino habitual para las personas españolas.

¹⁵ Kim Cotton y Gena Dodd, quien fue madre a través de gestación subrogada, crearon en 1988 la *Childlessness Overcome Through Surrogacy (COTS)*¹⁵, una asociación sin ánimo de lucro que en la actualidad es una de las entidades de referencia en Reino Unido. Se trata de una de las primeras organizaciones que surgió con el objetivo de dedicarse a poner en contacto mujeres que se ofrecen para ser gestantes, con personas que desean tener hijos y no pueden tenerlos por sus propios medios.

3.5. La inexistencia de datos sobre gestación subrogada

A pesar de que son numerosos los informes que han documentado el aumento de la práctica de la gestación subrogada a nivel global, una de las características que define este proceso es la gran ausencia de cifras. No existen datos fiables sobre el número de gestaciones subrogadas realizadas en el mundo, así como tampoco sobre el número de niñas y niños nacidos a través de ella, o sobre las características de estos procesos. Este hecho constituye una gran dificultad para el desarrollo de políticas relacionadas con la gestación subrogada transnacional ya que no existen datos fiables sobre el alcance, la distribución y los participantes del fenómeno (Deonandan, 2015), pero también suponen un hándicap para la investigación.

De acuerdo con el informe del *European Parliament's Committee on Legal Affairs* (2013) los factores que explican la dificultad en la recogida y el registro de datos sobre gestación subrogada se deben, principalmente, a tres razones. En primer lugar, la gestación subrogada tradicional realizada a través de inseminación artificial, no requiere necesariamente una intervención médica y, por tanto, se puede organizar de manera informal entre las partes interesadas.

En segundo lugar, a pesar de que la gestación subrogada gestacional sí requiere de intervención médica, no necesariamente se registra el acuerdo de subrogación, y a menudo solo queda registro del proceso de FIV.

En tercer lugar, en muchos países simplemente no hay disposición legal o reglamentaria al respecto, aunque no esté legalmente prohibido. Esto significa que no hay mecanismos formales de comunicación que puedan conducir a una recopilación de datos *ad hoc* de las estadísticas de las clínicas o agencias que trabajan en el tema.

A estos motivos hay que añadir también los aportados por Kirsty Horsey (2015) en su reciente investigación llevada a cabo en Reino Unido. La autora apunta que diferentes administraciones del gobierno recogen datos correspondientes a diferentes partes del proceso que más tarde no son puestas en común, lo que también dificulta la obtención de datos fiables.

En esta línea, Viveca Söderström-Anttila y Saumya Pant (2016), apuntan que la mayoría de los estudios realizados sobre gestación subrogada tienen importantes limitaciones metodológicas, y la investigación sobre los resultados y los actores involucrados es muy limitada, aspecto que también limita la consecución de datos fiables.

Por tanto, a pesar de la importancia del fenómeno, parece no existir ni la capacidad ni los mecanismos para registrar, contabilizar y clasificar los casos de gestación subrogada a nivel global ni tampoco nacional.

No obstante, se cuenta con algunas estimaciones como, por ejemplo, las cifras citadas sobre Estados Unidos, de acuerdo con las que son más de 1.000 los nacimientos anuales fruto de gestación subrogada (Armour, 2012). El equipo del *National Assisted Reproductive Technology Surveillance System Group* pone la cifra en un total de 30.927 tratamientos de TRA con mujeres gestantes entre 1999 y 2013, lo que supone que el 2% del total de todos los tratamientos de TRA realizados en el país implicaron la participación de una mujer gestante. Las cifras existentes apuntan a un aumento en el número de casos, ya que en 2009 el número de tratamientos en el que participaron mujeres gestantes, era solo del 1%, equivalente a 727 casos, mientras que en 2013 aumentó al 2,5% del total, lo que supuso un total de 3.432 casos. De este total, el 16% fueron tratamientos donde los IP no eran de nacionalidad estadounidense sino que procedían de otros países.

Este mismo informe señala que, respecto a los IP extranjeros, entre 1999 y 2005, hubo un descenso de estos casos, del 9,5% al 3%, mientras que entre 2006 y 2013 se dio un aumento del 6,3% al 18,5% (Perkins, Boulet, Jamieson & Kissin, 2016). Estos datos pueden deberse, de acuerdo Jennifer Merchant (2016), a que aunque los IP tienden a realizar los procesos de acuerdo con la legalidad, puede que algunas personas lleven a cabo sus procesos prescindiendo de los servicios de abogados o clínicas reconocidas por el CDC, que es el organismo que recopila datos en última instancia. En consecuencia, la información sobre el alcance de la gestación, ya sea dentro de un país específico o a nivel transnacional, es escasa, ya que no existe un sistema internacional sólido de recogida de datos ni tampoco de sistematización de los mismos. Mientras tanto, aproximadamente el 5% de toda la atención de la fecundidad en Europa probablemente implica viajes transfronterizos (Deonandan, 2015).

El caso del Estado español no es diferente. No existen datos respecto al número de niñas y niños nacidos por gestación subrogada, ni a escala global ni tampoco segregados por país de nacimiento. Las únicas cifras existentes surgen de la entidad SNH y también de la prensa escrita¹⁶, donde habitualmente no se citan las fuentes de las que provienen los datos. No obstante, y de acuerdo con estas fuentes, en el Estado español los nacimientos anuales por gestación subrogada están alrededor del millar. Algunas investigadoras, sin embargo, afirman que estos números podrían ser estimaciones al alza, porque algunos de los actores pueden estar interesados en crear un estado de la cuestión que no se corresponde al 100% con la realidad

Por último, la falta de datos tiene también otras consecuencias. De acuerdo con Horsey (2015) “como resultado de la falta de buenos datos, han nacido varios mitos sobre la gestación subrogada, que han informado gran parte del debate público,

¹⁶ Por ejemplo: www.abc.es/sociedad/20140710/abci-registro-hijos-maternidad-subrogada-201407092151.html
www.rtve.es/noticias/20140801/preguntas-respuestas-sobre-gestacion-subrogada-vientres-alquiler/976260.shtml

político, jurídico y social sobre la subrogación y que han de tenerse en cuenta” (p.12). Un proceso similar ha tenido lugar en el Estado español, y lo abordaré en el capítulo 6 de esta tesis doctoral.

3.5.1. Factores explicativos del incremento de casos y visibilidad de la gestación subrogada

A partir de la investigación que he realizado y, a pesar de las dificultades señaladas para cuantificar los casos de gestación subrogada, sí puedo señalar una serie de factores que indican un aumento de la gestación subrogada en el Estado español.

En primer lugar, una simple búsqueda en Internet revela la existencia de un gran número de agencias¹⁷. Estas hacen de intermediarias entre los IP españoles y las clínicas o agencias de terceros países donde se desarrolla la gestación subrogada. Muchas de estas agencias son fundamentalmente bufetes de abogados, aunque a menudo también son creadas por los propios IP, que utilizan su experiencia previa para orientar a otras personas en sus procesos.

En segundo lugar, existen también numerosos blogs personales¹⁸ donde los IP comparten sus experiencias durante el proceso de gestación subrogada. Estos blogs contienen la información más actual respecto a todos los aspectos del proceso, incluyendo valoraciones de agencias, clínicas, etc. La información sobre gestación subrogada se ha convertido en fácilmente accesible a través de Internet, haciendo de los acuerdos transnacionales una opción realista. El auge de Internet en las décadas pasadas ha dado lugar a un aumento en la cantidad de información disponible para las personas que están haciendo búsquedas sobre los servicios comerciales de gestación subrogada. Ahora es más fácil que nunca comparar precios, servicios y encontrar ayuda por parte de terceros, ya sea de forma mercantil o desinteresada.

En tercer lugar, los medios de comunicación se hacen eco del objeto de estudio de manera habitual. Durante los últimos meses aparecieron noticias prácticamente a diario en diversos medios de comunicación. Existen también numerosas referencias a la gestación subrogada en el ámbito de la cultura popular, como pueden ser las series de televisión. Por ejemplo las ficciones como *The Vessel* en Reino Unido, *The New Normal* en Estados Unidos, o *La Riera* en Cataluña.

En cuarto lugar, también ha habido un reciente aumento en la jurisprudencia respecto a las inscripciones en el Registro Civil de las niñas y niños nacidos por gestación subrogada, y las licencias parentales obtenidas por sus progenitores. Pero quizás, la señal inequívoca de que la práctica sigue creciendo, es la incidencia política realizada

¹⁷ He contabilizado 21 agencias españolas que surgieron a partir del año 2007, a pesar de que buena parte de ellas aparecen a partir del año 2012.

¹⁸ Una muestra de los blogs personales: <https://formarfamilia.wordpress.com>; <https://parejade3.com>
<http://maternidadsubrogadaucrania.blogspot.com.es>; <http://theirbuninmyoven.blogspot.com.es>

por las dos asociaciones que trabajan por la regulación de la gestación subrogada en el estado Español: SNH y la Asociación por la Gestación Subrogada en España. Esto se concreta en la propuesta de una iniciativa legislativa popular (en adelante ILP), que propone la regulación de la gestación subrogada en el país. A pesar de que esta iniciativa no llegó al Congreso de los Diputados, puede considerarse la génesis del debate actual sobre su regulación, como mostraré en el capítulo 6.

En quinto y último lugar, la dificultad para llevar a cabo adopciones, ya sean de tipo nacional o internacional, es a menudo señalada como motivo del incremento de casos de gestación subrogada. Tal y como muestran los datos, acceder a una adopción internacional se ha convertido en un proceso dificultoso. En el caso del Estado español la tasa de este tipo de adopciones en los últimos años ha descendido significativamente.

2004 fue el año con más adopciones internacionales, se calcula que fueron un total de 45.000 las llevadas a cabo en todo el mundo (Selman, 2012). En el caso del Estado español, para ese mismo año, fueron 1.500. Pero desde ese momento comenzaron a disminuir en número. A modo de ejemplo, el pasado 2015 fueron 80 el número de adopciones nacionales en Cataluña, y 150 las adopciones internacionales. Si comparamos los datos de adopción con otros sobre gestación subrogada, se aprecia que aproximadamente 20.000 niñas y niños nacen anualmente por esta vía en el mundo, un número superior al de adopciones el año 2012, y cuya expectativa es que siga creciendo (Scherman, Misca, Rotabi & Selman, 2016).

Por último, a pesar de los indicadores comentados, la ausencia de datos y la tendencia generalizada a la fragmentación en su abordaje, así como la ausencia de investigaciones que enfoquen de manera integral y sistemática el fenómeno, dificulta enormemente conocer su dimensión real, impacto y alcance.

En este capítulo he definido la gestación subrogada desde un punto de vista conceptual, he situado sus orígenes y los principales debates que esta implica. He definido también la gestación subrogada como un fenómeno transnacional que hace complejo su abordaje y cuantificación. El próximo capítulo está dedicado al marco teórico de la tesis doctoral, donde realizo una revisión de las principales contribuciones teóricas en el marco de la gestación subrogada, así como ofrezco una revisión del objeto de estudio desde las principales corrientes teóricas feministas.

Capítulo 3. Estado de la cuestión en la literatura feminista

1. Introducción

El surgimiento y la proliferación de nuevas tecnologías reproductivas llamaron la atención de sociólogas y antropólogas feministas que vieron en estas un ámbito relevante para examinar el cambio en las normas culturales en torno al género, la maternidad y la familia (Markens, 2007).

Por otro lado, la antropología, la sociología y las ciencias sociales, en general, nos sugieren que las personas damos sentido a nuestro mundo a través de categorías y aquellos fenómenos que, como sociedad, no nos encajan en esas categorías culturales son tratados como anomalías culturales (Teman, 2010). Además, de acuerdo con Teman (2010) y Susan Markens (2007), ello nos enseña mucho sobre cuáles son las categorías culturales que nos rodean e imperan en nuestra sociedad. La gestación subrogada es una anomalía cultural porque *a priori* no encaja en nuestros esquemas y, por eso, es un fenómeno que genera tanta incomodidad.

Con el objetivo de situar claramente el objeto de estudio, y aportar una lectura del tema desde diferentes puntos de vista, en primer lugar, apporto una revisión de las principales contribuciones de la literatura producida sobre el tema. Y en segundo lugar realizo una aproximación a la gestación subrogada desde los diversos feminismos, todos ellos interesados en el debate sobre el fenómeno desde sus inicios.

En el primer apartado, expongo cuáles han sido los principales debates que la práctica ha generado, desde sus inicios hasta la actualidad, para evidenciar cómo las discusiones teóricas se han movido del plano de la moralidad a teorizaciones más complejas, propias del contexto sociocultural y político actual. La dimensión global, de género y extrema corporeidad de la gestación subrogada (Pande, 2010) han obligado a las ciencias sociales a producir discursos cada vez más complejos que permitan explicar todas sus particularidades.

En el segundo apartado, realizo una lectura de la gestación subrogada desde las diferentes perspectivas feministas. Desde mediados de la década de 1980, con el caso *Baby M*, que situaría la gestación subrogada en la arena pública por primera vez, las feministas liberales adoptaron en general una postura positiva, enfatizando el derecho

de las mujeres a determinar sus derechos reproductivos y, por tanto, decidir libremente si querían o no participar como gestantes o proveedoras de óvulos en estos procesos. Mientras, las feministas socialistas y radicales se posicionaron en contra de esta, utilizando argumentos en la línea de la mercantilización de los cuerpos de las mujeres, de sus capacidades reproductivas y de las niñas y los niños que nacen fruto de la gestación subrogada, creando, en muchas ocasiones, una analogía entre esta práctica y el trabajo sexual.

Estos posicionamientos polarizados hicieron que los movimientos feministas se sintieran incómodos con el debate sobre la gestación subrogada, debido a que los argumentos contra esta iban en la misma línea que enfoques más conservadores sobre la maternidad, que la esencializaban como experiencia única, idea también presente, por ejemplo, en los grupos anti-elección¹⁹. Mientras, las argumentaciones que se inclinaban a favor de la gestación subrogada parecían apoyar el mercado y la mercantilización de los procesos reproductivos (Brunet, et al, 20013).

De forma más contemporánea, el debate sobre la gestación subrogada ha dado lugar a una tercera corriente, que hace una lectura de la práctica y sus implicaciones de forma situada. Estas aproximaciones feministas contemplan el fenómeno como parte de la realidad y tratan de encajarla de la mejor manera posible. El objetivo de esta corriente es conseguir la protección de las mujeres que participan en los procesos de gestación subrogada, poniendo en primer plano las intersecciones de etnia, clase y género, que durante algún tiempo permanecieron poco exploradas en la literatura sobre el tema. Por último, realizo una breve aproximación al feminismo postcolonial donde exploro la construcción de la identidad de las mujeres gestantes del Sur Global.

2. Revisión de la literatura sobre el objeto de estudio

La investigación sobre problemas sociales, a menudo, se centra en porqué un determinado tema se define como un problema social en un momento en particular, o en cómo cambia su definición a través del tiempo. De acuerdo con ello, la comprensión de la gestación subrogada y el debate que la rodea desde sus inicios, no pueden separarse de un análisis más amplio, que implica tener en cuenta el momento histórico en que entró a formar parte del imaginario social de la ciudadanía.

De forma general, el nacimiento de la gestación subrogada como un problema social de percepción pública puede considerarse el resultado del desarrollo de dos temas independientes, pero profundamente interrelacionados. En primer lugar, los cambios en las estructuras familiares y en los roles e ideologías de las mujeres y las madres. En segundo lugar, la definición de la infertilidad como un problema de salud pública, que

¹⁹ Los grupos anti-elección son los conocidos popularmente como pro-vida, no obstante, desde los feminismos se considera que la forma adecuada de denominar estos grupos es anti-elección, puesto que se oponen al derecho a decidir de las mujeres sobre sus embarazos.

fue de la mano de los debates sobre el desarrollo de nuevas tecnologías reproductivas (Brinsden, 2016). No obstante, y a pesar de que la gestación subrogada se sitúa en sus inicios exclusivamente en los Estados Unidos, el fenómeno se extiende y esto se refleja también en el diverso cuerpo teórico que pone la atención en diferentes debates en función del momento y el contexto sociopolítico y cultural donde esta se desarrolla. En esta sección exploro las principales contribuciones a la literatura científica sobre el tema.

La literatura en torno a la cuestión ha sido especialmente prolífica en los últimos años. Con la expansión de la gestación subrogada fuera de Estados Unidos, investigadoras de todo el mundo intensificaron la producción sobre el tema. Sin embargo, igual que los feminismos, estas contribuciones teóricas también han estado tradicionalmente posicionadas en los extremos. La práctica ha sido defendida desde el punto de vista de la autonomía reproductiva y la libre elección. Pero también ha sido fuertemente cuestionada por devaluar el embarazo y explotar la capacidad reproductiva de las mujeres. No obstante, en los últimos años, la gestación subrogada ha adquirido una deriva diferente debido a lo que se ha denominado "globalización de la maternidad" (Chavkin & Maher, 2013). Un escenario en el que las mujeres gestantes eran principalmente del Sur Global y los IP del Norte Global, hecho que añadía una dimensión de relación de poder a las dinámicas de intercambio comercial entre los diferentes actores que participan del proceso de la gestación subrogada.

Esta dimensión globalizada de la gestación subrogada hizo que los estudios se centraran en la ética y la legalidad de los contratos entre las mujeres gestantes y los IP. Pero, sin duda, el tema que hizo más controvertido el objeto de estudio fue, precisamente, que las mujeres gestantes fueran ciudadanas de países del Sur global. No obstante, algunas investigadoras como Pande (2014) han realizado valiosas aportaciones para romper con las construcciones eurocéntricas y morales sobre la gestación subrogada, proporcionando una comprensión del fenómeno situada en el contexto donde la práctica se desarrolla. Con ello la autora busca romper con la visión occidental, que había predominado en la literatura sobre la gestación subrogada hasta entonces.

Es importante tener en cuenta que, durante los últimos años, una parte considerable de la investigación sobre gestación subrogada se ha centrado en gran parte en India, y esto se debe principalmente a dos motivos. En primer lugar, India se convirtió en lo que algunas autoras han denominado la capital mundial de la gestación subrogada (Smerdon, 2008). En segundo lugar, la gestación subrogada desarrollada en el país presentaba características nunca vistas hasta entonces, lo que hizo de este un caso de estudio excepcional. La floreciente industria de la gestación subrogada en países del Sur Global, por tanto, creó un nuevo enfoque en la política global racial y de género del "turismo reproductivo" (Dempsey, 2013), que tuvo como consecuencia un cuerpo teórico nuevo.

En este contexto, parte de esta literatura se centró en las preocupaciones de tipo ético y moral, que tienen que ver especialmente con el desequilibrio que existe entre los principales actores implicados. Las relaciones de poder y desigualdad inherentes a la práctica han captado la atención investigadora, dado que, en muchos casos, los IP provienen del Norte global y las mujeres gestantes del Sur global. El necesario análisis de las intersecciones de género, raza, clase y nación, de acuerdo con algunas autoras (Bailey, 2011; Roberts, 2009, Vora, 2013; Pande, 2014; Rudrappa, 2015, entre otras), contribuye a crear relaciones de poder entre ambas partes. Tanto los debates políticos como los académicos se centran en el derecho de las mujeres a la libre determinación y la libertad reproductiva frente a la idea de explotación de las mujeres pobres, y la mercantilización de los niños nacidos por esta vía. La literatura señala que las tecnologías de la innovación en el marco de las relaciones desiguales llevan a intensificar, nunca a atenuar, las desigualdades y la explotación de los grupos implicados (Mies, 1994).

Por tanto, también se ha desarrollado un cuerpo teórico que hace hincapié en los múltiples sistemas de estratificación que son potencialmente reforzados por tales prácticas (Corea, 1986; Dworking, 1978; Harding, 1991; Neuhaus, 1988; Raymond, 1993; Roberts, 1997; Rothman, 1988; Colen, 1995).

En relación a esto, el enfoque de la mercantilización es también central en los trabajos de muchas autoras occidentales que escribieron sobre la ética de la gestación subrogada, especialmente a raíz del caso *Baby M* (Anderson, 1993; Pateman, 1998; Warnock, 1985). La idea de fondo en estos trabajos es, a grandes rasgos, que la gestación subrogada comercial es incorrecta porque “implica la asignación de un valor de mercado a un bien de valor inherente y, por tanto, reduce un agente humano al valor en dólares de las partes de su cuerpo”(Panicht, 2013, p.25).

Las etnografías han constituido una aportación de gran valor al cuerpo teórico sobre la gestación subrogada. hasta el año 2010, solo existía una: *Surrogate Motherhood: Conceptions of the Heart* (1994), que está basada en entrevistas sobre procesos realizados en Estados Unidos bajo el modelo tradicional, es decir, donde la mujer gestante también aportaba sus óvulos. Ragone (1994) realizó entrevistas con mujeres gestantes, madres y padres de intención y profesionales de las 8 agencias que, en aquel momento, conformaban la oferta en el mercado de la gestación subrogada. La autora documentó cómo las mujeres gestantes, a través del *coaching* ofrecido por las agencias y los grupos de ayuda mutua a los que asistían durante el embarazo, configuraron su participación en el proceso como una vocación, más que como un trabajo. Gran parte de lo que se sabe sobre gestación subrogada en Estados Unidos proviene del trabajo pionero de Ragone (1994), que “contextualizó el debate público sobre la gestación subrogada y dio un rostro y una voz a las mujeres gestantes” (Jacobson, 2016, p.22). Sin embargo, este trabajo no revolucionó el cuerpo teórico sobre el parentesco, sino que

“destacó elementos de la práctica que tienen que ver con lo que representa la familia para la clase media contemporánea, dando especial importancia al amor, la educación de las hijas e hijos y el compromiso con la institución” (Berend, 2016, p.5).

En cuanto a las etnografías elaboradas de forma más reciente, estas se ocupan en muchos casos de los nuevos planteamientos surgidos a raíz, como he dicho, de la expansión de la práctica a nuevos territorios, especialmente del Sur Global. En ese contexto la gestación subrogada fue el motor de una industria muy rentable y que abría la puerta a nuevos dilemas, que obligaban a las investigadoras a complejizar sus análisis.

Entre estas etnografías destacan las valiosas contribuciones de Pande (2014) con *Wombs in Labor: transnational commercial surrogacy in India* y, Sharmila Rudrappa (2015) con *Discounted Life: the price of global surrogacy in India*.

En primer lugar, Pande (2014) desarrolló su trabajo de campo en Anand, el lugar donde se inició la gestación subrogada comercial para personas extranjeras. En su etnografía, además de contextualizar el funcionamiento de la industria, muestra cómo las mujeres gestantes, a pesar de los estrictos ejercicios de control de las clínicas, desarrollan estrategias de resistencia para mantener el control sobre su capacidad reproductiva. La socióloga contribuyó al enfoque postcolonial a través de su retrato de las mujeres gestantes como mujeres que negocian las condiciones en que desarrollan su trabajo, e intentan dar significado a la práctica a través de sus prácticas de resistencia y las narrativas creadas por estas. La autora presenta una visión rompedora, ya que lejos de centrarse solamente en las desigualdades inherentes a la industria, propone realizar una mejor comprensión del nuevo mercado laboral que ha creado la gestación subrogada y del que participan, generalmente, las mujeres más pobres e “imagina un modelo internacional de subrogación de comercio justo basado en la apertura y transparencia en todos los intercambios comerciales, médicos y emocionales” (Pande, 2014, p.102).

En segundo lugar, Rudrappa (2015), centra su trabajo de campo en la ciudad de Bangalore, conocida como el centro global de la industria textil. Su análisis revela un contexto en el que las mujeres eligen dedicarse a esta forma íntima de trabajo. El tema común para todas las mujeres entrevistadas, 70 en total, es el deseo de ganar independencia económica, ya que sus vidas se caracterizan por la inestabilidad financiera. La socióloga del trabajo sostiene que, a pesar de que la industria reproductiva está organizada para controlar y desempoderar a las mujeres gestantes, estas valoraron sus experiencias, en general, positivamente. Consideran que su trabajo como gestantes tiene más sentido, es más creativo y seguro que el realizado en las fábricas textiles.

También destacan los trabajos que discuten cómo se emplean los discursos neoliberales en los casos de gestación subrogada transnacional, mientras en el proceso, crean una nueva forma de comprender la reproducción y la creación de parentesco (por ejemplo, DasGupta & DasGupta, 2014; Hochschild, 2012 y Nayak, 2014; Vora, 2013; Gupta, 2012;

Krolokke & Pant, etc.). También se ha generado un cuerpo teórico que pone el foco en el otro lado del proceso, el de los IP que realizan gestación subrogada en países del Sur Global (Arvidsson, Johnsdotter, Essén, 2015, por ejemplo)

Curiosamente, sin embargo, aunque ha habido trabajos etnográficos recientes sobre gestación subrogada, existe poca investigación empírica que detalle los procesos, las relaciones y la estructura de la gestación subrogada en Estados Unidos, así como en otros lugares. A través de entrevistas en profundidad con las personas participantes en estos procesos, Elisabeth Roberts (1993), en *Making babies (in public): Surrogacy, kinship and exchange*, exploró la realidad empírica de la gestación subrogada. A través de su trabajo de campo en una agencia de California. Igual que Ragone (1994), demostró que las mujeres gestantes estaban orgullosas de su labor, y lo consideraban una fuente de poder que mitigaba la diferencia socioeconómica que existía entre las mujeres gestantes y sus parejas. Mostró también cómo las mujeres gestantes subvirtieron el discurso que las consideraba mujeres antinaturales y desnaturalizadas.

Zsuzsa Berend, con su reciente etnografía en línea *The online world of surrogacy* (2016), examinó durante 9 años las discusiones en línea de las mujeres gestantes a través de *surromomsonline.com*, la principal web de apoyo mutuo para mujeres gestantes en Estados Unidos. La socióloga, da cuenta de que la relación entre mujeres gestantes y las madres y padres de intención, constituye un tema fundamental en la experiencia de gestación subrogada. Esta investigación comparte alguna similitud con otra destacada etnografía, *Birthing a mother* de Teman (2010), que explora la práctica en Israel. Este trabajo de investigación muestra cómo Israel estimula y a la vez controla estrictamente la práctica. El proceso descrito por Teman (2010), que realizó entrevistas y seguimiento a mujeres gestantes y madres de intención durante 8 años, conecta las narrativas de estas mujeres con el contexto sociocultural israelí y el marco regulatorio del gobierno pronatalista. Las mujeres gestantes israelíes, igual que las mujeres de las etnografías realizadas en Estados Unidos, utilizan palabras como “hacer de canguro”, “incubar” u “hornear”²⁰ para definir su papel en el proceso de gestación subrogada. Teman (2010) muestra también cómo mujeres gestantes y madres de intención negocian bajo la base del cuidado su esfuerzo de forma cooperativa. A través de una relación de fusión absoluta donde los síntomas físicos propios del embarazo son también vividos por la IP.

También destaca la contribución de Andrea Whittaker (2007, 2008), quien realizó su trabajo de campo en Tailandia, Laos y Camboya. Allí entrevistó a madres y padres de intención, profesionales del ámbito de la medicina, personal de las agencias y legisladores. Su trabajo muestra el modelo de negocio emergente que es la gestación subrogada en estos países, y cómo este influye en la libertad reproductiva y la agencia de las mujeres gestantes. También destacan los trabajos realizados en países donde la gestación subrogada está todavía poco investigada, como es el caso de Ghana, en el

²⁰ Términos originales: *babysitting, incubator, baking*

continente africano (Gerrits, 1999 y 2016) y el emergente caso de la gestación subrogada en Ucrania (Lance, 2016; Gryshchenko & Pravdyuk, 2016).

Además, la gestación subrogada por su clara intersección con el trabajo, también ha generado una amplia literatura alrededor de este tema. Destaca el trabajo de Jacobson (2016), que constituye la segunda etnografía publicada sobre gestación subrogada en Estados Unidos, *The labor of love: gestational surrogacy and the work of making babies*, y explora los motivos que hacen de la participación de las mujeres gestantes en la gestación subrogada un trabajo. Mientras que las mujeres gestantes entrevistadas por Ragone (1994) experimentaron la gestación subrogada como un acto a través del que “se da vida”, las mujeres gestantes entrevistadas por Jacobson (2016) centraron su discurso en la vivencia de la gestación subrogada como un trabajo. Estas, a pesar de utilizar el lenguaje del altruismo, expresaron que merecían una remuneración por las molestias que el proceso les genera a ellas y también a sus familias.

Además de estas relevantes tendencias en la investigación, también cabe destacar otras contribuciones y líneas de análisis. Es el caso, por ejemplo, de la atención reproductiva transfronteriza, fenómeno surgido a partir de la globalización de las técnicas de reproducción asistida, que adquiere una dimensión especial con la globalización de la gestación subrogada. (Crozier, 2010; Smith-Cavros, 2009; Inhorn, 2009; Ferraretti, Pennings, et al., 2009; Pennings, 2011),

También se han realizado estudios orientados a las políticas sobre la gestación subrogada y su revisión legislativa. (Charo, 1990; Field, 1990; Franklin, 1993; E. Nelson, 2013; Trimmings & Beaumont, 2013; Lamm, 2013; Brunet et al., 2013). Por ejemplo, Markens (2007), en su análisis de las respuestas legislativas a la gestación subrogada en Nueva York y California, muestra cómo los factores sociales y culturales dieron forma a los primeros debates públicos sobre la práctica en los años 1980 y 1990. Mientras que las publicaciones más recientes, exploran las legislaciones de diversos países y debaten si la práctica debería ser regulada o no, y a qué escala.

Asimismo, destaca la producción científica que trata con mayor amplitud las cuestiones legales, sociales y éticas relacionadas con las tecnologías de reproducción asistida y los cambios en la formación de la familia (Becker, 2000; Ettorre, 2002; Franklin, 1995; Horsey, 2015; Purdy, 1996; Roberts 1997; Rothman, 1989; Shanley, 2001; Solinger, 2005; Spar, 2006; Thomson, 2005). En el caso español, este es uno de los ámbitos más prolíficos, en el que se reflexiona sobre la pertinencia o no de la gestación subrogada como figura jurídica, y se interroga sobre las ventajas e inconvenientes de su regularización en el Estado español (Farnós, 2010, 2012, 2013; Igareda, 2015; Orejudo, 2013; Puigpelat, 2010)

El análisis de la formación de familias homoparentales a través de la gestación subrogada y sus experiencias ocupan, también, un lugar relevante en la literatura

(Bergman, Rubio, Green & Padrón 2010; Berkowitz, 2012; Dempsey, 2010; Smietana, 2013 y 2014). Estos trabajos exploran el significado y la gestión de la paternidad genética en la creación de las relaciones familiares, así como el significado de la paternidad en el marco de esta práctica. En una línea similar, destacan los estudios que se centran en conocer cuál es el encaje de la gestación subrogada en los miembros de las familias heterosexuales. Son reseñables las investigaciones, algunas de ellas longitudinales, realizadas en Reino Unido (Jadva, Imrie & Golombok, 2015; Imrie & Jadva, 2014; Jadva & Imrie, 2013; Golombok, 2015; Jadva, 2016; Golombok, et al., 2017).

En el caso del Estado español, la literatura sobre gestación subrogada es todavía incipiente, pero sí existen algunos proyectos de investigación, como el realizado por el grupo AFIN de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) “Deseos parentales y derechos reproductivos y filiales: miradas interdisciplinares sobre decisiones reproductivas y ‘orígenes’ en reproducción asistida, adopción y subrogación (2016-2019)”, que, a pesar de explorar un espectro más amplio, también trabaja el ámbito de la gestación subrogada. En la Universidad Complutense de Madrid (UCM), destaca el proyecto “Familias, centros de reproducción asistida y donantes: miradas cruzadas. Variaciones según modelos familiares y anonimato/no anonimato de la donación”, cuyas IP, Rivas y Álvarez, investigan sobre los puntos de vista, intereses y prácticas de los todos los actores implicados en la reproducción asistida: familias, proveedoras de gametos, clínicas de reproducción y agencias que median en los casos de gestación por sustitución en otros países.

Por último, también existe una línea posicionada que explora si el consentimiento libre es verdaderamente posible en el marco de un mercado neoliberal y donde hay una ausencia de requisitos éticos que lo favorezca (de Miguel, 2015; Nuño, 2016). También existe una producción realizada desde la perspectiva legal y ética que analiza las preocupaciones bioéticas que genera la práctica (Valls, 2015; Casado e Ibáñez, 2013 etc.). Existen también algunas publicaciones realizadas por los propios IP (Borràs, 2015).

2.1. La producción audiovisual como contribución al estudio de la gestación subrogada

Las tecnologías reproductivas, una vez inusuales, se han vuelto más comunes, hasta el punto de que se están introduciendo en la cultura popular cada vez más (Joffe & Reich, 2015). En este sentido, uno de los principales formatos donde la gestación subrogada se difunde con más asiduidad lo constituyen las producciones audiovisuales, que son utilizadas con un fin divulgativo pero también investigador.

El medio audiovisual tiene la capacidad de transmitir ideas de forma rápida a un gran número de personas y, por ello, las he considerado una contribución relevante al ámbito de estudio. Esto no quiere decir que los documentales deban ser tomados como una estricta fuente de información investigadora, pero sí merecen un análisis, puesto que exploran el ámbito de estudio desde diferentes puntos de vista. No voy a hacer aquí

mención de los numerosos reportajes, documentales y ficciones revisados para esta investigación, sino que a continuación solo menciono algunas de las principales contribuciones documentales que, por su contenido o punto de vista, he considerado especialmente relevantes para la tesis.

En primer lugar, el documental pionero sobre gestación subrogada y que ha contado con una amplia difusión, *Google baby* de Zippi Brand (HBO, 2009). Este documental explica el funcionamiento de la industria de la gestación subrogada a partir de diferentes casos de personas israelíes, que realizan sus procesos en India. El documental explica con detalle cada uno de los pasos que involucra un proceso de gestación subrogada.

En segundo lugar, *Breeders: A Subclass of Women* (Center for Bioethics and Culture, 2014), que muestra de forma crítica aspectos a menudo no tratados cuando se habla de gestación subrogada. Para ello entrevista a mujeres gestantes, personal médico, profesionales de la psicología y activistas, que se oponen fundamentalmente a la práctica de la gestación subrogada y dan ejemplo de las malas praxis que pueden tener lugar en el ámbito.

En tercer lugar, destaca el trabajo *Eggsploitation* (Center for Bioethics and Culture, 2009), que describe el mercado americano de la venta de óvulos y da testimonio de historias de mujeres que se involucraron en estos procesos. A menudo el proceso de provisión de óvulos se presenta como una práctica sencilla sin contraindicaciones, pero este documental muestra lo contrario y pone el foco para las consecuencias en la salud de las mujeres.

Por último, el documental *Made in India* (Rebecca Haimowitz y Vaishali Sinha's, 2011). Este sigue el caso de una pareja americana a través de todas las etapas de un proceso de gestación subrogada en India. Narra los obstáculos y motivaciones a los que se enfrentan ambas partes: los IP y la mujer gestante. La pieza audiovisual plantea también los dilemas legales y éticos que la práctica genera en un contexto comercial transnacional.

En el ámbito académico, Delphine Lance realizó en el marco de su tesis doctoral el documental *Paroles des Femmes Porteuses* (2014). Este audiovisual se basa en entrevistas a 8 mujeres gestantes americanas que han gestado bebés para IP de diferentes nacionalidades y opciones sexuales. El documental aborda 4 temas fundamentales: la motivación de las mujeres para ser gestantes, el proceso de decisión y el papel de sus familias en él, su rol como gestantes no-madres y la remuneración. Durante treinta minutos las mujeres gestantes ofrecen sus testimonios sobre experiencias al respecto de estos temas.

Por último, otra fuente de información a destacar son las producciones audiovisuales realizadas por los propios IP. En el caso del Estado español destacan los documentales *Welcome Home: una historia de familia* (Pablo Rogero, 2015), y *Surrogacy* (Igor

Lansorena, 2016), ambos documentales centrados en experiencias personales de procesos realizados en Estados Unidos.

3. Una aproximación a la gestación subrogada desde los feminismos

Esta sección pretende recoger las respuestas de las principales teorías feministas a la práctica de la gestación subrogada, sin embargo “no hay tal cosa como la perspectiva feminista sobre cualquier tema, por el contrario el feminismo representa una variedad de perspectivas filosóficas y políticas” (Parks, 2016, p.25). En base a ello, recogeré los principales enfoques de los feminismos y su reacción a la gestación subrogada, puesto que ninguna perspectiva feminista única ha cuestionado o dado respuesta a todos los desafíos que esta plantea.

En el planteamiento de este apartado, no distingo entre las posiciones de las diversas corrientes feministas de forma explícita, aunque de forma ocasional sí me refiero a ellas. Tampoco sigo estrictamente el desarrollo histórico de sus discursos. Y, por último, me abstengo de organizar las posiciones feministas a lo largo de las corrientes clásicas, puesto que tal clasificación requeriría también señalar las diferencias y similitudes de cada una de las tendencias y un análisis tan complejo iría más allá del alcance de este apartado (Neyer & Bernardi, 2011).

Los feminismos empezaron a expresar su preocupación por el desarrollo de las TRA y la comercialización asociada al embarazo durante los años ochenta del pasado siglo XX. “Fue en cierta forma una continuación natural de las críticas feministas de la medicalización del parto que se encuentra en obras como *Of Woman Born* de Adrienne Rich” (NewStateman, 2015), ya que la lucha para ganar control sobre los cuerpos de las mujeres es inherente a los feminismos.

Los cuerpos y las capacidades reproductivas de las mujeres fueron y siguen siendo utilizados como vehículo de control y opresión, pero el surgimiento de las TRA, sin embargo, enfrentó a los feminismos a nuevos desafíos, a la vez que ofrecía a las mujeres, aunque no solo a ellas, nuevas opciones en el ámbito de la reproducción.

La expresión última de las técnicas de reproducción asistida es la gestación subrogada, que para los feminismos ha supuesto, en general, un tema difícil de encajar en sus discursos, y mientras que para algunos la gestación subrogada supone una forma de opresión, para otros se erige como una elección más sobre las capacidades reproductivas de las mujeres, que pasa también por decidir si se quiere ser gestante o no (Lieber, 1992, p.205).

Las primeras discusiones teóricas feministas se distribuían en base a dos líneas principales. En primer lugar, los cambios sociales provocados por los desarrollos científicos donde los costes de estas tecnologías recaerían en las mujeres, y que reflejaban el desequilibrio existente entre mujeres y hombres. En segundo lugar, los

posicionamientos preocupados por el control y la explotación de las mujeres de sus capacidades sexuales y reproductivas, tema que por otro lado, nunca ha dejado de ser una constante en los feminismos.

En consecuencia, las feministas temían que la aplicación de las TRA fueran manipuladas para limitar la autonomía de las mujeres, asegurando que estas capacidades femeninas se utilizarían en interés del orden social dominado por los hombres. El tema central estaba en el conflicto que existía entre el control social de la reproducción y el derecho de las mujeres a controlar su propio cuerpo (Wikler, 1986, p.1004).

La visión feminista sobre el derecho a decidir ha estado estrechamente ligada a su percepción del control sobre la reproducción y del cuerpo como propio (Petchesky, 1995). “Mi cuerpo es mío”, “nosotras parimos, nosotras decidimos” fueron, y continúan siendo, consignas con las que el movimiento feminista de los años setenta exigía el derecho al aborto y el control sobre su propio cuerpo y reproducción. El concepto de elección, que es tan central en el pensamiento feminista liberal, insinúa la igualdad entre las opciones, la plena autonomía para elegir y la agencia individual de cada mujer sin restricciones:

No solo las mujeres están lejos de haber llegado a esto, sino que muchas feministas sostienen que las técnicas de reproducción asistida han restringido seriamente las opciones de las mujeres a la maternidad autodeterminada, a pesar de que supuestamente debía ampliar sus elecciones reproductivas (Neyer & Bernardi, 2011, p.12).

De hecho, la literatura feminista más contemporánea, asume que las TRA pueden suponer una nueva forma de ejercer presión para que las mujeres se reproduzcan, puesto que la existencia de estas, y más tarde con la aparición de la gestación subrogada, parece poner de manifiesto que no hay motivo para no hacerlo (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008).

A pesar de que algunos feminismos se oponen a la gestación subrogada como un elemento opresor para las mujeres, y tomaron el caso *Baby M* como estandarte, no es el caso de todas las corrientes feministas. Algunas no estaban de acuerdo con que la gestación subrogada debiera ser prohibida. La autonomía reproductiva, piedra angular del pensamiento y activismo feminista, fue un tema de escisión cuando se trataba del tema. Algunas teóricas sostuvieron que la autonomía reproductiva incluía el derecho a participar en una gestación subrogada, si así se deseaba, y que las mujeres deberían tener control sobre sus cuerpos, incluyendo la opción de concebir y tener hijos para otras personas (Andrews, 1990). Mientras, otros feminismos argumentaron que este derecho debería ser ejercido, pero bajo un modelo no remunerado, con el objetivo de desalentar la explotación (Charo, 1990). El feminismo que respaldó el derecho de las

mujeres a elegir ser gestantes, tildó el argumento contrario como conservador y paternalista, ya que presuponía que las mujeres gestantes no eran capaces de entender todas las implicaciones del proceso.

Como ya he apuntado, uno de los temas más importantes a los que la gestación subrogada apela tiene que ver con la maternidad y la familia. La maternidad siempre ha sido el principal rasgo distintivo de la identidad femenina, y la identificación de las mujeres con la fisiología de sus cuerpos aparece como una constante en los feminismos. Por tanto, la gestación subrogada, donde entran en juego varios cuerpos para la creación de un bebé, plantea de entrada un interrogante a los discursos absolutistas sobre la maternidad, y obviamente sobre la familia.

Simone de Beauvoir, Kate Millet, Betty Friedan, Juliet Mitchell y Shulamith Firestone fueron pioneras en la tarea de desmitificar la maternidad y cuestionar la santidad de la familia, ya que la institución familiar patriarcal era considerada un pilar de la opresión femenina (Mojzuk, 2012, p.13).

No en vano, el valor social de la reproducción y su proyección en términos políticos, económicos y culturales hace de la maternidad un blanco de disputas y discrepancias teóricas y prácticas (Mojzuk, 2012), y con la gestación subrogada, el tema, sin embargo, adquiere nuevas dimensiones.

Rich (1976), por ejemplo, distinguió entre la experiencia de la maternidad, que puede ser deseable para muchas mujeres, y la institución de la maternidad, que ha sido opresiva para muchas otras²¹. En cambio, Shulamith Firestone (1970) y otras feministas afines al feminismo liberal, respaldaban la tecnología médica como medio para ayudar a las mujeres fértiles a evitar el embarazo.

Estas dos actitudes, sin embargo, no conducen a un respaldo incondicional de la tecnología reproductiva por parte de las feministas, ya que estas temían las consecuencias de dichas tecnologías si no eran controladas por las mujeres y para el interés de las mujeres (Wikler, 1986, p.1004).

Así, las técnicas de reproducción asistida son fuente de una profunda ambivalencia para muchas mujeres feministas:

La teoría feminista de los años noventa apuntaba a la conclusión de que las mujeres serían las perdedoras cuando el poder reproductivo estuviera controlado de manera importante por un grupo de expertos que trabajan en el marco del sistema patriarcal. Al mismo tiempo, muchas mujeres feministas, particularmente aquellas que postergaron la maternidad, se han

²¹ En esta misma línea destaca el reciente trabajo de la socióloga israelí Orna Donath "Madres arrepentidas, una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales", que apela al nuevo fenómeno sociológico del arrepentimiento en las madres contemporáneas.

beneficiado de estas tecnologías utilizadas por estos mismos expertos
(Wikler, 1986, p.1004).

La gestación subrogada, por tanto, plantea entre los feminismos diversos posicionamientos y argumentos. Por un lado, las tendencias más prohibicionistas apuntan que las nuevas tecnologías de reproducción asistida explotan los cuerpos de las mujeres. Incluso llegando a dibujar conexiones entre la gestación subrogada y el trabajo sexual, de tal modo que la práctica les resulta un "burdel reproductivo" (Dworking, 1983).

El feminismo liberal que defiende el derecho de las mujeres a usar su cuerpo como deseen, incluso si eso significa trabajar como gestante. De acuerdo con Firestone (1976) prohibir a las mujeres trabajar como gestantes es negarles la libertad democrática y reproductiva. Esta perspectiva proyecta que la gestación subrogada no es diferente de cualquier otro contrato de trabajo asalariado. Al mismo tiempo, las feministas liberales reconocen los problemas y confusiones que pueden surgir cuando la gestación subrogada se desarrolla en lugares donde no existe una clara legislación sobre ella. Por tanto, estas abogan por hacer la gestación subrogada legal.

Firestone (1976) "dio la bienvenida a las TRA como un medio para liberar a las mujeres y la humanidad de la tiranía de la biología" (como se cita en Neyer & Bernardi, 2011). La autora consideraba que la misión del movimiento feminista era exigir el desarrollo de las TRA para ofrecer una alternativa a la opresión de la familia biológica, que siempre ha limitado a las mujeres con la reproducción obligatoria. La autora, en su obra *Dialéctica del Sexo*, parte de que en la división sexual se encuentra la base de todas las desigualdades, una división de origen natural y biológico, que tiene su expresión inmediata en la reproducción:

Pero para Firestone, que la división sexual se funda en una división biológica no significa que sea imposible de eliminar. Para la autora, el desarrollo tecnológico y, en concreto, el avance en los medios de reproducción artificial y la biotecnología, ofrece la posibilidad de culminar una revolución sexual que conduzca a la neutralización de las diferencias sexuales (ACfilosófica, 2014).

Para la autora, el objetivo final de la revolución feminista es que las diferencias biológicas entre las personas lleguen a ser culturalmente neutras, dado que la división biológico-sexual es la causa de la explotación de las mujeres. Las feministas radicales, defienden que las mujeres deben tener el derecho a utilizar su cuerpo como quieran, incluso si esto significa llevar a cabo una gestación subrogada.

El planteamiento de Firestone (1976) y el feminismo radical contrasta con otros que ponen el acento sobre las consecuencias negativas que las TRA tienen para las mujeres, ya que producen nuevas formas de dominación sobre estas. Por otro lado, el feminismo

liberal ha criticado la dicotomía de las esferas pública y privada como una estrategia para crear, y después mantener, la dependencia de las mujeres, y esto forma parte también de la naturaleza de la gestación subrogada, que se desarrolla en el ámbito privado y por tanto considerado como reproductivo. Sin embargo:

Con la fundación de FINRRAGE²² entre 1984 y 1985, una parte del movimiento feminista se volvió contra la propuesta de Firestone y se convirtió en su misión formar una resistencia feminista contra las técnicas de reproducción asistida con el objetivo final de detenerlas (Klein, 2008, como se cita en Neyer & Bernardi, 2011, p.11),

De hecho, la organización FINRRAGE argumentaba que las TRA en general, y la gestación subrogada en particular, eran un indicador de los intentos del patriarcado por controlar a las mujeres. La organización afirmaba, que las TRA explotan los cuerpos de las mujeres incluso en el caso de la gestación subrogada. La organización establecía vínculos entre la gestación subrogada y el trabajo sexual, analogía que perdura todavía hoy, y que es un argumento muy habitual en el debate sobre la gestación subrogada en el Estado español.

Las defensoras de la gestación subrogada comercial, también la distinguen muy cuidadosamente del mercado de compraventa de bebés, que es un paralelismo que las corrientes prohibicionistas utilizan a menudo en su argumentación contra la práctica (Satz, 2010).

Por otra parte, las feministas más críticas con la gestación subrogada comercial plantean una serie de objeciones, y quizás una de las más populares es que la gestación, como trabajo gestacional, es diferente de otros tipos de trabajo. Margaret Jane Radin (1988) y Carole Pateman (1983) ponen el acento en que el hecho de llevar un bebé en el vientre durante los nueve meses de gestación es un trabajo que está muy íntimamente ligado con la identidad de las mujeres, más que cualquier otro. De acuerdo con ellas, el contrato de embarazo implica una alienación de los aspectos del ser más extremos como para que esta pueda considerarse una práctica legítima. Para Pateman (1983), “los contratos de gestación subrogada son la máxima expresión de las relaciones de subordinación del patriarcado moderno, ya que las identidades de las personas no tienen relevancia” (como se cita en Puleo, 2006). Según estas autoras, vender esperma no es una práctica análoga: el trabajo del embarazo es a largo plazo e implica un vínculo físico y emocional entre la mujer y el feto. Elisabeth Anderson (1990) añade que los contratos de gestación subrogada, a menudo, implican explotación, ya que las mujeres gestantes son menos ricas y más vulnerables emocionalmente que las mujeres que son

²² *Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering (FINRRAGE)*, es una plataforma feminista que abogaba en contra de las tecnologías de reproducción. Una de sus fundadoras fue Gena Corea, autora de *The mother machine* (1983).

madres de intención. Laura Nuño (2016) alerta sobre cómo “mercantilizar la disolución del vínculo existente entre gestación y maternidad representa una novedosa cláusula del Contrato Sexual no prevista en el contrato fundacional” (p.693).

Por el contrario, Debra Satz (1992) sostiene que hay límites a las objeciones sobre la base de una íntima conexión entre el trabajo reproductivo y una misma. Los escritores, afirma, están íntimamente ligados a su escritura, pero también quieren ser pagados por sus novelas. El argumento de Satz (1992) hace hincapié en el contexto de fondo de las mujeres gestantes en el modelo comercial: la desigualdad de género en la sociedad moderna. La gestación subrogada comercial permite utilizar y controlar el trabajo de las mujeres por otras personas, y refuerza los estereotipos sobre la feminidad. Además, también permiten consolidar algunos estereotipos sobre las mujeres como, por ejemplo, que tienen una capacidad natural para la reproducción. De acuerdo con Nuño (2016), la reproducción no es el único destino reservado a las mujeres, puesto que también pueden tener un uso sexual.

Pateman (1983), en lugar de poner el acento en las propiedades naturalistas y biológicas del trabajo reproductivo, argumenta que el trabajo reproductivo de una mujer es más "integral" a su identidad que sus otras capacidades productivas. El yo de las mujeres está involucrado en el trabajo sexual de una manera diferente de la participación del yo en otras ocupaciones.

Para Pande (2014), por el contrario, la gestación subrogada no es un dilema moral a resolver sino una realidad estructural que debe ser entendida y tomada en serio. En la misma línea, Alison Bailey (2011) en referencia al caso de India, apunta que “el contrato de embarazo no es moral ni inmoral, ni una virtud, ni cruel, simplemente es la manera en la que funcionan las cosas en India para muchas mujeres” (Bailey, 2011, p.724).

Gran parte de los argumentos a favor de la gestación subrogada destacan que es una manera de dar valor a la capacidad reproductiva de las mujeres en nuestra sociedad (Berkhout, 2011). Al mismo tiempo, el feminismo liberal reconoce el problema y la confusión que puede surgir cuando la gestación subrogada se desarrolla en el marco de unas leyes que no están escritas para tratar con las particularidades de una maternidad por gestación subrogada.

El feminismo marxista, sin embargo, tiene una perspectiva diferente que sostiene que la gestación subrogada contiene una explotación de clase. Lo consideran un acuerdo en el que las mujeres de clase alta explotan a las mujeres de clase trabajadora y, de acuerdo con este, la gestación subrogada es una prueba más de la cosificación de los cuerpos de las mujeres. En consecuencia, este grupo de feministas insiste y aboga por la prohibición de la gestación subrogada comercial.

3.1. Feminismo postcolonial en la investigación sobre gestación subrogada

Una de las críticas básicas del feminismo postcolonial a los feminismos occidentales tiene que ver con la construcción simple y uniforme que estos hacen de las mujeres de los países no occidentales. Habitualmente se las construye bajo la identidad de víctimas, pasivas, oprimidas y sin agencia. Cuando se aplica esta visión en el análisis, de la mujeres que participan como gestantes en países del Sur, se corre el riesgo de ignorar el sentido de la diferencia que tiene que ver con la raza, la clase y la nacionalidad (Mohanty, 1988).

Tal y como he mostrado, con la expansión de la gestación subrogada a países del Sur Global, surge un nuevo cuerpo teórico sobre el tema, en el que no son pocas las autoras que reclaman un enfoque que reconozca y sitúe la discusión sobre la práctica desde una perspectiva situada. Tal y como apunta Pande (2009):

Las representaciones eurocéntricas de la gestación subrogada no pueden incorporar la realidad de un país en desarrollo donde la subrogación comercial se ha convertido en una estrategia de supervivencia y una ocupación temporal para algunas mujeres rurales pobres. En este contexto, la maternidad subrogada no puede verse simplemente a través de la lente de la ética o la moral sino que es una realidad estructural, con actores y consecuencias reales (...) Si somos capaces de entender cómo las mujeres gestantes experimentan y definen esta nueva forma de trabajo, será posible ir más allá de una posición moralizadora universalista y desarrollar algún conocimiento de las complejas realidades de la experiencia de las mujeres en la gestación subrogada comercial (p.145).

En este sentido, es imprescindible mencionar la aportación de Chandra Talpade Mohanty (2003b) que en su trabajo plantea que las mujeres del Sur no son sujetos monolíticos que solo llegaron a existir en relación a las mujeres del Norte (Mohanty, 2003b). La construcción de las mujeres del tercer mundo por parte de las feministas del primer mundo dependía de los supuestos de las mujeres occidentales como "seculares, liberadas y en control de sus propias vidas" (Mohanty 2003b, p.81) y las mujeres del tercer mundo como una categoría universal de sujeto oprimido. De acuerdo con estos constructos, las mujeres del Norte tenían agencia mientras que las mujeres del Sur no eran capaces de ir más allá de la opresión. Esta afirmación sigue siendo pertinente en la actualidad, puesto que existe la tendencia a "ignorar la materialidad histórica al tratar de imaginar y articular un discurso sobre las mujeres de países del Sur que entran en los contratos de gestación subrogada" (Sheoran, Deomampo & Van Hollen, 2015, p.189).

Un número significativo de investigadoras feministas occidentales han señalado la gestación subrogada como la última forma de medicalización, mercantilización y colonización tecnológica del cuerpo femenino, así como una forma de prostitución y esclavitud resultante de la explotación económica y patriarcal de las mujeres. No

obstante, como sostiene Jyotsna Agnihotri Gupta (2008), el impacto de la tecnología reproductiva asistida en las mujeres es múltiple: "Para algunas mujeres el uso de estas tecnologías ha significado un cambio que ha supuesto dejar de ser objetos y víctimas a ser sujetos reconocidos y agentes de control sobre sus propios cuerpos" (p.293). A pesar de este enfoque, "los análisis y las prácticas feministas transnacionales deben reconocer el hecho de que los privilegios de una parte están siempre vinculados a la opresión o explotación de otra mujer" (Gupta, 2006, p.34). Esta propuesta rompe con la idea del intercambio "ideal", en el que una parte recibe un bebé y la otra una remuneración que mejora su situación vital.

Por eso, cuando se investiga y se elaboran discursos sobre la gestación subrogada en países del Sur Global, es importante reconocer las diferencias que existen entre las mujeres gestantes y las madres y padres de intención, porque realmente existe una diferencia que en el marco del mercado global se torna una desigualdad. Esto sin duda, influye en la manera en que se negocian las condiciones de un contrato de gestación subrogada y se lleva a cabo. Sin embargo, es imprescindible evitar proporcionar una visión de las mujeres gestantes exclusivamente como víctimas, puesto que existe el riesgo de reproducir la imagen estereotípica de mujer pobre y sin recursos en contraste con la representación de las mujeres occidentales como mujeres educadas, modernas y que tienen un total control de sus cuerpos y sus sexualidades, así como la capacidad de tomar sus propias decisiones (Mohanty, 1988).

El siguiente capítulo se ocupa de tres temas especialmente importantes cuando la gestación subrogada intersecciona con las variables género, clase social y etnia: el trabajo de cuidados, los derechos reproductivos y la maternidad, la familia y el parentesco.

Capítulo 4. Debates y enfoques principales: construyendo un marco teórico sobre la gestación subrogada

1. Introducción

Este capítulo de la tesis doctoral está dedicado a tres temas que interseccionan con la práctica de la gestación subrogada, y que son imprescindibles para los estudios de género: en primer lugar, la maternidad, la familia y parentesco. En segundo lugar, el trabajo de cuidados y, por último, los derechos sexuales y reproductivos. El objetivo de este capítulo es analizar la intersección de la gestación subrogada con estos tres relevantes ámbitos de estudio para las sociedades contemporáneas. Este análisis también es significativo en el contexto actual del Estado español, ya que el tema central del debate está situado en si la práctica debe ser regulada, y el análisis que proporcione a continuación puede constituir una contribución a dicho debate, ya que aporta elementos hasta ahora no barajados en la discusión sobre su regulación, pero que sí deberían ser tenidos en cuenta. La revisión teórica que realizo en este capítulo constituye una mirada caleidoscópica al fenómeno, y esto proporciona una lectura más compleja y real de la gestación subrogada.

La primera parte del capítulo está dedicada al análisis de la práctica de la gestación subrogada en relación a la familia, la maternidad y el parentesco. Dado el potencial que tienen las tecnologías de procreación para crear y redefinir las familias y la maternidad, las respuestas a las técnicas de reproducción asistida y la gestación subrogada resuenan en debates más amplios sobre las mujeres, el género y la familia, que comprenden temas como el papel cambiante del rol de madre o la comercialización de las relaciones familiares (Markens, 2007), ya que la reproducción colaborativa o con terceros cuestiona estas concepciones tradicionalmente asumidas por las sociedades occidentales. Además, con la irrupción de estas técnicas, que separan la sexualidad de la reproducción, estas concepciones se ven alteradas, y con la consolidación de la gestación subrogada adquieren una nueva dimensión.

A pesar de esto, la práctica de la gestación subrogada entraña una contradicción ya que “rompe con la idea de familia tradicional pero a la vez refuerza y privilegia la maternidad y paternidad biológica” (Jacobson, 2016, p.7). Esta nueva realidad, por tanto, no se limita a la maternidad y paternidad cromosómica: las madres de intención de los bebés no genéticamente vinculados a ellas se describen a sí mismas como la madre real, basándose en otra realidad, la de ser la madre social, mientras que la mujer gestante, denominada en la literatura como madre sustituta, no se considera como la auténtica

madre (van den Akker, 2006).

La segunda parte del capítulo está dedicada a la relación entre el marco teórico del trabajo de cuidados y la gestación subrogada. Las investigaciones realizadas de forma más reciente ponen en evidencia la conexión entre ambos. Mientras que para algunas autoras la gestación subrogada es una forma extrema de trabajo alienado que consiste más en generar beneficio económico y en reproducir sexismo que en generar vida (Anderson, 1993). Para otras autoras esta supone una alternativa laboral que debe ser tomada realmente en cuenta. En el capítulo también evidencio las características de la gestación subrogada como trabajo feminizado y precario. Para ello me refiero al estigma que acompaña a la práctica o a las dificultades para la conciliación que supone un trabajo de estas características.

La tercera y última parte de este capítulo trata la intersección de la práctica de la gestación subrogada con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres gestantes, pero también de las mujeres proveedoras de gametos. Tradicionalmente estos derechos se centraron en el control de la natalidad a través de la planificación familiar, pero actualmente están profundamente vinculados con el derecho a tener hijas e hijos. Un derecho que la industria de la fertilidad ha hecho posible para todas aquellas personas con los suficientes recursos económicos. Sin embargo, el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos tiene que ver con la salud de las mujeres que participant en el proceso. A pesar de ello, los lugares donde la gestación subrogada se desarrolla son numerosos y diversos en cuanto al encaje de estos derechos en el desarrollo de la práctica. La literatura muestra como, a menudo, no existen protocolos ni control externo a las clínicas que desarrollan los procesos de gestación subrogada. Estas implementan sus propios criterios, sin que estos coincidan necesariamente con el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres implicadas en el proceso. Todos estos elementos serán analizados en este capítulo.

2. Gestación subrogada: maternidad y familia

La imposibilidad de tener descendencia, quizás, es uno de los aspectos que más empatía social genera. A la vez, la voluntad de querer convertirse en madre o padre, puede justificar determinadas prácticas como la gestación subrogada. Pero mientras que el deseo de ser madres o padres socialmente se lee como una bondad, ser mujer gestante no se concibe en los mismos términos, al contrario: habitualmente hace sospechosas a estas mujeres. En los procesos de gestación subrogada son las mujeres gestantes quienes deben justificar su deseo de participar en él.

En el debate público sobre la gestación subrogada solo son socialmente aceptados los discursos acordes con la construcción tradicional de la feminidad, es decir, aquellos argumentos relacionados con el altruismo y el sacrificio que implica querer ayudar a otras personas a “cumplir su sueño”. En cambio, la motivación económica no es

aceptada como razón por la que una mujer accedería a trabajar como gestante. No obstante, las recientes etnografías demuestran que así es: la remuneración es un factor que hace que estas mujeres trabajen como gestantes. En cambio, para las madres y padres de intención es bastante más sencillo, ya que nadie cuestiona porqué estos cruzan el mundo en busca de una mujer que geste, ya que el hecho de querer ser padres les legitima para hacerlo.

Socialmente está aceptado que ser madres y padres nos completa, nos hace más felices y da sentido a la línea vital continua que concluye, a poder ser, en el emparejamiento y la descendencia. Es posible que convertirse en madre o padre haga a algunas personas más felices, pero en ningún caso es un derecho ni tampoco es una necesidad (Igareda, 2016; Miyares, 2015). Por otro lado, sería injusto culpar a las personas que recurren a la gestación subrogada para tener descendencia, ya que la práctica ha de entenderse en el contexto de una sociedad familista como la española, que promueve socialmente tener descendencia propia.

2.1. Familia y parentesco

Los estudios realizados en las ciencias sociales, especialmente en la antropología sobre el parentesco posmoderno, han mostrado en gran medida la naturaleza creativa y dinámica del parentesco posibilitado por las TRA. El uso de la inseminación artificial, la FIV y la gestación subrogada, en especial cuando se usan gametos donados, puede cuestionar las suposiciones occidentales hasta ahora aceptadas sobre los pilares en los que descansan las relaciones familiares y parentales, al tiempo que las adapta, las cuestiona y las transforma (Dempsey, 2013).

De acuerdo con 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. El concepto "nuevas familias" se utiliza para referirse a aquellas formas familiares que, o bien no existían, o estaban ocultas en la sociedad hasta la última parte del siglo XX. Pero en realidad no representan un cambio fundamental en las estructuras familiares tradicionales. Estas son las familias de madres lesbianas, familias de padres homosexuales, familias encabezadas por madres solteras por elección y familias creadas por FIV, donación de óvulos, inseminación de donantes, adopción de embriones y también por gestación subrogada:

Algunas de estas familias se hicieron visibles a raíz del crecimiento del movimiento de liberación de las mujeres y de los derechos de las personas homosexuales en los setenta, y otros solo se hicieron posible tras la introducción de la FIV en 1978 (p.3).

Las técnicas de reproducción asistida siempre han planteado cuestiones de tipo ético, médico y social y, aunque en general “son técnicas bien aceptadas socialmente, existe cierta ambivalencia sobre su uso comercial, especialmente cuando se refiere a la

gestación subrogada, que implica el uso más controvertido de todas las TRA” (Winddance-Twinne, 2011, p.12). Esta ambivalencia tiene su fundamento en el reto que suponen a la idea de reproducción "natural", así como por las implicaciones que tiene sobre el significado de la maternidad y la familia.

Por otro lado, la gestación subrogada es cada vez una forma más común de convertirse en madre o padre pero, a pesar de la legitimidad social del sentimiento, se trata de una práctica que genera incomodidad. Tal y como apunta Teman (2007), a pesar de que los “nuevos modelos familiares” son aceptados socialmente, la gestación subrogada va más allá y desafía algunas de nuestras convenciones culturales más profundas. Esta práctica cuestiona todo aquello que hasta el momento habíamos asumido como inamovible en lo que se refiere a las familias y la maternidad, dos estructuras fundamentales de la sociedad occidental moderna.

La familia nuclear tradicional formada por una pareja heterosexual con hijos biológicamente relacionados es ahora minoría. En cambio, un número creciente de niños son criados por padres que cohabitan, en vez de casados, por padres solteros, por padrastros y por progenitores del mismo sexo, con muchos niños entrando y saliendo de estas diversas estructuras familiares a medida que crecen. Más notablemente, ahora es posible que un niño tenga hasta cinco "padres" en lugar de los dos habituales. Estos pueden incluir una donante de óvulos, un donante de esperma, una madre sustituta y los dos padres sociales que son conocidos por el niño como mamá y papá (Golombok, 2015, p.2).

Por tanto, si bien es cierto que en los últimos años se han dado una serie de cambios sociodemográficos que han hecho más visibles las consideradas nuevas formas familiares, la gestación subrogada es, quizás, la vía que lleva la deconstrucción del concepto de familia a otro nivel. “El embarazo y el nacimiento del bebé están separados de la intimidad de la familia y desplazada al mercado” (Jacobson, 2016, p.46). La gestación subrogada saca la familia del ámbito privado y la pone en el laboratorio, y todavía más difícil de asumir, en el mercado (Teman, 2008). Formar la familia a través del mercado convierte la institución familiar en una elección y no en un destino. Este hecho revela que la familia es una construcción social (Rao, 2003, como se cita en Teman, 2010). Por otro lado, en una época en que la estructura tradicional de la familia está cada vez más fragmentada, la gestación subrogada representa la máxima desestabilización del concepto de familia (Winddance-Twinne, 2014).

Por último, Elisabeth Beck-Gernsheim y Ulrich Beck (2001) argumentan que:

Una especie de filosofía universal se ha apoderado de las personas, instándolas a hacer lo suyo, y su influencia va tan lejos como su capacidad para mover el cielo y la tierra con el objetivo de mezclar sus esperanzas con

la realidad que les rodea (p.7).

De acuerdo con los autores, el espíritu de esta época empuja a las personas a buscar la felicidad y a cumplir el deseo de ser madres y padres, incluso cuando eso significa cruzar fronteras sociales y físicas, desafiando incluso las normas existentes. Considero que los deseos de las personas y su capacidad de cumplirlos están fuertemente arraigados a las normas culturales de su contexto de referencia, pero también, como expongo en este capítulo, depende de la capacidad económica de las personas. Todo ello en el marco de una sociedad capitalista cuyo mercado está preparado para dar respuesta a todos los deseos.

2.2. La maternidad como una construcción social

Las técnicas de reproducción asistida han dado lugar a formas familiares en las que la maternidad y la paternidad genética se disocian de la social. Las niñas y los niños concebidos por donación de óvulos carecen de una relación genética con su madre y los concebidos por donación de esperma carecen de una relación genética con su padre. Los concebidos por donación de embriones son genéticamente independientes de ambos progenitores. Con la gestación subrogada, la mujer que da a luz al bebé y la mujer que desarrollará el rol de madre social no son la misma persona (Golombok, 2015).

La gestación subrogada, en la que una mujer firma un contrato previo al embarazo, en el que renuncia a sus derechos maternos a cambio de una retribución económica, cuestiona también el concepto de maternidad: “el concepto único de madre se fragmenta en diferentes cuerpos, identidades y relaciones” (Jacobson, 2016, p.46). La práctica implica una multitud de cuerpos para crear un solo bebé: quien aporta los gametos, quien aporta la gestación y quien aportará la socialización, que corresponde a quien cuidará al bebé a lo largo de su vida (Rudrappa & Collins, 2015). Por tanto, la gestación subrogada puede dividir la función de la maternidad en tres: genética (aportación gametos), gestación (biológica) y social (padres de intención). Sin embargo, Gillian Goslinda-Roy (2000) argumenta que esas distinciones no son estables y son resignificadas constantemente en algunos espacios:

El lenguaje profesional de la reproducción asistida sostiene firmemente estas divisiones entre la genética, la biología y lo social: las mujeres gestantes son denominadas como "portadoras" o "donantes de útero" aspecto que indica su instrumentalidad en el acuerdo, mientras que las madres o padres de intención son referidas como los padres genéticos (aka "reales") (como se cita en Winndance-Twine, 2015, p.13).

De acuerdo con Dempsey (2013), el significado de todos los posibles símbolos de parentesco (por ejemplo, el origen étnico, la conexión gestacional o la genética) se manipulan creativamente y se negocian a lo largo de los procedimientos clínicos y las visitas médicas con el objetivo de que las madres y padres de intención sean entendidos

como los progenitores sociales, es decir, como los verdaderos progenitores. Este hecho quedó evidenciado a través de las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación. Los IP que realizaron sus procesos en Estados Unidos, explicaron como, por ejemplo, el día del parto todo el mundo se refería a ellos como los padres del bebé, y en ningún caso se dirigieron a la gestante como “madre”. Por tanto, a pesar de la fragmentación que implica la gestación subrogada al concepto de maternidad, la industria de la gestación subrogada pone en marcha los mecanismos necesarios para legitimar a los IP como los verdaderos padres y hacer desaparecer esa fragmentación lo antes posible.

Por otro lado, las mujeres gestantes reciben una remuneración para gestar los bebés y no vincularse con ellos de una forma maternal, “no deben verse a sí mismas como las madres de esos bebés así como no deben implicarse en la función social de la maternidad” (Jacobson, 2016, p.46) pero, contradictoriamente, sí se espera de ellas que durante el embarazo actúen como “madres” cuidando del proceso de gestación y del bebé como si fuera propio.

En consecuencia, esta diversidad de posibilidades rompe con el concepto sacrosanto de maternidad que asumen las ideologías patriarcales, que naturalizan y consideran indisoluble el vínculo entre madre e hijo. “La gestación subrogada pues, revela que la creencia en la maternidad como el objetivo natural, deseado y último de todas las mujeres "normales" es también socialmente construido” (Teman, 2008, p.1105). Por tanto, esta práctica pluraliza el parentesco pero sobretodo la maternidad (SAMA, 2012).

La gestación subrogada cuestiona también otra creencia cultural de las sociedades occidentales que asume que las mujeres, de forma natural, desarrollan vínculos instintivos de amor hacia sus hijas e hijos durante la gestación. Teman (2016) afirma que la gestación subrogada es un ejemplo de que la vinculación afectiva que se le presupone a un embarazo es también una construcción social y una elección. Esta asunción, como consecuencia, crea una concepción problematizadora sobre las mujeres gestantes, quienes están habitualmente bajo sospecha por el rol que desempeñan. En este sentido Teman (2008) realiza un interesante aportación al mostrar porqué las mujeres gestantes son patologizadas. Socialmente es difícil de asumir que una mujer pueda ser gestante simplemente porque lo desea o porque la cuestión económica sea suficiente motivo para hacerlo. En consecuencia, tal y como evidencia la antropóloga, desde los medios de comunicación y también desde la academia, se han desarrollado una serie de supuestos en los que encajar a las mujeres para poder justificar su deseo de convertirse en gestantes. Son los siguientes:

En primer lugar, existe la idea de que las mujeres gestantes no son mujeres “normales”. De acuerdo con Teman (2008), durante más de veinte años se han realizado estudios de tipo psicológico que parten del supuesto que las mujeres gestantes poseen una personalidad con rasgos patológicos. Socialmente es asumido que las mujeres

“normales” crean vínculos de forma “natural” con los bebés que gestan. Se asume también, que todas las mujeres están predispuestas a quedarse siempre con los bebés que dan a luz, sin contemplar que esta idea puede estar contaminada por la construcción social que implica el rol de madre. No contempla tampoco las diversas formas por las que una mujer puede llegar a la maternidad, ni la posibilidad de que una mujer pueda gestar un bebé para otras personas sin necesidad de que esta tenga rasgos patológicos de personalidad.

En un proceso de gestación subrogada son las mujeres gestantes quienes pasan una estricta evaluación, no solo en términos de salud física sino también psicológica, con el objetivo de demostrar que están preparadas para el proceso. En cambio, tal y como he podido constatar en las entrevistas realizadas, las evaluaciones para madres y padres de intención con homólogo objetivo son inexistentes o poco rigurosas.

El segundo lugar se encuentran los argumentos que afirman que las mujeres gestantes son “normales”, pero tienen una razón de peso para involucrarse en una gestación subrogada. De acuerdo con esta asunción, si son mujeres normales, su participación en una gestación subrogada solo puede explicarse por una causa de fuerza mayor como, por ejemplo, la necesidad económica extrema. Es cierto que la motivación económica queda demostrada en las diversas etnografías realizadas con mujeres gestantes en lugares tan diferentes como India o Estados Unidos.

De acuerdo con Rudrappa (2015), para muchas mujeres indias la gestación subrogada implica la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida y cambiar los largos turnos de trabajo en la industria textil por un trabajo que, *a priori*, parece menos exigente. Sin embargo, la propia estructura en la que se desarrolla la gestación subrogada no permite que las mujeres indias se impliquen en el proceso con toda la agencia que merecen. Pero en ningún caso quiere decir que las mujeres no estén preparadas para decidir por sí mismas si desean desarrollar una gestación para otras personas.

En tercer lugar se encuentran aquellos argumentos que establecen la incapacidad de las mujeres para renunciar al bebé que han gestado. Teman (2008) afirma que existen numerosas investigaciones que examinan si las mujeres gestantes pueden “sobrevivir” emocionalmente a la entrega del bebé. La autora plantea que estas investigaciones de partida asumen un posicionamiento basado en la patología. Por el contrario, existen diversas investigaciones realizadas en Reino Unido que muestran que las mujeres gestantes no han tenido problemas con la separación del bebé una vez nacido (es el caso de los trabajos de Jadvá, Imrie & Golombok, 2015; Imrie & Jadvá, 2014; Blake, Jadvá & Golombok, 2014).

Teman (2008) explica que existe cierta confusión entre el rol de la mujer gestante y el de la madre social. De acuerdo con la antropóloga, las primeras tienen mucho más control del proceso, y como consecuencia no tienen porqué desarrollar un vínculo con

el bebé que nacerá, ya que el embarazo que está desarrollando tiene un objetivo claro y no pasa por aumentar su propia familia. En este mismo sentido, una de las personas entrevistadas en el marco de esta tesis doctoral expresaba que el hecho de crear un vínculo con el bebé que nacerá, depende del proyecto vital creado alrededor del embarazo. Es decir, si este es deseado y tiene la finalidad de aumentar la propia familia, puede darse el vínculo pero, en cambio, si se trata de un embarazo que desde el inicio está dedicado a aumentar la familia de otras personas, el proceso se desarrolla en otro parámetro que nada tiene que ver con la construcción de un vínculo maternal²³.

Por tanto, en el marco de una sociedad patriarcal las mujeres no son libres de decidir sobre sus capacidades reproductivas. El efecto corrector del patriarcado siempre está presente para que las normas sociales de la feminidad sean estrictamente cumplidas. Esta asunción no implica que la gestación subrogada sea legítima ni se desarrolle siempre en las mejores condiciones para todas las partes, al contrario, la literatura ha demostrado cómo estos procesos tienden a cuidar más a los IP (clientes) y menos a las mujeres gestantes (trabajadoras). Sin embargo, esta práctica es una oportunidad para mostrar cómo las asunciones sobre la maternidad y la familia son una construcción social que, a menudo, dificultan a las mujeres ejercer su maternidad al margen de la norma heteropatriarcal. Deberíamos preguntarnos si la gestación subrogada es inherentemente inmoral, o por el contrario plantea un desafío útil a las asunciones sobre la maternidad y la familia o si ambas cosas son posibles (Teman, 2016)

La gestación subrogada en el plano teórico ofrece una interesante subversión de los conceptos de maternidad y familia, ya que la innovación médica y las tecnologías reproductivas contribuyen a desestabilizar las categorías lineales de la biología y el parentesco (SAMA, 2012). No obstante, las transgresiones que plantea en torno al parentesco, no acaban ahí. Pande (2009) muestra las formas en que las construcciones del parentesco cotidiano por parte de las mujeres gestantes en India transgreden los patrones biológicos dominantes y lo considerado natural:

Al enfatizar las conexiones basadas en las sustancias corporales compartidas, sangre y en ocasiones también leche materna, las mujeres gestantes en Anand interpretaban de manera muy diferente el vínculo sanguíneo. Estas no solo hacían explícito que el feto se alimenta de la sangre de la mujer que lo gesta, sino que también enfatizaban que este vínculo impregnaba al bebé con identidad y que ellas, como mujeres gestantes eran mucho más que un receptáculo de semillas masculinas (p.383).

²³ Sin embargo, es importante apelar a la responsabilidad de los profesionales implicados en los procesos de gestación subrogada para garantizar que el posparto es acompañado de forma adecuada. En la entrevista realizada con la mujer gestante, esta afirmó que a pesar de no haber tenido problemas con entregar el bebé, si se encontró poco acompañada en el puerperio y como consecuencia fueron algo difíciles los días posteriores al parto cuando la atención se había desviado de ella al bebé que acababa de nacer.

Es decir, las mujeres gestantes reivindican otras formas de crear parentesco y su rol en este. Estos planteamientos configuran también estrategias de resistencia al rol pasivo que les es impuesto como “incubadoras” u “hornos”, y las convierte en sujetos activos del proceso alejándose así de la idea de sumisión con la que habitualmente se relaciona a las mujeres gestantes indias.

Por tanto, como he expuesto, la gestación subrogada altera la concepción occidental tradicional de familia y de parentesco, pero también altera el marco moral tradicional en el que la reproducción se considera un hecho natural fundamentado en el amor, el matrimonio y las relaciones sexuales (Schneider, 1968, como se cita en Pande, 2009).

No obstante, a pesar de las subversiones que la gestación subrogada puede implicar, en el Estado español la práctica tiene como resultado un altísimo número de familias heterosexuales biparentales clásicas. Es decir, si bien es cierto que la subversión radica en la participación de una tercera persona, el objetivo perseguido no es otro que el de formar una familia con un vínculo genético. Por tanto, como expone Thompson (2005) la gestación subrogada se realiza bajo sutiles coreografías sociales y legales que refuerzan los modelos existentes de parentesco genético, mientras que los modelos subversivos que implica son invisibilizados a causa de la estructura de parentesco resultante que tiene como resultado una estructura familiar conservadora.

3. La gestación subrogada es un trabajo

Autoras como Saskia Sassen (2002) han estudiado las relaciones entre la reestructuración de la economía mundial desde la década de 1980 y la reestructuración de la reproducción. En términos generales se puede establecer una relación entre la recesión del bienestar, un mercado laboral más competitivo, y que las mujeres se vean obligadas a inventar nuevos nichos productivos en la economía informal. De acuerdo con la autora:

Las mujeres suelen mantenerse a sí mismas y a sus hijos reformulando sus capacidades femeninas de nutrición, maternidad y sexualidad como activos negociables, que pueden ser intercambiadas por dinero en países donde pueden encontrar trabajo como niñeras, limpiadoras o camareras, y como trabajadoras sexuales de diversos tipos. Forman los "circuitos inferiores" de la globalización, reforzando los hogares de trabajadores del conocimiento, con sus altos patrones de consumo y necesidad de asistencia doméstica y servicios reproductivos (como se cita en Waldby, 2012, p. 272).

La gestación subrogada es uno de esos nichos laborales inscrito en el circuito inferior de la globalización a los que Sassen (2002) se refiere. Pero la asunción de la gestación subrogada como un trabajo no está exenta de debates. En ellos, se plantea en primer lugar, determinar si la labor que realizan estas mujeres debe ser considerada propiamente un trabajo y de serlo, de qué tipo de trabajo se trata. Mientras que para algunas autoras que el mercado se infiltre en el ámbito de la familia, tradicionalmente

lejano a este, supone la industrialización de la reproducción humana (Markens, 2007). Para otras, el hecho de categorizar la gestación subrogada como un trabajo, supone un necesario reconocimiento a una realidad en la que participan mujeres de todo el mundo. Además, su categorización como trabajo, en opinión de Pande (2009), ayuda a paliar la estigmatización que, como mostraré a continuación, puede implicar para algunas mujeres una actividad de estas características.

El concepto trabajo (del inglés labour) vincula dos formas de acción que se consideran distintas, incluso opuestas en la economía política convencional. Las mujeres "entran" en trabajo (go into labour) cuando dan a luz, mientras que las personas trabajadoras trabajan (labour) para producir (Waldby, 2012, p.267).

De acuerdo con Catherine Waldby (2012), el primer tipo de trabajo destaca la productividad de la biología, mientras que el segundo apoya la productividad de la economía. El trabajo de la biología reproductiva humana produce hijos, relaciones de parentesco, familia y, por tanto generalmente, se contempla más allá de las relaciones de mercado. En cambio, el trabajo de la persona trabajadora se vende en el mercado. Con la gestación subrogada, el trabajo de reproducción de la biología humana se ha convertido en una forma de trabajo clave en ciertos sectores de la economía global. En consecuencia, el mercado de trabajo se amplía acogiendo también a los mercados de la gestación subrogada y los de venta de gametos.

En esta misma línea, cuando una mujer gesta un bebé para familiares o personas conocidas sin recibir una compensación económica a cambio, ese gesto no se denomina trabajo sino que es considerado un *regalo*²⁴ hecho por amor familiar. Pero cuando una mujer hace lo mismo para personas con las que no tiene un vínculo previo, esa labor tiene difumina las barreras construidas entre las instituciones del trabajo y la familia: "Cuando el embarazo se convierte en algo parecido al trabajo, ¿se convierten las familias en trabajo?" (Jacobson, 2016, p.46).

La gestación subrogada comercial, por tanto, es una forma de trabajo que atraviesa la dicotomía socialmente construida entre producción y reproducción. Pande (2014) muestra que "la gestación subrogada comercial en India es una nueva forma de trabajo que emerge con la globalización que tiene género, es excepcionalmente corpórea y muy estigmatizada" (Pande, 2014, p.6). Este tipo de trabajo implica la compra, la venta y el alquiler de las funciones corporales de una mujer a cambio de una retribución económica (Widdance-Twine, 2011).

En el caso de Estados Unidos, de acuerdo con Jacobson (2016), a pesar de las mujeres

²⁴ En la literatura sobre gestación subrogada habitualmente en los discursos relacionados con el altruismo, se refieren al hecho de gestar de forma altruista como *gift*. En esta tesis doctoral se traducirá como regalo o donación dependiendo del contexto.

gestantes no están legalmente reconocidas como trabajadoras, “la gestación subrogada es como un empleo remunerado en muchos aspectos” (Jacobson, 2016, p.64). La socióloga constata que estas mujeres dedican mucho tiempo a su labor de gestación. En primer lugar, debido a que el embarazo que desarrollan tiene poco que ver con un embarazo natural en el que no interviene ninguna TRA. Los embarazos por gestación subrogada se desarrollan de acuerdo con protocolos médicos que conllevan numerosas pruebas y visitas médicas con diferentes profesionales. Además, puesto que el embarazo se consigue a través de una FIV, las mujeres gestantes deben inyectarse hormonas para minimizar el riesgo de rechazo al embrión y más tarde del feto. De acuerdo con Jacobson (2016) “este tratamiento no solo deja secuelas físicas en forma de bultos dolorosos sino que también crea malestar físico y preocupación mental sobre el éxito de este” (Jacobson, 2016, p.70). Las gestantes también acostumbran a invertir tiempo en desplazamientos, a veces incluso en vuelos, ya que es habitual que para la implantación de los embriones deban desplazarse a un estado diferente del que residen. En segundo lugar, la socióloga expone que las mujeres gestantes, con el objetivo de asesorarse sobre el proceso, dedican mucho tiempo a la búsqueda de información y al intercambio de impresiones con otras mujeres. Todas estas actividades, en definitiva, constituyen tiempo de trabajo. Además, las visitas médicas requieren de planificación, ya que las mujeres gestantes a menudo trabajan en el mercado laboral y además son madres, por tanto, necesitan conciliar su vida personal, familiar y en ocasiones laboral, con su labor como gestante. En la etnografía de Jacobson (2016), las mujeres gestantes denominaban su función como “cuidado infantil previo al nacimiento”.

Es habitual encontrar referencias en la literatura que tipifican la gestación subrogada como una forma específica de trabajo industrial, que implica “la compra de trabajo reproductivo de una tercera persona para concebir un bebé y llevarlo a término” (Widdance-Twine, 2011, p.18). De acuerdo con Pande (2011), la gestación subrogada también tiene puntos en común con otras labores esencialmente relacionadas con las mujeres como, por ejemplo, el trabajo doméstico o el trabajo sexual, en las que las capacidades reproductivas también son valoradas económicamente fuera de la esfera privada. Por último, en la etnografía virtual realizada por ZsuZsa Berend (2016) puede constatarse que las mujeres gestantes entendían el proceso como una relación contractual íntima (Berend, 2016).

3.1. La gestación subrogada es un trabajo de cuidados

En mi opinión como investigadora, la gestación subrogada debe ser considerada un trabajo. Algunas investigadoras amplían y caracterizan esta conceptualización a través de sus aportaciones. Por ejemplo, Eileen Boris y Rhacel Parreñas (2010) han teorizado

alrededor de todos aquellos trabajos que implican intimidad²⁵. Las autoras consideran la gestación subrogada como una forma de “trabajo íntimo”, que definen como “el empleo remunerado que implica forjar, mantener y gestionar los lazos interpersonales a través de las necesidades y deseos corporales de los beneficiarios de la atención” (Boris & Parreñas, 2010, p.8). El trabajo íntimo se centra, pues, en “la praxis personal o cotidiana de la intimidad, que está cada vez más sujeta a las fuerzas del mercado y atravesado por las visiones ideológicas sobre el género, la etnia, la raza y la sexualidad” (Boris & Parreñas, 2010, p.9).

Por otro lado, una de las retóricas más utilizadas en el ámbito de la gestación subrogada acostumbra a ser la de los sentimientos. A través de dicha retórica se vincula la labor de las mujeres gestantes al amor y, como consecuencia, se convierte en una actividad desinteresada y altruista. En esta línea es imprescindible sumar la contribución de Arlie Hochschild (1983), que aporta el concepto de “trabajo emocional” y lo define como una “forma de trabajo que se desarrolla cara a cara y en la que se muestran ciertas emociones para inducir sentimientos particulares en los clientes”, (Hochschild, 1983, p.9):

Este trabajo implica que la mujer gestante establezca una relación personal con las madres y padres de intención para los que gesta el bebé, así como procura que se establezca un vínculo entre los miembros de su propia familia y la madre y el padre de intención (Jacobson, 2016, p.64).

Una de las particularidades de este trabajo es señalado por Hochschild (1983), que afirma que las mujeres gestantes hacen el trabajo emocional de separarse del bebé que llevan, y de la parte de su cuerpo que lleva el bebé. La autora lo denomina “trabajo emocional de extrañamiento” que, de acuerdo con ella, es el aspecto del trabajo que necesita ser visibilizado y explicado.

Melinda Cooper y Catherine Waldby (2014), definen la gestación subrogada como trabajo clínico²⁶. De acuerdo con las autoras este trabajo implica relaciones capitalistas globales construidas sobre la extracción de biovalor, es decir, las autoras reafirman la dimensión de globalización y de capitalismo. A la que se suman Sharmila Rudrappa y Caitlyn Collins (2015) que, continuando con la dimensión de globalización, plantean “la gestación subrogada como una industria íntima que conlleva el movimiento de cientos de miles de personas, que se entrecruzan por el mundo en busca de asistencia en tratamientos de fertilidad o la adquisición de gametos” (p.941).

²⁵ Los “trabajos íntimos” son llevados a cabo principalmente por mujeres migrantes en trabajos como el cuidado infantil, la enfermería o el trabajo sexual que profundiza las formas de mercantilización para abarcar emociones y estados afectivos del ser.

²⁶ El término original es *clinical labour*

Pero la creación de nuevas formas de trabajo íntimo es también una ventana a la construcción de la raza, la clase, el género y la sexualidad en el Estado, la familia y el mercado de trabajo, especialmente en los escenarios donde se da una relación Norte-Sur en la que las trabajadoras son las mujeres del Sur Global (Bailey, 2011). Además, “la creación de nuevas formas de trabajo íntimo puede convertirse en un vehículo para agravar las relaciones de desigualdad” (Boris & Parreñas, 2010, p.14). En esta misma línea, Marcia Inhorn (2011) observa que las transacciones de mercado que implica la gestación subrogada tienen lugar en lo que la autora denomina paisajes reproductivos o *reproscapes*. Concretamente, los *reproscapes* son definidos por la autora como “una geografía atravesada por flujos globales de actores reproductivos, tecnologías, partes del cuerpo, dinero e imaginarios reproductivos” (p.90). Estos *reproscapes* son sostenidos por mujeres de países empobrecidos que ayudan a personas privilegiadas, entre las que se incluyen las personas del Norte Global que compran TRA para cumplir sus metas reproductivas (Inhorn, 2011).

Sin duda, la globalización ha hecho de la gestación subrogada el fenómeno que es y de la mano de la tecnología, en ocasiones, ha servido para hacer de la intimidad un vehículo para la desigualdad:

Los desafíos económicos provocados por la privatización neoliberal del bienestar social y la desregulación de las normas laborales, fomentan el uso de la tecnología para expandir el conjunto de mano de obra asequible dedicado a satisfacer las necesidades íntimas de las clases medias y altas de las naciones capitalistas avanzadas. La gestación de los hijos nacidos por gestación subrogada es más asequible en Centroamérica que en el Medio Oeste americano (Boris & Parreñas, 2010, p.14),

Finalmente, como he mostrado, este trabajo puede definirse en base a diversas características, pero también comporta una serie de particularidades y se desarrolla en unas condiciones que al implicar el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres, tiene importantes particularidades.

Tal y como apunta Debra Satz (2010), algunas investigadoras consideran que los mercados laborales que implican trabajo reproductivo son más problemáticos que otro tipo de mercados laborales. De acuerdo con la autora este fenómeno recibe el nombre de “tesis de la asimetría”. Las defensoras de este paradigma creen que existe una asimetría entre el tratamiento que se da los mercados de trabajo reproductivo y los mercados que engloban otras formas de trabajo. Sostiene que, “tratar el trabajo reproductivo como una mercancía sujeta a los principios de la oferta y la demanda que gobiernan los mercados económicos, es peor que tratar otros tipos de trabajo humano como mercancías” (p.115). Por el contrario, la autora argumenta que el trabajo reproductivo no es una forma única o diferente de trabajo, ya que de acuerdo con ella, no existe una distinción entre el trabajo reproductivo y otras formas de trabajo que sean

relevantes para el debate sobre gestación subrogada y, contrariamente a los argumentos esgrimidos por algunas autoras, “este trabajo no es automáticamente degradante y únicamente se convierte en problemático en algunos contextos sociopolíticos determinados” (Satz, 2010, p.116).

De acuerdo con ella, el enfoque seguido por aquellos feminismos que consideran que el trabajo reproductivo no debería ser tratado de acuerdo con las reglas del mercado, no es acertado. En otras palabras, mientras que el trabajo desarrollado en el mercado laboral puede ser comprado o vendido, el trabajo reproductivo de las mujeres no es de forma intrínseca comodificable. En cambio Satz (2010), argumenta que la tesis de la asimetría debería ser usada para sostener que la desigualdad de género es estructural en la sociedad, y esto es fundamental para explicar aquello que es erróneo en la gestación subrogada: los mercados de trabajo reproductivo son preocupantes en la medida en que refuerzan las jerarquías de género de una manera que otros mercados laborales aceptados no lo hacen (Satz, 2010).

3.2. Particularidades de la gestación subrogada como trabajo de cuidados

La economía crítica feminista formuló un replanteamiento del concepto de trabajo hegemónico que invisibiliza una parte fundamental del trabajo necesario para garantizar el sostenimiento de la vida: el trabajo de cuidados (Abasolo & Montero, 2009). Concretamente, en la década de los años 80 del siglo XX nació un concepto de trabajo más amplio que aquel que lo convertía exclusivamente en sinónimo de actividad laboral o empleo. Es decir, de trabajos que, hasta ese momento, se habían entendido asociados de forma natural a las mujeres y sin valor económico (Torns, 2008).

Existe un debate sobre qué ocupaciones deben incluirse en el trabajo de cuidados, así como no existe consenso sobre si el trabajo de cuidados debería ser remunerado o no. Pero curiosamente, la gestación y el nacimiento de los bebés no se incluye en ninguna de estas categorías: “Las actividades laborales enumeradas por la literatura se centran en el cuidado de las personas que ya han nacido, pero no contemplan el proceso de traer a la vida a las personas” (Jacobson, 2016, p.69). Tal y como sostiene la socióloga, el trabajo de reproducción humana, es decir, la concepción, gestación y el parto de un bebé, debería ser contemplado como un tipo de trabajo de cuidados igual que lo es el cuidado de niños una vez nacidos, pero en este caso se trataría del cuidado de un embrión.

En esta misma línea Pande (2014), utiliza el marco teórico del trabajo reproductivo para justificar que la gestación subrogada lo es también y así debería ser considerada. De esta manera, la autora contribuye a ampliar el concepto tradicional de trabajo de cuidados. Sin embargo, a pesar de situar la gestación subrogada dentro del marco del trabajo de cuidados, Pande (2014) afirma que, ni las mujeres gestantes ni sus familias, entienden la labor de gestantes como sinónimo de trabajo, y esto contribuye de nuevo a crear

estigma sobre estas mujeres. Para Hochschild (2009), la labor realizada por las mujeres gestantes es el trabajo en el *backstage* que no es visible en el niño que más tarde es criado por los IP. Por tanto, puedo afirmar que la gestación subrogada hace que el trabajo que era invisible en el ámbito "privado" ahora se visibilice de manera comercial.

Pande (2014) expone también que en muchos de los argumentos alrededor de la gestación subrogada está implícita la naturalización de las dicotomías basadas en el género: público-privado, naturaleza-sociedad, reproducción-producción y no-mercado-mercado, concretamente afirma que:

Estas rígidas distinciones basadas en el género se han identificado durante mucho tiempo como la base de una división sexual del trabajo asimétrica y patriarcal. La conceptualización como trabajo de esta actividad reproductiva está reservada exclusivamente al realizado en el espacio público por los hombres, mientras que la participación de las mujeres en la producción y la reproducción se convierte en una función propia de su biología y su naturaleza. Irónicamente, el acto de dar a luz (labor, en inglés) que está implícitamente aceptado que no es trabajo (labor) sino una actividad de la naturaleza (Pande, 2009, p.46).

Como se ha mostrado anteriormente, la gestación subrogada comercial subvierte las dicotomías de género que le son propias, pero a la vez, tal y como argumenta Pande (2014) las reifica:

Cuando los cuerpos de las mujeres se convierten en la única fuente, requerimiento y producto del mercado laboral, y la fertilidad se convierte en los únicos activos que las mujeres pueden usar para ganar un sueldo, estas son esencialmente reducidas por el mercado a su capacidad reproductiva, reafirmando la histórica construcción de los roles de género en la división sexual del trabajo (p.166).

3.3. La gestación subrogada: un trabajo de cuidados, un trabajo precario

El trabajo que realizan las mujeres habitualmente se devalúa y no es socialmente concebido como un trabajo real. Indicador de ello son los bajos salarios y el poco prestigio que rodea a estos empleos. Esto es posible dado que este trabajo se realiza a menudo en el hogar o en lugares que son similares al hogar, como pueden ser los centros de día o las residencias para personas mayores. Los salarios también se mantienen bajos ya que, a menudo, este se entiende como un trabajo que no requiere habilidades específicas, sino como una actividad para la que se hace uso de las habilidades que surgen de forma natural en las mujeres (England, 2005).

Las mujeres son consideradas idóneas para el trabajo de cuidados y, por tanto, la ocupación de cuidadora está dominada por mujeres (Folbre, 2001). Además, la idea de que las mujeres son inherentemente mejores en la prestación de cuidados presupone

que los hombres y las mujeres son inherentemente diferentes. Este hecho crea jerarquías de poder y también privilegios que se manifiestan en todas las esferas de la sociedad, también en la repartición de los trabajos (Hartman, 1981, como se cita en Jacobson, 2016, p.70), que tiene como resultado la división sexual del trabajo.

Dentro de esta lógica, cuando se trata de trabajo de cuidados los salarios se mantienen bajos porque este tipo de trabajo está destinado a ser realizado por amor. En una sociedad capitalista en la que el valor del trabajo se designa económicamente, los bajos salarios de las ocupaciones dominadas por las mujeres son leídos como una insignia del sacrificio materno, que muestra su compromiso con el cuidado. Y esta es la forma en que socialmente nos gusta pensar el trabajo de cuidados, como sinónimo del amor:

El trabajo de cuidados está considerado un trabajo no cualificado y, aunque culturalmente se valora en cierta manera, no se remunera de forma adecuada. Precisamente porque es un trabajo realizado por mujeres y visto como una expresión de habilidades e intereses inherentemente femeninas (p.70).

El trabajo de gestante como trabajo precario que es, conlleva dificultades para la conciliación. Phyllis Chesler (1988) argumenta que el trabajo como gestantes cuenta con la ventaja de que proporciona ingresos a cambio de poco trabajo. La autora sugiere que las mujeres gestantes pueden quedarse en casa con sus hijas e hijos, mientras que ayuda a otras personas a convertirse en padres y madres. No obstante, Rudrappa (2015), destaca que muchas de las mujeres entrevistadas señalaron que la gestación subrogada no era un trabajo *mother friendly*. A menudo la conciliación de su rol como mujeres gestantes y su vida como madres y sustentadoras del núcleo familiar, les generó unos gastos elevados. En el caso de India, la explicación se encuentra en que las mujeres gestantes habitualmente deben alojarse en albergues durante prácticamente los 9 de embarazo. Esto comporta que sus parejas y otros familiares deben hacerse cargo del cuidado de sus hijas e hijos, cosa que no siempre es posible. Esta situación, en ocasiones, acaba comportando la renuncia al trabajo remunerado de alguna de las partes implicadas, o bien remunerando a alguien para que pueda hacerse cargo del cuidado de las criaturas (Rudrappa, 2015).

En el caso de Estados Unidos, Jacobson (2016) apunta también como la conciliación es un tema conflictivo para las mujeres gestantes. Estas deben organizarse en el desarrollo de su día a día para compaginar su vida personal y familiar (y a veces también laboral) con su trabajo de gestante. A menudo deben encajar las actividades propias del proceso, como las pruebas de seguimiento médico o las reuniones con la agencia, en la cotidianidad de sus vidas y esto, claro está, influye en la dinámica familiar y requiere de conciliación:

Hubo un tema que se extendió a lo largo de mis entrevistas, la gestación subrogada causó problemas relacionados con el cuidado de los niños y las

tareas domésticas. Este fue un tema especialmente importante para las mujeres con niños menores de cinco años (p.71)

Algunas de estas mujeres en sus contratos no contaban con una partida dedicada a un servicio de cuidado de sus hijas e hijos. No obstante, las mujeres que sí contaban con el, en casi todos los casos, prefirieron no utilizarlo para no causar un gasto extra a las madres y padres de intención.

De acuerdo con la socióloga, las mujeres gestantes desempeñan un papel activo en la gestión y el proceso corporal que conlleva la gestación subrogada y, el testimonio de las propias mujeres así lo afirma: “el trabajo de gestante toma tiempo y energía, que se resta al tiempo dedicado a estar con sus propios hijos, esposo y amistades” (Jacobson, 2016, p.56). Estas mujeres, denominaron la gestación subrogada como algo que abarca e influye todos los ámbitos de la vida.

Otra importante contribución realizada por Pande (2010), es la reflexión sobre cómo el mercado da forma a la mano de obra que constituyen las mujeres gestantes:

Cuando la identidad como madre es regulada y determinada por un contrato, ser una buena madre a menudo entra en conflicto con ser un buen trabajadora, lo que hace que la mujer gestante perfecta sea más bien difícil de producir. En cada etapa del proceso disciplinario, la dualidad madre-trabajadora se manipula de la manera más beneficiosa para el modo de producción, desde el reclutamiento de mujeres que se sienten culpables hasta la disciplina de las mujeres indias pobres, rurales y sin educación, para clientes nacionales e internacionales (p.970).

La socióloga justifica la transformación de la mano de obra a través de tácticas de reclutamiento, contratos y procesos de asesoramiento. Estas estrategias de captación a menudo se dirigen específicamente a las mujeres que necesitan ingresos de forma urgente. La idea subyacente es que una mujer gestante debe ser primero una buena madre para sus propios hijos antes de que pueda convertirse en una buena madre-trabajadora para el hijo de otra persona. Como tal, “ser madre no es solo un requisito médico para que una mujer sea reclutada como gestante sino también un mecanismo para controlarla como trabajadora” (Pande, 2010, p.976). A través del asesoramiento y la capacitación, la mujer gestante es consciente constantemente de su disponibilidad (como trabajadora), pero también se espera que cuide al bebé que lleva (como madre) (Pande, 2010).

En esta misma línea, Estados Unidos también presenta particularidades. De acuerdo con algunas fuentes, el 20% de las mujeres gestantes son esposas de profesionales del ejército ²⁷, de hecho existen agencias americanas que incluyen secciones de

²⁷ Ver <https://militaryshoppers.com/ideal-surrogate-military-wife>

reclutamiento dedicadas a la captación específica de esta población²⁸. El motivo por el que las esposas de los militares son apreciadas candidatas, es la disciplina con la que supuestamente están familiarizadas dada la profesión de sus parejas. Además, se cree que son personas independientes y autosuficientes después de años de formar parte de la disciplina militar. Otra de las características que se relaciona con esta disciplina es el sentido del deber y el deseo de ayudar. Por otro lado, estas mujeres pasan mucho tiempo en solitario mientras sus esposos a menudo están en situaciones difíciles y, de acuerdo con las agencias, esto les confiere una fortaleza mental que les hace capaces de manejar situaciones complicadas de una manera responsable. Por último, las esposas de militares cuentan con un seguro médico, esto supone que los IP no deben cubrir los gastos derivados del embarazo y, como consecuencia, se reduce el coste del proceso. Las mujeres, en cambio, pueden estar interesadas en la práctica debido a la compensación económica que reciben. ya que, en general, los salarios del ejército no son muy altos. Por tanto, como puede observarse, a pesar de la evidente diferencia que existe entre ambos escenarios, queda demostrado que los mercados diseñan las estrategias de captación de acuerdo con la idea de feminidad imperante en cada lugar y con la precariedad que le es propia al trabajo de cuidados.

3.4. Estigma en la gestación subrogada como trabajo de cuidados

Como he mostrado, la labor que desarrollan las mujeres gestantes, puede conllevar un alto grado de estigma que varía en función del contexto en el que la gestación subrogada sea desarrollada. Este estigma tiene su razón de ser en varios factores. No solo la gestación subrogada pone bajo foco los cuerpos de las mujeres pobres, sino que también se asocia con una "comercialización inmoral de la maternidad" (Pande, 2014). En este sentido, los feminismos en contra de la gestación subrogada, como ya he mostrado, habitualmente la han descrito como "la industrialización del embarazo" y también lo consideran una degradación del trabajo reproductivo de las mujeres.

En su rol de gestantes, las mujeres usan sus cuerpos, sus úteros y a veces también el pecho como instrumentos de trabajo (Pande, 2011), y ello no está exento de estigma:

La gestación subrogada es la que una mujer firma un acuerdo previo al embarazo para renunciar a sus derechos maternales a cambio de una retribución económica, cuestiona estructuras básicas de la sociedad occidental y por tanto, acarrea un cierto grado de estigma (Teman, 2008, p.1105).

Para lidiar con el alto nivel de estigma que recae sobre las mujeres gestantes, se acostumbra a asociar su labor con el altruismo. Con esta asociación se pretende desvincular la práctica de la temida mercantilización, que implicaría asumir que las mujeres gestantes pueden firmar un contrato de gestación subrogada motivadas,

²⁸ Ver www.findsurrogatemother.com/surrogacy/guide-for-surrogate-mothers/military-wives-and-surrogacy

también o exclusivamente, por razones económicas. En palabras de Sharyn Roach Anleu “estar de acuerdo en quedarse embarazada por dinero viola las normas que especifican que las mujeres se deben quedar embarazadas exclusivamente por amor” (Anleu, 1992, p.37).

Por todos estos motivos, la retórica del altruismo hace más sencillo el encaje de la gestación subrogada en nuestro imaginario social del trabajo de cuidados. De hecho, como mostraré en el capítulo 6, la propuesta de regulación existente en el Estado español sugiere que la gestación subrogada debe desarrollarse bajo ese supuesto, aunque con compensación económica. Esta denominación, no obstante, es contradictoria ya que implica dos conceptos antagónicos: altruismo y remuneración. Sin embargo, se hace necesaria para justificar que el trabajo que realizan las mujeres gestantes tiene su motivación principal en el altruismo, y no en motivos económicos.

En palabras de Anleu (1992):

La distinción moral entre los dos tipos de gestación subrogada, comercial y altruista, tiene que ver con las normas de género que reflejan estereotipos muy arraigados sobre mujeres, hombres y su relación con instituciones como la familia y el mercado. Las normas de género definen y delimitan cuáles son los roles y el comportamiento adecuado para las mujeres. Los contratos de gestación subrogada comercial contradicen las normas de género que especifican que el lugar que corresponde a las mujeres es la esfera privada del hogar y no en el mercado competitivo. Por el contrario, los acuerdos de gestación subrogada altruista no amenazan de la misma manera la institución familiar, ya que la esta suele tener lugar entre miembros de la misma familia o amistades cercanas (p.32).

Retomando la idea de estigma, Pande (2009) propone como una posible estrategia para reducirlo la redefinición del trabajo de gestante como una forma de “trabajo de cuidados sexualizado”, es decir, “como trabajo que se encuentra en algún lugar entre el trabajo sexual y el trabajo de cuidados” (p.142). Bailey (2011) suma una reflexión a la estrategia para reducir el estigma:

Comprender la gestación subrogada como una extensión de, y moralmente no diferente, del trabajo de mano de obra pobre que las mujeres siempre han hecho para las mujeres ricas es un paso hacia la eliminación del estigma que la rodea (p.725).

Martha Nussbaum (1998) lejos de ser partidaria de contemplar la gestación subrogada como un nicho de estigmatización, subraya que es necesario evaluar cuáles son las razones por las que ciertas ocupaciones relacionadas con la capacidad sexual y reproductiva de las mujeres son estigmatizadas. La autora se pregunta si las creencias tales como la mercantilización y el control de los hombres sobre los cuerpos de las

mujeres, resultan ser la razón de dichos prejuicios. Nussbaum (1998) realiza esta reflexión en su trabajo sobre la prostitución, donde examina las creencias y prácticas relativas a la obtención de dinero con el uso del cuerpo. Para la filósofa, la cuestión más urgente es la de crear alternativas a través de oportunidades de empleo para las mujeres que desean trabajar, así como el control sobre las condiciones en que se desarrolla dicho empleo, que es un tema clave en la gestación subrogada.

Por último, es necesario añadir una última reflexión en relación a la precariedad y la voluntariedad de las mujeres para trabajar como gestantes. Habitualmente, y en especial en aquellos lugares donde las mujeres tienen menos recursos económicos, la gestación subrogada es vista como una oportunidad económica que les permitirá dejar atrás la vida precarizada, y por tanto es presentada como una gran oportunidad (Rudrappa, 2015). Sin embargo, Anne Donchin (2004) realiza una interesante reflexión sobre dicha voluntariedad. La autora sostiene que las condiciones estructurales bajo las que viven las mujeres pobres hacen que su elección de convertirse en gestantes sea una preferencia adaptativa en vez de una decisión voluntaria, autónoma y libre. Tal y como documenta Pande (2014) en su etnografía, la suma de dinero que una mujer gestante india obtiene en un proceso de gestación subrogada equivale al ingreso familiar de 5 años, y precisamente es a este hecho al que se refiere Donchin (2004).

Para finalizar, y de acuerdo con Pande (2016), para muchas mujeres gestantes, un movimiento hacia una gestación subrogada justa, equitativa y no estigmatizada no consistiría solo en un aumento de la remuneración que reciben, sino en el reconocimiento de su dignidad como trabajadoras. De acuerdo con la autora, casi todas las mujeres entrevistadas en su etnografía enfatizaron el deseo de que sus esfuerzos, sean reconocidos y recíprocos, no solo durante el período del contrato sino una vez ha finalizado el proceso.

4. Derechos Sexuales y Reproductivos y gestación subrogada

Los orígenes de los Derechos Sexuales y Reproductivos se remontan a la década de 1960 cuando, unida a la preocupación de los países del Norte Global por el rápido crecimiento poblacional del Sur Global, surge la idea de crear políticas que influyesen en el comportamiento reproductivo de las personas. Comienza así a esbozarse el concepto de Derechos Reproductivos como fundamento de cualquier intervención en el comportamiento reproductivo de la población, es decir:

Más que un reconocimiento de los derechos de las mujeres, tal y como los conocemos en la actualidad, la motivación para el establecimiento de estos derechos era puramente pragmática: lograr controlar la explosión demográfica a través del control de natalidad (Turner, 2001, p.208).

Una de las primeras manifestaciones de estos derechos se encuentran en la declaración contenida en las Conferencias de Población de Bucarest en 1974 y México en 1984, que

recogen las ideas básicas de estos derechos reconocidos a las parejas e individuos para decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos. El énfasis en todo caso está centrado en los aspectos demográficos, antes que en una concepción de derechos (Rodríguez, s.f.). No obstante, es en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Teherán en 1968, donde se reconoce que “madres y padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”. A partir de 1980, se produjo un nuevo impulso en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos, unido al creciente interés por lograr el ejercicio real de los derechos humanos sin distinciones basadas en el sexo, la edad, la condición socioeconómica, la religión, el origen racial, el estado civil, el idioma o cualquier otra condición. Se abrió de esta manera una nueva esfera de libertad para las personas, la de las decisiones reproductivas. Todo ello fue progresivamente quedando reflejado en instrumentos internacionales como, por ejemplo, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante CEDAW) (1979), la CIPD (1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing (1995) (Turner, 2001).

Sin embargo, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994, (en adelante CIPD) marcó un avance importante en el debate sobre población y desarrollo, superando el énfasis en objetivos demográficos y reconociendo que los seres humanos son el eje central del desarrollo. Entendiendo también que los derechos reproductivos contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas (Rodríguez, s.f.). En esta conferencia se abogó por una aproximación más holística a la salud reproductiva y proponía la siguiente definición:

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a planificar la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y otorguen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (CIPD, 1994, p.22).

Esta llamada a la acción ubicó la planificación familiar directamente en la salud reproductiva, y varios políticos y activistas en la CIPD presionaron a las agencias de donantes de ayuda externa y a los países en desarrollo, a adoptar el paradigma de los derechos reproductivos, fomentando el acceso de las mujeres a los servicios prenatales y posnatales más allá del control de natalidad (Rudrappa, 2012). Y afirmaba que “los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos” (CIPD 1994, p.12).

No obstante, el enfoque de Derechos Sexuales y Reproductivos lo encontramos en las reivindicaciones realizadas por el movimiento feminista que, en los años 70 del siglo XX, los formulaba como el derecho de las mujeres a controlar su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres (Maoño & Vázquez, 2000).

Estas reivindicaciones planteadas por los movimientos feministas en foros y conferencias internacionales, obligaron a las Naciones Unidas a reformular sus conceptualizaciones y orientaciones en materia de políticas de población, de salud, de desarrollo y de derechos humanos, institucionalizando progresivamente los derechos sexuales y derechos reproductivos como marco conceptual profundamente vinculado a los derechos humanos (Observatori dels drets sexuals i reproductius, 2007).

4.1. El acceso a la gestación subrogada, un nuevo derecho reproductivo?

Aunque históricamente los derechos reproductivos hayan estado vinculados al acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos como forma de autonomía sexual y, más tarde, ampliaran su espectro al control del propio cuerpo, en la actualidad el acceso a los tratamientos de fertilidad han prácticamente ha adquirido el rango de preocupación social y existe cierta discusión sobre si las técnicas de reproducción asistida deberían estar disponibles de forma más amplia para las personas afectadas por la infertilidad. De acuerdo con Rudrappa (2012) los derechos reproductivos no son solo la capacidad de una persona para elegir cuándo, con quién y cuántos hijos puede tener, sino que también están relacionados con la capacidad de las personas para tenerlos (Rudrappa, 2012).

A pesar de que en la CIPD no se abordó explícitamente la infertilidad, más allá de una breve mención en la sección referente a la planificación familiar: “las técnicas de fecundación *in vitro* deberían proporcionarse de acuerdo con las normas éticas y las normas médicas apropiadas” (CIPD 1994, p.44). La infertilidad se definió como una preocupación integral en la salud reproductiva (Rudrappa, 2012). Y más de 20 años después de la CIPD, la vinculación entre infertilidad y derechos humanos es cada vez más estrecha en el contexto occidental.

Sin embargo, a pesar del amplio consenso existente en Occidente sobre la infertilidad como causa de estigma social y sufrimiento psicológico, en muy pocos países se ha universalizado el acceso a los tratamientos de infertilidad (Deech, 2003). Además, habitualmente, el acceso a estos continúa estando habitualmente restringido a aquellas personas que cumplen con la heteronormatividad:

En algunos países, incluso en los casos en que el marco jurídico y reglamentario es débil en aspectos como la seguridad de los procedimientos de TRA, los gobiernos han encontrado la manera de establecer leyes que prohíban a las personas gais, lesbianas, transexuales y solteras el acceso a

las TRA. Tal medida viola el espíritu de las normas de derechos humanos que la mayoría de los países se han comprometido a mantener (Spar, 2006, p.33).

Pero la vulneración del mencionado derecho se agrava cuando nos referimos a los Países del Sur Global. De acuerdo con la OMS (2012), la infertilidad afectaba en 2010 a 48,5 millones de parejas heterosexuales en edad reproductiva en todo el mundo. Además, se estima que entre 1990 y 2010 prácticamente no se han dado cambios en esas tasas. Sin embargo, la OMS estima que la infertilidad es significativamente más frecuente en el Sur Global que en el Norte Global (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012). De acuerdo con Inhorn y Birenbaum-Carmeli (2008), contrariamente a lo que puede parecer, la mayor prevalencia de infertilidad se da entre las comunidades de África subsahariana, zona denominada como el "cinturón de infertilidad". Los estudios demográficos de la OMS de 2004 mostraron que en África subsahariana, más del 30% de las mujeres de 25 a 49 años padecen infertilidad secundaria²⁹.

A pesar de que en los países del Sur Global, existe un tasa más elevada de infertilidad y más estigma en relación a ella, es en estos países donde comparativamente menos acceso tiene la población a los tratamientos reproductivos³⁰, ya que el acceso a las TRA es altamente estratificado. Además, la infertilidad, tiene también un clara lectura de género. A pesar de que en el caso de las parejas heterosexuales con problemas para concebir, en el 50% de los casos la infertilidad es masculina, el estigma social recae desproporcionadamente sobre las mujeres. En muchos países del mundo, las dificultades para concebir y gestar se equiparan socialmente con el fracaso como mujer. "Las mujeres infértiles a menudo se enfrentan al aislamiento social, al ostracismo, al abandono por parte del marido, a la violencia doméstica y otros abusos" (Programa Especial de la ONU 2003, p.2). La infertilidad llegó a ser entendida y reconocida como un diagnóstico médico psicológicamente y socialmente devastador, que estigmatiza en mayor medida a las mujeres que a sus parejas masculinas.

Por tanto, el acceso desigual a las TRA también tiene como consecuencia la amplificación de la división de clases, ya que las madres y padres de intención del Norte Global tienen un acceso mucho más sencillo a estos procedimientos. Su acceso está mediado por la capacidad económica de las personas, ya que estas están, generalmente, poco cubiertas por los servicios nacionales de salud, o por las aseguradoras privadas (Dickens, 2002). Esto nos lleva a preguntarnos: ¿A quién se le permite o se le anima a procrear?

²⁹ La infertilidad secundaria es la incapacidad de concebir después de un primer embarazo inicial.

³⁰ Marcia C. Inhorn (2003) en su publicación *Local Babies, Global Science: Gender, Religion, and In Vitro Fertilization in Egypt*, realizó un estudio sobre el acceso a los tratamientos de reproducción asistida y gestación subrogada en la población egipcia, donde a pesar de que el estigma por no tener hijos constituye una forma de exclusión social, las TRA no son accesibles en el país. Esto implica que las personas han de recurrir a estos tratamientos en otros países y para ello antes realizan un exilio laboral, se desplazan a lugares donde trabajan a destajo con el objetivo de ahorrar la cantidad necesaria de dinero para pagar los tratamientos.

La respuesta a esta pregunta conduce al concepto de reproducción estratificada. Shellee Colen (1995) utilizó este concepto en el análisis del trabajo realizado por las mujeres indias como *babysitters* en Nueva York. Para referirse a aquellas tareas reproductivas, físicas y sociales que se realizan diferencialmente de acuerdo a las desigualdades que tienen su origen en jerarquías de clase, raza, etnicidad, género, lugar en la economía global y estatus migratorio, y que se estructuran en base a factores sociales, económicos y fuerzas políticas.

El trabajo reproductivo de gestar, cuidar, alimentar y educar a los niños, etc., se valora y se recompensa de forma diferente de acuerdo con las desigualdades en el acceso a los recursos materiales y sociales en contextos históricos y culturales particulares: “La reproducción estratificada, con la creciente mercantilización del trabajo reproductivo, reproduce la estratificación reflejando, reforzando e intensificando las desigualdades en que se basa” (Colen 1995, p.78).

Esta aportación es imprescindible para el análisis de la gestación subrogada por dos motivos. En primer lugar, porque pone de manifiesto que este fenómeno global debe analizarse desde una perspectiva interseccional en la que se suman la etnia y la clase social a la categoría género. Y en segundo lugar, porque pone de manifiesto quiénes son las personas legitimadas para la crianza y quienes no. Paradójicamente, el acceso a las TRA también puede comportar la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

4.2. Reproducción estratificada y gestación subrogada

El concepto reproducción estratificada (Colen, 1995) apela también a la organización jerárquica de la salud reproductiva, la fecundidad, las experiencias de nacimiento y la crianza. De acuerdo con esta, se apoya y se recompensa la maternidad de algunas mujeres, mientras se desprecia o se proscribe la de otras (Rapp, 2001).

La reproducción estratificada postula que ciertas categorías de personas en una sociedad son estimuladas o coaccionadas para reproducirse y ser madres y padres, pero otras no. Esta teoría sugiere que el control de las capacidades reproductivas de cada persona está distribuida de manera desigual en la sociedad. Está estratificada en base a ejes como el género, la orientación sexual, la raza, la etnia y cuestiones económicas. Las personas expertas en el ámbito apuntan a las políticas sociales, las ideologías y las prácticas empresariales privadas como evidencia de esta estratificación (Reid, Dirks & Aseltine, 2010).

En el caso de la gestación subrogada comercial transnacional, esta estratificación se hace especialmente patente en los casos en que esta se desarrolla en países donde las mujeres más pobres son las gestantes, y las personas que contratan sus servicios son personas de clase media o alta que sí están legitimadas para reproducirse.

Un elemento fundamental en la justificación de este sistema discriminatorio global, se encuentra en la historia reproductiva de los países. De acuerdo con Pande (2014), tradicionalmente los países del Sur han sido el lugar donde probar los métodos anticonceptivos hormonales que toman las mujeres de los países del Norte. Este hecho puede ayudar a explicar la manera en que los países integran el modelo de negocio que supone la gestación subrogada, y cuál es el lugar que otorga a cada uno de los actores.

Se trata de un modelo que tiende a privilegiar a las personas que ocupan el lugar de clientes (madres y padres de intención) y a realizar una utilización de las mujeres gestantes, que encarnan el rol de trabajadoras. Por tanto, a pesar de que las gestantes contemporáneas pueden involucrarse de forma voluntaria en los contratos de gestación subrogada en los que intercambian su capacidad reproductiva a cambio de dinero, su agencia se desarrolla en el marco de un sistema estratificado de género, clase, casta y desigualdades raciales (Oliver, 1989).

Se puede tomar como ejemplo el caso de India que, como mostraré en el siguiente capítulo, se convirtió en el epicentro mundial de la gestación subrogada. Sin embargo, se trata del país del mundo con el número absoluto más alto de muertes relacionadas con la maternidad. De acuerdo con *The Center for Reproductive Rights* (en adelante CRR), en India tienen lugar 117.000 muertes maternas anuales, que equivalen prácticamente a una cuarta parte de las que tienen lugar en todo el mundo anualmente (CRR, 2008, como se cita en Pande, 2014). Además, India solo cuenta con 51 doctores por cada 100.000 personas, pero aún así es un país que se centró en ofertar servicios relacionados con la creación de vidas para pacientes no residentes, cuando no ofrece esa atención a su propia población (Pande, 2014).

Además, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (en adelante CNDH) documenta que solo el 30% de la población recibe servicios a través del sistema de salud pública, y que menos del 50% de las mujeres dan a luz con la ayuda de una profesional especializada (CRR, 2008, como se cita en Pande, 2014). En términos generales, más de medio millón de mujeres mueren anualmente por complicaciones relacionadas con el embarazo en el mundo en desarrollo (OMS, 2007).

La salud materna es un derecho humano, pero cuando la atención a la salud reproductiva es más accesible para las mujeres durante sus gestaciones por contrato que para las mujeres durante sus propios embarazos, las mujeres que trabajan como gestantes tienen más derechos reproductivos cuando dan a luz para terceras personas que cuando dan a luz a sus propios hijos (Bailey, 2011, p.735).

Sin embargo, a pesar del control al que estas mujeres son sometidas durante los embarazos para otras personas, la ausencia de protocolos y algunas praxis médicas que no tiene en cuenta la salud reproductiva de las mujeres hacen que, tal y como explicaré en las siguientes secciones, “las mujeres que ejercen el rol de gestantes, particularmente

en el Sur Global corren un riesgo significativo para su salud” (Chavkin & Maher, 2010, p.11).

En las últimas dos décadas, los avances en las tecnologías reproductivas y su uso en prácticas como el aborto selectivo por sexo y los contratos de embarazo han desafiado algunas de las ideologías que el feminismo representa fundamentalmente: igualdad (socioeconómica, sanitaria, jurídica), libertad (libertad de elección, autonomía) y justicia (justicia social y reproductiva) (Saravanan, 2016, p.66).

Estos desafíos se han acentuado aún más con la creciente atención reproductiva transnacional, que se desarrollan de acuerdo con las desigualdades globales existentes (Saravanan, 2016). Y que además se ven abrigadas por la idea occidental de libre elección, de acuerdo con la que todas las personas involucradas en un proceso de gestación subrogada están en él de libremente y igualdad de condiciones. Sin embargo, Raymond (1993) observa que la visión de las TRA y la gestación subrogada como una elección libre por parte de las mujeres, emerge de una ideología occidental de libertad individual y neutralidad de valores. Una percepción individualista que pasa por alto el impacto de la gestación subrogada en una sociedad donde la injusticia es estructural. En esa estructura se reproducen los elementos raciales y coloniales de esta industria.

Estos discursos neoliberales, sin embargo, también afectan a la otra parte implicada, los IP, que en el marco de esta lógica neoliberal se convierten en lo que Krolokke y Pant, (2012) han denominado “repreneur”:

La ideología neoliberal promueve la idea de que los individuos fértiles deben asumir responsabilidad personal por su fertilidad y tomar decisiones que maximicen sus posibilidades de embarazo y movilidad ascendente, al tiempo que convierten la materia reproductiva en tipos particulares de productos básicos. La (in)fertilidad y la gestación subrogada se sitúan dentro de una retórica individualista de elección y se basan en una comprensión del cuerpo (y de sus partes) como propiedad individual y gobernada (p.237).

De acuerdo con esta óptica, no existe motivo para que las personas con problemas de fertilidad no hagan todo lo posible por conseguir una maternidad o paternidad genética. De esta manera, el mercado se alimenta de la reproducción asistida de mujeres que “libremente eligen” ser proveedoras de óvulos y gestantes, e IP “emprendedores” legitimados a hacer todo lo que está en su mano para cumplir con sus metas reproductivas.

4.3. La medicalización de los procesos de gestación subrogada

Aunque existe mucha preocupación por la ética, los derechos de las mujeres y el desequilibrio geopolítico en relación con el uso de las técnicas de reproducción asistida, ha habido poca discusión sobre los riesgos médicos individuales que estas implican:

Si bien existen razones teóricas biológicamente plausibles para la preocupación acerca de las consecuencias, a largo plazo, de las manipulaciones hormonales involucradas en el uso de las TRA, se carece de datos que justifiquen esta preocupación o que, por el contrario, la calmen (Gleicher et al., 2000, como se cita en Chavkin y Maher, 2015).

Las técnicas de reproducción asistida comprenden una variedad de intervenciones que van desde las más sencillas como la inseminación artificial, hasta aquellas en las que el espermatozoide y el óvulo se fecundan en el laboratorio (Chavkin & Maher, 2015). Las TRA más utilizadas en los procesos de gestación subrogada son la estimulación hormonal ovárica de las mujeres proveedoras de óvulos, y la hormonación de las mujeres gestantes con el objetivo de preparar el útero para recibir el embrión creado por FIV, y que este anide correctamente. Por tanto, los procesos de medicalización habitualmente afectan a dos mujeres.

En cuanto las mujeres proveedoras de óvulos, las principales preocupaciones médicas están relacionadas con la falta de información sobre los riesgos a largo plazo que tiene la manipulación hormonal del sistema endocrino femenino (Pearson, 2006, como se cita en Darcynosky & Beeson, 2014). Hasta ahora, lo que se conoce sobre los riesgos para la salud se basa, principalmente, en los resultados de los estudios realizados a mujeres sometidas a estimulación ovárica para sus propios tratamientos de fertilidad. Sin embargo existe cierta preocupación por los riesgos asociados al síndrome de hiperestimulación ovárica en procesos de gestación subrogada (Guidice et al., 2007).

Además, la utilización de las TRA en el marco de la gestación subrogada, no se desarrolla siempre en consonancia con procesos seguros para la salud de las mujeres que participan. Los riesgos varían ampliamente dependiendo de la medicación y los protocolos de extracción de los óvulos utilizados por diferentes profesionales (Janwalkar, 2012; Majumdar, 2014, como se cita en Saravanan, 2016).

Las clínicas de fertilidad operan a nivel micro y es aquí donde la alienación, la mercantilización y el patriarcado, juegan con las vulnerabilidades y desigualdades que afectan a la autonomía y al consentimiento de las mujeres. No obstante, poco se ha escrito sobre los posibles efectos de estos tratamientos en la salud de las mujeres.

En cuanto a las mujeres gestantes y los riesgos están principalmente asociados al embarazo por FIV con embriones donados. La literatura médica apunta que, un embarazo de estas características puede conllevar una serie de riesgos que pueden

hacerlos más peligrosos que los embarazos naturales u otros embarazos producidos por FIV (HFEA, 2014, como se cita en Darnosvky y Beeson, 2014).

Un tema de vital importancia son las tasas de éxito de embarazo. Es muy común que las clínicas de reproducción asistida las publiquen, y habitualmente se elaboran rankings³¹ en base a la tasa de éxito. En el caso de India, tal y como indican Rudrappa y Collins (2015), no existen registros sobre las tasas de éxito de los procesos de fertilidad pero, a modo de ejemplo, aportan datos del CDC de 2009 en los que puede observarse que solo el 22,4% de los ciclos de FIV (donde se incluye la gestación subrogada) dan como resultado nacimientos vivos, esto significa que las posibilidades de fracaso son muy altas. Estos datos coinciden con los expuestos por Saravanan (2016), que muestra cómo los estudios revelan que la tasa general de embarazo por FIV en la gestación subrogada es solo del 24%, con una tasa de embarazo clínico del 19%, y una tasa de nacidos vivos del 15,8% (Goldfarb et al., 2000). Todo ello, contrasta con la publicidad de las agencias españolas, que ofrecen “embarazo seguro, intentos ilimitados³²”, es decir, garantizan el nacimiento de un bebé.

De la misma manera, las transferencias de embriones fallidas y las complicaciones en el proceso no eran infrecuentes entre las mujeres que fueron entrevistadas por Jacobson (2016). Sin embargo, de acuerdo con la socióloga solo algunas mujeres gestantes entrevistadas para su etnografía, mostraron preocupación por los costes para su salud de los tratamientos recibidos. Además, estas mujeres explicaron como la mayoría de ellas habían experimentado al menos una transferencia fallida, un embarazo químico³³ o un aborto involuntario en algún momento durante el proceso de gestación (Jacobson, 2016).

4.3.1. Embarazo múltiple y reducción fetal

Los embarazos múltiples son habituales después de un tratamiento de FIV. En Estados Unidos, los nacimientos múltiples ocurren en el 39% de los ciclos de FIV, mientras que en Europa la tasa es del 26% (Katz et al., 2002). Por tanto, los embarazos gemelares y de trillizos son más comunes en la gestación subrogada que en los embarazos concebidos naturalmente. Esto es en parte debido a las presiones de las clínicas de reproducción asistida que compiten para aumentar sus tasas de nacimientos vivos, ello ha llevado a la implantación de múltiples embriones y posteriores nacimientos múltiples (ASRM, 2012).

³¹ Es el caso de la organización *Men Having Babies*, quienes piden a las madres y padres por gestación subrogada que valoren las agencias utilizadas, véase: www.menhavingbabies.org/surrogacyresources/directory/agencyratings

³² Ejemplo de una agencia española: www.surrofamily.com/surrofamily/gsubrogada-vientre-de-alquiler/ucrania

³³ El embarazo químico es el término médico utilizado para un aborto involuntario temprano. Habitualmente acostumbra a ocurrir antes de la sexta semana

A pesar de que varias agencias y autoridades, como ESHRE o la International Federation of Gynecology and Obstetrics (en adelante FIGO), recomiendan realizar transferencias de un solo embrión, persisten las altas tasas de nacimientos múltiples que pueden tener consecuencias para la salud de las mujeres gestantes.

La implantación de múltiples embriones, parece ser más común cuando priman los intereses comerciales en la práctica. En algunos casos, tanto las clínicas como los futuros padres pueden percibir un beneficio económico al establecer un embarazo gemelar, ya que se reducen los costes del proceso, aunque pueden aumentar los riesgos para los bebés y para las mujeres gestantes (Darnovsky & Beeson, 2014).

En el caso concreto de India, Rudrappa y Collins (2015) muestran que, los especialistas en fertilidad que entrevistaron en India, con el fin de aumentar la probabilidad de nacimientos vivos, habitualmente trabajaban con dos mujeres gestantes para cada cliente. De esta manera se practica la estimulación hormonal a ambas mujeres para el embarazo, y se les implantan cuatro embriones a cada una, si estos embriones son viables se practica una reducción embrionaria, de esta manera las madres y padres de intención pueden elegir el número de hijos que desean (habitualmente 1 o 2). Como explican las autoras, todos estos aspectos son decididos por el equipo médico y los IP, nunca por las mujeres gestantes. Las autoras constataron, a través de las entrevistas realizadas a mujeres gestantes y profesionales, que no existía ningún tipo de consentimiento informado ni se informaba a las mujeres sobre el tipo de intervenciones que recibían, ni tampoco sobre los riesgos para la salud de los procesos de hiperestimulación hormonal repetida. En relación a esto, es importante recordar que las diferentes legislaciones limitan el número de embriones que pueden ser implantados legalmente³⁴ aunque no en todos los lugares existe una regulación al respecto.

Dada la relevancia del procedimiento para la salud de las mujeres involucradas en los procesos de gestación subrogada, la tensión entre la maximización de las tasas de embarazo y el aumento de los riesgos de parto múltiple, esto debe convertirse también en una responsabilidad de los IP:

Muchas parejas tienen poca comprensión de los riesgos de la gestación múltiple y pueden incluso expresar un deseo de nacimiento de estas características. De acuerdo con las profesionales, existe cierto grado de desconocimiento sobre ello entre los pacientes, que necesitan estar mejor informados de los riesgos asociados con la gestación múltiple (Katz et al., 2002, p.31).

³⁴ La ley española de TRAH establece en 3 el límite de embriones a implantar y las sociedades expertas recomiendan la implantación de dos.

4.3.2. La práctica de cesáreas

Los profesionales de la medicina también expresan su preocupación respecto al elevado número de cesáreas que se practican en los embarazos fruto de gestación subrogada. Estos, a menudo, se practican de forma innecesaria y rutinaria (Merritt, 2014). Además, estas altas tasas de cesárea son justificadas exagerando los riesgos asociados con los partos quirúrgicos, mientras que se subestiman los riesgos asociados con los embarazos por gestación subrogada (Deomampo, 2014). Desde las propias agencias intermediarias se publicitan los partos por cesárea como una opción recomendada ya que, de acuerdo con estas, previene el vínculo emocional entre la mujer gestante y el bebé³⁵:

Se trata de una decisión personal de la gestante. No obstante, AEGES favorece que el parto sea por cesárea, pues facilita la programación, y evita el nacimiento de vínculos emocionales entre la madre gestante y el recién nacido. En caso de cesárea, los padres intencionales no podrán estar presentes en el parto dentro del paritorio, al tratarse de una operación quirúrgica (web AEGES, 2016).

De acuerdo con Rudrappa y Collins (2015) muchas de las mujeres gestantes entrevistadas desconocían que sus partos serían a través de cesárea entre las semanas 36 y 38, a pesar de que sus propios partos habían sido vaginales. Tampoco ninguna de las mujeres recibió atención posparto por parte de las agencias que las contrataron (Rudrappa & Collins, 2015). En la etnografía realizada por Pande (2014) se repetía esta misma situación. A pesar de que la mayoría de mujeres en sus propios embarazos habían dado a luz a través de parto vaginal, los partos fruto de una gestación subrogada fueron por cesárea.

4.3.3. El consentimiento informado

Los protocolos de consentimiento informado permiten a los profesionales, compartir con el paciente la información que le facilitará la toma de decisiones clínicas que afectan a su salud y bienestar. En el campo de la reproducción humana asistida, el consentimiento informado aún tiene mayor importancia y debe utilizarse por motivos éticos y legales. “Éticamente el consentimiento determina que se tengan en cuenta los derechos de los pacientes, especialmente el de ser correctamente informados” (SEF, 2012, p.10). El consentimiento informado se deriva del derecho a la información y la educación que se contempla en la carta de derechos sexuales y reproductivos, aprobada por la IPPF en el año 2008³⁶.

El concepto de consentimiento informado es imprescindible en los procesos de gestación subrogada, ya que permite comprender la posición de cada una de las partes en su desarrollo. No obstante, este puede ser utilizado para viciar la responsabilidad

³⁵ Véase <http://aeges.es>

³⁶ Véase: <http://observatori.apfcib.org/drets-sexuals>

legal, que también podría incluir la responsabilidad moral. “Se presume que una mujer que decide convertirse en madre sustituta es autónoma, pero las presiones económicas en la gestación subrogada comercial o las presiones emocionales no deben subestimarse” (Ber, 2000, como se cita en Brunet et al., 2013). En tales casos, el marco ético liberal occidental que hace hincapié en el derecho individual a la elección, se enfrenta al riesgo de que esta elección pueda ser impuesta emocional o financieramente (Deonandan et al., 2012).

Cualquier proceso de consentimiento informado, que se de en un proceso de gestación subrogada, debe estar basado en mejores evidencias científicas de las que existen actualmente. El informe *Surrogacy practices* elaborado en el marco del *International Forum on Intercountry Adoption & Global Surrogacy* de 2014, contiene una propuesta que recoge algunos de los temas médicos que deberían ser mejor investigados y divulgados para facilitar un consentimiento plenamente informado, tanto a mujeres gestantes como a proveedoras de óvulos. Algunos de los temas prioritarios recogidos en esta propuesta son:

- Número de transferencias embrionarias que se realizarán a una misma mujer.
- Cuál es el número de abortos involuntarios tolerable.
- Cuál es la política en cuanto a la implantación de embriones, reducciones fetales, cesáreas y selección de sexo.
- Número de veces que una mujer puede ser gestante y/o proveedora de óvulos. Y cuánto tiempo debe pasar entre un embarazo o donación y el siguiente.
- Nivel de seguridad de la medicación utilizada.
- Como se negocia el final de un embarazo, a quién le corresponde la decisión final.
- Atención posparto, qué tipo y hasta cuándo se proporciona.

Se ha de tener en cuenta que, prácticamente todas las donaciones de óvulos y las gestaciones subrogadas tienen lugar en un contexto comercial, y aunque los profesionales del ámbito de la fertilidad deben tratar por igual a todas las partes, el proceso se da en un ámbito mercantil donde los clientes son los IP. Esto puede aumentar los riesgos para la salud a través del fomento de una evaluación médica inadecuada de las mujeres gestantes antes y durante el proceso. Además, los incentivos económicos pueden alentar a las clínicas a maximizar la estimulación ovárica con el fin de extraer el mayor número posible de óvulos. (Darcynosky & Beeson, 2014).

Por tanto, a pesar de que pocos países han establecido mecanismos jurídicamente vinculantes para supervisar la seguridad de todos los procedimientos implicados en la gestación subrogada (Land & Evers 2003; Zegers & Hochschild, 2002), concluyo que, dada la importancia que está ganando el fenómeno, es urgente empezar a plantearlas.

En el siguiente capítulo se ofrecerá una aproximación internacional a la gestación subrogada que permitirá conocer, en primer lugar, cuáles son las particularidades de los países que han sido o son en la actualidad un destino para las madres y padres de

intención españolas. En segundo lugar, realizo una aproximación a tres países que ya sea por las características en las que se desarrolla la gestación subrogada, o la novedad en la investigación, se dibujan como países imprescindibles para entender el contexto global de la gestación subrogada.

Conclusiones primera parte

Como he mostrado, desde que en 1978 naciera el primer bebé a través de técnicas de reproducción asistida, estas pasaron a ser un relevante ámbito de estudio para las ciencias sociales y los estudios de género. Con la evolución de las TRA llega la práctica de la gestación subrogada, que se convirtió también en un tema de vital importancia para los estudios de género y feministas. La idea de “venta de la maternidad”, tradicionalmente asociada a la gestación subrogada, ha mantenido a los feminismos en un debate sostenido, en general, en dos extremos. Uno de ellos defiende que ser gestante es sinónimo de libertad, y lo entiende como una opción reproductiva más. Mientras que en el extremo opuesto, se encuentra la idea de la gestación subrogada como una forma más de opresión de las mujeres, que, además, naturaliza su capacidad reproductiva. Todo ello se vuelve más complejo cuando la gestación subrogada se convierte en un fenómeno transnacional, donde las diferencias de clase y etnia entre madres y padres de intención y las mujeres gestantes desembocan en relaciones asimétricas y de poder.

He utilizado el marco teórico del trabajo de cuidados para mostrar las conexiones entre este y la labor que realizan las mujeres gestantes. Una parte de esta literatura se inclina hacia la asunción de que la gestación subrogada es una forma específica de trabajo mercantil que implica la compra de "trabajo reproductivo" de una tercera persona, que concibe un bebé y lleva a término el embarazo. Esto es considerado como una industrialización del embarazo y, consecuentemente una degradación del trabajo reproductivo que realizan las mujeres, ya que, a pesar de los motivos altruistas que pueden conducir a algunas mujeres a ser gestantes, se trata de un contrato de trabajo que implica riesgo físico, dolor y procedimientos médicos invasivos. Sin embargo, para otras autoras, la ambigüedad y el estigma que rodean los mercados laborales como la gestación subrogada, reflejan la ansiedad que supone el hecho de que las mujeres traspasen las fronteras entre el no-mercado y el mercado, y entre producción y reproducción. No obstante, no niegan la estructura desigual en la que la práctica se desarrolla y, por tanto, resulta un ejemplo de reproducción estratificada (Colen, 1985), que tiene lugar en una estructura desigual donde se dan intercambios entre actores que son, ya de inicio, desiguales. Estas diferencias no vienen exclusivamente marcadas por la clase o la etnia, sino también por los costes para la salud física y emocional que conlleva el proceso previo al embarazo, la gestación y el parto.

En este proceso son las mujeres gestantes las que, generalmente, están desprovistas de poder en los mercados reproductivos, especialmente en aquellos que se desarrollan en los países empobrecidos, donde la jerarquía económica y la política global permiten un acceso desigual de las personas a los recursos. Ello tiene consecuencias en la forma en que los clientes del Norte Global y las trabajadoras del Sur Global experimentan la paternidad.

En relación a esto, es necesario romper con el eurocentrismo y la moralidad en el estudio de la gestación subrogada y paliar las aproximaciones de tipo moral y monolíticas sobre ella. La gestación subrogada es un fenómeno complejo, que está claramente marcado por las normas sociales y el contexto cultural y sociopolítico de cada lugar en el que una mujer gesta un bebé para otra persona. El estigma, las condiciones en las que se realiza la gestación, el lugar que ocupa la gestante socialmente, los protocolos médicos, etc., marcan la diferencia en la experiencia de las mujeres gestantes, las proveedoras de gametos y también de las madres y padres de intención.

Otra de las discusiones mostrada en esta primera parte de la investigación, tiene que ver con la colisión de la práctica de la gestación subrogada y los derechos reproductivos de las mujeres gestantes. De acuerdo con Naciones Unidas (2012), pocos países han establecido mecanismos jurídicamente vinculantes para supervisar la calidad y la seguridad de los protocolos reproductivos de los que participan las mujeres gestantes y las mujeres proveedoras de óvulos. De acuerdo con los derechos sexuales y reproductivos, las personas tienen derecho a disfrutar del progreso científico, pero los procedimientos clínicos deben someterse a las normas de seguridad dictados por las diferentes instituciones competentes. Esto significa que las instituciones públicas deben implicarse seriamente en la reproducción asistida, y también en la gestación subrogada. En este ámbito, no siempre se vela por los derechos reproductivos de las mujeres gestantes puesto que, a menudo, es incompatible con la lógica mercantil de los proveedores de servicios. Por este motivo, constato que los movimientos feministas tienen mucho que aportar en este contexto, y es imprescindible su inclusión en la discusión sobre gestación subrogada y derechos reproductivos de las mujeres.

He constatado también, que uno de los principales motivos por los que la gestación subrogada es popular y bien aceptada por una parte de la sociedad, la academia y las personas profesionales del ámbito de las TRA, es que su finalidad es la de crear familias. La literatura muestra que la práctica cuestiona la concepción heteropatriarcal de la familia y la maternidad, e implica una ruptura con las ideas tradicionalmente asociadas al parentesco y el vínculo natural entre madres e hijos. No obstante, plantea una contradicción: es cierto que abre la posibilidad a la discusión sobre el parentesco, pero a la vez enfatiza el modelo de familia tradicional donde la vinculación genética es relevante. Además, es mayor el número de parejas heterosexuales que de

homosexuales, que recurren a la gestación subrogada, lo que tendría como resultado la creación de familias tradicionales donde la transgresión, vendría dada, exclusivamente por el uso de la práctica.

Otro aspecto preocupante son los tabúes morales y los dilemas éticos que, de forma habitual, acompañan al tema, y que han impedido un debate político y social abierto. Dada la situación actual de la gestación subrogada, quizás las preguntas a formular al respecto deberían ser: ¿Hasta qué punto deben ser remuneradas las mujeres con ingresos bajos que actúan como gestantes o proveedoras de óvulos? ¿Cómo se puede asegurar su consentimiento informado, su bienestar y el ejercicio de sus derechos antes, durante y después del proceso? ¿Qué tipo de autoridad es la más indicada para tomar estas decisiones? ¿Qué papel se le otorga a los movimientos feministas en la discusión? ¿Cuándo cruza una sociedad la línea entre garantizar el derecho a tener hijos e hijas vinculados genéticamente y convertir la infertilidad en un duro juicio moral contra las mujeres? Todas estas preguntas deberían ocupar un lugar central en la discusión sobre la gestación subrogada, pero también en las agendas mundiales de derechos humanos y salud reproductiva (SAMA, 2012).

Por último, concluyo que, más allá de centrar la discusión y la investigación sobre si remunerar a las mujeres gestantes comercializa la reproducción humana, o si el hecho de recibir una remuneración hace que la gestación subrogada se convierta en degradante. Las investigaciones deberían seguir la estela de aquellos trabajos que empiezan a preguntarse qué factores políticos, económicos y jurídicos hacen posible la existencia de este tipo de trabajo, y cuáles podrían ser las respuestas de una política feminista a este tema.

Segunda parte: La gestación subrogada en el Estado español desde una perspectiva comparada e internacional

Capítulo 5: Las geografías de la gestación subrogada

1. Introducción

Este capítulo da inicio a la segunda parte de esta investigación, donde tengo como objetivo, en primer lugar, situar la gestación subrogada desde una perspectiva internacional, ahondando en el conocimiento de aquellos países que constituyen un destino preferente para las personas españolas. Y, en segundo lugar, realizar un análisis en profundidad del fenómeno en el Estado español. Para ello, he realizado un análisis retrospectivo de lo acontecido hasta el momento en el país, para centrarme a continuación, en los debates actuales en torno a la regulación de la gestación subrogada. Este segundo objetivo se desarrollará en el siguiente capítulo, en número 6.

En este capítulo número 5, concretamente, realizo en primer lugar, una aproximación a aquellos países que, de acuerdo con los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario, han sido y/o continúan siendo un destino común para las madres y padres de intención españoles. Esta aproximación tiene como objetivo conocer, en primer lugar, cuáles son las principales características de la práctica en dichos lugares y, en segundo lugar, conocer las particularidades e implicaciones que hacen diferente a cada país. Todo ello con el objetivo de obtener una fotografía, al menos parcial, de la situación de la gestación subrogada en el mundo.

En la segunda parte de este capítulo, se destacan algunos países que, a pesar de no ser un destino habitual para las madres y padres de intención españoles, dadas sus características merecen atención investigadora. Estos también son fundamentales para comprender el caleidoscopio que supone la gestación subrogada en cuanto a regulaciones y posibilidades. Es el caso de Israel, el primer y único país del mundo donde la gestación subrogada es financiada parcialmente por el gobierno, que al mismo tiempo ejerce un riguroso control sobre los procesos. Reino Unido, que también es un caso particular, ya que desde el año 1998 tiene una regulación sobre gestación subrogada bajo el supuesto altruista y, en la actualidad se debate si una reforma de esta es

necesaria. Por último, se plantea una aproximación al caso de Ghana, el único país africano del que existe una etnografía sobre gestación subrogada, y donde el planteamiento profesional, legal y ético de las TRA se encuentra en sus inicios. En el capítulo también hago alusión a algunos documentos y posicionamientos emitidos desde Europa, puesto que se han realizado algunos intentos a este nivel para conceptualizar y valorar la legalización o la prohibición de la práctica a escala europea.

Con la aparición de cientos de clínicas y agencias intermediarias en lugares como India, Tailandia, Rusia, Nepal y México, que cuentan muy poca regulación sobre gestación subrogada, se crea un espacio global que implica que las mujeres, los gametos y el dinero crucen regularmente las fronteras internacionales, mientras que los países intentan enfrentarse a los nuevos y difíciles dilemas legales relacionados con la gestación subrogada, que introducen estos acuerdos transfronterizos (Teman, 2016). En consecuencia, la práctica solo puede entenderse desde una aproximación global. Por este motivo este capítulo es fundamental para entender el marco contextual y geográfico de la gestación subrogada transnacional.

Mostraré como, en general, los países siguen tres tendencias o modelos reguladores: el prohibitivo, el modelo de ineficacia y, por último, el modelo permisivo (ya sea por vía legal, jurisprudencial o fáctica) (Farnós, 2017). Esta diversidad se traduce en una gran diversidad de condiciones en las que la gestación subrogada se desarrolla, y que confiere a los diferentes actores que forman parte de un proceso de gestación subrogada, un grado de libertad de acción y seguridad diferente.

2. Situando la compleja ausencia y presencia de la regulación de la gestación subrogada en el panorama internacional

Diferentes países han adoptado enfoques muy diversos para la regulación de la concepción a través de las técnicas de reproducción asistida, desde su llegada en la década de 1980. Estas normativas comprenden posturas que van desde su prohibición absoluta a modelos donde existe una ausencia total de regulación. También existen países que adoptan un modelo 100% altruista, y otros en los que la compensación económica para las mujeres gestantes está presente.

Algunos de los destinos más populares para la gestación subrogada transnacional han sido los países con economías de transición y legislaciones comparativamente permisivas. En cambio, la mayoría de los países europeos han restringido las leyes sobre el uso de estas tecnologías, creando en conjunto un mosaico de países permisivos y restrictivos (Saravanan, 2016a). El resultado de este complejo entramado de regulaciones, y la ausencia de ellas, constituyen una amalgama de normativas y legislaciones, que permite a las madres y padres de intención eludir restricciones

reguladoras nacionales y viajar a una jurisdicción donde los mercados de gametos y/o de gestación subrogada están permitidos (Waldby, 2012).

De forma más concreta, generalmente, la mayoría de los países industrializados en Asia, las Américas, Europa u Oriente Medio, o bien prohíben la gestación subrogada o bien la regulan ampliamente, y solo un número pequeño de países permiten el modelo comercial (Widdance-Twine, 2011). En las tablas que se encuentran a continuación se especifica qué países permiten qué tipo de gestación subrogada, comercial o altruista, y cuáles son los países que la prohíben en cualquiera de sus formas.

Tabla 4. Países donde la ley prohíbe la gestación subrogada en cualquiera de sus formas

| Países que prohíben todas las formas de gestación subrogada | |
|--|----------------|
| Austria | Noruega |
| Bélgica | Suecia |
| Bulgaria | Suiza |
| Canadá (Quebec) | Arabia Saudí |
| Francia | Turquía |
| Alemania | Pakistán |
| Italia | China |
| Islandia | Japón |
| Estados Unidos | Estado español |
| (Arizona, Indiana, Michigan y Dakota del Norte) | |

Fuente: elaboración propia a partir de Widdance-Twine (2015)

Y, como puede observarse, los países que permiten la gestación subrogada están en todo el mundo:

Tabla 5. Países que permiten alguna forma de gestación subrogada

| Países que permiten la gestación subrogada altruista (no comercial) | Países que permiten la gestación subrogada comercial y no comercial |
|---|---|
| Australia | Armenia |
| Canadá | Bielorrusia |
| Dinamarca | Chipre |
| Grecia | Georgia |
| Hungría | México |
| Israel | Federación Rusa |
| Holanda | Sudáfrica |
| Sudáfrica | Ucrania |
| Gran Bretaña | Estados Unidos (California, |
| Estados Unidos (Nueva York, | Florida, Illinois, Massachusetts, Texas |
| Nueva Jersey, Nuevo México, | Vermont, Arkansas). |
| Nebraska, Virginia, Oregón y Washington) | |

Fuente: elaboración propia a partir de Widdance-Twine (2015).

En Europa 160 millones de ciudadanos no tienen pleno acceso a la adquisición de gametos en sus propios países. En términos de demanda, 80.000 parejas necesitarían tratamientos que están prohibidos por la ley en sus países de residencia, pero que sí están disponibles en otros lugares. Aunque no se dispone de datos concluyentes sobre una base paneuropea, se ha estimado que podrían tener lugar entre 24.000 y 30.000 mil ciclos de tratamiento transfronterizo anualmente, que implican de 11.000 a 14.000 pacientes en Europa. Este hecho hace del continente uno de los territorios que más movimiento de personas en busca de atención reproductiva transfronteriza genera (Ferraretti et al., 2010).

A ello debemos añadir que el panorama en la UE es extremadamente variado cuando se trata de políticas y legislación en referencia a la gestación subrogada. A pesar de las similitudes generales relacionadas con si los estados adoptan políticas prohibitivas o permisivas, cada caso es único y cualquier intento de generalización pasaría por alto aspectos significativos de los diversos itinerarios legislativos y de políticas (Brunet et al., 2013). Por ello, las instituciones europeas han dado diversos pasos en un intento de unificar criterios al respecto, pero ninguna investigación ha considerado

específicamente la posibilidad de dar una respuesta de nivel europeo a las dificultades legales planteadas por la gestación subrogada.

Cuando las madres y padres de intención atraviesan una frontera internacional para contratar a una mujer gestante y/o adquirir gametos, están participando en el fenómeno denominado popularmente como turismo reproductivo, también llamado "turismo de fertilidad", "cuidado reproductivo transfronterizo" o "exilio reproductivo". El fenómeno, que como brevemente he mostrado en el capítulo 2, describe cualquier viaje que se realice con el objetivo de adquirir técnicas de reproducción asistida de forma comercial, que pueden incluir la FIV, los DGP, la adquisición de gametos u otros servicios. "Sin embargo, la contratación de gestantes presenta desafíos particulares con respecto a la gestión del riesgo, la ética y la construcción de marcos regulatorios" (Deonandan, 2015, p.118).

Habitualmente, las regulaciones restrictivas en el acceso a las técnicas de reproducción asistida, así como los altos costes que acostumbra a suponer, constituyen las causas principales por las que las personas buscan atención reproductiva transfronteriza, en muchas ocasiones en países sin legislación al respecto o bien con un sector privado menos costoso. Esta movilidad transfronteriza a países donde la normativa no es clara, y el poder de regulación recae en manos de las propias clínicas y agencias, hace que tanto IP como las proveedoras de gametos y mujeres gestantes, sean más vulnerables al riesgo médico y la explotación (Spar, 2006).

Spar (2005) señala que el uso de la gestación subrogada se ha expandido muy rápidamente, mientras que las normas y las leyes que la regulan han sido lentas en evolucionar (Spar, 2005, como se cita en Chakravarthi, 2016). 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 y/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).

Chakravarthi (2016), señala que este tipo de regulaciones también motiva una legislación que se basa en la convicción de que algunas técnicas de reproducción asistida son perjudiciales para algunas de las personas involucradas, o violan una regla moral. La regulación de la reproducción asistida médicamente se justifica, generalmente, por:

- El bienestar de la niña o el niño nacido.
- La protección y respeto por el embrión.
- La comercialización de cuerpos humanos.

- Las opiniones morales sobre la formación de la familia.
- La prevención de la explotación de proveedoras de gametos y mujeres gestantes.
- La no revelación de la identidad del donante.

A modo de ejemplo, en varios países, como Suiza, Holanda, Reino Unido y Suecia, y en algunas partes de Australia, la provisión de gametos anónima está prohibida. Esto es una estrategia por parte de los gobiernos para proteger el derecho de las niñas y niños a conocer sus orígenes genéticos. Como consecuencia, estos países cuentan con escasez de óvulos y esperma y largas listas de espera. En otros lugares, como los Países Bajos, pocas mujeres están dispuestas a donar o vender sus óvulos debido al extenso tratamiento hormonal e intervención médica que supone, ambos emocional y físicamente exigentes (van Beers, 2014). Por tanto, en estos países existen pocos óvulos dedicados a las técnicas de reproducción asistida y, como consecuencia, las personas recurren al mercado internacional, generando así el fenómeno denominado atención reproductiva transfronteriza.

En este sentido, el Estado español es el país que cuenta con la legislación sobre TRA más permisiva de la Unión Europea (Escoda, 2013). La Ley 14/2016, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida permite la donación anónima de gametos para ambos sexos, y cuenta también con uno de los planes más generosos de compensación para las proveedoras de óvulos en Europa, lo cual facilita la amplia disponibilidad de gametos existentes. Como consecuencia, el Estado español es el tercer país europeo donde más tratamientos de reproducción asistida se realizan anualmente, después de Francia y Alemania, con un total de 54.000 ciclos anuales. España, además, fue el primer país europeo que tuvo una ley de reproducción asistida, que entró en vigor en 1988 y se basaba en el informe Warnock. Aún así cabe destacar que el registro de la Sociedad Española de Fertilidad (en adelante SEF) es un registro voluntario en el que solo participan los centros que así lo desean, por tanto, los datos disponible distan de ser los reales (Igareda, 2016).

El alto número de personas que demandan tratamientos de reproducción asistida en España, necesita de una oferta numerosa de proveedoras de óvulos. Algunas autoras como Indira Chakravarthi (2016) han llamado la atención sobre este hecho, y señalan que en el Estado español el número de donantes de óvulos ha aumentado desde la crisis financiera. Sugiere que en las circunstancias económicas actuales, la donación española de óvulos ya no debe llamarse altruista y voluntaria, sino más bien considerarse el producto de la desesperación financiera de algunas mujeres.

Han sido propuestas diversas estrategias de evaluación y regulación de las TRA, como forma de abordar las preocupaciones y los problemas derivados de la disponibilidad de ciertas tecnologías médicas. Desde algunos puntos de vista:

La regulación se considera especialmente como una solución que puede cumplir varios objetivos como, por ejemplo, asegurar una atención de calidad, prevenir la mala praxis y la negligencia médica. La regulación también es un remedio contra los fallos del mercado (Chakravarthi, 2016, p.133).

No obstante, cuando se regula es importante saber quién se va a encargar de diseñar dicha normativa. La regulación no es necesariamente sinónimo de mejora de las condiciones en las que la práctica se va a desarrollar, y la gestación subrogada es un claro ejemplo. Además, la práctica lleva consigo una gran carga ideológica y moral, y estos factores pueden suponer un riesgo a la hora de regular. A ello hay que añadir que los contextos socioeconómicos y culturales de los países son muy diversos y este hecho debe ser seriamente considerado.

3. El papel de instituciones internacionales en la regulación de la gestación subrogada

Desde la Unión Europea se han elaborado varias directivas relativas a la provisión de servicios de salud reproductiva y la gestión del material biomédico. Sin embargo, cuando se trata de regular las cuestiones relativas a las relaciones familiares, el papel de la UE es mucho menos visible. Esto, en parte, se refiere a la competencia limitada del legislador en el ámbito del derecho de familia. Por lo tanto, si bien se pueden identificar ejemplos de leyes, que facilitan el acceso a los servicios de salud reproductiva en los Estados miembros, raramente se extienden al subsecuente estado familiar, una de las cuestiones legales clave en el contexto de la gestación subrogada (Brunet et al., 2013).

Como paso previo a este ánimo de unificar y regular, en mayo del año 2013 se publicaba *A Comparative Study on the Regime of Surrogacy in EU Member States* (Brunet et al., 2013), un estudio que ofrece una visión preliminar de la amplia gama de políticas sobre la gestación subrogada como práctica a nivel nacional, europeo y global. El informe recoge también un examen de los diversos enfoques respecto a la regulación de la práctica, con el objetivo subyacente de evaluar si la UE debe adoptar normas uniformes relativas a la gestación subrogada. Todos los Estados miembros parecen estar de acuerdo en que, toda niña o niño nacido por gestación subrogada debe tener unos progenitores legales claramente definidos, no obstante, no existe el consenso respecto a su legislación.

El estudio incluye además informes sobre la situación de la práctica en los siguientes países: Australia, Bélgica, Bulgaria, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, Rumanía, Rusia, Sudáfrica y España, donde se ofrece un detallado encaje de la gestación subrogada en los diversos marcos legislativos. El estudio concluye que “es imposible indicar una tendencia jurídica particular, sin embargo, todos los Estados miembros parecen

coincidir en la necesidad de que un niño tenga padres legales claramente definidos y estado civil” (Brunet et al, 2013, p.1).

Otro proyecto que debe destacarse es el estudio *International Surrogacy Arrangements: Legal Regulation at the International Level (2014)*, que se ocupa de los contratos de gestación subrogada y su regulación a nivel internacional. El estudio está compuesto por tres partes. La primera de ellas comprende 25 informes nacionales sobre la situación de la gestación subrogada. La segunda parte se encarga de examinar las perspectivas internacionales de la gestación subrogada transnacional. En la tercera parte, Katarina Trimmings y Paul Beaumont (2013), plantean la cuestión de una posible futura convención sobre los contratos internacionales de gestación subrogada.

Desde el ámbito del derecho privado, destaca el trabajo realizado por la Conferencia de La Haya en relación con las cuestiones de derecho internacional privado relativas a la situación de las niñas y niños, que incluyen cuestiones derivadas de los contratos internacionales de gestación subrogada. Como antecedente, en 2010, en la reunión de la Comisión Especial sobre el funcionamiento práctico del Convenio de La Haya de Adopción Internacional de 1993, la Comisión señaló que el número de casos de gestación subrogada había aumentado notablemente. La comisión expresó su preocupación por la incertidumbre relativa a la situación legal de los niños nacidos por esta vía. Por lo tanto, recomendó que la Conferencia de La Haya llevara a cabo un estudio más detallado del derecho jurídico, especialmente del derecho internacional privado en torno a la gestación subrogada transnacional³⁷. Desde 2010, el *Permanent Bureau* ha presentado diversos informes preliminares³⁸. Finalmente, en el año 2016, se reunieron por primera vez en La Haya un grupo de expertos, cuya conclusión fue la siguiente:

El Grupo determinó que, debido a la complejidad del tema y la diversidad de enfoques de los Estados sobre estas cuestiones, no se pudo llegar a conclusiones definitivas en la reunión sobre la viabilidad de un posible producto de trabajo en esta área y su tipo o alcance. El Grupo opinaba que el trabajo debía proseguir y, en esta etapa, la consideración de la viabilidad debería centrarse principalmente en el reconocimiento. (Experts’ Group on Parentage and Surrogacy Project, 2016, p.3)

³⁷ Conclusions and Recommendations Adopted by the Special Commission on the practical operation of the Hague Convention of 29 May 1993 on Protection of Children and Co-operation in Respect of Inter-country Adoption, 17–25 June 2010.

³⁸ Preliminary Document 11 of March 2011, ‘Private international law issues surrounding the status of children, including issues arising from international surrogacy arrangements’. Recuperado de www.hcch.net/upload/wop/genaff2011pd11e.pdf

El 17 de diciembre de 2015 el Parlamento Europeo aprobaba el Informe Anual de Derechos Humanos y Democracia en el Mundo³⁹ del año 2014 y, tal y como consta en el punto 115 del apartado dedicado a los derechos de las mujeres y de las niñas, la institución:

Condena la práctica de la gestación por sustitución, que es contraria a la dignidad humana de la mujer, ya que su cuerpo y sus funciones reproductivas se utilizan como una materia prima; se estima que debe prohibirse esta práctica, que implica la explotación de las funciones reproductivas y la utilización del cuerpo con fines financieros o de otro tipo, en particular en el caso de las mujeres vulnerables en los países en desarrollo, y pide que se examine con carácter de urgencia en el marco de los instrumentos de derechos humanos (Parlamento Europeo, 2015, p.29)

El 15 de marzo de 2016 el Comité de Asuntos Sociales, Salud y Desarrollo Sostenible de la PACE consideró un informe preliminar sobre “Derechos humanos y cuestiones éticas relacionadas con la gestación subrogada⁴⁰” y también votó sobre una resolución provisional y sus recomendaciones. El informe fue escrito por la parlamentaria europea Petra de Sutter, quien realizó visitas de investigación durante el año anterior a Reino Unido y Ucrania. El foro de debate estaba conformado por los 324 miembros del plenario de la Asamblea, que reúne a parlamentarios de los 47 Estados miembros del Consejo de Europa. La propuesta contó con una dura oposición, ya que existen varios los documentos oficiales de la UE que adoptan una visión muy opaca de la gestación subrogada como una solución para la infertilidad.

Por tanto, existe un complicado y contradictorio panorama internacional que difícilmente puede dar respuesta a la regulación de la gestación subrogada a nivel internacional o europeo. En este escenario entran en conflicto tradiciones legislativas, valores, competencias y la dificultad de encajar un fenómeno como la gestación subrogada. Como consecuencia, existe un panorama diverso donde, con regulación o sin ella, se lleva a cabo la gestación subrogada.

³⁹ Se puede leer el informe íntegro aquí: www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P8-TA-2015-0470+0+DOC+PDF+V0//ES

⁴⁰ Se puede leer el informe íntegro aquí: <http://website-pace.net/documents/10643/2119926/20160315-SocOJ02-EN.pdf/08aa8a23-be4a-4102-850c-bae34e3838c1>

4. Una aproximación a los países donde las personas españolas desarrollan los procesos de gestación subrogada

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la aplicación de la encuesta sobre gestación subrogada en el Estado español, los países donde las personas españolas han desarrollado sus procesos, son los siguientes:

Tabla 6. Principales destinos para madres y padres españolas que realizan gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | EEUU | 51 | 24,5 | 55,4 | 55,4 |
| | India | 5 | 2,4 | 5,4 | 60,9 |
| | Ucrania | 17 | 8,2 | 18,5 | 79,3 |
| | México | 8 | 3,8 | 8,7 | 88,0 |
| | Rusia | 1 | ,5 | 1,1 | 89,1 |
| | Canadá | 2 | 1,0 | 2,2 | 91,3 |
| | Tailandia | 6 | 2,9 | 6,5 | 97,8 |
| | Nepal | 2 | 1,0 | 2,2 | 100,0 |
| | Total | 92 | 44,2 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 116 | 55,8 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Como se puede observar, la muestra aquí analizada ha recurrido en mayor medida a Estados Unidos, seguido de Ucrania, que se consolida como segundo destino preferido para las personas españolas, y que supone una opción más económica para parejas heterosexuales casadas españolas. Otros destinos son México, Tailandia, India, Nepal y Rusia, este último, un destino especialmente restrictivo y con poca acogida por parte de las personas españolas. A continuación, se analiza cuál es el encaje legal de la gestación subrogada en cada uno de esos países, y bajo que particularidades se desarrollan procesos de gestación subrogada para las personas españolas⁴¹

4.1. Estados Unidos: país pionero y diverso

La forma en que la gestación subrogada se instauró como opción reproductiva, y posteriormente se ha desarrollado en Estados Unidos, tiene que ver con un contexto

⁴¹ Dada la baja significación numérica, se ha dejado fuera del análisis Nepal y Rusia. Ninguno de los países constituye en la actualidad un destino habitual para las personas españolas. En el caso de Nepal, puesto que no es legalmente posible. En el caso de Rusia se trata de país restrictivo en cuanto a las características de las personas elegibles, y esto ha llevado a que muchas madres y padres de intención descarten el país y se decanten por Ucrania.

legal y social que difiere mucho de las perspectivas del resto del mundo en cuestiones similares.

Entre los factores que delimitaron su crecimiento, se encuentra la Constitución del país que, de acuerdo con Steven H. Snyder (2016), influye en la percepción social y la evolución de la gestación subrogada en Estados Unidos. De acuerdo con el autor, la Constitución protege aquello que se entiende como libertades individuales, por ejemplo, la libertad económica y la libertad de contrato, así como la toma de decisiones en el ámbito más personal, particularmente en lo que se refiere al ámbito privado de cada unidad familiar, “ninguna de estas libertades individuales puede ser limitada de forma arbitraria, ni tampoco han de ser infringidas por el gobierno sin motivos de peso” (Snyder, 2016, p.276).

Este amplio concepto de libertad, hace que las personas tengan derecho a tener descendencia mediante gestación subrogada. La libertad económica y el sistema de libre mercado en Estados Unidos también minimiza la percepción negativa de la comercialización de determinados ámbitos o aspectos, entre los que se incluye también la gestación subrogada, lo que crea un ambiente mucho más propicio para su implementación en el país (Snyder, 2016). Sin embargo:

En Estados Unidos no existe una regulación general dado que cada estado tiene su propia legislación al respecto de la gestación subrogada, ni existe ninguna ley federal o reglamento que contemple la gestación subrogada y la filiación de las hijas e hijos resultantes de este proceso, ya sea positiva o negativamente (Lamm, 2013, p.186).

Dada la complejidad de los contratos de gestación subrogada, cada estado determina si la regula o no, y de qué manera lo hace. Los estados, por tanto, pueden optar por prohibir o simplemente no abordar el tema en absoluto. Por ejemplo, desde 2011, Washington DC es la única región que pena con cárcel la gestación subrogada, mientras que Illinois es el único estado que define de forma clara cómo debe ser un contrato de gestación subrogada comercial (Hinson & McBrien, 2011).

Como consecuencia, de acuerdo con Eleonora Lamm (2013), se distinguen tres tipos de legislaciones y posicionamientos al respecto de la gestación subrogada:

1. Aquellos estados que permiten la gestación subrogada, ya sea por ley o por jurisprudencia: Nevada, California, Texas, Arkansas, Virginia, Florida, Nueva Jersey, Washington, Illinois, Delaware, Tennessee, New Hampshire. Estos estados están abiertos tanto a personas heterosexuales como homosexuales, en pareja o en solitario.

2. Los Estados denominados *surrogacy friendly*, que a pesar de ser territorios que no tienen una legislación al respecto, es posible contratar una gestación subrogada en ellos: Alaska, Colorado, Idaho, Maryland, Nuevo México, Georgia, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Rhode Island, Georgia, Minnesota, Montana, entre otros.
3. Por último, encontramos aquellos estados donde la ley sí prohíbe de forma explícita la gestación subrogada, es el caso de Arizona, Michigan y Nueva York, que consideran delito penal la participación de cualquiera de las partes en un proceso de gestación subrogada. En este grupo también se incluyen aquellos estados que establecen por ley que un contrato de gestación subrogada es nulo, como es el caso de Indiana, Nebraska, Kansas o Louisiana (Lamm, 2013).

Las madres y padres de intención de la muestra aquí analizada que desarrollaron la gestación subrogada en Estados Unidos, lo hicieron en los siguientes estados: Kansas, California, Oregón, Illinois, Rhode Island, Colorado, Nevada, Florida, Idaho, Utah y Texas. Entre ellos destaca en número de casos Illinois que, a menudo es descrita como el estado *surrogacy-friendly* por excelencia junto con California. En 2004, Illinois promulgó la *Gestational Surrogacy Act*, que entró en vigor en 2005, y como su nombre indica, únicamente ampara los contratos de gestación subrogada gestacional, mientras que la modalidad tradicional no tiene amparo en ese marco legal (Brunet et al., 2013).

En cuanto a los costes, Estados Unidos es, en general, es el país que plantea los gastos más elevados. El precio exacto de una gestación subrogada es difícil de estipular, en este y en todos los casos, puesto que depende de diversos factores como el número de transferencias necesarias para conseguir el embarazo, si se necesita proveedora de gametos, etc., pero de acuerdo con las fuentes consultadas y la información obtenida del trabajo de campo, el presupuesto final puede oscilar entre los 100.000 y 150.000 dólares.

En lo referido a los requisitos exigidos para convertirse en mujer gestante, varían en función del estado pero, en general, contemplan variables como la edad, el estado de salud física y mental, el estado civil, etc. Respecto a las madres y padres de intención “también dependiendo del estado, deben certificar que la mujer, si la hay, es físicamente incapaz de llevar un embarazo a término, o que no puede hacerlo sin riesgo para su salud física o para la salud del feto” (Lamm, 2013, p.189), pero acostumbran a ser menos los requisitos para estos.

En relación a la remuneración de las mujeres gestantes, esta es también difícil de estimar, pero oscila entre los 15.000 y los 30.000 dólares. De acuerdo con las entrevistas realizadas para esta investigación, aproximadamente el 20% del coste total de la gestación subrogada, corresponde a la remuneración que recibe la mujer gestante. En

cuanto al modelo, predomina el comercial, pero también es posible desarrollar los procesos en el marco del altruismo.

En Estados Unidos son 3 los organismos gubernamentales que supervisan y recopilan datos sobre los procedimientos médicos, las pruebas de laboratorio, los medicamentos y los dispositivos utilizados en las técnicas de reproducción asistida: El CDC, la Administración de Medicamentos, y los Centros de Servicios de *Medicare* y *Medicaid* (ASRM, 2010). Sin embargo, ninguna de estas agencias regula o monitorea la gestación subrogada *per se*. Existen asociaciones médicas profesionales, como la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (en adelante ASRM) y la Sociedad de Tecnología Reproductiva Asistida (en adelante SART), que emiten directrices para los profesionales de la reproducción asistida. Sin embargo, estas son solo pautas, y su cumplimiento es totalmente voluntario (Hochschild, 2012).

Por último, no existe un gobierno federal que imponga límites a la gestación subrogada, que es una industria que genera muchos ingresos. La fuerte orientación neoliberal que predomina en Estados Unidos, hace que el país sea único en el mundo al tener tantas configuraciones y marcos en los que es posible la compraventa de gametos (Merchant, 2016). Pero, de acuerdo con Jennifer Merchant (2006), esta ausencia de regulación no es solo una respuesta típica del *laissez-faire* de los mercados emergentes, sino que también tiene que ver con un profundo temor a enredos religiosos o éticos. Por estos motivos, afirma la autora, el gobierno federal hasta ahora ha evitado cualquier discusión directa sobre la gestación subrogada.

4.2. Ucrania: destino emergente para la población española

La primera clínica de reproducción asistida en Ucrania se estableció en 1983, y en 1990 se realizó, por primera vez, un ciclo exitoso de FIV que tuvo como resultado el primer nacimiento a través de esta técnica en 1991. Un año más tarde, en 1992, se implementó el primer programa de gestación subrogada y, como consecuencia, nació el primer bebé por esta vía. La mujer gestante era una mujer de 46 años que dio a luz al bebé de su hija, que padecía una infertilidad causada por el síndrome de *Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser*⁴², por el que la hija de la mujer gestante no tenía útero, pero sí tenía ovarios que funcionaban con normalidad, por tanto se trató de una gestación subrogada gestacional (Gryshchenko & Pravdyuk, 2016).

La legislación ucraniana regula algunos aspectos fundamentales de las TRA, como son, la donación de gametos, la transferencia de embriones, y el uso de la gestación

⁴² Cuadro clínico malformativo debido a trastornos graves en el desarrollo de los conductos de *Müller* consistente en amenorrea primaria en mujeres, con ausencia de vagina y útero, pero donde los ovarios sí funcionan. Se trata de un trastorno congénito en mujeres en las que los conductos de *Müller* no se desarrollan y como consecuencia el útero no está presente en el nacimiento. Esta enfermedad congénita rara, afecta a una de cada 5000 mujeres.

subrogada. “En cuanto a las TRA los legisladores ucranianos han demostrado ser más liberales que sus colegas europeos” (Lysytsia, 2011, p.104). De hecho, Ucrania es un país que tiene uno de los enfoques más liberales sobre la gestación subrogada:

El artículo 281(7) del Código Civil, de forma general, sostiene que “una mujer o hombre adulto tiene derecho a ser curado por medio de técnicas de reproducción asistida sujetas a las indicaciones médicas, en los términos y según el procedimientos prescrito por la ley”, este artículo se titula “El derecho a la vida” y todas sus disposiciones se refieren a cualquier persona física independientemente de su nacionalidad (Lamm, 2013, p.175)

No obstante, una de las limitaciones más importantes consiste en que el país, solo permite la gestación subrogada a padres y madres de intención heterosexuales casados legalmente. Además, la madre de intención deberá acreditar médicamente su incapacidad de gestar y, al menos uno de los dos miembros de la pareja necesita aportar la carga genética. El Código de Familia establece que los padres legales del bebé que nacerá son los padres de intención, y la mujer gestante no tiene derechos prenatales sobre él (Lysytsia, 2011).

La ley también establece qué requisitos deben cumplir las mujeres gestantes. De acuerdo con el párrafo 6.4 del “Procedimiento de Uso de las Tecnologías de Reproducción Asistida en Ucrania”. Estas deben ser mayores de edad, con al menos un hijo propio sano, debe haber firmado voluntariamente una declaración por escrito, y no debe presentar contraindicaciones médicas para el embarazo. Además, la mujer gestante no debe tener un vínculo genético directo con el feto (Lysytsia, 2011). La legislación también permite desarrollar un proceso de gestación subrogada en el ámbito familiar (Gryshchenko & Pravdyuk, 2016).

En cuanto al volumen de casos de gestación subrogada realizados en el país, en 2013 el Centro de Estadísticas Médicas del Ministerio de Salud de Ucrania, comenzó a recopilar información sobre FIV y gestación subrogada. Durante el período 2013-2014, se realizaron 396 ciclos de FIV para casos de gestación subrogada en el país que, de acuerdo con Mikol Gryshchenko y Alexey Pravdyuk (2016), representaron el 2,5% del número total de las FIV realizadas en ese período. De acuerdo con el testimonio de un padre por gestación subrogada entrevistado para esta investigación, desde que Ucrania se convirtiera en un destino viable para las parejas españolas, han nacido ya más de 1.500 niñas y niños de padres y madres españoles en este país. No obstante, esta es una estimación que no ha podido ser contrastada, aunque sí existen indicios de que Ucrania es una firme alternativa a Estados Unidos para las parejas heterosexuales españolas.

La legislación ucraniana permite la gestación subrogada para parejas del país y extranjeras, pero la forma en que se planifican y desarrollan los procesos varía en

función de si los IP son residentes en el país. Las madres y padres de intención locales acostumbran a buscar las mujeres gestantes entre sus allegadas, y también utilizan activamente los foros de Internet y las redes sociales donde pueden encontrar mujeres gestantes candidatas. Esta búsqueda puede ser bastante lenta pero, a menudo, es una opción más económica que la contratación de una agencia (Gryshchenko & Pravdyuk, 2016). En cambio, las madres y padres procedentes de otros países difícilmente tienen acceso a estas vías alternativas para entrar en contacto con las mujeres gestantes, y realizan siempre el proceso a través de una agencia intermediaria.

En cuanto a la red de proveedores de servicios de gestación subrogada, según las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud aportadas por Gryshchenko & Pravdyuk (2016), existen 38 clínicas de TRA en el país, y todas ellas pueden implementar programas de gestación subrogada. Las agencias no proporcionan servicios médicos, sino que se centran en la selección de mujeres gestantes y en la coordinación de los contratos entre estas y los IP. Además, existen tres centros especializados que proporcionan apoyo legal y servicios centrados en los programas de subrogación.

Por último, y de acuerdo de nuevo con la investigación realizada por estos mismos autores, Gryshchenko y Pravdyuk (2016), la remuneración que reciben las mujeres gestantes oscila entre los 7.900 y los 30.000 dólares, una horquilla muy amplia. Las mujeres gestantes además de esta remuneración, reciben un estipendio que incluye gastos mensuales de alimentos adicionales, ropa o una compensación por el lucro cesante.

4.3 India: de la libre comercialización al altruismo

El *boom* de la gestación subrogada en India tuvo lugar en el año 2004 en la región del Gujarat, cuando “Rhadha Patel gestó gemelos para su hija en la Clínica de Fertilidad Akanshka de la Dra. Nayna Patel en Anand, Gujarat” (Bayley, 2001, p.717). Desde entonces otras ciudades como Mumbai, Delhi, Hyderabad y Bangalore se convirtieron en destinos centrales para el mercado de la gestación subrogada. Esto es debido a la disponibilidad de buenos servicios médicos, productos farmacéuticos económicos y, lo más importante, mano de obra barata. En India, son las mujeres de clase trabajadora las que hacen viable la industria reproductiva del país (Rudrappa, 2015).

Aunque Estados Unidos sigue siendo el destino habitual para gestación subrogada comercial, India rápidamente emergió como una pieza indispensable en el mapa global de la práctica (Rudrappa, 2012), además, “la estructura de mercado que se instauró en India es muy cercana al modelo de mercado liberal de gestación subrogada en California, en el que las clínicas siguen sus propias normas” (Pande, 2014, p.13).

El *Indian Council of Medical Research* (ICMR) elaboró un proyecto de ley, la *Assisted Reproductive Technology (Regulation) Bill and Rules 2010*⁴³, que nunca fue aprobada. Esta falta de marco legal provocó abusos e injusticias en las mujeres gestantes, que han sido denunciadas ampliamente. Por ejemplo, en el informe *Surrogate Motherhood-Ethical or Commercial*, elaborado por el Center for Social Research (Lamm, 2013), o por parte de la ONG india SAMA (2010; 2012), que realizó un extenso trabajo de campo en torno a las irregularidades cometidas en este país⁴⁴.

En India tampoco existe un registro nacional de casos, así que no es posible conocer con exactitud el número de nacimientos por gestación subrogada acontecidos en el país (ICMR, 2011)⁴⁵. Aun así, existen algunas estimaciones que indican que hasta el año 2011, más de 25.000 niñas y niños habían nacido en India, de los cuales el 50% eran de padres occidentales (Shetty, 2012). En cuanto al número de clínicas en las que se desarrollan los procesos, igualmente, solo existen estimaciones al respecto. En el año 2013, de acuerdo con la organización SAMA (2012), existían 3.000 clínicas que ofrecían servicios de gestación subrogada. El 70% de casos atendidos por estas clínicas correspondían a personas extranjeras, el 25% de los casos pertenecían a parejas indias no residentes, y solo el 5% de la demanda era de parejas residentes en India. A pesar de que fue un destino muy popular entre la ciudadanía del Estado español, la mayoría de la demanda provenía de Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. Aunque no existen datos oficiales sobre la industria de la fertilidad en India, un estudio apoyado por Naciones Unidas estimaba que la gestación subrogada generaba hasta el momento de su prohibición alrededor de 400 millones de dólares al año.

De acuerdo con Andrea Whittaker (2010), en 2002 India innovó a través de la creación de lo que la autora denomina *Social Enterprise*, que explica en cierto modo el exitoso modelo de mercado de gestación subrogada indio:

- Una amplia bolsa de mujeres siempre listas para iniciar una gestación subrogada.
- Las clínicas, como práctica habitual, mantienen en ciclo a varias mujeres gestantes de manera que siempre hay mujeres listas para la implantación de embriones.
- El uso de múltiples gestantes de forma simultánea, si así lo desean las madres y padres de intención, con el objetivo de garantizar el embarazo lo antes posible.
- Las *Surrogacy Houses*, donde durante el embarazo viven las mujeres gestantes y donde se asegura un estricto monitoreo de los embarazos.

⁴³ <http://icmr.nic.in/guide/ART%20REGULATION%20Draft%20Rules%201.pdf>

⁴⁴ www.samawomenshealth.in/birthing-market;
www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/3/38/Sama_ARTs_and_Women.pdf

⁴⁵ El ICMR es el organismo responsable de formulación, coordinación y promoción de la investigación biomédica en el país. De acuerdo con su web, es uno de los organismos más antiguos de investigación médica en el mundo: <http://icmr.nic.in/>

- Los *Package deals*, que contienen ofertas “todo incluido”.
- El desarrollo de la *Surrogacy visa*⁴⁶, que permitía a las madres y padres de intención estar en el país el tiempo necesario para desarrollar la gestación subrogada.

SAMA (2012) completa esta lista, indicando también cuáles son los factores que, de acuerdo con su investigación, han hecho de India un destino preferente para la gestación subrogada. Son los siguientes:

- La falta de regulación.
- El gasto comparativamente más bajo que implica una gestación subrogada en India respecto a otros países.
- Un lista de espera corta o inexistente.
- La posibilidad de un seguimiento estrecho de la mujer gestante por parte de las madres y padres de intención.
- Buenas infraestructuras y experiencia médica al nivel de los estándares internacionales.
- Y, por último, coincidiendo con Whitaker (2010), el amplio número de mujeres gestantes disponibles.

Además, el gobierno indio promovió también el turismo médico a través de incentivos tales como tasas bajas de interés para los préstamos proporcionados para el establecimiento de hospitales, las tarifas subvencionadas para la compra de medicamentos, la importación de equipos y compra de terrenos para clínicas (SAMA, 2012). Como afirman Imrana Qadeer y Sunita Reddy (2010), el turismo médico es una industria que se nutre de tarifas aéreas baratas, Internet y canales de comunicación en los países en desarrollo, así como de servicios médicos especializados para las personas que puedan pagarlo, ya sean extranjeros o nacionales.

Sin embargo, a pesar de esta flexibilidad inicial en los procesos, la situación en India ha tendido hacia una regulación cada vez más restrictiva. En el año 2012 el país prohibió el acceso a los servicios de gestación subrogada a parejas homosexuales y personas en solitario. Esta repentina prohibición dejó algunas personas que estaban desarrollando sus procesos de gestación subrogada atrapados en el país, y con dificultades para poder volver a sus países de origen, entre ellos también personas españolas⁴⁷.

Más tarde, la *Assisted Reproductive Technology (Regulation) Bill 2014*⁴⁸ propuso ampliar la prohibición de acceso a la gestación subrogada a personas extranjeras, así como

⁴⁶ Para saber más sobre la surrogacy visa: <http://boi.gov.in/sites/default/files/u4/surrogacy.pdf>

⁴⁷ Aquí pueden verse algunos ejemplos:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/01/actualidad/1341167968_419291.html
www.eldiario.es/politica/retenidos-India-espanoles-viven-mismo_0_170083302.html

⁴⁸ <http://icmr.nic.in/icmrnews/art/Foreign%20Nationals.pdf>

también proponía prohibirla a las personas indias no residentes, puesto que estas también formaban una parte importante de la demanda. La nueva regulación proponía supervisar las clínicas donde se realizaban procesos de gestación subrogada, y prevenir el uso indebido de las TRA. Pero finalmente, el de 4 noviembre de 2015, el gobierno indio anunciaba la prohibición de la gestación subrogada para personas extranjeras nacionales, y prohibía la importación de embriones para procesos de reproducción asistida⁴⁹. Más tarde, el 24 de agosto de 2016, un nuevo proyecto de ley sobre gestación subrogada fue aprobado en el Parlamento. Este planteaba la prohibición total de la gestación subrogada comercial, y solo permitía que se desarrollara bajo el supuesto altruista. Esto resultó una sorpresa y supuso un cambio extremo en la regulación. El nuevo proyecto de ley prohibía el modelo comercial, y solo permite la gestación subrogada altruista a las parejas heterosexuales casadas y con residencia en India, que puedan acreditar que no han podido tener hijos después de 5 años de seguir tratamientos de fertilidad⁵⁰ (Redy, 2016).

Esta nueva propuesta nace con el fin de proteger los intereses de las mujeres gestantes y detener su explotación (Rudrappa, 2016). Pero como expongo a continuación, la oscilación de un extremo a otro ha generado un nuevo debate, que plantea si esta regulación puede provocar que la gestación subrogada se practique en la clandestinidad, y contribuya a incrementar las posibilidades explotación y prácticas ilegales, entre otros aspectos (Redy, 2016). Además, la nueva legislación, en la que no se intercambiará dinero, ampara acuerdos exclusivamente desarrollados en el seno de la familia.

En relación a esta última regulación Sharmila Ruddrappa (2016b) considera que el hecho de que la gestación subrogada pase a desarrollarse en el ámbito familiar, es decir, en el ámbito privado y de forma altruista, contrariamente a lo que podría pensarse, en absoluto es garantía de protección de los derechos de las mujeres gestantes. En primer lugar, dado que los intercambios se desarrollarán en el marco de relaciones familiares, la capacidad de las mujeres de clase obrera para acceder a redes de contactos, más allá de las redes de parentesco ya establecidas, desaparecerán. En segundo lugar, la ley crea una situación en la que las mujeres no serán consideradas trabajadoras porque son esencialmente individuos altruistas. En tercer lugar, al no existir una vinculación contractual que especifique una compensación, es posible que las mujeres no reciban una remuneración a cambio. Por último, el hecho de que sea una relación que se desarrollará en el ámbito privado, deja a las mujeres gestantes en una situación de

⁴⁹ www.imtj.com/news/india-introduces-legislation-ban-surrogacy-tourism

⁵⁰ En el caso que se trate de un matrimonio reagrupado, si la mujer de la pareja no tiene hijos, y el marido sí tiene hijos propios de una unión matrimonial previa, esta pareja ya no podrá ser candidata a la gestación subrogada puesto que él ya tiene hijos.

desprotección, ya que es un ámbito en el que difícilmente se podrá ejercer ningún tipo de supervisión o control.

Por tanto, con esta ley los acuerdos de gestación subrogada pasan de ser regulados por el mercado a ser regulados por el parentesco. Y a pesar de que la legislación sostiene que no existirá explotación entre familiares, esto podría estar lejos de ser así, puesto que las redes familiares tradicionales se caracterizan por albergar jerarquías de género y de clase profundamente desiguales. La explotación que surja en el marco de estas relaciones familiares difícilmente será visible o denunciada. Por todos estos motivos, el modelo actual de gestación subrogada altruista para las mujeres de clase trabajadora es más perjudicial que el modelo comercial impulsado por el mercado existente hasta ese momento. Las mujeres que desarrollarán la gestación subrogada continuarán siendo las mujeres pobres de las extensas familias en India, y la desarrollarán en las mismas condiciones de poca protección, pero esta vez sin compensación económica (Rudrappa, 2016b).

De esta manera, si bien es cierto que se cierran fronteras a una demanda cada vez más numerosa de personas no residentes en India, por otro lado no se garantiza una mejora del protocolo médico ni de las condiciones en las que las mujeres desarrollarán las gestaciones. En este sentido Rudrappa (2016b) cuestiona que esta regulación fuera creada para proteger a las mujeres. Si así hubiera sido se hubiera puesto el acento en garantizar su salud reproductiva a través, por ejemplo, del control de las cesáreas o otorgando a las mujeres más capacidad de decisión sobre el proceso en sí, dejando a elección de las gestantes qué tipo de gestación subrogada quieren desarrollar, tradicional o gestacional, etc..

Con la nueva regulación, las mujeres gestantes deberán continuar cumpliendo ciertos requisitos: ser familiar cercana de la pareja, estar casada y tener hijos propios sanos. Además solo podrá desempeñar este rol una vez en la vida.

La gestación subrogada en India ha estado vinculada a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y así lo recoge una generosa literatura. También las investigaciones realizadas por algunas organizaciones feministas indias han puesto de manifiesto la mala praxis que se ha dado sobre el terreno: implantación de múltiples embriones, cesáreas en prácticamente el 100% de los casos, numerosos test de salud de los que las gestantes no son informadas ni conocen la finalidad, poca o nula capacidad de decisión de la mujer gestante sobre el proceso, irregularidades en los procedimientos de consentimiento informado, etc. (SAMA 2006; 2012). Con el cambio de escenario legislativo será necesario realizar un seguimiento de estas vulneraciones.

Para acabar, Bailey (2011) pone de manifiesto cómo, de forma general, la prensa internacional ha reforzado de forma cotidiana las conexiones entre la pobreza y el

trabajo como gestante, creando la impresión de que el embarazo por contrato es la oportunidad de toda una vida para las mujeres más pobres en India. Este argumento, como expondré en el capítulo 8, es un discurso que se ha instaurado entre las madres y padres de intención, que ven en la gestación subrogada un intercambio justo y una contribución a la vida de las mujeres gestantes.

Por último, en lo referido a los costes de una gestación subrogada en India, el precio de un proceso es significativamente menor que en Occidente (Bailey, 2011). Al igual que en el resto de países, el coste variará en función de si existe una proveedora de óvulos, si la hay, dependerá también de su origen étnico, de si el parto es gemelar, etc. Si se establece una comparativa de costes entre los paquetes de gestación subrogada transnacionales, que están alrededor de los 100.000 dólares, y el coste de un proceso en India, este está disponible por menos de una tercera parte del precio (Pande, 2016).

4.4. Tailandia: segundo destino *lowcost* en Asia

De acuerdo con Sonsim Petyim (2016) la gestación subrogada en Tailandia está disponible desde hace una década, y la infertilidad es una de las causas más comunes que atraen a los pacientes extranjeros al país. Esto puede explicarse debido a que los avances en el tratamiento de la infertilidad disponibles en Tailandia son cada vez más conocidos en todo el mundo, especialmente el DGP⁵¹.

A pesar de que no existen datos exactos sobre el número de personas que viajan a Tailandia en busca de tratamientos de fertilidad, sí existen estimaciones que fijan en alrededor de 40.000 las personas extranjeras que anualmente recurren a algún tratamiento médico en el país. Tailandia se ha convertido también, en un destino popular en cuanto a la selección de sexo a través del DGP (Whitakker, 2011). A esto debe sumársele el hecho de que el país cuenta con una sofisticada infraestructura turística y de salud, que se ha traducido en un floreciente comercio de turismo médico (Whitakker & Speier, 2010).

A partir de 2011, y hasta que tuvo lugar el mediático caso de '*Baby Gammy*'⁵² en 2014, Tailandia fue un destino muy popular para la gestación subrogada comercial, pero a raíz de este caso, fue prohibida por el gobierno militar de Tailandia en 2015 (Whitakker, 2016). El hecho de que el país no tuviera ningún tipo de regulación al respecto, hizo

⁵¹ El diagnóstico genético preimplantacional (DGP) es el estudio del ADN de embriones humanos para seleccionar los que cumplen determinadas características y/o eliminar los que portan algún tipo de defecto congénito. De dichos embriones se extraen biopsias celulares cuyo tamaño puede variar según el número de días de desarrollo (habitualmente entre 3 y 5). Si bien la enfermedad cromosómica más conocida es el Síndrome de *Down*, las enfermedades más frecuentes en las parejas españolas son el Síndrome X-frágil – trastorno mental en varones-, la Enfermedad de *Huntington* –trastorno motor- y la Distrofia Muscular- trastorno severo de los músculos.

⁵² www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/apr/14/baby-gammys-twin-sister-stays-with-western-australian-couple-court-orders

posible que se abriera un nuevo mercado con costes muy económicos.

No obstante, el gobierno tailandés realizó varios intentos de regulación de la práctica. Concretamente, en 2010 inició el redactado de una ley sobre gestación subrogada comercial, pero este se vio estancado por sucesivas crisis políticas que acontecieron en el país. Pero sin duda, fue la difícil situación de *Baby Gammy* y la revelación de los 16 bebés que el japonés *Mitsutoki Shigeta* tuvo a través de gestación subrogada en el país⁵³, los hechos que impulsaron al gobierno tailandés a actuar.

En agosto de 2014 el caso de *Baby Gammy* dio la vuelta al mundo. Una pareja australiana contrató una gestación subrogada que tuvo como resultado el nacimiento de dos mellizos, uno de ellos, *Gammy*, con Síndrome de *Down*. La pareja había pedido a la mujer gestante que abortara el feto que nacería con el síndrome, pero esta se negó. Por otro lado, el caso de *Mitsutoki Shigeta* agravó la situación. Se trataba de un hombre japonés de 24 años de edad que llegó a ser padre por gestación subrogada de 16 niñas y niños nacidos en Tailandia. Esta situación despertó sospechas sobre posibles intenciones de tráfico de menores.

Como consecuencia de estos casos y otras irregularidades que vieron la luz, desde el 30 de julio 2015 en virtud de la *Protection of Children Born from Assisted Reproductive Technologies Act*⁵⁴, está prohibido a personas extranjeras viajar a Tailandia para contratar una gestación subrogada. Únicamente las parejas casadas heterosexuales con un miembro natural del país puede optar a una gestación subrogada en Tailandia. Además, y de acuerdo con esta nueva regulación, la mujer gestante deberá ser pariente de uno de los dos futuros padres, tener más de 25 años y realizar el procedimiento de forma totalmente altruista. La ley tampoco permite la intervención de agencias en el proceso. Cualquier violación de la nueva ley implica duras penas de prisión, pudiendo suponer hasta 10 años de cárcel, y multas de hasta 200.000 Bath (5.400 euros).

Sin embargo, a pesar de la prohibición, la industria se trasladó a otros países de la región, como Camboya y Laos, que carecen de legislación al respecto (Whitaker, 2016), y que tomaron el relevo como destinos populares para la contratación de procesos de gestación subrogada. De acuerdo con Whittaker (2016), se siguen dando casos de gestación subrogada en Tailandia, mientras que Laos y Camboya son países usados para eludir las restricciones tailandesas. Las clínicas en Camboya y Laos realizan las transferencias de embriones en mujeres de Laos, que vuelven a Tailandia para dar a luz,

⁵³ www.theguardian.com/lifeandstyle/2014/aug/23/interpol-japanese-baby-factory-man-fathered-16-children

⁵⁴ www.loc.gov/law/foreign-news/article/thailand-new-surrogacy-law

y luego regresan a Laos para realizar el proceso de salida de los IP y los niños nacidos por esta vía (Whitakker, 2016).

Tailandia y la gestación subrogada para parejas españolas está ligada a la campaña "*Bring Carmen Home*"⁵⁵. Carmen es una niña nacida fruto del esperma de uno de sus progenitores y el óvulo de una mujer tailandesa. El embrión resultante fue gestado por una segunda mujer. De acuerdo con el relato ofrecido por los padres de intención en la prensa, la mujer gestante se negó a firmar la renuncia a la potestad. A finales de abril de 2016, después de más de un año de espera, una sentencia reconocía que Carmen y sus padres pudieran volar de regreso al Estado español. Los padres ya tenían una hija anterior nacida también a través de un proceso de gestación subrogada en India.

Por último, el precio aproximado de una gestación subrogada oscilaba entre los 30.000 y 40.000 euros, mientras que las gestantes reciben una remuneración de entre 5.000 y 10.000 euros (Hibino & Shimazono, 2013), y el modelo en el que se inscriben los acuerdos de gestación subrogada es el comercial en todos los casos.

4.1.5. México: un nuevo ejemplo de cierre de fronteras

México es otro de los países que tampoco contaba con una legislación sobre técnicas de reproducción asistida, a pesar de que en los últimos 8 años se han presentado al menos 8 iniciativas, tanto en la Cámara de Diputados como en la Cámara de Senadores, pero ninguna de ellas fue aprobada. De acuerdo con Regina Tames (2015), directora en México del Grupo de Información en Reproducción Elegida (en adelante GIRE)⁵⁶, los dos principales motivos por los que no se aprobaron dichas iniciativas son: en primer lugar, que su aprobación comportaría poner al alcance de toda la población, independientemente de su opción sexual, dichas técnicas, aspecto que entre los poderes políticos no genera consenso; y, en segundo lugar, la crio-preservación⁵⁷, que los poderes políticos consideran que es equivalente a "tener vidas congeladas" (Tames, 2015).

María Eugenia Olavarría y Françoise Lestage (2016) confirman esta idea, y subrayan la gran distancia que existe entre las estructuras legales y las creencias y sistemas culturales en una nación cultural y étnicamente diversa como es México. El hecho de que entre 2010 y 2016 se hayan presentado sin éxito más de ocho iniciativas legales sobre TRA en la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México refleja, también, la falta de consenso entre partidos políticos, y el desconocimiento de quienes redactan dichas

⁵⁵ www.change.org/p/permitan-que-carmen-vuelva-a-casa-con-su-familia

⁵⁶ Página web de la organización: gire.org.mx

⁵⁷ En reproducción asistida se utiliza cuando es necesario congelar embriones sobrantes de una FIV. Habitualmente son conservados para futuros intentos.

iniciativas legales, cuando se trata de los factores técnicos, médicos, bioéticos y culturales que supone la gestación subrogada (Olavarría & Lestage, 2016).

En ausencia de una legislación general para las TRA, algunos estados como Tabasco y Sinaloa regularon la gestación subrogada en su código civil, a pesar de que la regulación de los aspectos médicos de las técnicas de reproducción asistida corresponde al ámbito federal. “El artículo 92 del Código Civil de Tabasco, hace referencia expresa a la gestación subrogada, distinguiendo entre maternidad subrogada y maternidad gestante sustituta, según la mujer que gesta aporte o no material genético” (Lamm, 2013, p.157). “En el caso de Sinaloa también se reconocía y regulaba la gestación subrogada en su legislación civil y familiar, previendo la posibilidad de que esta sea tanto altruista como comercial” (Lamm, 2013, p.181). En cuanto a Tabasco, este estado reconocía también la gestación subrogada bajo el modelo comercial en el código civil desde 1997. De acuerdo con este, la mujer gestante era remunerada con alrededor de 18.000 pesos mensuales (800 euros), y las agencias, de acuerdo con la organización GIRE, multiplicaban por 6 esas cifras.

Esto significaba que solo dos de las 32 entidades federativas en México reconocían la gestación subrogada. No obstante, la situación descrita cambió el 26 de abril de 2016, cuando el país aprobó una ley que permitía la gestación subrogada a parejas heterosexuales. El Senado aprobó, con 73 votos a favor y ninguno en contra, el dictamen que reforma el artículo 462, por el que se regula la gestación subrogada sin fines de lucro, y que permite su uso únicamente por estricta indicación médica. Esto significa que, igual que en otros países, las mujeres gestantes no podrán percibir ninguna remuneración por la gestación, y los IP se harán cargo de la totalidad de los gastos derivados de la atención médica y el embarazo.

Esta nueva legislación comporta penas de entre 6 y 17 años de prisión, y una sanción económica para aquellas personas que paguen a una mujer gestante o ejerzan violencia para convencerla. De la misma manera, la legislación penaliza la gestación subrogada para personas extranjeras.

El informe “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México⁵⁸”, elaborado por GIRE (2015), sostiene que:

Difícilmente se podrá lograr una protección integral si no se cuenta con un marco normativo federal sobre reproducción asistida, a fin de evitar problemas de armonización normativa, y proteger los derechos de las partes involucradas de la mejor manera posible (GIRE, 2015, p.234).

De acuerdo con Olavarría y Lestage (2016), el cambio legislativo lejos de representar un

⁵⁸ <http://informe2015.gire.org.mx/#/inicio>

cambio estructural, en realidad, revela un rechazo por parte de los legisladores a presentar una imagen de México como una nación que ofrece beneficios geopolíticos con respecto a estas prácticas. Pretende, en cambio, presentarse como una nación desarrollada que los prohíbe o que los regula. Sin embargo, a partir de los testimonios recogidos por las investigadoras, se hace evidente que, el verdadero cambio con respecto a la participación de México en la industria de las TRA se reduce, básicamente, a un reorientación geográfica. Las autoras sugieren que esta reorientación responde a los imperativos del mercado a nivel global, y no al tipo de participación que un país emergente como México representa internamente.

México en la actualidad, es un destino donde la gestación subrogada está exclusivamente permitida a personas mexicanas. Pero de acuerdo con Olavarría y Lestage (2016), la práctica ya forma parte de la economía del país y no es sencillo que esta desaparezca sin más. La prueba está en que, a pesar de las prohibiciones, la oferta se ha desplazado a otras zonas como Puerto Vallarta, y también las mujeres gestantes son llevadas a Estados Unidos para el parto. Evidencia de esto puede encontrarse en algunas webs de agencias españolas, que hacen difusión de los llamados programas híbridos. Estos consisten en realizar el proceso de fecundación *in vitro* en México y la gestación y el parto en California. De esa manera los diferentes procesos que tienen lugar en una gestación subrogada se desarrollan en un país u otro, de acuerdo con las posibilidades legales que cada lugar ofrece⁵⁹.

En 2014 y 2015, la prensa mexicana daba testimonio de varios casos de ciudadanos españoles que no pudieron dejar México una vez nacidos sus hijos, porque no podían obtener pasaportes para estos (Olavarría & Lestage, 2016). Hechos que recogieron tanto la prensa española como las organizaciones a favor de la regulación de la gestación subrogada del país⁶⁰.

Por último, en cuanto al coste de un proceso de gestación subrogada, este puede oscilar entre 35.000 y 55.000 dólares, aproximadamente.

4.6. Canadá: el modelo altruista fuera de Europa

El origen de la regulación de las TRA en Canadá tuvo su punto de partida en 1989, cuando el Gobierno Federal de Canadá se propuso abordar las preocupaciones planteadas por diferentes grupos profesionales y miembros de la sociedad civil, con respecto a los avances en las tecnologías reproductivas. Para ello, la *Royal Commission on New*

⁵⁹ www.sinciguena.com/maternidad-subrogada-en-mexico

⁶⁰ www.lavanguardia.com/vida/20150214/54427236643/atrapados-mexico-dos-gemelos-vacio-legal.html
www.diariovasco.com/agencias/201702/07/espanoles-reclaman-mexico-entrega-885743.html

*Reproductive Technologies*⁶¹ lanzó una encuesta con el objetivo de conocer la opinión de la ciudadanía respecto a las nuevas tecnologías reproductivas. Querían conocer la opinión de la ciudadanía en términos de su impacto en la salud y la investigación, y sus consecuencias morales, sociales, económicas y jurídicas. El resultado obtenido se resumió en un informe posterior titulado *Un virage à prendre en douceur*⁶². Este recogía, entre otros aspectos, la distinción entre los acuerdos de gestación subrogada en relación a la contribución de la mujer gestante (aportando gametos y gestación o solo la gestación), y si el modelo a seguir sería comercial o altruista (Lamm, 2013).

La *Royal Commission*, finalmente pidió la prohibición de los contratos comerciales y la vinculación genética de mujeres gestantes (Saris, 2016), eliminando así la opción comercial y la gestación subrogada tradicional de las posibilidades. Finalmente, la *Assisted Human Reproduction Act* fue aprobada en marzo de 2004, dotando a Canadá de un marco jurídico para la gestación por sustitución (Lamm, 2013).

La ley que establece la legalidad de los contratos de gestación subrogada define a la mujer gestante como:

Una mujer que lleva un embrión o un feto, que se concibe mediante una técnica de reproducción asistida y está genéticamente vinculada a uno o más donantes. La gestante tiene la plena intención de devolver el niño a la madre y/o padre de intención después de su nacimiento (Saris, 2016).

Como consecuencia de su regulación, la gestación subrogada es legal en todo el país⁶³, a excepción de la provincia de Quebec, donde está expresamente prohibida. En el resto del territorio está permitida de forma altruista. Para que la mujer gestante pueda recibir el reembolso de estos gastos, es necesario su justificación hasta un máximo de 22.000 dólares canadienses (15.000 euros). Igual que en Reino Unido, está penado en el art. 6 de la ley anunciarse como gestante o bien publicar un anuncio buscando una. Dado que las mujeres gestantes no reciben una remuneración, la búsqueda de candidatas se torna más complicada y el proceso puede alargarse en el tiempo.

El coste del proceso suele oscilar entre 50.000 y 60.000 euros. El principal motivo por el que el coste es más económico que en otros lugares, se debe a que el sistema sanitario de salud es público, y cubre los gastos médicos derivados del embarazo, aunque no los tratamientos de reproducción asistida.

⁶¹ Esta comisión fue creada por el gobierno federal canadiense en 1989 con el objetivo de estudiar las implicaciones éticas, sociales, de investigación y legales de las nuevas tecnologías reproductivas en Canadá.

⁶² www.vosdroitsensante.com/documents/file/rapport-sur-les-nouvelles-technologies-de-reproduction.pdf

⁶³ <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/A-13.4/page-2.html#docCont>

La legislación canadiense permite la gestación subrogada a personas naturales del país y también a personas extranjeras, así como a personas heterosexuales y homosexuales, casadas o no. También a las personas que realizan el proceso en solitario. A pesar de ello, una parte de la población canadienses realizan sus procesos de gestación subrogada en otros países, ya que la búsqueda de una mujer gestante puede ser largo, y las madres y padres de intención priorizan poder realizar la gestación subrogada de acuerdo con sus preferencias, a realizarlo en su propio país. En este sentido, presenta similitudes con el modelo de gestación subrogada desarrollado en Reino Unido (Nelson, 2016).

5. Otros modelos de regulación de gestación subrogada

Los países que se tratan a continuación no son lugares donde las personas españolas puedan contratar un proceso de gestación subrogada. No obstante, son relevantes debido a la especificidad de los modelos que proponen, ya sea por su novedad o por su consolidación. Realizo, concretamente, una aproximación al modelo de Israel, Reino Unido y Ghana.

5.1. Israel: un caso único en el mundo

Israel es el primer y único lugar del mundo que permite y financia, parcialmente, los procesos de gestación subrogada. Además la regula de acuerdo con la ley religiosa a escala estatal.

Israel es conocido como un gobierno pronatalista, esto significa que implementan medidas explícitas dirigidas a mantener o aumentar los niveles de fertilidad (Teman, 2016). De acuerdo con Dafna Birembaum-Carmeli (2016), los motivos para ello se encuentran en el mandamiento bíblico de "ser fructíferos y multiplicaros", los traumas del Holocausto y las guerras perennes. De acuerdo con la autora, la reproducción ha sido un objetivo central en Israel desde su fundación. Como consecuencia, las mujeres israelís tienen una tasa de fecundidad substancialmente más elevada (3,03%) que sus homólogos en otras sociedades capitalistas avanzadas como, por ejemplo, Estados Unidos (2,01%) o Europa Occidental (1,56%):

Hoy, las tasas de fecundidad de muchos países industrializados modernos caen por debajo de los niveles de reemplazo, pero Israel tiene la tasa de fecundidad total más alta entre los países desarrollados, y es el único país Occidental con una tasa de natalidad positiva (Teman, 2016, p.166).

Las autoridades religiosas judías son igualmente pronatalistas, y por tanto aceptaron con facilidad la irrupción de las técnicas de reproducción asistida como vía para aumentar la población.

En 1982 nació el primer bebé por fecundación *in vitro* en Israel, el quinto del mundo, lo que significó el inicio de una próspera industria tecnológica: las mujeres israelíes realizan, de promedio, más ciclos de FIV que las mujeres en cualquier otro país.

Prácticamente todas las tecnologías reproductivas están disponibles y son legales en Israel: inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)⁶⁴, la donación y congelación de gametos, el diagnóstico genético preimplantacional. Mientras que algunos tratamientos como la gestación subrogada implican costes muy elevados, otros como por ejemplo, la adquisición de espermatozoides de donante tiene precios asequibles para el conjunto de la población (Birembaum-Carmeli, 2016, p.4).

En cuanto a su regulación, en 1996 Israel aprobó la *Embryo Carrying Agreement Law* y, dos años más tarde, en 1998 se aprobó *The Surrogate Motherhood Agreements Law*. Esta ley convirtió a Israel en el primer país del mundo en legalizar la gestación subrogada bajo una ley dedicada en su totalidad a esta práctica. También lo convirtió en el único país en el mundo en implementar una forma de gestación subrogada controlada por el gobierno, donde cada contrato de gestación subrogada debe ser aprobado directamente por este (Teman, 2016).

Esta ley únicamente permite la gestación subrogada gestacional y ampara exclusivamente a parejas heterosexuales para quienes la práctica es el último recurso. Los IP deben estar casados legalmente y acreditar la posibilidad de concebir o gestar de la madre de intención. Deben pasar una evaluación psicológica y pruebas de inteligencia, que también se realizarán a las otras partes implicadas. El informe psicológico debe atestiguar estabilidad mental e idoneidad para el proceso de gestación subrogada (Teman, 2016). Además, al menos una de las dos partes debe estar genéticamente vinculada al bebé, y la parte masculina de la pareja debe proporcionar siempre el espermatozoide, mientras que la madre de intención, o una proveedora anónima, debe proporcionar el ovocito (Teman, 2016). En caso de que proporcionen el ovocito, han de tener entre 22 y 45 años de edad. Si usan óvulos de una proveedora, la edad se amplía hasta los 51 años. Por último, la ley permite a parejas sin hijos contratar a una mujer gestante para tener hasta un máximo de dos (Teman, 2016).

Al restringir el acceso a las parejas heterosexuales, Israel ha conseguido mantener la gestación subrogada dentro de los límites de las familias tradicionales, lo que Birembaum-Carmeli (2016) denomina como “familia natural”. Como todas las otras

⁶⁴ La ICSI permite la unión directa del óvulo y del espermatozoide facilitando la fecundación. Un espermatozoide con baja movilidad o mala morfología tendría mayor dificultad para conseguirlo de forma natural o mediante la técnica de FIV clásica.

formas de reproducción asistida, “la gestación subrogada fue rápidamente aprobada por los israelíes y en febrero de 1998 tuvo lugar el primer nacimiento por gestación subrogada en el país” (Widdance-Twine, 2011, p.42), y en el año 2013 ya habían nacido un total de 516 bebés (Birembaum-Carmeli, 2016).

Cabe señalar que el pronatalismo en Israel es selectivo y las políticas pronatalistas deben ser entendidas en términos de objetivos nacionalistas. En consecuencia, la política reproductiva nacionalista-sionista de Israel siempre ha tenido las características demográficas específicas, con el objetivo aumentar la tasa de natalidad de la población judía más que de la población árabe. También tienen una preferencia selectiva por ayudar a la reproducción de la familia nuclear heterosexual (Teman, 2016). Esto se traduce en un estricto conjunto de criterios, que se aplica a todas las parejas que buscan apoyo financiado por el gobierno para la FIV y la gestación subrogada.

Todos los contratos de gestación subrogada deben ser aprobados por un comité de selección, el *Surrogacy Approvals Committee*. Las parejas deben ser ciudadanos israelíes y las mujeres gestantes deben ser judías. Estos y otros criterios son supervisados por dicha comisión, que está constituida por un grupo de miembros formado por una persona especialista en medicina interna, dos profesionales de la ginecología, un asistente social estatal y una psicóloga clínica (Teman, 2016). “Esta comisión ha de ser paritaria y, por lo tanto, ha de incluir como mínimo tres hombres y tres mujeres” (Lamm, 2013, p.160).

La mujer gestante debe tener una edad comprendida entre los 22 y los 38 años. En caso de estar divorciada, debe llevar al menos 7 meses en ese estado civil. Debe también ser madre de al menos un hijo vivo y de un máximo de 3. Por último, debe haber transcurrido como mínimo un año desde su último parto antes de iniciar los trámites para convertirse en gestante. Aquellas mujeres que hayan participado en dos tratamientos de gestación subrogada con éxito o sin él, serán desestimadas por la comisión Teman (2010).

En cuanto a los costes de la gestación subrogada, de acuerdo con Birembaum-Carmeli (2016), la sanidad pública cubre el tratamiento de fertilidad al completo así como otros gastos adicionales. Mientras que el asesoramiento legal a la gestante, el seguro médico y la compensación económica, son cubiertos por los IP. La suma total puede superar los 40.000 dólares, que es equivalente a dos sueldos medios en Israel. Si el parto es gemelar o es necesaria una cesárea, la mujer gestante recibe una compensación extra.

Actualmente, la gestación subrogada forma parte de la agenda de incidencia política del colectivo homosexual masculino israelí, ya que, contrariamente a las parejas

heterosexuales o las mujeres lesbianas que sí pueden acceder a las TRA, los hombres gais no tienen acceso a ellas:

La única opción disponible para ellos es la gestación subrogada transnacional. Los hombres gais israelíes suelen reclamar la idea hegemónica de la familia nuclear tradicional. Muchos de ellos, en su mayoría parejas, están dispuestos a educar a sus hijos de una manera bastante conservadora (Birembaum-Carmeli, 2016, p.20).

Aunque los datos con respecto a la prevalencia relativa de esta tendencia no están disponibles, en 2012 se presentaron ante el Ministerio de Relaciones Exteriores de Israel 255 solicitudes formales para inscribir a niños nacidos en países extranjeros. Esta paradoja ha empujado a los activistas homosexuales israelíes a hacer de los derechos de paternidad su principal prioridad política⁶⁵. La gestación subrogada se ha convertido en una controversia, tocando algunos de los temas más candentes que enfrentan la sociedad israelí en la actualidad: la sexualidad, el género, la demografía y la religión.

Por último, al comparar dos modelos radicalmente opuestos en lo que se refiere a la intervención de los poderes públicos en los procesos de gestación subrogada, se constata que el enfoque de Israel y el de Estados Unidos es, en muchos sentidos, opuesto. En Israel, los actores implicados en la práctica, generalmente, trivializan el proceso de gestación a favor de la genética, mientras que en Estados Unidos la genética es a menudo minimizada y se le da más importancia a la intención, un concepto al que en Israel no se hace referencia. Sin embargo, tanto las mujeres gestantes israelíes como las estadounidenses se consideran exclusivamente portadoras del bebé, y usan a menudo las mismas metáforas: "cuidar niños", "incubar" y "hornear" (Berend, 2016).

También en ambos países, las mujeres gestantes adoptan el concepto de "*birthing a mother*" (Teman, 2010), y definen la gestación subrogada como la creación y el nacimiento, no solo de bebés sino también de padres (Berend, 2016).

5.2. Reino Unido: el modelo altruista consolidado

El caso Kim Cotton en 1985 constituyó el primer intento de un contrato de gestación subrogada comercial transnacional en Reino Unido. No obstante, el país que reguló la práctica de la gestación subrogada hace casi tres décadas, lo hizo bajo el modelo altruista. En Reino Unido es posible optar a una gestación subrogada para parejas heterosexuales desde 1998 y, desde abril de 2010 lo es también para parejas del mismo sexo.

⁶⁵ Ver: www.thetower.org/article/for-israeli-gays-its-not-about-the-ring

La gestación subrogada en el Reino Unido está regulada en la Surrogacy Arrangements Act 1985⁶⁶, la Adoption and Children Act de 2002, la Human Fertilisations and Embriology Act de 2008, y otros instrumentos como la Fertilisation and Embriology (Parental order) Regulations de 2010 (Lamm, 2013, p.131).

La ley británica apoya la gestación subrogada, pero busca controlar la forma que toma: altruista, consentida y formalizada mediante un contrato privado. La lógica subyacente es impedir que las mujeres entren en acuerdos contractuales comerciales que puedan conducir a su explotación (Brunet et al., 2013). La regulación tiene también la intención de prevenir que la gestación subrogada se convierta en un asunto comercial, y asegurar que ninguna agencia privada se beneficie de los acuerdos (Teman, 2016).

La legislación británica, en un inicio estuvo influenciada por el informe del *Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embriology*, conocido como el informe Warnock, que fue presidido por ella misma y declaró ilegal todo acuerdo de gestación por sustitución (Lamm, 2013):

El informe calificaba de inmoral usar a una persona con fines individuales y, expresaba también preocupación sobre el riesgo que podría implicar la implementación de un modelo comercial de gestación subrogada. De la misma manera, expresaba sus dudas al respecto del modelo altruista (Anleu, 1992, p.35).

En Reino Unido ninguna tercera parte puede implicarse de forma comercial en el proceso. Es por ello, que las agencias que reclutan a las mujeres gestantes, y ofician los contratos no están permitidas. Este hecho dio lugar a varias organizaciones como COTS⁶⁷ o *Surrogacy UK*⁶⁸, que realizan esta tarea sin ánimo de lucro y con la supervisión del gobierno. Del mismo modo, está prohibida la publicidad tanto de madres y padres de intención, como de mujeres gestantes.

Quizás la característica más definitoria del modelo británico radica en lo que el legislador interpreta como protección hacia las mujeres gestantes. La ley fija una serie de disposiciones, que permiten a la mujer gestante cambiar de opinión respecto a la entrega del bebé que nacerá, antes del parto o durante las seis semanas posteriores a este. Además, establece que la mujer gestante es legalmente la madre y de estar casada, su marido será el padre legal, incluso si este no aportó material genético.

Para que los IP consigan la maternidad y la paternidad legal es necesaria una *parental*

⁶⁶ www.legislation.gov.uk/ukpga/1985/49

⁶⁷ www.surrogacy.org.uk

⁶⁸ www.surrogacyuk.org

order, que reasigna la paternidad permanente a los padres de intención y extingue las obligaciones legales a la gestante y a su marido, si lo hubiera. En el caso de que la gestante no esté casada, el padre de intención pasa automáticamente a ser el padre legal de la niño o niña que nazca.

Todos estos requerimientos hacen que este modelo sea relativamente impopular entre la ciudadanía británica, que en un porcentaje considerable recurre a la gestación subrogada transnacional. Sin embargo, las limitaciones de la ley británica afectan a dichos padres cuando quieren inscribir al bebé como hija o hijo propio (Gamble & Ghevaert 2009).

Cuando prácticamente se han cumplido de 30 años de la regulación de la gestación subrogada en Reino Unido, son varias las voces que afirman que es necesaria su reforma (Horsey, 2015). En la investigación *Myth busting and reform Surrogacy in the UK* (2015) se sugieren algunas actualizaciones que, de acuerdo con las investigadoras, supondrían una mejora substancial:

- Clarificación de lo que significa compensación económica y qué gastos comprende. La Ley británica establece que deben cubrirse los gastos “razonables” relacionados con el embarazo, pero no ofrece ninguna orientación sobre la cantidad, ni sugiere una forma de calcularla.
- Continuar con un modelo altruista con compensación. Valoran que continúa siendo el modelo que mejor puede funcionar, ya que las mujeres gestantes reciben una compensación, pero no lo suficientemente alta como para considerar que se gesta por motivos económicos.
- Simplificar los procesos legales. De acuerdo con las autoras del estudio, la totalidad del proceso debería simplificarse, así como debería ofrecerse la información más clara y accesible.
- Ampliar los restrictivos criterios que existen para poder optar a una *parental order*.
- Realizar una consulta pública sobre la gestación subrogada. Consideran necesario conocer la opinión de la ciudadanía sobre un fenómeno que lleva años desarrollándose en el país.

Por último, las autoras concluyen que una actualización de los procedimientos, sería la más vía efectiva para impedir que la ciudadanía británica salga a otros países a realizar los procesos de gestación subrogada.

5.3. Ghana: un modelo emergente

Durante la última década, las clínicas privadas que ofrecen tratamientos de reproducción asistida se han convertido en un negocio en auge en Ghana. Algunas de

estas clínicas ofrecen técnicas de reproducción asistida con proveedores de gametos y gestación subrogada, que es una práctica relativamente nueva en el país. La primera gestación subrogada en Ghana se llevó a cabo en 2005 (Gerrits, 2016), “mientras que el primer procedimiento exitoso de FIV tuvo lugar en 1995 en Tema, una ciudad cercana a Accra, la capital del país” (Gerrits, 2016, p.33).

Hasta la fecha, no existe ninguna legislación sobre TRA en Ghana, y durante 2016 se empezaron a crear las primeras organizaciones profesionales de embriología y especialistas en fertilidad del país que, de acuerdo con Trudy Gerrits (2016), podrían dar lugar a legislación y/o reglamentación profesional en un futuro próximo.

Como en otros lugares, en Ghana la ausencia de regulación y directrices profesionales, permite que las clínicas establezcan sus propias normas y protocolos médicos, tanto en términos de ética como de tecnología, sin tener necesariamente en cuenta el bienestar y la seguridad de todas las partes implicadas. Tal y como señala Gerrits (1999), la falta de una regulación convierte a los médicos de la clínica en "pioneros morales"⁶⁹ (Gerrits, 1999, como se cita en Gerrits, 2016).

A pesar de que no existe mucha literatura, ni tampoco datos sobre la gestación subrogada en Ghana, “se tiene constancia de que estos suponen una parte importante de los tratamientos que se llevan a cabo en las clínicas de reproducción asistida” (Gerrits, 2016, p.35). La investigadora apunta que existe una relativa elevada demanda de gestación subrogada en el país, que puede explicarse debido a que muchas mujeres acceden a las clínicas cuando su edad ya ha provocado una infertilidad natural.

La red de agencias e intermediarios que trabajan en un proceso de gestación subrogada, y la provisión de gametos necesaria se ha extendido considerablemente. La primera agencia, de acuerdo con Gerrits (2016), se puso en funcionamiento en el año 2004, y fue creada por una mujer ghanesa que vivió en Estados Unidos durante un largo período. Allí no pudo encontrar una mujer gestante para su propio proceso y decidió volver a Ghana a buscarla. Esto dio lugar a la primera gestación subrogada en el país.

Hasta ese momento, el conocimiento de las ciencias sociales sobre la participación de terceros en la procreación en Ghana o en cualquier otro país subsahariano era más o menos inexistente (Gerrits, 2016). Pero de acuerdo con la etnografía, el impacto de la reproducción asistida con terceros, ha empezado a hacer aflorar dudas sobre su aceptación, tanto entre el gobierno como entre la iglesia pentecostal que, de momento, quedan sin resolver.

⁶⁹ Este concepto de Rayna Rapp (1999) se usó originalmente para referirse a las mujeres que tenían que decidir si interrumpían sus embarazos sobre la base de los resultados de la amniocentesis.

6. ¿Qué hacer con el mosaico de regulaciones?

Pande (2014) señala que, teóricamente son dos las opciones disponibles para encajar la gestación subrogada: su prohibición o su legalización. Pero tal y como apunta la autora, el enfoque que debe aplicarse es un enfoque global, entendiendo que las estrictas regulaciones prohibitivas tienen también dos consecuencias. La primera de ellas, crear un mercado negro o desplazar la práctica al ámbito privado, donde no existe ninguna posibilidad de monitorear los procesos. La segunda, desplazar la demanda a lugares donde no existe ninguna legislación y, por ende, son las clínicas y agencias privadas quienes definen cómo deben ser desarrollados los procesos.

En relación a ello, en esta investigación he mostrado que cuando alguno de los países cambia sus condiciones legislativas hacia un modelo restrictivo, la industria responde a través de la reubicación de los servicios a otros lugares. Las clínicas se organizan para atraer a especialistas médicos, personal de laboratorio, mujeres gestantes e importar gametos y embriones. Las operaciones pueden realizarse desde cualquier lugar, todo lo que se necesita es un ordenador y conexión a Internet (Whittaker, 2011). Por otro lado, el deseo de tener hijas e hijos genéticamente vinculados, probablemente, no disminuirá en un futuro cercano, sino todo lo contrario (Widdance-Twinne, 2015). Los avances en las TRA forman parte de la realidad y suponen una solución para aquellas personas que tienen problemas de fertilidad. La globalización de estos avances implica que las futuras madres y padres de intención sigan cruzando fronteras para poder hacer uso de esas TRA.

Sin embargo, de acuerdo con Pande (2014), la prohibición de la gestación subrogada únicamente en los países donde existe consenso sobre la explotación de las mujeres gestantes, tampoco es una opción deseable. Solo serviría para estigmatizar aún más el trabajo que estas realizan, y contribuir a vulnerar todavía más sus derechos como trabajadoras. Pande (2014), en cambio, propone como posible, aunque difícil solución, la prohibición global de la gestación subrogada comercial transnacional. Otras investigadoras, en cambio, ven en el mercado cada vez más creciente de la práctica, la obligación de entablar una discusión compleja acerca de los derechos de todas las partes involucradas, el consentimiento informado, la filiación y el Derecho Internacional, tanto público como privado. Ante este panorama, el Estado debería garantizar igual protección a todas las personas involucradas (GIRE, 2015).

Para evitar abusos, se debe asegurar que los órganos legislativos regulen los servicios de reproducción asistida de una manera integral y compatible con los derechos humanos, siendo el principal interés proteger los derechos de las personas involucradas en los procedimientos. Mientras esto sucede, las clínicas de reproducción asistida continúan operando en muchos lugares del mundo sin la vigilancia y supervisión de salubridad adecuadas, con

frecuencia incurriendo en abusos y provocando problemas graves bajo la anuencia del Estado (GIRE, 2015, p.241).

Por todos estos motivos, tal y como apunta Gillian Crozier (2010), los países tienen la obligación ética de considerar los efectos de sus propias políticas restrictivas en cuanto a la reproducción. La prohibición de la gestación subrogada en Occidente conduce a la expansión de un mercado exterior para tales prácticas, y se abre también la puerta a mercados donde la explotación es posible. No obstante, otras regulaciones, como la de Reino Unido o Israel, también tienen consecuencias, ya que las personas con problemas de fertilidad que no son elegibles de acuerdo con la ley, continúan cruzando las fronteras para cumplir sus aspiraciones de procreación.

La ausencia de una regulación en materia de reproducción asistida provoca que exista un campo de incertidumbre jurídica, que permite abusos y discriminación en contra de las personas que participan de estas técnicas. Desprotección para el personal de salud involucrado e incluso violaciones al derecho a la identidad para las personas nacidas bajo estos procedimientos (GIRE, 2015, p.241).

Por todos estos motivos, quizás la solución radique en una regulación de la gestación subrogada con perspectiva global, que tenga en cuenta las particularidades culturales de cada país. No obstante, es imprescindible, apelar a la responsabilidad de las madres y padres de intención, para que desarrollen sus procesos de gestación subrogada en aquellos lugares donde los derechos de las partes implicadas no sean vulnerados por la práctica, los procesos médicos sean claros y respetuosos, y los menores nacidos por gestación subrogada no sean puestos en riesgo dadas las condiciones legales del país donde nacen.

Una vez situada la gestación subrogada en el ámbito global, en el siguiente capítulo procedo al análisis sobre la situación de la gestación subrogada en el Estado español, donde su regulación constituye una discusión clave en el momento actual. Los diferentes agentes implicados han puesto sobre la mesa diversas propuestas y, en esta línea, realizo un análisis de todas ellas con el objetivo de radiografiar la situación actual.

Capítulo 6. El caso español: orígenes, debates y posicionamientos

1.Introducción

El debate sobre la gestación subrogada en el Estado español se encuentra en un momento de gran interés. El tema está posicionado en la agenda política y también entre la opinión pública. Además, de acuerdo con declaraciones realizadas recientemente, el Gobierno español próximamente debería realizar un movimiento hacia su legalización o bien hacia la prohibición estricta de la práctica. Algunas instituciones como la *Generalitat de Catalunya* han marcado la diferencia siendo el primer gobierno autonómico en facilitar los permisos de maternidad y paternidad a las personas trabajadoras de la Administración Pública que tengan hijas e hijos por esta vía⁷⁰. Siguiendo así los pasos del fallo del Tribunal Supremo que obligó a la Seguridad Social a incluir la gestación subrogada entre los supuestos para recibir los permisos de maternidad y paternidad⁷¹.

La gestación subrogada comparte argumentos comunes con temas tradicionalmente conflictivos para los poderes públicos estatales como son, por ejemplo, el trabajo sexual y la interrupción voluntaria del embarazo. El momento actual es de máxima importancia puesto que su legalización en el Estado español supondría explorar como encajar la práctica de la gestación subrogada en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, pero también en instituciones como la familia y la maternidad, que son pilares fundamentales para la sociedad española.

En este capítulo realizo una retrospectiva de la gestación subrogada en el Estado español con el objetivo de mostrar cuáles y cómo son los inicios de la práctica en el país. Esto es de vital importancia para comprender el momento y la discusión actual. Además, realizo un análisis de las propuestas manifestadas desde los diferentes sectores en el debate sobre la regulación de la gestación subrogada.

Concretamente, la primera parte del capítulo comprende un análisis sobre la situación legal de la gestación subrogada en el Estado español, que habitualmente comporta cierto nivel de confusión dada la peculiar situación que tiene lugar. La práctica de la gestación subrogada no es legal en el país pero sí permite que las personas interesadas recurran a ella en otros países.

⁷⁰ Ver: www.20minutos.es/noticia/2946716/0/generalitat-reconocera-por-primera-vez-maternidad-por-vientre-alquiler

⁷¹ http://politica.elpais.com/politica/2016/10/20/actualidad/1476971361_784773.html

Además, la ausencia de datos respecto al número de niñas y niños españoles nacidos por gestación subrogada dificulta enormemente conocer el alcance del fenómeno. En este sentido es importante tener en cuenta el trabajo realizado por las dos asociaciones que trabajan por la regulación y normalización de la gestación subrogada en España: la Asociación por la Gestación Subrogada en España, que lanzó una ILP para su legalización, y Son Nuestros Hijos, cuya capacidad de incidencia política ha sido decisiva para que el objeto de estudio se perciba como un problema social en la actualidad. La trayectoria de ambas entidades y sus características serán también discutidas aquí.

La segunda parte de este capítulo, la dedico al análisis del debate mantenido por parte de los principales grupos parlamentarios y algunos actores sociales de relevancia para la regulación gestación subrogada. En primer lugar, abordo cuál es el posicionamiento de los principales partidos políticos del país. A continuación, realizo un análisis de la Iniciativa Legislativa Popular, y también de los manifiestos de la entidad SNH, y No Somos Vasijas. A partir de este análisis confirmo cómo ambas entidades usan el mismo lenguaje, el lenguaje de los derechos, para llegar a posiciones diametralmente opuestas. Todos estos análisis se complementan con la revisión de los argumentos de otros actores involucrados en la discusión sobre la regulación de la práctica, como son la SEF o el Comité de Bioética de España, que apuestan por una regulación conservadora o su prohibición.

Para acabar, finalizo el capítulo realizando una revisión de todos aquellos aspectos que, como investigadora, considero que deberían tenerse en cuenta a la hora de plantear una regulación sobre la gestación subrogada en el Estado español.

2. Situando la gestación subrogada en el Estado español

Esta sección está dedicada a situar de forma retrospectiva la gestación subrogada en el Estado español, así como a identificar cuáles son los principales actores involucrados en la discusión sobre ella. Este apartado también tiene por objetivo identificar y analizar cuáles son sus posicionamientos y discursos.

2.1. La (no)regulación de la gestación subrogada en el Estado español

“A finales de los años 80, el Parlamento español adoptó un enfoque antigestación subrogada que todavía prevalece, al menos en lo que respecta a la subrogación doméstica” (Orejudo, 2013, p.347), ya que la práctica es alegal. El artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, establece 3 condiciones fundamentales para entender en qué contexto se encuentra el tema de discusión en el Estado español:

- Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación maternal a favor del contratante o un tercero.

- La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.
- Queda a salvo la posible acción de reclamación de la paternidad respecto del padre biológico, conforme a las reglas generales.

Por lo tanto, incluso si no hay una prohibición expresa de la gestación subrogada, el enfoque negativo de la Ley está claro: de hecho, el Parlamento se basó en el Informe Palacios⁷², redactado por una Comisión Parlamentaria especial, que llegó a la conclusión de que la práctica podría implicar la explotación de las mujeres y la mercantilización de los niños (Orejudo, 2013, p.348).

Sin embargo, esta prohibición se ha vuelto recientemente más incierta, “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, p.347). A pesar de que es una práctica prohibida y 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 la gestación subrogada como vía de formar familia (Vilar, 2014).

De hecho, se tiene constancia que desde los años 90 las parejas heterosexuales del Estado español primero, y después personas en solitario y parejas homoparentales, han viajado a Estados Unidos, y después a una diversidad de destinos, para tener hijas e hijos genéticamente vinculados a través de gestación subrogada.

Este escenario de alegaldad, en combinación con las posibilidades ofrecidas por diferentes países, ha dado lugar a un número creciente de familias creadas a través de gestación subrogada, de las que solo una pequeña parte es visible y sobre las que existe poco conocimiento y ningún registro de tipo cuantitativo. A la vez, esta situación ha dado lugar también a numerosas situaciones de inseguridad legal para las niñas y niños nacidos a través de gestación subrogada.

Los inicios de la gestación subrogada en el Estado español son inciertos puesto que no es posible conocer cuándo, ni en qué condiciones tuvieron lugar los primeros nacimientos por esta vía. De acuerdo con las personas entrevistadas, todo apunta a que las personas españolas que realizaron estos procesos durante muchos años eran exclusivamente parejas heterosexuales que llevaban a cabo los procesos en Estados Unidos, poco más se sabe al respecto.

⁷² Ver Souto Galván, B. (2005). Aproximación al estudio de la gestación de sustitución desde la perspectiva del Bioderecho. *Foro Nueva época*,1, 275-280.

Hasta que 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 los niños y las niñas hubieran nacido de forma natural. Sin embargo, una vez las personas del mismo sexo empiezan a recurrir a la gestación subrogada, y llegan al Registro a inscribir a su descendencia, se evidencia que no existe una madre y empiezan las dificultades en la inscripción. Esta situación hizo visible un tema que era, hasta entonces desconocido.

Por tanto, la gestación subrogada se convierte en un fenómeno visible cuando las primeras parejas homosexuales llegan al Estado español con sus hijas e hijos. Hasta el momento, las parejas heterosexuales no habían tenido problemas para realizar la inscripción ya que, formalmente, existía la figura de una madre y un padre. En cambio en el caso de las parejas homosexuales masculinas, al evidenciar que la figura de madre no existe, encuentran dificultades para la inscripción. De acuerdo con Brunet et al., (2013) la discreción de esta práctica se explica por el hecho 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.

El caso de Marcos y Manuel, una pareja de padres por gestación subrogada en California, son el antecedente que da visibilidad a la práctica en el país y sobre todo, quienes sientan el precedente de la gestación subrogada para parejas del mismo sexo españolas. A partir del año 2005, con la legalización del matrimonio homosexual en España y el precedente de Marcos y Manuel, otras parejas empiezan a recurrir a la gestación subrogada.

En 2008 un matrimonio homosexual valenciano, tienen hijos mellizos en California, donde las autoridades locales emitieron los certificados de nacimiento en los que los dos hombres constaban como padres. Al intentar inscribir a sus hijos en el consulado español, el cónsul y responsable del Registro, Inocencio Arias, denegó la solicitud alegando que los acuerdos de gestación subrogada son nulos según la LRHT. El matrimonio presentó un recurso ante la Dirección General de los Registros y el Notariado (en adelante DGRN) del Ministerio de Justicia a través del consulado de Los Ángeles y esperó en San Diego la resolución, que no llegó. A mediados de diciembre de 2008, la familia regresó a España. Una vez en Valencia, el matrimonio solicitó a la Delegación del Gobierno en esa ciudad un permiso de residencia para sus hijos, sea como hijos de españoles o, en su defecto, en concepto de reunificación familiar, pero nunca recibieron respuesta (SNH, 2014).

A partir de este momento, dos resoluciones son clave para el avance la gestación subrogada en el Estado español. La primera de ellas del 18 de febrero 2009 de la DGRN, mediante la cual se inscriben los niños del matrimonio, que además consiguen ser los primeros europeos inscritos en un Registro Civil directamente como hijos naturales de

dos varones. Son también los primeros en cobrar, aunque de forma retroactiva, las prestaciones por paternidad. La segunda instrucción decisiva tuvo lugar el 5 de octubre de 2010, también de la DGRN (SNH, 2014). Esta instrucción era la respuesta a más de una veintena de casos a los que se había denegado la inscripción en el Registro y tiene como objetivo unificar la práctica registral, “es de vital importancia en dos ámbitos: el del reconocimiento de la paternidad y el del régimen registral de los nacidos mediante gestación por sustitución” (Vilar, 2014, p.916).

El escenario legal, por tanto, es complicado y se debe tener en cuenta como apunta Noelia Igareda (2016), que las leyes tienen la función de ser una declaración pública del posicionamiento moral de la mayoría, pero no se puede exigir que la ley impida a la ciudadanía de un país que utilice ciertos servicios médicos:

La prohibición de la salud reproductiva transnacional implicaría una negación de la autonomía moral de los ciudadanos. La salud reproductiva transnacional sirve para permitir una coexistencia pacífica de la pluralidad ética y religiosa. No es un problema, sino precisamente una solución ante posibles conflictos entre política y ética en una democracia (Igareda, 2016, p.44).

Por otro lado, el hecho de que esta práctica sea legal en el país de destino comporta, a su vez, que “los tribunales penales españoles no pueden perseguir a estas personas ya que su competencia sobre los delitos de los españoles cometidos en el extranjero se halla condicionada a la exigencia de la doble incriminación” (Puigpelat, 2010, p.58).

En conclusión, principalmente son dos los problemas jurídicos relacionados con la gestación subrogada que se plantean en el contexto español. El primero, es que la práctica es contraria a la ley estatal pero, sin embargo, muchas personas españolas consiguen ser madres y padres recurriendo a ella en otros países donde es legal o simplemente posible. El segundo, tiene que ver con las niñas y niños nacidos por esta vía, y el debate que comporta si el interés del menor consiste en reconocer la filiación legal: ¿se debe reconocer a los IP la filiación legal de la hija o hijo concebido a través de gestación subrogada aunque se esté reconociendo la ilegalidad del proceso? ¿Sería más conveniente no reconocerla para desincentivar el uso de la práctica? (Comité bioética, 2017). Este es el panorama actual de la gestación subrogada en España. Las dificultades jurídicas dan paso y conviven con otras situaciones sociales que también merecen la atención investigadora y que se irán planteando a lo largo de este capítulo.

2.2. La gestación subrogada española en cifras

Como he mostrado, hasta aproximadamente el año 2007 la gestación subrogada era un fenómeno invisible, y esto se debía a que las personas que recurrían a ella eran parejas heterosexuales que, de no desearlo, no necesitaban revelar socialmente el origen del

nacimiento de sus hijas e hijos. Sin embargo, y tal como indica la asociación SNH, los datos hacen sospechar que se recurría a ella 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 el territorio del consulado 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, p.129).

También la propia entidad, cuenta con estimaciones y considera que en la actualidad son alrededor de entre 800 y 1.000 los nacimientos anuales a través de gestación subrogada. Sin embargo, la ausencia de un registro nacional que permita estimar el número de nacimientos por esta vía⁷³, y la ausencia de registro específico para este tipo de nacimientos en los países donde la gestación subrogada se realiza (Inhorn & Gürtin, 2010) impiden conocer con certeza las verdaderas cifras. Además, la ausencia de cualquier tipo de mecanismo regulador o control sobre la industria de las técnicas de reproducción asistida, dificulta enormemente poder llegar a una estadística sobre la gestación subrogada en España. A pesar de ello, el aumento de casos y su visibilidad en medios de comunicación, junto con los motivos ya expuestos en el capítulo 2, pueden considerarse indicadores de su consolidación como vía para llegar a la maternidad y la paternidad entre la población española.

En general, se puede afirmar que el hecho de que la gestación subrogada sea una práctica no reconocida por el Estado, la invisibiliza y genera todo tipo de inexactitudes sobre esta, ocultando así una información de mucha importancia para la Sociología, y que impide que la discusión sobre su regulación, se realice en base a una demanda real.

2.3. El movimiento asociativo por la gestación subrogada

Principalmente, son dos las entidades que trabajan para la regulación y normalización de la gestación subrogada en España, se trata de la asociación Son Nuestros Hijos y la Asociación por la Gestación Subrogada, ambas de nivel estatal.

SNH se fundó en el año 2008, inicialmente como un grupo de apoyo entre parejas homoparentales que habían sido padres o querían serlo a través de gestación

⁷³ Hay que tener en cuenta que la LTRHA tampoco ha creado el registro de donantes que ya estipulaba la ley desde 1998. De acuerdo Farnós (2011) Gobierno español ha ignorado la obligación de los art. 21 y 22 de la LTRHA, que estipula la regulación de los registros de donantes. Es importante resaltar que la ley sobre técnicas de reproducción asistida 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. Partiendo de este punto, parece complicado que pueda llegar a crearse un registro específico para la gestación subrogada.

subrogada. Esta agrupación acabó dando lugar a la Plataforma “Nuestros Hijos son Españoles”, que nace como una respuesta a las dificultades que las familias homoparentales encuentran en la inscripción en el Registro Civil de sus hijas e hijos. (SNH, 2014). Tiempo más tarde y con el objetivo de sumar esfuerzos, la entidad se abre también a personas heterosexuales, y en agosto del 2013 SNH se constituye como entidad, convirtiéndose así en la única entidad en Europa que trabaja para la defensa y normalización de la gestación subrogada. En la actualidad la entidad cuenta con 300 personas asociadas.

En el plano internacional SNH forma parte de la *Network of European LGBTIQ Families Association* (NELFA)⁷⁴. Esta red expresaba, el pasado 3 de noviembre de 2016, su preocupación por la situación de la gestación subrogada en el Estado español, y celebraba la decisión del Tribunal Supremo en favor de los padres con hijos e hijas nacidas a través de gestación subrogada en un comunicado de prensa: *“More equality in Spain: Parents of children born through gestational surrogacy now have the right to parental benefits!”*⁷⁵

La segunda de las entidades española es la Asociación por la Gestación Subrogada en España. Esta fue creada en el año 2014 y tiene por objetivo la defensa y la legalización de la práctica. Para ello elaboraron una ILP, que recoge una propuesta de ley para su legalización en España. Su labor, al igual que la de SNH, es trabajar por la legalización de la gestación subrogada en el Estado español a través de la sensibilización y la incidencia política.

De forma más reciente, el 31 de mayo de 2016 se constituía una Plataforma Estatal LGTB⁷⁶, formada por 25 asociaciones, con el objetivo de pedir la regularización de la gestación subrogada en el Estado español. En su manifiesto fundacional⁷⁷ afirman que la gestación subrogada debería regularse bajo el modelo altruista. Este modelo implicaría una compensación económica dedicada a cubrir los gastos, las molestias y las incomodidades que conlleva un embarazo, un parto y un puerperio. De acuerdo con la plataforma, dicha compensación se calcula en base a lo establecido en art. 3.8⁷⁸ de Real

⁷⁴ NELFA representa 31 organizaciones en 18 países europeos y cuenta con más de 25.500 miembros.

⁷⁵ <http://nelfa.org/wp-content/uploads/2016/11/031116-NELFA-PR-Spaincourt-final.pdf>

⁷⁶ Las entidades que forman parte de esta plataforma son: Abaco (Benidorm), Adriano Antino (Sevilla), ALAS (Galicia), Arelas (Galicia), ATA (Andalucía), Ben Amics (Illes Balears), Bolo Bolo (Castilla-La Mancha), Chrysalis Estatal (Estatal), Chrysalis Madrid (Madrid), COGAM (Madrid), De Frente (Sevilla), Disex (Asturias), FLG Families LGTB (Catalunya), Fundación Daniela (Estatal), Fundación Triángulo (Estatal), Galehi (Estatal), Galesh (Comunitat Valenciana), GAMA (Gran Canaria), Gaytafe (Getafe), Gehitu (Euskadi), Legaynes (Leganés), Lesgavila (Ávila), Respeta (Madrid), Son Nuestros Hijos (Estatal), Transexualia (Estatal).

⁷⁷ <http://www.cogam.es/noticias/i/1130811/56/presentacion-de-la-plataforma-por-la-regulacion-de-la-gestacion-%20subrogada>

⁷⁸ Los sujetos participantes en ensayos clínicos sin beneficio potencial directo para el sujeto en investigación recibirán del promotor la compensación pactada por las molestias sufridas. La cuantía de la compensación económica estará

Decreto 223/2004 de 6 de febrero⁷⁹, que incluye las disposiciones que versan sobre la compensación económica que reciben las mujeres y hombres donantes de gametos. Este Real Decreto regula los ensayos clínicos con medicación y, concretamente el art. 3.8, establece que las personas que participen en ensayos clínicos sin beneficio potencial directo deben recibir una compensación pactada en relación a las características del ensayo, y por las molestias sufridas. La compensación, de acuerdo con ellos, no debe ser tan elevada como para inducir a las personas a participar por motivos económicos. El artículo explicita que si la persona abandona el ensayo, la compensación se reducirá proporcionalmente a la participación, lo que debería aplicarse a la mujer gestante, en el caso de la gestación subrogada. De forma general, el modelo defendido por la plataforma y las dos entidades españolas es similar a lo propuesto en el Real Decreto.

La Plataforma además:

Insta a que sea el Estado quien se encargue de coordinar y vigilar, a través de sus órganos competentes, todo el proceso de Gestación por Subrogación, con el fin de que se garantice tanto la idoneidad del proceso como la protección de los derechos de todas las partes (GOGAM, 2016).

Por lo que respecta a las mujeres gestantes, la Plataforma establece unos criterios que consideran que las mujeres candidatas a serlo deberán cumplir. En primer lugar, deben encontrarse en buen estado de salud psíquica y física. En segundo lugar, deben haber sido madres con anterioridad y deben demostrar que acceden a la gestación subrogada movidas por el altruismo y sin interés económico. Por último añaden que debe respetarse en todo momento la libre determinación de la mujer gestante durante todo el proceso así como el bienestar del menor. Sin embargo, este no está desarrollado y resulta difícil determinar a que se refieren con “libre determinación de la mujer gestante”.

En lo que se refiere a los IP solo hacen referencia a que el acceso deberá ser igual a todas las personas independientemente de su opción sexual, estado civil o forma familiar.

en relación con las características del ensayo, pero en ningún caso será tan elevada como para inducir a un sujeto a participar por motivos distintos del interés por el avance científico. La contraprestación que se hubiera pactado por la participación voluntaria en el ensayo se percibirá en todo caso, si bien se reducirá proporcionalmente según la participación del sujeto en la experimentación, en el supuesto de que decida revocar su consentimiento y abandonar el ensayo. En los casos extraordinarios de investigaciones sin beneficio potencial directo para el sujeto en investigación en menores e incapaces, para evitar la posible explotación de estos sujetos, no se producirá ninguna compensación económica por parte del promotor, a excepción del reintegro de los gastos extraordinarios y pérdidas de productividad que se deriven de la participación del sujeto en el ensayo.

⁷⁹ www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-2316

2.4. Las voces en contra de la regulación

En el Estado español también existe un activo tejido asociativo posicionado en contra de la gestación subrogada, donde destaca la plataforma No Somos Vasijas⁸⁰. Esta plataforma reúne una gran parte de las voces en contra de su legalización en el Estado español. Y daba inicio a su actividad el pasado mes de junio de 2016 con el lanzamiento del manifiesto “Las mujeres no se pueden alquilar o comprar de manera total o parcial” (No Somos Vasijas, 2016), donde advertían a los partidos políticos y los gobiernos nacional y autonómicos:

Estén alerta y no se dejen engañar por campañas mediáticas, a todas luces parciales. Deben tener presente que el deseo de paternidad o maternidad, nunca puede sustituir o violar los derechos que asisten a las mujeres y los y las menores. El deseo de ser padres y madres y el ejercicio de la libertad no implica ningún derecho a tener hijos (No Somos Vasijas, 2016).

La plataforma está compuesta por mujeres feministas vinculadas en gran parte a la academia, principalmente juristas y filósofas, y centra su discurso en la mercantilización de los cuerpos de las mujeres gestantes. Entiende además, que regular la gestación subrogada en España constituiría una violación de los derechos humanos de las mujeres gestantes, puesto que la práctica en sí misma constituye la vulneración de un derecho inalienable, como es el de la maternidad, al que no se puede renunciar previamente a través de un contrato.

Otra plataforma que ha expresado su rechazo a la gestación subrogada es la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (en adelante FADSP), que en un comunicado, entre otros aspectos, destacaba la idea de que la maternidad no puede entenderse como una mera técnica de reproducción, ni desligarse de sus aspectos biopsicosociales, así como afirma:

Poner el cuerpo de las mujeres, como cualquier otro producto, a disposición del mercado capitalista, afecta a los derechos humanos de las mujeres, y lesiona gravemente su autonomía y la capacidad de control sobre el propio cuerpo, cuando su salud se pone al servicio de otros. Los derechos humanos no pueden ser materia de compraventa, sino que su desarrollo se basa en la exigencia de condiciones dignas para su ejercicio (FADSP, 2016, pag.1)

⁸⁰ La Plataforma toma su nombre de Aristóteles quien, como explica Ana de Miguel (2016), teorizó sobre la supuesta inferioridad física, intelectual y moral de las mujeres: “Parecen hombres, son casi hombres, pero son tan inferiores que ni siquiera son capaces de reproducir la especie, quienes engendran los hijos son los varones, las mujeres son meras vasijas vacías, el recipiente del semen creador”.

El Fórum Política Feminista⁸¹ también se ha posicionado en contra, tal y como muestran sus manifiestos de 2015 y 2016 sobre las elecciones legislativas, donde constaba un escueto “no a la maternidad subrogada” en el punto referente a los derechos sexuales y reproductivos. El Partido Feminista de España ⁸² también se ha manifestado abiertamente en contra, y sus componentes son participantes activas en el debate público sobre la gestación subrogada.

La Unión de Asociaciones Familiares (UNAF), no ha expresado públicamente su posicionamiento al respecto, a pesar de ello, l'Associació de Famílies LGTBI (FLG) dejó de formar parte de la UNAF, puesto que no quiso acoger un debate propuesto por la FLG sobre gestación subrogada. De acuerdo con la FLG, la UNAF declinó realizar el debate argumentando que la gestación subrogada es un proceso de control y mercantilización de las mujeres (FLG, 2016).

Por último, algunas asociaciones LGTIB han exigido a la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), un posicionamiento sobre la gestación subrogada, puesto que en la presentación del Proyecto de Ley contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género, y de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero o intersexuales, no hicieron referencia a la gestación subrogada. Como consecuencia, algunas entidades como GALEHI han interpelado de forma pública a la entidad con el fin de que se posicione públicamente respecto al tema.

Cabe destacar que el debate sobre la gestación subrogada ha causado cierto grado de fragmentación en el movimiento LGTBI español. Actualmente, una importante parte de este está dividido entre las posturas a favor y en contra de su regulación.

3.4. Las voces a favor de la regulación

Existen instituciones y sociedades científicas que ven en la gestación subrogada un avance científico que debe ser acogido tanto socialmente como por el ordenamiento legal. Es el caso de la Sociedad Española de Fertilidad que apuesta por su legalización en el Estado español⁸³. De acuerdo con la SEF la gestación subrogada ha de considerarse:

Un recurso excepcional y solo justificado cuando se acredite en la pareja subrogada una indicación médica para gestación por sustitución debidamente documentada o una situación de esterilidad constitucional

⁸¹ www.forumpoliticafeminista.org/?q=manifiesto-feminista-ante-las-elecciones-legislativas-del-20-d-2015

⁸² <https://partidofeminista.es/t>

⁸³ www.gacetamedica.com/politica/la-sef-solicita-la-regularizacion-de-la-maternidad-subrogada-en-espana-CE530073

(pareja homosexual, hombre o mujer sola), habiéndose agotado siempre otros tratamientos de fertilidad (SEF, 2016, p.1).

La SEF recomienda que, al menos uno de los miembros de la pareja de intención, o la persona que realice el proceso en solitario, aporte sus gametos, ya que en otro caso desaparece la justificación para recurrir a esta técnica. La SEF no es partidaria de la gestación subrogada tradicional, y apuesta también por salvaguardar el anonimato de la persona proveedora de gametos tal y como ya prevé la LTRHA.

En cuanto a otro tipo de requisitos, aquellos que recaen sobre la mujer gestante, como es habitual, son numerosos y también es un ámbito donde en general suele existir un mínimo consenso. En primer lugar, deberá tener descendencia sana previa. En segundo lugar, la SEF propone que, de tener pareja, ha de contarse con la aceptación de esta. En tercer lugar, con el ánimo de garantizar el consentimiento informado de las mujeres gestantes, la SEF prevé requerir una aprobación judicial previa al inicio del proceso clínico que pueda constatar la voluntariedad del consentimiento informado. Por último, la SEF propone que la Administración Pública cree un registro de mujeres gestantes con el fin de controlar el número de ocasiones en las que han actuado como tal, y evitar que pongan en peligro su salud:

Este registro debería ser accesible por vía judicial y serán las clínicas y unidades de reproducción asistida autorizadas quienes deban notificar los casos. Por último, con la finalidad de completar las bases formuladas, la SEF también requiere de una serie de requisitos (edad, capacidad, madurez, etc.), número de embriones a transferir, seguro médico, compensación, informe favorable de un comité ético, libertad para determinar el anonimato o no de la relación; posibilidad de interrumpir la gestación o continuarla (Abellán, 2016, p.14).

Por último, de forma más reciente, también se ha pronunciado el Comité de Bioética de España⁸⁴, aunque de manera algo ambigua. En un comunicado de prensa han expresado que están trabajando en un informe sobre la gestación subrogada en España. Además, la presidenta del Comité ha explicado que si el gobierno quisiera modificar la LTRHA para regular la gestación subrogada en España tiene la obligación de realizar una consulta al Comité de Bioética y que, hasta el momento, no han recibido dicha petición. Asimismo tampoco existe fecha para que el Comité haga público su informe y se desconoce cuál será su tendencia, aunque todo apunta a que se inclinará por una regulación conservadora y restrictiva.

⁸⁴ El Comité de Bioética de España fue creado por la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE 4 de julio) y quedó constituido el 22 de octubre de 2008 y está adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. www.comitedebioetica.es

3. El debate sobre la gestación subrogada en el Estado español

En esta sección profundizo, en primer lugar, sobre los argumentos a favor y en contra de la regulación de la gestación subrogada esgrimidos por los principales actores. A continuación, realizo un análisis de los argumentos de las principales formaciones políticas del país.

3.1. El debate polarizado sobre la gestación subrogada en España

El debate sobre la gestación subrogada en el Estado español está básicamente posicionado en dos extremos opuestos. El primero de ellos aboga por su prohibición y apela a que la práctica constituye una explotación de las mujeres. El segundo posicionamiento, por el contrario, exige la regulación de la gestación subrogada con el objetivo de que esta pueda desarrollarse en el Estado español.

Hasta el momento, el debate entre ambas posturas ha resultado estéril. No han encontrado un solo punto de acuerdo o acercamiento a partir del que establecer un diálogo, sino todo lo contrario. Existe un constante enfrentamiento, que ha servido exclusivamente para consolidar las dos posiciones opuestas condenadas al no entendimiento.

Curiosamente, a pesar de que los argumentos no comparten ninguna idea común, a menudo apelan a los mismos conceptos e incluso lenguaje. Un lenguaje que proviene de los movimientos y teorías feministas, que las entidades a favor de la regulación se apropian y resignifican, obteniendo como resultado un discurso radicalmente opuesto al de los feminismos.

A continuación, y en base los manifiestos de la plataforma No Somos Vasijas y SNH, se recogen las 3 principales ideas de sus manifiestos, y se analizan. En el anexo 1, se encuentra un tabla que resume la totalidad los argumentos de ambas organizaciones.

Uno de los temas de debate sostenidos se centra en la denominación de la práctica (gestación subrogada versus vientres de alquiler). Pero existen otras ideas fundamentales en la discusión que son entendidas y manifestadas de forma totalmente opuesta. Son las siguientes:

- **El derecho a decidir**

Para No Somos Vasijas, la práctica en si misma niega la capacidad de decidir de las mujeres gestantes, ya que a estas no se les permite tomar decisiones sobre cómo se desarrollará el proceso de embarazo, ni tampoco se les permite participar en la posterior toma de decisiones relativas a la crianza, el cuidado o la educación del bebé que nacerá. No obstante, esta última afirmación presupone el deseo de las mujeres gestantes de querer ejercer el rol de madre social, hecho que entra en contradicción con los

testimonios de las mujeres gestantes entrevistadas en las investigaciones citadas a lo largo de esta tesis doctoral.

De acuerdo con esta plataforma, el derecho a decidir debería ir acompañado de la capacidad de modificar sus preferencias a lo largo del proceso. Es decir, que las mujeres puedan decidir en cualquier momento interrumpir la gestación sin que existan medidas punitivas, tal y como proponen los actores a favor de su regulación. Sin duda, en una posible regulación el hecho de que las mujeres gestantes tuvieran capacidad real de negociar los términos del contrato, las características del protocolo médico a seguir, etc., sería un buen inicio para mitigar la relación de poder en el marco de la que se acostumbran a desarrollar los contratos de gestación subrogada. Para la plataforma, la gestación subrogada es una expresión más del control sexual sobre las mujeres, que ha existido en las sociedades tradicionales, y que ellas equiparan a los matrimonios concertados o la prohibición del aborto.

En cambio, para SNH, el derecho a decidir es algo más abstracto. Lo definen de la siguiente manera: “La gestante debe mantener su autonomía y capacidad de decisión a lo largo de la gestación” (SNH, 2014, p.1), pero no concretan qué tipo de autonomía y decisiones pueden tomar durante el proceso. Pero sí concretan que el derecho a decidir, se traduce también en la garantía de que las mujeres deben participar de forma voluntaria, altruista y con capacidad intelectual suficiente como para entender qué implica un proceso de estas características.

No obstante, es necesario situar el concepto de derecho a decidir o libre elección en el marco ético liberal occidental, que hace hincapié en el derecho individual a la elección, pero no tiene en cuenta que esta libre elección puede ser impuesta emocional o financieramente. Pero por otro lado, existe el dilema ético que plantea el hecho de negar la oportunidad de actuar de manera altruista, o hacer frente a una situación de necesidad económica a través de la gestación subrogada (Deonandan et al, 2012).

▪ **Altruismo vs mercantilismo**

Existen escenarios en los que surgen numerosas dudas al respecto de la verdadera naturaleza del altruismo. Por ejemplo, la existencia de desequilibrios económicos y de clase social entre ambas partes, y la duda al respecto a la existencia de un verdadero consentimiento informado (Brunet et al, 2013).

Para No Somos Vasijas, el altruismo es solo una excusa utilizada para poder regular la gestación subrogada. La plataforma apunta que la vinculación de las mujeres gestantes al altruismo solo refuerza la idea asociada a las mujeres como “servicio para otros”. No niegan que, en algún caso, las mujeres puedan realizar la práctica con la intención de ayudar, pero argumentan que el altruismo no puede ser utilizado como valor aplicable a la inmensa mayoría de casos.

Sorprendentemente, SNH también rechaza la modalidad mercantil de la gestación subrogada. La entidad apunta que debe compensarse a las mujeres gestantes económicamente de forma proporcional al esfuerzo y al tiempo que la mujer dedica al proceso. Por tanto, es una contradicción, ya que en eso mismo consiste el modelo comercial, en compensar económicamente a la gestante por el trabajo realizado y por el tiempo invertido. La entidad no se ha especificado si por mercantil, quizás entienden que son las administraciones públicas quiénes deberían hacerse cargo de la gestión de la práctica, eliminando así a las agencias intermediarias, entre otros actores.

▪ **La cosificación y la mercantilización del cuerpo de las mujeres**

Para No Somos Vasijas la práctica supone una clara cosificación y mercantilización de las mujeres. La práctica ha sido en ocasiones descrita como una relación de cooperación en la que ambas partes se benefician del acuerdo. Pero la plataforma afirma que en el marco de una economía neoliberal, esto no es en ningún caso posible, por el contrario afirman que sí existe una relación, pero esta es patriarcal y “consume” los cuerpos de las mujeres.

Para SNH en cambio, la gestación subrogada implica una relación de reciprocidad y ayuda mutua en la que las mujeres entran de forma voluntaria. La entidad es consciente que este discurso es difícil de defender cuando la práctica se desarrolla en lugares donde esta está vinculada a la vulneración de los derechos de las mujeres gestantes. Es por ello que ha desmarcado su discurso de estos destinos, y se limitan a reivindicar un modelo como el de Estados Unidos, Canadá o Reino Unido.

3.2. La ILP por la regularización de la gestación subrogada

Como he indicado, la Asociación Gestación Subrogada redactó una ILP con el objetivo de conseguir los apoyos suficientes y proceder a su discusión en el Congreso de los Diputados. No obstante esta no consiguió el aval necesario para ser tramitada y nunca llegó al Congreso. La ILP, sin embargo, continúa siendo relevante para entender cuál es modelo que se propone desde las entidades a favor de la gestación subrogada, y cómo se entiende desde los actores a favor de su regulación. La ILP gana todavía más importancia puesto que es el texto base utilizado por algunos partidos políticos que, como mostraré en la siguiente sección, ya apuestan abiertamente por su regulación.

La ILP recoge en su exposición de motivos que el objetivo de la ley es “regular la gestación subrogada y garantizar los derechos de todas las personas que intervienen en el proceso con especial atención a los menores nacidos por gestación subrogada, así como hacer que esta esté disponible de forma más asequible” (ILP, 2014 p.2). A pesar de ello, como mostraré, la propuesta realizada protege principalmente los derechos de las madres y padres de intención.

El marco general que proponen para el desarrollo de los acuerdos de gestación subrogada es de carácter no lucrativo o comercial:

La compensación económica resarcitoria (que pagarán los padres de intención y recibirá la mujer gestante) que se pueda fijar solo podrá compensar las molestias físicas, los gastos de desplazamiento y laborales y el lucro cesante inherentes al procedimiento y proporcionar a la mujer gestante las condiciones idóneas durante los estudios y tratamiento pregestacional, la gestación y el posparto“ (ILP, 2014 p.3).

Todo ello de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que sería el responsable de fijar periódicamente las condiciones básicas que garanticen el carácter gratuito de la gestación

En cuanto a la propuesta de ley, esta se desarrolla en tres capítulos. En el primero de ellos se fija el objeto y ámbito de la misma y define cuáles son los actores del proceso y la propia gestación subrogada. El capítulo 2 se detalla como debe llevarse a cabo el proceso de gestación subrogada y se propone un contenido mínimo del contrato de gestación subrogada. El tercer y último capítulo determina la creación del Registro Nacional de gestación subrogada.

En el capítulo 1 se define la gestación subrogada como una técnica de reproducción asistida, que es la definición común aceptada entre los sectores favorables a su legalización en el Estado español. En realidad, tal y como señala Gimeno (2016), las TRA son las que se utilizan en el proceso de gestación subrogada para conseguir el embarazo, es decir la inseminación artificial o la fecundación *in vitro*. Pero la gestación y el parto son procesos vitales y no pueden calificarse de técnicas de reproducción asistida.

Otra de las partes de vital importancia en esta propuesta de ley, es la definición de las características y funciones de la mujer gestante, la ILP propone lo siguiente:

La mujer gestante deberá tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar (...) Deberá haber gestado al menos un hijo sano con anterioridad, que este esté vivo, disponer de una situación socioeconómica estable y haber residido en España durante los dos años inmediatamente anteriores a la formalización del contrato de gestación por subrogación (ILP, 2014, p.3).

La ILP considera también que pueda existir un vínculo previo entre los IP y la mujer gestante, pero de no ser así, los IP deben dirigirse al registro central de gestantes y realizar la demanda de ponerse en contacto con alguna. Por tanto, la propuesta no cuenta con actores intermediarios, como son las agencias, que actualmente en el Estado español tienen un lugar destacado en los procesos. Y son a menudo, interlocutoras públicas en la defensa de la gestación subrogada.

En cuanto a la gestante también se refiere a la libertad de la misma para interrumpir el embarazo en cualquiera de los supuestos previstos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo⁸⁵. Sin embargo, la interrupción del embarazo, comportaría la devolución de los importes cobrados hasta el momento, indemnizar a los IP y su posterior exclusión del registro central de gestantes. Por tanto, aunque no de manera explícita, es una forma relativa de dificultar la libre decisión de la mujer gestante en cuanto al aborto. Además, esta propuesta vulnera los derechos reproductivos de las mujeres, que en el caso de España, además están legislados en la mencionada ley. La ILP, en cambio, no especifica qué pasaría si son la madre y/o padre de intención quienes toman la decisión de que la mujer gestante interrumpa el embarazo.

En cuanto a las madres y padres de intención, la ILP no estipula ningún requisito para ellos a excepción de que al menos una de las partes deberá haber residido los dos años previos a la gestación subrogada en España. Además, si son pareja deberán estar casados, ser pareja de hecho o bien mantener una relación análoga a las anteriores. Más allá de estos requisitos la ILP no prevé para las madres y padres de intención ningún tipo de evaluación, control o seguimiento. Es decir, se trata de una propuesta hecha por y para los IP, y que de regularse la gestación subrogada necesitará de una interlocución que equilibre los términos en que la práctica debe desarrollarse. De otra manera, será una ley que vulnerará los derechos de las mujeres.

3.3. Los posicionamientos de los grupos parlamentarios del Estado español

El debate sobre la gestación subrogada no está solo en manos del tejido asociativo puesto que las entidades, especialmente aquellas a favor de la gestación subrogada, lo han trasladado con éxito a la esfera política. Se abre así el debate acerca de si la legislación española vigente debería reformarse para permitir la gestación subrogada en determinadas condiciones o, más bien, debería mantenerse tal como está y adoptar medidas para reforzar su eficacia (Comité Bioética, 2017).

La gestación subrogada es un tema comprometido políticamente puesto que implica temas que tradicionalmente han sido objeto de poco consenso político: la sexualidad, la reproducción, los derechos sexuales, la familia y la maternidad. Temas que no solo enfrentan a menudo a los grupos parlamentarios sino que también dividen a los propios partidos políticos.

La primera formación política en realizar una propuesta de regulación sobre gestación subrogada en el Estado español fue Unión Progreso y Democracia (en adelante UPyD)⁸⁶,

⁸⁵ www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514

⁸⁶ www.europapress.es/sociedad/noticia-upyd-urge-gobierno-regular-gestacion-subrogada-espana-solo-cuando-madre-colabore-forma-altruista-20150221115639.html

que en 2015 muy poco antes de acabar la legislatura, realizaba una propuesta poco concreta que abogaba por un modelo altruista de regulación:

“El modelo al que debe encaminarse España es el de gestante altruista con compensación de los gastos derivados de la gestación por parte de los subrogadores, sin que pueda haber compensación económica adicional, similar al de California” y la propuesta añade que “la compensación económica resarcitoria que se pueda fijar solo podrá compensar los gastos de desplazamiento y laborales y el lucro cesante inherentes al procedimiento, y proporcionar a la mujer gestante las condiciones idóneas durante los estudios y tratamiento pregestacional, la gestación y el parto” (UPyD, 2015).

Por tanto, como vemos, su propuesta gira en torno a un modelo que prevé el lucro cesante de la gestante, y compensa aquellos gastos que pueda ocasionarle el proceso, pero que aparentemente no propone una remuneración por su labor. La propuesta es algo confusa puesto que el modelo de California es comercial, es decir, las gestantes no solo son compensadas por aquello que dejan de ganar sino que también son remuneradas.

La propuesta también especificaba algunas de las características que las mujeres gestantes deberían cumplir: tener la suficiente madurez emocional y consciencia de su compromiso. Además proponía que el compromiso, una vez firmado el contrato, deberá ser irreversible. Por último, el partido añadía lo siguiente:

“La mujer gestante deberá haber gestado al menos un hijo sano con anterioridad, que esté vivo, disponer de una situación socioeconómica estable y haber residido en España durante los dos años inmediatamente anteriores a la formalización del acuerdo de gestación por subrogación” (UPyD, 2015).

De nuevo se repite la idea de que son las gestantes quienes han de demostrar que pueden hacer bien su trabajo y que, en ningún caso, lo hacen interesadas en la remuneración económica. Como se puede observar, esta propuesta es muy similar al texto contenido en la ILP.

Pese a todo, la propuesta no trascendió y el debate político no se reanudó hasta un tiempo después. Cuando la notoriedad mediática y la incidencia política que han realizado las entidades a favor de la gestación subrogada, obligó a todos los grupos políticos a pronunciarse al respecto. Sin embargo solo Ciudadanos contemplaba el tema en su programa electoral.

Por lo general, la discusión sobre el tema hasta el día de hoy ha generado división en el seno de prácticamente todos los partidos a excepción de Ciudadanos. Este partido

presentó una Propuesta No de Ley (PNL)⁸⁷ en una sede regional parlamentaria, concretamente en la Asamblea de Madrid, que instaba al Gobierno de la Comunidad de Madrid a animar al Gobierno central a impulsar de forma inmediata “una Ley de regulación de la Gestación Subrogada, que garantice los derechos de todas las personas intervinientes en el proceso, y de forma especial a los menores fruto de esa técnica de reproducción” (PNL, 2016, p.3).

En la exposición de motivos de la PNL, el partido hace referencia a que la diversidad familiar ha ido de la mano del avance de las técnicas de reproducción asistida y argumenta que, a pesar de ser ya una realidad en la sociedad española, la gestación subrogada únicamente está al alcance de las personas con cierto nivel económico y sociocultural. Más allá de la justificación, la PNL no contiene ninguna propuesta en cuanto a cómo debería ser la regulación del fenómeno. Con posterioridad a esta PNL Ciudadanos ha continuado apareciendo en prensa con declaraciones como esta:

“Ciudadanos pide que los padres por gestación subrogada disfruten de los permisos de maternidad y paternidad”. Declaración realizada aprovechando que el Tribunal Constitucional, por primera vez, aprobaba el derecho de estos padres a acceder a las prestaciones que corresponden a quienes tienen hijas e hijos ya sea de forma biológica o mediante la adopción⁸⁸.

Finalmente, dicha iniciativa no salió adelante puesto que en la votación obtuvo 64 votos en contra emitidos por el Partido Obrero Socialista Español (en adelante PSOE) y Podemos. Y 62 votos a favor del Partido Popular (en adelante PP), que apoyó la iniciativa de Ciudadanos, 0 abstenciones y 0 votos nulos⁸⁹. Curiosamente, la votación contó con tres diputados del PP que, en dos de los casos se ausentaron de la votación, mientras que un tercer parlamentario votó en contra rompiendo la disciplina de voto del partido.

A continuación sintetizo los diversos posicionamientos de las principales fuerzas políticas del Gobierno Central respecto a la regulación de la gestación subrogada en el Estado español. Para ello he realizado un exhaustivo análisis de la prensa y documentos de la Asamblea de Madrid, así como de alguna documentación de trabajo de los diferentes grupos parlamentarios. Cabe destacar que estos posicionamientos surgieron, en buena parte, a partir de la propuesta de PNL de Ciudadanos.

⁸⁷ http://gaceta.es/sites/default/files/pnl_gestacion_subrogada_ciudadanos.pdf

⁸⁸ www.eldiario.es/sociedad/Tribunal-Supremo-gestacion-subrogada-maternidad_0_571493660.html

⁸⁹ www.asambleamadrid.es/ES/ActividadParlamentaria/IniciativasLeyesResoluciones/Paginas/DetalleIniciativa.aspx?IdIni=211599

Tabla 7. Síntesis de los posicionamiento de los diferentes partidos políticos sobre la gestación subrogada

| Grupo parlamentario | ¿Apoya la PNL? | Reacciones a la PNL A favor / en contra regulación | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Ciudadanos | Propone PNL | Se posiciona a favor de la regulación y propone PNL. A pesar de ello no especifica cómo debería regularse y se limita a explicar porqué debería crearse una ley al respecto. | |
| PP | A favor de la PNL salvo 3 diputados | El Ejecutivo autonómico y la dirección del PP en la Cámara Autonómica afirmaron que se sumarán, siempre y cuando se incluya una enmienda suya en la que piden que la gestación subrogada se desarrolle de forma altruista y sin que medie contraprestación económica y mercantil. | |
| Podemos | En contra PNL | <p>Podemos presentó diversas enmiendas a la iniciativa de Ciudadanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carácter altruista (sin contrapartida económica) de esta acción. - Refuerzo y prioridad a los derechos de la gestante para asegurar el carácter voluntario por parte de las mujeres. - Acceso al aborto para las mujeres gestantes. - Debe ser una opción para todas las formas familiares: parejas heterosexuales y homosexuales, así como monoparentales. <p>El partido también ha puntualizado que la regulación española debe tener por objetivo la protección, no solo de las mujeres españolas, sino de todas las mujeres, es decir "que se condicione la legalidad de la maternidad o paternidad por subrogación internacional a la existencia, en el país donde se contrate dicha subrogación, de un marco legislativo de garantías similar al establecido en el marco nacional español".</p> | |
| PSOE | En contra PNL | Un grupo de ex diputados hicieron público un escrito en el que manifestaban que se oponían a la regulación de la gestación subrogada. A pesar de ello, una parte del grupo parlamentario contempla al menos, un debate sobre el tema. El PSOE es un partido fraccionado a causa del debate sobre la gestación subrogada. | |
| La propuesta de UPyD | | | |
| UPyD | | A favor de la regulación | <p>Su propuesta giraba en torno a algunos temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altruista (solamente compensación gastos derivados). • Sin vinculación genética entre mujer gestante y el bebé. • La compensación es a cargo de las madres y padres de intención • No posibilidad de romper el contrato. |

Fuente: elaboración propia a partir de diversos artículos publicados en prensa.

En general, las reacciones de los partidos políticos con representación en el Congreso de los Diputados ofrecen repuestas parciales al debate de la regulación de la gestación subrogada. El grupo parlamentario Podemos, es la única fuerza que ha contestado mediante la aportación de observaciones concretas y desviando el foco de atención de los IP a las mujeres gestantes. En líneas generales, apuestan por una regulación que garantice que las mujeres gestantes no vean sus derechos vulnerados, y que trate de influir en la gestación subrogada fuera del Estado español. También hacen referencia a que se garantice el interés del menor, y se combata la comercialización de los cuerpos de las mujeres.

Entre las filas de Podemos se encuentra Beatriz Gimeno, una activista feminista que se ha posicionado muy firmemente en contra de la gestación subrogada desde los inicios del debate. Esta, en la propuesta política, apunta temas relevantes, como por ejemplo, la necesidad de definir y consensuar qué quiere decir “modelo altruista”, cuál es el grado de control y supervisión de las agencias y clínicas implicadas en los procesos, y el tema más controvertido: que la regulación contemple la posibilidad de que la gestante se arrepienta una vez iniciado el proceso de gestación. Gimeno (2016) argumenta que si en la maternidad propia las mujeres pueden arrepentirse, por qué no podrían hacerlo las mujeres que gestan para otras personas. Mientras que las propuestas del sector a favor de la gestación subrogada están muy centradas en las necesidades y protección de la figura de los IP. Esta propuesta se centra en las mujeres gestantes y plantea cuestiones sobre las que sin duda, es necesaria una reflexión en caso de regulación.

El PP también aboga por una regulación, siempre y cuando se medie sin compensación económica, siendo el marco del acuerdo no comercial. A pesar de ello, hasta el momento no han concretado ninguna propuesta al respecto. La gestación subrogada podría tener cabida en su “Plan de natalidad” que aúna medidas para paliar el envejecimiento de la población española.

Por último, el PSOE mantiene una postura indefinida fruto de su división. El sector socialista a favor de la regulación ha hecho visible su propio posicionamiento a través de una plataforma denominada “Diálogos Socialistas: Gestación Subrogada en España”. También dentro del seno del PSOE, las Juventudes Socialistas de Castilla y León (en adelante JSE-CyL) se han posicionado firmemente a favor de la regulación de la gestación subrogada. En la reunión en su Comité Autonómico el pasado 21 de septiembre de 2016 aprobó, por unanimidad, promover la aprobación de la regulación de la gestación subrogada como “una técnica de reproducción asistida ética y digna en la que están protegidos exhaustivamente los derechos de las mujeres y los bebés y donde se den firmes garantías que impidan la explotación de las mujeres” (JSE-CyL, 2016, p.2).

Los debates han continuado en el interior de los partidos políticos y, a fecha de hoy cabe destacar los movimientos del PP, que en el 18º congreso del partido, el 11 de febrero de 2017, no alcanzaba el consenso en la formación:

El debate sobre la gestación subrogada, en el que el PP estaba muy dividido, se ha solucionado finalmente con una propuesta conjunta redactada por autores de enmiendas en contra de su regulación. El texto finalmente pactado aparca la toma de posición del partido sobre el asunto hasta escuchar a personas expertas del ámbito científico, jurídico y ético sin ponerse plazo para un debate en profundidad, sereno y serio⁹⁰.

699 compromisarios votaron a favor de convocar a expertos antes de fijar una posición del partido; 66 votaron en contra y 20 se abstuvieron.

El Congreso del PP coincidió en el tiempo con el Congreso Podemos, pero a pesar de que los días anteriores algunos miembros se habían pronunciado sobre el tema, no trascendió a prensa ninguna declaración sobre este, ni el partido ha publicado ningún documento público al respecto en los documentos del congreso.

Por último, en un debate televisado el pasado 20 de febrero de 2017 a través del canal de televisión de El País⁹¹, los partidos políticos reafirmaron sus posiciones, que de forma resumida se concretan en:

- Ciudadanos. 100% a favor de su regulación. Su propuesta es firme, y similar a la ILP presentada por la Asociación por la Gestación subrogada en España.
- Podemos. Existe cierto debate interno, pero en cualquier caso afirman que plantearían la regulación en la línea de países como Brasil o Portugal, donde las madres intencionales deben acreditar la imposibilidad de gestar y la práctica se dé exclusivamente en el marco familiar. Se muestran absolutamente en contra de mercantilizar ninguno de los aspectos que implica un proceso de fertilidad, embarazo, parto y puerperio.
- Partido Popular. Su línea argumental gira en torno al eslogan: “se trata de dar vida y nosotros estamos a favor de la vida”, que da lugar a equívocos. Este partido político también presenta una fuerte división en su interior. Las facciones a favor apuestan por el que denominan modelo altruista con compensación económica. Es sorprendente que el PP, al menos en este inicio de la discusión se muestre favorable a abrir el debate al respecto. Se ha de tener en cuenta que este partido tradicionalmente se ha mostrado en contra de la interrupción voluntaria del embarazo y del matrimonio homosexual. La legalización de la gestación subrogada en España implicaría al menos, tener que abordar estos dos temas, y de alguna

⁹⁰ http://politica.elpais.com/politica/2017/02/11/actualidad/1486804605_736441.html?id_externo_rsoc=TW_CC

⁹¹ El debate al que hago mención puede verse aquí:
http://elpais.com/elpais/2017/02/20/videos/1487611171_423460.html?id_externo_rsoc=TW_CC

manera implicaría la aceptación de ambas situaciones, cosa que parece poco realista para un partido con las convicciones del PP.

- Partido Socialista Español. A pesar de que existe fractura y una clara división en cuanto al posicionamiento, durante el debate únicamente se expuso el posicionamiento 100% opuesto a la posible regulación. No obstante, como he expuesto, diferentes secciones del partido han hecho público su apoyo a la gestación subrogada.

4. Un análisis de los argumentos de los actores implicados en el debate sobre la gestación subrogada en España

En este apartado discuto los argumentos más comunes en el debate sobre la regulación de la gestación subrogada. También pongo la atención sobre los temas olvidados, hasta el momento, en el debate público, pero que son de vital importancia para un debate que verdaderamente contemple el mayor espectro de posiciones posibles.

4.1. Gestación subrogada: un fenómeno global vs un planteamiento local

La no posibilidad de acceder a este proceso en el Estado español, produce el desplazamiento de la población española a otros países del mundo dando lugar a la atención reproductiva transfronteriza, fenómeno que tiene implicaciones no solo para los IP españoles y su descendencia, sino también para las mujeres gestantes. Ante la ausencia de una perspectiva global de análisis necesaria cuando se trata de la gestación subrogada, debería cuestionarse si las propuestas realizadas sobre ella en el Estado español hasta ahora son adecuadas.

Se ha popularizado la afirmación de que si legalizara la práctica en el Estado español, las personas que intervienen en el proceso: madres y padres de intención, la mujer gestante y las personas que venden sus gametos, ganarían en garantías. También implicaría la regulación de las funciones de algunos actores intermedios, como por ejemplo, las agencias. Sin embargo, una posible regulación no debe detenerse ahí sino que debe contemplar la gestación subrogada como el fenómeno global que es. Es decir, no se puede dejar de lado que la regulación en un país determinado tiene un impacto en todos los demás, y muy especialmente en aquellos países donde las mujeres cuentan con menos garantías para sus derechos.

El rol del Estado es, por tanto, fundamental en un abordaje ético y garantista de la gestación subrogada y aquí radica la dificultad. La práctica implica temas clave para las sociedades del todo el mundo: el parentesco, la sexualidad, la maternidad, la familia y la reproducción, espacios todos ellos ampliamente influenciados por la cultura, la religión y los sistemas patriarcales. A pesar de es muy difícil llegar a una regulación paneuropea o internacional, ante la posibilidad de una regulación en España, esta debería plantearse con una perspectiva global. Cuando se propone la posibilidad de una

regulación en el Estado español, es imprescindible poner sobre la mesa en qué favorece o perjudica dicha regulación a las mujeres susceptibles de trabajar como gestantes del resto de países, y esta es una cuestión no planteada en ninguna de los casos y que debe abordarse seriamente.

4.2. El modelo altruista para calmar la ansiedad cultural⁹²

De las declaraciones de los diversos partidos así como de sus propuestas, se deduce que, de regular la gestación subrogada, el modelo a desarrollar es, sin duda alguna, el modelo altruista. Sin embargo poco se ha reflexionado sobre qué implica exactamente. De igual modo, tampoco queda claro si todos los agentes implicados en la discusión sobre la gestación subrogada entienden por igual qué implica una regulación de estas características. O si el altruismo solo es una condición aplicable a la mujer gestante.

La popularidad y el consenso en torno a este modelo tiene su motivación en varias causas. En primer lugar, desvincular un proceso como la maternidad y la paternidad del mercado. La gestación subrogada hace posible alcanzar la maternidad y paternidad a través de este proceso, pero ello provoca lo que Teman (2010) denomina “ansiedad cultural” puesto que perturba desde la raíz las bases más sólidas que confortan las sociedades occidentales (Tema, 2010). Tal y como señala la antropóloga, la cultura patriarcal también se esfuerza por corregir a las mujeres que rompen con la idea de maternidad como algo sagrado y puro. Por ello, como he mostrado en el capítulo 4, se acostumbra a relacionar las mujeres gestantes con algún tipo de necesidad económica o tara. Todas estas asunciones están firmemente arraigadas en nuestra sociedad y el modelo altruista supondría una forma, más o menos socialmente aceptada, de justificar la entrada de las mujeres en un contrato de estas características, porque como sociedad cuesta entender que una mujer pueda ceder su capacidad reproductiva libremente a otras personas a cambio de dinero.

Curiosamente, este es el único punto de acuerdo que existe entre todas las posturas expuestas en los apartados anteriores, tanto en aquellas posturas que están a favor, como aquellas que están en contra. Aunque por diferentes motivos: unos para acentuar la inocencia de la práctica. Otros como garantía de que nunca una mujer pasará por un embarazo para otras personas a cambio de nada.

Por tanto, y siguiendo a Rudrappa (2015), ¿por qué las mujeres han de realizar de forma gratuita un trabajo que hasta el momento en muchos lugares del mundo era remunerado para ellas? Como apunta Pande (2014), es imprescindible tener en cuenta el caleidoscópico fenómeno que es la gestación subrogada. Este Comporta aceptar que para algunas mujeres en el mundo puede ser una forma de garantizar su sustento o un ingreso complementario vital para su subsistencia. En consecuencia, si va a apostarse por la regulación de la gestación subrogada, es necesario realizar esta reflexión de una

⁹² Término tomado de Elly Teman (2010)

forma sincera, en lugar de abordarla desde el idealismo. Por todos estos motivos, es necesaria una aproximación feminista a la gestación subrogada así como es imprescindible contemplar la diversidad de aproximaciones posibles al tema. Además, tal y como apunta Nuño (2016):

El debate sobre la legalización de la gestación comercial no se puede solventar solo desde la libertad individual o los deseos individuales. Precisa tener en cuenta que las políticas públicas determinan las condiciones del Contrato Social y que la legislación regula las normas de convivencia, avala determinadas prácticas, incide en la cultura política y tiene una innegable capacidad socializadora (Nuño, 2016, p.693).

Por último, es importante tener en cuenta la experiencia legislativa de otros países. Tal y como expuse en el capítulo 5, existe una gran diversidad de formas en que la gestación subrogada ha sido encajada por los diferentes países. Sin duda, la experiencia y los resultados obtenidos fruto de esas regulaciones, son una buena manera de empezar a reflexionar sobre cuestiones como la pertinencia de una regulación bajo el supuesto altruista. La experiencia de los países donde la gestación subrogada está regulada bajo este modelo, muestra un éxito relativo puesto que acaba conviviendo con el modelo comercial transnacional. Es decir, en un mismo país existen personas que realizan sus procesos de acuerdo a la ley y otras que optan por realizar el proceso de forma transnacional. Por tanto, el impacto global de la práctica sigue estando presente.

4.3. La Ley 14/2016, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida y la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo

No se puede abarcar la regulación de la gestación subrogada sin tener en cuenta dos de las leyes fundamentales para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres españolas: la LTRHA y la LSSyR.

El Estado español es un país pionero en Europa en cuanto a la regulación sobre reproducción asistida, ya que en el año 1988 se aprobó la primera ley, cuando tan solo habían pasado tres años desde el nacimiento del primer bebé por fecundación *in vitro* en el país. La LTRHA de 1988 fue reformada más tarde, en el año 2003 y, finalmente, en el 2006 se aprobó la ley que está actualmente vigente. De acuerdo con Francisco Abellán (2016):

Estas modificaciones se han producido con el objetivo de adaptarse al avance de los conocimientos científicos, de forma que en la actualidad el Estado español, cuenta con una de las normativas más avanzadas de Europa en materia de reproducción asistida, entendiendo como avanzada una norma que es capaz de dar salida a la mayoría de los problemas reales que la población española tiene para resolver sus problemas reproductivos,

si bien todavía quedan aspectos que mejorar, y además todavía quedan tratamientos de reproducción asistida que los españoles deben realizar en otros países como es el caso de la gestación subrogada (Abellán, 2016, p.1).

La permisividad de la ley ha convertido el Estado español en un destino privilegiado de la medicina reproductiva para personas de todo el mundo (Igareda, 2016). El país puede considerarse un país destino de atención y cuidado reproductivo transfronterizo, y esto tiene que ver, en otros aspectos, con la anonimidad en los procesos de provisión de gametos (art. 5). Para seguir entendiendo el país como destino de TRA hay también que tener en cuenta la importancia económica que representa la industria de la reproducción asistida, que genera unos ingresos económicos muy relevantes, y que a nadie le interesa que desaparezcan (Igareda, 2016).

Por lo que respecta a la ley LSSyR, su historia es diferente. Como apunta Nuño (2016), la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres nunca fue un espacio de libre decisión para ellas, y sus cuerpos han sido objeto del ejercicio del poder patriarcal. En este contexto la maternidad y la reproducción han sido la principal función social de las mujeres, pero tal y como apunta la autora, “el papel central que se otorgó a la maternidad en la construcción identitaria y biográfica de las mujeres no supuso que, como contrapartida, ellas fueran consideradas el agente central de la reproducción humana” (Nuño, 2016, p.685).

En este escenario se entiende la permanente lucha sobre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos que hasta la promulgación de esta ley no se entendían como tal. Y que regula, entre otras cosas, la interrupción voluntaria del embarazo, derecho que tradicionalmente ha sido obstaculizado por las diferentes fuerzas políticas del país.

Si se regula la gestación subrogada, sin duda alguna, esta debería ser contemplada en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, este es un tema que reviste cierta complejidad: ¿Cuándo y de acuerdo a qué criterio debe permitirse una reducción embrionaria o una interrupción voluntaria de embarazo? No obstante, no se trata exclusivamente del aborto, sino de aquellos temas que interseccionan con la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, los tratamientos de fertilidad y los protocolos de parto, que como ya han mostrado algunos estudios (SAMA, 2012; GIRE, 2016) pueden implicar una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Por ello, de darse una regulación, esta debería garantizar un proceso respetuoso con los procesos físicos y psicológicos de las partes implicadas, mujeres gestantes, proveedoras de óvulos o madres de intención, que garantice su autonomía y se adecue a la realidad de todas las mujeres.

Una regulación no solucionará las numerosas dudas y riesgos que plantea la gestación subrogada. La opinión pública seguirá dividida sobre si la práctica comercializa a las

mujeres y los niños nacidos por esta vía, pero una buena legislación sí puede mitigar en gran medida una parte de los posibles daños tangibles que la gestación subrogada conlleva, y esta podría ser la respuesta adecuada en una sociedad liberal en respuesta a un asunto sobre el cual no existe consenso social (Scott, 2009).

Conclusiones segunda parte

Del análisis internacional realizado se desprende que la gestación subrogada se traduce en un mosaico diverso y complejo de realidades. La práctica se desarrolla de acuerdo con diferentes criterios que dan lugar a diversos modelos de gestación subrogada, algunos, altamente regulados y generalmente en el marco del altruismo. Y otras veces, de acuerdo a modelos altamente desregulados donde los contratos se desarrollan bajo el modelo comercial, y donde una parte importante de las decisiones del proceso está en manos de empresas y clínicas privadas.

Este mosaico se vuelve todavía más complejo cuando la gestación subrogada se desarrolla en países del Sur Global. Esta es una práctica que se ha extendido a diferentes lugares del mundo de la mano de actores que se lucran de que así sea. Estos se han encargado de desplazar la gestación subrogada a lugares donde desarrollarla, aprovechando los vacíos legales o la ausencia de prohibición explícita. Todo esto ha provocado que la práctica se desarrolle en un marco de desprotección para los principales agentes implicados: mujeres gestantes, proveedoras de óvulos y madres y padres de intención.

La complejidad aportada por el mapa internacional de la gestación subrogada se transfiere de forma indirecta al Estado español, que recibe a los ya convertidos en madres y padres y su descendencia, y, donde a menudo estos, encuentran dificultades como, por ejemplo, la inscripción de los recién nacidos en el registro civil o la imposibilidad de acceder a licencias parentales.

Constato que, desde la popularización de la gestación subrogada en el año 2007, esta ha sido un recurrente tema de discusión pública y, de forma más reciente, se ha posicionado en las agendas políticas de los diversos partidos políticos del país, fruto de la incidencia política realizada por las dos entidades a favor de la regulación de la práctica en el Estado español.

A pesar de que no existen datos fiables sobre el número de nacimientos por esta vía en el Estado español, he mostrado que existen ciertos indicadores que sí evidencian el aumento del número de casos. Junto con la visibilidad pública del fenómeno, afloró también el debate, pero hasta el momento este no ha dado resultados, ya que se han legitimado los discursos a favor y en contra de la práctica, donde ninguno de los dos contempla matices.

El posicionamiento más visible en contra de la práctica es defendido por el movimiento feminista abolicionista, que se posiciona en contra de su regulación al considerarla una práctica que, en cualquiera de sus formas, explota a las mujeres. De acuerdo con mi investigación, esta postura deja fuera un aspecto importante, y es que no contempla la dimensión global en la que se desarrolla la gestación subrogada. Es decir, la prohibición de la gestación subrogada podría conseguir que las personas españolas dejaran de utilizarla, pero en cualquier caso no resolvería la situación en su conjunto puesto que esta seguiría desarrollándose, especialmente, en aquellos contextos poco regulados donde, precisamente, las mujeres gestantes están en una situación de mayor desprotección. Esta situación no puede ser ignorada por los movimientos feministas, que deben tener como objetivo final una aproximación al fenómeno en términos globales. Algunas posiciones intermedias apelan a la regulación en el marco altruista de la familia pero, como he señalado, esta postura no tiene en cuenta que el marco familiar puede constituir también un espacio patriarcal y opresor donde esta bienintencionada opción podría convertirse en una obligación para algunas mujeres.

Por otro lado, los posicionamientos a favor de su regulación a menudo apelan al discurso de los sentimientos y al derecho a ser padres. El deseo de ser padres y madres, socialmente legitimado, es habitualmente confundido con un derecho real, que no está recogido como tal en nuestro ordenamiento jurídico. Además, este posicionamiento también se caracteriza por desarrollar sus argumentos a partir de casos individuales con los que la opinión pública, fácilmente puede empatizar.

En este lado del debate también son habituales los argumentos en los que las gestantes son mujeres de clase media con las que la relación desarrollada durante el proceso ha sido buena, y como resultado se ha creado algo similar a una nueva familia. Sin duda esto es una posibilidad, no obstante, la investigación muestra otras situaciones y, por tanto, estos casos no pueden tomarse como universales.

En el debate sobre la gestación subrogada también es fundamental tener en cuenta el contexto familista del Estado español, que si bien no se traduce en políticas públicas, sí promueve los valores familiares. Esta reflexión me ha llevado también a plantear cuál es el tipo de familia que se privilegia y se celebra socialmente. Se trata de un modelo heterosexual con vinculación genética. Es por ello, que el debate sobre la gestación subrogada (y posterior posible regulación) debería ir acompañado de políticas públicas que estimulen otras vías para formar familia como, por ejemplo, el acogimiento.

Por último, constato que faltan las mujeres gestantes en la discusión. Como he mostrado, estas están implicadas tanto plataformas de mujeres gestantes a favor de la práctica (*Surrogate mothers online*⁹³), como organizaciones que se posicionan en contra (*Stop Surrogacy Now*⁹⁴), bien sea porque sus experiencias han sido satisfactorias o

⁹³ www.surromomsonline.com

⁹⁴ www.stopsurrogacynow.com

justamente debido a lo contrario. La investigación demuestra que sin su inclusión en los debates, estos quedan sesgados.

Para finalizar, concluyo que la regulación de la gestación subrogada implicaría, entre otros aspectos, entrar en diálogo con Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esta ley regula aspectos que interseccionan con la práctica como, por ejemplo, la interrupción voluntaria del embarazo, que tradicionalmente ha sido un derecho que los partidos conservadores han intentado derribar en cada mandato. Por todas estas razones, es necesario que los grupos parlamentarios hagan una propuesta seria sobre su posicionamiento, y que en el debate estén presentes todas las partes.

Tercera parte: estrategia metodológica

Capítulo 7: El proceso de investigación y la metodología

1. Introducción

Este capítulo conforma la tercera parte de la investigación aquí presentada. En él se describe el proceso de investigación y la estrategia metodológica seguida en esta tesis doctoral. La organización de este capítulo se desarrolla de la manera que se describe a continuación. En primer lugar, me centro en exponer cuál ha sido la estrategia de intervención seguida en esta investigación, donde he optado por el uso de la combinación de la metodología cuantitativa y cualitativa multimétodo (Bericat, 1998). Esto me ha permitido realizar tanto una descripción del objeto de estudio como una comprensión en profundidad de todo aquello que se produce alrededor del fenómeno. Este pluralismo metodológico se ha traducido en la utilización de diversas técnicas de recogida de información, con la intención de abarcar la multidimensionalidad que tiene cualquier fenómeno social y así conseguir el conocimiento más extenso posible sobre él.

En segundo lugar, expongo cuáles han sido las técnicas utilizadas durante el trabajo de campo para la recogida de datos, y justifico su elección teniendo en cuenta tanto sus puntos fuertes como sus limitaciones. Las técnicas de recogida de información de tipo cualitativo utilizadas han sido la entrevista semiestructurada y la observación participante. El ámbito cuantitativo de esta tesis contiene una destacada aportación que consiste en la encuesta que, tal y como justifico a continuación, es un diseño propio y un instrumento pionero en el ámbito de la investigación sobre gestación subrogada en el Estado español. Las técnicas de recogida de datos cuantitativas y cualitativas se han combinado con otras formas de recogida de información secundaria como son la revisión bibliográfica, el análisis de blogs personales, el análisis de prensa y el seguimiento de las páginas webs de las agencias e informantes clave en las redes sociales, que también describo en este capítulo.

En tercer lugar, justifico que se trata de un estudio exploratorio que tiene como uno de sus objetivos finales su replicabilidad en otros contextos donde tenga lugar la práctica de la gestación subrogada. Esto permitiría elaborar comparaciones entre países sobre este mismo fenómeno.

Para acabar, describo cuáles son los retos metodológicos propios de este ámbito de

estudio, que en ocasiones han constituido una dificultad a la hora de investigar el tema de mi tesis doctoral.

2. Estrategia de intervención: una mirada global al fenómeno

A continuación se presenta la estrategia de intervención metodológica aplicada a esta tesis doctoral. Con la intención de obtener una mirada global sobre el objeto de estudio se ha planteado un diseño combinatorio de metodologías cuantitativas y cualitativas, dando como resultado un diseño multimétodo o mixto.

La modalidad multimétodo es vista por José Ignacio Ruiz (2008) como un enfoque y al mismo tiempo como una estrategia. Una práctica necesaria para hacer operativo el estudio de una realidad caracterizada como globalizada, compleja y multidimensional, como lo es la gestación subrogada. Para precisar el concepto de multimétodo, utilizaré la definición de Eduardo Bericat (1998) quien lo entiende como “una estrategia de investigación en la cual se utilizan dos o más procedimientos para estudiar un mismo fenómeno u objeto de estudio a través de las diferentes etapas del proceso de investigación” (Bericat, 1998, como se cita en Blanco & Pirela, 2016, p.103).

Siguiendo a Bericat (1998), esta tesis utiliza la complementariedad metodológica como estrategia de integración de enfoques en la investigación social. El autor la define como una estrategia de integración metodológica para producir conocimiento a través de una práctica múltiple, con el objetivo de aproximarse a los datos y con el propósito de superar la posición unidimensional y divisoria de los enfoques, evaluando los aportes de cada uno en el proceso de investigación para la comprensión y/o explicación del objeto de estudio.

El enfoque de complementariedad, que combina los métodos de orientación cualitativa y los métodos de orientación cuantitativa, tiene el objetivo de obtener una doble visión de los hechos para un mejor entendimiento de estos (Bericat, 1998). “La finalidad de esta estrategia de complementariedad es aditiva, y en su nivel máximo de integración nos conducirá a una síntesis interpretativa que integre los resultados procedentes de cada método” (Bericat, 1998, p.106). Además, tal y como Thomas Cook y Charles Reichardt (2005) afirman, “el empleo complementario del enfoque cualitativo y cuantitativo o la práctica conjunta, contribuye a corregir los inevitables sesgos presentes en cualquier método” (Cook & Reichardt, 2005, como se cita en Blanco & Pirela, 2016). La complementariedad es pues, una de las estrategias de integración multimétodo utilizada en esta investigación, en la cual, teniendo un solo objeto de estudio, “se aplican ambos enfoques, el cualitativo y el cuantitativo, para obtener dos imágenes del mismo fenómeno, una proveniente de cada enfoque” (Blanco & Pirela, 2016, p.106).

Esta investigación sigue también un enfoque de combinación de la metodología cualitativa antes de la cuantitativa. Esta tiene como aplicación utilizar los discursos para una mejor elaboración de preguntas, así como para precisar mejor los objetivos de la encuesta (Alvira, 2011). La utilización de esta estrategia me ha permitido crear un vínculo metodológico donde las entrevistas realizadas a las personas expertas, los IP, y las personas vinculadas mercantilmente a la gestación subrogada, así como los resultados obtenidos de la observación participante, me han ayudado a diseñar la encuesta.

Tal y como apuntan Neligia Blanco y Johann Pirela (2016), la combinación es una estrategia de integración multimétodo en la cual, la información obtenida por un procedimiento proveniente de un enfoque se integra de forma secundaria en otro que se viene desarrollando como método principal, utilizando las ventajas y fortalezas que tiene el primero para equilibrar las debilidades e inconsistencias del segundo y de esta forma, reforzar su validez y legitimidad (Sandin, 2003).

3. La recogida de datos en la investigación

Este apartado está compuesto de dos grandes secciones. La primera se centra en las técnicas de investigación cualitativas, y la segunda se ocupa de la técnica de investigación cuantitativa.

Las técnicas cualitativas utilizadas son la entrevista y la observación participante, mientras que la técnica cuantitativa ha sido la encuesta.

En primer lugar, describo las técnicas de recogida de información cualitativa, la función que han cumplido y las posibles limitaciones encontradas en su aplicación. En segundo lugar, procedo a realizar el mismo proceso en relación a la técnica cuantitativa, la encuesta.

3.1. Las técnicas de investigación cualitativa: la entrevista

La entrevista forma parte de la batería de técnicas que conforman la investigación cualitativa y “tiene como objetivo obtener información mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación” (Ruiz, 2003, p.165). La entrevista, que es un instrumento cuyo propósito es recabar datos, dada su flexibilidad permite obtener información más profunda y detallada, que incluso la persona entrevistada y la entrevistadora no tenían identificada, ya que se adapta al contexto y las características de la persona entrevistada. “Es una herramienta valiosa en el campo de la investigación y aún más cuando se utiliza en estudios de tipo mixto como una visión complementaria del enfoque cuantitativo” como es el caso de esta investigación (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández & Varela-Ruiz et al. 2013, p.167).

Además, la entrevista es instrumento muy ventajoso principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración, así como también lo es para diseñar instrumentos de recolección de datos, como he realizado en esta investigación. La entrevista también me ha permitido recabar información precisa y hacer emerger los significados que los informantes atribuyen a los temas sobre los que fueron entrevistados (Díaz-Bravo et al. 2013), que en un ámbito como la gestación subrogada, donde los significados aún son ambiguos, es de vital importancia.

Como investigadora, he contemplado la entrevista no solo como un procedimiento de obtención de información, sino como un proceso de interacción social entre individuos que me ha permitido captar otras informaciones más allá de las meramente expresadas de forma verbal (Corbetta, 2010).

De entre los diferentes tipos de entrevista he optado por la modalidad semiestructurada. Esta me ha permitido ser flexible en la aplicación del guión de la entrevista, tanto en el orden de las preguntas como en los temas a cubrir. Una de las ventajas de la entrevista semiestructurada es que los riesgos de direccionarla son menores, y esto ha resultado fundamental para la investigación. A través de las entrevistas he descubierto cómo de diversos son los procesos de gestación subrogada. Además, este tipo de entrevista me ha permitido adaptar el guión a las personas entrevistadas. Esta posibilidad de adaptarse a los sujetos ofrece enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz-Bravo et al. 2013).

Por último, la entrevista semiestructurada me ha permitido también favorecer la colaboración y la empatía, dos cuestiones fundamentales en un ámbito de estudio como el de la gestación subrogada, que implica abordar temas en muchas ocasiones íntimos. Como entrevistadora, mi función ha sido favorecer que las personas entrevistadas hablen libre y abiertamente. Debe tenerse en cuenta que, a menudo, se trataron temas que para las personas informantes podían ser dolorosos como, por ejemplo, los procesos de infertilidad vividos. En consecuencia, la realización de estas entrevistas ha requerido de unas habilidades específicas para plantear las cuestiones de la manera más adecuada, dejando siempre que estas personas compartieran la información que les hiciera sentir cómodas.

En cuanto a las personas entrevistadas, destaco su honestidad y sinceridad. En general, se han mostrado disponibles y muy colaboradoras con las entrevistas y la investigación en general. Además, el hecho de que exista un guión común a todas las personas me ha permitido realizar comparaciones entre las entrevistas realizadas, a pesar de que el desarrollo de estas fluyera en base a la experiencia de las personas entrevistadas y sus perfiles. Esta flexibilidad fue sobre todo aplicada a las entrevistas con las madres y padres de intención, mientras que las entrevistas con el resto de actores se organizó de una forma más estructurada y menos flexible.

3.1.1. Informantes

Las entrevistas se realizaron a tres tipos de informantes⁹⁵ que, junto con las mujeres gestantes, constituyen los principales actores en los procesos de gestación subrogada. Estos informantes me ayudaron a comprender el fenómeno desde diversos puntos de vista, todos ellos imprescindibles para captar el fenómeno calidoscópico que es la gestación subrogada.

El primer tipo de informantes, fundamentales para el desarrollo de esta investigación, son las madres y los padres de intención. En este grupo se incluyen personas que en el momento de la entrevista ya habían tenido su descendencia, así como las personas que se encontraban desarrollando el proceso de gestación subrogada. También formó parte de este grupo una persona que, a pesar de llevar a cabo a varios intentos, no consiguió la paternidad por esta vía.

El segundo tipo de informantes son reconocidos profesionales en el ámbito de la reproducción asistida en el Estado español. Y, por último, el tercer tipo lo conforman profesionales pertenecientes al ámbito mercantil de la gestación subrogada.

Las entrevistas a madres y padres por gestación subrogada son las únicas que son objeto de análisis en esta investigación, ya que su realización contempla un doble objetivo. En primer lugar, tienen como finalidad contribuir a la construcción de la encuesta y, en segundo lugar, permitirme realizar una aproximación de tipo cualitativo al objeto de estudio. En cambio, el segundo y tercer tipo de informantes, aunque sin duda constituyen una aportación de mucho valor para esta investigación, he optado por considerarlos únicamente a nivel informativo en esta tesis doctoral.

A continuación se detallan las características de las personas que integran cada uno de los tipos de informantes.

El primer grupo de informantes clave lo constituyen las madres y padres por gestación subrogada:

He realizado un total de 10 entrevistas a personas, que ya eran padres y madres a través de gestación subrogada, que estaban en el proceso de serlo o que habían fracasado en el intento. En la tabla que se encuentra a continuación pueden observarse sus principales características sociodemográficas, así como algunas particularidades de sus procesos de gestación subrogada. Estas serán analizadas con profundidad en el siguiente capítulo. En el anexo número 3 se encuentra un perfil más detallado para cada

⁹⁵ Mantuve también una entrevista informal con una mujer gestante americana a través de *Skype*. La mujer había gestado para una pareja heterosexual con fertilidad secundaria con la que tenía una estrecha relación de amistad. He considerado no incluir esta entrevista en la investigación, pero sí ha sido de utilidad, sin ánimo de ser exhaustiva, para confirmar algunos de los temas tratados en esta investigación.

una de las personas entrevistadas

Tabla 8. Perfil sociodemográfico y principales características del proceso de gestación subrogada

| Nº | Opción sexual | Edad | Trabajo por cuenta propia o asalariado | Lugar residencia | Proceso en solitario o en pareja | País en que desarrolló la gestación subrogada | Nº hijas e hijos | Ovodonación / donación de esperma |
|----|---------------|----------|--|----------------------------------|----------------------------------|---|------------------|-----------------------------------|
| 1 | HM* | 40 40 | Asalariados ambos | Ciudad < 1.5 millones habitantes | P | EEUU California | 1 | Sí/No |
| 2 | HM | 39 40 | Asalariado Cuenta propia | Ciudad < 1.5 millones habitantes | P | India Nueva Delhi | 4 | Sí/No |
| 3 | HT | 38 | Desocupado | Municipio > 75.000 habitantes | S | India Mumbay y Nueva Delhi | 0 | Sí/No |
| 4 | HT** | 38 | Asalariados ambos | Ciudad < 1.5 millones habitantes | P | EEUU San Diego | 2 | No/No |
| 5 | HT | 31 35 | Cuenta propia ambos | Municipio > 20.000 habitantes | P | EEUU Atlanta | 1 | No/No |
| 6 | HT | 39 40 | Asalariados ambos | Municipio >10.000 habitantes | P | EEUU Kansas | 2 | No/No |
| 7 | HM | 40 41 | Asalariados ambos | Municipio > 75.000 habitantes | P | EEUU Chicago | 2 | Sí/No |
| 8 | HT | 44 36 | Asalariado Cuenta propia | Ciudad < 1.5 millones habitantes | P | Ucrania Kiev | 2 | Sí/No |
| 9 | HT | 47 43 | Cuenta propia ambos | Ciudad < 1.5 millones habitantes | P | Ucrania Kiev | 2 | No/No |
| 10 | HT | 43 44 | Asalariado Desocupada | Ciudad >3,5 millones habitantes | P | Tailandia Bangkok | 1 | Sí/No |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las entrevistas.

* Homosexual / ** Heterosexual

Algunas de las entrevistas realizadas a los IP se hicieron junto con su pareja. Otras, en cambio, se mantuvieron exclusivamente con uno de los dos miembros de la pareja. La elección se dejó siempre en manos de las personas entrevistadas. Para algunas de las personas resultaba importante compartir este momento en pareja, mientras que para otras no revestía importancia.

Para la selección de las personas entrevistadas se optó por un muestreo no probabilístico tipo bola de nieve. En dos casos los informantes contactaron conmigo a través del correo electrónico para ser entrevistados después de ver la información sobre el proyecto de investigación en las redes sociales.

Se realizaron tres tipos de guión de entrevista diferentes, cada uno de ellos adaptado a la situación en la que las madres y los padres de intención se encontraban (Ver anexo 2). De forma general, este guión está compuesto por preguntas específicas y se diseñó con la intención de que la duración de la misma oscilara entre los 75 y 90 minutos, aunque es cierto que algunas entrevistas llegaron a alargarse alrededor de las 3 horas.

El guión de la entrevista consta de 10 partes diferenciadas que contienen varias preguntas. La primera parte está dedicada a conocer el proceso previo a la gestación subrogada. En este bloque exploro cuáles son las motivaciones para iniciar el proceso, cómo llegaron hasta la información sobre la gestación subrogada, si el proceso fue realizado en solitario o en pareja, cuáles fueron los tiempos necesarios para completar el proceso, etc. La segunda parte está dirigida a conocer las características generales del proceso de gestación subrogada. La tercera sección se concentra en la mujer gestante con el objetivo de conocer algunas características sobre ella, pero sobre todo, para comprender la relación de los IP con las mujeres que gestaron sus hijos e hijas. El cuarto apartado de la entrevista está dedicado a las posibles dificultades encontradas durante el proceso de gestación subrogada, mientras que el quinto bloque se concentra en conocer las dificultades encontradas una vez sus hijas e hijos ya habían nacido y se encontraban de vuelta en España. El sexto bloque tiene como objetivo conocer qué tipo de percepción pública detectaron las personas entrevistadas sobre la gestación subrogada al revelar que habían utilizado este medio para alcanzar la paternidad. El séptimo trata de conocer la propia percepción de los propios IP sobre la gestación subrogada, para ello se les pregunta por el antes y el después de pasar por el proceso. La octava sección de la entrevista indaga en el proceso de revelación de los orígenes a las hijas e hijos. El noveno apartado explora las expectativas futuras respecto a la familia, si seguir aumentándola y por qué vía. Por último, el perfil sociodemográfico y las condiciones de vida constituyen la décima y última sección de la entrevista.

Las entrevistas a las personas que estaban en proceso de gestación subrogada y a la persona que no consiguió la paternidad pese a haber realizado el proceso, siguen la misma estructura pero incorporan módulos específicos en referencia a su situación.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas⁹⁶ y codificadas posteriormente. La codificación ha tenido como finalidad asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante la investigación, por lo tanto, la codificación me ha permitido "agrupar" cuestiones clave y tomar medidas para llegar a conclusiones (Bell, 2010).

En este apartado quiero destacar también la importancia del *setting* de las entrevistas que, sin duda siempre es importante, pero que en la interlocución con este tipo de

⁹⁶ La transcripción de las entrevistas están a disposición de las diferentes comisiones que supervisarán esta tesis doctoral, pero no serán adjuntadas ni publicadas debido al contenido de tipo íntimo que contienen.

informantes gana especial relevancia. Las entrevistas presenciales se realizaron en el lugar elegido por las personas entrevistadas. En algunas ocasiones fue en su lugar de trabajo, en otras en sus domicilios y una vez en un espacio público, una cafetería. Durante su realización, a menudo las personas compartieron conmigo fotos de las mujeres gestantes, ecografías, los álbumes que habían preparado con la historia del nacimiento de sus hijas e hijos para revelarles sus orígenes, las habitaciones de sus hijas e hijos, los contratos, etc. En todos estos gestos siempre estuvo la intención de transmitir “normalidad” y transparencia respecto a los procesos que realizaron o estaban realizando. Como ya he explicado a lo largo de la tesis, a menudo los procesos de gestación subrogada son mostrados por los medios de comunicación como dudosos y las personas entrevistadas en nuestros encuentros quisieron demostrar que la gestación subrogada es algo “normal”.

Por último, las entrevistas realizadas a distancia, debido la distancia física o la preferencia de las personas entrevistadas, tuvieron un tono menos cercano y fueron más breves.

El segundo grupo de informantes clave está formado por 2 profesionales de referencia en el ámbito de la reproducción asistida:

El ámbito de la reproducción asistida en el que está implicado la gestación subrogada es complejo, por eso como investigadora me fue necesario una toma de contacto con el tema a través de personas expertas. Para ello realicé dos entrevistas a personas de referencia en el ámbito, la Dra. Ana Veiga y el Dr. Jordi Suñol.

La Dra. Ana Veiga es bióloga e investigadora especializada en reproducción asistida, embriología clínica, genética reproductiva y bioética. La Dra. Ana Veiga formó parte del equipo que consiguió el primer nacimiento por fecundación *in vitro* en España en 1984.

El Dr. Jordi Suñol es director científico del Institut Marquès de Barcelona, una clínica de reproducción asistida que cuenta con una amplia trayectoria en el sector, y es centro de referencia internacional.

Ambas entrevistas me permitieron familiarizarme con los procesos médicos y los tratamientos de fertilidad que tienen lugar en un proceso de gestación subrogada.

Estas entrevistas, como ya he indicado, no formarán parte del análisis, ya que el objetivo principal de su realización era exclusivamente el de recopilar la información necesaria para poder comprender los procesos médicos que implica la gestación subrogada. Sin embargo, su realización ha sido fundamental para poder formular de forma correcta las preguntas de la encuesta correspondientes al bloque referido a la infertilidad, pero también para tratar con rigurosidad el tema objeto de estudio. Ambas entrevistas se realizaron de forma presencial en los lugares de trabajo de las personas entrevistadas.

El tercer grupo de informantes clave son los profesionales del ámbito mercantil de la gestación subrogada:

Con el objetivo de conocer el funcionamiento de los actores implicados en el sector mercantil de la gestación subrogada, se llevaron a cabo dos entrevistas. La primera de ellas se realizó a la Sra. Natalia Álvarez, directora de la Feria Invitra (en la actualidad *Surrofair*⁹⁷), la primera y única feria dedicada a la gestación subrogada en el Estado español, y cuya primera edición tuvo lugar en Valencia en 2013. La feria contempla un extenso programa de charlas informativas sobre diversos temas relacionados con la práctica, así como una extensa oferta de *stands* donde agencias, empresas, clínicas de reproducción asistida y otros actores relacionados ofrecen sus servicios.

La segunda de las entrevistas la realicé al Sr. Carlos Leiva, director de Asociación Gestación Asistida Reproductiva - Agar, una agencia que hace de intermediaria entre madres y padres de intención y las clínicas y agencias de terceros países con los que trabajan. Principalmente Ucrania, Canadá y Estados Unidos. No obstante, en el momento de la entrevista se encontraba estudiando la viabilidad de realizar procesos de gestación subrogada en otros países.

Estas dos entrevistas fueron fundamentales para poder construir las partes del cuestionario relacionadas con las agencias y las clínicas. También me ofrecieron valiosas aportaciones sobre la lógica mercantil que implican los procesos de gestación subrogada.

Por último, la entrevista con la directora de la Feria Invitra se realizó por vía telefónica, y la entrevista del responsable de la Agencia Agar se realizó de forma presencial en el bar de un hotel.

Por tanto, todas las entrevistas se realizaron con un doble objetivo: por un lado, adquirir información para poder construir posteriormente la encuesta y, por otro, especialmente en el caso de las entrevistas con las madres y los padres de intención, también se perseguía acceder a información de tipo más detallado sobre algunos aspectos que la encuesta no podía abordar.

En cuanto a las limitaciones de la entrevista como técnica de investigación, se ha de tener en cuenta que mi rol como investigadora pudo influir en las respuestas obtenidas: “las personas entrevistadoras son seres humanos y no máquinas, y sus formas pueden tener un efecto en las personas que responden la entrevista” (Selltiz, 1962, p.583). Además, a pesar de que he intentado optar por un posicionamiento objetivo y neutral en la aproximación al tema existe la posibilidad que, desde la postura de poder que ofrece el rol de entrevistadora, ocasionalmente haya podido influir en las personas entrevistadas.

⁹⁷ www.surrofair.com

3.2. Las técnicas de investigación cualitativa: La observación participante

A diferencia de la entrevista que se desarrolla en un *setting* artificioso y artificial, la observación participante me ha permitido formar parte de situaciones y escenarios naturales en los que fui un actor indiferenciado (Ruiz, 2003).

De acuerdo con Víctor de Munck y Elisa Sobo (1998), usar la observación participante ofrece varias ventajas respecto a otros métodos de recolección de datos. Entre ellas se incluye la posibilidad de acceder a la "cultura entre bastidores" de los espacios y ámbitos de investigación (de Munck & Sobo, 1998, como se cita en Kawulich, 2005).

Efectivamente, en la presente investigación, la observación participante sirvió para conocer el funcionamiento de las empresas que trabajan en el sector de la gestación subrogada. También me permitió familiarizarme con la construcción de los discursos producidos en este ámbito, dado que la observación participante también es descrita como una técnica de recolección de información, cuya función es garantizar el acceso privilegiado a los significados que los actores construyen a través del hecho de observar "en directo", y compartir experiencias en el ambiente que se estudia (Platt, 1982).

Por último, Kathleen de Walt y Billie de Walt (2002) sugieren que la observación participante puede ser usada como una forma de incrementar la validez del estudio, ya que se trata de observaciones que pueden ayudar a la persona investigadora a tener una mejor comprensión del contexto y el fenómeno en estudio. La validez es mayor con el uso de estrategias adicionales usadas con la observación, tales como entrevistas, análisis de documentos, encuestas u otros métodos más cuantitativos, como es el caso de esta investigación.

La observación participante la realicé de en dos momentos diferentes de la investigación, en dos contextos muy similares y con dos años de diferencia entre una observación y la siguiente.

La primera de las observaciones tuvo lugar en la primera edición de la Feria Invitra que, como he descrito, es la única feria especializada en gestación subrogada del Estado español. Se celebró en Valencia los días 18, 19 y 20 de octubre de 2013, donde asistí cada día. La segunda de las observaciones participantes la realicé dos años después, durante la tercera edición de la misma feria. Esta vez tuvo lugar en Barcelona, los días 8, 9 y 10 de mayo de 2015, donde también asistí diariamente. La feria continúa celebrándose de forma anual en diferentes ciudades de la geografía española.

El público objetivo de esta feria son las personas con problemas de fertilidad que están interesadas en la gestación subrogada como vía para formar su familia. La feria comprende una programación de charlas realizadas por personas expertas en cualquiera de las facetas de la reproducción asistida (profesionales de la medicina, la psicología, etc.), y en una feria de agencias nacionales y extranjeras dedicadas a la

gestación subrogada o en alguna de las partes del proceso: provisión de gametos, agencias de mujeres gestantes, bufetes de abogados, etc. Invitra también cuenta con la presencia de stands de clínicas de reproducción asistida de todo el mundo y servicios de *counselling* dirigidos a los IP.

La observación participante que realicé consistió en adoptar el rol de las personas que constituyen mi objeto de estudio. Tenía por objetivo conseguir información veraz sobre las características de los procesos y los costes de estos. También tenía la finalidad de entrar en contacto con los discursos de los agentes mercantiles así como sus estrategias de abordaje a las personas interesadas y el marketing realizado. Toda esta información hubiera sido muy difícil de conseguir de otra forma.

La observación implicó, concretamente, las siguientes actividades:

- Identificar los principales actores en cada uno de los ámbitos: agencias, clínicas, bufetes, etc.
- Asistir a las diferentes charlas ofrecidas en el marco de la feria.
- Observar y registrar las preguntas realizadas por las personas asistentes. Así como las repuestas ofrecidas desde los diferentes actores.
- Realizar diversas consultas en los diferentes stands de las agencias, clínicas y asociaciones con el objetivo de conocer cuáles son los procedimientos, característica y presupuestos para los diversos destinos, el marketing utilizado, etc.
- Deambular por la feria y dejar que los comerciales de las agencias se aproximaran a mi con el objetivo de conocer cuál es el lenguaje y el imaginario utilizado.
- Recopilar información varia (folletos, presupuestos de gestación subrogada, *merchandising*, etc.).

En cuanto a las limitaciones que ofrece la observación participante, esta requiere de “capacidad para el pensamiento original y la capacidad de detectar eventos significativos, que no son una opción sencilla” (Nisbet, 1997, p.15), no obstante, estas limitaciones se han atajado, puesto que esta es solo una de las técnicas utilizadas. Además, “requiere de una cuidada planificación y proporciona datos importantes, pero revelan solamente cómo la gente percibe qué sucede, no necesariamente qué sucede realmente” (Nisbet & Watt, 1980, como se cita en Bell, 2010). En todo momento he sido plenamente consciente de esta limitación. Además, en un tema tan delicado como la gestación subrogada es sencillo dejarse llevar por los extremos y la polémica, por eso he intentado tener esta limitación siempre presente como estrategia para minimizar la subjetividad de mis percepciones.

3.3. Técnicas de investigación cuantitativa: la encuesta, un diseño propio

Una parte fundamental para la recogida de datos en esta tesis doctoral ha sido el diseño de la encuesta:

El objetivo de la encuesta es obtener respuestas a las mismas preguntas de un gran número de personas para permitir a la persona investigadora no solo describir sino también comparar, relacionar una característica con otra y demostrar que ciertas particularidades existen en ciertas categorías (Bell, 2010, p.12).

Se trata de un instrumento válido para recopilar datos, que me ha permitido realizar un perfil sociodemográfico y captar las principales características de los procesos de gestación subrogada realizados 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 español⁹⁸. La aplicación de la encuesta que aquí presento obtuvo un total de 208 respuestas, y se trata de una encuesta autoadministrada en línea, que estuvo disponible entre el día 12 de septiembre y el día 13 de noviembre del año 2016.

La encuesta es de carácter exploratorio, ya que no se disponía de medios para acceder a una muestra aleatoria representativa y tampoco no era posible conocer el universo. Los resultados obtenidos a través de esta no pretenden ser representativos de la totalidad de personas que han accedido a la maternidad y la paternidad a través de gestación subrogada en el Estado español. No obstante, sí ofrece una valiosa aproximación al fenómeno en el contexto español, especialmente porque se trata de la primera vez que pueden ofrecerse datos primarios sobre gestación subrogada en el Estado español. En la actualidad, la encuesta sigue recogiendo datos, pero los resultados que se analizarán en el capítulo 9 corresponden al primer intervalo de la recogida de datos.

Como he mostrado a lo largo de esta investigación, la ausencia de datos fiables es una constante en la gestación subrogada, un tema que adquiere especial importancia en el caso del Estado español, puesto que a pesar de ser una práctica que se ha venido realizando desde hace más de 20 años, los datos al respecto son prácticamente inexistentes. Por otro lado, en un contexto como el actual, en el se está planteando si legalizar o no la práctica, es de vital importancia conocer las características de estos procesos, las motivaciones, las dificultades y demandas de las partes implicadas.

⁹⁸ A nivel internacional, solo se conoce una encuesta similar en Reino Unido, realizada en el año 2015 en el marco del estudio *Surrogacy in the UK: myth busting and reform* 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 cuando se cumplían 30 años de su primera regulación. A pesar de que el objetivo era diferente a la aquí propuesta, cabe destacar que estaba también dirigida a madres y padres por gestación subrogada. Esta encuesta era también autoadministrada en línea, y estuvo disponible de junio a agosto del año 2015. La encuesta fue distribuida ampliamente a través de las entidades nacionales, así como a través de grupos independientes de gestación subrogada. Obtuvieron 432 respuestas, que correspondían a 111 gestantes, 206 madres y padres por gestación subrogada y 112 "otros". Las autoras consideran esta encuesta la mayor encuesta realizada nunca en Reino Unido.

Como he explicado, el proceso de construcción de la encuesta se basó en una serie de entrevistas a informantes clave, pero se contó también con la colaboración de la entidad SNH. Varios de sus miembros con diferente perfil de IP, realizaron una exhaustiva revisión de esta. Como investigadora, me parecía imprescindible que el lenguaje y la aproximación de la encuesta fuera respetuosa con todas las partes implicadas, además de que fuera rigurosa con el tema tratado.

Por último, y previamente a la difusión de la encuesta, se realizó un pretest, puesto que como apunta Bell (2010) “todos aquellos instrumentos de recopilación de datos deberían ser testados previamente” (p.151). Las personas voluntarias que contestaron el pretest eran también miembros de la asociación SNH. Concretamente, se trataba de una muestra heterogénea de miembros con características similares a las que forma la población objeto de estudio (Bell, 2010). A estas personas se les aplicó la encuesta en las mismas condiciones que la realizarían el resto de informantes.

El propósito del pretest era detectar posibles errores en la encuesta para que en su posterior aplicación las personas que la respondieran no encontraran dificultades. El pretest también me permitió realizar un análisis preliminar y determinar si la redacción y el formato de las preguntas presentarían más tarde alguna dificultad.

A las personas que contestaron el pretest se les facilitó, junto con las instrucciones para la cumplimentación de la encuesta, las siguientes preguntas:

- ¿Cuánto tiempo tardó en contestar la encuesta?
- Las instrucciones facilitadas, ¿estaban claras?
- ¿Alguna de las preguntas de la encuesta no estaba clara o era ambigua? Si es así, ¿puede indicar cuál y por qué?
- ¿Hay alguna pregunta que no ha contestado?, ¿Por qué?
- En su opinión, ¿se ha omitido algún tema importante?
- ¿La distribución del cuestionario es clara/attractiva?
- ¿Tiene algún comentario que quiera realizar? Si es así, por favor, hágalo.

La realización del pretest sirvió para mejorar el cuestionario en referencia a:

- Formulación de algunas preguntas: redacción y vocabulario.
- Cuestiones formales de la encuesta.
- Cuestiones de formato de la plataforma desde la que se administraba la encuesta.
- Cuestiones referentes al lenguaje.

El pretest sirvió también para realizar un cálculo real del tiempo que tomaba contestar la encuesta en función de los diferentes supuestos de partida posibles.

Un punto débil del diseño de la encuesta era su extensión y, por tanto, era muy importante la percepción que tuvo el grupo que realizó el pretest una vez contestada.

También fue relevante el hecho de que las cuestiones planteadas en la encuesta no hicieran sentir incomodidad a las personas encuestadas. “El pretest en las encuestas autoadministradas es de vital importancia, puesto que no habrá ninguna persona que se encargue de aclarar dudas” (Alvira, 2011, p.78).

La encuesta está compuesta por 123 variables y el número de preguntas a responder variará en función de las características de las personas que la contestan, así como de las especificidades del proceso. La encuesta cuenta también con dos modalidades de respuesta, dependiendo de si en el momento de la respuesta habían ya nacido o no sus hijos. Esto me ha permitido obtener un perfil sociodemográfico y de condiciones de vida más extenso, que si el cuestionario se hubiera limitado exclusivamente a las personas que tienen descendencia por esta vía.

He detectado a lo largo de la investigación que las personas que están realizando el proceso son más proclives a contestar la encuesta, que las que ya son progenitores. Esto puede tener que ver con la motivación previa al nacimiento de los bebés para que el procedimiento se visibilice y normalice, y que se puede ver atenuado una vez estos ya han nacido. La duración media para una persona que ha tenido ya ha tenido sus hijos es de alrededor de 30 minutos. En cambio para las personas que aún se encuentran en el proceso es solo de 10 minutos, aproximadamente.

A continuación, muestro cuáles son los ámbitos que explora la encuesta (ver anexo 4), que como puede observarse, está dividida en 4 bloques que exploran diferentes aspectos del proceso de gestación subrogada. Son los siguientes:

Bloque 1. Proceso de gestación subrogada.

Se trata del bloque más extenso y tiene por objetivo explorar el proceso de gestación subrogada desde el momento de la decisión hasta el momento en que se lleva a cabo y finalmente nace el bebé.

Las respuestas a este bloque me permiten realizar una aproximación a los diferentes agentes involucrados en un proceso de gestación subrogada: ¿Cuáles son? ¿Qué características sociodemográficas tienen? ¿Qué los motivó a elegir estos agentes y no otros? ¿Cuál ha sido el nivel de implicación de estos agentes en el proceso en relación al país donde se contratan los servicios? ¿Cuál es la relación existente entre los diversos agentes implicados y la madre y/o padre de intención? si la ha habido, ¿Perdura en el tiempo? el entorno próximo de las madres y padres de intención, ¿Apoya su decisión? ¿Existe un apoyo por parte de la Administración Pública? ¿Cuál ha sido la respuesta que han recibido por parte de la misma en forma de prestaciones en cada uno de los casos? ¿Existe una diferencia dependiendo de si son hetero, homo o monoparentales?, etc.

A partir de las respuestas obtenidas en este bloque he podido contestar a todas estas cuestiones, y he podido conocer las características de la diversidad de procesos que las personas que han contestado la encuesta han llevado a cabo.

Bloque 2. Asociacionismo.

Este segundo bloque tiene por objetivo conocer cómo es la participación de las personas que contestan la encuesta, en las asociaciones de madres y padres por gestación subrogada.

Este bloque es particularmente relevante, ya que la labor realizada por estas entidades en un corto periodo de tiempo ha posicionado la discusión sobre la gestación subrogada en la arena pública y en la agenda política del país. Considero que estas entidades son un instrumento de incidencia política que, particularmente en este período, han ganado relevancia.

Bloque 3. Condiciones de vida.

Este tercer bloque explora dos dimensiones de las madres y padres por gestación subrogada: su situación laboral y las características de su lugar de residencia. Concretamente explora qué categoría laboral ocupan, tanto la persona que contesta la encuesta como su pareja, si la hay. Qué ingresos tienen, qué prestaciones cobran si no están activos en el mercado laboral (desempleo, jubilación, ...), etc. También se pregunta por el régimen de tenencia de su vivienda habitual.

Si bien la gestación subrogada era una opción reservada para las personas con mayor poder adquisitivo, dado que el coste del proceso es muy alto, la apertura de nuevos mercados denominados popularmente como *lowcost*, donde una gestación subrogada es accesible a precios sensiblemente más bajos, ha puesto esta opción al alcance de las personas con diversos niveles económicos. A través de este bloque he podido explorar la correspondencia entre el poder adquisitivo y los destinos elegidos, así como las estrategias llevadas a cabo, si las hay, para financiar sus procesos.

Bloque 4. Perfil sociodemográfico.

El último de los bloques tiene como objetivo construir un perfil sociodemográfico de las personas que contestan la encuesta. Este bloque me ha permitido conocer las principales características de esta población, hasta ahora poco conocidas.

3.3.1. Muestreo no probabilístico por bola de nieve

El universo objeto de estudio de esta investigación está compuesto por personas residentes en España con descendencia a través de gestación subrogada, personas que están en proceso de serlo o bien que no lo consiguieron. La ausencia de datos respecto

a cuántas personas, ya sea en solitario o en pareja, han tenido hijas e hijos por subrogación, no me permite conocer el universo.

En cuanto al tipo de muestreo utilizado, se trata de un muestreo no probabilístico tipo bola de nieve que tiene por objetivo identificar a madres y padres por gestación subrogada. Este tipo de muestreo me ha permitido llegar a la población objeto de estudio, tanto en las entrevistas como en el cuestionario. Las características de este grupo de población hace que tiendan a agruparse en pequeños grupos como, por ejemplo, el de las personas que están en proceso de gestación subrogada en un país determinado. En base a esto, me consta que algunas personas han difundido la encuesta en varios foros, *Google groups* y grupos de *Whatsapp*.

Respecto al tipo de muestreo bola de nieve, se ha utilizado el muestreo exponencial, que consiste en que cada individuo que ha contestado la encuesta ha invitado a participar a dos o más individuos. Cuando este tipo de muestreo no ha sido posible, se ha desarrollado el muestreo lineal, mediante el cual se pedía a las personas que contestaban la encuesta que recomendaran la encuesta a otro individuo.

3.3.2. Estrategia de difusión de la encuesta y público alcanzado

Para paliar los posibles "sesgos de comunidad" que podrían venir dados por el hecho de acceder a un subgrupo, como por ejemplo, el de la población que forma parte de la entidad SNH, se ha realizado una selección inicial de individuos que me ha garantizado que otros subgrupos sean accesibles. A pesar de que la parte más visible de las madres y los padres por gestación subrogada son los asociados en esta entidad, son muchas más las personas que no forman parte de ella. SNH tiene como función principal visibilizar y reivindicar la gestación subrogada en España, pero muchas de las personas que han realizado el proceso no desean formar parte de esta reivindicación. En muchas ocasiones, estas personas pudieron inscribir a sus hijas e hijos en el Registro Civil sin dificultades, y no ven la necesidad de militar en la causa. O simplemente no quieren la visibilidad que proporciona la entidad, ya que decidieron llevar sus procesos adelante sin revelarlo a su entorno cercano, por ejemplo.

En el tipo de muestro bola de nieve, los primeros sujetos tienden a designar a personas que son cercanas y similares y, en consecuencia, es posible que estos compartan los mismos rasgos y características. De esta manera la muestra obtenida podría haber resultado un pequeño subgrupo de toda la población. Para paliar el poco control sobre el método de muestreo que implica esta técnica, y el sesgo en el muestreo que la bola de nieve puede conllevar, se realizó también un *mailing* de difusión de la encuesta al siguiente tipo de organizaciones:

- AMPAS y Federaciones de AMPAS de todo el Estado español.
- Entidades y asociaciones de personas LGTBI de todo el Estado español.
- Agencias españolas de gestación subrogada.

- Agencias extranjeras de gestación subrogada que trabajan con personas españolas.
- La Plataforma de entidades LGTBI a favor de la gestación subrogada en España.
- Clínicas de reproducción asistida de todo el Estado español.
- Bufetes de abogados especializados en gestación subrogada.

Tengo constancia de que algunas de estas entidades han remitido la petición a sus personas asociadas, pero de muchas otras no se recibió confirmación alguna sobre si hicieron difusión o no. En cuanto a las agencias, ninguna de ellas comunicó que tuviera previsto realizar difusión, ni se puso en contacto para conocer más del proyecto. Sin embargo, su posición de contacto con los IP, sin duda, hubiera constituido una gran ayuda en la captación de respuestas.

Además, para difundir el cuestionario también se realizó una estrategia de difusión a través de las redes sociales:

- La creación de una página web: www.mirrorsproject.es
- La creación de un blog alojado en la misma página web.
- La creación de un perfil de Twitter: @Mirrors_Proj
- La creación de una página de Facebook: [facebook.com/themirrorsproject](https://www.facebook.com/themirrorsproject)

Twitter y *Facebook* han sido dos plataformas clave para captar informantes, pero es cierto que las redes presentan algunas limitaciones como, por ejemplo, que no todas las personas que conforman el universo usan estas redes. No obstante, a medida que se consolidó la estrategia de difusión, se pudo comprobar cuáles eran las franjas horarias en que las personas más interactuaban con la cuenta. De esta manera, se optó por potenciar la presencia esas franjas horarias, y facilitar la captación de nuevos seguidores que pudieran contestar a la encuesta y, contribuir a la difusión de la misma.

En este sentido, SNH, que cuenta con alrededor de 300 personas socias, ha realizado una tarea de apoyo a la investigación a través de su boletín, donde en el mes de noviembre del pasado año 2016 dedicaba una página a la presente investigación⁹⁹.

También se ha difundido la encuesta a través de diversos boletines electrónicos, como, por ejemplo:

- El *butlletí del Institut Interdisciplinari d'Estudis de Dones i Gènere (IIEDG)*, que llega a 300 personas.
- El *butlletí de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCiB)*, que llega a 500 personas.

3.3.3. Dificultades encontradas en la aplicación de la encuesta

La población objeto de estudio no es una población que presente dificultades de acceso a Internet, medio a través del que se ha difundido la encuesta, pero en cambio, como

⁹⁹ https://issuu.com/sonnuestroshijos/docs/boleti__n_snh_7_noviembre2016

en todo proceso de obtención de respuestas donde no existe un control sobre la población a estudiar, se da un problema con la voluntariedad en la respuesta (Alvira, 2011). Es decir, que las personas contesten o no la encuesta, tiene que ver con su voluntad para ello. En este sentido, a pesar de que el número total de respuestas obtenidas en esta primera fase es de 208, no todas las personas completaron el 100% la encuesta. Como se trataba de un cuestionario extenso, se intentó facilitar al máximo que las personas pudieran contestarlo en intervalos. Para ello, se configuró la plataforma *Survey Monkey* de forma que la encuesta pudiera recuperarse exactamente en el punto que se había dejado, si se conectaban desde el mismo dispositivo desde donde empezaron a contestarla (móvil, pc o *tablet*). Esta información era proporcionada al inicio de la encuesta, y reforzada también con mensajes a través de las redes sociales:



En cuanto a la difusión, hubiera sido importante conseguir el respaldo de alguna Administración Pública o Institución que apoyara la distribución de la encuesta. La dotación presupuestaria del proyecto de investigación no permite contratar plataformas de difusión en redes sociales, como por ejemplo *Facebook*, que contribuirían a dar visibilidad a la misma. En relación también a la difusión, otra de las dificultades halladas ha consistido en no encontrar la forma de crear un vínculo de colaboración con las agencias, españolas o extranjeras, que trabajan con personas españolas. De haber sido así, el número de respuestas obtenidas hubiera sido mayor y, por tanto, es una debilidad a mejorar en la siguiente fase de implementación.

Por último, la principal fuente de difusión han sido las redes sociales. Esto comporta el riesgo de “quemar los contactos” y también que se vuelvan “insensibles” a los mensajes lanzados.

4. Fuentes de información utilizadas en la investigación

Se ha recurrido también a una serie de fuentes de información complementarias con el objetivo de nutrir el marco contextual, el marco teórico y los análisis realizados en esta

investigación. Estas fuentes de información, se describen en las siguientes secciones de este capítulo.

4.1. La revisión bibliográfica para la construcción del marco teórico y la encuesta

El análisis documental y bibliográfico constituye una etapa fundamental del proyecto de investigación, y tiene como finalidad garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio. Con el objetivo de construir el marco teórico he realizado una revisión bibliográfica sistemática de la literatura académica publicada.

La literatura utilizada se identificó a través de lista de referencias bibliográficas de artículos científicos relevantes y a través de la búsqueda de diversas bases de datos como *Social Sciences Citation Index (Web of Science)*, *Medline*, *Google Scholar* y *JSTOR*. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron *surrogacy*, *altruism*, *cross border reproductive care*, *comercial surrogacy*, *sexual rights*, *carework*, *reproductive rights*, *assisted reproductive technologies*, *infertility*, etc., y sus equivalencias en castellano. Durante la estancia de investigación realizada en la Universidad de Cambridge también tuve la oportunidad de acceder a las bases de datos propias de la Universidad.

Para la construcción de la contextualización he recurrido también a la revisión de informes internacionales de sociedades científicas, organismos europeos, etc., así como a legislación de rango nacional e internacional.

4.2. Seguimiento de los medios de comunicación

La gestación subrogada ha ganado mucha importancia en el debate público y, como consecuencia, son numerosas las publicaciones y reportajes que aparecen prácticamente a diario en los medios de comunicación. He realizado una recopilación y análisis de noticias que me ha ayudado a ir delimitando cuáles eran los discursos que predominan desde los diversos puntos de vista e intereses. Este trabajo ha resultado de gran ayuda a fin de identificar los actores principales, sus discursos, posibles posicionamientos, pero sobre todo, para contemplar las estrategias de incidencia política que se desarrollan desde posturas opuestas (regulación o prohibición de la gestación subrogada).

Los medios de comunicación sin duda son un factor clave en la construcción de imaginarios. La forma en que se cuentan las historias es fundamental para que la opinión pública acoja de una manera u otra un tema.

4.3. Seguimiento blogs

Los blogs personales en Internet suponen una fuente de información actualizada y fidedigna. Son los propios IP quienes comparten a través de la red sus procesos de gestación subrogada y ofrecen información muy detallada sobre el mismo. Antes de la aparición en el Estado español de las agencias, que ahora son las encargadas de facilitar

y gestionar toda esa información, estos blogs eran fundamentales para las personas interesadas en la gestación subrogada. También fueron una fuente de información importante para mí. Me ayudaron a localizar informantes, pero sobre todo me ayudaron a comprender el funcionamiento del proceso y las especificidades de cada país, así como los discursos de las madres y padres por esta vía. Algunos de los blogs seguidos han sido: “Pareja de tres”, elaborado por una pareja heterosexual en 2010, que ha desarrollado dos procesos en Estados Unidos, y comparte todo tipo de información sobre ello. Otro de los blogs seguidos ha sido “Creando una familia”, que narra un proceso de gestación subrogada en Estados Unidos de una pareja homosexual, iniciado en el año 2012. Un tercer blog, “Maternidad subrogada en Ucrania”, explica el proceso de una pareja heterosexual en Kiev, y está en funcionamiento desde 2015. “Maternidad subrogada en India”, es uno de los primeros blogs personales sobre gestación subrogada en el Estado español (creado en 2009), y cuenta la experiencia fallida de un hombre que tras varios intentos no consiguió la paternidad.

4.4. Seguimiento de agencias españolas e internacionales

Desde el inicio de esta tesis doctoral hasta su finalización el número de agencias de gestación subrogada en el Estado español ha aumentado exponencialmente. Habitualmente se trata de pequeñas empresas formadas por antiguos IP que capitalizan su experiencia compartiéndola con otras personas. Pero también existen agencias dirigidas por bufetes de abogados o profesionales varios. En este sentido, estas agencias ofrecen un valor añadido que tiene que ver con la comprensión y el acompañamiento durante todo el proceso. Las agencias también suelen ser dirigidas por bufetes de abogados que ofrecen garantías jurídicas en un proceso donde estas son precisamente fundamentales. No obstante, son varios los casos de madres y padres que han tenido malas experiencias a raíz del asesoramiento de alguno de estos bufetes y así lo han denunciado.

4.5. Seguimiento de personas clave

A lo largo de la tesis doctoral he identificado personas clave en el debate de la gestación subrogada, ya sea con posicionamientos a favor o en contra de esta. Estas son personas clave porque tienen la capacidad de crear un discurso, que más tarde es reproducido por medios de comunicación, instituciones, partidos políticos, etc. En ocasiones algunas de estas personas clave forman parte de las entidades que también lideran el discurso, como es el caso de SNH o No Somos Vasijas. Ambas entidades tienen amplia difusión en los medios de comunicación y articulan un discurso bien estructurado y bien acogido socialmente.

4.6. Espacios formativos sobre gestación subrogada

En paralelo a la realización de esta tesis doctoral, he asistido a diferentes seminarios y jornadas de tipo nacional e internacional con el objetivo de estar al corriente de las

últimas investigaciones desarrolladas, así como conocer los enfoques y metodologías de investigación sobre el fenómeno. A continuación se detallan las más significativas:

- *La gestation pour autrui: resituer la France dans le monde. Représentations, encadrements et pratiques*¹⁰⁰. 17 y 18 de noviembre de 2016. Organizadas por l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), l'Ecole de Hautes Etudes en Sciences sociales (EHESS), Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Université Paris 2 Panthéon-Assas. A estas jornadas asistieron como ponentes las más prestigiosas investigadoras de ámbito internacional y se presentaron las últimas investigaciones realizadas.
- Estancia de investigación en el Departamento de Sociología de la Universidad de Cambridge, concretamente en el grupo Reprosoc, cuya investigadora principal, Sarah Franklin¹⁰¹, cuenta con una destacada trayectoria investigadora en la materia.

5. Los retos metodológicos que implica una investigación de estas características

Todas las investigaciones empíricas presentan retos que deben ser superados, pero estos retos son aún más pronunciados cuando implica trabajar en temas sensibles como es el caso de tema objeto de estudio de esta tesis doctoral (Inhorn & Gurtin, 2011).

La gestación subrogada en la actualidad continúa siendo un fenómeno visible solo parcialmente. El hecho de que estos procesos se desarrollen en su totalidad fuera del Estado español, dificulta enormemente acceder a estadísticas que indiquen el número y las características de estos procesos. Durante mucho tiempo los padres y madres por gestación subrogada españoles optaron por no visibilizar la práctica. En sus inicios el 100% de las personas que llevaban a cabo los procesos de gestación subrogada eran heterosexuales y, por lo tanto, esto posibilitaba la invisibilidad de la práctica a nivel social. En consecuencia, es prácticamente imposible conocer datos sobre el universo de esta investigación y garantizar que las muestras sean representativas. Esto no significa que esta investigación sobre gestación subrogada abandone el rigor en el muestreo, todo lo contrario, he tenido que pensar de manera crítica y justificar dicha estrategia (Inhorn & Gurtin, 2011).

Otra dificultad metodológica propia del ámbito tiene que ver con que determinados tipos de información no es posible recogerlos con una aproximación cuantitativa. Esto comporta la necesidad de captar la información a partir de aproximaciones cualitativas, que a menudo implica entrevistas en profundidad con los sujetos objeto de estudio e informantes clave. He reclutado a las personas informantes a través de diferentes

¹⁰⁰ <http://univ-droit.fr/actualites-de-la-recherche/manifestations/20637-la-gestation-pour-autrui-resituer-la-france-dans-le-monde-representations-encadrements-et-pratiques-surrogacy-situating-france-within-the-world-representations-regulations-and-experiences>

¹⁰¹ www.reprosoc.sociology.cam.ac.uk/directory/sarahfranklin

canales, siempre tratando de controlar y minimizar los factores sociales y prácticos que pudieran generar sesgos en las muestras de participantes.

Por otro lado, el hecho de que la gestación subrogada derive en diversos escenarios legales y éticos es también un factor que constituye una dificultad en sí misma. El *patchwork* legal (Spar, 2006) que está presente en la experiencia de la gestación subrogada, así como los movimientos de las madres y padres de intención, gestantes y proveedoras de gametos entre diferentes jurisdicciones, da lugar a una gran cantidad de diferentes y complejas situaciones que difícilmente pueden captarse en el análisis del fenómeno (Storrow, 2005 como se cita en Inhorn & Gurtin, 2011).

El siguiente capítulo da inicio a la cuarta y última parte de esta tesis doctoral. En ella procedo a la realización del análisis de los resultados de mi trabajo de campo. En el capítulo 8 me centro en el análisis de las entrevistas realizadas, y en el capítulo 9 en los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta.

Cuarta parte: análisis de los resultados

Capítulo 8. Entrevistas: diversidad de discursos y experiencias de las familias españolas creadas por gestación subrogada

1. Introducción

Este capítulo da inicio a la cuarta parte de esta tesis doctoral, que está dedicada al análisis de los datos e información obtenidos a partir del trabajo de campo realizado. Los instrumentos utilizados para la recolección de estos datos e información han sido la entrevista semiestructurada, la observación participante y la encuesta autoadministrada en línea.

El objetivo principal de este capítulo es mostrar el análisis de los resultados de las entrevistas realizadas a madres y padres españoles que realizaron procesos de gestación subrogada de forma transnacional. También pretendo mostrar cuáles son sus experiencias y vivencias durante dichos procesos. La contribución de este capítulo es la aportación de evidencia empírica sobre el objeto de estudio, así como contrastar una parte de las hipótesis planteadas en el capítulo uno. Los resultados de la observación participante serán narradas también en este apartado como apoyo a las entrevistas en relación a los temas pertinentes.

En cuanto a su estructura, el presente capítulo cuenta con 6 apartados que realizan un análisis cronológico. Empiezo explorando los motivos que llevaron a las personas entrevistadas a elegir la gestación subrogada como vía para convertirse en madres y padres, y sigo la línea temporal del proceso, que llega a su fin una vez estas personas están de vuelta en España con sus hijas e hijos. Dada la ausencia de información cualitativa que existe sobre los procesos de gestación subrogada en el Estado español, este capítulo de la tesis doctoral es una contribución relevante al objeto de estudio. Además, en la actualidad existen pocos estudios sobre las experiencias de madres y padres de intención occidentales que desarrollan procesos de gestación subrogada de forma transnacional y, en consecuencia, se sabe poco de las opiniones y preocupaciones de estos (Arvidsson et al., 2015).

El segundo apartado está dedicado a ofrecer una descripción general de las personas entrevistadas. Para ello dibujo un perfil sociodemográfico de las mismas y detallo las principales características de sus procesos de gestación subrogada.

En el tercer apartado me centro en el análisis de lo que ocurre antes de poner en marcha el proceso de gestación subrogada. Muestro, por ejemplo, cuáles son las motivaciones que han llevado a las personas entrevistadas a elegir esta vía para acceder a ser madres y padres, pero también si se plantearon otras alternativas para tener descendencia y, una vez se decidieron por la gestación subrogada, qué países eligieron para desarrollarla y cómo conocieron su existencia.

El cuarto apartado lo dedico al análisis del proceso de gestación subrogada propiamente dicho. Esto implica temas tan relevantes como el proceso de *matching* y la relación con la mujer gestante y la mujer proveedora de óvulos, si la hubo. En él describo cómo y con qué frecuencia se comunicaron con la mujer gestante y el tipo de relación que construyeron con ella. También analizo el entorno de los IP y si este apoyó o no su decisión de formar familia a través de una gestación subrogada, entre otros aspectos.

En el quinto apartado exploro lo acontecido una vez ha finalizado el proceso de gestación subrogada. Me detengo especialmente en explorar cuáles son las dificultades que los IP encontraron una vez nacieron sus hijas e hijos. Pongo especial atención a la obtención de permisos de maternidad y paternidad, así como a la inscripción en el Registro Civil. Todos ellos temas fundamentales para garantizar los derechos de los bebés nacidos por esta vía. Finalizo el capítulo explorando cuál es el modelo de gestación subrogada deseado por estos IP en base a su propia experiencia, y compruebo las divergencias existentes.

Por último, en el apartado 6 realizo una síntesis de todo lo analizado en el capítulo destacando las principales ideas surgidas.

2. Perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas

En esta sección proporciono una descripción del perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas, así como de las principales variables vinculadas con sus procesos de gestación subrogada.

La muestra de personas entrevistadas está compuesta por 10 casos, que implican a un total de 19 personas, 9 parejas y 1 persona que realizó el proceso de gestación subrogada en solitario. Como mostré en el capítulo 7, algunas entrevistas se realizaron a un solo miembro de la pareja mientras que cuando los informantes lo requirieron, esta se realizó en pareja (Ver anexo 3).

En cuanto al sexo con el que se identifican las personas de la muestra, 6 son mujeres y 13 son hombres. La edad de las personas entrevistadas y sus parejas oscila entre los 38 y los 47 años y la media de edad está en 41,5 años. Si se desagrega esta información por sexo encontramos que la edad de las mujeres oscila entre los 35 y los 47, siendo la media de edad para ellas de 43 años. El intervalo de edad de los hombres se encuentra entre los 36 y 47 años de edad, siendo la media de 40,8 años. Las investigaciones también

muestran que las madres de intención tienden a ser mayores que sus parejas masculinas y en gran parte educadas en la universidad (Scherman et al., 2016). En esta muestra se cumplen ambas condiciones.

En cuanto al estado civil, la mayoría de las parejas están casadas legalmente y en varios casos el enlace tuvo lugar como consecuencia del proceso de gestación subrogada, puesto que en algunos países es requisito imprescindible para poder iniciar el proceso, como en Ucrania. También es un factor que facilita la filiación *a posteriori*. En algunos casos las parejas ya estaban casadas previamente puesto que habían iniciado un proceso de adopción internacional. Dos de las parejas heterosexuales entrevistadas son parejas reconstituidas donde uno de los miembros tenía hijos de parejas anteriores, en ambos casos adolescentes.

Por lo que se refiere a la opción sexual de las personas entrevistadas, 12 de ellas se definieron como homosexuales y 7 como heterosexuales. En el caso de las personas homosexuales, algunas comentaron que tener su hija o hijo por gestación subrogada, acabó de “sacarlos del armario”, pero no solo a ellos sino a sus familias, lo que en ocasiones requirió cierta gestión familiar.

En cuanto al lugar de residencia, 6 de los informantes residían en núcleos urbanos de gran tamaño y 4 vivían en municipios de menos de 75.000 habitantes.

Se trata de una muestra con un buen nivel educativo y parecían tener una buena situación económica. En cuanto a la ocupación y su situación laboral, todas ellas, a excepción de una persona, se encontraban en activo en el mercado de trabajo remunerado. Y, todas las personas desarrollaban actividades laborales que requieren de formación universitaria. La mayoría de ellas trabajaban en régimen asalariado mientras que 6 de las 19, lo hacían por cuenta propia. La única persona que no estaba trabajando remuneradamente en el momento de la entrevista, recibía una prestación de incapacidad permanente a causa de una baja laboral por motivos de salud.

En lo referido al proceso de gestación subrogada, la totalidad de la muestra a excepción de un caso, realizó el proceso en pareja. En su conjunto tienen un total de 17 hijos, 8 niñas y 9 niños. En cuatro casos las personas entrevistadas tuvieron gemelos o mellizos fruto de un mismo proceso, y en uno de los casos tuvieron gemelos por partida doble. Esto se debe a que cada miembro de la pareja trabajó con una mujer gestante diferente y de cada proceso nacieron dos niños. Los procesos se realizaron en paralelo. Solo tres de las parejas tuvieron una única hijo o hija.

2 parejas repitieron el proceso de gestación subrogada en el mismo país, con la misma clínica y la misma mujer gestante con el objetivo de tener un segundo hijo, pero solo en uno de los casos lo consiguieron. En cuanto a la distribución del número de hijos, ocho de las personas entrevistadas tenían entre 1 y 4 hijos y 2 estaban a la espera de su

nacimiento en el momento de la entrevista (nacieron durante la redacción de esta tesis doctoral). Todos los niños nacieron entre los años 2011 y 2017.

En relación a la tasa de éxito de los procesos de gestación subrogada realizados por la muestra, en 7 casos consiguieron el embarazo que les llevó a la maternidad o paternidad en el segundo intento, en 2 de los casos en el tercer intento, y solo en 1 de ellos en el primer intento. En 4 casos alcanzar el embarazo implicó el cambio de mujer gestante, un proceso habitual cuando no se consigue un positivo después de dos o más transferencias. El caso que no consiguió la paternidad realizó un total de 6 transferencias, con embrión de esperma propio y óvulo de donante, todas con resultado negativo. También consiguió dos transferencias positivas que acabaron en abortos espontáneos.

En cuanto a la vinculación genética, todos los bebés están vinculados al menos a uno de los miembros de la pareja. En el caso de las parejas homosexuales están vinculados exclusivamente a uno de los padres. En uno de los casos los padres realizaron dos procesos de gestación subrogada paralelos que tuvieron como resultado el nacimiento de 4 bebés, de los que 2 están vinculados genéticamente a cada uno de los miembros de la pareja y todos a la misma proveedora de óvulos. En el caso de las parejas heterosexuales todos los hombres están vinculados genéticamente a los bebés, y 3 de las 5 mujeres también lo están. En 2 de los casos las mujeres no pudieron utilizar sus propios óvulos.

3. Antes de empezar el proceso de gestación subrogada: aspectos relevantes

Este apartado está dedicado a explorar algunas de las cuestiones más relevantes que tienen lugar antes de iniciar un proceso de gestación subrogada. La primera de ellas consiste en conocer porqué las personas entrevistadas decidieron utilizar esta vía para convertirse en madres y padres, ya que esta elección a menudo comporta renunciar o no tener en cuenta otras posibles formas de acceso a la paternidad como son la adopción, ya sea nacional o internacional, o bien el acogimiento¹⁰². Este apartado también explora cuáles son los motivos que animaron a las madres y padres de intención a elegir un determinado país para desarrollar su proceso. También nuestro brevemente cuáles fueron los canales a través de los que conocieron la existencia de la gestación subrogada.

¹⁰² El Acogimiento Familiar es una medida de protección por la que el menor en situación de riesgo o desamparo, que no puede o no debe vivir con su familia biológica, pasa a integrarse con una familia de acogida. Produce la plena participación del menor en la vida de la familia, y es obligación de quien lo recibe velar por el menor, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral. Es una medida preferente, pues estar con una familia proporciona un ámbito seguro, estable y afectivo, además de una atención individualizada y personalizada, que repercutirá positivamente en su desarrollo personal y social (ASEAF, s.f.).

3.1. La gestación subrogada como vía para formar (nuevas) familias

El término “nuevas familias” incluye las familias creadas por gestación subrogada que, sin duda, implican el cambio más importante en cuanto a la manera en que estas se han formado en los últimos 50 años (Golombok, 2015).

El camino hasta llegar a la gestación subrogada es diverso y en su elección pueden influir varios factores. A menudo, la opción de tener un hijo es indudablemente facilitada por los recursos económicos de los futuros padres: la investigación indica que el estatus socioeconómico de las parejas de intención es significativamente más alto que el de la población general (Ciccarelli y Beckman, 2005), lo cual no resulta sorprendente dados los costes que implica la gestación subrogada transnacional. Además como apunta Widdance-Twinne (2015), mujeres y hombres no toman decisiones sobre sus vidas reproductivas de forma aislada a factores que estructuran sus opciones:

Su edad, clase, raza, nivel educativo, ocupación, creencias religiosas, nacionalidad... todas estas variables nutren y dan forma a su habilidad para ejercer su agencia reproductiva. Estas estructuras dan forma a aquello que es percibido como una opción aceptable, ética o deseable. (Winndance-Twine, 2015, p.13).

Y es efectivamente en este marco donde se dan las elecciones de las madres y padres por gestación subrogada. En general, prevalece la idea de que las personas que acceden son de clase alta pero los testimonios en prensa, las propias asociaciones o la muestra que aquí se analiza muestran que esto no es exclusivamente así. Se trata, generalmente, de personas de clase media con las habilidades y recursos suficientes para hacer frente a un proceso de estas características. El resto de variables que rigen la elección de la gestación subrogada, como por ejemplo, el país donde realizar el proceso, también las analizo en este apartado.

En 4 de los 10 casos que conforman la muestra intentaron una vía alternativa para llegar a la maternidad y/o la paternidad, mientras que en 6 recurrieron directamente a la gestación subrogada:

“Fue como nuestra manera de tener un hijo. Y la adopción, nunca la vimos como opción. Era nuestra manera y si salía bien, perfecto y si salía mal, qué pena.” (Entrevista 6).

Las personas que eligieron una alternativa a la gestación subrogada en todos los casos se inclinaron por la adopción internacional. Únicamente en 2 casos la consideraron como opción y en los otros 2 iniciaron el proceso formalmente. En todos los casos abandonaron el proceso de adopción internacional debido a los largos tiempos de espera. Para las personas que la descartaron como opción desde el inicio, el tiempo de espera, aunque no lo experimentaron, también fue el motivo argumentado:

“No, porque adopción implica un montón de tiempo. También implica el mismo dinero más o menos. Y aparte, si eres un chico [...], es más complicado. Con lo cual, no. Fui directamente por este camino.” (Entrevista 8).

Otro de los argumentos tiene que ver con la inseguridad del proceso de adopción en cuanto a la posibilidad real de acabar teniendo un hijo por esta vía:

“Quan tu estàs fent els cursets i estàs fent tota la capacitació i fas totes aquelles entrevistes amb aquells professionals, et diuen que si hi ha un nen adoptable per a tu, etc., tindràs un fill. Si no, no el tindràs. Vull dir, no és una via que diguis: “Ostres, puc aconseguir tenir un fill (...) és que t’ho pinten tan malament, et donen tan pocs incentius reals d’aconseguir ser pares que... I bé, veient que això era una quimera, que era pràcticament impossible aconseguir ser pares, ens ho vam replantejar.” (Entrevista 7)

Otro de los temas que las personas entrevistadas que habían iniciado procesos de adopción referenciaron, es la exigencia y dureza de los procesos de idoneidad. Estos son muy diferentes a los realizados en los procesos de gestación subrogada, que, de darse, se reducen a una simple entrevista a menudo realizada a distancia. En cambio, en la adopción internacional 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, p.24).

“Bueno, per l’adopció també et fan moltes preguntes. És que et fan passar per un pes psicològic d’entrevistes i et jutgen i inclús et poden arribar a maltractar. Hi ha un nivell que dius bueno... i aquí, la veritat és que no. Nosaltres vam fer un procés psicològic amb la gent de Families in Love que vam flipar! El meu marit i jo estàvem acollonits, dient “otra vez, qué nos pue...”. Cap problema.” (Entrevista 2)

Mientras que la de adopción implican duros procesos de selección, en el caso de la gestación subrogada las madres y padres de intención no son examinados de la misma manera, y apenas existe una evaluación en cuanto a su idoneidad para ser padres (Fronck y Cuthbert, 2012, como se cita en Scherman et al. 2016). Así lo explica una de las personas entrevistadas:

“(...) perquè no hagueu de viatjar, ho fem via webcam i si passeu l’entrevista psicològica, ja està, ja esteu dintre”. Que també és una mica fals. En el sentit de que ells lo que volen és que tu paguis. Lo que volen és la pasta i a partir d’aquí, pues endavant. Jo no crec que hi hagi ningú que

no passi l'entrevista psicològica. O potser sí que hi ha algú, però ha de ser un cas molt peculiar” (Entrevista 2)

Las limitaciones en los procesos de adopción para las parejas del mismo sexo son también habituales. Existen países como Rusia, que era uno de los principales países en los que las personas españolas adoptaban, que en 2014 cerró la vía que permitía el acceso a la adopción en solitario o a parejas del mismo sexo. Concretamente, las adopciones por parte de personas españolas en Rusia se han visto reducidas drásticamente de 1.262 a 131 en 10 años. Finalmente, en 2013 se firmó un convenio que vetaba la adopción a las personas homosexuales (Scherman et al., 2016). Y como este país, otros también iniciaron la promoción de políticas restrictivas para la población general y para las personas homosexuales masculinas en particular:

“Vam comentar opcions i veiem totes les altres opcions com molt tancades a nosaltres. El tema d'adopció, on adoptes, la majoria dels països prohibeixen als homosexuals, ho has de fer com a solter. I a mi anar enganyant a la gent dient que sóc el que no sóc per fer un procés d'adopció, no hi crec.” (Entrevista 5)

Desde el ámbito de estudio de las adopciones internacionales se ha empezado a vincular el descenso en el número de estas adopciones con el aumento del número de casos de gestación subrogada. Si nos fijamos en el caso del Estado español, la evolución de las adopciones internacionales en el país ha experimentado un sustancial descenso. Durante el año 2004 y 2005 se registró el número más alto de adopciones, con 5.541 y 5.433 casos respectivamente, y desde entonces, la cifra no ha hecho más que descender (Selman, 2015)¹⁰³. De acuerdo con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 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 periodo de 10 años¹⁰⁴. No obstante, el descenso del número de adopciones es un fenómeno mundial como revelan los datos del número de adopciones en otros países como, por ejemplo: Estados Unidos (-72%), Francia (-74%), Holanda (-73%) e Irlanda (-91%) (Selman, 2016).

La caída de las adopciones internacionales se debe principalmente a las exigencias "más selectivas" sobre las características de las personas que desean adoptar, como en el caso de Rusia, que no permite que lo hagan parejas homosexuales u hombres solteros. Igual ocurre en el caso de China, que también es uno de los países en los que más familias españolas adoptaron niñas pero donde se ha comenzado a promover la adopción dentro del propio país. En paralelo se han establecido condiciones muy restrictivas a las parejas occidentales como, por ejemplo, la adopción en exclusiva de niños con necesidades especiales o de edades avanzadas (Scherman et al., 2016). Todo esto ha tenido lugar,

¹⁰³ En 2004, 5541 adopciones internacionales, 4472 en 2006, en 2008 3156, en 2010 2891, en 2012 fueron 1669 las adopciones internacionales mientras que en 2013 descendieron a 1191 (Scherman et al., 2016).

¹⁰⁴ www.elmundo.es/sociedad/2017/02/19/58a7518fca47416c048b45e0.html

especialmente, tras el desacelerado crecimiento vegetativo que el país ha experimentado en los últimos años como consecuencia de la política del hijo único que el país retiró en 2015 (Selman, 2016).

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

“El tema de les adopcions, també, cuidado. I va ser, bueno, no arribava, no arribava i vaig començar a posar-me nerviosa i vaig dir “busco una altra via”. I vaig començar a averiguar. Hi ha Internet, que menys mal. Vaig començar a averiguar i vaig donar amb Happy Families que és l’agència.” (Entrevista 2)

“Clar, tu parles amb aquesta parella i veus que la política d’aquest país canvia. Per exemple, sé que són també cíclics. Són oberts, generosos en adopcions i després tanquen aquestes barreres. Llavors, aquesta opció ja no la contemplo. Xina, el mateix. Amb les parelles homosexuals són més reticents.” (Entrevista 8)

“O sigui, nosaltres vam començar per un procés d’adopció. De fet encara estem en ello, que l’hem de tancar. Vam començar pel procés. A la Xina, que no arriba. I encara no arriba.” (Entrevista 2)

La gestación subrogada, con su potencial para la conexión biológica total o parcial a la descendencia, parece una opción cada vez más preferida a la adopción. “Es esta preferencia por un vínculo genético lo que puede continuar aumentando las tasas de gestación subrogada hasta la desaparición de la adopción internacional” (Scherman et al., 2016, p.24). La posibilidad del vínculo genético es, quizás, el motivo principal por el que las personas entrevistadas recurrieron a la gestación subrogada, pero no en todos los casos es reconocido abiertamente por las madres y padres, puesto que socialmente tiene mayor aceptación la adopción, que implica ayudar a un menor en situación de desamparo, contra la utilización comercial de las técnicas de reproducción asistida:

“Després, el fet de pensar: “Realment no puc tenir un fill biològic?” Suposo que si la resposta hagués estat que no existeix l’opció aquesta de gestació subrogada, suposo que hagués passat una mica més de dol del que vaig passar (o potser encara estic passant), hagués sigut així i punt, s’ha acabat. Però el fet de que hi hagi aquesta finestra oberta, que no estigui tancada del tot, suposo que fa que no ho descartis (...) No sé, tenia la sensació com que si no era possible tenir una relació genètica, era com que hi havia una cosa que s’acabava.” (Entrevista 4)

“I el tema biològic. El tema biològic jo crec que va tenir un pes. Va ser molt divertit. En el meu cas tenia un pes. Jo sempre, pel meu compte i fins i tot abans de conèixer-lo a ell, havia dit que jo volia tenir els meus fills.”
(Entrevista 5)

En ninguno de los 10 casos optaron por la acogida familiar como alternativa a la gestación subrogada. Cuando se les preguntó por qué no la habían contemplado como opción, habitualmente se refirieron a la dificultad que implicaría el proceso, lo doloroso del desapego o, simplemente que no era una posibilidad a considerar:

“Jo tinc un parell d'amics que han fet acollida, ho han passat realment malament, molt malament. Tu agafes afecte al nen que t'han donat en acollida, que els pares no volen saber res d'ell, però abans que passi el termini legal (que em penso que és de dos anys) per poder recuperar-lo sempre exercitaven el termini (...) I veure com el nen pateix i tu a patir. La meva parella em va dir: “Escolta, nosaltres ja hem patit prou. Anar ara a més patiment, no.” Llavors, és una opció que vam descartar. Em sembla molt admirable la gent que ho fa, però nosaltres no estàvem preparats per a això.” (Entrevista 9)

De acuerdo con Asociación Estatal de Acogimiento Familiar (en adelante ASEAF), unos 18.000 menores en situación de desamparo que viven en centros residenciales a la espera de ser acogidos, a pesar de que en julio de 2015 se aprobó la Ley de Protección de la Infancia y la Adolescencia¹⁰⁵ que prioriza el acogimiento familiar frente al residencial. Sin embargo, 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).

De forma general, el motivo que llevó a las parejas heterosexuales a desarrollar una gestación subrogada era a la imposibilidad de tener descendencia por sus propios medios. En 6 de los casos existía una infertilidad orgánica de partida, es decir, el embarazo o posterior parto no era viable para las mujeres de estas parejas debido a complicaciones como, por ejemplo, el síndrome de Rokitansky. Y por ello, una de las mujeres entrevistadas llegó a considerar el trasplante de útero como medio para poder desarrollar el embarazo:

“Una de les altres opcions que vam analitzar, a part de l'adopció i tal, va ser el transplantament d'úter. En aquell moment, va sortir una notícia que s'havia transplantat amb èxit el primer úter a Espanya. Fruit d'aquest transplantament, havia nascut el primer nen. Jo em vaig quedar amb la

¹⁰⁵ www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8470

copla i vaig dir: "Ostres, si el meu problema és l'úter, doncs que em facin un transplantament." (Entrevista 9)

En general, las parejas heterosexuales llegan al proceso de gestación subrogada después de agotar otras posibilidades, especialmente aquellas que comportan un vínculo genético, si es posible. En el caso de una de las personas entrevistadas, este proceso implicó procesos de adopción, repetidas FIV e incluso el planteamiento del trasplante de útero como solución a la infertilidad. Por el contrario, las parejas homosexuales, donde nunca existió la posibilidad de gestar y la adopción siempre se presentó como una opción con obstáculos, optaron directamente por la gestación subrogada. Esto les permitió llegar en mejor estado anímico, en comparación con las parejas heterosexuales, puesto que los tratamientos de fertilidad conllevan un gran desgaste tanto emocional como físico, especialmente para las mujeres. También llegan a la gestación subrogada con mejor situación económica, ya que la reproducción asistida tiene un coste elevado en España. En el caso de las parejas heterosexuales en las que siempre estuvo presente la imposibilidad de gestar, la gestación subrogada también supuso una opción vivida como una oportunidad única:

"Sí. I darrere de tot això hi ha moltes coses, hi ha molts traumes, hi ha molt de dolor. Clar, jo entenc que també això és una mica, sí que és diferent amb el tema del col·lectius gais respecte del col·lectius heteros. Perquè en el cas dels heteros, jo crec que generalment hi ha una historia bastant dura i bastant heavy darrere. Des de gent que han tingut càncer d'úter i que han estat entre la vida i la mort, fins als casos més superficials, però que jo crec que no són els que representen són a gent que ho fan per qüestions estètiques. Però aquí no és el cas. En general, hi ha problemes anteriors i la gent ja s'ha gastat molts diners i ho ha passat molt malament intentant-ho i, per tant, ja... no sé..." (Entrevista 9)

3.2. Cómo conocen la existencia de la gestación subrogada

La vía a través de la cual llegaron a conocer la gestación subrogada en general depende de la fecha de inicio del proceso. Aquellas personas que la iniciaron antes de que la gestación subrogada se convirtiera en un fenómeno socialmente visible, generalmente, llegaron a ella a partir de otras personas que ya habían realizado el proceso, o bien estaban desarrollándolo, y donde el boca a boca y el apoyo mutuo fue muy importante. En este contexto que nace "Nuestros Hijos son Españoles", un pequeño grupo de ayuda mutua, formado en sus inicios por hombres homosexuales que habían sido padres o estaban interesados en recurrir a la gestación subrogada para serlo y donde se compartía todo tipo información sobre el proceso:

"Llavors en aquell moment vam rebre una foto d'uns amics nostres que són psiquiatres de Nova York, que havien tingut un fill per subrogació. I llavors

va ser com dir, pues això és possible. Llavors vam començar a buscar per Internet com es podia fer el procés, etc.” (Entrevista 1)

Por el contrario, las personas que iniciaron sus procesos algunos años más tarde, a partir del año 2007 concretamente, en su gran mayoría conocieron la opción a través de los medios de comunicación y complementaron la búsqueda de información entrando en contacto con otras personas, bien a partir de profesionales intermediarios o de los blogs personales que encontraron en Internet. También a través de la ya creada asociación Son Nuestros Hijos.

“Jo sóc membre de la junta d’una entitat i nosaltres assessorem gratuïtament a persones que volen fer-ho. Tot ho hem après a través de formar-nos nosaltres mateixos.” (Entrevista 1)

A menudo las personas entrevistadas se refirieron a la ayuda mutua como motor para facilitar y acompañar a las personas que se encuentran realizando el proceso:

“Llavors, quan vam parlar amb la Nora, que és d’Alacant, ens va dir: “Sí, jo ho he fet amb la mateixa agència... No esteu vosaltres en el grup de Whatsapp?” “Quin grup?” “És que tenim un grup de tots els que hem anat a Ucraïna.” Llavors, ens vam afegir i mirem i eren 256 participants! Ara no sé si has vist, 400 i pico de Whatsapps! això és que no para, és constant. Clar, aquí donen molta informació, molt de suport, parlen molt de moltes coses, si hi ha novetats, si no. (...). Ens anem informant. Però fins aquell moment nosaltres pensàvem que estàvem sols. Sols, o amb dos-tres parelles.” (Entrevista 7)

“El uso de Internet, ha tenido un impacto en la organización social de la reproducción asistida, con implicaciones de largo alcance para la organización de apoyo y motivación” (Berend, 2012, p.917). Como constato a través de las entrevistas realizadas, sin Internet estos procesos hubieran sido prácticamente imposibles o al menos no hubieran tenido la agilidad y eficiencia con la que se desarrollan en la actualidad.

Por último, el hecho de que muchas de las personas entrevistadas conocieran la gestación subrogada a través de los medios de comunicación hizo que, en ocasiones, se encontraran con información centrada en la vulneración de los derechos de las mujeres gestantes. Esto les impulsó a buscar otras fuentes de información como las descritas anteriormente, que les ayudaron a encontrar nuevas perspectivas para contrarrestar la imagen negativa de la práctica difundida por dichos medios (Arvidsson et al., 2015).

3.3. El destino elegido para la gestación subrogada

5 de las personas entrevistadas realizaron la gestación subrogada en Estados Unidos, 2 en India, 2 en Ucrania y 1 en Tailandia. El país donde se realiza el proceso es una de las

decisiones más importantes que deben tomar. Además, este marca cómo será el proceso en cuestiones tan importantes como, por ejemplo, los protocolos médicos o las condiciones para la mujer gestante.

Como mostré en el capítulo 5, Estados Unidos es el país que más garantías ofrece. Fue el país donde se inició la gestación subrogada y cuyo desarrollo, durante todos estos años, ha dado lugar a jurisprudencia y mecanismos legales que, en la actualidad, lo configuran como el destino más proteccionista. En segundo lugar, Ucrania, que empieza a destacar como destino preferido para las personas españolas heterosexuales. Este país 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. La cercanía de Ucrania en comparación a otros países y el hecho de que el precio sea sustancialmente más bajo, lo ha convertido en un destino popular. En tercer lugar, se encuentra India, que se convirtió en el destino mundialmente más popular entre 2004 y 2012 y que también lo fue para personas españolas que buscaban acceder a la gestación subrogada a precios sustancialmente más bajos que los de Estados Unidos. Por último, Tailandia, que tras el cierre de India para personas españolas, también se convirtió en un destino común para estas. Aunque como se explicará en la quinta sección de este apartado, en algunos casos conllevó dificultades en el proceso.

De acuerdo con las entrevistas, los motivos principales para elegir uno u otro destino tienen que ver, en primer lugar, con la capacidad económica de las personas entrevistadas:

P: “¿Por qué elegiste la India?”

R: “Por el dinero. Porque la diferencia es de unas cinco veces prácticamente. En la India está sobre veintitantos mil euros. Depende de los sitios donde lo tengas que hacer. Si te sale todo perfecto a la primera, pues sí, te gastas veinte mil euros.” (Entrevista 3)

“Ens vam quedar amb els EUA i Ucraïna. Als EUA el cost era tres vegades del que ens costa a Ucraïna. Llavors, per motius purament econòmics ho vam desestimar i ens vam quedar amb Ucraïna.” (Entrevista 9)

El precio medio de un proceso de gestación subrogada en Estados Unidos para personas españolas está alrededor de los 120.000 dólares, aunque es difícil concretar una cifra exacta y común a todos los casos. Además, dada la imprevisibilidad del proceso, en ocasiones, los gastos pueden ascender rápidamente:

P: “Per què del que pensàveu que gastaríeu al que vau gastar era molt la diferència?”

R: “El doble. Pel tema de les incubadores. I a més a més, després, finalment és una bestiesa, perquè hem anat negociant amb l’hospital i vam quedar amb l’hospital que els enviàvem mil dòlars cada tres mesos. I un bon dia vam dir a l’hospital “En aquests moments tenim cinc mil dòlars. Us els enviem i deixem-ho aquí, perquè no podem seguir pagant.” Ens van dir “vale.” Llavors, la sensació que et queda és “perdó?!” (Entrevista 4)

Ante esta situación, algunas agencias empiezan a ofertar paquetes “todo incluido”, donde se incluye la cobertura de los posibles imprevistos que puedan surgir durante el proceso de gestación subrogada, y se asegura la consecución de un embarazo a cambio de un importe determinado y cerrado en la firma del contrato¹⁰⁶.

En el caso de Ucrania, el precio medio del proceso está entre los 35.000 y 45.000 euros. India y Tailandia constituyen las opciones más económicas, y los precios están comprendidos entre los 25.000 y los 40.000 euros. Aunque, estos importes están también sujetos a variaciones en función de las posibles casuísticas que puedan acontecer. No obstante, y mientras que India o Tailandia son destinos más asequibles, algunas de las personas entrevistadas prefirieron desarrollar el proceso en Estados Unidos, por diferentes motivos como, por ejemplo, la seguridad jurídica:

“I lo de la Índia, ho vaig acabar descartant. Tot i que era molt més econòmic, o sea, no tenia res a veure... Però tampoc hi havia el tema legal clar. O sigui, s’estava a la Índia amb la bona voluntat del cònsol. Tu tenies la criatura, aleshores si el cònsol (pagant-li diners) te l’inscrivía, estupendo. Si no, et quedaves amb la criatura allí a la Índia. Llavors, em donava una mica més de garantia els Estats Units. Tant a nivell de les clíniques, com a nivell legal. Doncs, bueno, sí que és més econòmic, però em fa més por.” (Entrevista 4)

O bien la garantía de que las mujeres gestantes se involucran en los procesos de gestación subrogada de forma libre y voluntaria:

“A més a més, et venen que a la Índia a les mares... que la societat de la Índia tampoc està ben vist. En absolut. Aleshores, les treuen de la família durant nou mesos, les tanquen en una casa amb altres dones.. I penses “que dur per elles”. Als Estats Units les dones fan la seva vida i van fent la criatura.” (Entrevista 2)

“Perquè, òbviament, ha de portar a la vida el teu fill. Amb lo qual, que sigui una persona lliure, que esculli això, etc. Per a nosaltres era molt important

¹⁰⁶ Algunos ejemplos:

<http://subrogest.es/#section1>

<https://interfertility.es/gestacion-subrogada-paquete-todo-incluido-california>

i aquestes empreses ens ho posaven d'aquesta manera. Amb lo qual, ho veiem molt factible. Cosa que, algunes agències aquí a Espanya això no queda massa clar (...) Òbviament hi ha una mercantilització, perquè hi ha un intercanvi de calés, no? Però que no sigui com una mercaderia... saps? Que es perdi, diguem, la humanitat. Això que s'està sentint ara de "paquete cerrado", "intentos illimitados" sona molt malament. A nosaltres tampoc ens agrada." (Entrevista 7)

Algunas personas entrevistadas explicaron cómo intentaron asegurarse de que el proceso se realizara de forma ética para las mujeres gestantes. A pesar de que los procesos y gestiones están plenamente controlados por los intermediarios, una de las personas entrevistadas explicó que decidió trabajar con una agencia que le permitiera realizar los pagos a la mujer gestante directamente, garantizando así que esta recibiría íntegramente la cantidad acordada en el contrato.

Las madres y padres de intención también apelaron a que la relación que se establece entre ambas partes es una relación entre iguales, pero donde se mezclan cuestiones éticas:

"També ens vam plantejar que havien sentit de molts països i, tot i que totes les opcions són respectables, vam pensar... No teníem massa clar, només sabíem de la Índia i dels Estats Units. Evidentment, la Índia era molt més assequible, però ni ens ho vam mirar, perquè no teníem clar que realment fos una cosa de igual a igual. Els Estats Units –tot i que és una cosa que està molt al límit de les nostres possibilitats, perquè no guanyem molts diners, ni molt menys– pensem que és un país lliure, que la gent en general viu normal o raonablement bé i per tant, no té perquè sentir-se obligada o sentir-se pressionada a fer aquestes coses. A nivell ètic o moral, penso, potser són el més semblant a lo nostre." (Entrevista 4)

El hecho de que las mujeres gestantes realizaran su labor de forma libre estuvo presente en la totalidad de las entrevistas. Las madres y padres de intención son conscientes del debate social existente alrededor de la gestación subrogada, especialmente cuando se realiza en países no occidentales. No obstante, los IP elaboran sus propios argumentos, en cierta manera muy influenciados por los mensajes lanzados desde los medios de comunicación, y también por los argumentos elaborados desde los diferentes sectores a favor y en contra de la gestación subrogada.

Habitualmente, las elaboraciones que hacen los IP son, en cierta manera, una respuesta a las opiniones vertidas en medios de comunicación y a los juicios emitidos por la opinión pública. Las respuestas de las madres y padres de intención son diversas y pasan por la empatía con las mujeres gestantes, pero también por la resistencia a los argumentos sobre su explotación.

En el caso de India, por ejemplo, la discusión sobre la explotación de las mujeres está fuertemente presente. En paralelo, la situación es a menudo presentada por la industria de la gestación subrogada como una situación beneficiosa para ambas partes: las madres y padres de intención quieren hijos y las mujeres gestantes quieren dinero, por tanto ambas partes salen beneficiadas como resultado del proceso.

Son habituales los relatos en los que se explica cómo la remuneración que las mujeres gestantes reciben a cambio de su labor les permitirá construir una casa en la que vivir, comprar un vehículo, proporcionar una educación a sus hijas e hijos, o en cualquier caso es una forma de facilitar movilidad social ascendente para sus familias. Estos discursos, repetidos una y otra vez por las agencias, calan en las madres y padres de intención que más tarde los reproducen como forma de justificar la elección. Además los IP ven en su elección una contribución a la mejora de la situación de las mujeres indias:

“(...) Primero, la mujer que lo hace en Estados Unidos, lo hace por una cantidad que ronda unos treinta mil euros, que para ella puede ser un año de salario o dos años, como mucho. Lo hace libremente. La mujer india, a parte de hacerlo libremente, lo hace por siete mil euros más o menos. Muchísimo menos, pero es que esta mujer por siete mil euros se compra una casa, educa a sus hijos... Es el salario de diez años para algunas de ellas. Una enfermera en la India gana cien euros al mes. Si tú le pagas siete mil euros, le estás pagando setenta meses. En este sentido, el dinero que tú transfieres a la India va a ayudar muchísimo más que el que puedes transferir a Estados Unidos.” (Entrevista 3)

La gestación subrogada en India, por tanto, se presenta como “una oportunidad, una elección y un intercambio justo, una manera para que las mujeres saquen a sus familias de la pobreza y las personas infértiles tengan a sus niños deseados” (Bailey, 2014, como se cita en Jacobson, 2016).

Como sucede en el estudio realizado por Arvidsson, Johnsdotter y Essén (2015), en el que entrevistaron a 15 parejas suecas que realizaron el proceso de gestación subrogada en India, algunas de las personas entrevistadas para esta tesis doctoral también rechazaron el discurso de explotación al que habitualmente se vinculan los procesos de gestación subrogada en este país. Para ello se refirieron a los aspectos positivos del contrato, y describieron la relación contractual entre ambas partes como un acuerdo planteado en términos éticamente aceptables. No obstante, las mujeres pobres son expresamente reclutadas, ya que el pago que reciben es concebido como un factor transformador para sus vidas, lo que justifica que las mujeres entren a formar parte de esta industria en lo que de otra forma se entendería como una actividad altamente estigmatizada:

“Hay muchas mujeres (indias) interesadas en eso. El único tema que tienen es el tema de “¿qué dirán?”. Muchas de ellas prefieren irse a vivir fuera... eso sí que hay, pero vamos... Las mujeres indias están encantadas de hacerlo porque generalmente son mujeres que necesitan el dinero para pagarles la educación a sus hijos, o porque necesitan comprar una casa. Con esto la compran. De otra manera, pues a lo mejor no tendrían posibilidad de eso. Todo según se mire. Explotación países ricos – países pobres.... Es como una mujer española que gane cien mil euros. ¿La están explotando? Si ella libremente lo decide? No quiero entrar en comparaciones, pero hay cosas peores que esta. Realmente allá no la influyen... a parte [...] una chica que la va a ayudar. Generalmente, hasta dónde yo sé, la gente suele dar más de lo que pactan en el contrato. La mujer india, generalmente (salvo algunos casos, evidentemente), encantada de la vida.” (Entrevista 3)

Aunque la gestación subrogada en el contexto de un país como India es a menudo definida como una situación igualmente beneficiosa para las mujeres gestantes y los IP, no lo es, al menos en los términos que los IP plantean. Markens (2012) conceptualizó esto como una alternativa al marco de la explotación/desigualdad. En este marco, son precisamente las desigualdades económicas las que configuran las desigualdades globales entre clientes y mujeres gestantes, lo que permite que la gestación subrogada en India sea enmarcada como una situación que beneficia por igual a ambas partes (Jacobson, 2016):

“Evidentemente, tu idea no es ir allí de hermanita de la caridad. Tú vas allí por lo que vas. Pero sí que es cierto que es algo de lo que os beneficiais los dos. Ese discurso de buenos y malos no... Yo el discurso de buenos y malos, para nada... En ningún ámbito, pero en este me parece ridículo. Tú imagínate que a ti te dicen que vas a tener un hijo y te vas a llevar el salario de diez años. ¿Tú qué haces? Si tú no tienes ese rollo moral...” (Entrevista 3)

Es de especial interés analizar cómo se presenta la gestación subrogada en Estados Unidos en comparación con el caso de India. De acuerdo con Jacobson (2016), la gestación subrogada en Estados Unidos es presentada también por la industria, así como por las entidades a favor de esta, como una situación mutuamente beneficiosa. El factor económico es sin duda motivante, aunque ninguna de las participantes en las entrevistas de Jacobson (2016) lo señaló como la principal razón para trabajar como gestante. Esto mismo he podido constatarlo en la etnografía audiovisual realizada por Delphine Lance (2015), donde las 8 mujeres entrevistadas ofrecieron diferentes respuestas sobre su motivación para trabajar como gestantes. Todas coincidieron en que, a pesar de que la remuneración no era la principal motivación, sí era una razón

importante. Este hecho, en ocasiones, les generó sentimiento de culpa, lo que las mujeres gestantes denominaron como *money guilt*. De acuerdo con Jacobson (2016), esto tiene su explicación en la narrativa dominante en el país, en la que el dinero por sí solo no puede constituir la principal motivación para involucrarse en un proceso de gestación subrogada, ya que socialmente no está bien visto. En las entrevistas con las mujeres estas declararon que no había suficiente dinero para convencer a alguien para convertirse en gestante, mientras que en India, como se acaba de mostrar, esta retórica sí es posible y también es aceptada.

De acuerdo con Jacobson (2016), el sentimiento de estar motivadas principalmente por el dinero, se da en las mujeres gestantes americanas pero no es una retórica aceptable en la industria. Esta retórica se ha convertido en transnacional también, puesto que como mostré en el capítulo 6, este es un discurso también común en los argumentos de las personas a favor de la gestación subrogada en España:

“Són dones... Les que siguin com la Simone, que segurament hi haurà de diferents. Tenen algo d'altruisme, algo.” (Entrevista 8)

“Ella (la dona gestant) lo que em deia és que això no et soluciona la vida, que ho has de fer per una altra raó, no per guanyar diners. Per guanyar diners, no. És que és tal qual. És que no és només per guanyar diners. Molta gent aquí em deia “Però ho fa per la pasta. Ho fa per la pasta.” I què passa? Que jo crec que a la Christine aquesta part de compensació de lo no econòmic li va quedar curt. Perquè va patir. No és va sentir acompanyada, ella no volia dos; ella no volia una cesària i tenia por.” (Entrevista 2)

Por tanto, para que la gestación subrogada sea culturalmente aceptada en Estados Unidos esta no puede ser vista como un intercambio puramente económico, “un intercambio de útero por dinero”, tal y como se presenta en India. Ni siquiera puede verse como un intercambio principalmente económico. La gestación subrogada en Estados Unidos se dibuja, por tanto, también como una situación de beneficio mutuo en el que cada parte pone algo de valor en el acuerdo. “El objeto de valor para los IP es claro: el bebé, pero para las mujeres, si el económico no es el factor principal, ¿cuál es?” (Jacobson, 2016, p.75). De acuerdo con las repuestas obtenidas por la socióloga en las entrevistas, las gestantes además de la retribución económica y la alegría del embarazo y el parto, ganaban la relación con las madres y padres de intención:

“I la Simone, una dona extraordinària. Ella i la seva família: el seu marit i les seves dues nenes i els seus pares. Extraordinari. Nosaltres diem que en el nostre cas, perquè realitats hi ha milers, però... Bé, la Simone ens considerava la seva família. Ella té un arbre genealògic amb fotos i en una de les branques estem nosaltres. I que ens hem de tornar a veure i tot.” (Entrevista 8)

4. Elementos para el análisis durante el proceso de gestación subrogada

Este apartado está dedicado al análisis de algunos de los principales actores del proceso de gestación subrogada como son las mujeres gestantes y las proveedoras de óvulos, las cuáles son fundamentales en este proceso de reproducción colaborativa. Aquí analizo también cómo son las relaciones entre IP y mujeres gestantes. El entorno que rodea a las madres y padres de intención es también un factor exógeno fundamental en el proceso de gestación subrogada, ya que a menudo necesitan de apoyo tanto económico como logístico y moral para poder llevarlo a cabo. Un proceso que en ocasiones es sencillo pero que, a veces, puede llegar a complicarse mucho y donde las esperas son largas y duras.

4.1. Los diferentes requisitos de acceso a la gestación subrogada

Los IP son los clientes de las agencias de gestación subrogada y pocas reglas se aplican a su acceso y posterior participación en el proceso más allá de su solvencia económica. Por ello estos agentes intermediarios, habitualmente, comprueban que los IP cuenten con los recursos financieros adecuados para hacer frente a los gastos que implica el proceso (Jacobson, 2016). Para las mujeres gestantes, en cambio, existen multitud de requisitos. Y a pesar de que estos varían en función de los actores intermedios y de las tradiciones sociomédicas de cada país, sí que existen algunos requisitos comunes a todos los escenarios. El primero de ellos es que las mujeres deben haber tenido hijos. Esto tiene como objetivo demostrar que tienen la capacidad de gestar y, por tanto, podrán desarrollar un embarazo satisfactoriamente. De forma general, se rechaza a mujeres que hayan tenido partos previos por cesárea o abortos espontáneos. La maternidad previa también es utilizada por las agencias como garantía de que las mujeres gestantes no se opondrán en entregar el bebé después del parto, puesto que ya han experimentado el proceso con anterioridad. El segundo requisito consiste en que las mujeres gestantes no estén recibiendo apoyo público para su subsistencia. En primer lugar, para demostrar que las mujeres no lo hacen por necesidad y en segundo lugar, porque las agencias creen que el hecho de que las mujeres sufran necesidades económicas tiene un impacto en sus cuerpos y también en la relación con las madres y padres de intención (Jacobson, 2016). De acuerdo con Rhoda Scherman (2016), si bien puede parecer que todos estos requisitos son para el beneficio de la mujer gestante, el proceso de preselección en realidad constituye una gestión de riesgos en beneficio de las madres y padres de intención, lo que los sitúa de nuevo en el lugar de clientes.

Existen recomendaciones de cribado para las madres y padres intencionales con el objetivo de evaluar su salud mental y psicológica actual y pasada, junto con la estabilidad del matrimonio, si son una pareja. También se considera importante determinar si existen problemas psicológicos significativos, que podrían impedir una colaboración positiva con la mujer gestante, así como también se explora si tienen una

red de apoyo, entre otros aspectos (Koert & Daniluk, 2016). Sin embargo, tal y como he constatado en las entrevistas esto a menudo no es así:

(...) si passeu l'entrevista psicològica, ja està, ja esteu dintre". Que també és una mica fals. En el sentit de que ells lo que volen és que tu paguis. Lo que volen és la pasta i a partir d'aquí, pues endavant. Jo no crec que hi hagi ningú que no passi l'entrevista psicològica. O potser sí que hi ha algú, però ha de ser un cas molt peculiar." (Entrevista 2)

Por último, y de acuerdo con Söderström-Anttila et al. (2016), es de vital importancia el asesoramiento previo al iniciar el proceso, ya que este puede ser duro y complicado. Este asesoramiento debe incluir descripciones de todos los riesgos y beneficios de la gestación subrogada, así como información sobre los derechos y responsabilidades de todas las partes. No obstante, ninguna de las personas entrevistadas para esta investigación se refirió a este tipo de asesoramiento o acompañamiento durante el proceso.

4.2. La elección mutua en la gestación subrogada

Las personas entrevistadas en la etnografía de Jacobson (2016) se refirieron al proceso de gestación subrogada como una montaña rusa, con altibajos emocionales y estados de ánimo a menudo influidos por los estados hormonales de cada fase. El proceso médico en sí puede ser intenso, especialmente porque las expectativas y el producto resultante es muy importante para todas las partes. El estado emocional puede desbordarse en ocasiones ya que las mujeres gestantes, las proveedoras o madres de intención se inyectan grandes cantidades de hormonas, además de las generadas de forma natural durante el embarazo y después del nacimiento. Grandes cantidades de dinero están en juego también y conseguir el embarazo a través de gestación subrogada representa, en muchos casos, la última oportunidad para las madres y padres de intención (Jacobson, 2016).

Además, existen otros momentos en el proceso que son muy importantes y pueden derivar en situaciones de estrés. Uno de ellos tiene que ver con la selección de la mujer gestante. El inicio de un proceso de gestación subrogada implica este momento clave. En algunos casos la elección ha de ser mutua, es decir, mujer gestante e IP han de aceptarse mutuamente. Este proceso recibe el nombre de *matching* y generalmente lo realizan las agencias. Este consiste en que los IP reciben de dos a tres perfiles de mujeres gestantes y estos deciden cuál de ellas es su mejor opción:

"Nosaltres a l'agència amb que treballem, ells fan com un matching entre la parella que ho vol fer i la dona que vol gestar, doncs, la possibilitat d'acceptar-se o no és mútua. O sigui, tant pot ser que nosaltres diem que aquesta família no ens fa el pes, com que ella digui: "Uj, aquests no em van bé". Vull dir que, en aquest sentit, vam pensar que era molt més d'igual a

igual i amb unes condicions... no sé com dir-ho... més iguals, més justes... no sé.” (Entrevista 4)

No obstante, constato que la noción de elección mutua no es equivalente para IP y mujeres gestantes, ya que si bien es cierto que la mujer gestante ha de dar el visto bueno a la pareja que la elige, son las madres y padres de intención quienes generalmente realizan la verdadera elección a partir de dos o tres perfiles previamente propuestos por la agencia. Por tanto, en el caso de las mujeres gestantes el proceso de selección funciona a la inversa que para los IP. No obstante, en algunos países como Estados Unidos, las mujeres sí pueden establecer una serie de preferencias en cuanto estos en base a algunas variables como, por ejemplo, la opción sexual, la religión o el estado civil:

“T’envien molts perfils de gestants, amb les seves característiques i tal. Tu escull dos o tres perfils, els que més patxoca et fan per tot l’historial que t’envien, etc. Amb això, tu selecciones dos o tres perfils. Ara no recordo. A ella també li donen informació teva. D’aquests tres perfils, si va tot bé, si hi ha casament entre tu i ella i ella i tu, doncs es porta a terme l’entrevista per seleccionar. En una entrevista personal tu coneixes a ella i ella a tu.” (Entrevista 7)

El proceso de selección varía entre los países pero, en general, el momento de conocerse personalmente o a través de Internet y compartir información básica personal, e intercambiar impresiones sobre cómo entienden el proceso de gestación subrogada es muy importante:

“Es que no solamente tú la tienes que escoger a ella, sino que ella te tiene que escoger a ti. Ella també et fa preguntes a tu. No només tu li preguntes a ella: qui és; si té mare, pares; d’on ve; si treballa o no; el seu marit; t’ajudaran o no; vols que ho sàpiguen els teus fills... Són un fotimer de preguntes. També ella et fa preguntes a tu: “Qui sou? A què us dediqueu? Quan temps porteu casats?” Ella vol veure també certa sensibilitat. De fet un dels comentaris que ens va fer va ser algo així com: “Ahora veo que realmente sois unos padres que buscan tener unos hijos.” (Entrevista 7)

El proceso de selección está acompañado y mediado por la agencia y los IP acostumbran a contar con la opinión de las personas que trabajan en ellas:

“Primer fas aquesta sèrie de preguntes i tal, després marxa i ve un altra i fas el mateix. Quan surten totes dues parles amb l’agència i et diuen: “Què sensacions teniu? Us agraden? No us agraden? Va bé?” tens una entrevista amb elles per veure els aspectes que han comentat, si t’ha quedat tot clar, si tens algun dubte. Nosaltres li vam preguntar a la Cristina, que és la directora de l’agència: “Tu què penses? Qui ens recomanes?” Diu: “De la primera penso això i de la segona penso això altre.” Coses positives i coses

negatives. Amb això vam decidir: “La que sonríe más.” La veritat és que com va entrar no parava de riure i tal...” (Entrevista 7)

En otros casos, está claro que la elección es unilateral, como explica este IP que realizó sus procesos en India, donde está implícito que las mujeres gestantes no tienen ninguna posibilidad de elección:

“Sí, claro. Puedes elegir si quieres a la chica, o no la quieres. De hecho, generalmente te mandan perfiles tanto de la donante como de la subrogada. Entonces, tienes posibilidad de elegir, o de decidir si sí, o si no.” (Entrevista 3)

No obstante, entre los casos aquí analizados destaca el de una madre de intención que no se veía capaz de elegir a la mujer gestante. La IP consideraba que ya demasiado que una mujer que no la conocía estuviera dispuesta a gestar a sus hijas por ella, como para ponerse en la situación de poder de elegir que le otorgaba la agencia:

“Pues, és que no la vaig escollir. Jo vaig veure la foto i vaig dir “Déu meu, senyor. Em poso a plorar.” Qui sóc jo per escollir? Una persona que està disposada a fer això per mi!? Bueno, per mi, per ella, pel meu marit, per les meves filles, per... Ja tinc prou (...) Mira, jo la veritat no vaig poder pensar-lo fredament. Recordo que quan vaig veure la foto, vaig pensar “Déu meu, senyor, el que aquesta dona farà per mi. Déu meu! Però de què estem parlant.” Com l’haig d’avaluar? M’és igual. Té una filla, té un [...], té vint-i-tres anys. Cap problema. M’és igual.” (Entrevista 2)

En los procesos de elección está presente lo que Erving Goffman (1959) denomina “gestión de la impresión”, por la que todas las personas intentamos presentar nuestro mejor yo en situaciones sociales (Goffman, 1959, como se cita en Jacobson, 2016). El proceso de coincidencia entre las posibles gestantes y los IP es una interacción intensa que implica la lectura de perfiles, la selección de ciertas mujeres, las llamadas telefónicas iniciales, los correos electrónicos, las primeras reuniones cara a cara de forma presencial o a través de *skype*, en las que ambas partes invierten mucho en aparecer deseables para la otra parte:

“Llavors, de fet de cada vint-i-cinc dones que es presenten per fer-ho, ells (l’agència) en selecciona tres. Després d’haver passat tests, etc. Perquè clar, no volen que després hi hagi problemes, etc. Llavors, han de ser dones, això, madures, pensades... etc.” (Entrevista 1)

Además, las mujeres gestantes afrontan el proceso de selección con nervios puesto que no son solo sus habilidades para gestar las que serán evaluadas, sino que también lo es su carácter, su estilo de vida, su clase social y las decisiones pasadas tomadas en su vida. Además de las preocupaciones sobre su salud, el embarazo y el parto, “los IP

generalmente buscan una mujer gestante con una vida hogareña estable, un entorno que la apoye en su decisión de ser gestante. Alguien en quien crean que pueden confiar” (Jacobson, 2016, p.83), tal y como se muestra en la siguiente cita:

“L'altra xicota, per contra, sí que ho havia fet. No sé si aquesta era la tercera vegada. Ens va dir: “Aquesta ja sap, ja té experiència.” Per a l'Alexa, que és la xicota que tenim nosaltres, és la primera vegada. Nosaltres vam dir que a vegades és millor una xicota que és la seva primera vegada (ja és mare dos vegades, abans). Però és millor una xicota que no té aquesta experiència, perquè no va tan de sobrada. El caràcter ucraïnès o rus... són molt orgullosos. La que no ho ha fet mai és més curiosa amb tots els detalls de l'embaràs, i la que té més experiència va més de sobrada. Així ens va dir, te'n recordes? Llavors, vam escollir l'Alexa per això. La veiem molt afable, molt propera, molt simpàtica.” (Entrevista 7)

Desde el punto de vista de las madres y padres de intención y de acuerdo con la etnografía de Jacobson (2016), algunas mujeres gestantes, por ejemplo, se negaron a trabajar con parejas del mismo sexo o con personas solteras. Otras por el contrario prefieren trabajar específicamente con parejas homosexuales, padres solteros o mayores, o personas que creen que otras mujeres gestantes rechazarán. Las mujeres gestantes más religiosas rechazaron a IP que contemplaban la reducción embrionaria o el aborto, en cambio otras mujeres sentían que eran los IP quienes debían tomar las decisiones médicas. Otro criterio importante expresado por las mujeres gestantes en la selección de los IP, curiosamente, fue el deseo de trabajar con personas que utilizaran sus propios gametos y no con gametos de proveedores (Jacobson, 2016). Estos condicionantes pueden hacer que, por ejemplo, algunas personas puedan tardar más en conseguir una mujer gestante con la que trabajar, como es el caso de las parejas homosexuales:

E1: “Pel cas de noi-noi i estrangers. Jo crec que noi-noi americà pot trobar abans una gestant, que noi-noi d'un altre país. Les gestants d'allà tenen preferències. La nostra cosina no va esperar tant... Quan va esperar la teva cosina per tenir gestant?”

E2: “Ràpid. Jo em recordo estar en una conferència i hi havia una parella de Viladecans (un noi i una noia), que van començar molt més tard que nosaltres i van ser pares abans que nosaltres, perquè va ser més fàcil trobar la gestant.” (Entrevista 8)

El hecho de que la gestación subrogada siga siendo una opción válida para algunas tipologías familiares más que para otras, también tiene impacto en las madres y padres de intención que se alejan del modelo heterosexual biparental:

“Clar, clar. Hi ha més estats que permeten el marc que es pugui fer en una parella home i dona. Més gestants, perquè clar, les gestants també donen els seus valors. I hi ha gestants que parelles homosexuals no volen. Per a noi i noia ningú posa una reticència.” (Entrevista 8)

El proceso de gestación subrogada se inicia con la estimulación ovárica, creación de embriones y posterior transferencia, que si es exitosa, dará lugar a un embarazo. No obstante, los datos sobre las tasas de éxito de la fecundación *in vitro*, como ya he mostrado, no son tan altas, a pesar de que varía dependiendo de la calidad de los óvulos y el esperma utilizados.

Para muchas de las personas entrevistadas conseguir el embarazo implicó al menos una transferencia fallida y algún positivo que no llegó a desarrollarse de la forma esperada, aspecto que sigue contribuyendo a la montaña rusa que es la gestación subrogada:

“(…) En la primera tens la voluntat aquí, les emocions aquí, estàs convençut que sortirà tot bé, anirà tot bé. Te’n vas a celebrar-lo , te’n recordes? Agafes el mòbil i el mail: “Mira, ja ha arribat el resultat.” Negatiu. Diu: “Lo siento, chicos, ha salido negativo.” Buah, que malament ho vam passar. Nosaltres i ella, eh? L’Alexa també ho va passar malament: “Lo siento mucho…” Se sentia molt malament. (...) Vam reiniciar el procés la segona vegada. I ja penses que anirà malament, ja segur que no sortirà bé. Si la primera ha sortit malament, per què la segona hauria de sortir bé? Mirem el resultat i... I a la tercera ja no teníem massa expectatives. Ja no vam anar a celebrar-lo ni res. Estàvem esperant el resultat i prou.” (Entrevista 7)

A pesar de que la elección de las mujeres gestantes se basa mayoritariamente en las sensaciones que se transmiten en el momento de encuentro, de acuerdo con el ESHRE y la ASRM, una mujer gestante preferiblemente debería tener una edad comprendida entre los 21 y 45 años y tener al menos una hija o hijo. Sus embarazos previos deben haber sido cumplidos a término y sin complicaciones. Idealmente, la mujer gestante no debe haber dado a luz más de 5 veces y no más de 3 por cesárea (ASRM, 2015).

4.3. Las mujeres gestantes

Una vez se consigue el embarazo, objetivo compartido por IP y gestantes, el siguiente paso consiste en construir y negociar una relación entre ambas partes. Una relación que empieza en el momento en que se realiza el *matching* y que sigue desarrollándose de forma mucho más importante e intensa durante el embarazo. Cómo será la relación después del nacimiento del bebé en buena medida tendrá que ver con cómo ha sido esta relación durante el embarazo. Las madres y padres de intención a menudo viven la experiencia de formas diferentes. Mientras que para algunas personas se trata de un proceso en el que se suma, se confía y se comparte un momento vital en la trayectoria

de todas las partes, para otras personas es un momento complicado y que puede dar lugar a diferencias y conflictos. A pesar de que los contratos recogen todos los detalles de la relación y el proceso, se pueden abrir pequeñas grietas derivadas de los acontecimientos que van surgiendo durante los 9 meses de embarazo.

Algunos países como India desarrollan la gestación subrogada en un modelo de negocio donde las clínicas o agencias tutorizan y median el 100% el proceso, y normalmente no existe comunicación directa entre IP y mujer gestante. De acuerdo con las entrevistas realizadas, en los procesos realizados en Ucrania, Estados Unidos y Tailandia, sí existió comunicación al margen de los intermediarios. En cambio, en India la mayoría de los informes ubican a las clínicas como únicas intermediarias en la comunicación, siendo el contacto directo entre los IP y mujeres gestantes inexistente o extremadamente limitado. Cualquier contacto entre las dos partes, normalmente es organizado y supervisado por el personal de la clínica. La gestación subrogada en India es el de un mercado de trabajo en el sector servicios de trabajo subcontratado (Hochschild, 2012).

“Desde España contactas con una clínica o un hospital que haga subrogación allí. Ellos te buscan la donante. O sea, depende si vas a usar tus óvulos, o no. En mi caso: te buscan la donante; te buscan la madre subrogada; te vas allí, haces la donación de esperma y, si tienes suerte, dentro de nueve meses vas a buscar al niño. Ellos te mandan test de embarazo y las ecografías. Tú puedes tener contacto con la chica, o no. Esto ya depende de ti. En principio, no te lo recomiendan porque cuanto menos sepáis el uno del otro, mejor. Pero tampoco pasa nada. Si tú quieres conocer a la chica... De hecho la conoces, porque firmas el contrato con ella.” (Entrevista 2)

En el caso de las personas entrevistadas, en todos los casos a excepción de dos, precisamente los desarrollados en India, conocieron y establecieron una relación con la mujer gestante, que duró al menos hasta el momento del nacimiento del bebé. En los dos casos de India, solo conocieron a la mujer gestante de forma obligatoria en uno de los trámites legales en los que se requiere la presencia de ambas partes.

En algunos casos existían dificultades para la comunicación ante la ausencia de un idioma común. Además, también influyen otros factores de forma importante como, por ejemplo, la clase social. En el estudio de Jacobson (2016) algunas mujeres gestantes indicaron que tenían poco en común con sus IP más allá de la gestación subrogada, y la socióloga observó que las diferencias en la clase social jugaron un papel importante en esta desconexión (Jacobson, 2016). No obstante, en el caso de las madres y padres de intención entrevistados para esta investigación, no se hizo mención alguna a la clase social sino al contrario, enfatizaron las similitudes con las mujeres gestantes:

“De fet, és una noia com nosaltres. Té la seva casa, té els seus dos nens. Jo penso que és una noia com nosaltres. En un altre país i en un altre entorn, però una noia de la nostra època. No veig ni que sigui una noia sense cultura ni res. Anglès no parlava, però jo no el parlo tampoc.” (Entrevista 7)

Una vez finalizado el proceso de gestación subrogada, solo en tres de los casos que forman parte de este análisis mantienen el contacto y una buena relación con la mujer gestante. En uno de los casos la relación durante el embarazo no fue satisfactoria, y el contacto actual se limita a la amistad a través de una red social. Los informantes, que en el momento de realizar la entrevista estaban en proceso de embarazo, expresaron que desearían mantener algún tipo de relación con la gestante, pero aún no se habían planteado si sería posible y en qué grado. A través de las entrevistas se constata que es importante el hecho de que exista un idioma común como factor para construir una relación más profunda y que pueda perdurar. A pesar de esto, las madres y padres de intención que no compartían el idioma, como es el caso de las personas que desarrollaban la gestación subrogada en Ucrania, utilizaban traductores en línea para poder comunicarse, aunque estas comunicaciones nunca sucedían de manera directa sino a través de mensajes escritos:

P: “I com us comuniquieu? Amb el Google translator?”

E1: Amb el Google translator...

E2: Una mica lent.

E1: Lent per a nosaltres. Per a ella és molt ràpid. Això sí que ho té. Ella escriu en ucraïnès. Ella no tradueix. Però ni ella, ni ningú de les altres. Tota la gent del grup, que som 200 i pico que estem a Ucraïna. Tota la gent del grup, a tothom els hi parlen en ucraïnès. Allà ningú tradueix ni anglès, ni espanyol. Has d'anar tu... Tu li escrius en ucraïnès: “Hola, Alexa, com estàs?” I ella... És una passada, perquè t'escriu en ucraïnès i comença a enviar-te missatges. “Para, para un moment.” El Google, copiar, pegar, traduir. Vale, ara contesto. Primer has d'interpretar el que diu. És que no totes les frases, les tradueix el Google correctament. Si t'escriu una parrafada, oblida-te'n. Dius: “Més corto.” Llavors, repeteix més curt i vas fent. Sí, sí, ella parla... Et pots estar indefinidament.” (Entrevista 8)

“El handicap, més que això (la distància), és l'idioma.” (Entrevista 7)

La reproducción transnacional hace de este proceso una relación mercantil, pero los IP tienden a hablar de su interacción con las mujeres gestantes o proveedoras de gametos como si el dinero tuviera poco que ver con ello. Esto en algunos casos puede oscurecer las diferencias de poder inherentes a estos procesos, y hacer prosperar las jerarquías de

etnicidad, clase, género y nacionalidad (Deomampo, 2013). En el caso de la muestra aquí analizada, también los IP son conscientes del desequilibrio que existe entre ellos y la mujer gestante, a pesar de que puedan expresar que ellas “son personas como nosotros”. No obstante, la diferencia se hace patente, y las madres y padres intencionales tratan de compensarla como pueden:

E1: “Ella l’altre dia ens deia en un missatge que no havia dormit bé, que ja li costava dormir a la nit i tal. Segurament li comprarem un coixí d’embarassada. Això no està estipulat, no està dintre del contracte. Mira’t el millor que vegis, el que faci falta. No és que ens sobrin calers, però ella ha d’estar en les millors condicions possibles. Dintre de les nostres possibilitats, que són limitades, però per un coixí... O l’altre dia també se li va... Va començar a escriure des del mòbil del seu marit i diu. “Te escribo desde el móvil de mi marido porque el mío se me ha mojado i no me va.” I em va dir que no l’hi van arreglar, no li podien arreglar. “Compra’t un mòbil. Digue’m què val...” Perquè és la connexió que tenim. Perquè també el marit necessita el seu mòbil. [...] Necessita coses... Vull dir, es pot trobar malament en un moment donat i ha de poder parlar amb el seu marit. Si es queda el mòbil a casa, el seu marit està incomunicat. “Escolta, compra’t un mòbil, mirat un mòbil i digue’m què val i et diré què fem.” Se’n va i m’envia una publicitat, una foto de un mòbil, i costava 30 euros. Dic: “Escolta, no hi ha res millor?” I diu: “Bueno, miraré alguno más.”

E2: Perquè, a sobre, és prudent.

E1: Va mirar dos o tres i... Què va costar? No sé, igual 60 o 70 euros. Que si m’hagués dit 150, li hagués enviat 150. Li vaig dir: “Escolta, no hi ha algo millor per 100 euros?” “No, no, aquest de 50 està bé.” Perquè miren molt els calers, no...

E2: Com molt justa. La nostra és molt justa.

E1: Molt justa, molt correcta. “Escolta, si són 150, no passa res. No tinguis cap tipus de problema.” No et demana res que no sigui estrictament necessari. Nosaltres, evidentment, si necessita res, només cal que ens truqui, que ens digui: “Escolta, m’haig de pagar el medicament aquell.” (Entrevista 7)

Se trata de un ejemplo de reproducción estratificada (Collen, 1995) que resulta en una transacción desigual porque son intercambios entre actores sociales ya desiguales. En palabras de Rudrappa (2015):

Incluso cuando los clientes individuales son genuinamente buenos, y sienten profunda gratitud y expresan adecuadamente su eterna apreciación a la

mujer gestante, no pueden superar la estructura de desigualdad que existe entre ellos. Los costos de salud física y emocional de la creación y el parto de los bebés, son soportados de manera diferente por clientes relativamente privilegiados y las trabajadoras relativamente desprovistas de poder en los mercados reproductivos. La jerarquía económica y política global de las naciones, que da forma al acceso desigual de las personas a los recursos, tiene consecuencias en la forma en que los clientes del primer mundo y las trabajadoras del tercer mundo experimentan la paternidad (p.85).

La continuación del contacto entre los IP y la mujer gestante dependerá, entre otros aspectos, de si se tiene previsto revelar sus orígenes a las niñas y niños nacidos por esta vía. Algunos estudios han demostrado que la frecuencia de contacto entre mujer gestante e IP está directamente relacionada con el tipo de gestación subrogada, y la frecuencia es menor en los casos en que el tipo realizado es la tradicional (Jadva et al., 2012; Imrie & Jadva, 2014), que no se ha dado en ninguno de los casos aquí analizado.

En cuanto al vínculo y relación posterior con las mujeres gestantes, es habitual encontrar en los medios de comunicación y comunidades de gestación subrogada, relatos que apelan al vínculo familiar que se crea entre ambas partes. En estos relatos a menudo la mujer gestante y sus familiares son percibidas por los IP como algo parecido a una familia y viceversa:

“I la Simone (la mujer gestante), una dona extraordinària. Ella i la seva família: el seu marit i les seves dues nenes i els seus pares. Extraordinari (...), la Simone ens considerava la seva família. Ella té una arbre genealògic amb fotos i en una de les branques estem nosaltres. I que ens hem de tornar a veure i tot” (...) “Crees un llaç... Jo sempre dic que, per exemple, amb aquesta noia, però sobre tot amb la Simone (que és la noia que finalment va ser la nostra gestant), no és família, però tampoc no és una amistat. Hi ha un respecte, entre família i amistat. És bastant únic, un sentiment molt maco.” (Entrevista 8)

“Potser tenia quinze dies (la filla) i vam fer com un brunch on van venir les dues noies de l’agència i algun col·laborador, i va venir la Simone amb el seu marit i les seves filles... Es van desplaçar del poble a Chicago que eren dues hores...” (Entrevista 8)

“Doncs, en aquest brunch va venir la gestant amb el seu marit i les seves filles, va venir la donant d’òvuls amb la seva mare. Qui més va venir? Bueno, estàvem tots i la Carola. Va ser molt maco. I amb la Laia vam repetir-ho.” (...) “No sé, era només un dinar per donar-los les gràcies: “Aquestes vides estan aquí gràcies a vosaltres.” I molt bé. Vull dir, jo dic que el nostre procés és una mica de la pel·lícula...” (Entrevista 8)

La mayoría de las familias creadas por gestación subrogada han reportado una relación armoniosa con la mujer gestante (Kleinpeter, 2002; Imrie & Jadva, 2014). No obstante, no todas las relaciones funcionan bien y surgen tensiones durante el tiempo que dura el proceso. De acuerdo con Hanafin (1987), la confianza y el control son cuestiones claves en la experiencia de la gestación subrogada, tanto para las mujeres gestantes como para los IP. Muchos llegan a la gestación subrogada física, emocional y financieramente agotados después de pasar por tratamientos fallidos de fertilidad. Esto a menudo crea ansiedad y preocupación en ellos y pueden ser hipervigilantes sobre el comportamiento de la mujer gestante y el proceso de embarazo, especialmente si esta es su última oportunidad de tener un bebé (Koert & Daniluk, 2016), y este era el caso de la persona entrevistada 2:

“Jo em moria. Clar, embarassada de bessons... Tu parles amb gent embarassada de bessons i et diuen “els últims mesos, repòs absolut! No te puedes ni mover. A més a més, més val que no et moguis, perquè si no, pareixes.” I ella, pam, pim! I jo mirava al meu marit i em deia “La atarías? La atarías, no?” i jo “Qué se esté quieta, por favor!” Llavors ella, sense voler, em deia “Uff, yo no puedo más. “Yo quiero parir ya” ... És que no s’adona de a qui li està dient! I de lo que estem parlant. Que són les meves filles! Que si els hi passa algo, em moro. Que de fet, quan van néixer prematures, hi va haver un punt de dir “Collons, tia! Per què no t’has cuidat més?” Clar, no deixa de ser una responsabilitat.” (Entrevista 2)

“Ara se m’ha passat, però en aquell moment tenia una sensació de ràbia, perquè la Christine no s’adonava que em deia coses que a mi em feien mal. Per exemple: “Ja esteu aquí, ja heu arribat, jo vull parir.” Jo em cagava. Pensava “Por favor, aguanta una mica.” (Entrevista 2)

Esto influyó en el tipo de relación que mantuvieron después del parto:

“Ara, de tant en tant, algun contacte esporàdic, a través del Facebook, tenim. Ella comenta alguna cosa de les fotos de les nenes.” (Entrevista 2)

4.4. Las mujeres proveedoras de óvulos

Es habitual que en los procesos de gestación subrogada, los óvulos correspondan a una proveedora. Las clínicas de reproducción asistida, o en su defecto las agencias intermediarias, reclutan a mujeres que se convertirán en proveedoras de óvulos. En el proceso de provisión de óvulos, una vez que se confirma la concordancia de la proveedora con la mujer receptora, en este caso la mujer gestante, se pone en marcha el proceso de medicalización en el que la proveedora tomará hormonas durante aproximadamente seis semanas. Primero para sincronizar su ciclo menstrual con el de la mujer gestante y luego para estimular la producción de ovocitos. Después, se realiza una cirugía ambulatoria para extraer los óvulos, que se mezclan con esperma del padre

de intención para producir la fecundación. Esto da como resultado habitualmente varios embriones, de los que un número determinado se implantarán en el útero de la mujer gestante y así se inicia el proceso de gestación (Widdance-Twine, 2015). “Los óvulos y el esperma son productos corporales paralelos en los que cada uno aporta la mitad del material reproductivo necesario para crear una vida” (Almeling, 2007, p.319). Los embriones creados contienen el genoma completo y único de un potencial ser humano, con todas sus características y rasgos.

La compensación que reciben las mujeres proveedoras de óvulos varía sustancialmente a nivel global. Mientras que en Estados Unidos la media está en 4.200 dólares (Convington y Gibbons, 2007 como se cita en Widdance-Twinne, 2015), en India una proveedora puede recibir una tercera parte de este importe. No obstante, la remuneración final depende de numerosos factores como son las tarifas de la clínica, y otras variables que aumentan o reducen el caché de las proveedoras. Por ejemplo, su formación, su aspecto físico, si son “donantes probadas”, etc., aunque todos estos valores tienen más o menos peso dependiendo del país en el que se desarrolla la gestación subrogada.

“Las personas seleccionan las donantes en base a sus características físicas y sociales. Estas características incluyen edad, color de piel, altura, color de pelo, color de ojos, forma del cuerpo y el origen racial o étnico percibido” (Widdance-Twinne, 2015, p.39). Esto puede explicarse porque el parecido físico es a menudo un importante marcador simbólico de pertenencia de la familia (Becker et al., 2005, como se cita en Dempsey, 2013). Petra Nordqvist (2010) sugiere que los parecidos familiares claros sirven para confirmar la pertenencia familiar en un sentido cultural, ya que que son percibidas como marcadores de "sangre" o de relación genética.

Al contrario que con las mujeres gestantes, no existe una discusión sobre si la motivación para ser proveedora de óvulos ha de ser altruista o no. En general está claro que estas mujeres participan de los procesos, principalmente, por motivos económicos. René Almeling (2008) en su investigación sobre la donación de gametos concluyó que las motivaciones que inspiraron a las mujeres entrevistadas en su trabajo de campo a vender sus óvulos eran, en la mayoría de ocasiones, económicas en lugar de motivaciones puramente altruistas, a pesar de la retórica que usan las empresas y agencias sobre la “donación” (Almeling, 2008). De hecho, el término “donación”, como ya expuse en el capítulo 2, es muy discutido puesto que se considera que este no es siempre adecuada dado que “en la mayoría de escenarios legales posibles las mujeres no donan sus óvulos como un acto puramente altruista, sino que los venden por un precio” (Widdance-Twinne, 2015, p.37).

Almeling (2008) explica este hecho desde que a finales de los años 80, el cuerpo médico empezó a ceder el control de este proceso a los programas de donación comercial y “la donación de gametos se convirtió en una de las competencias de las agencias

comerciales, en lugar de una de las competencias de los profesionales médicos que administraron estas tecnologías" (p.38).

En la muestra aquí analizada, 6 de los casos necesitaron ovodonación. 4 de las 6 proveedoras de óvulos eran caucásicas y los IP tuvieron en cuenta al menos su fenotipo a la hora de realizar la elección. En dos casos las mujeres donantes de óvulos eran originales de India y Tailandia respectivamente y los IP, por diversos motivos, aunque fundamentalmente de tipo económico, no consideraron relevante los rasgos fenotípicos del bebé que nacería:

P: "¿Y tus donantes eran mujeres indias?"

E: Sí, todas. Una donante occidental, te sale mucho más caro y total, a mí me da igual. No es algo que me preocupe." (Entrevista 3)

P: ¿Y en ningún momento os planteasteis la ovodonación con una donante caucásica?

E1: Sí, nos la planteamos inicialmente, pero es que teníamos que mover a una persona de Estados Unidos o de [...] para que fuera a Tailandia. Y esto costaba veinte mil dólares. Entonces, me parecía snob.

E2: Había mucha gente que lo hacía.

E1 Sí, hubo gente, sí.

E2: Ahí, en Tailandia, había gente que pagó quince, veinte mil euros por tener... no una donante, una modelo caucásica.

E1: Que fuera muy guapa... espectacular.

E2: Yo entiendo que es...

E1: Cuando lo miramos y tal nos parecía bien. Pero luego... Nosotros estábamos decididos ya para adopción. Entonces, nos parecía tan ridículo... De hecho, me sigue pareciendo ridículo. Yo no pretendo que mi hijo se parezca a mí, el niño no es mío biológicamente, es mi hijo y punto. ¿Qué más me da que sea rubio, moreno, con ojos rasgados? Me es exactamente igual. De hecho, mi hijo es igual que mi marido [...] Es igual que su hermana de pequeña. [...] (Entrevista 10).

A pesar de que las donantes de óvulos juegan un papel central en este proceso como proveedoras de material genético, en general, no despiertan la misma necesidad de vínculo que las mujeres gestantes (Deomampo, 2016). En el caso de las personas entrevistadas solo en 1 de los 10 casos conocieron a la proveedora de óvulos. No obstante, no mantienen contacto con ella en la actualidad aunque sí expresan

abiertamente mucha gratitud hacia ella. En cuanto al resto de personas entrevistadas, no otorgaron una especial importancia a las mujeres proveedoras de óvulos, a pesar de la importancia que las madres y padres de intención acostumbran a otorgar al fenotipo (Chavkin & Maher, 2010).

En cuanto al proceso de selección de la proveedora de óvulos, este no acostumbra a implicar dificultades para los IP que, simplemente seleccionan a una mujer de acuerdo con sus propios criterios. A veces, el acto de provisión de óvulos implica que la mujer proveedora se deplace de país:

“La donant d’òvuls és molt fàcil. Normalment són noies universitàries joveníssimes, perquè són òvuls de més qualitat. Llavors com aquí, hi ha un llistat increïble. Costa més la subrogada.” (Entrevista 1)

“Les donants, en principi, és més fàcil. És com noies que estan disposades a ser donants d’òvuls, també per mil motivacions i per mils històries. Tu esculls, passen les proves mèdiques i quan el cos els hi permet, i el metge... Perquè allò porta un cicle i unes hormonacions i tal...” (Entrevista 8)

“(la donant) És de Geòrgia. Vam mirar catàlegs de les clíniques que gestionen el tema de la subrogació. Et mostren uns catàlegs de donants de diferents països (...) i tens opció d’agafar òvuls d’una donant índia, o opcions d’agafar òvuls de donants de diferents països. Normalment són de l’est d’Europa. Nosaltres vam mirar catàlegs. No sé si serveix de molt o de poc el fet que et posin la foto d’una dona i si tenen fills o no tenen fills, l’expedient familiar i tal. Al final, cada un pot escriure el que li doni la gana, però optes per una. Llavors, fan el procés de donació, que és un altre procés diferent. L’estimulen, la preparen i tal. Llavors, la dona viatja a la Índia, per fer l’extracció d’òvuls. A tu, et fan viatjar al mateix temps, perquè al cap de tres dies és la inseminació.” (Entrevista 5)

4.5. El entorno y apoyo a las madres y padres por gestación subrogada

Como se ha mostrado en el capítulo 6, la gestación subrogada en España cuenta con un tejido asociativo muy activo y eficiente. Una de las principales labores de estas entidades es la normalización y visibilidad positiva de la gestación subrogada entre la ciudadanía. Esto, sin duda, ha contribuido a que la sociedad acoja de forma más positiva la práctica y sienta empatía hacia las personas que tienen hijas e hijos por esta vía. Sin embargo, cuando los IP revelaron su opción para formar familia encontraron diversas reacciones:

“A mi, una de les crítiques que em van fer és: “Clar, així no t’engreixes. No has de passar pel mal tràngol i després et queda tipet.” Dic: “Mira, tu no saps el que jo donaria per posar-me com una balena i amb cel·lulitis la

resta de la meva vida per portar els meus fills al món. El que estàs dient són tonteries.” Però la gent això, ho pensa.” (Entrevista 9)

Aunque también es una situación que crea empatía y fuertes vínculos entre las personas que comparten una misma situación:

“El que em fa ràbia és que la gent, quan entén de què va i et coneix, et diuen: “Jo faria el mateix.” i “Si la meva filla estigués..., també li recomanaria.” És més, m’he trobat amb senyors que em van dir: “Et fa res si a la meva filla (o a la meva neboda) li dono el teu telèfon?” La gent t’obre el cor no saps com. Tu els hi expliques les teves penes i ells et diuen: “Saps que la meva filla porta anys també intentant-ho i no... Escolta, li diré. Et sap greu que li doni el teu telèfon?” “No, no. Dóna-li, que em preguntis el que sigui.” (Entrevista 9)

“La gent, quan sap de què va, ho comprèn i diu: “Això per què no es pot fer a Espanya?” I la gent que no ho accepta, no ho accepta per desconeixement. Perquè quan després saben com van les coses, tothom es pregunta... Home, tothom que jo hi he parlat, clar. Evidentment, hi haurà de tot, no? Però no és tant estrany...” (Entrevista 9)

Para algunas personas entrevistadas ha sido necesario el apoyo económico de sus familiares para hacer frente a los gastos que supone la gestación subrogada. En 5 de los 10 casos aquí analizados recurrieron a alguna forma de apoyo, ya fuera a través de préstamos familiares o bancarios, hipotecas o incluso rehipotecas de sus viviendas.

“La meva família, especialment, ens va recolzar moltíssim. De fet, econòmicament ens van ajudar els meus pares, a poder portar la gestació subrogada.” (Entrevista 9)

En cuanto al estigma sobre las mujeres gestantes en sus comunidades de referencia, Jacobson (2016) concluyó que estas explicaron cómo transmitir la idea de que al parir ellas "devolverían los bebés a sus padres" en lugar de renunciar a los bebés, constituyó una distinción de vital importancia en la vivencia del proceso de gestación subrogada para ellas y su entorno. La idea central de este argumento es que las mujeres gestantes únicamente se ocupan de los bebés de los IP durante el embarazo, y los “devuelven” a sus padres legítimos después del nacimiento. Para las mujeres gestantes, este concepto está perfectamente alineado con la concepción socialmente aceptada sobre el parentesco genético. Estas mujeres afirmaron ser capaces de defender la gestación subrogada como una práctica legítima, no defendiendo la práctica en sí misma sino a través de la noción de genética que convierte en moralmente aceptables los contratos de gestación subrogada (Jacobson, 2016).

“(…) Aquest comentari es diu: “Es muy duro para una madre gestante desprenderse de sus hijos.” Es que eso no es así, no son sus hijos. Es como si... Bueno, ella lo dice así también. Le hemos oído decir muchas veces. Ella es como si estuviera cuidando a tus hijos durante un tiempo. Es decir, si tú coges... No sé si tú tienes hijos, pero si tienes hijos y los dejas en una guardería, ¿son de la guardería tus hijos? Y allí también les dan de comer y los cuidan y los atienden igual, o quizás mejor, que tú. ¿Pero son sus hijos? No, son tuyos. Es decir, ella... El planteamiento un poco es así. No es solamente un envase, porque ella, lógicamente, aporta muchísimo más, los trae a la vida, que eso es importantísimo. Pero ella no los ve como algo suyo, sino es una facilitadora de que eso pueda llevarse a término. No se puede hacer de ninguna otra manera.” (Entrevista 7)

En relación a esto, uno de los temas más referenciados en la literatura es el del posible arrepentimiento de las mujeres gestantes a entregar los bebés una vez nacidos. Vasanti Jadva et al. (2003) llevaron a cabo un estudio con 34 mujeres gestantes en el que completaron su participación finalmente el 70% de ellas. Las mujeres fueron entrevistadas un año después del parto y ninguna de ellas afirmó haber tenido dudas sobre entregar el bebé a las madres y padres de intención para quienes lo habían gestado.

5. Elementos para el análisis después el proceso de gestación subrogada

En este último apartado analizo los puntos clave del proceso de gestación subrogada una vez este ha finalizado, y que tiene lugar una vez los IP están de vuelta en España con sus hijas e hijos. Concretamente me centro en el análisis de las dificultades encontradas una vez nacieron los bebés y también en el modelo de gestación subrogada que los IP, valoran como el más adecuado para el contexto español. No obstante, doy inicio a esta sección exponiendo cómo y con quién compartieron los IP sus procesos de gestación subrogada.

5.1. Visibilizando la gestación subrogada

Como he mostrado en el capítulo 6, la gestación subrogada ha ganado mucha visibilidad pública a través de los medios de comunicación, pero las madres y padres de intención de la muestra, en su cotidianidad, también realizan ejercicios de visibilidad con el objetivo de normalizar la práctica:

“Nosaltres és que fem el procés molt transparent amb tothom. És que estem orgullosos. Si no estiguéssim orgullosos no ho haguéssim fet. Per portar-ho d’amagat, no ho faig, busco una altra alternativa amb la que em senti orgullós. Vaig estudiar el tema i dic que això és preciós” (Entrevista 8)

“Jo vaig pel carrer amb les meves filles i saben d'on venen, i només hi ha somriures a les cares. Jo no m'he trobat mai una mala paraula. Que potser darrera hi ha una persona que ho critiqui? Potser com moltes coses es critiquen en aquest país. Però jo... Vas al metge, els metges és un col·lectiu que mostren molta curiositat i molta il·lusió que això sigui una realitat. Te'n vas a l'escola, a la guarderia, tant els pares, com els professors, tot és maco, no hi ha...” (Entrevista 8)

“Tots els professionals mèdics que ens hem trobat ens van dir “Enhorabona, d'aquí a 25 anys això es farà aquí”. O sigui, la tècnica, la tenim. Estem ja com preparats. És un tema de... Jo crec que això va més ràpid que ens pensem. Tampoc crec que sigui un tema d'un partit conservador o progressista. No, és la societat que està canviant. Em fa l'efecte... Això de dir “No, esperem que governin els progressistes.” És que els conservadors també es beneficien d'això.” (Entrevista 8)

Sin embargo, a pesar de que las personas entrevistadas para esta investigación compartieron con su entorno que serían madres y padres a través de gestación subrogada, no siempre es así

E1: “(...) O como otras parejas aquí, en España, lo que te preguntan (como diciendo que esto es lo normal, que también lo hemos hecho): “¿Oye, tú dónde compraste la tripa de goma?”

P: ¿Esto padres y madres de intención?

E1: “Sí, sí.”

E2: Muchos. Muchos. Heteros. Nosotros conocemos a unos chicos que a su familia, a sus padres no se lo han dicho. A sus padres. Y se han traído niños con rasgos asiáticos y no se lo han dicho. Para que veas.” (Entrevista 10)

Por tanto, a pesar de la visibilidad que la práctica ha ganado públicamente, romper con el mandato de la familia heterosexual puede resultar complicado para algunas personas.

5.2. Dificultades encontradas

Como he mostrado, los procesos de gestación subrogada pueden comportar diversas dificultades en diversos momentos del proceso, pero son las que pueden tener lugar una vez las niñas y niños han nacido, las que más preocupan a los IP. Generalmente, los obstáculos se concentran en 3 momentos: en la obtención de los documentos necesarios para abandonar el país donde ha nacido el bebé, en el momento de la inscripción en el Registro Civil de los recién nacidos, y también en la obtención de las licencias parentales.

En esta sección me centro en analizar las dificultades encontradas por los IP de la muestra en cuanto a la obtención de los permisos de maternidad y paternidad y las dificultades encontradas para abandonar el país de nacimiento de sus hijos. Las dificultades con el Registro Civil, serán tratadas del capítulo 9.

5.2.1. Dificultades para abandonar el país donde nacieron sus hijos

Mientras que las personas españolas que han realizado los procesos de gestación subrogada en Estados Unidos generalmente no encuentran ninguna dificultad para abandonar el país, dado que desde el momento del nacimiento cuentan con una partida de nacimiento y pasaporte que se lo permite. Los IP que realizaron el proceso en otros destinos como Tailandia o India, sí encontraron dificultades:

“Llavors, de l’ambaixada ja surts amb els passaports. El que et diuen és que ells no t’ajudaran amb res, perquè no es volen fotre en... No t’ho diuen així, però et diuen: “Ja saps com està la situació aquí i, com que és una cosa tan especial, no ens embolicarem.” Bàsicament és “ja t’espavilaràs.” La següent gestió que has de fer és amb el FRRO que és l’Oficina d’Estrangeria d’allà, per entendre’ns. Té una manera molt curiosa de funcionar, d’agafar número d’entrada, sortida i tal. Bàsicament circula la llista de documents que els hi has d’entregar, que són molts. Aquí no has de postillar res. Com que és la pròpia administració que ho ha fet, ja se’n fien ells. Has d’entrar un document de... Al FRRO el que fan és que els nens que han nascut no tenen un visat. Llavors, necessiten un visat de sortida. Bàsicament, del que es volen assegurar és que tu no estàs robant un nen, que tu no t’estàs emportant un dels seus conciutadans. L’altra cosa que es miren és que no deixes deutes, que la clínica, la gestant, tothom ha cobrat el que ha de cobrar i tal. L’altra cosa que es volen assegurar –que aquesta és la que em va fer riure, però per això has d’entendre la Índia– és que t’estimaràs als teus fills. Fan firmar una declaració d’amor als teus fills.” (Entrevista 5)

Y continúa:

“Llavors això, jo vaig passar una setmana anant-hi cada dia i “pushing, pushing”. Jo vaig tenir la sort de que en el paper m’havien posat 15 dies. Jo pensava que els papers aquests era com una broma, però se’ls prenen molt en serio. Llavors, em volien agafar el paper moltes vegades, per canviar la data. I jo vaig dir: “Ostres, vol dir que jo tinc un poder amb aquest paper.” Descobreixes que allà tot el paper escrit i amb segells és... Jo vaig dir: “Aquí posa una data!” Llavors el jefe de l’oficina va fer “Com és que no està resolt?” Al ministeri...” (Entrevista 5).

Desarrollar procesos de gestación subrogada en lugares donde las regulaciones no son claras hace que muchos de los trámites necesarios para conseguir la filiación y poder salir

del país con la documentación necesaria sean prácticamente aleatorios, y dependa de la capacidad de los IP para gestionar la situación o de la situación política de la gestación subrogada en el momento.

5.2.2 permisos de maternidad y paternidad

Se desconoce si las personas españolas que recurrieron a la gestación subrogada antes de que se convirtiera en un fenómeno visible disfrutaron las prestaciones de maternidad y paternidad, puesto que no existe constancia de ello. En cambio, en los procesos de gestación subrogada desarrollados desde el año 2007, cuando empieza a haber una discusión pública sobre el tema y las entidades empiezan a reivindicar la regulación de la gestación subrogada, las licencias parentales pasan a formar parte de la agenda reivindicativa:

“Nosaltres ja hem fet el permís. Això funciona que l’empresa et dóna dret a que tu no vinguis a treballar. Llavors, tu vas a la Seguretat Social: “Ei, que tinc una baixa, paga’m.” I l’Estat diu: “Ui, això és una gestació subrogada. No t’ho remunero.” Ho demandem. Hem estat els mesos de baixa sense tenir cap ingrés.” (Entrevista 8)

Con el aumento de la visibilidad del fenómeno y la consolidación del proceso de incidencia política desarrollado por SNH, las madres y padres por gestación subrogada empezaron a reivindicar su derecho a recibir dichas prestaciones. Esto ha ido acompañado de denuncias contra la Seguridad Social, como es el caso de una de las parejas entrevistadas, que interpuso una demanda a esta administración. Ganaron en primera instancia, pero ha sido recurrida por la Administración Pública. En la actualidad está en la Audiencia Provincial a falta de resolución:

“Bé, amb qui hem tingut problemes és amb la Seguretat Social. Però amb la justícia, no, perquè ho vam reclamar i ens van donar la raó (...). En primera instància hem guanyat. Han recorregut, perquè clar, la coherència, que si no te l’han acceptat [...] fins a l’Audiència Provincial. [...] I el tema és que el superior ens donarà la raó [...] (En la sentència) Li fan un “rapapolvo” a la Seguretat Social per discrecionalitat en la forma... Perquè la paternitat ens la van donar, però la maternitat, no. En canvi, tenim el llibre de família [...] La sentència dóna a entendre (i és cert) que és un tema de discriminació d’orientació sexual, està claríssim. Diu que estem al segle XXI i que hem d’estar per sobre d’aquests debats. Està bé que un jutge ho digui en una sentència. Després el més important, que és que no hi ha justificació alguna que un nen petit no tingui dret a tenir uns mesos amb els seu pares. Dóna igual l’alternativa que s’hagi escollit per tenir un fill. El menor té dret a estar amb el seu pare i el pare, òbviament,

ha de deixar de treballar i per tant ha de tenir una remuneració.”
(Entrevista 8)

Ante las dificultades para acceder a las prestaciones, los IP buscan estrategias para poder hacer frente a la falta de permisos de maternidad y paternidad:

“En el meu cas tinc la gran sort que jo sóc autònoma. I com m’han ajudat econòmicament els meus pares, he fet coixinet per poder permetre’m deixar de treballar sense cobrar. A més, l’empresa és meva, amb la qual cosa m’ho he pogut organitzar i encara que no cobri aquells mesos, ho puc fer. Llavors, el fet de no tenir baixa no m’afecta tant.” (Entrevista 9)

5.3. La revelación de los orígenes

Los padres y las madres por gestación subrogada son más abiertos con sus hijos sobre las circunstancias de su nacimiento que los padres de niños concebidos por donación de óvulos, de esperma o embriones (Golombok, 2015; Levaara et al., 2013; Soderström-Anttila et al., 2010). Además, generalmente, por lo menos en los países donde la gestación subrogada es legal, una gran mayoría de los padres y las madres de intención planean informar a sus hijos sobre sus orígenes biológicos (Van den Akker, 2000; MacCallum et al., 2003, como se cita en Soderström-Anttila et al., 2016). Esto puede ser debido a que la colaboración con una mujer gestante no implica conexión genética entre ella y el niño que nacerá, y por tanto conlleva menos estigma (Koert & Daniluk, 2016).

En un estudio longitudinal realizado por Golombok, Murray, Jadvá, Maccallum y Lycett (2004) en el que encuestó a 33 familias creadas por gestación subrogada 10 años después del nacimiento de sus hijas e hijos, 30 de las 33 familias, ya habían revelado a sus hijos e hijas que habían nacido de una mujer diferente a su madre, mientras que 3 familias tenían planeado hacerlo en el futuro cercano.

En el caso de esta investigación, todas las personas entrevistadas planeaban explicar a sus hijas e hijos su origen. Durante las entrevistas algunas personas me mostraron cómo pensaban revelarles su proceso de concepción y nacimiento. En algunas ocasiones, los IP tenían álbumes donde habían recogido el proceso de gestación subrogada de sus hijos a través de fotografías, ecografías, informes, etc. En otro caso los padres habían hecho un mural en la habitación donde dormían sus hijas, en el que de forma gráfica recogían el proceso de gestación subrogada. Otra de las madres estaba escribiendo un diario donde le hablaba a los bebés que nacerían y les explicaba cómo avanzaba su proceso de gestación:

“(…) el meu diari, el vaig començar a transformar en un diàleg amb els bebès. Els hi explico: “Avui m’heu espantat per això, per allò altre... Avui m’heu donat una bona notícia, esteu bé...” Després vaig dir: “Això, ho podria fer servir per explicar-los el dia de demà d’on venen, qui els ha

portat al món, tot.” Vaig anar a comprar un llibre d’aquests de fotos i vaig començar a enganxar les ecos, les fotos del primer viatge que vam fer, els informes mèdics i el que jo pensava i com un diàleg amb ells explicant-los d’on venien. I no amago res, perquè penso que no hi ha res que amagar. És a dir, evidentment els hi anirem explicant a mida que ells puguin anar comprenent les coses.” (Entrevista 9)

Algunas personas entrevistadas tenían claro que es una prioridad no solo explicar que nacieron a través de un proceso de gestación subrogada, sino que también desean que sus hijos conozcan quién es la mujer que les gestó:

“Sí. Nosaltres volíem establir un bon vincle, perquè nosaltres volem explicar al Marcel qui l’ha gestat. O sigui, quan sigui gran preguntà, si vol saber-ho.” (Entrevista 1)

Algunas personas buscan la mejor forma de revelación. Una de las estrategias es explicarlo como una colaboración de diferentes mujeres que hicieron posible la llegada de los bebés a este mundo:

“Ara començo a preocupar-me d’aquest tipus de coses, de com expliques això, com expliques lo altre. Jo el que practico de tota la vida, i amb el Carles hi estem d’acord, és l’honestedat total. Llavors hi ha uns conceptes que tenim molt clars. Un, que no hi ha mare. El concepte “mare” no hi és. Hi ha una donant d’òvuls i una gestadora, això és el que hi ha. Són dones que hi han participat. També hi ha hagut una advocada i una metgessa, també una llevadora. Són un grup de dones que ens han ajudat en aquest procés. En alguns casos podia haver estat un home, en altres casos, no. Ja està, les coses són així. No cal donar-li més voltes. Si algú vol donar-li més voltes, se li explica tantes vegades com faci falta el mateix. El concepte de mare té connotacions culturals, religioses, per països canvia, hi ha de tot. Tots són comprensibles i tots s’han de poder analitzar. Però el que hi ha és el que hi ha.” (Entrevista 5)

Pero de la misma manera que existen personas que deciden no hacerlo público en su entorno, también existen personas que deciden no revelar los orígenes a sus hijas e hijos:

“Desde luego. Luego, en nuestro caso tenemos claro que a nuestro hijo, se lo vamos a contar y el día de mañana mi hijo se puede enterar perfectamente. Entonces, ¿por qué se lo has ocultado?. Incluso puede pensarse que hay algo malo, sino no se lo ocultarías. Bueno, conocemos a mucha gente que esto, no lo ha contado ni a la familia.” (Entrevista 10)

“Incluso en reproducción asistida. Yo tengo amigas que han recurrido a ovodonación y no se lo han dicho a los hijos y no se lo van a decir. Es más, me lo acaban diciendo a mí, porque han visto lo que me ha pasado, pero es: “Por favor, ni se te ocurra decírselo.” Es que no se entiende. Yo no voy a revelar a tu hijo nada que tú no quieras, evidentemente. Pero me parece... Es como antiguamente con niños adoptados. Es ridículo. O sea, no pasa nada. Es una manera más de formar una familia. Es lo que hay ahora mismo.” (Entrevista 10)

La formación de las familias mediante gestación subrogada en el caso de los hombres gays, plantea también complejos temas de parentesco. Por un lado, su mayor complejidad es inevitable ya que la concepción tiene siempre lugar a través de la participación de gametos de terceras personas y, solo uno de los miembros puede contribuir con su espermatozoides a la formación del embrión, situación que obliga a tomar una serie de decisiones: quién pone el espermatozoides, con qué óvulos, en qué mujer y por qué (Dempsey, 2013):

“La genètica és un altre tema, dos pares, qui és el pare biològic i qui no és. És un tema que nosaltres sí sabem i no ho direm. Però no perquè tinguem problemes amb dir-ho. És per respecte a elles. Quan siguin grans, han de ser elles les que diguin: “Jo vull dir qui és el meu pare biològic.” Perquè potser no vull dir-ho. I no ets tu ningú per dir-li al veí del 2n-4a qui és el meu pare biològic, perquè és el meu pare. És un tema que respectem molt. Quan ho vulguin saber, ho sabran. Aquesta informació, elles són les que han de tenir el dret de fer-lo públic o no fer-lo públic. És la seva vida i és el seu procés, no és el nostre.” (Entrevista 8)

5.4. El modelo de gestación subrogada deseado por los padres y madres

Como he mostrado en el capítulo 6, la discusión sobre la regulación de la gestación subrogada se encuentra en un momento de máxima actualidad e importancia en el Estado español. Desde los sectores a favor de la regulación se la contempla como la forma de paliar muchas de las dificultades que madres y padres de intención encuentran. Reclaman una legislación de la gestación subrogada que permita que el proceso pueda realizarse íntegramente en el Estado español. No obstante, a pesar de que el sector a favor de la regulación promueve un modelo concreto, que denominan modelo altruista con compensación a la mujer gestante, los IP desean modelos de regulación en base a las experiencias vividas y de acuerdo con sus creencias y valores sociales. Sus apreciaciones y valoraciones sobre la propuesta regulatoria también están influidas por la opinión pública:

“Jo crec que és necessari (regular). Mira, precisament, i també per la gent contraria, per esvaïr tots els dubtes sobre les bondats d’aquest procés. Si

tu veus un contracte de gestació subrogada privada fet als Estats Units, es contempla tot. I quan veus gent que no està a favor (“No, perquè la dona...”), llegeix-te un contracte i veuràs com tot això que tu dius està previst contemplat, regulat i protegeix a la part. Un exemple, en un contracte típic de gestació, si corre risc la vida de la gestant o del fetus, qui té prioritat? La gestant, no el fetus. I com aquestes, moltes. S’hauria de regular per esvair els dubtes... I una regulació oberta. Si la vols remunerar, remunera. Si no vols, no remuneris.” (Entrevista 8)

Las dos principales entidades a favor de la regulación de la gestación subrogada en España tienen la voluntad de implantar un modelo en el que tengan cabida como gestantes también familiares y amistades, pero no todas las personas entrevistadas estaban de acuerdo con este aspecto:

“Si la gestante hubiera sido mi hermana no me hubiera gustado, si hubiera sido una amiga tampoco me hubiera gustado. Es muy bonito decir que preferirías que lo hiciera una mujer cercana a ti, pero luego no sabes como eso va a ser, ¿qué le dices al niño? ¿qué es su tía? ¿Cómo lo llevas después? No es realista.” (Entrevista 10)

Sí encontré consenso en el hecho de que las mujeres fueran remuneradas por la labor realizada, y todos coincidieron en que era imprescindible hacerlo, a pesar de que difícilmente se podía compensar económicamente de una forma justa un proceso de estas características:

“Òbviament, si es vol fer de forma altruista, molt bé. Són coses comprensibles com de germana a germana. Sé que hi ha països europeus que ja està regulat i això es permet. I està molt bé. Però jo sempre ho he dit: de fàrmacs et gastes 30 mil dòlars, d’advocats et gastes 15 mil dòlars, a l’agència, els deixes unes comissions de 20 mil dòlars i a la gestant —que és la persona que està nou mesos mínim portant un procés amb la dedicació que és— només faltaria no donar-li una remuneració. Sí que és veritat que no té preu. Però pagar zero és vergonyós. I ho pagues a gust. Ho pagues a gust, perquè estàs agraït. Molt més agraït que als fàrmacs (amb tots els respectes), a la clínica (...) Però als advocats i a tots: moltes gràcies. Es porten un marge de diners importantíssim i un 20% de tot aquest procés només va a una gestant. Només faltaria. Això sí que és una falta de respecte qüestionar una remuneració a una persona.” (Entrevista 8)

Algunas de las personas señalaron las irregularidades que un modelo altruista puede generar. De acuerdo con un IP, en los lugares donde el modelo regulador de la gestación subrogada es altruista existen menos mujeres dispuestas a gestar para personas desconocida. Esta situación, de acuerdo con la persona entrevistada, confiere cierto

poder a las mujeres gestantes que son quienes eligen a los IP para los que realizará el proceso:

“¿Qué está pasando en los modelos altruistas? Pues que en otros países que son altruistas las gestantes cobran 24.000 euros. Si lo hacemos altruistamente va a pasar como en Canadá, que eligen ellas a los padres y durante la entrevista sibilamente ven si tienes capacidad económica y luego te piden dinero.” (Entrevista 10)

No obstante, los IP son muy conscientes del rechazo que crea la mercantilización del proceso, y en algunos casos optan por una solución intermedia:

“Jo penso que ha de ser gradual, perquè necessitem anar-nos conscienciant poc a poc. No podem passar de zero a cent en dos segons. És a dir, hem d’anar assolint fites, no? Penso que el problema principal ve amb la qüestió econòmica i que el que repugna a certs sectors és la compensació econòmica que es paga a les gestants. A mi, això no em repugna en absolut, però puc comprendre que hi hagi gent que això els tiri cap a enrere. Llavors, un sistema podria ser regular-lo com a Anglaterra: que sigui altruista.” (Entrevista 9)

A pesar de ello, otras personas ven en la mercantilización, precisamente, las garantías para el que proceso funcione:

“Para que psicológicamente esté para gestar, necesito que me den garantías de que esa persona está bien. El modelo mejor es el de EEUU para qué poner un modelo que no funciona (refiriéndose al altruista).” (Entrevista 10)

6. A modo de recapitulación

En el análisis de las entrevistas se vuelve a demostrar la complejidad de la gestación subrogada transnacional. No solo en lo referido al proceso en sí mismo, sino también porque las situaciones de partida de cada una de las personas entrevistadas para esta investigación es diferente. También son diversos sus procesos, el grado de cuidado que pusieron en él y lo conscientes, o no, que fueron de las posibles desigualdades que existieron en la relación entre ellos y la mujer gestante.

Cabe destacar que las madres y padres entrevistados relataron sus procesos en base a algunos elementos comunes, pero con diferencias sustanciales. Algunas personas encontraron en la entrevista la oportunidad de explicar, pero también de justificar, su decisión de tener descendencia por gestación subrogada. En muchos casos las personas entrevistadas compartieron conmigo información íntima y privada como los contratos, fotos del proceso y también elementos significativos como regalos, la habitación de sus hijas e hijos, etc.

También a menudo, las personas durante la entrevista tendieron a rebatir algunos de los argumentos más populares relacionados con la gestación subrogada, como son aquellos que hablan de la explotación de las mujeres gestantes. En todos los procesos realizados en Occidente los IP se refirieron siempre al altruismo como uno de los motivos por los que las mujeres gestantes realizaron esa labor. Pero, en ningún caso negaron que la motivación económica de las mujeres gestantes estaba presente en su decisión y, en general, les parecía necesario que recibieran una remuneración, ya fuera porque era la única manera posible que sentían que tenían de compensarlas, o porque de esa manera la relación se convertía en algo más cercano a una relación laboral, en la que el pago garantiza el ejercicio de ciertos derechos como cliente. En todos los casos se argumentó que era una relación beneficiosa para ambas partes, de la que se obtenía un resultado que mejoraba el bienestar de las dos partes.

A través de las entrevistas también he podido constatar cómo el discurso del deseo entra en conflicto con la realidad que plantea, en general, la gestación subrogada transnacional: la potencial explotación a la luz de las desigualdades socioeconómicas (Arvidsson et al., 2015). Las madres y los padres por gestación subrogada son conscientes de la división que el tema plantea, y también del malestar ético y moral que genera. Las personas que decidieron visibilizar la gestación subrogada como su vía para formar familia, han necesitado construir un discurso que les permita hacer frente a este tipo de argumentos. De forma general, este discurso se basa en el deseo y los sentimientos que derivan en el derecho a tener hijas e hijos. A menudo los argumentos de los IP están relacionados con “la última oportunidad para convertirse en padres”, y este es un argumento contra el que puede ser difícil contra-argumentar.

Cabe destacar que, en cuanto a las mujeres gestantes, existen diferencias entre los discursos de las personas que realizaron su proceso de gestación subrogada en Estados Unidos y Ucrania, y quienes lo realizaron en India o Tailandia. Las personas que llevaron a cabo procesos de gestación subrogada en países occidentales, no hablaron de explotación en sus discursos y se centraron mayoritariamente en el carácter altruista de las mujeres (Arvidsson et al., 2015). En ocasiones sus discursos también se centraron en justificar que eran personas de similar estatus y condición que ellos. En cambio, las personas que realizaron los procesos en lugares donde la gestación subrogada está asociada a la explotación, sí hicieron énfasis en la precariedad de las mujeres gestantes, pero argumentaron que ello mejoraba el bienestar de estas mujeres, ya que a través del beneficio económico que les reporta su labor como gestante, mejora su situación de vida.

A pesar de que la mayoría de las personas entrevistadas argumentaron que sus procesos de gestación subrogada se desarrollaron satisfactoriamente para todas las partes implicadas, casi todas ellas expresaron que preferirían haberla realizado en el Estado español. La distancia dificulta, encarece y enrarece el proceso. Enrarecimiento que

puede hacerse más evidente por la falta de un idioma común entre las partes, que dificulta la creación de un universo compartido. Esta distancia, no obstante, en algunos casos fue valorada positivamente puesto que permitió a los IP mantenerse al margen del proceso e implicarse solo en los momentos que consideraron necesarios.

Para finalizar, a pesar de que la discusión por parte de los partidos políticos sobre la legalización o prohibición de la gestación subrogada es ambigua en el Estado español, en caso de considerarse seriamente la posibilidad de su regulación, sería necesario tener en cuenta los testimonios de las madres y padres de intención y las experiencias que estos vivieron. Su punto de vista es importante para una comprensión global del contexto de la gestación subrogada en toda su complejidad (Arvidsson, Johnsdotter & Essén, 2015). Me refiero no solo a las experiencias de los IP que forman parte de las dos entidades existentes, sino también de aquellas personas que no participan de ellas. Ha de tenerse en cuenta que estas entidades son las principales encargadas de generar el discurso a favor de la regulación de la gestación subrogada en el Estado español, y eso puede implicar el riesgo de pasar por alto matices y aspectos importantes que pueden ser relevantes para una discusión informada.

Por último, mientras la discusión sobre la regulación de la gestación subrogada sigue sin resolverse, las personas españolas continúan realizando sus procesos en diferentes lugares del mundo. A partir del análisis de las entrevistas, constato que es importante apelar a la capacidad crítica de los IP en el uso de la gestación subrogada. Si estos son conscientes de que con sus deseos pueden estar colaborando con un negocio global que puede vulnerar los derechos de las mujeres, y se responsabilizan de cómo se desarrolla el proceso, podrían reducir sustancialmente el riesgo de explotación de las mujeres gestantes.

El siguiente capítulo está dedicado al análisis de los resultados obtenidos de la administración de la encuesta a madres y padres por gestación subrogada, que permitirá explorar desde una perspectiva cuantitativa las características del proceso que personas españolas han desarrollado en diversos países así dibujar un perfil sociodemográfico de estas personas, y que constituye un análisis complementario al aquí presentado.

Capítulo 9. La encuesta: construyendo una aproximación a la gestación subrogada en el Estado español

1. Introducción

El presente capítulo está dedicado al análisis de los resultados obtenidos de la implementación de la encuesta sobre gestación subrogada en el Estado español. Como mostré en el capítulo 7, donde profundizo en la naturaleza del instrumento, se trata de una encuesta en línea, autoadministrada y dirigida a todas aquellas personas que ya tenían hijas y/o hijos nacidos por gestación subrogada, estaban realizando el proceso o tenían previsto iniciarlo, pero por algún motivo todavía no lo habían iniciado.

De esta manera, las personas con hijos e hijas ya nacidas por gestación subrogada debían contestar la totalidad de la encuesta mientras que las personas en las otras dos situaciones únicamente podían contestar a la primera sección del bloque 1, que versa sobre las motivaciones para optar por la gestación subrogada, a la totalidad del bloque 3, que recoge información sobre sus condiciones de vida y, finalmente el bloque 4, que se ocupa del perfil sociodemográfico (ver anexo 3).

Este planteamiento me ha permitido obtener un número mayor de respuestas sobre el perfil sociodemográfico y condiciones de vida de las personas que, son, serán o intentaron ser madres y padres por gestación subrogada en el Estado español. Todos los procesos de gestación subrogada 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.

Los datos aquí analizados corresponden a la primera fase de recogida de datos, que tuvo lugar entre el día 12 de septiembre y el 13 de noviembre de 2016. 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, quien la distribuyó entre las personas socias de la entidad y ayudó en su difusión.

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

La información aquí presentada corresponde pues a la primera fase de recogida de datos, que respondía a una finalidad exploratoria. Sin embargo, la inexistencia de investigaciones previas sobre el objeto de estudio hace que estos primeros datos constituyan ya una relevante aportación. De acuerdo con la investigación que he realizado, se trata de la única encuesta de estas características en el Estado español. En la actualidad se siguen recogiendo respuestas y al final de su implementación se contará con un número más elevado de ellas, pero este análisis formará parte de una fase postdoctoral donde, en base a la investigación realizada, podré profundizar de forma más concluyente sobre los resultados recogidos.

Se trata de una encuesta extensa, con un total de 123 variables, de las que la gran mayoría forman parte del primer bloque, que explora en profundidad el proceso de gestación subrogada. Este se inicia en el momento en que las personas encuestadas inician los trámites para realizar una gestación subrogada y finaliza con la vuelta a España una vez el bebé ya ha nacido. El segundo bloque está compuesto por aquellas variables relativas a la participación de las personas encuestadas en las entidades que trabajan por la defensa y la regulación de la gestación subrogada. El tercer bloque reúne aquellas variables relativas a las condiciones de vida y, por último, el cuarto bloque las de carácter socio-demográfico.

Dada la extensión de la encuesta, en este apartado procedo al análisis de aquellas variables más relevantes para el conjunto de la tesis doctoral, y que dan respuesta a estas preguntas de investigación: ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las personas españolas que realizan procesos de gestación subrogada de forma comercial y transnacional? y ¿cuáles son las características de estos procesos?

Por tanto, he decidido dejar fuera las variables que exploran todo lo referente a los agentes materiales que participan en la gestación subrogada, como son las clínicas y las agencias ya que, a pesar de ofrecer también una información de gran valor, no son relevantes para el objetivo que aquí planteo.

En algunas ocasiones ha sido complicado realizar el análisis, puesto que no existen estudios previos de estas características con los que comparar los datos obtenidos a través de la encuesta. Por tanto, he optado por ir trazando un análisis propio que contribuya a dibujar un perfil de las madres y padres por gestación subrogada, así como de los procesos que han llevado a cabo en diferentes países del mundo. Todo ello con el objetivo de contribuir a informar el complejo debate sobre su regulación y ofrecer también una herramienta más a las personas que están liderando las administraciones que tienen competencias en este ámbito.

En lo referido al análisis de los datos y las variables del cuestionario, se han obtenido las frecuencias para las variables relevantes necesarias para el estudio y se han realizado análisis de 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 (X^2), mientras que para los análisis entre variables cualitativas y variables cuantitativas se seleccionó la prueba U de Mann-Whitney cuando la variable cualitativa constaba de dos categorías, y el test 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 ha reportado el tamaño del efecto para determinar la magnitud o intensidad de dicha relación. Todos los análisis mencionados han sido realizados mediante el *software* estadístico SPSS *Statistics* 21.

En varias ocasiones fue necesario reducir la multiplicidad de las categorías, agrupando las respuestas similares en una nueva categoría de conjunto para cumplir las condiciones de aplicación de la prueba estadística en cuestión (en la mayoría de los casos para la prueba de Chi Cuadrado de Pearson). Este fue el caso, por ejemplo, de la variable referente a la opción sexual, donde se unió la categoría “homosexual” a la categoría “bisexual” porque esta última tenía una frecuencia de respuesta demasiado baja.

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 no fueran en su mayoría obligatorias ha tenido como consecuencia una frecuencia de respuesta desigual.

De forma general, el cuestionario estaba compuesto por preguntas multirrespuesta y en ocasiones se dejaron respuestas abiertas, lo que ha implicado realizar una codificación de las respuestas obtenidas *a posteriori*. En el cuestionario hay ítems medidos en escala nominal o cualitativa, como por ejemplo la opción sexual, otros en escala ordinal, como es el caso de la cantidad de ingresos, y otros en escala cuantitativa de intervalo y de razón, según el caso, por ejemplo, la edad.

Por último, cabe añadir que el análisis que aquí presento no pretende ser representativo sino que la intención del cuestionario es de carácter exploratorio, por tanto, se presentan los datos agrupados en las categorías de análisis fundamentales de cada instrumento y se presenta una elaboración analítica de las ideas más relevantes que sugieren estos datos. El objetivo no es elaborar un juicio de valor sino describir la realidad de la gestación subrogada de las familias españolas que han respondido a la encuesta.

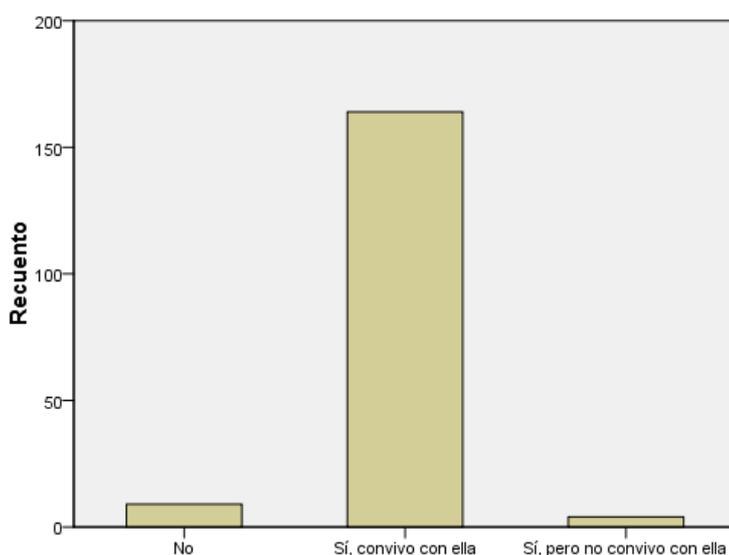
En lo que se refiere a la estructura del capítulo, a continuación, se encuentran cuatro apartados que exploran en conjunto el proceso de gestación subrogada y describen de forma cuantitativa sus aspectos más relevantes. En primer lugar, se analiza y describe el perfil sociodemográfico de las personas que han contestado la encuesta así como de sus parejas, cuando las hay, y sus condiciones de vida. En segundo lugar, se recoge aquella

información referida al proceso y se analizan y describen aspectos relacionados con la toma de decisiones y la trayectoria reproductiva, así como de los agentes principales: las mujeres gestantes, los proveedores de óvulos y esperma. En tercer lugar, se analizan los procesos de gestación subrogada prestando especial atención a las dificultades encontradas en el proceso, si las hay, y a los apoyos recibidos durante su desarrollo. En cuarto y último lugar, se explora el modelo ideal de gestación subrogada de acuerdo con la experiencia de las personas que han tenido hijas e hijos por esta vía.

2. Perfil sociodemográfico y condiciones de vida de los IP españoles

Este apartado está dedicado a conocer algunos de los principales datos demográficos de las madres y padres de intención por gestación subrogada en el Estado español. Considero madres y padres de intención tanto todas aquellas personas que ya tienen a sus hijas e hijos fruto de un proceso de subrogación, como a las que están en el proceso de serlo o que lo intentaron pero no lo consiguieron. Con el objetivo de obtener el máximo de información posible se solicitó a la persona que contestaba el cuestionario que ofreciera la misma información también sobre su pareja, en caso de haberla. Por este motivo las tablas y gráficos de cada variable se presentan por duplicado.

Gráfico 1. Tiene pareja en la actualidad y régimen de convivencia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Como se puede observar en el gráfico 1, la mayoría de encuestados tienen pareja (95%) y prácticamente todas las personas con pareja conviven con ella, 92,7% (ver tabla 37, anexo 5), formando de esta manera unidades de convivencia tradicionales.

En lo referente a la categoría sexo/género de las personas que contestaron la pregunta (172), en su mayoría se identificaron con el masculino (65,1%), mientras que el 34,9% lo

hicieron con el femenino. Teniendo en cuenta que 37 no se identificaron con ninguna opción de sexo/género, se puede concluir que las personas que han contestado la encuesta, en su mayoría, se identifican con el sexo/género masculino (Gráfico 2).

Gráfico 2. Sexo/ género (encuestada/o)

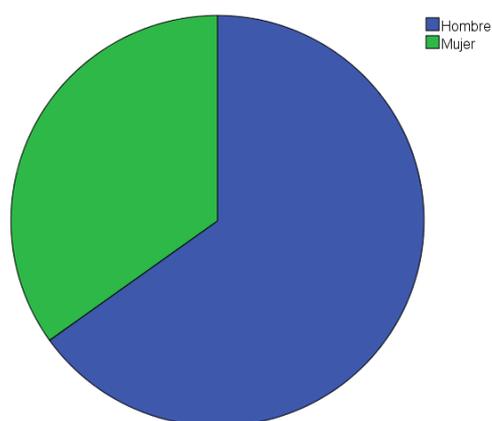
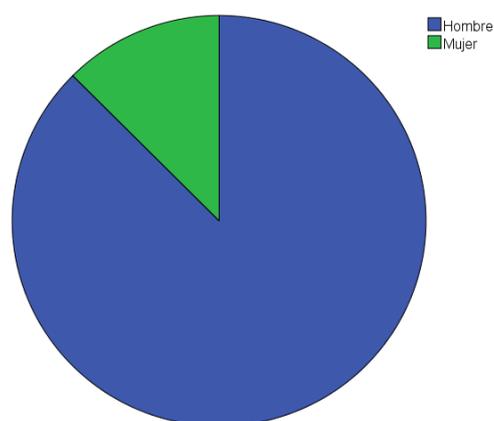


Gráfico 3. Sexo/género (pareja)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto a las parejas, el número de respuestas obtenido fue menor (160). La mayoría de estas también se identifican con el sexo/género masculino, el 87,5%, mientras que solo el 12,5% lo hace con el sexo femenino (gráfico 3). Por tanto, la muestra aquí analizada está compuesta por una población mayoritariamente masculina.

Gráfico 4. Opción sexual (encuestada/o)

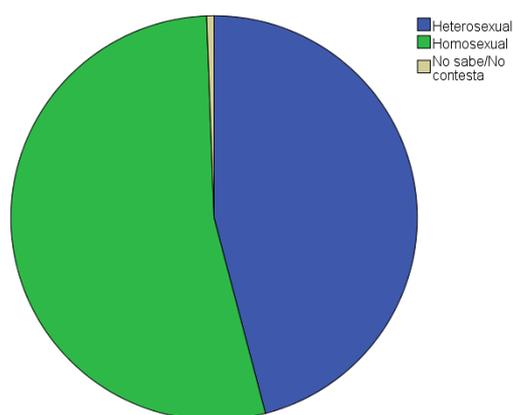
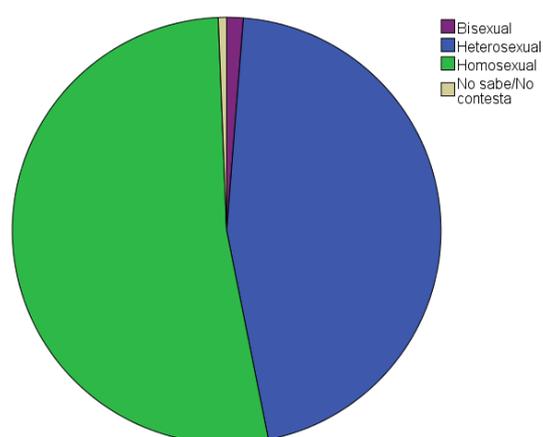


Gráfico 5. Opción sexual (pareja)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto a su opción sexual (Gráfico 4 y 5) y, de acuerdo con las respuestas obtenidas, 171 y 159 respectivamente, la distribución entre las categorías homosexual y heterosexual está bastante equilibrada siendo algo mayor el número de personas

homosexuales, 50,9%, que de personas heterosexuales, 46,2%. A pesar de que el número de respuestas obtenidas en la misma categoría para las parejas es menor, 159, el patrón se mantiene y la opción homosexual es mayoritaria 52,8% frente al 45,9% de personas heterosexuales. Por tanto se puede decir que más personas homosexuales que heterosexuales contestaron la encuesta (ver tabla 38 y 39, anexo 5).

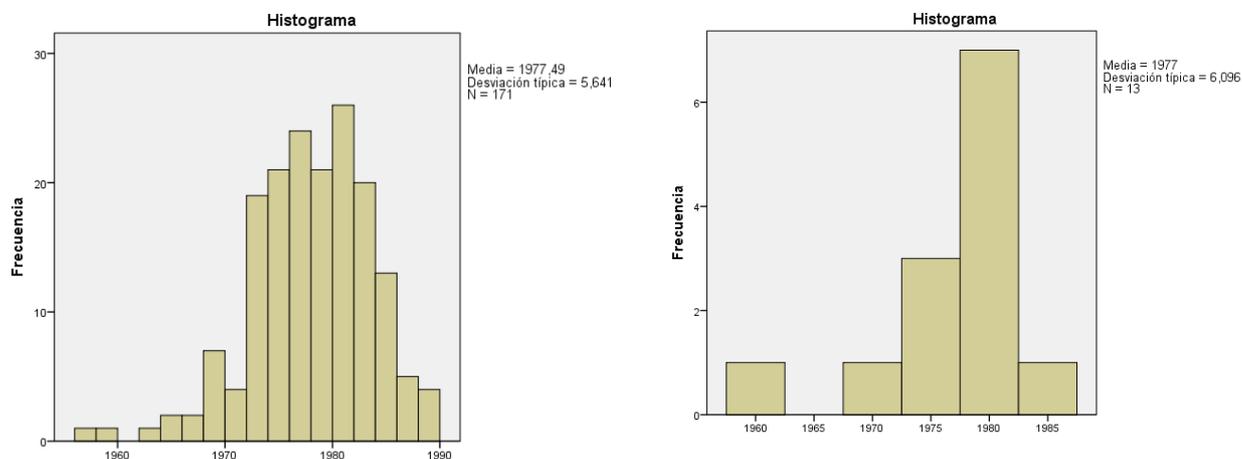
Como he mostrado, a día de hoy no existen datos fiables referentes a la gestación subrogada en España, ya que los datos disponibles provienen exclusivamente de la asociación SNH y/o medios de comunicación. No obstante, las estimaciones existentes alrededor de la distribución de los casos en base a la opción sexual plantean que, de forma general, la gestación subrogada en el Estado español la desarrollan en su mayoría parejas heterosexuales (80-85%) y en un porcentaje significativamente menor parejas homosexuales (15-20%). Esta variación respecto a las estimaciones existentes podría explicarse debido a que un apoyo fundamental en la difusión de la encuesta ha sido SNH, entidad creada con el objetivo de reivindicar los derechos de los hombres homosexuales, con o sin pareja, que tenían o deseaban tener descendencia por gestación subrogada. Como expuse en el capítulo 6 de esta tesis doctoral, algunos años más tarde de su creación la entidad abrió la participación también a personas heterosexuales, puesto que compartían las mismas dificultades y demandas respecto a la gestación subrogada.

A pesar de que la entidad en la actualidad es mixta en cuanto a la opción sexual de las personas que la conforman, son los hombres homosexuales los que continúan siendo más activos y visibles en la reivindicación y visibilización de la gestación subrogada, lo que podría explicar que hayan respondido en mayor número la encuesta. Por otro lado, las parejas heterosexuales han empezado a visibilizarse en los medios de comunicación de forma mucho más reciente que los hombres homosexuales, que son quienes iniciaron la reivindicación por la regulación a favor de la gestación subrogada en España. Se visibilizaron antes y en mayor número de ocasiones. Esto puede explicarse ya que, el colectivo homosexual, como movimiento social y político, cuenta con una tradición arraigada de reivindicación de derechos para su equiparación y reconocimiento, así como en la lucha contra la discriminación y la homofobia. Además, cuenta con sus propias asociaciones, a través de las que realizan incidencia política en otros ámbitos relacionados con la igualdad de derechos y, por tanto, la vía para la incidencia política ya había sido recorrida con anterioridad.

En lo referente a la edad, se trata de una muestra de mediana edad, en la que la media del año de nacimiento se encuentra situada entre 1977 y 1978. En el caso de las parejas, y a pesar de que solo se obtuvieron 13 respuestas en esta pregunta, la media también está en 1977 (Gráfico 6). En base a estos datos puedo constatar que la edad en que inician sus proyectos de maternidad y paternidad es superior a la media española, que está situada en prácticamente los 31 años (INE, 2015). No obstante esta comparación

debe tomarse con precaución puesto que las personas que conforman esta muestra son personas que, en general, han tenido problemas para iniciar sus proyectos parentales debido a una infertilidad orgánica o sobrevenida.

Gráfico 6. Edad persona encuestada y pareja



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto al estado civil de las personas de la muestra, en su gran mayoría están casadas: 81,2% y 75,6% respectivamente (ver tabla 40 y 41, anexo 5). Esto puede explicarse por las preferencias y valores respecto a la pareja y la familia que las personas encuestadas pueden tener, pero también puede deberse a que en algunos países donde se desarrolla la gestación subrogada el matrimonio legal constituye un requisito imprescindible para iniciar el proceso, como es el caso de Ucrania.

También puede explicarse por el hecho de que en la mayoría de los países es obligatorio dejar un testamento vital que prevea que, en caso de fallecimiento de uno de los padres intencionales, el otro obtendrá la tutela legal independientemente de que exista vínculo genético o no. Por este motivo 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% y 9,4% respectivamente, seguido por “unión estable de pareja/pareja de hecho”. El porcentaje menor en ambos casos es para las personas divorciadas que solo representa el 1,7% y el 1,9%, respectivamente, lo que significa 3 personas en cada uno de los casos.

Gráfico 7. Estado Civil (encuestada/o)

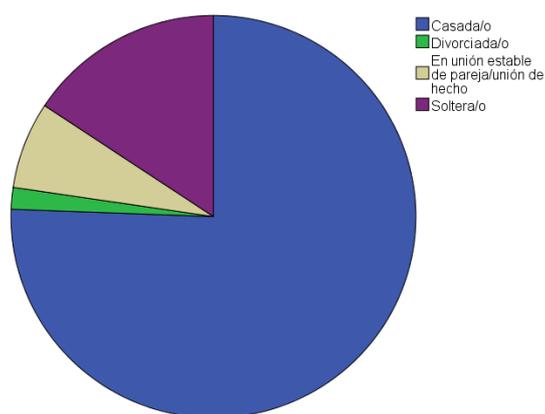
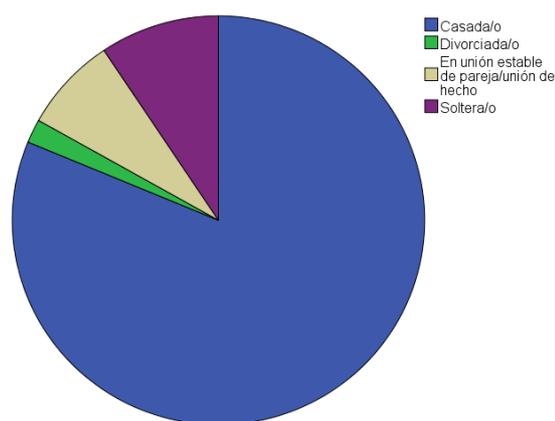


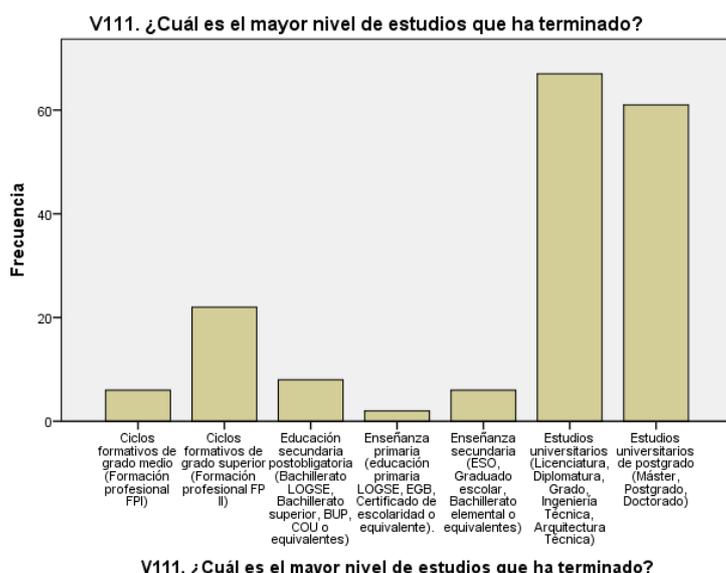
Gráfico 8. Estado Civil (pareja)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

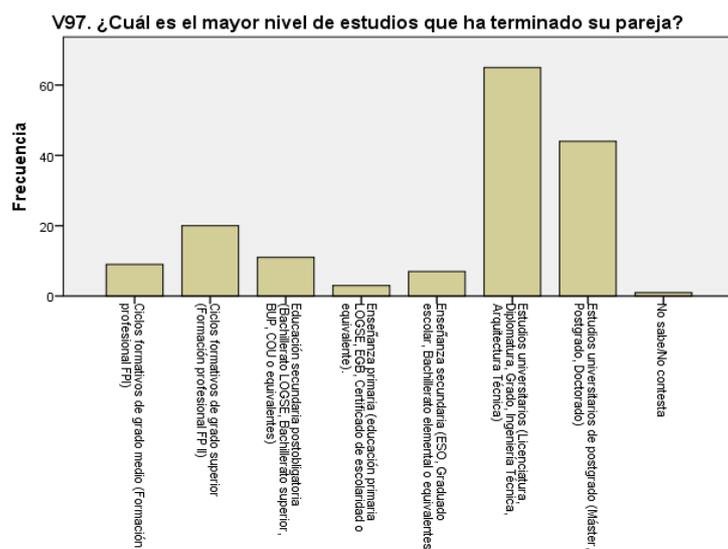
En cuanto al grado de formación, se pidió a las personas informantes que seleccionaran el mayor nivel de estudios que habían completado. En base a esta información, puedo constatar que las personas que conforman la muestra, en general, son un grupo con un alto nivel de formación donde predominan los estudios superiores. La mayoría de las personas, 67, un 39%, completaron estudios universitarios de grado medio o superior. En 61 de los casos, el 35,5%, completaron estudios universitarios de posgrado (ver tabla 42, anexo 5). En cuanto a sus parejas, se repite el patrón y la mayoría de estas han completado estudios universitario de grado medio o superior, concretamente en 65 casos, o bien de postgrado, en 44 casos (ver tabla 43, anexo 5). Tanto en el caso de las personas informantes como en el de sus parejas, el menor número de respuestas se concentra en la educación primaria y secundaria obligatoria (Gráfico 9 y 10).

Gráfico 9. Mayor nivel estudios (encuestada/o)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Gráfico 10. Mayor nivel de estudios (pareja)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En lo referente a la religión, el 58,7% de las personas informantes que contestaron la pregunta no se consideran religiosas, mientras que el 41,3% sí lo son y se identifican de forma mayoritaria, en 64 de los casos (90,1%), con la religión católica (ver tabla 44, 45, 46 y 47, anexo 5). Si observamos las respuestas referentes a la pareja, el patrón se mantiene, ya que el 61,9% se declaran personas no religiosas mientras que el 38,1% sí lo son, y de estas en el 95,1% de los casos, 58 personas, se consideran católicas. En general, alrededor del 40% de las personas que contestaron la encuesta se consideran religiosas y están adscritas a alguna religión (gráfico 10, 11, 12 y 13).

Gráfico 11. Religiosidad (encuestada/o)

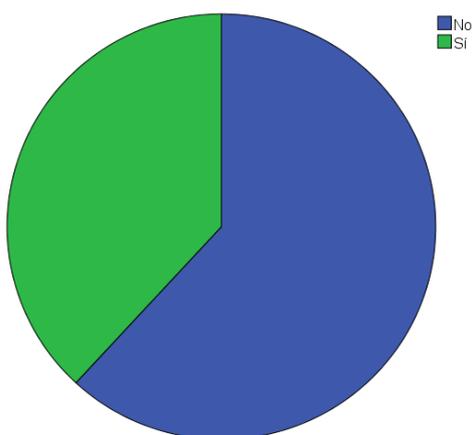
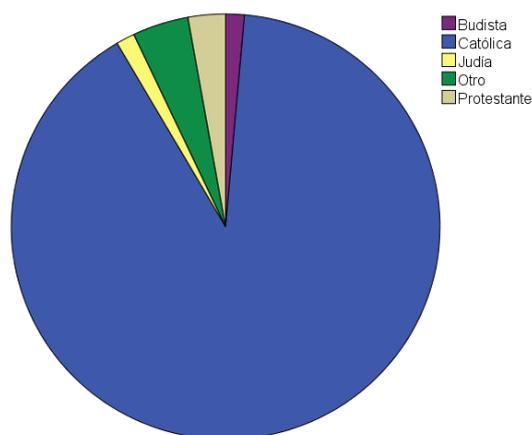


Gráfico 12. Distribución por religión (encuestada/o)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

De acuerdo con la encuesta del CIS (2011), el 73,9% de la población española, es decir, prácticamente 3 de cada 4 personas, se considera religiosa, y el grado de religiosidad

disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios. De acuerdo con el CIS (2011), para las personas con estudios superiores la tasa está situada en torno al 61,4%, por tanto, la muestra aquí analizada podría considerarse menos religiosa que la media española.

Gráfico 13. Religiosidad (pareja)

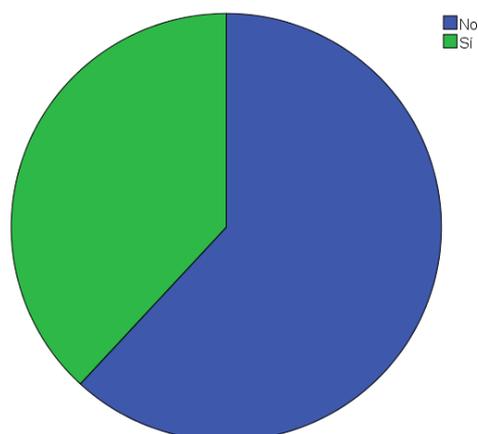
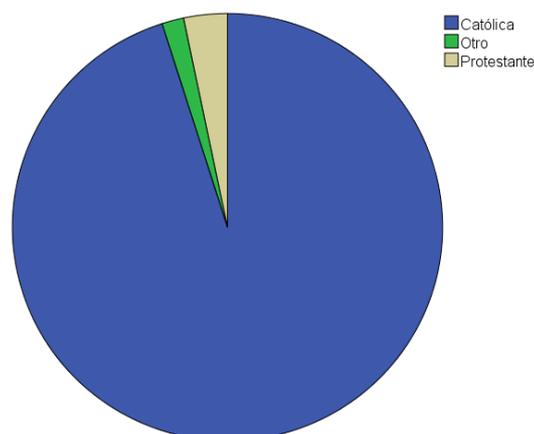


Gráfico 14. Distribución por religión (pareja)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Hasta aquí las características sociodemográficas de la muestra. Como se puede observar, más hombres que mujeres contestaron la encuesta y esta se trata de una población con una media de edad situada entre los 39 y 41 años, con un buen nivel educativo, y que definen su opción sexual mayoritariamente como homosexual. Gran parte de estas personas están casadas legalmente y en un porcentaje significativo se consideran religiosas, casi en su totalidad católicas.

En lo referente a las condiciones de vida de las madres y los padres por gestación subrogada españoles, concretamente he analizado la situación laboral y categoría profesional, tanto de las personas encuestadas como de sus parejas, así como los ingresos mensuales netos de cada miembro y los ingresos mensuales netos totales del hogar. Todo ello con el objetivo de conocer un poco mejor a las madres y padres de intención españoles, quienes habitualmente son perfilados como personas con un nivel de recursos y poder adquisitivo propio de la clase alta.

En primer lugar, y en lo referido al ámbito laboral, tanto la mayoría de los encuestados como sus parejas, se encuentran en activo en el mercado laboral. De las 178 personas que contestaron la pregunta, un total de 162 (91,%) tienen un empleo. Solo tres personas han declarado dedicarse al trabajo de cuidados de forma no remunerada (ver tabla 48 y 49, anexo 5). Solo el 3,4% de la muestra se encuentra desempleada.

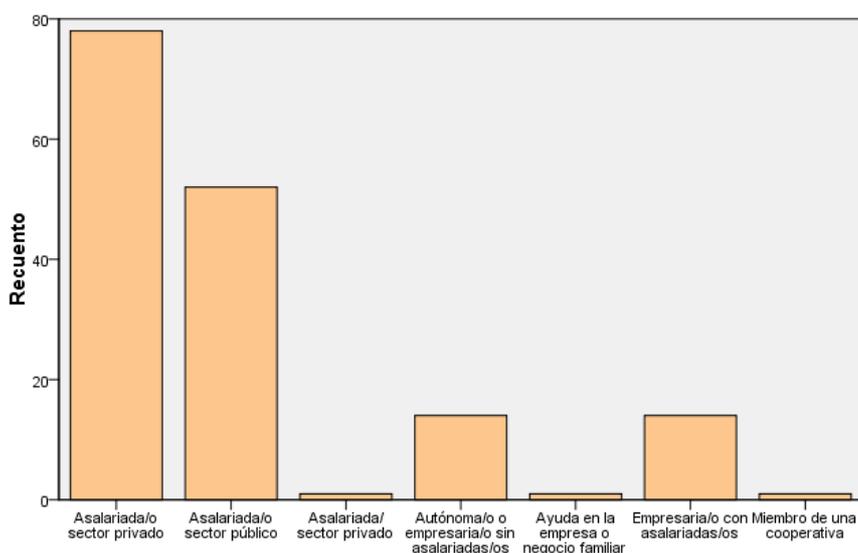
En cuanto a sus parejas, de 163 respuestas obtenidas, 146 tiene un trabajo remunerado, lo que constituye un 89,6% de los casos. En 8 casos, que suponen un 4,9% de la muestra, se encuentran en situación de desempleo. Ninguna de las personas contestó dedicarse al trabajo de cuidados no remunerado (ver tabla 50 y 51, anexo 5).

En cuanto a la situación del empleo principal (ver tabla 52 y 53, anexo 5), la mayoría de personas encuestadas trabajan en régimen de persona asalariada en el sector privado, concretamente casi la mitad de las personas que contestan la encuesta, 78, se encuentran trabajando en dicho sector, lo que supone un total de 48,8% respuestas obtenidas.

En el caso de sus parejas el porcentaje es superior y sobrepasa el 50% de la muestra. En cambio, en el sector público, que es el segundo ámbito laboral que más respuestas concentra, pasa a la inversa: las personas que han contestado a la encuesta en un 32,5% de los casos trabaja en el ámbito público mientras que sus parejas lo hacen en un porcentaje inferior, el 22,5%.

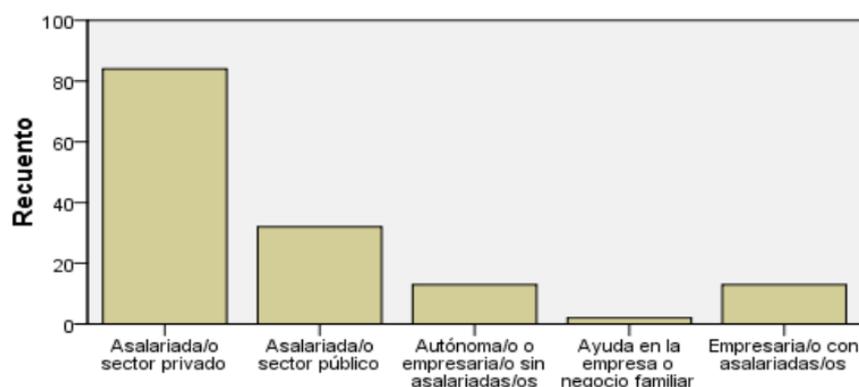
Las siguientes categorías que agrupan más respuestas, aunque en un número substancialmente menor, son las de personas que trabajan en régimen de autónomo, ya sea con o sin personas asalariadas a cargo. En ambos casos, tanto en la persona encuestada como en de sus parejas, los porcentajes son prácticamente idénticos: 8,8% y 9%, respectivamente.

Gráfico 15. Situación profesional encuestada/o



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Gráfico 16. Situación profesional pareja



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto a la categoría socioprofesional en la que desempeñan su actividad laboral, la variable que fue construida en base a la Clasificación Nacional de Ocupaciones¹⁰⁷ (CNO-11). Como se puede observar tanto para los encuestados como para sus parejas, la categoría predominante es la de personal técnico y profesiones científicas e intelectuales, con un 36,3% (58 casos), seguido de las personas que son directivas o gerentes en empresas del sector privado y la administración pública con un 22,5% de los casos. En tercer y cuarto lugar se sitúan las personas técnicas y profesionales de apoyo con el 15,6% de los casos, y las personas dedicadas a la contabilidad o tareas administrativas significan el 15% de los casos. Por último, el número de las personas dedicadas al sector servicios es sensiblemente menor y solo se da en el 4,9% de los casos.

En cuanto a las parejas, muestran un patrón muy parecido: las 4 categorías que más respuestas aúnan son las mismas y la categoría mayoritaria es la de personal técnico y profesiones científicas e intelectuales, con un 37,1% (53 casos). En segundo lugar se encuentran las personas dedicadas a la dirección y gerencia con un 11,5% de los casos. En tercer y cuarto lugar las personas dedicadas a la contabilidad y trabajos administrativos, 15,4%, y personas técnicas y profesionales de apoyo con un 9,6% de los casos, respectivamente. Para las parejas también el sector servicios es la siguiente categoría que agrupa más personas, también con un 4,9% de los casos.

Otro indicador de relevancia cuando hablamos de condiciones de vida es la renta. Respecto a los ingresos mensuales, la mediana tanto para las personas que contestaron la encuesta como para sus parejas se encuentra situada en el intervalo 1.501 a 2.000 euros mensuales.

¹⁰⁷ La CNO es la adaptación nacional de la CIUO-08, que es una estructura de clasificación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para organizar la información de trabajo y empleo. La actualmente vigente es la CNO-11.

En el caso de los encuestados, el segundo intervalo más común es el que comprende los ingresos comprendidos entre los 1.001 y 1.500 euros mensuales, con 39 casos (25%), mientras que con 38 (24,4%) encontramos un intervalo de un importe considerablemente superior, 2.001 a 3.000 euros, estando concentrada la mayoría de la muestra en estos tres intervalos, los comprendidos entre los 1.001 y los 3.000 euros. Fuera de esta franja, el más habitual es el que comprende los ingresos entre 3.001 y los 4.500 euros (ver tabla 54, anexo 5).

En cuanto a sus parejas, el patrón comentado se mantiene, siendo los intervalos comprendidos entre los 1.001 y los 3.000 euros el más habitual, que reúne 98 de los casos, y siendo el intervalo de 3.001 a 4.500 euros, el siguiente más frecuente, aunque con un número considerable menor de respuestas, en 19 casos (13,8%) (ver tabla 55, anexo 5).

En cuanto a los ingresos mensuales netos totales del hogar, en general, son superiores a los 1.500 euros. La tendencia central que indica la mediana está situada en el intervalo comprendido entre los 2.001 y los 3.000 euros. La categoría hasta 1.500 euros, presenta una frecuencia muy baja con solo un 3,5% de las respuestas, aunque la categoría con menos frecuencia comprende el intervalo de ingresos mensuales entre 7.500 y 9.000 euros, con un 2,9%. La categoría con el intervalo más alto, ingresos superiores a 10.500 euros mensuales, reúne el 4,1% de las respuestas (tabla 9).

De acuerdo con el INE (2016), los hogares españoles tuvieron unos ingresos medios anuales de 26.730 euros en 2015, mientras que el ingreso medio por persona para el mismo año 2015 alcanzó los 10.708 euros.

Tabla 9. Ingresos mensuales netos totales de su hogar

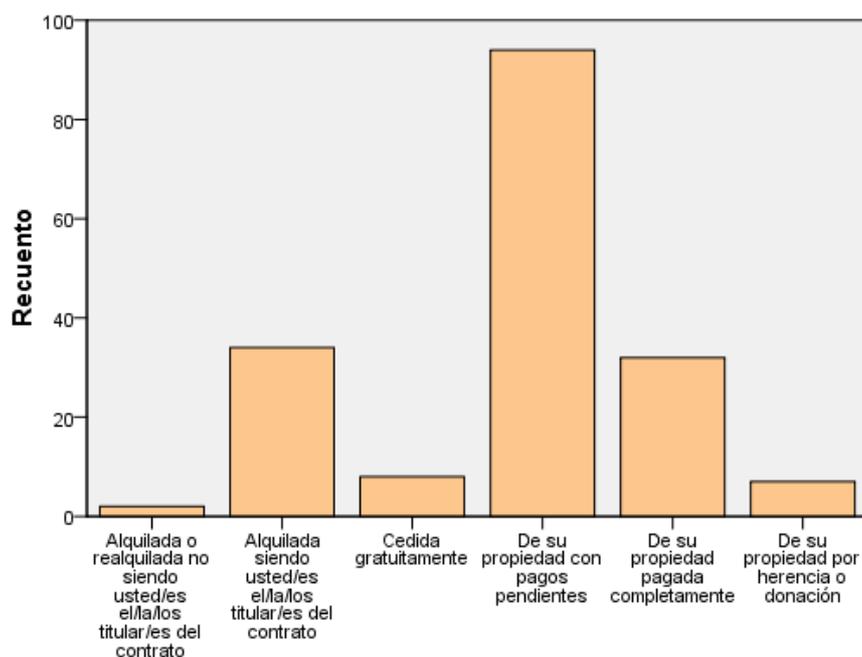
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Mediana |
|---------|------------------|------------|-------------------|---------|
| | Hasta 1.500 | 6 | 3,5 | 3,5 |
| | De 1.500 a 3.000 | 52 | 30,2 | 30,2 |
| | De 3.001 a 4.500 | 49 | 28,5 | 28,5 |
| Válidos | De 4.501 a 6.000 | 22 | 12,8 | 12,8 |
| | De 6.001 a 7.500 | 22 | 12,8 | 12,8 |
| | De 7.501 a 9.000 | 5 | 2,9 | 2,9 |
| | Más de 10.500 | 7 | 4,1 | 4,1 |
| | NS/NC | 9 | 5,2 | 5,2 |
| | Total | 172 | 100 | 100 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

De acuerdo con el último informe “España en cifras” publicado por el INE (2014), en el año 2013 el 77,3% de los hogares ocupaba viviendas en propiedad, de las que el 48,9% estaban totalmente pagadas y el 28,3% pendientes de pago, mientras que el 17,5% de

los hogares vivía de alquiler. La muestra aquí analizada ocupa una vivienda en propiedad, con o sin pagos pendientes, en el 64% de los casos, mientras que el 20,3% de la muestra vive en régimen alquiler. Por tanto, el grupo de personas que contestaron la encuesta se encuentran por debajo de la media nacional en cuanto al régimen de propiedad y por encima en cuanto al régimen de alquiler.

Gráfico 17. Régimen de tenencia del lugar en el que reside



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

De acuerdo con Ragone (1996), los padres y madres intencionales acostumbran a tener un estatus socioeconómico alto que, por otro lado 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 los 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. No obstante, hacer frente a una gestación subrogada y los imprevistos que puede conllevar, requiere de unos considerables recursos propios.

En segundo lugar, como mostré en el capítulo 3, los procesos de gestación subrogada transnacionales a menudo implican relaciones desiguales entre las mujeres gestantes y los IP que, muy a menudo están en una situación de privilegio. Bailey (2012) señala que el coste de un proceso de gestación subrogada en India es substancialmente más bajo que el del un proceso realizado, por ejemplo, en los países de origen de estos IP, pero incluso en esa circunstancia, solo las personas con cierta capacidad económica pueden permitirse realizarlo.

Por último, 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 a los ingresos y ahorros de los países en desarrollo 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, como es el caso de las mujeres gestantes a las que contratan en otros países (Parks, 2016).

3. Características de los procesos de gestación subrogada

Este tercer apartado tiene por objetivo explorar las características de los procesos de gestación subrogada desarrollados por personas españolas de forma transnacional y comercial en diferentes lugares del mundo. Para ello, en primera instancia, analizo algunos factores clave que tienen lugar previamente a tomar la decisión de llevarla a cabo. En segundo lugar, profundizo en el desarrollo del proceso donde analizo las características principales de los actores fundamentales implicados en una gestación subrogada: las mujeres gestantes y las proveedoras y proveedores de gametos. En tercer y último lugar, analizo también las diferentes dificultades encontradas por los IP en el proceso.

3.1. Antes de iniciar el proceso

La mayoría de las personas que han contestado la encuesta se plantearon y/o realizaron el proceso de gestación subrogada en pareja, 89,8% de los casos (185), mientras que solo el 7,7% (16) se lo plantearon o lo realizaron en solitario. Solo el 1% de las personas iniciaron el proceso en solitario y lo finalizaron en pareja (Ver tabla 56, anexo 5).

Este patrón, de forma general, también se repite en otras formas de formar familia diferentes a la natural o biológica, ya que, tanto en las adopciones como en los acogimientos o en el uso de las TRA, las personas siguen desarrollandolas en pareja. Esto se debe a varios motivos: en primer lugar, los requisitos para acceder a los diferentes procesos acostumbra a requerir de la biparentalidad como punto de partida. En el caso de las adopciones internacionales, como mostré en el capítulo 8, estas disminuyeron substancialmente en los últimos años. Esto se debe en gran parte a que los países empezaron a promover la adopción nacional, pero también al establecimiento de requisitos más estrictos para las personas candidatas. De forma general, estos requisitos se han traducido en la prohibición para las personas que realizan el proceso en solitario y también para las parejas homosexuales.

En el caso de la gestación subrogada es algo diferente pero en muchos destinos, a excepción de Estados Unidos, las parejas homosexuales o personas sin pareja encuentran dificultades que funcionan de forma disuasoria. También existen destinos como Ucrania, donde está estrictamente prohibido para parejas homosexuales o personas en solitario. Por tanto, a pesar de la transgresión que supone el uso de las TRA

en la formación de familias, se puede considerar que, indirectamente, contribuyen a privilegiar y transmitir que el modelo ideal es el biparental heterosexual.

Solo en 16 de los casos, un 7,8%, iniciaron el proceso de gestación subrogada como un proceso de monoparentalidad por elección. De ellos 5 eran mujeres y 7 eran hombres, los cinco casos restantes no especificaron con que sexo se identificaban. Esta opción no es común ni sencilla, puesto que la mayoría de países requieren de biparentalidad a la hora de autorizar un proceso de gestación subrogada. Además, los altos costes de los países donde esta fórmula es posible en la actualidad, EEUU y Canadá, son precisamente los más altos y, por tanto, la dificultad de hacer frente a un gasto de estas características todavía es más complicada para una persona en solitario. 15 de las 16 personas que desarrollaron su proceso de gestación subrogada en solitario, lo realizaron en Estados Unidos, mayoritariamente en los estados de California o Illinois, y solo una de las personas llevó a cabo su proceso en Tailandia, destino que en la actualidad ya no es una posibilidad para personas españolas.

También se les preguntó acerca de los motivos que les llevaron a elegir la gestación subrogada como vía para llegar a la maternidad o paternidad. Existen diversos factores que impiden a las personas tener descendencia de manera natural. A veces es debido a factores médicos, por ejemplo, el caso de las mujeres nacidas sin útero, o a causa de problemas médicos graves que contraindican el embarazo, por ejemplo, a mujeres sobrevivientes de cáncer, o bien por causas de tipo social, es decir, personas sin pareja o parejas del mismo sexo (Koert & Daniluk, 2016).

En relación a esto, los motivos que llevaron a las personas de la muestra a elegir la gestación subrogada por encima de otras opciones para crear sus familias, son también diversas (tabla 10). Todas las personas encuestadas contestaron esta pregunta y en ella se les pidió que indicaran el motivo principal. El 29,8% de las respuestas señaló los problemas de salud como el motivo principal por el que recurrieron a la gestación subrogada. Habitualmente, aquí se incluirían también otras enfermedades como lupus o fatiga crónica en las mujeres, que son enfermedades que desaconsejan llevar a cabo un embarazo y el parto.

El segundo motivo más elegido, con un 26,9% de respuestas, fue “debido a problemas de fertilidad orgánica”, que conlleva un impedimento orgánico para la concepción natural, esto significa, por ejemplo, mujeres sin útero o las parejas de dos hombres, que no tienen la capacidad de gestar por sí mismos.

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 proveedoras y proveedores de gametos y mujeres 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. 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 ninguna especificó en los comentarios a qué se referían.

Tabla 10. Motivos que llevaron a elegir la gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Debido a problemas de salud | 62 | 29,8 | 29,8 | 29,8 |
| | Debido a problemas de fertilidad orgánica (por ejemplo, el caso de dos hombres) | 56 | 26,9 | 26,9 | 56,7 |
| | Quería tener un/a hijo/a genéticamente vinculado a mí/nosotros | 14 | 6,7 | 6,7 | 63,5 |
| | Quería formar una familia con un bebé recién nacido | 8 | 3,8 | 3,8 | 67,3 |
| | Debido a una infertilidad funcional: persona sola, pareja homoparental, etc. | 45 | 21,6 | 21,6 | 88,9 |
| | Otro | 23 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 208 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Para contribuir a una mejor comprensión del objeto de estudio, también se preguntó a las personas informantes si habían intentado otras formas de alcanzar la maternidad y paternidad antes de recurrir a la gestación subrogada. Esta pregunta permite hacerse una idea de cuán instaurada está la práctica en la sociedad española. De acuerdo con Jacobson (2016), la gestación subrogada no es la opción preferida como vía a la maternidad y paternidad, excepto quizás para los hombres homosexuales y las mujeres que sabían antes de sus años de maternidad que no podrían alcanzar el embarazo. A menudo la gestación subrogada no es tampoco la primera opción, ni siquiera cuando se elige entre los diferentes tratamientos de fertilidad, sino la última:

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 (Jacobson, 2015, p.23).

En el caso de la muestra aquí analizada más de la mitad de esta, el 55,8% de los casos (116 personas), se planteó una manera diferente de descendencia antes de decidirse por la gestación subrogada, mientras que el 44,2% no utilizó ninguna alternativa y recurrió directamente a esta (ver tabla 57, anexo 5), lo que supone un porcentaje significativo. Esto puede deberse a que muchas personas, como también he podido

constatar en las entrevistas, descartan la adopción tanto nacional como internacional, dadas las largas listas de espera existentes. En la gestación subrogada, los tiempos de proceso son mucho más inmediatos que en cualquiera de las otras formas posibles. Además, en la gestación subrogada los IP tienen un control relativo de la situación, cosa que no pasa en las adopciones o el acogimiento, por ejemplo.

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 (56,3%) y, en tercer lugar, con 41 casos (37,3%), intentaron tener hijos previamente por sus propios medios utilizando la FIV.

El hecho de que las personas opten en primera opción por la gestación subrogada marca una diferencia con los IP que con anterioridad intentaron otros procesos, especialmente otras TRA. Estos procesos, además de costosos económicamente, implican también un desgaste emocional y psicológico considerable.

Como puede observarse, el acogimiento familiar en cualquiera de sus formas fue la opción menos elegida, igual que lo es fuera de esta muestra. Solo el 9% de las niñas y niños que están bajo la tutela del Estado están acogidos en núcleos familiares (Servimedia, 2016).

Tabla 11. Alternativas a la gestación subrogada utilizadas

| | Sí | | No | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Adopción nacional | 69 | 62.72 | 41 | 37.28 |
| Adopción internacional | 62 | 56.36 | 48 | 43.64 |
| Acogimiento simple | 4 | 3.63 | 106 | 96.37 |
| Acogimiento permanente | 4 | 3.63 | 106 | 96.37 |
| Acogimiento abierto | 0 | 0 | 110 | 100 |
| Acogimiento de urgencia | 1 | 0.90 | 109 | 99.10 |
| Acogimiento especializado | 0 | 0 | 110 | 100 |
| Acogimiento preadoptivo | 2 | 1.81 | 108 | 98.19 |
| Inseminación artificial | 29 | 26.61 | 80 | 73.39 |
| Fecundación in vitro | 41 | 37.27 | 69 | 62.73 |
| Adopción de embrión | 6 | 5.45 | 104 | 94.55 |
| Congelación de óvulos con inseminación de donante | 8 | 7.27 | 102 | 92.73 |
| Congelación de óvulos con inseminación de mi pareja | 20 | 18.18 | 90 | 81.82 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Para las dos opciones escogidas mayoritariamente, la adopción nacional y la internacional, se intentó establecer si había una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables y la opción sexual de las personas que la utilizaron. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el hecho de escoger adopción nacional y opción sexual ($U = 654, p = .005$), de la cual se desprende que las personas heterosexuales escogen más la adopción nacional que las personas homosexuales. La intensidad de la relación entre dichas variables es moderada ($r = .31$). En cambio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el hecho de escoger la adopción internacional y la opción sexual de las personas que contestaron a esta pregunta ($U = 900, p = .719$).

La gestación subrogada “da lugar a familias nucleares que emergen entre la multiplicidad de gametos intercambiados, comprados a través de las fronteras nacionales y raciales” (Rudrappa, 2015, p.5), y esto da lugar a familias diversas y poco visibles hasta el momento.

La noción de lo que significa ser una familia ha evolucionado considerablemente a lo largo del tiempo. En los últimos años, estos cambios se deben en gran parte a que existen mayores posibilidades de formarlas a través de las TRA y las adopciones. Entre las mujeres lesbianas y hombres gays también se ha observado un incremento de uniones legales (civiles o parejas de hecho) que continúan ampliando el espectro de lo que significa la familia (Dempsey, 2013). En el cuestionario se pidió a las personas que, de acuerdo con las categorías propuestas, eligieran aquella que en su opinión era el modelo ideal de familia.

Tabla 12. Ideal de familia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Dos padres y sus hijas/os | 18 | 8,7 | 23,4 | 23,4 |
| | Un padre, una madre e hijas/os | 8 | 3,8 | 10,4 | 33,8 |
| | Cualquiera de las anteriores por igual | 28 | 13,5 | 36,4 | 70,1 |
| | No tengo un ideal de familia preferido | 19 | 9,1 | 24,7 | 94,8 |
| | Otro | 4 | 1,9 | 5,2 | 100,0 |
| Total | | 77 | 37,0 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 131 | 63,0 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Como puede observarse en la tabla, la mayoría de las personas que contestaron esta pregunta, consideran que todas las opciones ofrecidas se corresponden con su ideal de familia. Es decir, de acuerdo con las personas encuestadas, no existe un modelo de familia ideal sino que todos los son.

La opción “no tengo un ideal de familia preferido” fue la segunda más elegida, a solo un voto del modelo de biparental homosexual, mientras que la cuarta opción elegida, por 8 personas, fue el modelo biparental heterosexual. Que el modelo biparental

homosexual masculino sea la tercera opción más elegida podría explicarse por el hecho de que esta es una muestra eminentemente masculina y homosexual, y por tanto, su respuesta puede interpretarse como un acto de reivindicación y visibilidad.

Por último, cabe destacar que entre las opciones ofrecidas también se encontraba la opción “una madre con sus hijas/os”, es decir, la opción monoparental femenina, y la opción “dos madres con sus hijas/os”, que no fueron elegidas por ningún informante.

3.2. El proceso de gestación subrogada

Esta sección del análisis del cuestionario se centra en las características del proceso de gestación subrogada. Las preguntas comprendidas en este apartado solo las respondieron las personas que ya tenían descendencia por esta vía.

En términos cuantitativos, del total de personas encuestadas, algo menos de la mitad, el 44,2%, tienen hijas o hijos como fruto de un proceso de gestación subrogada, que son concretamente, un total de 92 personas de las 208 que contestaron la encuesta. Estas 92 personas tienen un total de 128 hijos.

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

Este hecho, puede explicarse también a causa de que el grupo de población más motivado para contestar la encuesta es aquel que tienen hijas e hijos de más corta edad, ya que aún están en un proceso de reivindicación y visibilización de la gestación subrogada. Las personas con hijos de más edad, es posible que ya han dejado esta fase atrás.

Tabla 13. Número de hija/os por núcleo familiar

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 1 | 59 | 28,4 | 64,1 | 64,1 |
| | 2 | 30 | 14,4 | 32,6 | 96,7 |
| | 3 | 3 | 1,4 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 92 | 44,2 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 116 | 55,8 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En lo referido al número de hijas e hijos (Tabla 13) por pareja o persona, el 64,5% tiene 1 única hija, el 32,6% tiene 2 y, solo el 3,3% tiene 3. 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 y, sobre todo, del protocolo utilizado por las clínicas, habitualmente se implanta más de un embrión, que acostumbra a tener como resultado el nacimiento de más de un bebé en el mismo parto.

A pesar de que en el cuestionario no se preguntó por la cantidad de embriones transferidos en cada intento, la literatura apunta que es muy común el hecho de implantar dos y tres embriones a la mujer gestante con el objetivo de asegurar una tasa más alta de éxito de embarazo. Este hecho, como mostré en el capítulo 4 de la mano de ESHRE o FIGO, tiene consecuencias para la salud de la mujeres que gestan y, por tanto, desde estas sociedades científicas la recomendación es la de implantar un único embrión en cada transferencia. Sin embargo, no siempre es así y la laxitud en las regulaciones posibilita que este sea un aspecto que decide exclusivamente la clínica de reproducción asistida en consenso, generalmente, con las madres y los padres de intención y, dependiendo del país, también con el consentimiento de la mujer gestante.

Para conseguir el embarazo, es necesario realizar al menos una transferencia embrionaria, que como mostré en el capítulo 2, se puede crear con los gametos de los IP de intención o bien, con la colaboración de alguna personas proveedora de gametos. El número de transferencias realizadas con el objetivo de conseguir el embarazo que les llevó a la maternidad y/o paternidad fue, en la mayoría de casos, una exclusivamente. Concretamente, en el 64,1% de los casos solo se necesitó una transferencia. En el 19,6% requirió de dos transferencias, el 3,3% necesitaron 3 transferencias, mientras que solo el 1% necesitó 4 transferencias. Por último, el 5,4% necesito 5 transferencias, estando la mediana situada entre el 1 y el 2, muy cercana al dos. Por tanto, la tasa de éxito de las transferencias embrionarias es alta (ver tabla 60, anexo 5). Esto puede explicarse por diferentes motivos, ya que existen diferentes factores asociados a la técnica que pueden contribuir a mejorar la tasa de éxito de la misma. En primer lugar, los DGP, que permiten, entre otras cosas, seleccionar el embrión de mayor calidad y, por tanto, más viable. En segundo lugar, que el embrión transferido sea la suma de los gametos de personas proveedoras y de los IP. Y, en tercer lugar, la mujer gestante puesto que, *a priori*, 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.

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

Esta sección se ocupa de explorar cuáles fueron los destinos elegidos por los IP españoles para desarrollar sus procesos de gestación subrogada y cuáles fueron los factores que motivaron su elección. También se analizarán las ventajas y dificultades asociadas a cada una de estos países.

En cuanto a los países elegidos, como ya mostré en el capítulo 5 de esta investigación, son un total de 8, pero más de la mitad de la muestra eligió Estados Unidos (55,4%). En segundo lugar, Ucrania con un 37,5% de los casos. En tercer lugar se encuentra México (8,7%), que, a pesar de que ha sido un destino problemático para algunas personas españolas, durante un periodo captó un número considerable de casos. Tailandia (6,5%) e India (5,4%) ocupan el cuarto y quinto lugar en el ranking. Finalmente, en sexto lugar, Canadá y Nepal representan el 2,2% de los casos respectivamente, a pesar de que constituyen dos modelos muy diferentes. En último lugar, se situaría Rusia, que tiene una situación similar a la de Nepal, y que solo supone el 1,1% de los casos (ver tabla 61, anexo 5). En este país tuvo lugar un caso que tuvo una gran repercusión en los medios de comunicación¹⁰⁸ en el que una mujer española que desarrolló una gestación subrogada en solitario, durante prácticamente un año no le fue permitido salir del país con el bebé. Finalmente, consiguió regresar a España cuando las autoridades rusas le expidieron un pasaporte ruso para su hija, en el que se reconoce a la madre de intención como madre legal, mientras las autoridades españolas expidieron un salvoconducto para que el bebé pudiera entrar en España legalmente.

En el caso de Estados Unidos, como he ya mostrado, conviven diferentes legislaciones, sin embargo, las clínicas que ofrecen tratamientos de fertilidad tienden a agruparse geográficamente en clústeres. Los más grandes aparecen solo en siete estados con California a la cabeza, que en el año 2011 agrupaba 64 clínicas. Los otros estados son: Texas, con 39 clínicas, Nueva York con 38, Florida con 28 y, finalmente Illinois con 26. Otros estados como Rhode Island o Nuevo México solo cuentan con 1 clínica. Seis estados: California, Illinois, Massachusetts, New Jersey, New York y Texas agrupan prácticamente la mitad de los nacimientos producto de las TRA, concretamente el 48% (Sunderam et al. 2014 como se cita en Jacobson, 2016).

Las personas españolas que realizaron sus procesos de gestación subrogada en Estados Unidos lo hicieron en los siguientes estados: California e Illinois (37,5%), Kansas, Florida, Oregón y Idaho con el 5% de los casos, mientras que Colorado y Rhode Island ocupan el tercer lugar (2,5%).

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 *Whatsapp*, que hace que cuando una ruta es segura y ofrece buenos resultados, se popularice y sea usada por más IP. Otro criterio también tiene que ver con que ciertas clínicas se especializan en trabajar con población extranjera, y por tanto focalizan su mercado fuera de Estados Unidos.

¹⁰⁸ www.lavanguardia.com/vida/20160623/402715299659/la-espanola-atrapada-en-moscu-tras-tener-un-hijo-por-gestacion-subrogada-consigue-los-papeles-y-regresa-a-espana.html

En cuanto a la relación entre país escogido y opción sexual, no se puede aplicar la prueba Chi cuadrado, dado que las frecuencias son muy bajas en algunas categorías, aunque sí se observan diferencias en la elección de algunos países. Por ejemplo, en Ucrania no hay ninguna pareja homosexual, que se explica porque la ley ucraniana así lo prohíbe, mientras que Estados Unidos reúne más personas homosexuales que heterosexuales. También en Canadá, India, México y Tailandia proporcionalmente más personas homosexuales que heterosexuales realizaron sus procesos de gestación subrogada en estos países. No obstante, en estos casos es más difícil de apreciar dadas las bajas frecuencias de respuesta.

Se preguntó a las personas informantes cuáles eran los principales motivos que les llevaron a elegir un país u otro. Como se trata de una variable medida en escala ordinal (Likert del 0 al 10), he seleccionado las opciones que tenían valoraciones más altas, ya que los totales obtenidos en todas las respuestas son muy similares. Así, los principales motivos que llevaron a elegir el país donde desarrollarían la gestación subrogada son los siguientes:

Tabla 14. Motivos principales que llevaron a seleccionar el país

| Motivos | Nº participantes que lo valoraron entre el 8 y el 10 |
|--|---|
| Las condiciones en las que la gestante desarrolla el embarazo y parto | 79 |
| La protección legal de las madres y padres de intención | 75 |
| La calidad médica: principales indicadores de salud, tradición en TRA, etc. | 75 |
| Protección legal de la gestante | 72 |
| Por ser el país (o estado) más garantista para todas las partes: gestantes e IP | 71 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Como puede observarse, los motivos elegidos fundamentalmente tienen que ver con las condiciones médicas y legales en las que se desarrolla el tratamiento de fertilidad, el embarazo y el parto, así como también con motivos de tipo legal que garanticen el desarrollo del proceso de forma segura para todas las partes. Tal y como he expuesto en el capítulo 5, la seguridad de los procesos está directamente relacionada con la regulación de los países, por tanto, aquellos países donde no existe una regulación, pero se realizan procesos de gestación subrogada tienden a crear situaciones de más inseguridad para todas las partes. En este sentido las agencias intermediarias tienen un papel fundamental ya que acostumbran a ser quienes orientan a los IP en este tipo de decisiones. A pesar de que SNH ofrece información contrastada sobre los diferentes destinos, no todas las personas forman parte o conocen la entidad, por tanto, son estas agencias las que en primera instancia asesoran a los IP que, en ocasiones, han denunciado la mala praxis de algunas de estas empresas¹⁰⁹.

¹⁰⁹ En estas piezas periodísticas puede saberse más sobre algunos de estos casos:
www.playgroundmag.net/articulos/reportajes/Subrogalia-engano-duele_0_1770422959.html

4. Las mujeres gestantes

Este bloque está dedicado al análisis de algunas cuestiones fundamentales relacionadas con las mujeres gestantes, por ejemplo, su perfil sociodemográfico y la relación mantenida con los IP, que también exploré cualitativamente en el capítulo anterior. También analizo el proceso de selección de la mujer gestante.

La gran mayoría de los IP tuvieron la oportunidad y quisieron conocer a las mujeres gestantes, concretamente en el 97,7% de los casos, y solo el 2,3% (2 personas), no pudieron o no quisieron conocerla (ver tabla 62, anexo 5). Estos dos casos corresponden a un proceso realizado en India y otro realizado en Estados Unidos.

Habitualmente los IP necesitan de un intermediario para poder entrar en contacto con una mujer gestante. En el caso de la muestra aquí analizada, lo utilizaron en el 97,6%. Concretamente, el 76,51% utilizaron una agencia de gestación subrogada, mientras que el 21,2% utilizó una clínica. Solo en dos de los casos (2,4%), conocieron a la mujer gestante de forma independiente y ajena a la mediación de terceros.

Tabla 15. Vía por la que conocieron la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|-----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A través de la clínica | 18 | 8,7 | 21,2 | 21,2 |
| | A través de la agencia | 65 | 31,3 | 76,5 | 97,6 |
| | De forma independiente (Internet) | 1 | ,5 | 1,2 | 98,8 |
| | Otro | 1 | ,5 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

De forma habitual, el proceso de selección consiste en que el agente intermediario selecciona un número determinado de mujeres gestantes (habitualmente tres), que son facilitados a los IP. Esta preselección se basa en aquellos criterios que los IP previamente han señalado como importantes. Este proceso sirve, entre otras cosas, para asegurar que los IP y la mujer gestante entienden la gestación subrogada de la misma manera (número de embriones a implantar, reducción embrionaria, aborto, etc.). No obstante, la literatura destaca que no en todos los casos es así, y puede establecerse una relación entre la agencia de la mujer gestante y la forma en que el agente intermediario realiza el proceso de *matching* con los IP.

Los procesos de gestación subrogada habitualmente implican una relación de poder de la que los IP, en muchas ocasiones, no son conscientes (Rudrappa, 2015). Una mujer gestante que puede negociar para quien quiere gestar y en qué condiciones tendrá más

agencia que aquellas mujeres a las que no se les da la oportunidad de decidir como se desarrollará el proceso. En este caso no puede considerarse que hay un consentimiento informado verdadero. Este hecho ha sido documentado por diferentes investigadoras en países como India, Tailandia o México (Pande, 2010; Whittaker, 2010, 2015; Reddy, 2015). Esto supone una clara vulneración de los derechos reproductivos de las mujeres.

87 de las 92 personas con hijos por gestación subrogada contestaron sí pudieron elegir o no a la mujer gestante. En el 89,7% de los casos sí pudieron hacerlo, mientras que en el 10,3% no (ver tabla 71, anexo 5). Este último porcentaje puede deberse a la política de determinados agentes intermediarios, que no promueven la relación entre ambos actores.

La ausencia de relación entre ambas partes confiere un tono diferente al proceso pero, en ocasiones, es también una elección de los IP, ya que prefieren no involucrarse en una relación de tipo personal con la mujer gestante. En el caso de las parejas heterosexuales, el hecho de que una tercera persona desarrolle un rol que les correspondería a ellos realizar en la intimidad, puede suponer una dificultad. Por ello, en algunas ocasiones, la opción preferida es la de no conocer a la mujer gestante. No obstante, algunas agencias hacen obligatorio que se conozcan a pesar de que no existe la obligación de mantener contacto posteriormente.

En cuanto a los criterios que motivaron la elección de las mujeres gestantes, de entre las quince opciones ofrecidas, los tres criterios más relevantes para la muestra fueron los siguientes:

Tabla 16. Principales criterios para la selección de la mujer gestante

| Principales criterios | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|------------|
| Que tuviera hijas o hijos propios | 39 | 54.2% |
| Sus motivaciones para ser gestante | 32 | 44.4% |
| Su historial médico | 29 | 40.3% |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

El criterio más seleccionado por los IP fue, en realidad, un criterio inherente a todos los procesos de gestación subrogada. A través de una maternidad previa queda demostrado que sus embarazos y partos fueron sencillos y ausentes de complicación.

En cuanto al segundo criterio más elegido, “las motivaciones de la mujer gestante para serlo”, esta es una información que se suele facilitar a las madres y padres de intención junto con el perfil de las mujeres gestantes. En otros casos esta información la facilitan las propias mujeres gestantes en el momento en que se encuentran vía *Skype* o en persona para conocerse.

El historial médico de las mujeres constituye el tercer criterio más elegido por los IP. La buena condición de salud de las gestantes debe estar garantizado por las agencias o

clínicas que desarrollan los procesos, puesto que deben acreditar que su estado de salud es óptimo y un embarazo no debería ponerla en peligro.

De acuerdo con la literatura y con las entrevistas realizadas, para muchos IP es muy importante construir una relación con las mujeres gestantes a lo largo del proceso. La mayoría de las personas que contestaron esta pregunta, el 87,1%, mantuvieron relación con ella durante el proceso de embarazo, mientras que el 12,9% no la tuvieron (ver tabla 64, anexo 5). Esto puede deberse a una decisión personal de las madres y padres intencionales, pero también puede ser debido al criterio impuesto por las clínicas o agencias, que en algunos casos no recomiendan o no favorecen el contacto con las mujeres. De acuerdo con las etnografías realizadas en India, es sabido que las mujeres gestantes no tienen contacto con los IP, o bien lo tienen de forma muy limitada (Rudrappa, 2012; Pande, 2014), y la información sobre el embarazo habitualmente es facilitada por la clínica y no a través de las mujeres gestantes, como ocurre en otros países.

Algunas autoras han argumentado que no favorecer el contacto entre las partes tiene que ver con la construcción que se hace de las mujeres gestantes, especialmente las que provienen de países empobrecidos. Estas pueden ser vistas como mujeres que tratan de sacar un beneficio extra de su proceso de gestación subrogada, pidiendo a los IP, por ejemplo, una remuneración no pactada en el contrato. Además, habitualmente, durante el proceso el contacto se mantiene mayoritariamente a través de Internet y las mujeres de los países del Sur Global que trabajan como gestantes no suelen contar con acceso a este de forma cotidiana.

Para muchos IP crear una relación con la mujer gestante supone un valor añadido, puesto que, si tienen previsto explicar a sus hijas e hijos la forma en que nacieron, el papel de la gestante es muy importante para este proceso de revelación.

Una forma de empezar a construir la relación entre ambas partes es a través del contacto que se da durante el período de embarazo. La mayoría de las personas de la muestra mantuvieron contacto de forma semanal, el 55,4%. Lo hicieron a diario en un 25,7% de los casos, y una vez al mes en el 12,2% de las situaciones, mientras que el 6,8% de los IP lo hicieron con una frecuencia inferior a una vez por mes.

La forma habitual de comunicación entre ellos, tal y como revelaron las personas entrevistadas, eran las aplicaciones de mensajería instantánea combinadas con traductores en línea que ayudaron a salvar las barreras lingüísticas.

Tabla 17. Frecuencia del contacto durante el proceso de gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Diariamente | 19 | 9,1 | 25,7 | 25,7 |
| | Semanalmente | 41 | 19,7 | 55,4 | 81,1 |
| | Mensualmente | 9 | 4,3 | 12,2 | 93,2 |
| | Menos de una vez al mes | 5 | 2,4 | 6,8 | 100,0 |
| | Total | 74 | 35,6 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 134 | 64,4 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tal y como mostré en el capítulo anterior, para algunas personas las relaciones con las mujeres gestantes no son como las imaginaron. Algunas hubieran deseado que estas les hicieran más partícipes de los procesos de embarazo o bien establecieran contacto con mayor frecuencia, mientras que otras personas explicaron cómo las mujeres gestantes iban adelantando novedades sobre el proceso de embarazo antes de que lo hiciera la agencia. Esta actitud habitualmente generó sentimientos de confianza y contribuyó a la construcción de un buen vínculo entre ambas partes.

Una vez ha nacido el bebé, la relación entre mujeres gestantes e IP inicia una nueva fase y, a pesar de que la intención a menudo es la de mantener el contacto, este puede diluirse una vez se ha cumplido el objetivo común y cada una de las partes vuelve a su cotidianidad. Por lo que respecta a la muestra aquí analizada, una vez nacido el bebé también la mayoría de IP (84,7%) continuaron el contacto con la mujer gestantes, mientras que el 15,3% no lo hicieron (ver tabla 65, anexo 5).

En la encuesta realizada en Reino Unido, se formuló una pregunta idéntica a esta. En el 96,7% de los casos (88 personas), mantenían contacto con la mujer gestante después del nacimiento, mientras que solo el 3,3% (3 personas) no lo tenían. En este caso es importante señalar que ambas partes, mujeres gestantes e IP, compartían idioma y residían en el mismo país a diferencia de la muestra aquí analizada.

Tabla 18. Frecuencia de contacto una vez finalizado el proceso de gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Diariamente | 6 | 2,9 | 8,3 | 8,3 |
| | Semanalmente | 21 | 10,1 | 29,2 | 37,5 |
| | Mensualmente | 28 | 13,5 | 38,9 | 76,4 |
| | Menos de una vez al mes | 17 | 8,2 | 23,6 | 100,0 |
| | Total | 72 | 34,6 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 136 | 65,4 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto a la frecuencia del contacto mantenido una vez finalizado el proceso de gestación subrogada, aunque esta se dilata, es todavía bastante frecuente. El 38,9% de

los IP mantienen contacto con las mujeres gestantes de forma mensual, semanalmente en el 29,2% de los casos y, con una frecuencia inferior a la mensual, en el 23,6% de los casos, mientras que el 8,3% de los IP mantienen contacto de forma diaria.

Como mostré en el capítulo anterior, mantener algún tipo de relación con las mujeres gestantes es un aspecto referido como importante por los IP en las entrevistas, y también lo es en el discurso de SNH, ya que, consideran a las mujeres gestantes fundamentales en el proceso de revelación de orígenes a sus hijas e hijos, y una buena relación con la mujer gestante hace que este proceso de revelación sea más sencillo.

En la investigación realizada por Berend (2016) se muestra como también para las mujeres gestantes la relación con los IP es fundamental y su labor como gestantes va más allá, involucrando también a sus parejas, si las hay, y a sus hijas e hijos.

Durante el proceso de gestación subrogada se forman conexiones de tipo emocional con todos los miembros del núcleo familiar (Berend, 2016; Jacobson, 2016) o, en algunos exclusivamente con las madres de intención (Teman, 2010). Concretamente, Berend (2012) expone como los IP, una vez finalizada la gestación subrogada, mantienen la relación a través del envío, por ejemplo, de noticias sobre los bebés y llegan a mantener una amistad duradera con la mujer gestante. No obstante, muchas otras mujeres entrevistadas para esa misma etnografía, explicaron cómo las relaciones van a menos y los contactos se dilatan en el tiempo: “En ocasiones comporta sensación de pérdida y tristeza para las mujeres gestantes: puedo sentir que nuestra relación cambia. Las llamadas son menos frecuentes y más cortas. La distancia ha comenzado” (Berend, 2012, p. 926).

Las personas encuestadas, en caso de que volvieran a repetir un proceso de gestación subrogada, en un 73,5% de los casos les gustaría hacerlo con la misma mujer gestante, mientras que el 14,7% no está seguro de ello, y el 11,8% no lo haría. No obstante, la frecuencia de respuesta a esta pregunta es baja, solo la contestaron 34 personas en total (ver tabla 66, anexo 5).

4.1. Perfil sociodemográfico de las mujeres gestantes

Es imposible establecer un perfil de mujer gestante que sea universal, pero esta sección realiza una aproximación al perfil de las mujeres gestantes de diferentes países que tuvieron hijos e hijas para personas españolas.

De forma general, las investigaciones muestran que las mujeres gestantes tienden a ser caucásicas y con edades comprendidas entre el fin de los 20 e inicio de los 30 años. En cuanto al estado civil, están casadas y con al menos un hijo. Estos datos demográficos, no obstante, pueden no representar a las mujeres gestantes de otros lugares que no son EEUU como, por ejemplo, el caso de India (Koert & Daniluk, 2016).

Jacobson (2016) a partir de la etnografía realizada en Estados Unidos, concreta mucho más el perfil de las mujeres gestantes. Entrevistó a 31 mujeres gestantes, que define como de clase trabajadora o clase media-baja con varias hijas e hijos.

7 de estas mujeres no cursaron estudios universitarios, pero todas tienen un certificado de educación secundaria o formación profesional. En general, todas excepto 3, en algún momento de su vida trabajaron fuera de casa y de forma remunerada. Habitualmente, lo hicieron en sectores laborales feminizados. Las mujeres que trabajaban en el mercado laboral en el momento de la gestación subrogada continuaron haciéndolo, ya fuera a jornada completa o media jornada, y en muchas ocasiones en temas relacionados con la gestación subrogada (reclutadoras, propietarias de agencias, etc.).

En cuanto a la etnia, 28 de las mujeres se identificaban como caucásicas no hispanas, dos mujeres lo hicieron como hispanas y una como afroamericana. Ninguna de las mujeres entrevistadas por Jacobson (2016) estaba en el umbral de la pobreza ni recibían subsidios del Estado. Aunque 5 de las mujeres tenían un ingreso anual de hogar por debajo de las 50.000 dólares, mientras que el ingreso medio de 4 mujeres era de más de 150.000. El resto, es decir la mayoría, tenían ingresos que oscilaban entre ambas cantidades. Por lo que se refiere al número de hijas e hijos, 23 de ellas tenían entre 2 y 3 hijos, y 5 tenían solo uno, dos tenían 4 y una de las mujeres 5. Un tercio de su muestra fueron madres adolescentes entre los 17 y los 19 años, y otro tercio dio a luz a su primer hijo entre los 24 y los 34 años. Dos tercios de su muestra tuvieron su primer hijo más jóvenes que la media nacional, que en Estados Unidos está en 25,6 años (Martin et al. 2013, como se cita en Jacobson, 2016). Por último, en el momento de la entrevista, en el que 29 de ellas estaban gestando para otras personas, las mujeres gestantes tenían edades comprendidas entre los 24 y los 45 años.

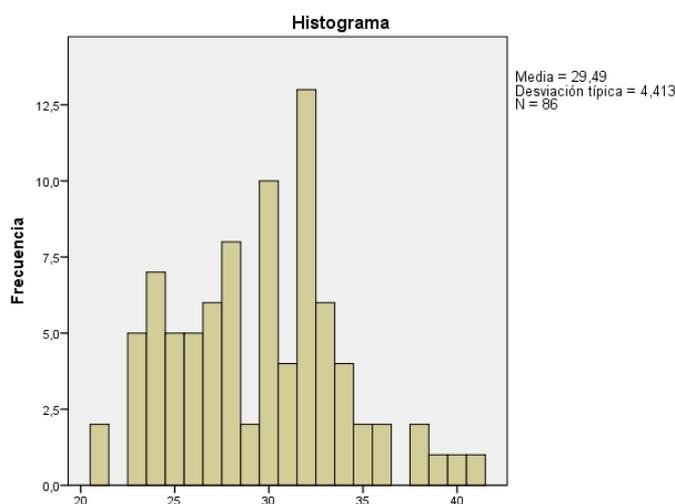
En cambio, de las 52 mujeres que formaron parte de la etnografía en India de Pande (2014) solo 2 se identificaron con clase media y todas afirmaron acceder a la gestación subrogada por una necesidad económica. Todas estaban casadas y tenían al menos un hijo. En cuanto a su ocupación principal, 19 de ellas se dedicaban al trabajo de cuidados en el hogar y, en general, se dedicaban a trabajos relacionados con los cuidados como, por ejemplo, la enfermería, la limpieza, el cuidado de niñas y niños pequeños, la costura o la enseñanza. En dos casos eran cajeras de banco.

No obstante, dada la ausencia de registros de mujeres gestantes en todos los países, es complicado afirmar si existe un perfil universal de mujer gestante o si la muestra aquí analizada se adecua o no a dicho perfil.

En cuanto a la información aquí presentada sobre estas, se debe tener en cuenta que ha sido facilitada por los IP que contestaron la encuesta y, por tanto, podría contener alguna inexactitud. De acuerdo con los datos disponibles, las mujeres gestantes tenían edades comprendidas entre los 21 y los 41 años, y la media de edad estaba cerca de los

30 años, con una desviación típica de 4.4, y donde el intervalo de confianza de la media (95%) se encuentra situado entre los 28 y 31 años.

Gráfico 18. Edad media mujeres gestantes



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Por lo que se refiere al estado civil y ámbito familiar de las mujeres gestantes, la mayoría de ellas tenían pareja en el momento de realizar la gestación subrogada, el 78,8%, mientras que el 21,2% restante no tenía (ver tabla 67, anexo 5)

En cuanto al número de hijas e hijos, como puede observarse en la tabla que se encuentra a continuación, el 40% de las mujeres tenía dos hijos, seguidas por las mujeres que tenían un único hijo, que representan el 34,1% de la muestra. El 16,5% de las mujeres tenían 3 y, las mujeres con 4 hijos representan el porcentaje menor, el 9,4%.

Tabla 19. Número de hijas/os de la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 1 | 29 | 13,9 | 34,1 | 34,1 |
| | 2 | 34 | 16,3 | 40,0 | 74,1 |
| | 3 | 14 | 6,7 | 16,5 | 90,6 |
| | 4 | 8 | 3,8 | 9,4 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En relación a ello, es interesante explorar la experiencia previa como gestantes. Para la mayoría de las mujeres gestantes que conforman la muestra, concretamente para el 84,7%, era su primera experiencia, mientras que el 14,1% ya había trabajado como gestante con anterioridad (ver tabla 68, anexo 5). De ellas el 75% habían trabajado como gestantes en una única ocasión anterior, y el 25% en dos ocasiones previas, por tanto esta gestación subrogada suponía su tercer proceso.

Tabla 20. Número de veces que había sido gestante anteriormente

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 1 | 9 | 4,3 | 75,0 | 75,0 |
| | 2 | 3 | 1,4 | 25,0 | 100,0 |
| | Total | 12 | 5,8 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 196 | 94,2 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

La literatura ha señalado la dimensión clase social y etnia como problemática en las relaciones que se establecen entre las mujeres gestantes y los IP. Puede afirmarse que, en general, existe una verticalidad que posiciona a las mujeres gestantes a menudo en un lugar desaventajado respecto a los IP y que, de forma general, tienen su fundamento, en estas variables.

En cuanto al origen étnico de las mujeres gestantes, tal y como se observa en la tabla 45, el 60% de las mujeres eran caucásicas, el 20% de origen hispano, el 9,4% surasiáticas, el 4,2% se consideraba nativa americana, el 3,5% del Este de Asia, el 1,2% negras y, también el 1,2% multirracial o mestiza. En este sentido puede observarse que predominan las mujeres blancas. Andrea Braverman y Stephen Corson (1992), apuntan que en Estados Unidos el ámbito de la gestación subrogada es blanco, tanto por lo que se refiere a las mujeres gestantes como a los IP (como se cita en Jacobson, 2016). En la muestra aquí analizada, el origen étnico es muy diverso pero aún así, predominan las mujeres caucásicas.

Tabla 21. Origen étnico de la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Negra o africana | 1 | ,5 | 1,2 | 1,2 |
| | Blanca/caucásica | 51 | 24,5 | 60,0 | 61,2 |
| | Hispana/latina | 17 | 8,2 | 20,0 | 81,2 |
| | Nativa americana o india americana | 4 | 1,9 | 4,7 | 85,9 |
| | Birracial/multirracial/mestiza | 1 | ,5 | 1,2 | 87,1 |
| | Surasiática: India, Paquistán, etc. | 8 | 3,8 | 9,4 | 96,5 |
| | Este de Asia: China, Japón | 3 | 1,4 | 3,5 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto al nivel de formación de las mujeres gestantes, la mayoría de ellas cuenta con estudios universitarios, concretamente un 36,5%, mientras que solo el 2,4% tiene menos que estudios primarios. El 9,4% cuenta con enseñanza primaria y el 10,6% con estudios de enseñanza secundaria. Las mujeres con educación secundaria postobligatoria suponen en el 9,4% de la muestra, mientras que aquellas con estudios de formación

profesional suponen el 7,1%, así como la formación profesional de grado superior está presente en el 11,8% de los casos. Por último, solo el 1,2% cuenta con estudios universitarios de postgrado.

Tabla 22. Nivel de estudios de la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Menos que estudios primarios | 2 | 1,0 | 2,4 | 2,4 |
| | Enseñanza primaria (educación primaria LOGSE, EGB, Certificado de escolaridad o equivalente) | 8 | 3,8 | 9,4 | 11,8 |
| | Enseñanza secundaria (ESO, Graduado escolar, Bachillerato elemental o equivalentes) | 9 | 4,3 | 10,6 | 22,4 |
| | Educación secundaria postobligatoria (Bachillerato LOGSE, Bachillerato superior, BUP, COU o equivalentes) | 8 | 3,8 | 9,4 | 31,8 |
| | Ciclos formativos de grado medio (Formación profesional FPI) | 6 | 2,9 | 7,1 | 38,8 |
| | Ciclos formativos de grado superior (Formación profesional FP II) | 10 | 4,8 | 11,8 | 50,6 |
| | Estudios universitarios (Licenciatura, Diplomatura, Grado, Ingeniería Técnica, Arquitectura Técnica) | 31 | 14,9 | 36,5 | 87,1 |
| | Estudios universitarios de postgrado (Máster, Postgrado, Doctorado) | 1 | ,5 | 1,2 | 88,2 |
| | No lo sé | 10 | 4,8 | 11,8 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En lo referido a la situación laboral, la mayoría de las mujeres gestantes, concretamente el 61,6%, trabajaban fuera de casa el momento de iniciar la gestación subrogada, mientras que el 10,5% se encontraban desempleadas. Por otro lado, el 19,8% de las mujeres gestantes se dedicaban de forma estable al trabajo de cuidados no remunerado como ocupación principal, y el 3,5% no tenía empleo por una situación diferente al desempleo o el trabajo de cuidados, pero se desconoce la causa. El 2,3% de las mujeres gestantes no estaban en el mercado laboral puesto que estaban estudiando en ese momento. Para el 2,3% de los IP la situación laboral de las mujeres gestantes era desconocida.

Tabla 23. Situación laboral de la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Con empleo (con o sin contrato) | 53 | 25,5 | 61,6 | 61,6 |
| | Desempleada | 9 | 4,3 | 10,5 | 72,1 |
| | Estudiante o en formación sin empleo | 2 | 1,0 | 2,3 | 74,4 |
| | Dedicada al trabajo doméstico o de cuidados no remunerado | 17 | 8,2 | 19,8 | 94,2 |
| | Otra situación por la cual no tiene empleo | 3 | 1,4 | 3,5 | 97,7 |
| | No lo sé | 2 | 1,0 | 2,3 | 100,0 |
| | Total | 86 | 41,3 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 122 | 58,7 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto al sector de ocupación de las mujeres gestantes que se encontraban en activo en el mercado laboral (Ver tabla 69, anexo 5), el 25% estaban en el sector de técnicas y profesionales universitarias, es decir, desempeñan labores que requieren formación de grado universitario. El 25% de las mujeres gestantes eran empleadas de tipo administrativo. En menor cantidad, en el 9,6% de los casos, eran trabajadoras calificadas, y también el 9,6% desarrollaban su labor en el sector servicios. Las trabajadoras por cuenta propia sin personal asalariado a cargo eran el 7,7%, y también las supervisoras y trabajadoras en ocupaciones técnicas calificadas. Las trabajadoras no calificadas eran el 5,8%, y las directoras y gerentes de establecimientos con más de 10 personas asalariadas suponían el 3,8%, mientras que las directoras y gerentes de establecimientos de menos de 10 personas asalariadas eran solo el 1,9% de la muestra. Finalmente, un 3,8% las madres y padres de intención desconocían el sector de ocupación de las mujeres gestantes. En general, a pesar de que la mayoría de las mujeres gestantes de la muestra se encuentra en activo en el mercado laboral, pocas de ellas ocupan posiciones laborales de alta cualificación. Y si comparamos su posición en el mercado laboral con el de los IP, vemos que estas ocupan puestos de trabajo menos cualificados en su conjunto.

Por último, de acuerdo con la información facilitada por los IP que contestaron la encuesta, constato que estos muestran un buen nivel de conocimiento sobre el ámbito personal y laboral de las mujeres gestantes.

5. La proveedora de óvulos y el proveedor de esperma

Otro de los agentes fundamentales en la tríada de la gestación subrogada son las personas que proveen gametos, ya sean masculinos o femeninos. La provisión de óvulos gana importancia, puesto que es más habitual y, además, su proceso de extracción implica una medicalización de las mujeres, que los proveedores de esperma no experimentan.

En ocasiones la imposibilidad de gestar de las madres de intención, puede ir acompañada también de la imposibilidad de utilizar los propios óvulos para el proceso de gestación subrogada. De hecho solo en el 16,9% de los casos aquí analizados los óvulos provenían de la IP. En el resto de casos, necesitaron de gametos femeninos, ya fuera porque se trataba de una pareja homosexual u hombre en solitario, o bien porque se trataba de una pareja heterosexual pero la mujer no tenía la posibilidad de proveerlos ella misma.

El origen de los óvulos comprados es diverso, así como fueron facilitados a través de diferentes vías. Concretamente fueron provistos por la clínica en la que realizaron el tratamiento de fertilidad, en el 21,7% de los casos, por la agencia en un 16,9% de las ocasiones, o por una agencia especializada en la provisión de gametos, en el 28,9% de los casos. En porcentaje inferior pero significativo, el 15,7% de los IP obtuvieron los óvulos de una mujer proveedora independiente, es decir, al margen de las agencias o las clínicas.

Tabla 24. Origen de los óvulos utilizados

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | De la madre de intención | 14 | 6,7 | 16,9 | 16,9 |
| | De una clínica de fertilidad | 18 | 8,7 | 21,7 | 38,6 |
| | De una agencia de donación de óvulos | 24 | 11,5 | 28,9 | 67,5 |
| | De una donante independiente | 13 | 6,3 | 15,7 | 83,1 |
| | De la agencia de gestación subrogada | 14 | 6,7 | 16,9 | 100,0 |
| | Total | 83 | 39,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 125 | 60,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En el mercado de la provisión de óvulos el hecho de que las mujeres donantes lo hayan sido previamente es un valor añadido porque, al igual que en el caso de las mujeres gestantes, que el material genético haya sido utilizado con éxito previamente se valora positivamente.

En la mayoría de los casos el 69%, concretamente, se trataba de una “donante probada”, es decir, de una mujer cuyos óvulos ya se habían utilizado con éxito en al menos otro proceso de fertilidad anterior. En cambio, para el 18,3% era la primera vez, y en el 12,7% de los casos los IP desconocían esta información (ver tabla 70, anexo 5). Esto puede deberse a que las agencias o clínicas no informaron a los IP sobre esta posibilidad.

Para la mayoría de madres y padres de intención la selección de la proveedora de óvulos es un momento muy importante, puesto que esta es la encargada de aportar la mitad

de la carga genética del bebé que nacerá, que se traduce también en el fenotipo¹¹⁰, es decir, en su aspecto físico. En el 94,4% de los casos, (ver tabla 71, anexo 5), eligieron a la mujer proveedora. En el resto de los casos lo hizo la clínica sin contar con la opinión de los IP.

Habitualmente las proveedoras de óvulos, y también los proveedores de esperma, una vez pasan el examen médico inicial, proceden a configurar un “perfil de donante”, que acostumbra a ser largos documentos donde responden cuestiones sobre sus características físicas, el historial médico familiar, logros educativos, en ocasiones también la puntuación en test IQ¹¹¹, así como otras preguntas sobre aficiones, motivaciones para vender sus óvulos, etc. Información que, junto con algunas fotografías, se facilita a las madres y padres de intención para que puedan realizar la elección (Almeling, 2007).

Los IP seleccionan a las proveedoras de óvulos mayoritariamente en base a las características físicas y sociales de estas mujeres. Estas características pueden incluir la edad, el color de la piel, la altura, el color del pelo, el color de los ojos, la forma del cuerpo y el origen racial o étnico percibido (Widdance-Twinne, 2015). En el caso de la muestra, los motivos principales por los que las proveedoras de óvulos fueron elegidas, son los siguientes:

Tabla 25. Principales criterios para la selección de la proveedora de óvulos

| Criterios | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Su historial médico | 48 | 71.6% |
| Su edad | 41 | 61.2% |
| Su formación académica, nivel cultural | 25 | 37.3% |
| Su aspecto físico | 25 | 37.3% |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Como puede observarse, se proporcionan cuatro motivos en lugar de tres, tal y como se pedía en la formulación de la pregunta, puesto que existe un empate de número de respuestas entre la tercera y la cuarta opción. El criterio más elegido y, por tanto, más importante para los IP, tiene que ver con la salud de la proveedora de óvulos. El segundo factor más importante es la edad, que está relacionado con la tasa de éxito de embarazo. En tercer lugar, se encuentran el aspecto físico y su formación académica y nivel cultural con el mismo número de respuestas.

¹¹⁰ El fenotipo es la suma de rasgos observables en un organismo, rasgos que nos hacen identificarlo como perteneciente a una determinada especie. Por el contrario el genotipo remitirá al código genético que hace que ese organismo sea como es, que se transmitirá en la reproducción y que hará a dicho organismo pertenecer a una especie. En otras palabras, el fenotipo será la expresión visible del genotipo invisible para nuestros ojos.

¹¹¹ El cociente intelectual (en inglés, IQ) es un valor que resulta de la realización de un examen estandarizado para medir las habilidades cognitivas y la capacidad intelectual de una persona en relación a su grupo de edad.

En el caso del aspecto físico, los IP acostumbran a buscar mujeres que fenotípicamente sean parecidas a ellos. Si se trata de una pareja, habitualmente estas tienden a buscar el parecido con el miembro que no aporta sus gametos para la concepción. La legislación de los lugares donde es posible desarrollar la gestación subrogada no acostumbra a restringir el acceso a este tipo de datos, que generalmente son de libre acceso para los IP¹¹².

Por último, el hecho de que la formación académica y el nivel cultural sean también características altamente valoradas, da a entender que estos son rasgos genéticos y no características adquiridas socialmente, en base al sistema de oportunidades. Es decir, parecería que estos no vienen dados, al menos en parte, por los condicionantes sociales sino que forman parte de nuestros genes.

Así como los IP, generalmente, valoran el hecho de crear y mantener un vínculo con la mujer gestante, en el caso de las mujeres proveedoras de óvulos no es así. En la muestra analizada la mayoría de las personas no tuvieron ningún contacto con esta, 81,7%, mientras que en el 18,3% sí lo tuvieron (ver tabla 72, anexo 5). De acuerdo con Sarah Franklin (2013), las parejas que utilizan gametos de terceras personas pueden optar por disminuir el énfasis en este aspecto del tratamiento, y la relación biológica que implica con la proveedora o proveedor de gametos, enfatizando otra dimensión de la maternidad o la paternidad como, por ejemplo, la nueva habitación que han preparado juntos para el bebé, que es un símbolo de la fuerza de su deseo compartido de reproducirse. Durante las entrevistas, también el rol de las proveedoras de gametos fue ignorada por los IP, poniendo la atención en la gestante como pieza fundamental del proceso pero ignorando la contribución genética proporcionada por la proveedora de óvulos.

En cuanto al origen de estas mujeres, fundamentalmente eran blancas, 64,8%, seguidas con mucha diferencia por las mujeres de etnia hispana y surasiática, 9,9%. Las mujeres nativas americanas fueron elegidas en el 7% de los casos, y las mujeres de etnia multirracial o mestiza el 5,6%, mientras que las mujeres del Este de Asia representan solo el 2,8% de los casos. La participación de las proveedoras de etnia asiática, puede significar que los IP adquirieron gametos de mujeres originarias del país donde desarrollaron la gestación subrogada y, por tanto, en estos casos para ellos no era una tema importante la cuestión relativa al fenotipo.

¹¹² Sin embargo, en el Estado español, la legislación sí restringe el acceso a esta información a los pacientes de reproducción asistida, y siempre es el profesional quien decide quien es la proveedora de óvulos más adecuada en cada caso. Por tanto, este hecho debería ser tenido en cuenta en la posible regulación de la gestación subrogada en el Estado español.

Tabla 26. Etnia de la proveedora de óvulos

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|-------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Blanca/caucásica | 46 | 22,1 | 64,8 | 64,8 |
| | Hispana/latina | 7 | 3,4 | 9,9 | 74,6 |
| | Nativa americana o india americana | 5 | 2,4 | 7,0 | 81,7 |
| | Birracial/multirracial/mestiza | 4 | 1,9 | 5,6 | 87,3 |
| | Sudasiática: India, Paquistán, etc. | 7 | 3,4 | 9,9 | 97,2 |
| | Este de Asia: China, Japón | 2 | 1,0 | 2,8 | 100,0 |
| | Total | 71 | 34,1 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 137 | 65,9 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En determinados países, tal y como se ha mostrado en el análisis de las entrevistas, cuando los IP eligen mujeres proveedoras de óvulos de etnia diferente a la del país donde se desarrolla el proceso, lo que comporta el desplazamiento de esta mujer de su país de origen al lugar donde realizan el proceso de extracción de los gametos.

En relación con los gametos, cabe destacar que, respecto del tipo de transferencia embrionaria utilizada por los IP, la mayoría de estos optaron por realizar la transferencia con embriones congelados realizados con sus propios gametos, concretamente el 28,4%. En un porcentaje considerablemente menor se realizaron las transferencias de embrión en fresco con gametos propios 9,6%. Esto implica que los IP y la mujer gestante (y proveedora de óvulos si la hubiera) deben estar presentes en el momento de la transferencia. Además, previamente deben haberse sincronizado los los ciclos menstruales. En un porcentaje mucho menor, el 1,9%, la transferencia se realizó con embriones donados, lo que significa que no existe ningún tipo de vinculación genética entre los IP y el bebé que nacerá. Esta situación, en la ninguno de los IP está vinculado al bebé, puede resultar en un dificultad para conseguir la filiación.

Los denominados embriones donados o adoptados, proceden de otros procesos de fertilidad en los que las personas propietarias produjeron más embriones de los que finalmente acabaron necesitando y que, en algunos casos, deciden donar para que otras personas puedan utilizarlos en procesos de reproducción asistida.

Tabla 27. Tipo de transferencia realizada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Transferencia embrión congelado propio | 59 | 28,4 | 71,1 | 71,1 |
| | Transferencia embrión en fresco propio | 20 | 9,6 | 24,1 | 95,2 |
| | Transferencia embrión donado | 4 | 1,9 | 4,8 | 100,0 |
| | Total | 83 | 39,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 125 | 60,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

La provisión de espermatozoides en los procesos de gestación subrogada, es mucho menos frecuente. Y, concretamente, en la muestra aquí analizada solo se recurrió a ella en 4 ocasiones, por lo que en el 95,2% de los casos el padre de intención era también el padre biológico.

Tabla 28. Procedencia del proveedor espermatozoides

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Del padre de intención/de uno de los padres de intención | 80 | 38,5 | 95,2 | 95,2 |
| | De un donante que trabajaba para una agencia o clínica | 2 | 1,0 | 2,4 | 97,6 |
| | De un donante independiente | 2 | 1,0 | 2,4 | 100,0 |
| | Total | 84 | 40,4 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 124 | 59,6 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

A pesar de la poca significación estadística de estos datos, realizo una breve reflexión sobre ellos. Igual que en el caso de las mujeres proveedoras de óvulos, los hombres que venden su espermatozoides también son seleccionados por los IP. En la muestra analizada, en 3 de los 4 casos eligieron el donante y también en 3 de las 4 casos se trataba de donantes cuyo espermatozoides se había utilizado en otros procesos de fertilidad, es decir, eran “donantes probados”.

Los principales criterios utilizados en la selección del proveedor de espermatozoides, son los siguientes: su historial médico, su formación académica y su nivel cultural, la edad, el aspecto físico, sus motivaciones para ser donante y, por último, el hecho de que fuera un “donante probado”. En general, los criterios de selección coinciden con los de la mujer proveedora de óvulos, a pesar de que, en el caso de los hombres, se añade también la motivación por la que este decide vender su espermatozoides (ver tabla 73, anexo 5).

No se ha podido realizar ningún contraste estadístico puesto que la diferencia de muestra entre ambas variables es demasiado grande, y el número de respuestas obtenidas para el proveedor de espermatozoides ha sido muy baja.

6. Dificultades encontradas en el proceso de gestación subrogada

En esta sección identifico y analizo las diferentes dificultades encontradas por los IP en sus procesos. Buena parte de las dificultades tienen que ver con el encaje jurídico de la gestación subrogada en los ordenamientos jurídicos de los diferentes países en los que esta se ha desarrollado, pero también con la situación en el país de acogida: el Estado español.

La resolución judicial es fundamental para establecer la filiación del bebé que acaba de nacer. En el 47,6% de los casos, esta se obtuvo después del nacimiento, mientras que un 34,1% de los IP la consiguieron antes. En el 18,3% de los casos no la obtuvieron ni antes ni después del nacimiento y esto pudo conllevar dificultades.

Tabla 29. Resolución judicial que estableció la filiación

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí, antes del nacimiento | 28 | 13,5 | 34,1 | 34,1 |
| | Sí, después del nacimiento | 39 | 18,8 | 47,6 | 81,7 |
| | No | 15 | 7,2 | 18,3 | 100,0 |
| | Total | 82 | 39,4 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 126 | 60,6 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Una de estas dificultades puede ser la imposibilidad de abandonar el país, cosa que ocurrió en el 14,86% de los casos, que equivale a un total de 12 personas. Pero la mayoría de las personas, concretamente el 85,4%, no tuvo ningún tipo de dificultad (ver tabla 74, anexo 5).

De las 12 personas que declararon haber tenido alguna dificultad para abandonar el país, solo 10 contestaron a la pregunta donde se les pedía que indicaran cuáles fueron estas dificultades (ver tabla 75, anexo 5). Como en el caso anterior, aunque estadísticamente no son datos muy significativos sí es importante conocer dichas dificultades, puesto que forman parte de la realidad actual de la gestación subrogada de las personas españolas, y por tanto, es algo que los poderes públicos deben conocer, especialmente en un momento como el actual, en el que se plantea por primera vez si es necesaria su legalización.

En 4 de los casos tuvieron dificultades para inscribir el bebé en el registro civil consular, ya que el cónsul no reconocía la sentencia que se emite tras el nacimiento. En otros 4 casos también hubo problemas para inscribir el bebé en el registro civil consular, en este caso porque no existía sentencia asociada al nacimiento. Por último, la tercera de las dificultades encontradas tiene que ver con la inscripción del bebé en el registro civil consular por la existencia de defectos de forma. Habitualmente estos tienen que ver con que el cónsul puede, por ejemplo, pedir el consentimiento informado de la mujer

gestante, o bien que la renuncia al bebé por parte esta se haga de forma presencial.

Estas dificultades pueden imposibilitar la obtención de la nacionalidad española de estos bebés. En el caso de la muestra aquí analizada, el 74,5% tenía nacionalidad española, mientras que el 25,5% todavía tenía la nacionalidad correspondiente al país en que nacieron.

Tabla 30. Nacionalidad bebés

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Española | 41 | 19,7 | 74,5 | 74,5 |
| | Del país de nacimiento | 14 | 6,7 | 25,5 | 100,0 |
| | Total | 55 | 26,4 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 153 | 73,6 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Que la gestación subrogada no sea reconocida como una forma de maternidad o paternidad legal en el Estado español, también tiene un efecto sobre las licencias parentales que pueden ser disfrutadas por los IP. En la muestra aquí analizada se observa que el permiso de maternidad la obtuvieron un total de 30 mujeres (14,4%) frente a 45 que no lo pudieron disfrutar (21,6%).

Tabla 31. Licencia por maternidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| validos | No | 45 | 21,6 | 21,6 | 85,6 |
| | Sí en exclusiva | 27 | 13,0 | 13,0 | 98,6 |
| | Sí, compartida con mi pareja | 3 | 1,4 | 1,4 | 100,0 |
| | Perdidos sistema | 133 | 63,9 | 63,9 | 63,9 |
| | Total | 208 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Por lo que se refiere al resto de permisos, como puede observarse (ver tabla 31), el permiso de paternidad sí fue disfrutado en la mayoría de los casos, en cambio, otros como la compactación de la reducción horaria, no fueron usados por un número significativo de personas.

Existe una diferencia significativa entre las personas que intentan conseguir las licencias parentales en la actualidad y unos años atrás. Fruto del trabajo de incidencia política realizada, algunas comunidad autónomas, como indiqué en capítulo 6, están empezando a reconocer este tipo de permisos para los IP. Unos años atrás, simplemente no las pedían o lo hacía un número muy reducido de personas puesto que comportaba un proceso jurídico largo y difícil. No obstante, una vez el debate de la gestación

subrogada se posicionó en el discurso de los derechos, los IP empezaron a cuestionar por qué no podían disfrutar de un derecho fundamental asociado al hecho de tener personas a cargo que necesitan de cuidados y, como consecuencia, empezaron a llevar a cabo los procesos legales necesarios para su obtención.

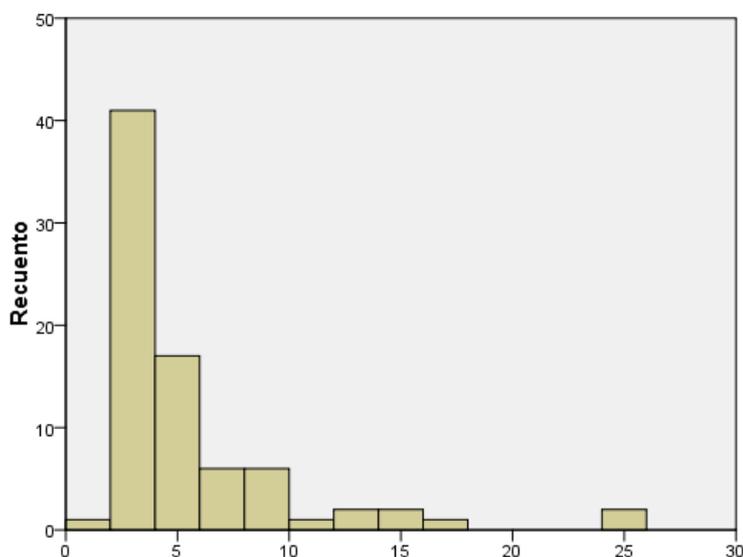
Tabla 32. Otras licencias disfrutadas

| | Sí | | No | |
|---|----|-------|----|-------|
| | F | % | F | % |
| Licencia por paternidad | 41 | 70.68 | 17 | 29.32 |
| Compactación de reducciones horarias retribuidas | 25 | 44.68 | 31 | 55.32 |
| Excedencia por cuidado hijas/os | 16 | 29.10 | 39 | 70.90 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Otro indicador de dificultad en el proceso tiene que ver con el tiempo transcurrido desde el nacimiento del bebé hasta el momento en que los IP abandonan el país con él. Se estima que el periodo necesario para obtener la documentación necesaria para volver al Estado español, así como el tiempo necesario y además requerido para que maduren los oídos del bebé y pueda volar en condiciones de seguridad, es de 4 a 5 semanas.

Gráfico 19. Tiempo transcurrido entre el nacimiento del bebé y la salida del país



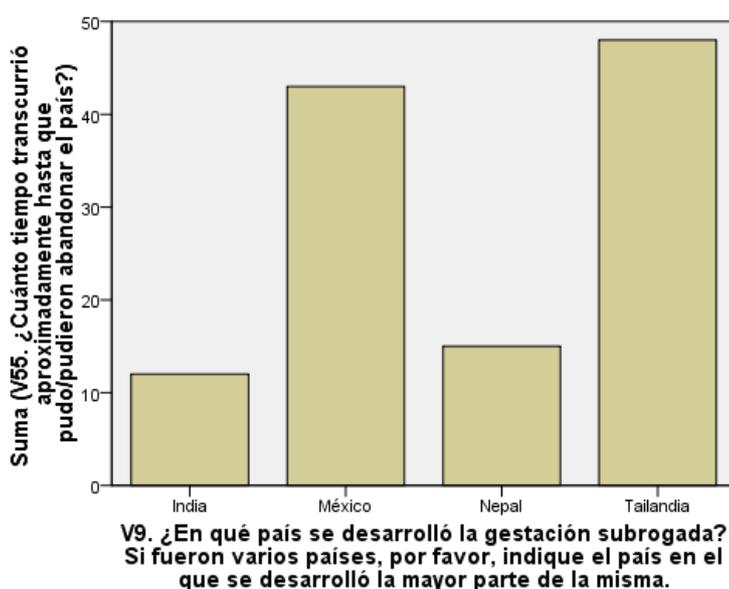
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

De acuerdo con SNH, un periodo superior a 12 semanas es sinónimo de alguna irregularidad o dificultad en el proceso. Como se puede observar, los países en los que se da esta particularidad, son aquellos que ofrecen menor seguridad jurídica: India, México, Nepal y Tailandia. Estos también son los países habitualmente reportados en los medios de comunicación. Como expuse en el capítulo 5, todos estos países han dejado de ser un destino disponible para las personas españolas, ya que los gobiernos

han tendido a restringir el acceso a la práctica para personas no residentes en estos países por temor a que se convirtieran en “destinos de turismo reproductivo”.

En lo referente al tiempo de espera, cabe destacar además, que aunque la media de tiempo obtenida en la muestra es razonable (está alrededor de las 5 semanas), existe mucha variabilidad puesto que la desviación típica es de 4,4, y esto implica que, a pesar de que la media es baja, existen valores muy elevados, es decir, la muestra comprende casos en los que el tiempo transcurrido entre el nacimiento del bebé y la llegada a España, es muy superior a la media.

Gráfico 20. Países en los que el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la salida es superior a 12 semanas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

6.1. Entorno y apoyo recibido

Hasta ahora he realizado un análisis de aquellos agentes imprescindibles para el desarrollo de una gestación subrogada. En esta sección me ocupo de mostrar cuál es el papel del entorno más inmediato de las personas que deciden crear familia a través de esta vía. Como expuse en el capítulo anterior, para los IP el apoyo de su entorno es imprescindible ya que, a menudo, se trata de un proceso largo y lleno de incertidumbre, que requiere del acompañamiento y apoyo de las personas cercanas y no solo en el plano afectivo sino también en el plano logístico e incluso económico. No obstante, los IP acostumbran a seleccionar los ámbitos en los que compartir su futura maternidad y/o paternidad.

Como se observa en la tabla 33, en el 45,5% de los casos los IP compartieron el proceso de gestación subrogada con todo su entorno, incluido el ámbito laboral. En segundo lugar, con el 31,2% de los casos, lo compartieron con todo el mundo cuando surgió la ocasión de hacerlo pero no se buscó hacerlo público de forma deliberada. En tercer lugar, el 20,8% de las personas solo lo compartieron con su círculo más íntimo de familiares y amistades, mientras que un porcentaje sustancialmente inferior, el 2,6%, lo compartieron en todos los ámbitos de la vida a excepción del ámbito laboral.

En general, la gestación subrogada en el Estado español despierta empatía y rechazo a partes iguales. Pero a raíz de los diferentes espacios de intercambio compartidos con los IP y la observación participante realizada, he podido constatar que en ocasiones estos tienen cierto temor a la opinión pública y a los juicios de valor que esta pueda emitir.

Si bien es cierto que la infertilidad conlleva un determinado tipo de estigma, sobre todo para las mujeres, puesto que no pueden cumplir con las funciones naturales atribuidas por el sistema patriarcal, en el caso de la gestación subrogada se le suma el hecho de que es un fenómeno socialmente conflictivo y no siempre bien aceptado.

Tabla 33. Núcleos con los que compartió su proceso de gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Solo con mi círculo más íntimo de familiares y amistades | 16 | 7,7 | 20,8 | 20,8 |
| | Lo he compartido en todos los ámbitos de mi vida a excepción del laboral | 2 | 1,0 | 2,6 | 23,4 |
| | Lo he compartido en todos los ámbitos de mi vida, incluido el laboral | 35 | 16,8 | 45,5 | 68,8 |
| | Lo he compartido con todo el mundo cuando ha surgido la ocasión | 24 | 11,5 | 31,2 | 100,0 |
| | Total | 77 | 37,0 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 131 | 63,0 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En cuanto a los apoyos recibidos durante el proceso de gestación subrogada, tal y como puede observarse en la tabla 34, la familia nuclear (madres, padres, hermanas y hermanos) constituye un apoyo fundamental. Aunque las amistades lo fueron todavía en un porcentaje mayor. También se constata la importancia de los grupos de apoyo o asociaciones que agrupan a personas que están desarrollando el proceso de gestación subrogada o ya han tenido sus hijas e hijos por esta vía.

Tabla 34. Apoyos fundamentales en el proceso de gestación subrogada

| | Sí | | No | |
|---|------------|-------|------------|-------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Padre | 59 | 80.82 | 14 | 19.18 |
| Madre | 68 | 90.66 | 7 | 9.34 |
| Hermanas/os | 68 | 90.66 | 7 | 9.34 |
| Amistades | 71 | 93.42 | 5 | 6.58 |
| Familia extensa | 39 | 61.91 | 24 | 38.09 |
| Compañeros de trabajo | 50 | 70.42 | 21 | 29.58 |
| Asociación o grupo de apoyo de gestación subrogada | 42 | 63.63 | 24 | 36.37 |
| Agencia | 42 | 64.61 | 23 | 35.39 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En relación a las entidades, una de las características de este grupo de población, es su capacidad de movilización social e incidencia política. Esto ha comportado la obtención de una considerable visibilidad, lo que no significa necesariamente que las entidades tengan un número elevado de personas asociadas, sino que la vida asociativa de las entidades es muy activa y eficaz.

Las personas que contestaron la encuesta mayoritariamente están vinculadas a alguna de las dos entidades existentes en el Estado español. Esto puede tener que ver también con el hecho mismo de que la contesten, ya que la visibilización que ofrecerán los resultados de este cuestionario, puede ser percibida por los IP como un instrumento más de incidencia política.

Las respuestas obtenidas en el cuestionario confirman la existencia de dos entidades que trabajan para la normalización y la legalización de la gestación subrogada en España: Son Nuestros Hijos y la Asociación por la Gestación Subrogada en España. SNH cuenta con alrededor de 300 personas asociadas que pagan una cuota, aunque son más las que participan de actividades y son afines a la entidad. También cuentan con un elevado número de personas que se ponen en contacto para realizar una demanda de información, pero que después no pasan a formar parte de la entidad.

60 de las personas encuestadas forman parte de alguna de las dos entidades que trabajan para la legalización de la gestación subrogada en España (ver tabla 76, anexo 5). La mayoría de estas son miembros de SNH, concretamente 56, mientras que un número inferior, 7 personas, lo hace de la Asociación para la Gestación Subrogada en España (ver tablas 77 y 78, anexo 5).

7. Modelo de gestación subrogada deseado

Tradicionalmente los acuerdos de gestación subrogada se dividen entre el modelo llamado altruista y el modelo comercial. Como expuse el capítulo 2, el modelo altruista

implica que las mujeres gestantes no pueden recibir una remuneración por su labor. Mientras que el modelo comercial se define a través de un contrato privado entre la mujer gestante y los IP, donde se establece una remuneración económica adicional (Koert & Daniluk).

Con el objetivo de conocer cuál es el modelo ideal de regulación para las personas españolas que han realizado o realizarán un proceso de gestación subrogada, se les pidió que eligieran entre una de las cinco opciones propuestas en la encuesta (ver tabla 35). Para construir cada una de estas categorías tuvo en cuenta los diversos modelos existentes en el mundo, y también incluyó la opción “no soy partidaria/o de su regulación” y la opción “otros”, donde se les pedía que describieran, de acuerdo con su propio criterio, la opción de regulación ideal. Además se incluyó la opción “Modelo en que solo las personas con vínculos familiares puedan ser gestantes”. Por último, entre las opciones a elegir incluí también una sexta opción, que es la promovida desde la ILP por la gestación subrogada, y que por su denominación supone un híbrido entre los modelos altruista y comercial, aunque es difícil de concretar en qué consiste concretamente.

Tabla 35. Modelo de gestación subrogada deseado

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Modelo altruista en el que las gestantes participan de forma desinteresada y sin recibir ninguna compensación económica | 3 | 1,4 | 3,9 | 3,9 |
| | Modelo altruista en el que las gestantes participan de forma desinteresada y reciben compensación económica | 45 | 21,6 | 58,4 | 62,3 |
| | Modelo comercial en el que las gestantes puedan recibir un precio justo por su desempeño | 29 | 13,9 | 37,7 | 100,0 |
| Total | | 77 | 37,0 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 131 | 63,0 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

De entre los modelos propuestos solo 3 de ellos resultaron elegidos, y el más elegido resulto ser el “Modelo altruista en el que las gestantes participan de forma desinteresada y reciben compensación económica”, con un 58,4% de las respuestas.

Este es precisamente el modelo que se propone desde la entidad que ha impulsado la ILP y que también suscribe la asociación SNH. No obstante, como expuse en el capítulo 6, este modelo es algo ambiguo puesto que no se define qué significa exactamente “participar de forma desinteresada” ni de qué cuantía se trata la compensación económica. En este modelo se hace difícil establecer el límite entre modelo comercial y modelo altruista y, de acuerdo con las personas impulsoras, podría ser un modelo inspirado en el modelo americano (100% comercial), pero en el que la mujer gestante declare involucrarse en una gestación por motivos altruistas, que es el modelo británico.

Por tanto, podrían considerar un híbrido entre ambos modelos, aunque de momento ninguna de las entidades ha concretado en qué consiste dicho modelo.

El “Modelo comercial en el que las gestantes puedan recibir un precio justo por su desempeño” fue elegido como segunda opción favorita por el 37,7% de las personas. Este es el equivalente al modelo americano en el que la gestante recibe una retribución a cambio de su trabajo. Como mostré en el capítulo anterior, muchas de las personas que han realizado un proceso de gestación subrogada consideran que la única manera que tienen de agradecer a las mujeres gestantes su trabajo es a través de la remuneración y, por tanto, no ven en absoluto que esta sea una cuestión problemática. Pero también es una forma de establecer una relación cliente-trabajadora en la que cada parte ha de cumplir un objetivo de acuerdo a unas condiciones.

La tercera y última opción elegida, en este caso solo por un 3,9% de las personas, fue el “Modelo altruista, en el que las mujeres gestantes participan de forma desinteresada y sin recibir ninguna compensación económica”. Este modelo no es bien visto por las entidades a favor de la gestación subrogada ya que de acuerdo con la experiencia en otros países, implicaría que muy pocas mujeres estuvieran dispuestas a gestar para personas que no conocen. Además, de regularse bajo este supuesto, tampoco se permitiría recurrir a la gestación subrogada transnacional, por tanto, las posibilidades de tener descendencia por esta vía, dentro o fuera de España, serían muy bajas.

Este debate está abierto en el seno de los diferentes partidos políticos que deberán decidir si prohibir o legalizar, y bajo qué modelo.

8. Coste del proceso de gestación subrogada

En este último apartado, se aborda el coste de la gestación subrogada y cuáles fueron las estrategias que los IP siguieron para hacerles frente.

En general, los costes de un proceso de gestación subrogada no están regulados y por tanto es difícil ofrecer un precio medio estándar que sea representativo de todos los casos. El coste del proceso variará, en general, del país donde se desarrolle el proceso y de los costes de los tratamientos necesarios y de si la sanidad pública cubre alguna parte del proceso. Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, donde los precios de mercado son altos y además la sanidad es privada, cuenta con el precio final más alto. En el caso de Canadá, a pesar de que los precios de los tratamientos de fertilidad pueden ser altos, el seguimiento del proceso de embarazo y parto se realizan en la sanidad pública, lo que abarata el coste final del proceso.

La remuneración a la mujer gestante también puede hacer variar el importe final. A pesar de que este está pactado desde el inicio del proceso, existen una serie de casuísticas que, de contemplarse en el contrato, puede incrementar su remuneración. Por ejemplo, en el caso de un embarazo múltiple o de una cesárea. También en el caso

de que la mujer gestante desarrolle una diabetes gestacional o necesite apoyo en casa, entre otras situaciones.

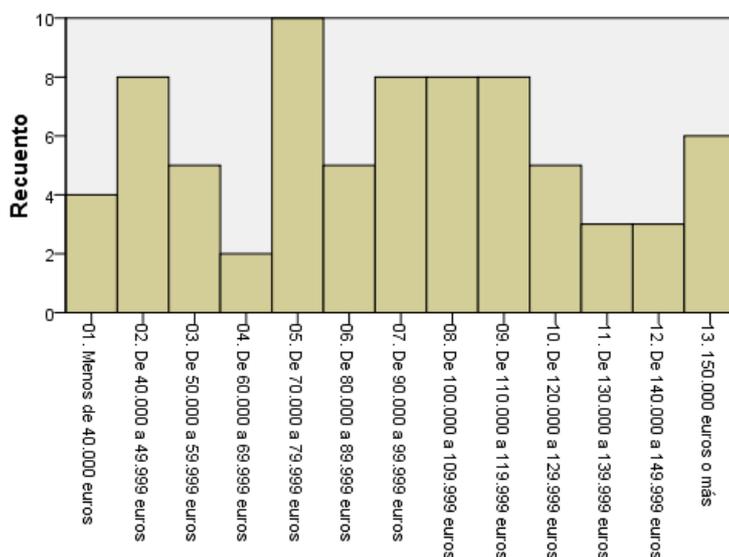
Todas estas casuísticas no se conocen al inicio de un proceso de gestación subrogada. Por ello se acostumbran a prever y negociar en los extensísimos contratos a los que se referían las personas entrevistadas en el capítulo anterior. No obstante, cada vez más, las agencias españolas promueven la estrategia de márketing del “todo incluido” o “número de intentos ilimitados”, que garantiza a los IP el nacimiento de su bebé a cambio de un determinado precio sin que tengan que preocuparse por imprevistos o el número transferencias fallidas¹¹³. Durante mi observación participante en la feria Invitra también tuve la oportunidad de recopilar material de diferentes agencias, tanto nacionales como internacionales, que ofrecían este tipo de “ofertas”.

Los IP también se encargan de cubrir los costes de los abogados, de la agencia, los test psicológicos para la gestante, etc. (Jacobson, 2016), con lo cual la suma a pagar puede llegar a ser muy elevada. No obstante, todos estos requisitos cambian de país a país e incluso de agencia a agencia. Al tratarse de procesos de gestación subrogada transnacionales hay que tener en cuenta que los viajes al país también pueden suponer un gasto relevante, dependiendo del número de veces que se desplacen. Hay IP que viajan para hacer la donación de gametos, para conocer a la gestante, para asistir a la ecografía de las 20 semanas y al nacimiento del bebé, mientras que hay personas que se desplazan una única vez para asistir al parto.

Como se puede observar en el gráfico, el intervalo de precios es muy variado y oscila entre cantidades inferiores a 40.000 euros e importes superiores a los 150.000 euros. En el caso que nos ocupa, la mediana está concentrada en la categoría de 90.000 a 99.999 euros (ver tabla 79, anexo 5).

¹¹³ En estos enlaces pueden encontrarse algunos ejemplos:
www.sinciguena.com/gestacion-subrogada-precios
www.surrofamily.com/surrofamily/gsubrogada-vientre-de-alquiler

Gráfico 21. Importe gastado en el proceso de gestación subrogada



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

En el caso del estudio realizado en Reino Unido (Horsey, 2015), donde se realizó una pregunta idéntica, ninguna de las personas que contestaron a la encuesta pagó un importe superior a 60.000 libras (alrededor de 69.500 euros) por el proceso de gestación subrogada, mientras que de media gastaron entre 20.000 y 30.000 libras (23.000 a 35.000 euros). Esta diferencia con el gasto medio realizado por las personas españolas, puede explicarse por el hecho que la muestra analizada en Reino Unido se refería a casos que habían desarrollado exclusivamente dentro del país y bajo el supuesto altruista.

Las personas entrevistadas en esta investigación a menudo explicaron que hacer frente a los costes de la gestación subrogada les comportó realizar muchos esfuerzos económicos o bien requirieron del apoyo financiero de terceras personas. En la siguiente tabla se muestran los recursos que las madres y padres de intención utilizaron para hacer frente a los gastos generados por el proceso.

Tabla 36. Fuentes de financiación utilizadas

| ¿Qué fuentes de financiación ha/n necesitado para el proceso? | Sí | | No | |
|---|------------|-------|------------|-------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Recursos económicos propios | 74 | 98.67 | 1 | 1.33 |
| Recursos económicos familiares | 34 | 47.88 | 37 | 52.12 |
| Recursos económicos de amistades y allegados | 1 | 1.54 | 64 | 98.46 |
| Préstamos de familiares | 15 | 23.81 | 48 | 76.19 |
| Préstamos de amistades y allegados | 2 | 3.17 | 61 | 96.83 |
| Préstamos bancarios | 18 | 26.87 | 49 | 73.13 |
| Rehipotecas de vivienda | 8 | 12.50 | 56 | 87.50 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Como se puede observar, las personas utilizaron básicamente recursos económicos propios pero también contaron con el apoyo económico de sus familiares, ya fuera a través de préstamos o donaciones. Cabe destacar también que utilizaron préstamos bancarios en 18 de los casos y 8 de las personas encuestadas rehipotecaron su vivienda.

La legalización de la gestación subrogada en el Estado español, supondría reducir el coste del proceso, lo que llevaría a su “democratización”, es decir, a que muchas personas que no cuentan con estos recursos económicos pudieran optar ella. No obstante, en el momento de cierre de esta tesis doctoral, el panorama en cuanto a la regulación es incierto. Además, las propuestas regulatorias realizadas son todavía pocas y poco concretas, y como mostré en el capítulo 6, especialmente centradas en el punto de vista de los IP, por tanto, los siguientes pasos serán definitivos para la situación legal de la gestación subrogada en España.

El siguiente capítulo pone punto y final a esta tesis doctoral. En él se recogen las conclusiones de este proceso de investigación.

Capítulo 10. Conclusiones

1. Retomando los objetivos y las preguntas de investigación

El objetivo principal de esta tesis doctoral es realizar un estudio en profundidad de la gestación subrogada desde una perspectiva de análisis feminista, comparado e internacional, para definir el estado de la cuestión respecto a la práctica en el Estado español. Con esta investigación pretendo contribuir al todavía escaso conocimiento sobre el tema en el contexto español, donde en los últimos años la gestación subrogada se ha convertido en un problema social, posicionándose en las agendas políticas de todos los grupos parlamentarios, además de haber suscitado un gran debate político, social y mediático.

Como he demostrado a lo largo de esta investigación, la gestación subrogada va en aumento, en número y en interés político, jurídico y social. Y a pesar de la evidente falta de datos fiables, diversos indicadores señalan el crecimiento en el número de personas que recurren a ella como vía para formar una familia. Por otro lado, también existe un mayor acceso a los tratamientos de fertilidad, no solo para parejas heterosexuales, sino también para parejas del mismo sexo y mujeres y hombres sin pareja que buscan tener un hijo o una hija relacionados genéticamente

El perfil global y diverso de la gestación subrogada dificulta la realización de conclusiones o asunciones de tipo general, puesto que el desarrollo de la práctica depende de diversos actores y se realiza en diferentes lugares del mundo. Esto comporta diferentes tradiciones médicas, diferentes marcos culturales y legislativos y, por tanto, una presencia desigual de instituciones que puedan discutir la validez de la práctica en cada contexto, así como garantizar su desarrollo sin que se produzca la vulneración de los derechos de ninguna de las partes. También las diferentes tradiciones socioculturales y económicas, donde el patriarcado está presente, condicionan a la práctica el tipo y el grado de estigma hacia las madres y padres de intención, pero sobre todo y de forma más voraz hacia las mujeres gestantes.

En este último capítulo de mi trabajo presento las conclusiones de la tesis doctoral y, con la finalidad de hacerlo de la manera más clara posible, he optado por dividir esta última parte de la investigación en cuatro secciones. En primer lugar, contesto a las preguntas de investigación delimitadas al inicio de esta tesis doctoral. A continuación, muestro las principales contribuciones de la investigación aquí presentada; En la siguiente sección recojo las posibles limitaciones que esta tesis doctoral puede plantear

y, por último, apunto algunas posibles líneas de investigación futura y propongo recomendaciones para su desarrollo.

2. Respondiendo a las preguntas de investigación

Empiezo dando respuesta a aquellas preguntas que tienen que ver con el contexto general de la gestación subrogada y, después, a aquellas que tratan específicamente del caso español. Escojo este orden, puesto que las preguntas sobre el contexto me han permitido comprender mejor las respuestas a las cuestiones que se centran propiamente en la gestación subrogada en el Estado español.

¿Qué implicaciones tiene la gestación subrogada, una práctica de reproducción con terceros, para la noción occidental de maternidad y familia?

En relación a la maternidad, la familia y el parentesco, he constatado el potencial que tienen las técnicas de reproducción asistida para crear y redefinir las familias. Sin embargo, si bien es cierto que la gestación subrogada posibilita la formación de familias transnacionales en las que los papeles tradicionalmente asignados a las madres y padres se distribuyen entre diferentes personas, y donde se atribuye un valor especial a la mujer gestante. También es cierto que la práctica, a pesar de su potencial transgresor, sigue siendo un vehículo para acceder a un modelo de familia biparental y en su mayoría heterosexual. Es decir, he confirmado que, en general, como apuntan un conjunto creciente de trabajos sociológicos y antropológicos, las suposiciones tradicionales acerca de la relación biológica y social son cada vez más reformuladas, pero reintegradas de manera bastante convencional cuando las parejas heterosexuales u homosexuales forman familias usando estas técnicas reproductivas (Dempsey, 2013).

La investigación ha evidenciado que, a pesar del aumento de las nuevas formas de familia, la familia nuclear tradicional continua considerándose el mejor ambiente posible para criar a niñas y niños, y sigue siendo el estándar deseado contra el que se comparan el resto de modelos familiares (Golombok, 2015). En un gran número de casos la práctica de la gestación subrogada tiene como resultado una familia heterosexual biparental clásica. Es decir, si bien es cierto que la subversión radica en la utilización de las TRA y, sobre todo, en la participación de terceras personas en el proceso reproductivo, el objetivo perseguido no es otro que el de formar una familia con un vínculo genético, dejando atrás otras formas de parentalidad que sí son transgresoras en cuanto a su forma. Además, lejos de romper con la imposición de este modelo, la gestación subrogada puede convertirse en otra vía más para obligar a las mujeres a cumplir con la maternidad como el mandato obligatorio inscrito en muchas sociedades.

En la época de las “madres arrepentidas” y los “clubs de las malas madres”, donde la teoría y la práctica de la maternidad es altamente discutida y deconstruida. La gestación subrogada sigue naturalizando el modelo biparental heterosexual con vinculación genética. En esta línea, mi conclusión es que este modelo de gestación subrogada tiene

toda la lógica en un contexto como el del Estado español, donde las políticas públicas también siguen naturalizando dicho modelo como el único legítimamente natural mientras continúan recortándose prestaciones familiares, por ejemplo, a las familias monoparentales. Al mismo tiempo, se mantiene la falta de equidad en cuanto a derechos se refiere entre familias homoparentales y heterosexuales. Es más, desde las instituciones públicas siguen sin promocionarse medidas alternativas a la maternidad y paternidad no biológica como sería el caso del acogimiento familiar.

¿Debería la gestación subrogada considerarse un trabajo de cuidados?

Las reivindicaciones de los movimientos feministas y la academia siguen evidenciando la falta de reconocimiento y valoración social y política de los trabajos de cuidados. Mientras esta reivindicación sigue sin resolverse, el paso del tiempo suma variables a esta discusión. La irrupción de la gestación subrogada como una forma de subsistencia para las mujeres más pobres pone sobre la mesa la necesaria conceptualización de la gestación subrogada como trabajo, que autoras como Pande (2010) han categorizado ya como *sexualized care work*, dados los estrechos vínculos de esta actividad con la capacidad reproductiva de las mujeres que lo desarrollan.

Dos etnografías posteriores (Rudrappa, 2016; Jacobson, 2015) ponen también de manifiesto cómo esta actividad, en diferentes contextos como India y Estados Unidos, es análoga a un trabajo. Además, lo muestran poniendo de relieve las características que comparten con cualquier otro tipo de trabajo, donde, por ejemplo, es necesaria la conciliación de las esferas de la vida personal, familiar y laboral, ocupada en este caso, por la gestación subrogada. En este contexto concluyo que es necesario nombrar los fenómenos sociales porque al nombrarlos se hacen visibles y, por tanto, es necesario nombrar la gestación subrogada como trabajo de cuidados.

La práctica ha llegado para quedarse y mientras esté hay que dotarla de significado como trabajo de cuidados para contribuir a su abordaje. Por tanto, suscribo los planteamientos expuestos por las autoras aquí analizadas

Todo ello cobra sentido en un contexto global más amplio, donde subcontratamos las tareas más íntimas a personas cuyo trabajo es barato, fácilmente disponible y menos regulado. Si pensamos en la gestación subrogada como una forma de trabajo, no parece muy diferente de muchas otras ocupaciones que tienen lugar en nuestro contexto económico mundial cada vez más precario, como pueden ser la venta de gametos y la participación en ensayos clínicos, pero también el trabajo como personal doméstico y el realizado por las personas cuidadoras, por ejemplo, de las personas mayores (Dow, 2017).

¿Los derechos sexuales y, de forma especial, los derechos reproductivos de las mujeres gestantes son vulnerados en la práctica de la gestación subrogada?

En relación a los derechos reproductivos de las mujeres que participan en los procesos de gestación subrogada como gestantes o a través de la provisión de gametos, puedo constatar que, en general, se vulneran estos derechos y que su grado de vulneración está relacionado con el nivel de regulación del país donde se llevan a cabo los procesos, y con el compromiso ético de las personas profesionales que intervienen en el proceso.

La gestación subrogada da lugar a una industria lucrativa donde cada una de las partes tiene asignado un papel: cliente o trabajadora. Como toda industria, esta trabaja para satisfacer al cliente, aun cuando esto implique no ofrecer a las mujeres gestantes y proveedoras de gametos todos los elementos necesarios para tomar una decisión suficientemente informada. Como he mostrado, prácticas como las cesáreas pueden ser más habituales que necesarias. Teóricamente, los derechos reproductivos son más restringidos en los países donde la voz política de las mujeres es limitada, las oportunidades económicas son menores para ellas y los movimientos sociales tienen poco margen de actuación. Mientras que son menos restringidos en aquellos lugares donde estas condiciones no se dan. Las libertades civiles, sin embargo, no siempre garantizan las libertades reproductivas y la gestación subrogada a nivel global es un buen ejemplo (Bailey, 2011).

En este sentido, confirmo que la lucha por los derechos reproductivos de las mujeres debe continuar y ser escuchada también en el ámbito de la gestación subrogada. De lo contrario, las prácticas como esta seguirán vulnerando los derechos de las mujeres para que el mercado siga cumpliendo su objetivo: la obtención del máximo beneficio económico.

Por otro lado, la defensa de los derechos sexuales y reproductivos constituyen un ámbito fundamental para los feminismos, y su vulneración es un ejemplo de la dominación patriarcal que está presente en nuestras sociedades. El debate de la gestación subrogada y los derechos sexuales y reproductivos intersecciona con otros temas de vital importancia como la interrupción voluntaria del embarazo, la medicalización de los procesos vitales como es el embarazo o los protocolos de parto.

La gestación subrogada es también un vehículo para la ratificación de la desigualdad entre las mujeres del Norte Global y las mujeres del Sur Global, ya que esta es una opción solo a disposición de las personas con recursos económicos suficientes. Así que, a pesar de que los países del Sur Global aúnan las tasas más altas de infertilidad, son las mujeres de estos territorios las que menos oportunidades tienen para acceder a este tratamiento. Hay que tener en cuenta que en ese contexto existe también un grado más alto de estigma alrededor de la infertilidad, un estigma que va más allá de la presión social, y que genera una violencia estructural socialmente aceptada que pone en peligro

sus vidas. Esto conecta con el concepto de reproducción estratificada, un concepto acuñado por Colen (1995) y que tiene que ver con la idea de que algunas personas, debido a factores culturales o estructurales, están más empoderadas para reproducirse que otras.

Esta tesis ha evidenciado la falta de protocolos claros de acuerdo con los estándares y las directrices que las principales sociedades científicas proponen. Esta arbitrariedad hace que los procesos de gestación subrogada varíen entre países, pero también entre clínicas. En muchos casos se ignoran las recomendaciones de las sociedades científicas que se han pronunciado sobre el tema, como es el caso de ESHRE o FIGO, que entre otros aspectos proponen, por ejemplo, limitar a uno el número de embriones por transferencia, garantizar la realización de cesáreas en los casos exclusivamente indicados, o asegurar una atención posparto de calidad a las mujeres gestantes.

¿Cuál es el estado de la cuestión respecto a la gestación subrogada en el Estado español? ¿Quiénes son los agentes que intervienen en la discusión sobre el fenómeno, y cuáles son sus discursos?

A través de la investigación realizada he constatado que en el Estado español la gestación subrogada se ha convertido en un medio cada vez más común para tener descendencia vinculada genéticamente y esta situación no está exenta de debate. La discusión sobre la gestación subrogada se inició, y se mantiene a día de hoy, de forma polarizada. Los discursos sostenidos son diametralmente opuestos, a pesar de que, curiosamente, comparten un mismo lenguaje. “El derecho a decidir” ha sido acuñado por ambas partes como lema común pero para la defensa de posturas radicalmente opuestas. En primer lugar, la postura contraria a la gestación subrogada subraya que ésta es una forma genuina de explotación de las mujeres, sus cuerpos y sus capacidades reproductivas y permitirle constituye el reconocimiento por parte del Estado a una violencia estructural hacia las mujeres. En segundo lugar, la postura en defensa de la gestación subrogada sostiene que ser madre y padre es un derecho. En esta línea, critican que no facilitar legalmente que esto sea posible constituye una discriminación hacia aquellas personas que no pueden alcanzar la maternidad y la paternidad por sus propios medios, y abogan por la regularización bajo un supuesto altruista con compensación económica, siguiendo el modelo instaurado en Estados Unidos.

Los agentes más relevantes que vehiculan ambos discursos son: la Plataforma No somos Vasijas, formada por mujeres feministas que provienen del ámbito académico y jurista. Se caracterizan por tener una postura abolicionista del trabajo sexual, de la que se destilan los argumentos en contra de la gestación subrogada. El discurso a favor surge de la mano de dos entidades, Son Nuestros Hijos y Asociación por la Gestación Subrogada en España, formadas por madres y padres por esta vía y personas afines a la práctica. Además, como he mostrado a lo largo de la investigación, hay numerosos

agentes que también se han ido posicionando a favor o en contra de la regulación de la práctica, lo cual ha contribuido a la consolidación de la polarización de las posturas.

A través de mi trabajo, he podido confirmar que este enfrentamiento entre ambas posturas ha dificultado el diálogo y no ha contribuido a construir ningún puente entre ellas. A partir del análisis de sus posicionamientos he verificado que un tema fundamental que impide el entendimiento radica en el no reconocimiento mutuo. Por un lado, las posiciones en pro de la regulación, toman prestado el lenguaje propio de los feminismos, un lenguaje que ha servido para dar significado a muchas de las luchas por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y, al apropiarse este discurso y resignificarlo para sus fines, obvian una parte fundamental de la labor de los movimientos feministas, a la vez que despojan de significado el discurso de derechos. Por ello afirmo que sin ese reconocimiento no será posible establecer un diálogo. Por otro lado, las posturas abolicionistas de la gestación subrogada estandarizan los procesos, reduciendo todos ellos a una única posibilidad: la explotación, y contemplando la prohibición como única solución posible. Esta postura niega la diversidad en los procesos y no reconoce la agencia de las mujeres gestantes que deciden libremente involucrarse en un proceso de gestación subrogada, ya sea por puro altruismo, ya sea por motivos económicos. Esta postura negacionista reproduce las prácticas del estado patriarcal que niega el derecho a decidir de las mujeres, y ello significa negar también su agencia y su autonomía.

En España ambos discursos han calado entre las diferentes formaciones políticas. Los diferentes grupos parlamentarios se han visto obligados a posicionarse a favor o en contra de la gestación subrogada, y encarnan en la actualidad un actor fundamental en la discusión sobre su regulación. La efectiva labor de incidencia política de las dos asociaciones existentes en el Estado español, ha conseguido que los diferentes partidos políticos asumieran el debate y explicaran cómo iban a gestionar la regulación de la gestación subrogada en el país. Hasta el momento no existe una posición clara por parte de los grupos parlamentarios, a pesar de que la discusión sobre su regulación está presente a diario en los medios de comunicación.

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las personas españolas que realizan procesos de gestación subrogada de forma comercial y transnacional y cuáles son las características de estos procesos?

La gestación subrogada podría imaginarse como un contrato bilateral entre dos partes: los IP y la mujer gestante. Sin embargo, la realización de las entrevistas y la observación participante me ha permitido constatar que un contrato de gestación subrogada implica una multitud de actores: personal médico, abogados, proveedoras y proveedores de gametos, legisladores, agencias, etc. También he podido corroborar que la amalgama de actores y dinámicas que participan en un proceso de gestación subrogada, da lugar a relaciones mediadas por el mercado, que definen la naturaleza de estos acuerdos,

atribuyen lugares diferentes a cada uno de los actores así como un significado social también diferente al papel que desarrolla cada uno de ellos.

A través de las entrevistas he constatado que la interacción de las madres y padres de intención con los diferentes agentes implicados en la gestación subrogada varía en función del lugar donde esta se desarrolla, pero también en base al proyecto familiar que habían proyectado antes de iniciarla. Mientras que para las parejas homoparentales entrevistadas la gestación subrogada se plantea como una oportunidad extraordinaria, puesto que la posibilidad para ellos de tener hijas o hijos vinculados genéticamente era imposible, para las personas heterosexuales llegar a la gestación subrogada habitualmente supone haber agotado otras posibilidades previas. Por ejemplo, numerosos ciclos de fecundación *in vitro* o procesos de adopción nacional y/o internacional. Este dato, también lo confirman los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario, donde la mayoría de las personas heterosexuales afirman haber intentado antes una vía alternativa a la gestación subrogada.

A través de la aplicación del cuestionario he obtenido datos de tipo primario a partir de los que puedo extraer un perfil tentativo de los IP que conforman la muestra analizada en esta investigación. Se trata de un grupo de población de mediana edad, nacida entre el año 1976 y 1977 y con un nivel de renta superior a la media española. En su mayoría son personas que están casadas legalmente. Un porcentaje considerable de la muestra se declara religiosa y afín al catolicismo. Su nivel educativo es más elevado que el de la media española, y destaca el gran número de personas con estudios de nivel universitario.

La mayoría de la muestra hizo frente al coste económico del proceso de gestación subrogada con sus propios recursos, pero en ocasiones recibieron apoyo de familiares y amistades o bien pidieron préstamos bancarios y, en algunos casos, hipotecaron sus viviendas habituales. La mayoría de los procesos de gestación subrogada se desarrollaron en Estados Unidos, aunque un número considerable se desarrolló en Ucrania. El análisis de la muestra constata que el perfil de las madres y padres de intención está relacionado con el proceso de incidencia política realizado por las entidades que estos conforman. Se trata de personas que trabajan en ocupaciones cualificadas y que por su formación y estatus conocen las vías y tienen los recursos para la incidencia política.

Los resultados obtenidos de la encuesta también me ha permitido confirmar cuál es perfil de las mujeres que actuaron como gestantes para estas madres y padres de intención españoles. En general, se trata de mujeres con un nivel educativo inferior a las madres y padres para los que gestaron sus bebés. En su gran mayoría son mujeres casadas y en todos los casos con hijas e hijos nacidos previamente al desarrollo de la gestación subrogada. La mayoría de las mujeres trabaja fuera de casa pero un número considerable de ellas se dedica al trabajo de cuidados. En lo que se refiere a la edad, se

trata de un grupo joven, la media de edad está en 29 años y medio. Se confirma así la relación asimétrica existente entre mujeres gestantes e IP, que ha sido señalada ampliamente en la literatura científica sobre el tema.

A través de las entrevistas en profundidad y la observación participante, he constatado que la gestación subrogada está influenciada por la interacción entre las instituciones sociales y las posibilidades materiales de las personas involucradas en los procesos de gestación subrogada, pero también esta constituye una fuerza motriz que cambia las relaciones sociales y sus significados.

No obstante, concluyo que las madres y padres de intención no son siempre personas con un poder adquisitivo elevado y “despreocupados” absolutamente por los derechos de las mujeres gestantes, ni estas son exclusivamente “víctimas ingenuas”. Sin embargo, las dinámicas relacionales entre ellos están sesgadas porque existe una clara relación de poder de la que, en muchas ocasiones, las madres y padres de intención no son conscientes o a la que no le dan significado. Además, cada una de las partes está sujeta a unas expectativas culturales particulares, y diferentes obligaciones morales y presiones familiares.

Por último, a partir de la investigación y el análisis de los resultados, pienso que desde una perspectiva no androcéntrica es necesario dar credibilidad a los IP por haber reflexionado profundamente sobre la decisión de desarrollar una gestación subrogada, y no se les debe culpabilizar individualmente por todas las situaciones de desigualdad e injusticia que la gestación subrogada ha creado. Pero, sin embargo, sí es necesario apelar a la responsabilidad que comporta la realización de un proceso de gestación subrogada en determinados contextos y bajo determinadas condiciones. De la misma manera, también es del todo necesario escuchar a las mujeres gestantes y entender qué significa la práctica de la gestación subrogada en sus vidas y qué sentido le dan a la misma.

3. Contribuciones de la investigación

Después todos estos años dedicados al estudio de la gestación subrogada, he constatado que se trata de una práctica que podríamos denominar como “problemática” porque entra en conflicto con algunas de nuestras asunciones más consolidadas sobre la naturaleza de la familia, la maternidad, la sexualidad y el parentesco, pero también porque explica mucho sobre el género y nuestro concepto de trabajo, y sobre cómo estas variables están conectadas entre sí. Por ello, la gestación subrogada es un tema tan complejo y a la vez tan desafiante.

Considero que esta tesis doctoral sobre la gestación subrogada es especialmente significativa en el contexto social y político actual en el que se encuentra el Estado español. Como he mostrado, esta práctica no solo forma parte del debate público, sino que se encuentra en un momento fundamental de la discusión política. La investigación

ha tratado de acercarse a un fenómeno social todavía poco estudiado por las ciencias sociales en el contexto español, tendiendo así puentes entre la sociedad y la academia, que al fin y al cabo, no deja de ser uno de los objetivos fundamentales de la sociología.

Con la presente tesis he querido contribuir a la investigación desde un punto de vista informado y amplio. Tal y como señala Teman (2008), una buena parte de las investigaciones sobre gestación subrogada, están contaminadas por la ansiedad cultural que esta genera también entre las personas investigadoras, y esto se acaba trasladando al planteamiento de las investigaciones así como a los resultados de las mismas. Esto ha dado lugar a que, a menudo, los debates y posturas investigadoras puedan verse posicionadas en extremos opuestos; a pesar de que, como ya otras investigadoras han demostrado, incluso en las situaciones que son más claramente vistas como generadoras de opresión y desigualdad —como podría ser el caso de la gestación subrogada que se desarrolla en India— requieren de un análisis contextualizado, que deje en un segundo plano la moralidad y que aporte otros enfoques más provechosos. Y en este sentido, mi enfoque comparativo contribuye a dar más fuerza a los análisis situados y su importancia.

Esta investigación ha intentado alejarse de estos extremos y no reproducir los discursos de las posturas polarizadas, que son las que actualmente lideran la discusión pública. He tratado también de asumir el tema de investigación desde el punto de vista de conocimiento situado, intentando agrandar el espectro desde el que se analiza el tema, con el objetivo de comprender por qué se da, cuáles son las motivaciones de los diferentes actores y, sobre todo, comprenderlo en el contexto de una sociedad donde la maternidad es lo esperado y, todavía hoy, la opción de no maternidad tiene que ser justificada.

Ha sido difícil navegar entre las narraciones que los IP que han compartido conmigo con tanta sinceridad, las investigaciones que narran el impacto de la práctica en las mujeres, y también la indignación producida al ver cómo determinadas industrias de la fertilidad se lucran con las necesidades de ambas partes. Como investigadora, delante de este escenario, he tenido que hacerme cargo de mis propios prejuicios y esto, sin duda, ha comportado también un aprendizaje y aportación en términos metodológicos que espero haber sabido reflejar en esta tesis doctoral. Como mujer feminista, mi compromiso ha sido realizar un análisis lo más honesto posible de la situación para que esta investigación pueda realmente contribuir al debate sobre la gestación subrogada en el Estado español, que como he mostrado, no debe contemplarse como un modelo aislado del resto del mundo, sino al contrario, en relación con él. Por lo tanto, constato que la gestación subrogada, como fenómeno global que es, debe contemplar esa esencia en sus planteamientos y regulaciones.

Otra aportación relevante de esta investigación es el instrumento utilizado para la recogida de la información. Se trata de una encuesta que me ha permitido recoger datos

primarios sobre la gestación subrogada en el Estado español hasta ahora inexistentes. En primer lugar porque la ausencia de datos es una de las principales debilidades de este ámbito de estudio y, aunque los datos de esta investigación no puedan universalizarse, sí suponen una valiosa contribución de tipo cuantitativo y cualitativo, ya que son los primeros datos sobre gestación subrogada en el contexto español. Un segundo aspecto a destacar tiene que ver con el hecho de que este instrumento está pensado para replicarse en diversos contextos. La encuesta una vez adaptada a las características del lugar a investigar, permitirá recoger datos, contribuyendo a crear marcos comparativos entre los diferentes países, ya que se habrían recogido en base a variables similares, permitiendo así realizar un análisis de tipo global, necesario en este ámbito de estudio.

El diálogo entre el marco teórico del trabajo de cuidados, los derechos reproductivos y los estudios de familia y maternidad me ha permitido contextualizar la gestación subrogada desde una perspectiva internacional, para, a posteriori, proceder a su aterrizaje en el contexto español. He podido constatar que desde el contexto de una sociedad liberal que pretende satisfacer todas las necesidades de los individuos, la gestación subrogada tiene todo el sentido. Una sociedad que, además, medicaliza y problematiza la infertilidad, y naturaliza el hecho de tener hijos como el estadio final que todas las personas deben alcanzar, mientras que el no hacerlo se señala como una tara.

Esta aproximación en ocasiones lleva a normalizar situaciones como el matrimonio o la familia, que también pueden ser instituciones opresoras, en lugar de naturalizar otras formas de convivencia y crianza que también serían posibles y deseables, y que además, llevarían también a desafiar las estructuras económicas y la organización social que privilegia el modelo de crianza biparental heterosexual. Por todos estos motivos, considero que mi tesis doctoral contribuye al avance en el conocimiento y análisis de la familia, de las nuevas modalidades y de las distintas maternidades y paternidades que hoy por hoy son posibles.

4. Posibles limitaciones de la investigación

Toda investigación comporta una serie de limitaciones que vienen determinadas por diversos factores como el ámbito de estudio, los recursos, el tiempo y la capacidad de la investigadora para hacer frente a estas, pero que a la vez constituyen la posibilidad de seguir explorando. A continuación describo cuales son las posibles limitaciones de esta tesis doctoral para después apuntar algunas recomendaciones para investigaciones futuras.

En primer lugar, en esta investigación podría considerarse una limitación la ausencia de los testimonios de las mujeres gestantes. A pesar de que estas no constituyen el objetivo principal de esta tesis, sí es cierto que son el actor imprescindible en los procesos de gestación subrogada. Sin embargo, y como se puede apreciar a lo largo de la investigación, y especialmente en los capítulos 4 y 8, se ha contado con su aportación a

partir de las etnografías e investigaciones desarrolladas por diversas autoras con mujeres gestantes de diferentes países del mundo (Corea, 1985; Teman, 2010; Pande, 2014; Jacobson, 2015; Rudrappa, 2016; Das Gupta, 2007, y otras). En lo referido al contexto español, los datos obtenidos sobre ellas, han sido facilitados por las madres y padres de intención.

En segundo lugar, cabe destacar que esta investigación está sobre todo centrada en el estudio de la gestación subrogada en el caso del Estado español pero, como he mostrado, para ello es necesario tener en cuenta el contexto global en el que esta se desarrolla. Esto amplía el ámbito de investigación y, por lo tanto, los resultados que aquí presento contienen limitaciones en ese sentido, dada la imposibilidad de abarcar todos los matices de cada uno de los países. Es importante también tener en cuenta que, debido a la novedad del tema de investigación en el Estado español, no ha sido posible construirla sobre otras investigaciones previas en este contexto, lo cual puede conllevar ciertos riesgos y posibles desaciertos.

En tercer lugar, una de las limitaciones de esta investigación podría radicar también en el número de madres y padres por gestación subrogada entrevistadas, que son un total de 10, lo que limita la generalización de los resultados. No obstante, y tal y como expuse en el capítulo 7, el objetivo de esta investigación no es la de generalizar resultados sino la de realizar una primera aproximación al fenómeno de la gestación subrogada en el Estado español que pueda contribuir a futuras investigaciones en la misma o en una línea diferente. No obstante, las personas entrevistadas en su conjunto sí ofrecen una perspectiva amplia, honesta y representativa de las posibles experiencias, motivaciones y vivencias que implica esta práctica. El conjunto de madres y padres, lejos de ser un grupo uniforme y con un discurso unívoco, constituye un grupo diverso en el que afloran diversas vivencias del proceso, que ofrecen una información novedosa y muy valiosa para el objeto de estudio.

En cuarto lugar, una limitación de este estudio podría ser su homogeneidad. Una parte significativa de las respuestas obtenidas provienen de personas relacionadas con la asociación Son Nuestros Hijos, principal entidad en el ámbito y generadora de discurso. Por tanto, algunas respuestas en la encuesta o las entrevistas podrían haber sido fundamentadas en el discurso “políticamente correcto” de la asociación más que en la propia opinión de las personas informantes. Otra limitación de este estudio, podría radicar en la inclusión de IP que se encuentran en diferentes etapas de su proyecto de maternidad y/o paternidad. Sin embar, incluir la diversidad me ha permitido poder optar a un perfil sociodemográfico mucho más amplio y, dada la ausencia de datos, esta debilidad puede considerarse también una fortaleza.

Por último, el análisis sobre el posicionamiento de los diversos partidos políticos en relación a la regulación de la gestación subrogada, ha sido realizado a través del seguimiento de los medios de comunicación, principalmente prensa escrita, pero

también algunos debates televisados, así como a través de algunos documentos de trabajo de los diversos partidos políticos. Debido a los tiempos en los que se ha desarrollado el debate político sobre el tema de investigación no ha habido tiempo de organizar entrevistas con los representantes de los diversos partidos políticos, lo cual hubiera permitido un análisis más profundo de sus posicionamiento.

5. Recomendaciones de líneas de investigación futura

Como he ido analizando en esta tesis doctoral, la gestación subrogada debe ser entendida como un fenómeno de alcance global que requiere de marcos internacionales y paradigmas de recolección de datos multinacionales (Deoandan, 2015), y por tanto como tal debe ser entendida y abordada en su estudio. Para ello es imprescindible que desde los países implicados en la gestación subrogada se establezcan protocolos de recogida de datos, para así poder contribuir a la construcción de un marco internacional en base a su recolección desde un paradigma multinacional. La ambigüedad que rodea los procesos de gestación subrogada dificulta la evaluación de su impacto en las personas involucradas dada la gran variabilidad en la forma en que se desarrolla, legaliza y practica en los diferentes países. El aumento del número de contratos de gestación subrogada que tienen lugar a través de fronteras internacionales, significa que el impacto para las personas involucradas en ellos debe ser discutido y evaluado en todo el mundo. Por eso es necesario un trabajo internacional en red. De la misma manera, es importante que en el Estado español se inicie la recogida de datos sobre los procesos de gestación subrogada realizados de forma transnacional de forma sistemática.

En el ámbito cualitativo, y tal y como apuntan Berend (2012) y Teman (2008), es necesario realizar una investigación objetiva, sin los sesgos ni la ansiedad cultural que acostumbra a provocar una práctica como la gestación subrogada. Solo de esta manera se podrán aportar datos que verdaderamente alumbren los puntos más oscuros de la práctica, y que hagan avanzar el objeto de estudio.

Algunos de los ámbitos que requieren de especial atención y necesitan ser estudiados tienen que ver con la poca investigación empírica que se ha conducido a nivel global para determinar el impacto de los procesos de gestación subrogada en las mujeres gestantes, las madres y padres de intención y las niñas y niños fruto de ese proceso. En el caso del Estado español sería interesante iniciar los estudios en esta línea puesto que existe un vacío absoluto en este ámbito. Estos hallazgos arrojarán luz sobre un mundo hasta ahora desconocido para los responsables políticos, y que podrían dar lugar a futuras políticas éticas y más justas para todos los agentes implicados.

En una línea similar, y como apunta Pande (2009b), muy poco se ha escrito sobre el modo en el que los actores implicados en la gestación subrogada experimentan y dan significado a las relaciones entre ellos. Como he mostrado a través del análisis de las entrevistas y del cuestionario, las madres y padres de intención tienden a establecer

diversos tipos de relación con las mujeres gestantes y/o las proveedoras de óvulos. Mientras algunas personas quieren conocer a todas las partes implicadas, otras optan por no tener ningún tipo de relación con ellas, o mantenerla solo con la mujer gestante. Desde el punto de vista de la sociología de la familia, es necesario conocer por tanto, cuáles y cómo son estas relaciones.

La gestación subrogada como práctica abre una puerta a la redefinición del parentesco poco explorada y por tanto requiere de más atención investigadora. En este sentido, también se necesita más investigación sobre los procesos de gestación subrogada en las parejas españolas del mismo sexo, así como sobre las personas que deciden realizar el proceso en solitario, ya que suponen casos de homoparentalidad y monoparentalidad, que revisten particularidades todavía inexploradas en el contexto español. Las investigaciones existentes al respecto se centran sobre todo en el modelo heterosexual biparental, que tradicionalmente han sido las personas que más han recurrido a la gestación subrogada hasta ahora. No obstante, cada vez son más numerosos los procesos desarrollados por personas al margen de este modelo y, por tanto, se hacen necesarias futuras investigaciones sobre ello.

Otras líneas de investigación deberían plantear también porqué la gestación subrogada ha ganado tanto sentido como forma de tener hijas e hijos relacionados genéticamente. Por ello, desde la investigación, es necesario plantear críticamente cuáles son las motivaciones que hacen que las personas sientan la necesidad de tener hijos con vínculo genético a través de la capacidad corporal íntima de otra persona, que habitualmente es una mujer con menos privilegios. De la misma manera, es necesario seguir la línea iniciada por algunas investigadoras que tienen como objetivo dar voz a las mujeres gestantes para tratar de entender porqué la gestación subrogada es su mejor opción en términos laborales.

A pesar de ser un ámbito poco investigado, hay constancia de que existen niñas y niños nacidos por esta vía que superan la mayoría de edad, y otros que nacen a diario. Por lo tanto, una línea a desarrollar sería aquella que tiene que ver con los estudios sobre estas familias. Explorando, por ejemplo, cómo estas familias han encajado en sus narrativas la práctica de la gestación subrogada.

En relación a las denominadas nuevas formas familiares, en el caso español, sería necesario dirigir la atención a las nuevas realidades que puedan emerger relacionadas con la gestación subrogada. La entidad SNH ha reportado que temen que sus hijos puedan ser objeto de acoso escolar como consecuencia del estigma que, de acuerdo con ellos, sufre la práctica en el país. Este sin duda debería ser un ámbito de investigación a tener en cuenta con el objetivo de valorar si debería incluirse en los protocolos antiacoso de las escuelas.

En cuanto a la falta de datos fiables, es imprescindible que las empresas, clínicas e instituciones implicadas en la práctica de la gestación subrogada recolecten datos y los publiquen garantizando así la transparencia. Para poder desarrollar investigaciones es necesario poder contar con datos exhaustivos sobre las familias constituidas por gestación subrogada y sus procesos, que hasta el momento solo se han recogido en esta investigación. Por ello se hace necesario recoger datos también a nivel local. Sin una buena aproximación cuantitativa, desde un punto de vista sociológico, se pierde información en cuanto al impacto de este nuevo modelo familiar y las implicaciones para todos los actores. En esta línea, se recomienda la réplica de la encuesta aquí presentada, ya que su implementación mejoraría los resultados si las instituciones clave del ámbito de la reproducción asistida apoyaran su difusión.

Por último, la gestación subrogada en España ha estado dominada por el ámbito jurídico, que ha tomado la iniciativa en la discusión. Sin embargo, el debate debe extenderse también a otros ámbitos de conocimiento y activismo. La investigación médica comprometida con los derechos reproductivos de las mujeres es imprescindible, y debe ir acompañada de la discusión feminista y también de las madres y padres por gestación subrogada. El liderazgo debe provenir de diversos ámbitos. Esto no significa que el ámbito jurídico y el médico caminen solos hacia un modelo regulador, sino que a sus aportaciones deben añadirse los movimientos feministas, sobre todo aquellos especializados en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos.

En definitiva, con esta tesis doctoral espero haber contribuido a iniciar la profundización en este ámbito de investigación todavía incipiente en nuestro país.

Chapter 10. Conclusions

1. Returning to the objectives and research questions

The main aim of this doctoral thesis was to analyse surrogacy in depth from a comparative, international and feminist perspective, in order to define the state-of-the-question in Spain. Therefore, this research contributes to knowledge about the topic in Spain, which is still lacking. In recent years, surrogacy in Spain has become a social problem, which has entered the political agendas of all parliamentary groups and has sparked a major political, social and media debate.

As shown throughout the doctoral thesis, surrogacy is on the rise, both in number and in the political, legal and social interest. Despite the clear lack of reliable data, various indicators show that more people are resorting to surrogacy as a way to form a family. An increasing number of people are turning to the surrogacy industry to become parents. In addition, there is greater access to fertility treatments, not just for heterosexual couples, but also for same-sex couples and women and men who do not have a partner, but want to have a child who is genetically related to them.

The global, diverse profile of surrogacy makes it difficult to draw conclusions or make assumptions of a general nature. The practice depends on a range of agents and is carried out in different parts of the world, with their own medical traditions, and cultural and legal frameworks. Therefore, institutions that could discuss the validity of the practice in each context, and ensure that it is undertaken without infringing the rights of either parties, are not always present to the same extent. In addition, the different socio-cultural and economic traditions, in which the patriarchy is present, affect the practice and type and degree of stigma experienced by the intended parents, and above all, and more dramatically, by the surrogates.

In this last chapter of my study, I present the conclusions of the doctoral thesis. To do this as clearly as possible, I have divided this last part of the research into four sections. The first is designed to answer the research questions defined at the start of the study. The second describes the main contributions of the research presented here; the third highlights the potential limitations of this doctoral thesis; and finally the fourth section indicates some potential future areas of research and proposes some recommendations for their development.

2. Answering the research questions

I start by answering questions relating to the general context of surrogacy and then move on to those that are specifically about Spain. I chose this order as responses on the context helped me to better understand answers to questions dealing only with surrogacy in Spain.

What are the implications of surrogacy, a third-party reproduction practice, for the Western notion of maternity and family?

Regarding maternity, the family and kinship, I confirm the potential of reproductive technologies to create and redefine families. However, although it is true that surrogacy facilitates the formation of transnational families in which roles that are traditionally assigned to mothers and fathers are distributed among different people, and in which special value is attributed to the surrogate, it is also true that in practice, despite its transgressive potential, this mode of parenthood continues to be a vehicle for accessing a two-parent model of family that is generally heterosexual. In other words, I verified that in general, as indicated in an increasing set of sociological and anthropological papers on family relations in the era of assisted reproduction techniques, traditional assumptions on biological and social relations are increasingly reformulated, but they are reintroduced in a fairly conventional manner when heterosexual or lesbian couples form families using these reproductive techniques (Dempsey, 2013).

Despite the rise in new forms of family, the research showed that the traditional nuclear model is still commonly considered the best environment in which to bring up children. It continues to be the desired standard against which all other types of family are compared (Golombok, 2015). In many cases, the practice of surrogacy results in a classic two-parent heterosexual family. In other words, although the use of assisted reproduction techniques and, above all, the participation of third parties in the reproduction process can be subversive, the aim is no other than to form a family with a genetic tie, leaving behind other forms of parenthood that are transgressive in their form. In addition, far from breaking away from the imposition of this model, surrogacy may become another way to force women into motherhood, which is established as a compulsory mandate in many societies.

In the era of “regretful mothers” and “bad mothers clubs”, in which the theory and practice of motherhood is extensively discussed and deconstructed, surrogacy is continuing to naturalise the two-parent heterosexual model with genetic ties. My conclusion is that this model of surrogacy is logical in a context such as that of Spain, in which the heterosexual, two-parent model continues to be promoted by public policies as the legitimately natural model, and family benefits continue to be cut, for single-parent families for example. At the same time, same-sex and heterosexual families do

not have equal rights, and public institutions do not promote non-biological alternatives to maternity and paternity, such as fostering.

Should surrogacy be considered as care work?

The demands of feminist movements and academia continue to highlight the lack of recognition and social and political value given to care work. These demands have not yet been met, but over time new variables are being added to this discussion. The emergence of surrogacy as a form of subsistence for the poorest women highlights the need to conceptualise surrogacy as a job. In fact, authors such as Pande (2010) have classified surrogacy as sexualised care work, given the close ties between this activity and the reproductive capacity of the women who carry it out.

Two subsequent ethnographies (Rudrappa, 2016; Jacobson, 2015) show how this activity is analogous to a job in different contexts such as India and the United States. In addition, these studies identify the characteristics surrogacy shares with all other kinds of work: for example, a balance is required between personal, family and work life, which is occupied by surrogacy in this case. In this context, I conclude that we need to name social phenomena, because when we name them we make them visible. Therefore, surrogacy should be called care work, which is what I maintain in this thesis. Surrogacy is not going anywhere. While it is here, it must be given meaning as care work, which will contribute to the way it is addressed. Therefore, I support the proposals made by the authors analysed here.

This makes all the more sense in a broader global context, in which we outsource the most intimate of tasks to those whose work is cheap, easily available and less regulated. If we consider surrogacy a form of work, it seems no different from other jobs that take place in an increasingly precarious global economic context, including the sale of gametes or participation in clinical trials, as well as domestic work and work carried out by carers, who look after elderly people, for example (Dow, 2006).

Are surrogates' sexual rights, and above all their reproductive rights, violated by the practice of surrogacy?

Women who participate in surrogacy processes as surrogates or through the provision of gametes generally have their reproductive rights violated. The degree of violation is associated with the level of regulation in the country where the processes are undertaken, and the ethical commitment of the professionals who are involved.

Surrogacy is part of a lucrative, profitable industry in which each of the parties, client and worker, has a role. As in any industry, it is designed to meet the client's needs, even if this means that the surrogates and suppliers of gametes are not given all the information required to make an informed decision. As discussed, interventions such as caesarean sections may be performed more often than necessary. Theoretically,

reproductive rights are more restricted in countries in which women have little political voice, economic opportunities are scarce and social movements have only a narrow margin for action, and less restricted in places where these conditions are not found. However, civil liberties do not also ensure reproductive liberties; surrogacy at global level is an example of this (Bailey, 2011). Therefore, I confirm that the fight for women's reproductive rights should continue and be listened to in surrogacy. If not, practices like this will continue to violate women's rights so that the market continues to meet its objective of obtaining the greatest economic benefit.

Sexual and reproductive rights are an important area in feminism, and their violation is an example of the patriarchal domination that exists in our societies. The discussion on surrogacy and sexual and reproductive rights overlaps with other issues of vital importance, such as abortion and the medicalisation of life processes such as pregnancy or birth protocols.

Surrogacy is also a vehicle that confirms the inequality between women in the North and women in the South of the world. It is an option that is only available to people with enough funds. Thus, despite the fact that countries in the South have the highest infertility rates, women in these regions have fewer opportunities to access this treatment. In addition, there is a higher degree of stigma associated with infertility in this context; a stigma that goes beyond social pressure and generates socially accepted structural violence that endangers their lives. This is linked to the concept of stratified reproduction, a term coined by Colen (1995), which describes how cultural or structural factors may make some people more empowered to reproduce than others.

This thesis has revealed a lack of clear protocols that follow the standards and guidelines proposed by the main scientific associations. The arbitrariness means that surrogacy processes vary between countries, and even between clinics. In many cases, the recommendations on this topic made by scientific associations are ignored. These include recommendations by the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) or the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), which have also been endorsed by experts who propose, among other aspects, limiting the number of embryos transferred to just one, ensuring that caesareans are only carried out in the cases that are indicated, and guaranteeing quality postnatal care, among other aspects.

What is the state-of-the-question in Spain? Which agents are involved in the discussion about surrogacy and what are their discourses?

In the research, I found that surrogacy in Spain has become an increasingly common way to have children who are genetically related to you. This situation is not free from debate. The discussion on surrogacy started and continues to be polarised. Opinions that are held are diametrically opposite, despite the fact that, surprisingly, they share a

common language. “The right to decide” has been coined by both parties as a common slogan used to defend radically opposing positions. First, the argument against surrogacy states that this is a way of exploiting women, their bodies and their reproductive capacities, and that permitting it or creating legislation on the subject would constitute recognition by the state of structural violence against women. This group advocate for a total ban on surrogacy. Second, the position that defends surrogacy maintains that being a mother or father is a right. Consequently, this group considers that a lack of legal provisions to ensure that surrogacy is possible discriminates against those who cannot become parents by their own means. They advocate for legalisation under an assumption of altruism with financial compensation, according to the model introduced in the United States.

The main agents who promote these discourses include the *No somos Vasijas* (We are Not Vessels) platform, formed by feminists mainly from an academic or legal environment. They have an abolitionist stance on sex work, through which they filter their arguments against surrogacy. The discourse in favour of surrogacy is led by two entities, *Son Nuestros Hijos* (They are our Children) and the *Asociación por la Gestación Subrogada en España* (Association for Surrogacy in Spain), comprised of people who have become parents through surrogacy and those who are associated with the practice. In addition, as shown throughout the research, many agents have taken a polarised stance on the regulation of surrogacy, which has contributed to increasing the fragmentation of pro and against arguments.

In my study, I have shown that this confrontation between the two positions has hindered discussion and made it difficult to build bridges between them. An analysis of the positions indicated that one main factor gets in the way of understanding: the lack of mutual recognition. The pro-regulation lobby have borrowed the language of feminism; a language that has given meaning to many of the fights for sexual and reproductive rights of women. In appropriating this discourse and re-working its meaning for their purposes, the pro-regulation lobby have left out a fundamental part of the work of feminist movements, and divested the discourse on rights of meaning. Therefore, I consider that a dialogue can only be established if there is mutual recognition. The abolitionist lobby standardise the processes and reduce them all to one possibility: exploitation, with prohibition as the only possible solution. This position denies the diversity of the processes, and does not recognise the agency of surrogates who decide freely to get involved in a surrogacy process, whether for pure altruism or financial reasons. This position of denial reflects the practices of the patriarchal state that does not give women the right to choose, and therefore also negate their agency and autonomy.

In Spain, both discourses have made a mark on the various political parties. Parliamentary groups have had to take a stance in favour or against surrogacy, and

currently play an important role in the discussion about regulation of this practice. The flawless advocacy work of the two associations in the Spanish state has led to the political parties entering into the debate and explaining how and if they would regulate surrogacy in Spain. To date, the parliamentary groups have not taken a clear position, even though the discussion on whether or not to regulate can be found in the media every day. In the near future, a decision on the topic is expected, which is unlikely to be regulation.

What is the sociodemographic profile of Spaniards who undertake commercial, transnational processes of surrogacy and what are the characteristics of these processes?

Surrogacy can be considered a bilateral contract between two parties: the intended parents and the surrogate. However, interviews and participant observation revealed that a surrogate contract involves many actors: medical staff, lawyers, male and female suppliers of gametes, lawmakers and agencies, among others. In addition, I found that the combination of actors and the dynamics involved in the process of surrogacy lead to relationships mediated by the market, define the nature of these agreements, assign a place to each of the actors and a social meaning that differs from the role played by each of them.

In the interviews, I found that the interaction of intended parents with the various agents involved in surrogacy varies depending on where the surrogacy is undertaken and the family project that they established before the start of the process. The same-sex parents that I interviewed viewed surrogacy as an extraordinary opportunity, as it was not possible to have a genetically related child by other means. For heterosexual people, the choice of surrogacy was usually made when other pathways had been exhausted, such as numerous cycles of in-vitro fertilisation or national and/or international adoption processes. This is confirmed by the results of the questionnaire, in which the majority of heterosexuals stated that they had tried to become parents by an alternative pathway to surrogacy.

Through administration of the questionnaire, I obtained primary data from which I could draw up a tentative profile of the intended parents in the sample analysed in this study. The population group was middle-aged, born between 1976 and 1977, with income higher than the Spanish average. The majority were legally married, and a high percentage of the sample stated that they were religious and associated with the Catholic religion. Their level of education was above the average for Spain, and a high number had completed university-level studies. Most of the sample paid for the surrogacy process with their own funds, and some received help from families and friends, asked for bank loans or mortgaged their homes. Most of the processes of surrogacy took place in the United States, although a considerable number were also undertaken in the Ukraine.

An analysis of the sample indicates that this profile of intended parents is associated with the advocacy undertaken by the entities to which they belong, as they are people who work in skilled occupations who, due to their training and status, know the pathways and have the resources for advocacy.

The administration of the questionnaire also revealed the profile of the women who acted as surrogates for these intended Spanish parents. In general, these are women with a lower educational level than the intended parents. The majority were married women, all of whom had children who were born before the surrogacy. Most of the women worked outside the home, but quite a high number carried out reproductive and care work. The group was young, with an average age of 29.5. Therefore, I confirmed that there is an uneven relationship between surrogates and intended parents, which has been mentioned frequently in scientific literature on the topic.

Through the in-depth interviews and participant observation, I found that surrogacy was characterised by interaction between social institutions and the material possibilities of those involved in processes of surrogate gestation. However, it is also a driving force that changes social relationships and their meanings.

However, I concluded that intended parents are not always people with high purchasing power who are totally unconcerned about the rights of surrogates, and surrogates are not always “unwitting victims”. However, the dynamics between these groups are biased by the clear power relation. Intended parents may not be aware of this relation or may not consider that it is important, and each of the parties is subject to specific cultural expectations, moral obligations and family pressures.

Finally, on the basis of the research and analysis of the results, I consider that from a non-androcentric perspective we should give credibility to intended parents for having reflected deeply about the decision to opt for surrogacy. We should not blame them individually for all of the situations of inequality and injustice that surrogacy has created, as some groups are doing and as highlighted in this thesis. However, we need to stress the responsibility involved in undertaking surrogacy processes in certain contexts and under certain conditions. Likewise, it is essential to listen to surrogates and understand what the practice of surrogacy means in their lives and what meaning they give to it.

3. Contributions of the research on surrogacy

After all these years dedicated to the study of surrogacy, I can confirm that it is a practice that we could call “problematic”. It conflicts with some of our firmly established assumptions about the nature of family, maternity, sexuality and kinship, but also explains a lot about gender and our concept of work, and how these variables are connected to each other. Therefore, surrogacy is a very complex, but also challenging, topic.

I consider that this doctoral thesis on surrogacy is particularly significant in the current social and political context in Spain. As I have shown, this social phenomenon not only forms part of the public debate, but is at a vital point in the political discussion. The study was designed to find out more about a social phenomenon on which little social science research has been carried out in Spain, and thus to build bridges between society and academia. At the end of the day, this is one of the main objectives of sociology, in my opinion.

With this study, my aim was to contribute to research from an informed, broad perspective. As indicated by Teman (2008), much of the research on surrogacy is contaminated by the cultural anxiety that this generates, even among researchers, which ends up being transferred to the research approaches and the research results. In the case of surrogacy, this has meant that debates and research positions tend to be diametrically opposed. As other researchers have demonstrated, a contextualised analysis is required, even in situations that are clearly seen as generating oppression and inequality, which could be the case of surrogacy in India, for example. Such an analysis must leave morality in the background, and contribute other more beneficial approaches. My comparative approach contributes to strengthening situated analyses and their importance.

In this research, I tried to steer away from extremes and avoid reproducing the discourses of the polarised positions that currently lead public discussion. I also aimed to address the research topic as it is, from the perspective of situated knowledge research, and expand the spectrum through which the topic is analysed, in order to understand why it occurs, what the motivations are, and above all understand it from the context of a society in which maternity is expected and the choice of not becoming a mother still needs to be justified.

It has been difficult to navigate among the narratives that intended parents shared with me with such sincerity, the reports and research that describe the impact of surrogacy on women whose rights are violated by the practice, and the indignation produced by some fertility industries that profit from the needs of both parties. As a researcher faced with this situation, I had to address my own prejudices and this doubtless led to learning and a contribution to methodology that I hope I have been able to reflect in this doctoral thesis. As a feminist, I was committed to undertaking the most honest analysis possible of the situation, so that the research could really contribute to the discussion on surrogacy in Spain. As I have shown, surrogacy in Spain should be considered as a model that is related to the rest of the world, rather than isolated from it. Furthermore, in the approach to surrogacy and the associated regulations, we must remember that it is a global phenomenon.

Another relevant contribution of this research is the instrument used to gather the information. This was an ad hoc questionnaire that enabled me to gather primary data

on surrogacy in Spain, which was not available previously. As demonstrated throughout this doctoral thesis, the lack of data is one of the main weaknesses in this study area. Although the data gathered here cannot be extended to other contexts, it does make a valuable quantitative and qualitative contribution, as it provides the first data on surrogacy in Spain. Furthermore, the instrument is designed to be used in different contexts. In other words, once the survey has been adapted to the characteristics of the context under study, it can be used to gather data and thus contribute to creating comparative frameworks for the different contexts, as the data will have been gathered on the basis of similar variables. Thus, a global analysis can be carried out, which is necessary in this field of study.

As a result of the dialogue between the theoretical framework and care work, reproductive rights and studies of family and maternity, I contextualised surrogacy from an international perspective, and then focused on the Spanish context. I found that surrogacy makes sense in the context of a liberal society that meets all the needs of the individual. This is a society that medicalises and makes an issue of infertility, and naturalises having children as a final stage that everyone should attain; while not having children is marked and experienced as a fault.

This approach tends to normalise situations such as marriage or the family, which can also be oppressive institutions, instead of naturalising other forms of co-habitation and child-rearing that are possible, desirable and would challenge the economic structures and social organisation that favour a heterosexual, two-parent model of child-rearing. For these reasons, I consider that my doctoral thesis contributes to advancing knowledge and analysis of the family and of the new modes and different forms of maternity and paternity that are possible today.

4. Potential limitations of the research

All research has a series of limitations determined by several factors, such as the study area, the resources, the time available, and the capacity of the research to address these limitations. However, these limitations also present an opportunity to continue to explore the topic. Below, I describe the potential limitations of this doctoral thesis, and then indicate some recommendations for future research.

A first limitation of this study could be considered the lack of testimonies of surrogates. Although surrogates are not the main focus of the thesis, these women are the main agent in the surrogacy processes. However, as can be appreciated throughout the doctoral thesis and particularly in chapters 4 and 8, insight was gained from the ethnologies and research undertaken by various authors on surrogates in different countries of the world (Corea, 1985; Teman, 2010; Pande, 2014; Jacobson, 2015; Rudrappa, 2016; Das Gupta, 2007, and others). In the context of Spain, information about surrogates were provided by the intended parents.

Secondly, this research is primarily focused on the study of surrogacy in the Spanish state. However, to achieve this, we needed to consider the global context in which surrogacy processes develop. This expanded the research area, but the results presented here are limited, given that it was impossible to consider all the nuances in each of the contexts. Given that this is a new research topic in Spain, it was not possible to build on previous research in this context, which could lead to certain risks and potential errors.

Third, in terms of gathering and analysing data, one of the limitations of this research could lie in the number of parents through surrogacy who were interviewed: ten in total. This low number means that we cannot generalise the results. However, as explained in Chapter 7, the aim of this research was not to generalise results, but to make a first approach to the phenomenon of surrogacy in Spain that could contribute to future research on the same subject or in a related area. Those interviewed provided a broad, honest, representative perspective of potential, possible, diverse experiences and motivations involved in the practice of surrogacy. Far from being a uniform group with a univocal discourse, these parents constitute a diverse group with a wide range of experiences of the process that affect their perceptions and provide new information that is very valuable to meet the research objective.

In fourth place, the homogeneity of the population sample analysed here could be a limitation, given that most of the results were obtained from people linked with the association *Son Nuestros Hijos* (They are our children). This is the main entity in the area and has its own discourse. Hence, some answers to the survey or interviews could have been based on the “politically correct” discourse of the association rather than the informants’ own opinions. Another limitation is the inclusion of intended parents at different stages of the maternity/paternity process. However, the inclusion of diversity enabled me to work with a much wider sociodemographic profile. Therefore, given the lack of data on this subject, this weakness could also be considered a strength.

To conclude, the stance of political parties on the regulation of surrogacy was analysed by monitoring the media – mainly the press, but also some television debates – and working papers drawn up by political parties. Due to the times at which political debates were held on the research topic, it was not possible to organise interviews with representatives of the various political parties. Such interviews and the representatives’ testimonies could have been used to analyse their positions in greater depth and draw more accurate conclusions. However, given that the thesis was drawing to a close, it was not possible to carry out the interviews.

5. Recommendations for future research areas

As determined in this doctoral thesis, surrogacy should be understood as a global phenomenon that requires international frameworks and multinational paradigms of

data collection (Deoandan, 2015). Surrogacy should be approached and understood within this international perspective. To achieve this, it is essential that the countries involved in surrogacy establish data collection protocols so that they can contribute to building an international framework, based on gathering data with a multinational paradigm. The ambiguity that surrounds surrogacy processes makes it difficult to assess its impact on those involved, given the many ways in which it is developed, legalised and practised in different countries. The increase in the number of surrogacy contracts made across international borders and jurisdictions means that the impact of surrogacy on those involved and affected should be discussed and assessed globally. International work in a network is required to achieve this. Similarly, it is important that Spain starts to systematically collect data on surrogacy processes carried out transnationally, which was the aim of this research.

In qualitative terms, as indicated by Berend (2012) and Teman (2008), objective research needs to be carried out without the bias or cultural anxiety that tends to be triggered by a practice such as surrogacy. This is the only way to provide data that really highlight the darkest points of surrogacy and help us to advance in the study area. Some areas that require special attention and need to be investigated are associated with a lack of empirical research worldwide to determine the impact of surrogacy processes on surrogates, intended parents and the children resulting from this process. In Spain, it would be interesting to start studies in this area, given that there is a total lack of research in this field. These findings would shed light on a world that political leaders know little about, and could lead to more ethical and fair future policies for all agents involved.

Similarly, as stated by Pande (2009), very little has been written about the ways in which the agents involved in surrogacy experience and give meaning to the relationships between them. As has been shown through the analysis of interviews and the questionnaire, intended parents tend to establish different kinds of relationships with the surrogates and/or egg donors. While some people want to know all the parties involved, others choose not to have a relation with them or only a relation with the surrogate. From the sociological perspective of family, it is important to know what these relationships are like.

Surrogacy as a practice opens the door to a redefinition of kinship that has not been explored extensively to date, and therefore requires more research. More research is also needed on surrogacy processes instigated by same-sex Spanish couples, and on single people who decide to carry out a surrogacy process on their own. Same-sex parenthood and single parenthood have certain characteristics that have not yet been explored in Spain. Existing research on surrogacy is focused above all on the two-parent heterosexual model, as traditionally these were the kind of people who were most likely to resort to surrogacy. However, there are an increasing number of surrogacy processes

undertaken by people on the margins of this model. Hence, future research should focus on this area.

Other research areas should be proposed that take into account the relevance of surrogacy as a way of having genetically linked children. In the research, we need to consider critically the reasons why people feel the need to have genetically related children through the intimate capacity of another person's body, who tends to be a less privileged woman. Some researchers have started studies that aim to give voice to surrogates and try to determine why surrogacy is the best option for them in employment terms. This research area should be continued.

Although it is an area that has not been researched widely, there is evidence that some children who were born through surrogacy have now reached legal age, and others are born every day. Therefore, one area to develop would be related to studies of these families and how they have incorporated surrogacy in their narratives of the family. As surrogacy processes have been used for some time in Spain, longitudinal studies could be carried out.

In relation to what are known as the new forms of family, in Spain we should focus on the new realities that could emerge in relation to surrogacy. The *Son Nuestros Hijos* association has reported concerns about surrogate children being the object of bullying at school, due to the stigma that they consider to be associated with surrogacy in Spain. This should be an area of research to take into account, to assess whether surrogacy should be included in anti-bullying protocols at school.

Regarding the lack of reliable data, it is essential that companies, clinics and institutions involved in the practice of surrogacy gather data and publish them to ensure transparency. To be able to undertake research, exhaustive data are required on families formed by surrogacy and on its processes, which to date have only been described in this study. It is essential to also gather data at local level. From a sociological perspective, if we do not have a solid quantitative approach, we lose information on the impact of this new family model and the effects on all agents of undertaking surrogacy processes in certain contexts. In this area, the questionnaire that I used here could be reused. Its implementation would improve the results if key institutions in the area of assisted reproduction supported its dissemination.

In general, surrogacy has been dominated by the legal field, which has taken initiative in the discussion. However, the debate should be extended to other areas of knowledge and activism. Medical research committed to the reproductive rights of women is essential, and should be accompanied by a feminist discussion and the opinions of those who have become parents through surrogacy. Leadership should come from various fields. This does not mean that the legal and medical fields are moving alone towards a model of regulation, but that their contributions should be added to the fact that

feminist movements, particularly those specialised in the area of sexual and reproductive rights, should be present in areas in which there is thought and reflection on surrogacy.

In short, the feminist perspective is essential to approach this object of study appropriately. I hope that this thesis doctoral contributes to deeper understanding of a field of research that is still in its infancy in Spain.

BIBLIOGRAFIA

- Abasolo, O. & Montero, J. (2009). Trabajos: empleo, cuidado y división sexual del trabajo. *Guía didáctica de ciudadanía con perspectiva de género* (pp. 37-48). Madrid: Fuhem Ecosocial.
- Abdalla, H.I., Wren, M.E., Thomas, A., & Korea, L. (1997). Age of the uterus does not affect pregnancy or implantation rates: a study of egg donation in women of different ages sharing oocytes from the same donor. *Human Reproduction*, 12(4), 827-29
- Abellán, F. (2016). *Manual Bioético-Legal. Casos Clínicos en Reproducción Humana Asistida*. Madrid: Fundación Merck Salud
- Agnafors, M. (2014). The harm argument against surrogacy revisited: two versions not to forget. *Medicine, health care and philosophy*, 17(3), 357–363. doi: 10.1007/s11019-014-9557-x.
- Ahmad, N. (2011). An international view of surgically assisted conception and surrogacy tourism. *The Medico-Legal Journal*, 79(4), 135–45.
- Allen, A. (1988). Privacy, surrogacy, and the baby M Case. *Georgetown Law Journal*, 76, 1-27.
- Allen, A. L. (1991). The black surrogate mother. *The Harvard Blackletter Journal*, 8, 17–31.
- Almeling, R. (2007). Selling genes, selling gender: egg agencies, sperm banks, and the medical market in genetic material. *American Sociological Review*, 72(3), 319–340.
- Almeling, R., & Waggoner, M. R. (2013). More and less than equal: How Men Factor in the Reproductive Equation. *Gender & Society* 27(6), 821-842. doi: <https://doi.org/10.1177/0891243213484510>
- Almeda, E., & Di Nella, D. (2011). *Introducción a las familias monoparentales* (Volumen I). Barcelona: Copalqui Editorial.
- Almeda, E. (2015). Género, diversidad y familias monoparentales. En C.Torres (Ed.), *España 2015. Situación social* (pp. 360-367). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Almeda, E., Camps, C., Di Nella, D. & Ortiz, R. (2016). Familias monoparentales, inclusión y comunidad. *Arxius de Ciències Socials*, 34(59), 57-79
- Alvira, F. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- American society for reproductive medicine. (1994). Surrogate gestational mothers: women who gestate a genetically unrelated embryo. *Fertility and Sterility*, 62(5), 675–705. doi: [http://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)57134-9](http://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)57134-9)
- 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. (2016). Cross-border reproductive care: an ethics committee opinion. *Fertility and Sterility*, 106(7), 1627-1633. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.038
- Anderson, E.S. (1990). Is women's labor a commodity? *Philosophy and Public Affairs*, 19 (1), 71-92.
- Andrews, L. B. (1988). Surrogate motherhood: the challenge for feminists. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 16 (1–2), 72–80.
- Anleu, S. R. (1992). Surrogacy: for love but not for money? *Gender & Society*, 6(1), 30–48.
- Armour, K. L. (2010). An overview of surrogacy around the world: trends, questions and ethical issues. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 231–236.
- Arvidsson, A., Johnsdotter S., & Essén B. (2015). Views of Swedish commissioning parents relating to the exploitation discourse in using transnational surrogacy. *EBSCOhost*, 10 (5), 1–18. doi: 10.1371/journal.pone.0126518. eCollection 2015.
- Badinter, E. (2011). *La mujer y la madre*. Madrid: La esfera de los libros.
- Baffone, C. (2013). La maternidad subrogada: una confrontación entre Italia y México. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 46, 441–470. doi: 10.1016/S0041-8633(13)71139-6
- 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
- Baird, P. (1994). Un virage à prendre en douceur: rapport final de la Commission Royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction. *Revue de droit d'Ottawa* 26(3), 677-688. Recuperado de www.publications.gc.ca/site/fra/9.643810/publication.html
- Baker, B. (1996). A case for permitting altruistic surrogacy. *Hypatia* 11(2), 34 – 48. doi:10.1111/j.1527-2001.1996.tb00663.x
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor: las nuevas formas de relación amorosa*. Madrid: Paidós Ibérica.

- Becker, G. (2000). *The elusive embryo: how women and men approach the new reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.
- Beeson, D., Darnovsky, M., & Lippman, A. (2015). What's in a name? variations in terminology of third-party reproduction. *Reproductive BioMedicine Online*, 31(6), 805–814. doi: 10.1016/j.rbmo.2015.09.004
- Bell, J. (2010). *Doing your research project*. Berkshire: Open University Press.
- Belliotti, R. A. (2017). Marxism, feminism, and surrogate motherhood. *Social Theory and Practice*, 14(3), 425–439.
- Berend, Z. (2012). The romance of surrogacy. *Sociological Forum*, 27(4), 913-936. doi: 10.1111/j.1573-7861.2012.01362.x
- Berend, Z. (2014). The social context for surrogates' motivations and satisfaction. *Reproductive BioMedicine Online*, 29(4), 399–401. doi: 10.1016/j.rbmo.2014.07.001.
- Berend, Z. (2016a). *The online world of surrogacy*. Nueva York: Berghan Books.
- Berend, Z. (2016b). The emotion work of a “Labor of Love” an ethnographic account of surrogacy arrangements in the United States. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: international clinical practice and policy issues* (pp. 62–69). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bericat, E. (1988). *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos*. Barcelona: Ariel Sociología.
- Bergman, K., Ritchie J. R., Robert-Jay, G., & Padrón, E. (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
- Berkhout, S. (2008). Buns in the oven: objectification, surrogacy, and women's autonomy. *Social Theory and Practice*, 34(1), 95–117.
- Blanco, N., & Pirela, J. (2016). La complementariedad metodológica: estrategia de integración de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos*, 19(45), 97–111.
- Blyth, E. (1994). “I wanted to be interesting. I wanted to be able to say ‘I've done something interesting with my life’”: interviews with surrogate mothers in Britain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(3), 189–198. doi: 10.1080/02646839408408885
- Boris, E., & Salazar, R. (2010). Introduction Intimate labors: cultures, technologies, and the politics of care. En E. Boris & R. Salazar (Ed.), *Intimate labors: cultures, technologies, and the politics of care* (pp. 1-12). Stanford: Stanford University Press.

- Borras, V. (2015). Reflexiones alrededor de la experiencia de la subrogación. En Fundació Victor Lucas Grífols (Ed.), *Treinta años de técnicas de reproducción asistida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas* (pp. 104–110). Barcelona. Recuperado de www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689231/intetic3_cat.pdf/7003eb-3bd0-4afe-9598-89cf0c626314
- Bose, C. E. (2012). Intersectionality and Global Gender Inequality. *Gender & Society*, 26(1), 67–72.
- Braverman, A., Casey, P., & Jadva, V. (2012). Reproduction through surrogacy: the UK and US experience. En R. Martin, G. Pennings, G & J. Appleby (Ed.), *Reproductive donation: practice, policy, and bioethics* (pp. 289–307). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brazier, M., Golombok, S., & Campbell, A. (1997). Surrogacy: review for the UK health ministers of current arrangements for payments and regulation. Consultation document and questionnaire. *Human Reproduction Update* 1997, 3(6), 623–628.
- Brinsden, P. R. (2003). Gestational surrogacy. *Human Reproduction Update*, 9(5), 483–491. doi: 10.1093/humupd/dmg033.
- Brinsden, P. R. (2016). Surrogacy's past, present, and future. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of gestational surrogacy: international clinical practice and policy issues* (pp. 1–8). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bromfield, N. F., & Rotabi, K. S. (2014). Global surrogacy, exploitation, human rights and international private law: a pragmatic stance and policy recommendations. *Global Social Welfare*, 1(3), 123–135. doi: 10.1007/s40609-014-0019-4
- Brunet, L., Marzo, C., Carruthers, J., Davaki, J., King, D. & Mccandless, J. (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 [www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=IPOL-JURI_ET\(2013\)474403](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=IPOL-JURI_ET(2013)474403)
- Burrell, C., & Edozien, L. C. (2016). The ideal surrogate Santa Claus, Easter Bunny, or Tooth Fairy? En E. S. Sill (Ed.), *Handbook of gestational surrogacy : international clinical practice and policy issues* (pp. 9–16). Cambridge: Cambridge University Press.
- Caballero, S. M. (2016). Gestational surrogacy in California. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of gestational surrogacy : international clinical practice and policy issues* (pp. 296–303). Cambridge: Cambridge University Press.
- Calhaz-Jorge, C., de Geyter, M.S., Kupka, J., de Mouzon, K., Erb, E., Mocanu, T., Goossens, V. (2016). Assisted reproductive technology in Europe, 2012: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 31(8), 1638–1652. doi:10.1093/humrep/dew151

- Carrasco C., Borderías C. & Torns, T. (2011). Introducción. el trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías C. & T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados. historia, teoría y políticas* (pp. 13-95). Madrid: Catarata.
- Centers for disease control and prevention, American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. (2009). 2007 Assisted Reproductive Technology Success Rates National Summary and Fertility Clinic Reports, Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado de www.cdc.gov/art/pdf/archived/complete_2007_art.pdf
- Center for Reproductive Rights. (2011). *Maternal Mortality in India. 2011 Update*. Nueva York. Recuperado de www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/MM_update_FINAL.pdf
- Centre for Social Research. (s.f.). Surrogate motherhood-ethical or commercial. Recuperado de www.csrindia.org/about-us/publications/research-studies/109-surrogacy-motherhood-ethical-or-commercial
- Cerdà, J. (2011). La insostenible legalización de facto de la Maternidad Subrogada en España. A propósito de la instrucción de 5 de Octubre de 2010 de la DGRN. *La Ley*, (3), 1–9.
- Charo, R. (1990). Legislative approaches to surrogate motherhood. En L. Gostin (Ed.), *Surrogate motherhood: politics and privacy* (pp. 88-119). Bloomington: Indiana University Press.
- Cherry, A. L. (2014). The rise of the reproductive Brothel in the global economy: some thoughts on reproductive tourism, autonomy, and justice. *Journal of Law and Social Change*, 17(3), 1–33.
- Ciccarelli, J., & 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
- Cisneros, C. A., Faux, R., & Mey, G. (2004). Forum: qualitative social research qualitative researchers — stories told, stories shared: the storied nature of qualitative research. An introduction to the special issue: FQS interviews I why a special issue of interviews? *Nature*, 5(3), 1-13. doi: 10.17169/fqs-5.3.547
- City, N. Y. (1999). Rayna rapp reproductive entanglements: bod, state, and culture in the dys/ regulation of child- bearing. *Social Research*, 78(3), 693–718.
- Colen, S. (1995). *“Like a Mother to Them”: stratified reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.

- Comisión de asuntos exteriores. (2015). Informe anual sobre los derechos humanos y la democracia en el mundo 2014 y la política de la Unión Europea al respecto (2015/2229INI). Recuperado de www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A8-2015-0344+0+DOC+XML+V0//ES
- Comité de bioética. (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
- Centers for diseases control and prevention. (s.f.). Infertility FAQs. Recuperado de www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility
- Committee on social affairs, health and sustainable development. (2016). Children's rights related to surrogacy. Strasbourg. Recuperado de <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=23015&lang=en>
- Council of Europe. (2016). *Annual Report on Human Rights and Democracy in the World in 2014 and the EU policy on the matter*. Strasbourg. Recuperado de eeas.europa.eu/human_rights/docs/2013_hr_report_en.pdf
- Cook, R., Sclater, S.D, & Kaganas, F. (2003). *Surrogate motherhood, international perspectives*. Oxford: Bloomsbury.
- Cook T. D., & Reichardt CH. S. (2005). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación*. Madrid: Morata
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Corea, G. (1985). *The mother machine: from artificial insemination to artificial wombs*. Nova York: Harper & Row.
- Cooper, M., & Waldby, C. (2014). *Clinical Labor: Tissue Donors and Research Subjects in the Global Bioeconomy*. Durham: Duke University Press.
- Cranshaw, M., Blyth, E., & van den Akker, O. (2012). The changing profile of surrogacy in the UK – Implications for national and international policy and practice. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 34(3), 267–277.
- Crenshaw K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Crockin, S. L. (2013). Growing families in a shrinking world: legal and ethical challenges in cross-border surrogacy. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(6), 733-741. doi: /10.1016/j.rbmo.2013.06.006

- Crozier, G. K., & Martin, D. (2012). How to address the ethics of reproductive travel to developing countries: a comparison of national self-sufficiency and regulated market approaches. *Developing World Bioethics*, 12(1), 45–54. doi: 10.1111/j.1471-8847.2012.00316.x.
- Crozier, G. K., & Peña-Guzman, D. (2016). Surrogacy as medical tourism philosophical issues. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 46–54). Cambridge: Cambridge University Press.
- Czarnecki, D. (2015). Moral women, immoral technologies: how devout women negotiate gender, religion, and assisted reproductive technologies. *Gender & Society*, 29(5), 716–742.
- Darnovsky, M. (2004). Revisiting sex selection: the growing popularity of new sex selection methods revives an old debate. *Gene Watch*, 17(1), 3–6.
- Darnovsky, M., & 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. Recuperado de <https://repub.eur.nl/pub/77408/wp596.pdf>
- DasGupta, S., & Dasgupta, S. (2010). Motherhood jeopardized: reproductive technologies in Indian communities. En W. Chavkin, & J.M. Maher (ed) *The Globalization of Motherhood: Deconstructions and Reconstructions of Biology and Care*, (pp. 131-53). Nueva York: Routledge.
- DasGupta S., & DasGupta D. S. (2014). Business as usual? the violence of reproductive trafficking in the Indian context. En S. D. DasGupta, & S. Dasgupta (Ed.), *Globalization and Transnational Surrogacy in India: outsourcing life*. Lanham: Lexington Books.
- Delgado, G. (2012). Conocerte en la acción y el intercambio. La investigación: acción participativa. En Blázquez, N. Flores, F. & Ríos, M. (Eds.) *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- 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
- de Munck, V. C., & Sobo, E. J. (1998). *Using methods in the field: a practical introduction and casebook*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Deomampo, D. (2013). Transnational surrogacy in India: interrogating power and women's agency. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, 34(3), 167–188.
- Deomampo, D. (2013). Gendered geographies of reproductive tourism. *Gender & Society*, 27(4), 514–537.

- Deomampo, D. (2015). Defining parents, making citizens: nationality and citizenship in transnational surrogacy. *Medical Anthropology*, 34(3), 210–225. doi: <http://doi.org/10.1080/01459740.2014.890195>
- Deomampo, D. (2016). Race, nation, and the production of intimacy: transnational ova donation in India. *Positions: East Asia Cultures Critique*, 24(1), 303–332. doi: 10.1215/10679847-3320161
- 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
- Detrick, S., Doek, J., & Cantwell, N. (2017). Report of the Experts' Group on the Parentage/Surrogacy Project. Recuperado de <https://assets.hcch.net/docs/ed997a8d-bdcb-48eb-9672-6d0535249d0e.pdf>
- DeWalt, K. M., & DeWalt, B. R. (2002). *Participant observation: a guide for fieldworkers*. California: AltaMira Press.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Metodología en investigación médica*, 2(7), 162-167.
- Dickens, B. (2002). Ethical issues arising from the use of assisted reproductive technologies. En E. Vayena, P.J. Rowe, & P.D. Griffin (Eds). *Current practices and controversies in assisted reproduction*, Ginebra: World Health Organization
- Donchin, A. (1986). The future of mothering: reproductive technology and feminist theory. *Hypatia*, 1(2), 121–138.
- Donchin, A. (1989). The growing feminist debate over the new reproductive technologies. *Hypatia*, 4(3), 136–149.
- Dow, K. (2017). Can surrogacy ever scape the taint of global exploitation. Recuperado de https://aeon.co/ideas/can-surrogacy-ever-escape-the-taint-of-global-exploitation?utm_source=Aeon+Newsletter&utm_campaign=22756bbaa0-EMAIL_CAMPAIGN_2017_04_18&utm_medium=email&utm_term=0_411a82e59d-22756bbaa0-68880317
- Duffy, F. (2014). Surrogacy in Ireland: a missed opportunity. Bionews online 774. Recuperado de www.bionews.org.uk/page_458952.asp
- Dworking, A. (1978). *Right-Wing Women*. Nueva York: Perigee Books.
- Eichler, M. (1997). Feminist methodology. *Current Sociology*, 45(2), 9–36.
- Ekis, K. (2013). Being and being bought: prostitution, surrogacy and the split self. North Melbourne: Spinifex Press.

- Ertman, M. M. (2009). For both love and money: Viviana Zelizer's the purchase of intimacy. *Law & Social Inquiry*, 34(4), 1017–1037.
- Escoda, E. (2013). Spain. En Brunet, L., Marzo, C., Carruthers, J., Davaki, J., King, D. & Mccandless, J. (eds). *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. (pp. 351–367). Recuperado de [www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=IPOL-JURI_ET\(2013\)474403](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=IPOL-JURI_ET(2013)474403)
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). Cross-border reproductive care: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 100(3), 645–650. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.051
- Ettorre, E. (2002). *Reproductive genetics, gender and the body*. Londres: Routledge.
- Farquhar, D. (1996). *The other machine: discourse and reproductive technologies*. Nueva York: Routledge.
- Farnós, E. (2010). Inscripción en España de la filiación derivada del acceso a la maternidad subrogada en California. *Indret: Revista para el análisis el derecho*, (1), 1-28.
- 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.
- Feinberg, A., & Maisel, J. (2014). Transnational surrogacy takes center stage. En S. DasGupta, & S.D. Dasgupta (eds.), *Globalization and transnational surrogacy in India: outsourcing life*. Lanham: Lexington Books.
- Ferraretti, A. P., Pennings, G., Gianaroli, L., Natali, F., & Magli, M.C. (2010). Cross-border reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(2), 261–266. doi: 10.1016/j.rbmo.2009.11.009.
- Ferraretti, A. P., Goossens, V., Kupka, M., Bhattacharya, S., de Mouzon, J., Castilla, J.A., Erb, K., Korsak, V., Nyboe Andersen, A., & ESHRE. (2013). Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 28(9), 2318–2331. doi: 10.1093/humrep/det278.
- Field, M. (1990). *Surrogate motherhood: the legal and human issues*. Cambridge: Harvard University Press.
- Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo: en defensa de la revolución feminista*. Barcelona: Kairós.

- Fisher, A. M., & Hoskins, M. L. (2013). A good surrogate: the experiences of women who are gestational surrogates in Canada. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 47(4), 500–518.
- Folbre, N. (2001). *The Invisible Heart: Economics and Family Values*. Nueva York: The New Press.
- Forman, R. (2011). Cross-border reproductive care: a clinician's perspective. *Reproductive BioMedicine Online*, 23(7), 808–810. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.10.002
- Franklin, S., & Ragone, H. (1998). *Reproducing reproduction: kinship, power and technological innovations*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Franklin, S. (1995). Postmodern procreation: a cultural account of assisted reproduction. En F. Ginsburg, & R. Rapp (Eds), *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction* (pp. 323-345). Berkeley: University of California Press.
- Franklin, S. (2003). Making representations: the parliamentary debate on the human fertilisation and embriology act. En J. Edwards, S.Franklin, E.Hirsch, F.Price, & M. Strathern (Eds.). *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception* (pp. 129-165). Manchester: Manchester University Press.
- Franklin, S. (2013). *Biological relatives. IVF, stem cells and the future of kinship*. Durham: Duke University Press.
- Fraser, N. (1993). Beyond the master/subject model: reflections on Carole Pateman's Sexual Contract. *Social Text*, 37, 173–181.
- Gamble, N. (2009). Crossing the line: the legal and ethical problems of foreign surrogacy. *Reproductive BioMedicine Online*, 19(2), 151–152.
- General Affairs and Policy of the Conference. (2016). Report of the february 2016 meeting of the experts' group on parentage/surrogacy. Recuperado de <https://assets.hcch.net/docs/f92c95b5-4364-4461-bb04-2382e3c0d50d.pdf>
- Gerrits, T. (2016). Assisted reproductive technologies in Ghana: transnational undertakings, local practices and “more affordable” IVF. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 32–38. doi: 10.1016/j.rbms.2016.05.002
- Gheaus, A. (2016). The normative importance of pregnancy challenges surrogacy contracts. *Analyze Journal of Gender and Feminist Studies*, 6(20), 20–31.
- Globalization Committee Reproductive Health Affinity Group (2003). *Globalization, health sector reform, gender and reproductive health*. Nueva York: Ford Foundation.
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., Maccallum, F., & Lycett, E. (2004). Families created through surrogacy arrangements: parent–child relationships in the 1st Year of Life. *Developmental Psychology*, 40(3), 400–411. doi: 10.1037/0012-1649.40.3.400

- Golombok, S., MacCallum, F., Murray, C., Lycett, E., & Jadva, V. (2006). Surrogacy families: parental functioning, parent–child relationships and children’s psychological development at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(2), 213–222. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01453.x
- Golombok, S. (2015). *Modern Families Parents and children in new family forms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Golombok, S. et al. (2017). *Regulating reproductive donation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Golombok, S., Blake, L., Slutsky, J., Raffanella, E., Roman, G. D., & Ehrhardt, A. (2017). Parenting and the adjustment of children born to gay fathers through surrogacy. *Child Development*, 0(0), 1–11. doi: 10.1111/cdev.12728
- Goslinga-Roy, G. M. (2000). Body boundaries, fictions of the female self: an ethnographic perspective on power, feminism and the reproductive technologies. *Feminist Studies*, 26(1), 113–140.
- Grayson, D. (1998). Mediating intimacy: black surrogate mothers and the law. *Critical Inquiry*, 24(2), 525–546. doi: 10.1016/j.rbmo.2013.05.003.
- Grover, S. A., Shmorgun, Z., Moskovstev, S.I., Baratz, A. & Librach, C.L. (2013). Assisted reproduction in a cohort of same-sex male couples and single men. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(2), 217-221. doi: 10.1016/j.rbmo.2013.05.003.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2015). Niñas y mujeres sin justicia. Derechos Reproductivos en México. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B94-UUu0etI5U0RvLWVIdmRoMlk/view>
- Gryshchenko, M., & Pravdyuk, A. (2016). Gestational Surrogacy in Ukraine. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of gestational surrogacy: international clinical practice and policy issues* (pp. 250–264). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gunnarson, M., & Svenaeus, F. (2012). The body as gift, resource, and commodity: exchanging organs, tissues, and cells in the 21st Century. Huddinge: Södertörns högskola.
- Gupta, J. A. (2006). Towards transnational feminisms: some reflections and concerns in relation to the globalization of reproductive technologies. *European Journal of Women’s Studies*, 13(1), 23–38.
- Gupta, J. A., & Richters, A. (2008). Embodied subjects and fragmented objects: women’s bodies, assisted Reproduction technologies and the right to self-determination. *Journal of Bioethical Inquiry*, 5(4), 239–249. doi: 10.1007/s11673-008-9112-7
- Hammons, S. A. (2008). Assisted reproductive technologies: changing conceptions of motherhood?, *Affilia*, 23(3), 270–280. doi: 10.1177/0886109908319119

- Harding, S. (1987). *Is there a feminist method?. A Harding. Feminism and Methodology*. Indiana: Indiana University Press.
- Hartouni, V. (1997). *Cultural conceptions: on reproductive technologies and the remarking of life*. Minneapolis: University Press.
- Hatzis, A.N. (2003). 'Just the oven': a law & economics approach to gestational surrogacy contracts. En K. Boele-Woelki (ed.), *Perspectives for the unification or harmonisation of family law in Europe* (pp. 412-433). Antwerp: Intersentia.
- Hibino, Y., & Shimazono, Y. (2013). Becoming a surrogate online : "message board" surrogacy in Thailand. *Asian Bioethics Review*, 5(1), 56–72. doi: 10.1353/asb.2013.0004
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A. R. (2012). *The outsourced self. Intimate life in market times*. Nueva York: Metropolitan Books.
- Horse, K., Smith, N.; Norcross, S. & Ghevaert, L. (2015). Myth busting and reform Surrogacy in the UK. Canterbury. Recuperado de www.surrogacyuk.org/Downloads/Surrogacy%20in%20the%20UK%20Report%20FINAL.pdf
- Horse, K. (2016). Surrogacy in the United Kingdom Present and Future Challenges. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 266–275). Cambridge: Cambridge University Press.
- Humbyrd, C. (2009). Fair trade international surrogacy. *Developing World Bioethics*, 9(3), 111–118. doi: 10.1111/j.1471-8847.2009.00257.x.
- Iacub, M. (2004). *L'empire du ventre. Pour une histoire de la maternité*. París: Fayard.
- Igareda, N. (2015). La inmutabilidad del principio "mater semper certa est" y los debates actuales sobre la gestación por sustitución en España, *Revista de Filosofía, Derecho Y Política*, (21), 3–19.
- INE. (2013). España en cifras 2013. Catálogo de publicaciones oficiales de la Administración General del Estado. www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2013/files/assets/basic-html/index.html#1
- Igareda, N. (2016). La donación anónima de gametos para reproducción humana asistida en España: problemas y retos. *Revista de bioética y derecho*, 38, 71–86.
- Imrie, S., Jadv, V., & Golombok G. (2012). The long-term psychological health of surrogate mothers and their families, *Fertility and Sterility*, 98(3), S46.

- Imrie, S., & Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive BioMedicine Online*, 29(4), 424–435. doi: 10.1016/j.rbmo.2014.06.004.
- Inhorn, M. C. (2002). *Local babies, global science. Gender, religion an In Vitro ferlitzation in Egypt*. Nueva York: Routledge.
- Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted reproductive technologies and culture change. *Annual Review of Anthropology*, 37(1), 177–196. doi: 10.1146/annurev.anthro.37-081407.085230
- Inhorn, M. C. (2012). Reproductive exile in global Dubai: South Asian stories. *Cultural Politics*, 8(2), 283–306. doi: 10.1215/17432197-1575174
- Jacobson, H. (2016). *Labor of love: gestational surrogacy and the work of making babies*. Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- Jadva, V., Murray, C., Lycett, E., MacCallum, F., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*, 18(10), 2196–2204. doi: 10.1093/humrep/deg397
- Jadva, V., & Imrie, S. (2014). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction*, 29(1), 90–96. doi: 10.1093/humrep/det410.
- Jadva, V., Imrie, S., & Golombok, S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*, 30(2), 373–379. doi: 10.1093/humrep/deu339.
- Joffe, C., & Reich, J. (2015). *Reproduction and society. Interdisciplinary readings*. Nueva York: Routledge.
- Johnson, K. M., & Simon, R. M. (2012). Women's attitudes toward biomedical technology for infertility: the case for technological salience. *Gender & Society*, 26(2), 261–289.
- Karandikar, S., Gezinski, L. B., Carter, J. R., & Kaloga, M. (2014). Economic necessity or noble cause? A qualitative study exploring motivations for gestational surrogacy in Gujarat, India. *Affilia*, 29(2), 224–236.
- Katz, P., Nachtigall, R., & Showstack J., (2002). The economic impact of the assisted reproductive technologies. *Nature Cell Biology & Nature Medicine*, 30(1), 135–145. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.04.029.
- Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Social Research*, 6(2), art. 43.

- Kirby, J. (2014). Transnational gestational surrogacy: does it have to be exploitative?, *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 14(5). doi: 10.1080/15265161.2014.892169.
- Korsak, V. (2011). 26 Law regulation of ART in Ukraine. *Reproductive BioMedicine Online*, 22(2), S104. doi: 10.1016/S1472-6483(11)60043-6
- Krolokke, C., & 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
- Kumar, T. (2004). In vitro fertilization in India. *Current Science*, 86(2), 254-256.
- Lamm, E. (2012). Gestación por sustitución. Realidad y Derecho. *InDret*, 3, 1-49. Recuperado de www.indret.com/pdf/909_es.pdf
- Lieber, K. B. (1992). Selling the womb: can the feminist critique of surrogacy be answered? *Indiana Law Journal*, 68(1), 205–232.
- MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadva, V., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: The experience of commissioning couples. *Human Reproduction*, 18(6), 1334–1342.
- May, A., & Tenzek, K. (2016). A gift we are unable to create ourselves: uncertainty reduction in online classified ads posted by gay men pursuing surrogacy. *Journal of GLBT Family Studies* 12(5), 430-450. doi: 10.1080/1550428X.2015.1128860
- Majumdar, A. (2014). The rhetoric of choice: the feminist debates on reproductive choice in the commercial surrogacy arrangement in India. *Gender, Technology and Development*, 18(2). doi: 10.1177/0971852414529484.
- Markens, S. (2007). *Surrogate motherhood and the politics of reproduction*. California: University of California Press.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, 9(12), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
- Mastroianni, L. Jr. (2004). Introduction (Reproductive Technologies). En S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics* (pp. 2261–2267). Nueva York: Macmillan Reference.
- Matorras R., Hernández J. (2007). *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad*. Madrid: Adalia.
- Meinke, S. (1988). Surrogate motherhood: ethical and legal issues. *Scope Note* 6.
- Merchant, J. (2016). The legal and political panorama of surrogacy in the United States. En Rozee (Presidencia). *La gestation pour autrui: resituer la France dans le monde. Représentation, encadrements et pratiques*. Paris.

- Merrick, J. (1990). Selling reproductive rights: policy issues in surrogate motherhood. *Politics and Life Science*, 8(2), 161–172.
- Mies, M. (1988). From the individual to the dividual: in the supermarket of “Reproductive Alternatives”. *Reproductive and Genetic Engineering*, 1(3), 225–37.
- Mir, L. (2010). La maternidad intervenida: reflexiones en torno a la maternidad subrogada. *Redbioética/UNESCO*, 1(1), 174–188.
- Mishra K., & Dubey A. (2014). Indian women’s perspectives on reproduction and childlessness: Narrative Analysis. *International Journal of Humanities and Social Science*, 6(1), 157-164.
- Mohanty, C. T. (1988). Under western eyes: feminist scholarship and colonial discourses. *Feminist Review*, 30(Autum), 61–88.
- Mohanty, C. T. (2003a) ““Under Western Eyes” revisited: feminist solidarity through anticapitalist struggles, *Signs: journal of women in culture and society*, 28(2), 499–535.
- Mohanty, C. T. (2003b) *Feminism without borders: decolonizing theory, practicing solidarity*. Durham: Duke University Press.
- Mojzuk, M. (2012). *Entre el maternalismo y la construcción socio-política de la maternidad*. Recuperado de <https://patagonialibertaria.wordpress.com/tag/marta-mojzuk/>
- Nahman, M. (2011). Reverse traffic: intersecting inequalities in human egg donation. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 626–633. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.08.003
- Nelson, E. L. (2016). Gestational surrogacy in Canada. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: international clinical practice and policy issues* (pp. 123–130). Cambridge: Cambridge University Press.
- Neuhaus, R. J. (1988). Renting women, buying babies, and class struggles. *Society*, 25(3), 8-10.
- Neyer, G., & Bernardi, L. (2011). Feminist perspectives on motherhood and reproduction. *Historical Social Research*, 36(2), 162-176.
- Nisbet, J. & Watt, J. (1984). Case studies in educational management. En J. Bell, T. Bush, A. Fox, J. Goodey, & S. Goulding (eds) *Conducting small-scale investigations in educational management* (pp. 79-92). Londres: Harper & Row.
- Norton, W., Hudson, N., & Culley, L. (2013). Gay men seeking surrogacy to achieve parenthood. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(3), 271–9. doi: 10.1016/j.rbmo.2013.03.016.

- Nuño Gómez, L. (2016). Una nueva cláusula del contrato sexual: vientres de alquiler. *Isegoría*, (55), 1-18. doi: 10.3989/isegoria.2016.055.15
- Nussbaum, M. C. (1998). "Whether from reason or prejudice": taking money for bodily services. *The Journal of Legal Studies*, 693-724. doi: 10.1086/468040
- Olavarría, M.E., & Lestage, F. (2016). Surrogates, doctors and legislators. A shift in the mexican international ART circuit from 2015 to 2016. En Rozee (Presidencia). *La gestation pour autrui: resituer la France dans le monde. Représentation, encadrements et pratiques*. Paris.
- Oliver, K. (1989). Marxism and surrogacy. *Hypatia*, 4(3), 95–115. doi: 10.1111/j.1527-2001.1989.tb00594.x
- Orejudo, P. (2013). Spain. En Trimmings, K., & Beaumont, P. (Ed.), *International surrogacy arrangements: legal regulation at the international level*. Londres: Hart Publishing.
- Panagiotopoulou, N. (2013). Ethics on procreation: does everyone have the right to found a family? *Clinical Ethics*, 8(2–3), 44–46.
- Pande, A. (2009). *Not an "Angel", not a "Whore": surrogates as "Dirty" workers in India*. *Indian Journal of Gender Studies*, 16 (2).
- Pande, A. (2009). "It may be her eggs but it's my blood": surrogates and everyday forms of kinship in India. *Qualitative Sociology*, 32(4), 379–397. doi: 10.1007/s11133-009-9138-0
- Pande, A. (2011). Transnational commercial surrogacy in India: gifts for global sisters? *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 618–25. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.07.007
- Pande, A. (2013). "The paper that you have in your hand is my Freedom": migrant domestic work and the sponsorship (Kafala) system in Lebanon. *International Migration Review*, 47(2), 414–441. doi: 10.1111/imre.12025
- Pande, A. (2014). "I prefer to go back the day before tomorrow, but I cannot": paternalistic migration policies and the "global exile", *Critical Social Policy*, 34(3), 374–393.
- Pande, A. (2014). This birth and that: surrogacy and stratified motherhood in India. *philoSOPHIA*, 4(1), 50–64.
- Pande, A. (2014). *Wombs in labor. Transnational commercial surrogacy in India*. Nueva York: Columbia University Press.
- Panitch, V. (2013). Global surrogacy: exploitation to empowerment. *Journal of Global Ethics*, 23(5), 329–343. doi: 10.1080/17449626.2013.818390

- Panitch, V. (2013). Surrogate tourism and reproductive rights. *Hypatia*, 28(2), 274–289. doi: 10.1111/hypa.12005
- 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.
- Pateman, C. (1995). *El Contrato Sexual*. UAM México: Anthropos.
- Payne, J. G. (2013). Reproduction in transition: cross-border egg donation, biodesirability and new reproductive subjectivities on the European fertility market. *Gender, Place & Culture*, 22(1), 107–122. doi: 10.1080/0966369X.2013.832656
- Pennings, G., de Mouzon, J., Shenfield, F., Ferraretti, AP., Mardesic, T., Ruiz, A. & Goossens V. (2014). Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction*, 29(5), 1076–1089. doi: 10.1093/humrep/deu048
- Perkins, K. M., Sheree, L.B., Denise, J.J & Dmitry, M.K. (2016). Trends and outcomes of gestational surrogacy in the United States. *Fertility and Sterility*, 106(2), 435–442.e2.
- Perkins, K.M, Boulet, S.L, Jamieson, D.J, Kissin D.M & National Assisted Reproductive Technology Surveillance System (NASS) Group. (2017). Trends and outcomes of gestational surrogacy in the United States. *Fertility and Sterility*, 106(2), 435–442. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.03.050
- Petchesky, R. (1995). The body as property: a feminist re-vision. F. Ginsburg & R. Rapp (Eds) Los Angeles: University of California Press.
- Petyim, S. (2016). Gestational surrogacy in Thailand. En E. S. Sills (Ed.) *Handbook of gestational surrogacy. International clinical practice and policy issues of Gestational Surrogacy* (pp. 25-32). Cambridge: Cambridge University Press.
- Platt, J. (1983). The development of the participant observation method in sociology: origin myth and history, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 19(4), 379-393. doi: 10.1002/1520-6696(198310)19:4<379:AID-JHBS2300190407>3.0.CO;2-5
- Powell, B. A. (2014). Surrogacy : perspectives from a commercial model, 9–11. Recuperado de www.bionews.org.uk/page_416580.asp
- Puigpelat, F. (2010). La maternitat per substitució: una via per ampliar els drets reproductius de les dones? En Fundació Víctor Grífols i Lucas (Ed.) *La subrogació uterina: anàlisi de la situació actual*, (pp. 56-71). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

- Puigpelat, F. (2010). Los derechos reproductivos de las mujeres: interrupción voluntaria del embarazo y maternidad subrogada. En Cruz, J.A., & Vázquez, R. (Eds), *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres* (pp. 54-67). México, D.F.: Fontamara.
- Purkayastha, B. (2012). Intersectionality in a transnational world. *Gender & Society*, 26(1), 55–66.
- Qadeer, I. (2009). Social and ethical basis of legislation on surrogacy: need for debate. *Indian Journal of Medical Ethics*, 6(1), 28–31.
- Qadeer, I. (2010). *New reproductive technologies and health care in neo-liberal India: essays*. Nueva Delhi: Centre For Women’s Development studies.
- Ragone, H. (1994). *Surrogate motherhood: conception in the heart*. Boulder: Westview.
- Ragone, H. (1996). Chasing the blood tie: surrogate mothers, adoptive mothers and fathers. *American Ethnologist*, 23(2), 352–365.
- Ragone, H. (2000). Of likeness and difference: how race is being transfigured by gestational surrogacy. En H. Ragone, & F. W. Twine (Eds.), *Ideologies and technologies of motherhood: Race, class, sexuality, nationalism*. Nueva York: Routledge.
- Ragone, H. (2003). The gift of life: surrogate motherhood, gamete donation and constructions of altruism. En R. Cook, S.D. Sclater & F. Kaganas (Eds.), *Surrogate Motherhood International Perspectives* (pp. 209-226). Portland: Hart Publishing.
- Rapp, R. (2001). “Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory”, *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 466-477.
- Raymond, J. G. (1993). *Women as wombs: reproductive technologies and the battle over freedom*. San Francisco: Harper San Francisco.
- Recht, S. (1988). “M” is for money: baby m and the surrogate motherhood controversy. *American University Law Review*, 37(3), 1013–1050.
- Reddy, S., & Qadeer, I. (2010). Medical tourism: progress or predicament? Economic and political weekly. *Economic and Political Weekly*, 45(20), 69-75.
- Reid, M., Dirks, D., Aseltine, E. (2009). Stratified Reproduction. En J. O’Brien (Ed.) *Encyclopedia of Gender and Society* (pp. 810-812). London: Sage Publications Inc. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412964517.n406>
- Riggs, D. W., & Due, C. (2013). Representations of reproductive citizenship and vulnerability in media reports of offshore surrogacy. *Citizenship Studies*, 17(8), 956–969. doi: 10.1080/13621025.2013.851145

- Rigon, A., & Chateau, C. (2013). *Regulating international surrogacy arrangements - state of play*. Estrasburgo: Parlamento Europeo.
- Roberts, E. (1993). *Making babies (in public): surrogacy, kinship and exchange*. Berkeley: University of California Press.
- Roberts, D. (1997). *Killing the black body: race, reproduction, and the meaning of liberty*. Nueva York: Pantheon.
- Roberts, D. (2009). Race, gender, and genetic technologies: a new reproductive dystopia? *Signs*, 34(4), 282–297.
- Rodríguez Blázquez, M. I. (2005). Antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 2–25.
- Rodríguez, L. (s.f.) Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas. Recuperado de www.decidiresunderecho.org/index.php/publicaciones?task=routedownload&tmpl=component&id=6
- Rotabi, K.S., & Bromfield, N.F. (2012). The decline in intercountry adoptions and new practices of global surrogacy: global exploitation and human rights concerns. *Affilia: journal of women and social work*, 27(2), 129–141.
- Rothman, B. K. (1989). *Recreating motherhood: Ideology and technology in a patriarchal society*. Nueva York: W.W. Norton.
- Rothman, B. K. (1992). Reproductive technologies and surrogacy: a feminist perspective. *Creighton Law Review*, 25(5), 1599–1616.
- Rozée Gomez, V., & de La Rochebrochard, E. (2013). Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium. *Human Reproduction* 28(11), 3103–3110. doi: 10.1093/humrep/det326.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Revista Nueva Antropología*, VIII (030), 95-145.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance, C.S. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Madrid: Revolución.
- Rudrappa, S. (2012). Working India’s reproduction assembly line: surrogacy and reproductive rights? *Western Humanities Review*, 66(3), 77–102.
- Rudrappa, S. (2015). *Discounted life. The price of global surrogacy in India*. Nueva York: New York University.
- Rudrappa, S., & Collins, C. (2015). Altruistic agencies and compassionate consumers: moral framing of transnational surrogacy. *Gender & Society*, 29(6), 937–959.

- Rudrappa, S. (2016). What to expect when you are expecting: the affective economies of consuming surrogacy in India. *Positions: East Asia Cultures Critique*, 24(1), 281–302. doi : 10.1215/10679847-3320149
- Rudrappa, S. (2016). What Difference Does Money Make? Surrogate Mothers in Bangalore, South India. En Rozee (Presidencia). *La gestation pour autrui: resituer la France dans le monde. Représentation, encadrements et pratiques*. Paris.
- Ruiz Olabuenaga, J. (2008). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Salazar, R. & Hung, T. (2011). Guest editors' Introduction. *Positions: East Asia Cultures Critique*, 49(3), 3–10.
- Salazar, R. & Hung C. T. (2016). Intimate industries: restructuring (im)material labor in Asia. *Positions: East Asia Cultures Critique*, 24(1), 3–10.
- SAMA Resource Group for Women and Health. (2006). ARTs and women. Assistance in reproduction or subjugation? Nueva Delhi: SAMA. Recuperado de www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/3/38/Sama_ARTs_and_Women.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 www.samawomenshealth.org/sites/default/files/Final%20Consultation%20Report.pdf
- SAMA Resource Group for Women and Health. (2012). Birthing a market. A study on commercial surrogacy. Nueva Delhi: SAMA. Recuperado de www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/e/e8/Sama_Birthing_A_Market.pdf
- Sandin, M.P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones*. Madrid: Mc Graw and Hill Interamericana de España.
- Saravanan, S. (2010). Transnational surrogacy and objectification of gestational mothers. *Economic and political weekly*, 45(16), 26–29.
- Saravanan, S. (2016a). Addressing Global Inequalities in Surrogacy. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 41–45). Cambridge: Cambridge University Press.
- Saravanan, S. (2016b). “Humanitarian” thresholds of the fundamental feminist ideologies: evidence from surrogacy arrangements in India. *Analyze Journal of Gender and Feminist Studies*, 20(6), 66–88.
- Saris, A. (2016). Surrogates in Canada: A Kaleidoscope of Legal Phenomena. En Rozee (Presidencia). *La gestation pour autrui: resituer la France dans le monde. Représentation, encadrements et pratiques*. Paris.

- Sarojini, N., Marwah, V., & Shenoj, A. (2011). Globalisation of birth markets: a case study of assisted reproductive technologies in India. *Globalization and Health*, 7(1), 27. doi: 10.1186/1744-8603-7-27
- Sassen, S. (2003). *Contrageografías de la globalización: género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Satz, D. (1995). Markets in women's sexual labor. *Ethics*, 106(1), 63–85.
- Satz, D. (2010). *Why some things should not be for sale: The moral limits of markets*. Nueva York: Oxford University Press.
- Scherman, R., Misca, G., Rotabi, K., & Selman, P. (2016). Global commercial surrogacy and international adoption: parallels and differences. *Adoption & Fostering*, 40(1), 20–35.
- Schwartz, E. F. (2016). LGBT Issues in Surrogacy Present and Future Challenges. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 129–145). Cambridge: Cambridge University Press.
- Scott, E. (2009). Surrogacy and the politics of commodification. *Law and Contemporary Problems*, 72(9), pp.109-146
- Selman, P. (2000). *Intercountry adoption developments, trends and perspective*. Londres: British Agency for Adoption and Fostering.
- Selman, P. (2012). Global trends in intercountry adoption: 2001-2010. Adoption Advocate. Recuperado de www.adoptioncouncil.org/images/stories/documents/NCFA_ADOPTION_ADVOCATE_NO44.pdf
- Selltiz, C. (1962). *Research methods in social relations*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Shalev, C. (1989). *Birth power: the case for surrogacy*. New Haven: Yale University Press.
- Shanley, M. L. (2001). *Making babies, making families: what matters most in an age of reproductive technologies, surrogacy, adoption, and same-sex and unwed parents*. Boston: Beacon.
- Shenfield, F., Pennings, G., Devroey, P., Sureau, C., Tarlatzis, B. & Cohen, J. (2003). Taskforce 5: preimplantation genetic diagnosis. *Human Reproduction*, 18(3), 649–651. doi: 10.1093/humrep/deg110
- Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J., Devroey, P., de Wert, G., & Tarlatzis, B. (2005). ESHRE task force on ethics and law 10: surrogacy. *Human Reproduction*, 20(10), 2705–2707.
- Shenfield, F., de Mouzon, J., Pennings, G., Ferraretti, A.P., Nyboe Anderson, A., de Wert, G & Gossens, V. (2010). ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care. Cross

border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*, 25(6), 1361–1368. doi: 10.1093/humrep/deq057

- Shenfield F., Pennings G., De Mouzon J., Ferraretti, A.P. & Goossens, V. (2011). ESHRE's good practice guide for cross-border reproductive care for centers and practitioners. *Human Reproduction*, 26(7), 1625–1627. doi: 10.1093/humrep/der090
- Sheoran, N., Deomampo, D., & Van Hollen, C. (2015). Extending theory, rupturing boundaries: reproduction, health, and medicine beyond North-South binaries. *Medical Anthropology*, 34(3), 185–191.
- Schurr, C. (2016). From biopolitics to bioeconomies: the ART of (re-)producing white futures in Mexico's surrogacy market. *Environment and Planning D: Society and Space*, 35(2), 241–262. doi: 10.1177/0263775816638851
- Sills, E. S., Anderson, R. E., & Mcca, M. (2016). Routine Embryo Screening and Surrogacy Current Challenges and Future Directions for Preimplantation Genetic Testing. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 93–98). Cambridge: Cambridge University Press.
- Smerdon, U. R. (2008). Crossing bodies, crossing borders: international surrogacy between the United States and India. *Cumberland law review*, 39(1), 15-85.
- Smietana, M., Jennings, S., Herbrand, C., & Golombok, S. (2014). Family relationships in gay father families with young children in Belgium, Spain and the United Kingdom. En T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj, & M. Richards (Eds.), *Relatedness in Assisted Reproduction: Families, Origins and Identities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smietana, M. (2016). 'Families like we'd always known'? Spanish gay fathers' normalization narratives in transnational surrogacy. En M. Lie, & N. Lykke (eds.) *Assisted Reproduction across borders: feminist perspectives on normalizations, disruptions and transmissions*, 49-60. Nueva York & Londres: Routledge.
- Smith, A. M. (2013). Reproductive technology, family law, and the postwelfare state: the California same-sex parents' rights "Victories " of 2005. *Signs, Reproductive and Genetic Technologies*, 34(4), 827–850.
- 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 and policy issues* (pp. 276–286). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sociedad Española de Fertilidad. (2012). Código ético de la SEF. Madrid. Recuperado de www.sefertilidad.net/docs/grupos/etica/CodigoEticoSEF_1_6_12_ALTA.pdf

- Sociedad Española de Fertilidad. (2013). Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida (IA y FIV/ICSI). Año 2013. Recuperado de www.registrosef.com/public/docs/sef2013_IAFIV.pdf
- Söderström, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260–276. doi: 10.1093/humupd/dmv046
- Solinger, R. (2001). *Pregnancy and power: a short history of reproductive politics in America*. Nueva York: New York University Press.
- Spar, D. (2006). *The baby business: How money, science, and politics drive the commerce of conception*. Cambridge: Harvard Business School Press.
- Svitnev, K. (2011). Legal control of surrogacy—International perspectives. En J. G. Schenker (Ed.), *Ethical dilemmas in assisted reproductive technologies* (pp. 149–163). Jerusalem: Hebrew University-Hadassh Medical Center
- Sweet, S., & Baker, K. M. (2011). Who has the advantages in my intended career?: Engaging students in the identification of gender and racial inequalities. *Teaching Sociology*, 39(1), 1–15. doi: 10.2307/41308920
- Taboada, E. (1986). *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Tanderup, M., Reddy, S., Patel, T., & Nielsen, B. B. (2015). Reproductive ethics in commercial surrogacy: decision-making in IVF clinics in New Delhi, India. *Journal of Bioethical Inquiry*, 12(3), 491-501. doi: 10.1007/s11673-015-9642-8
- Tanderup, M., Reddy, S., Patel, T., & Nielsen, B. B. (2015). Informed consent in medical decision-making in commercial gestational surrogacy: a mixed methods study in New Delhi, India. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(5), 465–472. doi: 10.1111/aogs.12576.
- Teman, E. (2003). The medicalization of “nature” in the “artificial body”: surrogate motherhood in Israel. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(1), 78–98.
- Teman, E. (2003). Knowing the surrogate body in Israel. En R. Cook & S.D. Schlater (Ed.), *Surrogate motherhood international perspectives* (p. 261-280). Portland: Hart Publishing.
- 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. (2009). Embodying surrogate motherhood: pregnancy as a dyadic Body-Project. *Body & Society*, 15(3), 47–69.

- Teman, E. (2010). *Birthing a mother. The surrogate body and the pregnant self*. California: University California Press.
- Teman, E. (2016). Surrogacy in Israel: state-controlled surrogacy as a mechanism of symbolic control. En E. S. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice & Policy Issues* (pp. 165–173). Cambridge: Cambridge University Press.
- The Center for Bioethics and Culture Network. (2013). Drugs commonly used for women in gestational surrogacy pregnancies. Recuperado de <http://breeders.cbc-network.org/wp-content/uploads/2013/12/Drugs-Commonly-Used-for-Women-in-Gestational-Surrogacy-Pregnancies.pdf>
- The Center for Bioethics and Culture. (2012). State-by-state surrogacy summary. Recuperado de www.cbc-network.org/wp-content/uploads/2012/08/State-by-State_Surrogacy_Sum_CBC.pdf
- The Hague Conference on Private International Law. (2015). The parentage/surrogacy project. Preliminary Document No 3A of February 2015 for the attention of the Council of March 2015 on General Affairs and Policy of the Conference. Recuperado de <https://assets.hcch.net/docs/82d31f31-294f-47fe-9166-4d9315031737.pdf>
- The Hague Conference on Private International Law. (2016). Background note for the meeting of the expert's group on the parentage/surrogacy project (Vol. 31). Recuperado de <https://assets.hcch.net/docs/8767f910-ae25-4564-a67c-7f2a002fb5c0.pdf>
- The Hague Conference on Private International Law. (2016). Report of the February 2016 meeting experts' group on parentage/surrogacy. Recuperado de <https://assets.hcch.net/docs/f92c95b5-4364-4461-bb04-2382e3c0d50d.pdf>
- Thompson, C. (2002). Fertile ground: feminists theorize infertility. En M.C. Inhorn and F. van Balen (Eds), *Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies* (pp. 52–78). Berkeley: University of California Press.
- Thompson, C. (2005). *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: MIT Press.
- Thompson, C. (2011). Medical Migrations Afterword: Science as a Vacation? *Body & Society*, 17(2–3), 205–213.
- Tieu, M. M. (2009). Altruistic surrogacy: the necessary objectification of surrogate mothers. *Journal of Medical Ethics*, 35(3), 171–175. doi: 10.1136/jme.2008.024679.
- Toledano, S. J., & Zeiler, K. (2017). Hosting the others' child? relational work and embodied responsibility in altruistic surrogate motherhood. *Feminist Theory*, 18(2), 1–17.

- Torns, T. (2008) El trabajo y el cuidado: cuestiones teóricometodológicas desde la perspectiva de género. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73.
- Turner, S. (2001). Los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en la esterilización y procreación asistida. *Revista de derecho*, 12(2), 207–216.
- Twine, F. W. (2011). *Outsourcing the womb: race, class, and gestational surrogacy in a Global Market (Framing 21st Century Social Issues)*. Nueva York: Routledge.
- Twine, F. W. (2015). *Outsourcing the womb: race, class, and gestational surrogacy in a Global Market (Framing 21st Century Social Issues)*. Nueva York: Routledge.
- Umeda, S. (2015). Thailand New Surrogacy Law. The Library of Congress. Recuperado de www.loc.gov/law/foreign-news/article/thailand-new-surrogacy-law
- United Nations. (1994). International Conference on Population and Development. El Cairo: UNFPA. Recuperado de www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
- United Nations. (1995). Declaración y plataforma de acción de Beijing. Recuperado de http://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/cs/w/bpa_s_final_web.pdf
- Valls Llobet, C. (2010). ¿Es necesaria la subrogación de úteros? En Fundació Víctor Lucas Grifols (Ed.), *Treinta años de técnicas de reproducción asistida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas* (pp. 46–55). Barcelona: Fundació Víctor Lucas Grifols.
- van den Akker, O. B. A. (1998). Functions and responsibilities of organizations dealing with surrogate motherhood in the UK. *Human Fertility*, 1(1), 10–13. <http://doi.org/10.1080/1464727982000198031>
- van den Akker, O. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 13(1), 53–62. doi: 10.1093/humupd/dml039
- Vázquez, N. y Maoño, C. (2000). Derechos sexuales y reproductivos, en Diccionario de Ayuda Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Bilbao: Instituto Hegoa, Universidad del País Vasco.
- Vora, K. (2009). Indian transnational surrogacy and the disaggregation of mothering work. *Anthropology News*, 50(2), 9–12.
- Vora, K. (2011). Medicine, markets, and the pregnant body: Indian commercial surrogacy and reproductive labor in a transnational frame. *Scholar and Feminist Online*. Recuperado de http://sfonline.barnard.edu/reprotech/vora_01.htm
- Vora, K. (2013). Potential, risk, and return in transnational Indian gestational surrogacy. *Current Anthropology*, 54(S7), 97-106.

- Vilar, S. (2014). Situación actual de la gestación por sustitución. *Revista de Derecho UNED*, (14), 897–932.
- Waldby, C. (2012). Reproductive labour arbitrage: trading fertility across European Borders. En M. Gunnarson & F. Snevaes, *The Body as Gift, Resource, and Commodity: Exchanging Organs, Tissues, and Cells in the 21st Century* (pp. 267–295). Huddinge: Södertön University.
- Warnock, M. (1985). A question of life: report of the committee of inquiry into human fertilisation and embryology. *The Irish Nursing News*, 5(3), 7–8.
- Warnock, M. (1985). A question of life: the warnock report on fertilization and embriology. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Weinbaum, A. E. (2013). The after life of slavery and the problem of reproductive freedom. *Social Text*, 31(2), 49–68. doi: 10.1215/01642472-2081121
- Indian Council of Medical Research. (2005). National guidelines for accreditation, supervision and regulation of ART clinics in India. Recuperado de <http://nascentivf.com/pdfs/B.%20ICMR%20GUIDELINES.pdf>
- Wikler, N. J. (1986). Society's response to the new reproductive technologies: the feminist perspectives. *Southern California Law Review*, 59(5), 1043–1057.
- World Health Organization. (2010). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF and the world bank estimates. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44874/1/9789241503631_eng.pdf
- Whittaker, A. (2010). Challenges of medical travel to global regulation: a case study of reproductive travel in Asia. *Global Social Policy*, 10(3), 396–415.
- Whittaker, A. (2011). Cross-border assisted reproduction care in Asia: implications for access, equity and regulations. *Reproductive health matters*, 19(37), 107–116. doi: 10.1016/S0968-8080(11)37575-1
- Whittaker, A. (2014). Merit and money: the situated ethics of transnational commercial surrogacy in Thailand. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 7(2), 100–120.
- Whittaker A. (2015). Thai In Vitro: assisted reproductive technologies in Thailand. Londres: Berghahn Books.
- Zamora Bonilla, J. (1998). Úteros en alquiler. *Isegoría*, (18), 205–212. doi: 10.3989/isegoria.1998.i18.152
- Zanini, G. (2011). Abandoned by the state, betrayed by the shurch: italian experiences of cross-border reproductive care. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 565–72. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.08.007

Zegers-Hochschild, F., Dickens, B. M., & Dughman-Manzur, S. (2013). Human rights to in vitro fertilization. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the international federation of gynaecology and obstetrics*, 123(1), 86–9. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.07.001.

Zelizer, V. (2005). *The purchase of intimacy*. Princeton: Princeton University Press.

Zelizer, V. (2012). How I became a relational economic sociologist and what does that mean? *Politics & Society*, 40, 145–174. doi: 10.1177/0032329212441591

LEGISLACIÓN

Ley 30/1979 sobre Extracción y Trasplante de Órganos. Boletín Oficial del Estado, España, 27 de octubre de 1979.

Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Boletín Oficial del Estado, España, 26 de mayo de 2006.

Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Boletín Oficial del Estado, España, 3 de marzo de 2010.

Ley 26/2015 de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Boletín Oficial del Estado, España, 28 de julio de 2015.

Real Decreto Legislativo 223/2004 por el que se regulan los Ensayos Clínicos con Medicamentos. Boletín Oficial del Estado, España, 6 de febrero de 2004.

PAGINAS WEB

Agencia española de gestación subrogada. (2016). Preguntas frecuentes. España. Recuperado de <http://aeges.es>

Asamblea de Madrid. (2015). Resolución de Pleno Núm. 17/2016 del Pleno de la Asamblea de Madrid. Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid. España. Recuperado de www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM_10_00049.PDF

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

Asociación por la Gestación Subrogada en España. (2015). Texto de la Iniciativa Legislativa Popular. España. Recuperado de <http://xn--gestacionsubrogadaenespaa-woc.es/index.php/2013-10-16-13-08-07/texto-ilp>

Campanya pel dret a la reproducció de lesbianes i dones soles. (2016). A mode de manifest. España. Recuperado de <https://campanyadretreproduccio.wordpress.com/a-mode-de-manifest>

- European Parliament. (2011). European Parliament Resolution of 5 April 2011 on priorities and outline of a new EU policy framework to fight violence against women (2010/2209(INI)) (Vol. 2209). Recuperado de www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0127+0+DOC+XML+V0//EN
- European Union. (2004). Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells. *Official journal of the European Union*, L102, 48–58, Recuperado de: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:102:0048:0058:en:PDF>
- Fórum de política feminista. (2015). Manifiesto feminista ante las elecciones legislativas del 20 d 2015. España. Recuperado de www.forumpoliticafeminista.org/?q=manifiesto-feminista-ante-las-elecciones-legislativas-del-20-d-2015
- Men Having Babies. (s.f.). Surrogacy agencies ratings and reviews. Estados Unidos. Recuperado de www.menhavingbabies.org/surrogacy-resources/directory/agencyratings
- Ministry of health & family welfare government of India. (2010). The assisted reproductive technologies (regulation) bill and rules (draft) – 2010 Issues and Concerns. India. Recuperado de www.prsindia.org/uploads/media/vikas_doc/docs/1241500084~DraftARTBill.pdf
- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/Convention-CEDAW-Spanish.pdf
- NELFA. (2016). More equality in Spain: parents of children born through gestational surrogacy now have the right to parental benefits!, NELFA Press Release. Bélgica. Recuperado de <http://nelfa.org/wp-content/uploads/2016/11/031116-NELFA-PR-Spainscourt-final.pdf>
- NewStatesman. (2015). The feminist history of surrogacy: should pregnancy give a woman rights over a baby? Reino Unido. Recuperado de www.newstatesman.com/politics/2015/05/feminist-history-surrogacy-how-much-right-should-pregnancy-give-woman-over-baby
- No Somos Vasijas. (2016). Las mujeres no se pueden alquilar o comprar de manera total o parcial. Varios países. Recuperado de http://nosomosvasijas.eu/?page_id=1153

Observatori dels Drets Sexuals i Reproductius. (2014). Història dels drets sexuals i reproductius. Recuperado de <http://observatori.apfcib.org/drets-sexuals/els-drets-sexuals-i-els-drets-reproductius>

Plataforma Estatal LGTB por la Regulación de la Gestación Subrogada. (2016). Manifiesto. España. Recuperado de www.cogam.es/wp-content/uploads/2017/05/manifiesto-plataforma-x-la-gs-lgtb.pdf

Son Nuestros Hijos. (2014). Problemática en torno a la gestación subrogada. España. Recuperado de www.sonnuestroshijos.com/que-es-subrogacion-estacional/

ARTÍCULOS DE PRENSA

ABC (10 de Julio de 2014) *España adecuará su legislación para incribir a los niños nacidos por maternidad subrogada*. Diario ABC. Recuperado de www.abc.es/sociedad/20140710/abci-registro-hijos-maternidad-subrogada-201407092151.html

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

Bay, B. (8 de julio de 2016). *Catalunya amplía el acceso a la reproducción asistida a mujeres lesbianas y sin pareja*. Eldiario.es. Recuperado de www.eldiario.es/catalunya/sanitat/Salut-reproduccion-asistida-mujeres-lesbianas_0_535096946.html

Calvo, G. V. (3 de julio de 2014). *Justicia busca una solución legal para los bebés de "vientre de alquiler"*. EL País. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2014/07/03/actualidad/1404415792_455988.html

Cañas, J.A. (29 de noviembre de 2016). *Detenidas una pareja de hombres y una madre por la venta de una recién nacida por gestación subrogada*. El País. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2016/11/29/actualidad/1480408736_643505.html

De Miguel, A. & Miyares, A. (1 de junio de 2016). *Vientres de alquiler: pensar antes de actuar*. Eldiario.es. Recuperado de www.eldiario.es/tribunaabierta/Vientres-alquiler-Pensar-actuar_6_522207786.html

EFE. (30 de agosto de 2013). *El padre de los bebés retenidos en India dice que más españoles viven el mismo caso*. Eldiario.es. Recuperado de

www.eldiario.es/politica/retenidos-India-espanoles-viven-mismo_0_170083302.html

EFE. (7 de febrero de 2015). *Españoles reclaman a México la entrega de tres bebés de vientre de alquiler*. Diario Vasco. Recuperado de www.diariovasco.com/agencias/201702/07/espanioles-reclaman-mexico-entrega-885743.html

EFE. (20 de octubre de 2016). *El Tribunal Supremo reconoce el derecho de los padres por gestación subrogada a cobrar bajas por maternidad*. Eldiario.es. Recuperado de www.eldiario.es/sociedad/Tribunal-Supremo-gestacion-subrogada-maternidad_0_571493660.html

El País. (20 de febrero de 2017). *La gestación subrogada, a debate*. El País. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2017/02/20/videos/1487611171_423460.html?id_externo_rsoc=TW_CC

Europa Press. (30 de enero de 2017). *La Generalitat reconocerá por primera vez la maternidad por vientre de alquiler*. Veinte Minutos. Recuperado de www.20minutos.es/noticia/2946716/0/generalitat-reconocera-por-primera-vez-maternidad-por-vientre-alquiler

Europa Press. (21 de febrero de 2015). *UPyD urge al Gobierno a regular la gestación subrogada en España pero solo cuando la madre colabore de forma altruista*. Eurpa Press. Recuperado de www.europapress.es/sociedad/noticia-upyd-urge-gobierno-regular-gestacion-subrogada-espana-solo-cuando-madre-colabore-forma-altruista-20150221115639.html

Fernández, A. (7 de octubre de 2016). *La SEF solicita la regularización de la maternidad subrogada en España*. Gaceta médica. Recuperado de www.gacetamedica.com/politica/la-sef-solicita-la-regularizacion-de-la-maternidad-subrogada-en-espana-CE530073

Green, K. (29 de Julio de 2015). *The Ideal Surrogate, the Military Wife*. Military shoppers. Recuperado de <https://militaryshoppers.com/ideal-surrogate-military-wife>

Johnson, I. (2 de agosto de 2014). *China Experiences a Booming Underground Market in Surrogate Motherhood*. New York Times. Recuperado de www.nytimes.com/2014/08/03/world/asia/china-experiences-a-booming-black-market-in-child-surrogacy.html?_r=0

Junquera, N. (12 de febrero de 2017). *El PP aplaza el debate sobre la gestación subrogada*. El País. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2017/02/11/actualidad/1486804605_736441.html?id_externo_rsoc=TW_CC

- Krieger, V. (1 de Abril de 2013). *For Israeli Gays, It's Not About the Ring*. The Tower. Recuperado de www.thetower.org/article/for-israeli-gays-its-not-about-the-ring.
- IMTJ (7 de diciembre de 2012). *India introduces legislation to ban surrogacy tourism*. International Medical Travel Journal. Recuperado de www.imtj.com/news/india-introduces-legislation-ban-surrogacy-tourism
- Miyares, A. (30 de junio de 2015). *Vientres de alquiler: consecuencias éticas y jurídicas*. Eldiario.es. Recuperado de www.eldiario.es/zonacritica/Vientres-alquiler-consecuencias-eticas-juridicas_6_404269596.html
- Moore, S. (4 de agosto 2014). *The case of baby Gammy shows surrogacy for the repulsive trade it is*. The Guardian. Recuperado de www.theguardian.com/commentisfree/2014/aug/04/baby-gammy-thailand-surrogacy-repulsive-trade-pattaramon-chanbua
- Motluk, B. (3 de febrero de 2014). *The Baby-Making Business: on the front lines of Toronto's booming, semilegal surrogacy market*. Toronto Life. Recuperado de <http://torontolife.com/city/baby-making-business-surrogacy-market-toronto>
- Pereira, R. (7 de mayo de 2016). *Se alquila vientre en India*. El País. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2016/05/06/tentaciones/1462535192_740903.html
- Rawlinson, K. (23 de agosto de 2014). *Interpol investigates 'baby factory' as man fathers 16 surrogate children*. The Guardian. Recuperado de www.theguardian.com/lifeandstyle/2014/aug/23/interpol-japanese-baby-factory-man-fathered-16-children
- Rey, L. (13 de agosto de 2015). *La ILP de gestación subrogada entrará en el Congreso en febrero o marzo*. La voz de Galicia Recuperado de www.lavozdeg Galicia.es/noticia/lugo/2014/08/13/ilp-gestacion-subrogada-entrara-congreso-febrero-marzo/0003_201408L13C7996.htm
- Rojas, G. A. (3 de agosto de 2008). *Se alquila vientre en India*. El País. Recuperado de http://elpais.com/diario/2008/08/03/sociedad/1217714403_850215.html
- Rojas, G. A. (1 de Julio de 2012). *Atrapados en India con su hija de vientre de alquiler*. El País. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/01/actualidad/1341167968_419291.html
- Safi, M. (14 de abril de 2016). *Baby Gammy's twin can stay with Australian couple despite father's child sex offences*. The Guardian. Recuperado de www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/apr/14/baby-gammys-twin-sister-stays-with-western-australian-couple-court-orders

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

DOCUMENTALES

Brand, Z. & Frank, Z (productores). Brand, Z. (director). (2009). *Google baby*. [Documental]. Estados Unidos: HBO

Center for Bioethics and Culture (productores). Baird, J. & Lahl J. (directoras). (2009). *Eggsploitation* [Documental]. Estados Unidos: *Center for Bioethics and Culture*

Center for Bioethics and Culture (productores). Eppinette, M. & Lahl J. (2014). *Breeders: A Subclass of Women* [Documental]. Estados Unidos: Center for Bioethics and Culture

Delpierre, V. (productora). Rogero, P. (director). (2015). *Welcome Home: una historia de familia* [Documental]. España: Inicia Films.

Haimowitz, R. & Sinha's, V. (directoras). (2011). *Made in India* [Documental]. Estados Unidos: Chicken And Egg Pictures & The Fleeding Fund.

Lance, D. (directora). (2014). *Paroles des Femmes Porteuses*. [Documental]. Francia.

Lansorena, I. (director). (2016). *Surrogacy*. [Documental]. España.

BLOGS PERSONALES

Creando nuestra familia. [Blog]. Recuperado de creandonuestrafamilia.blogspot.com.es

Formar Familia. [Blog]. Recuperado de <https://formarfamilia.wordpress.com>

Maternidad subrogada en Ucrania. [Blog]. Recuperado de <http://maternidadsubrogadaucrania.blogspot.com.es>

Maternidad subrogada en India. [Blog]. Recuperado de maternidadsubrogadaindia.blogspot.com

Pareja de tres. [Blog]. Recuperado de parejadetres.blogspot.es

The bun in my oven. [Blog]. Recuperado de <http://theirbuninmyoven.blogspot.com.es>

**ANEXO 1. TABLA RESUMEN ARGUMENTOS SON NUESTROS
HIJOS Y NO SOMOS VASIJAS**

Tabla 7. Análisis de los argumentos de SNH y No Somos Vasijas

| Argumentos comunes | Plataforma No Somos Vasijas | Asociación Son Nuestros Hijos |
|--|---|--|
| SOBRE LA DENOMINACIÓN | | |
| <p>Vientre de alquiler</p> <p>vs</p> <p>gestación subrogada</p> | <p>Nos mostramos radicalmente en contra de la utilización de eufemismos, para dulcificar o idealizar un negocio de compra-venta de bebés mediante el alquiler temporal del vientre de una mujer, viva en la dorada California o hacinada en un barrio de la India. Así es que nos afirmamos en llamar a las cosas por su nombre, no se puede ni se debe describir como “gestación subrogada” un hecho social que cosifica el cuerpo de las mujeres y mercantiliza el deseo de ser padres-madres.</p> | <p>La maternidad no se subroga, sino que se subroga la capacidad de gestar. La gestante, hace donación de la capacidad gestacional de su útero. No será aceptable la denominación de esta TRA en términos tales como vientre de alquiler, madre de alquiler, renta de útero, alquiler de útero, maternidad por encargo, y similares. Son degradantes para las personas implicadas en el proceso y una vulneración de la dignidad de la mujer.</p> |
| DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | | |
| <p>Derecho a decidir en materia de derechos sexuales y reproductivos</p> | <p>La maternidad por sustitución niega a las mujeres gestantes el derecho a decidir durante el proceso de embarazo y en la posterior toma de decisiones relativas a la crianza, cuidado y educación del menor o la menor.</p> | <p>La gestante debe mantener su autonomía y capacidad de decisión a lo largo de la gestación. Resulta por ello de importancia fundamental establecer una buena relación, una buena transferencia, entre padres/madres y gestante desde antes del inicio del embarazo.</p> |
| <p>Libre elección</p> | <p>La elección va acompañada, a su vez, de la capacidad de alterar, modificar o variar el objeto de nuestras preferencias. La maternidad subrogada no solo impide a las mujeres la capacidad de elección, sino que además contempla medidas punitivas si se alteran las condiciones del contrato.</p> | <p>Las gestantes deben participar en la técnica reproductiva de forma voluntaria, altruista y con un nivel intelectual capaz y suficiente para entender qué representa la GS. Estas características quedarán plasmadas y ratificadas en el consentimiento informado, que es ineludible.</p> |
| <p>Control sexual sobre las mujeres</p> | <p>Porque la llamada “maternidad subrogada” se inscribe en el tipo de prácticas que implican el control sexual de las mujeres: Así en las sociedades tradicionales, los matrimonios concertados o la compra por dote, son las típicas formas en que se ejerce el control sexual de las mujeres, en las sociedades modernas, la prohibición del aborto, la regulación de la prostitución y la maternidad subrogada son sus más contundentes expresiones.</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>La gestación subrogada es una técnica de reproducción asistida</p> | <p>El vientre de una mujer no se puede catalogar como “técnica de reproducción humana asistida”. Las mujeres no son máquinas reproductoras que fabrican hijos en interés de los criadores. Es, por el contrario, un evidente ejemplo de “violencia obstétrica” extrema.</p> | <p>Se denomina GS a una técnica reproductiva mediante la cual una mujer dona su capacidad gestacional a fin de que otra persona o personas puedan tener hijos.</p> |
| <p>REGULACIÓN Y MARCO DE LA MISMA</p> | | |
| <p>Altruismo y generosidad vs mercantilismo</p> | <p>Porque el “altruismo y generosidad” de unas pocas, no evita la mercantilización, el tráfico y las granjas de mujeres comprándose embarazos a la carta. La recurrencia argumentativa al altruismo y generosidad de las mujeres gestantes, para validar la regularización de los vientres de alquiler, refuerza la arraigada definición de las mujeres, propia de las creencias religiosas, como “seres para otros” cuyo horizonte vital es el “servicio”, dándose a los otros. Lo cierto es que la supuesta “generosidad”, “altruismo” y el “consentimiento” de unas pocas solo sirve de parapeto argumentativo para esconder el tráfico de úteros y la compra de bebés estandarizados según precio.</p> | <p>Se rechaza la subrogación comercial. Si bien es lógico que se realice una compensación, económica o de otra índole, a la gestante por las molestias y el esfuerzo que el proceso conlleva. Esta compensación ha de ser proporcional al esfuerzo y al tiempo que la mujer dedica al proceso, pero nunca ser la base de la técnica.</p> <p>Todos los seres humanos somos iguales. Por tanto, la compensación económica que se entrega a las diferentes personas que puedan participar en esta TRA no puede ser de diferente cuantía en función de la raza, la cultura, el físico, etc.</p> <p>Este rechazo es aplicable tanto a la gestación subrogada, como a la donación de gametos (óvulos y espermatozoides). Las molestias y el esfuerzo requeridos para donar óvulos, por ejemplo, son similares, sea la que sea la raza o condición de la mujer, y no se puede realizar discriminación alguna por este motivo.</p> |
| <p>Legalización vs Prohibición</p> | <p>Porque cuando la maternidad subrogada “altruista” se legaliza se incrementa también la comercial. Ningún tipo de regulación puede garantizar que no habrá dinero o sobornos implicados en el proceso. Ninguna legalización puede controlar la presión ejercida sobre la mujer gestante y la distinta relación de poder entre compradores y mujeres alquiladas.</p> | <p>La regulación adecuada, tanto a nivel nacional como supranacional, de la GS es la mejor manera para mantener los principios éticos y bioéticos en esta técnica de reproducción asistida.</p> |

| LIBRE MERCADO Y NEOLIBERALISMO | | |
|---|---|--|
| Práctica inscrita en el mercado y neoliberalismo | Porque no aceptamos la lógica neoliberal que quiere introducir en el mercado a “los vientres de alquiler” , ya que se sirve de la desigualdad estructural de las mujeres para convertir esta práctica en nicho de negocio que expone a las mujeres al tráfico reproductivo. | La gestación subrogada debe tener un carácter altruista , de ayuda a personas con problemas reproductivos para que puedan realizar sus deseos de ser padres o madres. |
| La cosificación y la mercantilización del cuerpo de las mujeres | Porque las mujeres no se pueden alquilar o comprar de manera total o parcial. La llamada “maternidad subrogada” tampoco se puede inscribir, como algunos pretenden, en el marco de una “economía y consumo colaborativo”: la pretendida “relación colaborativa” esconde el “consumo patriarcal” por el cual las mujeres se pueden alquilar o comprar de manera total o parcial. Porque la perspectiva de los Derechos Humanos , supone rechazar la idea de que las mujeres sean usadas como “contenedoras” y sus capacidades reproductivas sean compradas. El derecho a la integridad del cuerpo no puede quedar sujeto a ningún tipo de contrato. | La gestante deberá recibir asesoría legal que garantice la comprensión de todo el proceso y sus implicaciones. Esta asesoría será independiente de la de los padres intencionales o de sus representantes. La GS incluye entender que el hijo lo es de los padres intencionales. No se puede mercadear con él ni puede ser sustituido por otro niño ni por una compensación de cualquier tipo. Este concepto es de aplicación tanto a la gestante como a los padres legales, que son, siempre, los padres del menor, con independencia de las características físicas, mentales o neonatales que el niño presente. |

Fuente: Elaboración propia a partir de las ideas contenidas y contenidos principales incluidos en los manifiestos de SNH y NSV.

ANEXO 2. GUIONES DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA A PERSONAS CON HIJAS O HIJOS NACIDOS POR GESTACIÓN SUBROGADA

1. PRESENTACIÓN

2. PREVIO AL PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

- ¿Cuántas hijas e hijos tiene?
- ¿Son todos fruto de un proceso de gestación subrogada?
- ¿Cómo conoció la gestación subrogación, a través de qué fuentes?
- ¿Ha realizado la gestación subrogada en pareja o en solitario?
 - Si fue en pareja:
 - ¿Quién impulsó la idea de la gestación subrogada?
 - ¿Habían hablado sobre cuál era vuestro modelo ideal de familia?
 - Si fue en solitario:
 - ¿tenía un ideal de familia? Si es así, ¿cuál?
- ¿Qué le motivó a decidirse por esta opción?
- ¿Había intentado otras maneras para formar familia como por ejemplo la adopción (nacional o internacional) o TRA? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
- ¿Cuánto tiempo tardó/tardaron en tomar la decisión una vez conoció/conocieron esta opción?
- ¿En qué año(s) llevó/llevaron a cabo la(s) gestación(es) subrogadas?
- ¿En qué país? ¿Por qué este país y no otro?

3. APROXIMACIÓN AL PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

- ¿Dónde consiguió la información necesaria para poner en marcha el proceso?
- ¿Podría explicarme las diferentes fases de su proceso de gestación subrogación? (Elección clínica, elige agencia, viaje en el país, elegir la gestante, intervención por extracción óvulos, esperma, escoger dando óvulos o esperma, embarazo gestante, viajes previos y durante el proceso para conocer la evolución del embarazo, parto, primeros días del bebé)
- ¿En qué intento consiguió/consiguieron el embarazo?
- ¿Cuánto tiempo duró todo el proceso? ¿El tiempo fue el previsto inicialmente?
- El gasto económico, ¿era el previsto en un inicio? Aproximadamente, ¿qué gasto realizó? ¿Tuvo que pedir algún tipo de crédito o préstamo?

4. LA GESTANTE Y LA RELACIÓN CON ELLA

- ¿Puede explicarme en qué consiste el proceso de elección de la mujer gestante? (¿Pudo elegir entre diferentes propuestas?; ¿Tuvo acceso a datos sociodemográficos, etc., para tomar la decisión?)
- ¿Hubo relación con la mujer gestante, si es así, ¿cómo fue? ¿Mantienen el contacto en la actualidad?
- ¿Podría describir a la mujer gestante?, ¿qué perfil tenía?
- ¿Por qué la eligió/eligieron?
- ¿Cómo os referís a la gestante?

5. DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO

- ¿Qué dificultades encontró durante el proceso de gestación subrogada?

- El hecho de realizar la gestación subrogada en solitario, ¿añade alguna dificultad extra al proceso?
- Forma parte de alguna entidad o está en ningún grupo de madres y padres para GS?

6. DIFICULTADES UNA VEZ NACIDO EL BEBÉ

- ¿Tuvo dificultades para salir del país?
- ¿Tuvo dificultades para inscribir al bebé en el registro?
- ¿Ha disfrutado de algún permiso de maternidad/paternidad?
- ¿Legalmente ambos miembros de la pareja son madres/padres de sus hijo(s)?
- A la llegada a España, ¿encontró alguna dificultad asociada a que sus hijos nacieran por GS?
- ¿Tienen nacionalidad española? Si no la tiene, ¿qué implicaciones tiene no tener la ciudadanía española?

7. PERCEPCIÓN SOCIAL

- ¿Cómo reaccionó la gente de su alrededor ante la idea de convertirse en padres a través de gestación subrogada? ¿Tuvo su apoyo?
- ¿Detecta una opinión pública sobre la gestación subrogada?

8. PERCEPCIÓN PERSONAL

- ¿Le planteó algún tipo de dilema el tener hijas o hijos por gestación subrogada?
- ¿Tenía alguna idea previa sobre las mujeres gestantes? Y ahora, ¿ha variado tu opinión?
- ¿Cuál cree que es la motivación de una mujer que decide ser gestante? ¿Crees que las garantías del proceso de gestación subrogación es igual en todas partes?
- ¿Las dificultades son las mismas en todos los países? Si no es así, ¿de qué dependen?
- ¿Estaría a favor de una regulación de la gestación subrogada en España? ¿Cuál sería la regulación adecuada?

9. REVELACIÓN A SUS HIJAS E HIJOS

- ¿Le ha explicado a su hija/o que ha nacido por gestación subrogada?
- ¿Cómo le has contado?
- Si aún no se lo ha explicado, ¿lo hará? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Conoce su hija/o a la gestante? ¿Por qué sí o por qué no?

10. FUTURO

- ¿Tiene pensado tener más hijas o hijos por gestación subrogada?
- Si es así, ¿cambiaría algo del proceso? ¿El qué?

11. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- ¿Qué edad tiene?, ¿Qué edad tiene su pareja?
- País de nacimiento
- Profesión
- ¿Cuál es su situación laboral?
- ¿Cuánto tiempo hace que son pareja?

ENTREVISTA A PERSONAS EN PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

1. PRESENTACIÓN

2. PREVIO AL PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

- ¿Cuántas hijas e hijos tiene?
- ¿Son todos fruto de un proceso de gestación subrogada?
- ¿Cómo conoció la gestación subrogación, a través de qué fuentes?
- ¿Ha realizado la gestación subrogada en pareja o en solitario?
 - Si fue en pareja:
 - ¿Quién impulsó la idea de la gestación subrogada?
 - ¿Habían hablado sobre cuál era vuestro modelo ideal de familia?
 - Si fue en solitario:
 - ¿tenía un ideal de familia? Si es así, ¿cuál?
- ¿Qué le motivó a decidirse por esta opción?
- ¿Había intentado otras maneras para formar familia como por ejemplo la adopción (nacional o internacional) o TRA? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
- ¿Cuánto tiempo tardó/tardaron en tomar la decisión una vez conoció/conocieron esta opción?
- ¿En qué país? ¿Por qué este país y no otro?

3. APROXIMACIÓN AL PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

- ¿Podría explicarme las diferentes fases de su proceso de gestación subrogación? (Elección clínica, elige agencia, viaje en el país, elegir la gestante, intervención por extracción óvulos, esperma, escoger dando óvulos o esperma, embarazo gestante, viajes previos y durante el proceso para conocer la evolución del embarazo, parto, primeros días del bebé)
- ¿En qué intento consiguió/consiguieron el embarazo?
- ¿Cuánto tiempo duró todo el proceso? ¿El tiempo fue el previsto inicialmente?
- El gasto económico, ¿era el previsto en un inicio? Aproximadamente, ¿qué gasto realizó? ¿Tuvo que pedir algún tipo de crédito o préstamo?

4. LA GESTANTE Y LA RELACIÓN CON ELLA

- ¿Puede explicarme en qué consiste el proceso de elección de una mujer gestante? (¿Pudo elegir entre diferentes propuestas?; ¿Tuvo acceso a datos sociodemográficos, etc., para tomar la decisión?)
- ¿Hubo relación con la mujer gestante, si es así, ¿cómo fue? ¿Mantienen el contacto en la actualidad?
- ¿Podría describir a la mujer gestante?, ¿qué perfil tenía?
- ¿Qué hizo que la eligiera/n?
- ¿Cómo os referís a la gestante?

5. DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO

- Recurrió a alguna administración o entidad para asesorarte sobre cómo funcionaría el proceso? donde encontraste apoyo? Dónde encontraste la información?
- El hecho de subrogar individualmente, dificulta las cosas?
- Forma parte de alguna entidad o está en ningún grupo de madres y padres para GS?

6. PERCEPCIÓN SOCIAL

- ¿Cómo reaccionó la gente de su alrededor ante la idea de convertirse en padres a través de gestación subrogada?
- ¿Detecta una opinión pública sobre la gestación subrogada?

7. PERCEPCIÓN PERSONAL

- ¿Tenías alguna idea previa sobre las mujeres gestantes? Y ahora, ¿ha variado tu opinión?
- ¿Cuál cree que es la motivación de una mujer que decide ser gestante? ¿Crees que la calidad/las garantías del proceso de gestación subrogación es igual en todas partes?
- ¿Las dificultades son las mismas en todos los países? De qué dependen?
- ¿Estaría a favor de una regulación de la gestación subrogada en España? ¿De qué tipo?

8. NACIMIENTO DEL BEBÉ(S)

- ¿Para cuando está previsto el nacimiento del bebé?
- ¿Tiene previsto asistir al parto?
- ¿Podrá inscribir a su hijo en el registro civil?
- ¿Sabe si podrá disfrutar de alguna licencia de maternidad/paternidad?

9. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- ¿Qué edad tienes/tenéis?
- País de nacimiento
- Profesión
- ¿Cuál es vuestra situación laboral?
- ¿Cuánto tiempo hace que sois pareja?
- ¿Cómo os organizáis en lo que respecta a la conciliación?

ENTREVISTA A PERSONAS SIN HIJAS O HIJOS DESPUÉS DE HABER REALIZADO PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

1. PRESENTACIÓN

2. PREVIO AL PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

- ¿Cuántas hijas e hijos tiene?
- ¿Son todos fruto de un proceso de gestación subrogada?
- ¿Cómo conoció la gestación subrogación, a través de qué fuentes?
- ¿Ha realizado la gestación subrogada en pareja o en solitario?
 - Si fue en pareja:
 - ¿Quién impulsó la idea de la gestación subrogada?
 - ¿Habían hablado sobre cuál era vuestro modelo ideal de familia?
 - Si fue en solitario:
 - ¿tenía un ideal de familia? Si es así, ¿cuál?
- ¿Qué le motivó a decidirse por esta opción?
- ¿Había intentado otras maneras para formar familia como por ejemplo la adopción (nacional o internacional) o TRA? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
- ¿Cuánto tiempo tardó/tardaron en tomar la decisión una vez conoció/conocieron esta opción?
- ¿En qué año(s) llevó/llevaron a cabo la(s) gestación(es) subrogadas?
- ¿En qué país? ¿Por qué este país y no otro?

3. APROXIMACIÓN AL PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

- ¿Podría explicarme las diferentes fases de su proceso de gestación subrogación? (Elección clínica, elige agencia, viaje en el país, elegir la gestante, intervención por extracción óvulos, esperma, escoger dando óvulos o esperma, embarazo gestante, viajes previos y durante el proceso para conocer la evolución del embarazo, parto, primeros días del bebé)
- ¿En qué intento consiguió/consiguieron el embarazo?
- ¿Cuánto tiempo duró todo el proceso? ¿El tiempo fue el previsto inicialmente?
- El gasto económico, ¿era el previsto en un inicio? Aproximadamente, ¿qué gasto realizó? ¿Tuvo que pedir algún tipo de crédito o préstamo?

4. LA GESTANTE Y LA RELACIÓN CON ELLA

- ¿Puede explicarme en qué consiste el proceso de elección de una mujer gestante? (¿Pudo elegir entre diferentes propuestas?; ¿Tuvo acceso a datos sociodemográficos, etc., para tomar la decisión?)
- ¿Hubo relación con la mujer gestante, si es así, ¿cómo fue? ¿Mantienen el contacto en la actualidad?
- ¿Podría describir a la mujer gestante?, ¿qué perfil tenía?
- ¿Qué hizo que la eligiera/n?
- ¿Cómo os referís a la gestante?

5. DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO

- Recurrió a alguna administración o entidad para asesorarte sobre cómo funcionaría el proceso? donde encontraste apoyo? Dónde encontraste la información?
- El hecho de subrogar individualmente, dificulta las cosas?
- Forma parte de alguna entidad o está en ningún grupo de madres y padres para GS?
- ¿Las dificultades son las mismas en todos los países? De qué dependen?
- Me puede explicar porqué a pesar de realizar un proceso de gestación subrogada no tiene hijos o hijas por este medio?

6. PERCEPCIÓN SOCIAL

- ¿Cómo reaccionó la gente de su alrededor ante la idea de convertirse en padres a través de gestación subrogada?
- ¿Detecta una opinión pública sobre la gestación subrogada?

7. PERCEPCIÓN PERSONAL

- ¿Tenías alguna idea previa sobre las mujeres gestantes? Y ahora, ¿ha variado tu opinión?
- ¿Cuál cree que es la motivación de una mujer que decide ser gestante? ¿Crees que la calidad/las garantías del proceso de gestación subrogación es igual en todas partes?
- ¿Estaría a favor de una regulación de la gestación subrogada en España? ¿De qué tipo?

8. FUTUR

- ¿Le gustaría volver a intentar un proceso de gestación subrogada?
- Si es así, ¿cambiaría algo del proceso? El qué?
- ¿Tiene previsto participar de alguna iniciativa que luche a favor de la legalización de la gestación subrogada?

9. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- ¿Qué edad tienes/tenéis?
- País de nacimiento
- Profesión
- ¿Cuál es vuestra situación laboral?
- ¿Cuánto tiempo hace que sois pareja?
- ¿Cómo os organizáis en lo que respecta a la conciliación?

ANEXO 3. PERFILES DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

Perfil entrevista 1

| | |
|--|--|
| Modelo familiar: Pareja homosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 1 |
| Edad: 39 y 40 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: California, EEUU |
| Profesión: Trabajadores por cuenta ajena | Ovodonación / origen de la proveedora óvulos: Sí / Americana |
| Residencia: Ciudad < 1.5 millones hab. | Entrevista presencial Lugar de trabajo de la persona entrevistada |

Pareja homosexual casada con un hijo nacido por gestación subrogada en Estados Unidos. Iniciaron su proceso cuando la práctica todavía era relativamente nueva para las parejas del mismo sexo, y hombres sin pareja gays. En la entrevista destacó la seriedad del proceso en un país como Estados Unidos:

“Molt establert, però per exemple, en tot el procés aquest ella té un advocat independent del teu. L’hi posa l’agència, en pla... d’estudiar tots els pros i els contres de tot el procés, perquè tingui un assessorament, perquè ha d’estar tot molt escrit, perquè després li passa qualsevol imprevist... a part de posar-nos d’acord mútuament, ha d’estar tot com molt plasmat a nivell legal.”

Así como también realizó especial hincapié en la libertad de la mujer gestante, y las dudas que se planteaba realizar un proceso de estas características en un país como India:

“Perquè nosaltres volíem fer una cosa que sabéssim que la persona que ho fa, ho fa perquè vol. No ho fa per necessitat. I l’Índia ens plantejava problemes ètics en el nostre cas. Perquè hem estat a l’Índia i hi viuen en condicions molt patriarcals. (...) És a dir, la Laura mai de la vida ha sentit que aquell fill fos seu. A més, després de néixer, nosaltres vam estar un mes allà i ens veiem i ella amb el nen tenia la mateixa relació que poguessis tenir tu, o un amic... No tenia cap vincle. Perquè el vincle, l’estableixes tu emocionalment quan tens el projecte de ser mare. Jo tinc la tranquil·litat de que als Estats Units això està dissociat: la voluntat de l’acte. Jo no sé si a l’Índia, a la mentalitat seva està dissociat això: la voluntat de tenir un fill i l’acte de tenir un fill. No tinc gens clar que aquelles dones ho tinguin mentalment clar.”

Perfil entrevista 2

| | |
|--|---|
| Modelo familiar: Pareja heterosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 2 |
| Edad: 39 y 40 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: San Diego, EEUU |
| Profesión: Trabajadores por cuenta ajena | Ovodonación: No |
| Residencia: Ciudad < 1.5 millones hab. | Entrevista presencial Cafetería |

Pareja heterosexual casada con hijas gemelas nacidas en EEUU en 2009, vinculadas genéticamente a ambos miembros de la pareja. Debido a un problema de salud de la madre de intención siempre supo que no podría gestar, así que recurrieron a la adopción internacional. Después de 7 años de espera, conocieron la gestación subrogada a través de los medios de comunicación, y después a través de una persona conocida que había hecho el proceso unos meses antes.

Su proceso de gestación subrogada fue complicado y consideran que la agencia americana con la que trabajaron no realizó el proceso de la mejor manera posible, ni tampoco les apoyó en los momentos más complicados del proceso. La relación con la mujer gestante también atravesó momentos difíciles, cosa que hizo que la madre de intención, especialmente, viviera con preocupación el proceso de embarazo.

“Jo tampoc vaig comptar massa amb l’agència. I després això ens ha portat dificultats amb l’agència, també. Però bueno, vam fer el que vam poder tots plegats, a mi em sembla. Tots. És una situació que realment sembla fàcil, però no ho és gens. Tot i que jo no me n’arrepenteixo gens i ho tornaria a fer. O sigui, ho tornaria a fer, si no ho hagués fet. També, quan estava en el procés, jo deia “jo no torno a passar per aquí”. Jo una altra vegada passar pel tema de punxar-me cada dia, de valorar si els òvuls van bé o no van bé... Mare meva. És molt dur. Però bueno, va anar bé. Per sort va anar bé. El final de la història és molt bo. Ha sido un éxito!”

La pareja pudo inscribir a sus hijas en el registro civil sin problema y obtuvieron la nacionalidad española rápidamente.

No forman parte de ninguna de las 2 asociaciones de gestación subrogada que existen en el Estado español.

Perfil entrevista 3

| | |
|---|---|
| Modelo familiar: Hombre hetero sin pareja | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: No tuvo hijos después de 6 transferencias |
| Edad: 35 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Mumbai i Nueva Delhi, India |
| Profesión: Trabajador por cuenta ajena | Ovodonación / origen de la proveedora óvulos: Sí / India |
| Residencia: Municipio > 75.000 hab. | Entrevista a distancia |

Realizó el proceso de gestación subrogada sin pareja. Se trata de hombre de 35 años que vive en una zona rural del norte de España. Realizó un primer proceso en Mumbai y tras fracasar en el intento, cambió de clínica y equipo médico y lo intentó en Nueva Delhi, donde tampoco pudo conseguir completar el proceso. Realizó un tercer intento en una segunda clínica en Nueva Delhi, donde tampoco lo consiguió. Los motivos que le llevaron a elegir India fueron puramente económicos:

“A ver si yo tuviera pasta, me iría a Estados Unidos. Es un país más limpio, básicamente. Pero es una cuestión de.... O sea, me parece que lo que hacen las mujeres indias es lo mismo que lo que hacen las mujeres estadounidenses. Ni más, ni menos. Unas lo hacen por más dinero y otras, por menos. Y las que lo hacen por más son las indias, realmente, porque en el poder adquisitivo, se llevan mucho más dinero ellas que las de Estados Unidos.”

Su trayectoria de gestación subrogada en total comprendió seis transferencias con esperma propio y óvulo de donante india, de los que cuatro resultaron en negativo, es decir, no hubo embarazo y los dos restantes en aborto. El informante que inició su proceso de gestación subrogada en 2008 cuando todavía no existía demasiada información sobre gestación subrogada en castellano en Internet, decidió explicar su proceso en un blog que sirviera a otras personas como fuente de información.

Perfil entrevista 4

| | |
|--|--|
| Modelo familiar: Pareja heterosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 1 |
| Edad: 39 y 40 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Kansas, EEUU |
| Profesión: Trabajadores por cuenta ajena | Ovodonación / origen de la proveedora óvulos: No |
| Residencia: Municipio >10.000 habitantes | Entrevista a distancia |

Pareja heterosexual con 2 hijos nacidos en EEUU en 2016, vinculados genéticamente a ambos miembros de la pareja. Debido a un problema de salud de la madre de intención siempre supo que no podría gestar, pero previamente no habían recurrido a ninguna otra forma para crear familia. Consiguieron el embarazo después de varias transferencias y con una segunda gestante. Fue un proceso no tan duro como largo:

“Home, dur, no. Per nosaltres sobretot és car i se’ns està fent molt llarg. Perquè, clar, normalment amb tres intents ja et quedes. Llavors, tres intents més nou mesos i ja està. Però clar, nosaltres vam començar el 2012 i som al 2014 i estem quasi sortint de zero. Per tant, portem dos anys i hem avançat poc. Però bé, no és el cas més habitual. El cas més habitual, jo crec que amb els gais, com que necessiten donants d’òvuls, normalment agafen persones joves, doncs són òvuls que en principi tenen millor viabilitat que un òvul de dona gran. Per tant, generalment, es queden embarassats més aviat que les dones que partim d’un historial d’infertilitat llarg. I, a més a més, ja som bastant grans. Per tant, son òvuls vells. Per això se’ns fa llarg i jo crec que potser les parelles hetero són les que tenim els processos més llargs de subrogació”

Perfil entrevista 5

| | |
|---|--|
| Modelo familiar: Pareja homosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 4 |
| Edad: 39 y 40 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Nueva Delhi, India |
| Profesión: Autónomo / Trabajador por cuenta ajena | Ovodonación/ origen de la proveedora óvulos: Sí / Georgia |
| Residencia: Ciudad < 1.5 millones hab. | Entrevista presencial Domicilio |

Pareja homosexual que realizó el proceso de gestación subrogada en Nueva Delhi (India). La pareja realizó dos procesos de en paralelo con dos mujeres gestantes diferentes, en el que cada miembro de la pareja aportó su propio esperma y en el que participó la misma donante de óvulos. En un inicio la pareja se planteó realizar un solo proceso, pero finalmente decidieron tener hijos vinculados a cada miembro de la pareja. Durante la entrevista hizo referencia en varias ocasiones a los dilemas éticos que plantea la gestación subrogada en India:

“Bueno. M’ha preocupat una cosa. Em preocupava que el procés estigués ben fet i que tot anés amb uns mínims. Jo havia de saber que la dona que gestava i la dona que donava els òvuls no eren maltractades. Són uns mínims. Fer-lo per voluntat pròpia? Suposo que sí. Com amb moltes d’aquestes coses podríem entrar a parlar-ne –i no estic excusant-me en cap moment, estic fent més gran el meu dubte– són molt com la prostitució. No crec que ningú com a vocació infantil digui: “Jo vull ser gestadora.” o “Jo vull donar òvuls i així tindrè diners.” o “Mira, jo em prostituiré.” Jo entenc que ningú té aquestes expectatives. Hi ha gent que pot arribar a una situació X, el que sigui, que ho fan. Sigui per una situació extrema, sigui perquè no els importa. Jo, almenys que no hi hagi cap tipus de coaccions ni maltractaments ni tot això. Per tot el que he pogut arribar a saber, tot això no hi és. Jo, un cop ella ha tingut les criatures, jo l’he coneguda. A part, ha vingut amb mi a l’ambaixada espanyola i ha tingut a soles l’oportunitat de dir-li a un funcionari el que volgués. Vull dir, si hagués alguna cosa... No sé... Potser no, potser se sent encara més coaccionada per estar a un lloc tan oficial. I jo no parlo la seva llengua, no sé bé què diuen. (...) Però bueno, sobre tot el tema de la gestació i els temes morals, tens qüestionaments que et fas de què tot estigui bé i tal. Però no només pel tema de la gestadora. Hi ha qüestions morals d’àmbit més general: de parlar del dret a la paternitat, de desenvolupar-te com a pare tu sol. És una part que també com a societat hem de començar a resoldre (...) Si anéssim amb conceptes totalment biològics, potser hi hauria moltes coses que les dones no podrien fer. Podríem organitzar el món diferent, com ha passat durant segles, i en canvi, anem adaptant totes les coses perquè tot sigui possible”.

Perfil entrevista 6

| | |
|---|---|
| Modelo familiar: Pareja heterosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 1 |
| Edad: 31 y 35 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Atlanta, EEUU |
| Profesión: Trabajadores por cuenta ajena | Ovodonación/origen de la proveedora de óvulos: No |
| Residencia: Municipio > 20.000 habitantes | Entrevista a distancia |

Pareja heterosexual con un hijo nacido en EEUU en 2012. Debido a la imposibilidad de gestar de la madre de intención. La pareja no intentó otra vía para formar familia, esta fue siempre su única opción. A través de un anuncio en un periódico supieron que una agencia americana daría una charla sobre el proceso de gestación subrogada en Barcelona. A partir de ahí iniciaron el proceso que fueron explicando en un blog con el objetivo de ofrecer apoyo e información a otras personas interesadas en realizar el proceso.

La pareja ha continuado involucrada en la difusión y normalización de la gestación subrogada, realizando una labor, concretamente, en la forma de revelar los orígenes a las niñas y niños nacidos por gestación subrogada:

“Y hay un trabajo posnacimiento. O sea, ¿cómo le explico yo a mi hijo cómo ha nacido? No hay un libro que lo explique en su lenguaje, a su manera, no hay una política o estudios de posnacimiento de cómo reacciona el niño al saber que no ha nacido... Que es una cosa insignificante, pero para un niño de cinco años, igual no. Hay mucho trabajo por hacer en este nuevo modelo de parejas homosexuales, que no (es) un modelo familiar (tradicional) que están haciendo... (hay) estos nuevos modelos de conceptos familiares y que la madre ya no es la que pare, la madre puede ser....”

Perfil entrevista 7

| | |
|---|---|
| Modelo familiar: Pareja heterosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 2 |
| Edad: 47 y 43 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Kiev, Ucrania |
| Profesión: Ambos trabajan por cuenta propia | Ovodonación/origen de la proveedora de óvulos: Sí / Ucrania |
| Residencia: Ciudad < 1.5 millones hab. | Entrevista presencial Domicilio |

Pareja heterosexual reconstituida en la que uno de los miembros tiene una hija adolescente. Juntos son padres de dos hijos nacidos por gestación subrogada de dos hijos nacidos Ucrania en 2017. La pareja llegó a la gestación subrogada después de iniciar un proceso de adopción internacional que abandonaron tras una larga espera, ya que conocieron la gestación subrogada a través de los medios de comunicación. La pareja manifestó que era muy importantes para ellos poder tener hijos en común. Destacaron la importancia de la ayuda mutua y el apoyo a lo largo del proceso. Para ellos se comunicaban con otras personas en la misma situación, a través de grupos de aplicaciones de mensajería instantánea informalmente organizados, o de los foros en Internet. En su relato expresaron la frustración pero también la alegría que les proporcionaba realizar un proceso de gestación subrogada:

“Nosaltres ho vivim com un embaràs. Ho vivim com un embaràs. Vull dir, veiem les hormones i parlem en plural: “Estem embarassats.” Jo sempreestic dient que estem esperant un nen. No dic qui, ni com, ni quan. Nosaltres ho vivim en primera persona.”

“Ja. Ara ve quan jo em cabrejo. Hòstia, pare o mare és qui fot un polvo? O és la persona que cuida el nen o la nena i es preocupa durant la resta de la seva vida? Perquè jo mateix puc sortir aquesta nit, prendre quatre copes, conèixer una noia fotre... Perdona l’expressió, però és que això m’enerva. Fots un polvo, te’n vas a casa teva i tu ets el pare d’aquell nen? I la mare, exactament de la mateixa manera. Surts, tens una nit una miqueta boja, tens una relació i no utilitzes protecció (perquè no te n’has recordat, o perquè s’ha trencat, o perquè no ha funcionat correctament), et quedas embarassada... Si aquell nen no el vols, tu ets mare?”

Perfil entrevista 8

| | |
|--|--|
| Modelo familiar: Pareja homosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 2 hijas de dos procesos diferentes |
| Edad: 40 y 41 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Chicago, EEUU |
| Profesión: Trabajadores por cuenta ajena | Ovodonación/origen de la proveedora de óvulos: Sí / Americana |
| Residencia: Municipio > 75.000 hab. | Entrevista presencial Domicilio |

Pareja homosexual con dos hijas nacidas en Estados Unidos de procesos diferentes. La primera de ellas nacida en el año 2013, y la segunda 16 meses más tarde. Para ambas hijas recurrieron a la misma mujer gestante y a la misma donante de óvulos. Previamente a iniciar la gestación subrogada se plantearon llevar a cabo un proceso de adopción, pero no iniciaron los trámites debido a los largos tiempos de espera. Conocieron la gestación subrogada a través de una asociación de familias LGTB, y a partir de ahí dedicaron un año a investigar el proceso, y conocer otras personas que ya habían tenido hijos por esta vía. Su proceso en ambas ocasiones ha sido muy satisfactorio y, de acuerdo con ellos, las mujeres gestantes son la piedra angular del proceso. Por ello consideran que estas deben ser compensadas económicamente. No obstante, para ellos está claro que el compromiso de las mujeres gestantes con un proceso de gestación subrogada es también altruista:

“És que aquestes noies... A una ponència vaig estar a punt de dir-lo... Que moltes gràcies a les agències, moltes gràcies als fàrmacs que permeten això, moltes gràcies als metges i als advocats i el país que permet el marc jurídic. Tot això no serveix de res si no hi ha dones tan meravelloses com aquestes gestants que permeten fer això. Tu pots tenir-ho tot, però si no tens una gestant, tot això no serveix de res. Una gestant o una donant, però poso més valor potser en una gestant, perquè sembla ser que costa més tenir una gestant que no una donant. Llavors, per mi és la peça fonamental del tot el procés i que mereix tots els respectes”

Perfil entrevista 9

| | |
|---|---|
| Modelo familiar: Pareja heterosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 2 |
| Edad: 44 y 36 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Kiev, Ucrania |
| Profesión: Trabajadora por cuenta propia Trabajador por cuenta ajena | Ovodonación / origen de la proveedora de óvulos: Sí / Ucrania |
| Residencia: Ciudad < 1.5 millones hab. | Entrevista presencial Lugar de trabajo de la persona entrevistada |

Pareja heterosexual reconstituida, en la que uno de los miembros tiene una hija adolescente. Llegaron a la gestación subrogada después de diversos abortos fruto de embarazos naturales y, más tarde, resultado de diversos procesos de fertilidad.

“Ens vam quedar embarassats així, mig sense voler. Estàvem molt il·lusionats i el vaig perdre. Vaig tenir un avortament a la sisena setmana o així. Ai, quina desil·lusió. Llavors, ens va agafar el gusanillo de “vinga, va, tornem-hi”. Al mes, em vaig tornar a quedar embarassada. També, a la sisena setmana o així, el vaig tornar a perdre. Llavors, vaig anar al metge, tal, tal... Bueno, jo tenia uns problemes a la matriu, que tinc endometriosis, que tinc uns miomes. Em van operar, me’ls van treure, pim pam. No va haver cap problema. Tornem-ho a intentar. Cada vegada, el mateix. És a dir, la matriu no... No sé si era un problema de qualitat d’òvuls. Després vam intentar amb ovodonació. No fos que els òvuls en aquest procés ja estaven vellots. Tampoc. El problema era la medicació que em donaven per la FIV, em feia sortir més miomes. Era un cercle viciós i al final van dir: “Mira, això acabarà malament. Al final, un dia, o et dessagnes o t’haurem de treure la matriu a corre-cuita. Ja portes molts avortaments repetitius i no pot ser.” Llavors, jo amb un disgust... Clar, quan em van dir això jo ja portava tres anys intentant-ho, amb avortaments, amb no sé què, amb in vitro.”

A partir de aquí buscaren altres formes de formar família, però descartaren la adopció per los temps de espera, y también la acogida, ya que no se veían preparados para un proceso así. La persona entrevistada destacó la ayuda mutua surgida de los circuitos informales creados entre madres y padres de intención:

“Si alguna cosa té de bo aquest procés, és que la gent és supergenerosa. Els que ho han passat tenen els fills que [...] i, tot i així, estan amb tu una hora parlant, amb tu i amb qui els truqui. Amb molta dedicació. Per tant, els que estem, ho fem amb els que comencen. És una cosa de relleu, no?”

Perfil entrevista 10

| | |
|--|--|
| Modelo familiar: Pareja heterosexual | Nº hijos nacidos por gestación subrogada: 1 |
| Edad: 35 y 38 años | Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada: Bangkok, Tailandia |
| Profesión: Trabajador por cuenta ajena Desempleada con pensión vitalicia por enfermedad | Ovodonación / origen de la proveedora de óvulos: Sí / Tailandia |
| Residencia: Ciudad >3,5 millones hab. | Entrevista a distancia |

Pareja heterosexual con un hijo nacido por gestación subrogada en Tailandia en 2010. Previamente a la gestación subrogada intentaron acceder a un proceso de adopción nacional e internacional, pero no les fue otorgada la idoneidad debido a una enfermedad que ella había padecido hacía algún tiempo, pero que la invalidaba como candidata para cualquier proceso de adopción.

Fruto de su propia experiencia de gestación subrogada, crearon una agencia a través de la que acompañan a madres y padres de intención españoles en sus procesos. También editaron un cuento infantil que inicialmente estaba pensado para poder revelar a su hijo sus orígenes, pero que de acuerdo con ellos alcanzó otro objetivo también importante, contribuir a que la mujer gestante pudiera explicar a su familia su papel en el proceso:

E1: “ (...) La traductora que tuvimos ahí tradujo el libro al tailandés. A mano, abajo. Muy bonito. Se lo entregó y la gestante se volvió superloca.

E2: Le gustó mucho.

E1: Le encantó y lo que nos dijo fue: “Muchas gracias por hacer este libro, porque me ha servido para explicarle a mi familia lo que he hecho por vosotros.”

E2: (...) Luego me decía: “Es que a mí, me ha ayudado a contarle a mis dos hijos (que ya son más mayores) que yo he tenido un bebé un día, que no era mi hijo, que era el hijo de estos señores y que era porque les pasaba eso. Entonces, a ella, le ayudó un montón. Es muy bonito, porque a la gestante también le sirve. Para sus padres y para sus hijos. Le gustó un montón, le gustó mucho.

ANEXO 4. ENCUESTA

MIRRORS

Research on families through surrogacy in Spain

Mirrors es un proyecto de investigación sobre gestación subrogada en el Estado español realizado por el Grupo de investigación consolidado “COPOLIS– Bienestar, Comunidad y Control social” de la Universidad de Barcelona con el apoyo del Ministerio de Economía y Competitividad. Esta investigación contribuirá a visibilizar las características y particularidades de las familias constituidas por gestación subrogada en el Estado español. Asimismo, se espera aumentar el conocimiento público y profesional de la diversidad familiar.

Para obtener estos resultados le pedimos que colabore en el estudio mediante la cumplimentación del siguiente cuestionario. La duración aproximada del mismo es de 30 minutos.

Le agradecemos que sea sincera/o, piense las respuestas y conteste con libertad. Sus respuestas son anónimas y le garantizamos que la información será tratada de forma confidencial, con fines estadísticos y siempre de manera agregada.

Sin su participación el proyecto quedaría falto de la experiencia y las vivencias de las personas que han decidido acceder a la maternidad y/o paternidad a través de la gestación subrogada por esta vía.

Para cualquier duda o aclaración, puede escribirnos a:

themirrorsproject@gmail.com a la atención de Anna Morero o Elisabet Almeda.

ENCUESTA ONLINE E-MIRRORS

Versión 1.0

BLOQUE 1. PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

- 1.1. Introducción
- 1.2. El proceso de decisión
- 1.3. Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada y motivos para su elección
- 1.4. Características básicas del proceso de gestación subrogada
- 1.5. Los servicios contratados
- 1.6. La gestante
- 1.7. La donación de óvulos
- 1.8. La donación de espermatozoides
- 1.9. La clínica
- 1.10. El/los bebés
- 1.11. Permisos parentales
- 1.12. Entorno
- 1.13. El futuro
- 1.14. Presupuesto

BLOQUE 2. ASOCIACIONISMO

- 2.1. Participación en asociaciones de madres/padres/familias creadas a través de la gestación subrogada

BLOQUE 3. CONDICIONES DE VIDA

- 3.1 Residencia
- 3.2 Situación laboral

BLOQUE 4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

BLOQUE 1. PROCESO DE GESTACIÓN SUBROGADA

1.1. Introducción

V1. Su maternidad/paternidad a través de la gestación subrogada la inició:

1. En solitario
2. En pareja
3. La inicié en solitario, pero la he continuado en pareja
4. La inicié en pareja, pero la he continuado en solitario
5. Otros (especificar).....

1.2. El proceso de decisión

V2. ¿Cómo conoció/conocieron la gestación subrogada? Por favor, conteste SÍ o NO a cada una de las respuestas.

| | 1. Sí | 2. No |
|--|-------|-------|
| V2.1. A través de las redes sociales o Internet | | |
| V2.2. A través de medios de comunicación | | |
| V2.3. A través de una clínica de reproducción asistida | | |
| V2.4. Una amistad o persona conocida me habló de ella | | |
| V2.5. Una amistad o persona conocida que utilizó o está utilizando la gestación subrogada me habló de ella | | |
| V2.6. Otras (especificar)..... | | |

V3. ¿Cuál fue el motivo principal por el que eligió/eligieron la gestación subrogada como vía de acceso a la maternidad/paternidad?

1. Debido a problemas de salud
2. Debido a problemas de fertilidad orgánica (ex:el caso de dos hombres)
3. Quería tener un/a hijo/a genéticamente vinculado a mí/nosotros
4. Quería formar una familia con un bebé recién nacido
5. Debido a una infertilidad funcional: persona sola, pareja homoparental, etc.
6. Otras (especificar).....

V4. ¿Había/n intentado otras fórmulas para acceder a la maternidad o paternidad?

1. Sí (PASA A V5)
2. No (PASA A V6)

V5. ¿Cuáles? Por favor, conteste SÍ o NO a cada una de las respuestas

| |
|---|
| V5.1. Adopción nacional |
| V5.2. Adopción internacional |
| V5.3. Acogimiento simple |
| V5.4. Acogimiento permanente |
| V5.5. Acogimiento abierto |
| V5.6. Acogimiento de urgencia |
| V5.7. Acogimiento especializado |
| V5.8. Acogimiento preadoptivo |
| V5.9. Inseminación artificial |
| V5.10. Fecundación In Vitro |
| V5.11. Adopción de embrión |
| V5.12. Congelación de óvulos con inseminación de donante |
| V5.13. Congelación de óvulos con inseminación de mi pareja |

V. 5.14. De todas las señaladas anteriormente, ¿con cuál o cuáles consiguió/consiguieron acceder a la maternidad/paternidad?

1. Ninguna
2. Por favor, especifique.....

V6. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento que conoció/conocieron la existencia de la gestación subrogada e inició/iniciaron el proceso (Momento en el que se firma el contrato con la agencia o se suscribe un acuerdo con otro tipo de entidad que implique un compromiso económico o legal respecto a la gestación subrogada)?

Si es inferior a dos años, indique los meses, si es un tiempo superior indíquelo en años.

---- Meses

---- Años

V7. ¿Tiene/n en la actualidad algún/a hijo/a por gestación subrogada?

1. Sí (PASA A LA SIGUIENTE V7.1)
2. No (SALTAR A BLOQUE 3)

V7.1. ¿Cuántos?

Desplegable con números

V7.2. ¿De cuántos procesos de gestación subrogada distintos? Desplegable con números

A partir de aquí se incluyen una serie de cuestiones relativas ÚNICAMENTE a los intentos de gestación subrogada que le/s ha/n permitido acceder a la maternidad o paternidad. En el caso de que hayan sido más de 1, referirse al PRIMERO de ellos.

V8. En el proceso de gestación subrogada, ¿cuántos *transfers* (Proceso mediante el cual se deposita el embrión o embriones en el útero de la gestante) ha/n necesitado para conseguir la maternidad/paternidad?

1.3. Lugar donde se desarrolló la gestación subrogada y motivos para su elección

V9. ¿En qué país se desarrolló la gestación subrogada? Si fueron varios países, por favor, indique el país en el que se desarrolló la mayor parte de la misma.

| |
|----------------------------|
| |
| 1. EEUU (pasar a 9.1.) |
| 2. India |
| 3. Ucrania |
| 4. México |
| 5. Rusia |
| 6. Canadá |
| 7. Tailandia |
| 8. Grecia |
| 9. Chipre |
| 10. Kazajistán |
| 11. Georgia |
| 12. Reino Unido |
| 13. Nepal |
| 14. Otro. (ESPECIFICAR) |

V9.1. Indique/n, por favor, el estado.

.....

V10. Valore los motivos por los cuales decidió/decidieron elegir ese país en una escala de 0, nada de acuerdo, a 10, totalmente de acuerdo.

| | |
|---|---|
| | ESCALA DE 0 a 10 |
| V10.1. Los costes de la gestación subrogada se adecuaban mejor a mi/ nuestra capacidad económica | 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |

| | |
|---|--|
| V10.2. Cuestiones éticas | |
| V10.3. La protección legal de las madres y padres de intención | |
| V10.4. Las condiciones en las que la gestante desarrolla el embarazo y parto | |
| V10.5. La calidad médica: principales indicadores de salud, tradición en técnicas de reproducción asistida... | |
| V10.6. Conocía a otras personas que habían realizado la gestación subrogada allí anteriormente | |
| V10.7. Me/Nos lo sugirieron en la agencia contratada | |
| V10.8. Me/Nos lo sugirieron en una asociación de madres y padres por gestación subrogada | |
| V10.9. Protección legal de la gestante | |
| V10.10. Por ser el país (o estado) más garantista para todas las partes: gestante y madres y padres de intención | |
| V10.11. Protección legal de los padres/madres de intención respecto a la filiación | |
| V10.12. La facilidad de inscripción del bebé como hijo/a de los padres/madres de intención | |
| V10.13. Porque el hecho de ser un hombre sin pareja, pareja gay, mujer sin pareja, mujer lesbiana... no dificultaba el proceso | |
| V10.14. En el caso de que haya tenido en cuenta otros motivos, por favor, especifique | |

1.4. Características básicas del proceso de gestación subrogada

V11. ¿Cuánto tiempo pasó desde que firmó/firmaron con la agencia (o suscribió/suscribieron un acuerdo con otro tipo de entidad que implique un compromiso económico o legal) hasta que nació su hija/o?

| |
|------------------------|
| |
| 1. Menos de 12 meses |
| 2. Entre 12 y 18 meses |
| 3. Entre 18 y 24 meses |
| 4. Más de 24 meses |

V12. ¿Ha/n realizado algún viaje al país de nacimiento de su hija/o durante el proceso de gestación subrogada?

| | |
|-------|--------------|
| 1. Sí | PASA A V.13. |
| 2. No | PASA A V14 |

V13. Especifique los motivos por los que ha/n viajado (señale conteste SÍ o NO a las siguientes respuestas)

| | | |
|--|-------|-------|
| V13.1. Producir los embriones con Fecundación in Vitro | 1. SÍ | 2. NO |
| V13.2. Producir los embriones y realizar el <i>transfer</i> | | |
| V13.3. Asistir a la ecografía morfológica (aprox. semana 20) | | |
| V13.4. Asistir al parto | | |
| V13.5. Otros motivos (especificar) | | |

1.5. Los servicios contratados

V14. ¿Utilizó/utilizaron una agencia intermediaria?

| | |
|------------------------------|----------------|
| 1. Sí, española | |
| 2. Sí, extranjera | (Pasa a V14.1) |
| 3. Sí, española y extranjera | (Pasa a V14.1) |
| 4. No | (Pasa a V15) |

V14.1. En caso de la agencia extranjera, ¿en qué país estaba ubicada? En el caso de Estados Unidos señale/n, por favor, también el estado.

.....

A continuación, nos gustaría que nos pudiera/n facilitar la siguiente información sobre los servicios profesionales que utilizó/utilizaron durante el proceso de subrogación

V15.1. ¿En qué país estaba situada la clínica de fertilidad? En el caso de Estados Unidos, señale/n también el estado.

| |
|--|
| |
| |

V15.2. ¿Utilizó/utilizaron una agencia independiente de donación de óvulos (fuera de la clínica)?

| | |
|-------|---------------------------|
| 1. Sí | (pasa a V15.2.1.) |
| 2. No | (pasa a V15.3.) |

V15.2.1. ¿En qué país estaba situada? En el caso de Estados Unidos, señale/n también el estado.

.....

15.3. ¿Utilizó/utilizaron servicios legales?

| | |
|-------|--|
| 1. Sí | |
| 2. No | |

V16. Como madre/padre de intención, ¿fue un requisito dentro del proceso de gestación subrogada pasar por un test o realizar alguna entrevista de evaluación psicológica con el fin de valorar sus aptitudes como futuro/a padre o madre?

| | |
|-------|--|
| 1. Sí | |
| 2. No | |

1.6. La gestante

V17. ¿Conoció/conocieron a la gestante?

| | |
|-------|--------------|
| 1. Sí | (PASA A V18) |
| 2. No | (PASA A V19) |

V18. ¿Cómo conoció/conocieron a la gestante?

| |
|--|
| 1. A través de la clínica |
| 2. A través de una agencia de gestación subrogada |
| 3. A través de internet de forma independiente |
| 4. Era una familiar o amiga |
| 5. Había gestado con anterioridad para personas que conocíamos |
| 6. Otros. Por favor, especifique _____ |

V19. Evalúe su grado de satisfacción con la relación que tuvo con la gestante durante el proceso en una escala del 0 nada satisfecho a 10 totalmente satisfecho

| |
|---|
| 0 |
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 |

| |
|----|
| 7 |
| 8 |
| 9 |
| 10 |

V20. ¿Mantuvo/mantuvieron contacto con la gestante durante el proceso de gestación (se hablaron, se escribieron, se vieron...)?

| |
|----------------------|
| |
| 1. Sí (PASA A V20.1) |
| 2. No (PASA A V21) |

V20.1. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia?

| |
|----------------------------|
| |
| 1. Diariamente |
| 2. Semanalmente |
| 3. Mensualmente |
| 4. Menos de una vez al mes |

V21. ¿Mantiene/n actualmente algún tipo de contacto con la gestante (se hablan, se escriben, se ven...)?

| |
|------------------------------|
| |
| 1. Sí (pasa a siguiente V22) |
| 2. No (pasan a la v23) |

V22. ¿Con qué frecuencia aproximada diría/n usted/es que mantienen contacto con la gestante en la actualidad?

| |
|----------------------------|
| |
| 1. Diariamente |
| 2. Semanalmente |
| 3. Mensualmente |
| 4. Menos de una vez al mes |

V23. ¿Cuál era el origen étnico de la gestante?

| |
|--|
| |
| 1. Negra o africana |
| 2. Blanca/caucásica |
| 3. Hispana/Latina |
| 4. Nativa americana o india americana |
| 5. Birracial/multirracial/Mestiza |
| 6. Sudasiática: India, Paquistán, etc. |

| |
|---------------------------------|
| 7. Este de Asia: China, Japón. |
| 8. Árabe, Asia central |
| 9. Otro, por favor, especifique |

V24. ¿Dónde residía la gestante durante el proceso de gestación?

| |
|--|
| 1. En su propio domicilio |
| 2. En un albergue o residencia habilitada por la clínica |
| 3. Otros, por favor, especifique |
| 4. No lo sé |

V25. ¿La gestante y la agencia estaban ubicadas en el mismo país durante el proceso de gestación?

| | |
|-------|----------------|
| 1. Sí | (pasa a V26) |
| 2. No | (pasa a V25.1) |

V.25.1. ¿En qué país residía la gestante? En caso de Estados Unidos, señale/n también el estado

.....

V.26. ¿Pudo/pudieron seleccionar a la gestante?

1. Sí
2. No (pasa a v.27)

V26.1. Sabemos que habitualmente la elección debe ser mutua, es decir, que tanto la gestante como la madre/padre de intención deben elegirse mutuamente, en este caso, le/s preguntamos por los criterios que le/s llevaron a seleccionar a la gestante. Por favor, señale/n **los 3 motivos principales**

| |
|--|
| V26.1.1. Su edad |
| V26.1.2. Sus cualidades físicas |
| V26.1.3. Su historial médico |
| V26.1.4. Su capacidad de gestación |
| V26.1.5. Su estilo de vida |
| V26.1.6. Sus valores |
| V26.1.7. Afinidad personal |
| V26.1.8. Entendíamos el proceso de gestación subrogada de una manera similar |
| V26.1.9. Su personalidad |
| V26.1.10. Sus motivaciones para ser gestante |
| V26.1.11. Que tuviera hijas o hijos propios |
| V26.1.12. Que fuese solvente económicamente |

| |
|------------------------------------|
| V26.1.13. Su solvencia profesional |
| V26.1.14.Su lugar de residencia |
| V26.1.15. Otros (especificar) |

V27. ¿Qué edad tenía la gestante en el momento de iniciar el proceso?

| |
|-----------------------|
| 1. Desplegable edades |
| 2. No lo sé. |

V28. ¿Cuántos embriones transfirieron a la gestante?

.....

V29. ¿Para la gestante fue un requisito pasar por un test o realizar alguna entrevista de evaluación psicológica con el fin de valorar sus aptitudes como futura gestante?

| |
|--------------|
| 1. Sí |
| 2. No. |
| 3. No lo sé. |

V30. ¿En cuál de las siguientes situaciones laborales se encontraba la gestante? (en el caso de estar en varias situaciones considere la principal) (adaptada de EPA)

| |
|--|
| 1. Con empleo (con o sin contrato) (PASAR A V31) |
| 2. Desempleada (PASAR A V32) |
| 3. Estudiante o en formación sin empleo (PASAR A V32) |
| 4. Incapacitada permanente para el empleo (PASAR A V32) |
| 5. Dedicada al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (PASAR A V32) |
| 6. Otra situación por la cual no tiene empleo (PASAR A V32) |
| 7. No lo sé (PASAR A V32) |

V31. ¿En qué categoría socio-profesional se situaba la gestante en relación a su empleo principal? (en el caso de varios empleos, considerar el principal)

| |
|--|
| 1. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as. |
| 2. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as |
| 3. Trabajadores/as por cuenta propia (autónomos sin asalariados) |
| 4. Técnicos y profesionales universitarios |
| 5. Trabajadores del sector servicios |
| 6. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios. |
| 7. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas |
| 8. Trabajadores/as cualificados/as |
| 9. Trabajadores/as no cualificados/a |
| 10. No lo sé. |

V32. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que había finalizado la gestante?

- | |
|--|
| 1. No sabe leer ni escribir |
| 2. Menos que estudios primarios (ISCED 0) |
| 3. Enseñanza primaria (educación primaria LOGSE, EGB, Certificado de escolaridad o equivalente). |
| 4. Enseñanza secundaria (ESO, Graduado escolar, Bachillerato elemental o equivalentes) |
| 5. Educación secundaria postobligatoria (Bachillerato LOGSE, Bachillerato superior, BUP, COU o equivalentes) |
| 6. Ciclos formativos de grado medio (Formación profesional FPI) |
| 7. Ciclos formativos de grado superior (Formación profesional FP II) |
| 8. Estudios universitarios (Licenciatura, Diplomatura, Grado, Ingeniería Técnica, Arquitectura Técnica) |
| 9. Estudios universitarios de postgrado (Máster, Postgrado, Doctorado) |
| 10. No lo sé. |

V33. ¿Cuántos hijos/as tenía la gestante? Poner un DESPLEGABLE

- | |
|---------------------------|
| 1. Ninguno |
| 2. 1 |
| 3. 2 |
| 4. 3 |
| 5. 4 |
| 6. Más de 4 (especificar) |
| 7. No lo sé |

V34. La gestante, ¿tenía pareja en el momento de la gestación?

- | |
|-------------|
| 1. Sí |
| 2. No |
| 3. No lo sé |

V35. ¿Era la primera gestación subrogada para la gestante?

- | |
|-------------|
| 1. Sí |
| 2. No |
| 3. No lo sé |

V36. ¿Cuántas veces había sido gestante previamente? PONER DESPLEGABLE 1 A 10

- | |
|---|
| |
| 1 |
| 2 |
| 3 |

| |
|----------|
| 4 |
| 5 |
| No lo sé |
| |

1.7. La donación de óvulos

V37. ¿De quién provenían los óvulos utilizados durante el proceso?

| |
|--|
| |
| 1. De la madre de intención (pasar a v44) |
| 2. De una familiar o amiga (pasar a v42) |
| 3. De una clínica de fertilidad (pasa a v38) |
| 4. De una agencia de donación de óvulos (pasa a v38) |
| 5. De una donante independiente (pasa a v38) |
| 6. De la agencia de gestación subrogada (pasa a v38) |
| 7. Otras (especificar) (pasa a v38) |

V38. ¿Era una donante probada?

| |
|-------------|
| 1. Sí |
| 2. No |
| 3. No lo sé |

V39. ¿Pudo/pudieron usted/es seleccionar a la donante?

| | |
|-------|--------------|
| 1. Sí | Pasa a v41.1 |
| 2. No | Pasa a v42 |

V39.1. ¿Cuáles fueron los **tres principales criterios utilizados** para seleccionarla?

| |
|--|
| V39.1.1. Su edad |
| V39.1.2. Su formación académica, nivel cultural... |
| V39.1.3. Su aspecto físico |
| V39.1.4. Su historial médico |
| V39.1.5. Sus rasgos fenotípicos |
| V39.1.6. Sus valores personales |
| V39.1.7. Su estilo de vida |
| V39.1.8. Su personalidad |
| V39.1.9. Sus motivaciones para ser donante |
| V39.1.10. Era una donante probada |
| V39.1.11. Su lugar de residencia |
| V39.1.12. Otros especificar... |

V40. ¿Mantuvo/mantuvieron usted/es algún contacto con la donante de óvulos durante el proceso?

| | |
|-------|------------|
| 1. Sí | PASA A V41 |
| 2. No | PASA A V42 |

V41. ¿Mantiene/n en la actualidad algún contacto con la donante de óvulos?

| |
|-------|
| 1. Sí |
| 2.No |

V42. ¿Cuál era el origen de la donante?

| |
|--|
| 1. Negra o africana |
| 2. Blanca/caucásica |
| 3. Hispana/Latina |
| 4. Nativa americana o india americana |
| 5. Birracial/multirracial/Mestiza |
| 6. Sudasiática, India, Paquistán, etc. |
| 7. Este de Asia: China, Japón. |
| 8. Árabe, Asia central |
| 9. Otros, por favor, especifique |

V43. ¿Cuál era el país de residencia de la donante? En el caso de Estados Unidos, señale/n también el estado.

.....

1.8. La donación de esperma

V44. ¿De quién procedía el esperma utilizado en la gestación subrogada?

| |
|--|
| |
| 1. Del padre de intención/de uno de los padres de intención (pasa a 1.9) |
| 2. De un donante que trabajaba para una agencia o clínica |
| 3. De un donante independiente |

V45. ¿Era un donante probado?

| |
|-------------|
| |
| 1. Sí |
| 2. No |
| 3. No lo sé |

V46. ¿Cuál era el país de residencia del donante de esperma? En el caso, de Estados Unidos, especifique también el estado

| |
|-------------|
| 1. |
| 2. No lo sé |

V47. ¿Pudo/pudieron ustedes seleccionar al donante?

| | |
|-------|--------------|
| 1. Sí | Pasa a v47.1 |
| 2. No | Pasa a v48 |

V47.1. ¿Cuáles fueron los tres principales criterios utilizados para seleccionar al donante de esperma?

| |
|---|
| V47.1.1. Su edad |
| V47.1.2. Su formación académica, nivel cultural |
| V47.1.3. Su aspecto físico |
| V47.1.4. Su historial médico |
| V47.1.5. Sus rasgos fenotípicos |
| V47.1.6. Sus valores personales |
| V47.1.7. Su estilo de vida |
| V47.1.8. Su personalidad |
| V47.1.9. Sus motivaciones para ser donante |
| V47.1.10. Era un donante probado |
| V47.1.11. Su lugar de residencia |

V48. ¿Mantuvo/mantuvieron usted/es algún contacto con el donante de esperma?

| | |
|-------|-------------|
| 1. Sí | PASA A V 49 |
| 2. No | PASA A V50 |

V49. ¿Mantiene/mantienen en la actualidad algún contacto con el donante de esperma?

| |
|------|
| |
| 1.Sí |
| 2.No |

1.9. La clínica

V50. ¿En qué país estaba situada la clínica finalmente seleccionada? En el caso de Estados Unidos, especifique/n, por favor, el estado

| |
|-------------|
| |
| 1. |
| 2. No lo sé |

V51. ¿Pudo/pudieron seleccionar la clínica?

1. Sí
2. No. (pasa a v52)

V51.1. ¿Cuáles fueron los tres **motivos principales** que le/s llevaron a seleccionar esa clínica?

| |
|---|
| V51.1.1. La tasa de éxito |
| V51.1.2. Valoraciones en foros |
| V51.1.3. Recomendación de una o varias personas conocidas |
| V51.1.4. El precio |
| V51.1.5. Estaba abierta a personas con VIH |
| V51.1.6. Estaba abierta a personas gais |
| V51.1.7. Las garantías ofrecidas durante todo el proceso |
| V51.1.8. Recomendación de mi agencia |
| V51.1.9. Buen entendimiento con el equipo médico |

V52. ¿De qué tipo fue la transferencia que tuvo como resultado el embarazo?

| |
|--|
| |
| 1 Transferencia de embrión congelado propio |
| 2. Transferencia de embrión en fresco propio |
| 3. Transferencia de embrión donado |

1.10. El/los bebés

V53. ¿Obtuvo/obtuvieron usted/es una resolución judicial que establecía la filiación?

| |
|-------------------------------|
| |
| 1. Sí, antes del nacimiento |
| 2. Sí, después del nacimiento |
| 3. No |

V54. ¿Tuvo/tuvieron usted/es alguna dificultad legal para abandonar el país de nacimiento de su hija/o?

| |
|-----------------------|
| |
| 1. Sí (pasa a v54.1.) |
| 2. No (pasa a v55) |
| |

V54.1. ¿Qué tipo de dificultades?

| |
|---|
| 1. Dificultades para inscribir el bebé en el registro civil consular porque el cónsul no reconocía la sentencia |
|---|

| |
|---|
| 2. Dificultades para inscribir el bebé en el registro civil consular porque no existía sentencia |
| 3. Dificultades para inscribir el bebé en el registro civil consular por la existencia de defectos de forma (El cónsul puede por ejemplo pedir el consentimiento informado de la gestante, que la renuncia por parte de la gestante se hagan de forma presencial, etc.) |
| 4. Otras. Especificar |

V55 ¿Cuánto tiempo transcurrió hasta que pudo/pudieron abandonar el país?
 DESPLEGABLE CON INTERVALOS (Por semanas hasta 24 y luego opción más de 24)

.....

V56. ¿Abandonó/abandonaron usted/es el lugar de nacimiento de su hija/o con una partida de nacimiento donde usted y su pareja, si la hubiera, constaban como madre/padre biológico de su hija/o

| |
|---|
| 1. Sí, ambos miembros de la pareja constábamos como madre/padre |
| 2. No, solo constábamos como madre/padre uno de los miembros de la pareja |
| 3. Realicé la gestación subrogada en solitario, por lo que la gestante constaba como madre |
| 4. Realicé la gestación subrogada en solitario y tenía una sentencia judicial que me acreditaba como progenitor/a único/a |

V57. ¿Pudo/pudieron usted/es inscribir a su hija/o en el registro civil a través del consulado español?

| | |
|-------|------------|
| 1. Sí | Pasa a V59 |
| 2. No | Pasa a V58 |

V58. ¿Pudo/pudieron usted/es inscribir a su hija/o en el Registro Civil Central a su llegada a España?

| |
|-------|
| |
| 1. Sí |
| 2. No |

V59. Indique/n los siguientes datos sobre cada uno de su/s hija/s o hijo/s nacidos por gestación subrogada (PONER VARIOS ID EN LA PLATAFORMA) Las preguntas que encontrará a continuación recuerde que se refieren exclusivamente al primer proceso de gestación subrogada.

| | | |
|--------------------|---|---|
| I D | Sexo/género | Presenta alguna capacidad especial (diversidad funcional, discapacidad física o intelectual...) |
| I D 1 | 59.1. 1. Mujer 2. Hombre 3. Transexual 4. Transgénero 5. Intersexual 6. Otros | 59.2. 1. No presenta ninguna capacidad especial 2. Grado 1: discapacidad nula. Presenta discapacidad pero puede realizar actividades vida diaria 3. Grado 2: discapacidad leve. Existe dificultad para realizar actividades de la vida diaria. 1-24% de minusvalía 4. Grado 3: discapacidad moderada. Gran dificultad o imposibilidad de llevar a cabo algunas actividades de la vida diaria, aunque persona se puede cuidar a sí misma. 25-49% de minusvalía 5. Grado 4: discapacidad grave. Existe dificultad para realizar algunas actividades de autocuidado. 50-70% de minusvalía |
| I D 2 ... | | |

V60. Indique/n, a continuación, los siguientes datos referidos a su/s hija/s o hijo/s nacidos también en el primer proceso de gestación subrogada.

| ID | Año de nacimiento | País de nacimiento | Nacionalidad | ¿Tiene/n su/s hija/s o hijo/s tarjeta sanitaria? | ¿Tuvo/tuvieron dificultades para que su/s hija/s o hijo/s obtuviese/n la tarjeta sanitaria? |
|-----|---|--|---|--|---|
| ID1 | 60.1. Antes de 1990 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 | 60.2 1. EEUU 2. India 3. Ucrania 4. México 5. Rusia 6. Canadá 7. Tailandia 8. Grecia 9. Chipre 10. Kazajistán 11. Georgia 12. Reino Unido | 60.3 1. Española 2. Del país de nacimiento | 60.4 1. Sí 2. No | 60.5. 1. Sí 2. No |

| | | | | |
|------|-----------|--|--|--|
| 2001 | 13. Nepal | | | |
| 2002 | 14. Otro | | | |
| 2003 | | | | |
| 2004 | | | | |
| 2005 | | | | |
| 2006 | | | | |
| 2007 | | | | |
| 2008 | | | | |
| 2009 | | | | |
| 2010 | | | | |
| 2011 | | | | |
| 2012 | | | | |
| 2013 | | | | |
| 2014 | | | | |
| 2015 | | | | |
| 2016 | | | | |

1.11. Permisos parentales

V61. En torno al nacimiento y durante el primer año de su/s hija/s o hijo/s nacidos/as por subrogación indique/n a qué licencia/s han tenido acceso. Las preguntas que encontrará a continuación recuerde/n que se refieren exclusivamente al primer proceso de gestación subrogada.

| | |
|---|--|
| V61.1. Licencia por maternidad (En España es de 16 semanas y se amplía en el caso de partos múltiples) | 1. Sí en exclusiva 2. Sí, compartida con mi pareja 3. No |
| V61.2. Licencia por paternidad (En España, por norma general, es de 15 días) | 1. Sí 2. No |
| V61.3. Compactación de reducciones horarias retribuidas (por lactancia u otras) | 1. Sí 2. No |
| V61.4. Excedencia por cuidado hijas/os | 1. Sí 2. No |

1.12. Entorno

V62. ¿Con quién compartió su/s proyecto/s de gestación subrogada?

1. Solo con mi círculo más íntimo de familiares y amistades
2. Lo he compartido en todos los ámbitos de mi vida a excepción del laboral
3. Lo he compartido en todos los ámbitos de mi vida, incluido el laboral
4. Lo he compartido con todo el mundo cuando ha surgido la ocasión

V63. De su red de familiares y amistades, ¿cuál o cuáles de ellos han sido para usted/ustedes un punto de apoyo fundamental en el proceso? Conteste SÍ/NO a las siguientes opciones.

| | Respuesta |
|--|----------------|
| V63.1. Padre | 1. Sí 2. No |
| V63.2. Madre | 1. Sí 2. No |
| V63.3. Hermanos/s | 1. Sí 2. No |
| V63.4. Amistades | 1. Sí 2. No |
| V63.5. Familia extensa | 1. Sí 2. No |
| V63.6. Compañeras/os de trabajo | 1. Sí 2. No |
| V63.7. Asociación o grupo de apoyo de gestación subrogada | 1. Sí 2. No |
| V63.8. Agencia | 1. Sí 2. No |
| V63.9. Otros | 1. Sí 2. No |

1.13. El futuro

V64. ¿Ha/n revelado a su hijas/os que han nacido mediante gestación subrogada?

| |
|------------------|
| |
| 1. Sí |
| 2. No (Pasa V65) |

V65. ¿Por qué?

.....

V66. ¿Quiere/n tener más hijos en un futuro (elija la respuesta que más se aproxime)?

1. No (Pasa a V67)
2. Sí, al menos uno más
3. Sí, dos más
4. Sí, tres más
5. Sí, más de tres

V66.1. ¿Qué vía le/s gustaría utilizar para tener más hijas/os?

1. Gestación subrogada (PASAR A V66.1.1)

2. Adopción nacional
3. Adopción internacional
4. Acogida

V66.1.1. Si es que sí:

| | |
|---|--|
| V66.1.1. ¿Le/s gustaría volver a tener la misma gestante? | 1. Sí 2. No 3. No lo sé |
| V66.1.2. ¿Le/s gustaría volver a tener la misma donante de óvulos? | 1. Sí 2. No 3. No lo sé 4. No utilicé donante de óvulos |
| V66.1.3. ¿Contrataría/n la misma agencia? | 1. Sí 2. No 3. No lo sé 4. No utilicé agencia |
| V66.1.4. ¿Contrataría/n la misma clínica? | 1. Sí 2. No 3. No lo sé |

V67. Marque/n la opción que más se corresponda con su ideal de familia:

1. Dos padres y sus hijas/os
2. Dos madres y sus hijas/os
3. Un padre, una madre e hijas/os
4. Un padre y sus hijas/os
5. Una madre y sus hijas/os
6. Cualquiera de las anteriores por igual
7. No tengo un ideal de familia preferido
8. Otro. Por favor, especifique: _____

1.13. Presupuesto

V68. ¿Cuánto cree/n que ha/n acabado gastando en el proceso de gestación subrogada? Por favor, tenga/n en cuenta los gastos generados por el propio proceso: generación de embriones (incluida la donación de gametos si corresponde), transferencia de embriones, seguimiento de embarazo y otros gastos médicos, compensaciones a la gestante, asesoramiento legal, agencia de coordinación y asesoramiento, viajes y estancias en el extranjero, etc. DECIDIR MENOS DE 40.000, DE 40.000 A 49.999, 50.000 a 59.999... hasta 149.999 hasta 150.000 o más

.....

V69. ¿Qué fuentes de financiación ha/n necesitado para el proceso? Conteste SÍ o NO a las siguientes respuestas

| |
|---|
| |
| V69.1. Recursos económicos propios |
| V69.2. Recursos económicos familiares |
| V69.3. Recursos económicos de amistades y allegados |
| V69.4. Préstamos de familiares |
| V69.5. Préstamos de amistades y allegados |
| V69.6. Préstamos bancarios |
| V69.7. Rehipotecas de vivienda |
| V69.8. Otros, especificar... |

BLOQUE 2. ASOCIACIONISMO, REIVINDICACIONES Y DEMANDAS

2.1. Participación en asociaciones de madres/padres/familias creadas a través de la gestación subrogada

V70. ¿Participa/n usted/es en alguna asociación/federación o similar de familias por gestación subrogada?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V71)

V.70.1 Indique/n el/los nombre/s de la/s entidad/es, grupo/s o asociación/es:

V70.2. ¿Cuál es su vinculación con esta entidad? Conteste SÍ o NO a las siguientes respuestas. En el caso de que sean varias refiérase únicamente a aquella con la que tiene un mayor grado de implicación.

1. Formo parte de la junta directiva de la entidad (**V70.2.1**)
2. Trabajo de forma remunerada en la entidad (**V70.2.2**)
3. Trabajo de forma voluntaria en la entidad (**V70.2.3**)
4. Soy socia de la entidad (**V70.2.4**)
5. Utilizo los servicios que ofrece la entidad (**V70.2.5**)
6. Participo en las actividades de la entidad (**V70.2.6**)
7. Tengo contactos esporádicos con la entidad (**V70.2.7**)
8. Recibo información de la entidad (**V70.2.8**)
9. Otro tipo de vinculación. Por favor, especifique: _____ (**V70.2.9**)

V71. ¿Con qué modelo de regulación de gestación subrogada se siente/n más identificados/as?

1. Modelo altruista en el que las gestantes participan de forma desinteresada y sin recibir ninguna compensación económica

2. Modelo altruista en el que las gestantes participan de forma desinteresada y reciben compensación económica
3. Modelo comercial en el que las gestantes puedan recibir un precio justo por su desempeño
4. Modelo en el que solo personas con vínculos familiares pueden ser gestantes
5. No soy partidaria/o de la regulación
6. Otro, especificar...

V72. ¿Participa/n usted/es en algún chat o foro por internet relacionado con la gestación subrogada?

1. Sí
2. No
3. No uso internet

BLOQUE 3. CONDICIONES DE VIDA

3.1 Residencia

V73. Indique/n cuál es el régimen de tenencia del lugar en el que reside/n actualmente: (PAD)

1. De su propiedad pagada completamente
2. De su propiedad con pagos pendientes
3. De su propiedad por herencia o donación
4. Alquilada siendo usted/es el/la/los titular/es del contrato
5. Alquilada o realquilada no siendo usted/es el/la/los titular/es del contrato
6. Cedida gratuitamente

3.2. Situación laboral

USTED

V74. ¿En cuál de las siguientes situaciones laborales se encuentra actualmente? (en el caso de estar en varias situaciones considere la principal) (adaptada de EPA)

1. Con empleo (con o sin contrato) (PASA A V75)
2. Desempleada/o (pasar a pregunta V78)
3. Jubilada/o, retirada/o, jubilada/o anticipada/o (pasar a pregunta V81)
4. Estudiante o en formación sin empleo (pasar a pregunta V83)
5. Incapacitada/o permanente para el empleo (pasar a pregunta V83)
6. Dedicada/o al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (pasar a pregunta V83)
7. Otra situación por la cual no tiene empleo (pasar a pregunta V83)

Personas con empleo

V75. ¿Cuál de las siguientes es su situación profesional en su empleo principal?

1. Miembro de una cooperativa
2. Empresaria/o con asalariadas/os

3. Autónoma/o o empresaria/o sin asalariadas/os
4. Ayuda en la empresa o negocio familiar
5. Asalariada/o sector público
6. Asalariada/o sector privado
7. Otra situación. Por favor, especifique: _____

V76. ¿En qué categoría socioprofesional se situaría usted en relación a su empleo principal? (CNO-11) (en el caso de varios empleos, considere el principal)

1. Directoras/os y gerentes (ejecutivas/os, legislativas/os, administración pública, comercio, empresas, explotaciones (agricultura, industria, minería, construcción), servicios, etc.)
2. Técnicas/os y profesionales científicas/os e intelectuales (profesionales de la salud y la enseñanza, profesionales de las ciencias naturales, ingenieras/os, arquitectas/os, profesionales en derecho, especialistas en organización y administración, profesionales en tecnologías de la información, profesionales en ciencias sociales y profesionales de la cultura y el espectáculo) Técnicas/os y profesionales científicas/os e intelectuales (profesionales de la salud y la enseñanza, las ciencias naturales, ingenieras/os, arquitectas/os, etc.)
3. Técnicas/os y profesionales de apoyo (técnicas/os de las ciencias y de las ingenierías, supervisoras/os de la industria y la construcción, técnicas/os en salud, gestión administrativa, técnica/os de las fuerzas y cuerpos de seguridad, profesionales de apoyo, profesionales de apoyo de servicios jurídicos, sociales, culturales, deportivos y afines) Técnicas/os y profesionales de apoyo (técnicas/os de las ciencias y de las ingenierías, supervisoras/os de la industria y la construcción, técnicas/os en salud, etc.)
4. Empleadas/os contables, administrativas/os y otros empleadas/os de oficina (servicios de correos, agencias de viajes, recepcionistas y telefonistas, atención al público) Empleadas/os contables, administrativas/os y otros empleadas/os de oficina (servicios de correos, agencias de viajes, recepcionistas y telefonistas, etc.)
5. Trabajadoras/os de los servicios de restauración, personales, protección y vendedoras/os (camareras/os y cocineras/os, dependientes, vendedoras/os, cuidado de personas, servicios personales, supervisoras/os, servicios de protección y seguridad) Trabajadoras/os de los servicios de restauración, personales, protección y vendedoras/os (camareras/os y cocineras/os, dependientes, cuidado de personas, etc.)
6. Trabajadoras/os cualificadas/os en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero
Trabajadoras/os cualificadas/os en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero
7. Artesanas/os y trabajadoras/os cualificadas/os de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadoras/os de instalaciones y maquinaria) (carpinteras/os, albañiles, fontaneras/os, pintoras/os, mecánicas/os, industria, oficiales de primera, etc.)
Artesanas/os y trabajadoras/os cualificadas/os de las industrias manufactureras y la construcción (carpinteras/os, albañiles, fontaneras/os, etc.)

8. Operadoras/os de instalaciones y maquinaria, y montadoras/os (explotaciones industriales, minería, metalurgia, de laboratorios, conductoras/os, etc.) Operadoras/os de instalaciones y maquinaria, y montadoras/os (explotaciones industriales, minería, metalurgia, de laboratorios, conductoras/os, etc.)

9. Trabajadoras/os no cualificadas/os (servicios, doméstico y limpieza, transporte, peones de la agricultura, construcción, industria y transporte) Trabajadoras/os no cualificadas/os (servicios, doméstico y limpieza, transporte, peones de la agricultura, construcción, industria y transporte)

10. Ocupaciones militares (oficiales, suboficiales, tropa y marinería de las fuerzas armadas) Ocupaciones militares (oficiales, suboficiales, tropa y marinería de las fuerzas armadas)

V77. ¿Cuáles son los ingresos mensuales netos que usted recibe por su empleo principal?

1. Hasta 655
2. De 656 a 1000
3. De 1001 a 1500
4. De 1501 a 2000
5. De 2101 a 3000
6. De 3001 a 4.500
7. De 4.501 a 6000
8. Más de 6001

Personas desempleadas

V78. ¿Cuántos meses aproximadamente lleva usted en situación de desempleo? (EPA)

1. Hasta 6 mes
- 2 De 6 a 12meses
3. De 12 meses y un día a 24 meses
4. Más de 24 meses

V79. ¿Cobra alguna prestación o subsidio por desempleo? (EPA)

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V83)

V80. Indique el importe mensual en euros:

- Hasta 426
- De 427 a 900
- 901 o más

Personas jubiladas

V81. ¿Recibe alguna pensión de jubilación?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V82)

V82. Indique el importe mensual en euros: □□□□ euros al mes

V83. ¿Tiene usted pareja en la actualidad?

1. Sí, pero no convivo con ella (PASAR A V107)
2. Sí, convivo con ella (pasar a v84)
3. No (PASAR A V108)

SU PAREJA

Nos gustaría que nos facilitase la siguiente información sobre su PAREJA

V84. ¿En cuál de las siguientes situaciones laborales se encuentra su pareja actualmente? (en el caso de estar en varias situaciones considere la principal)
(adaptada de EPA)

1. Con empleo (con o sin contrato) (PASAR A V85)
2. Desempleada/o (pasar a pregunta V88)
3. Jubilada/o, retirada/o, jubilada/o anticipada/o (pasar a pregunta V91)
4. Estudiante o en formación sin empleo (pasar a pregunta V93)
5. Incapacitada/o permanente para el empleo (pasar pregunta a V93)
6. Dedicada/o al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (pasar pregunta a V93)
7. Otra situación por la cual no tiene empleo pasar a pregunta V93)

Personas con empleo

V85. ¿Cuál de las siguientes es la situación profesional de su pareja en su empleo principal?

1. Miembro de una cooperativa
2. Empresaria/o con asalariadas/os
3. Autónoma/o o empresaria/o sin asalariadas/os
4. Ayuda en la empresa o negocio familiar
5. Asalariada/o sector público
6. Asalariada/o sector privado
7. Otra situación. Por favor, especifique: _____

V86. ¿En qué categoría socioprofesional situaría a su pareja en relación a su empleo principal? (CNO-11) (en el caso de varios empleos, considerar el principal)

1. Directoras/os y gerentes (ejecutivas/os, legislativas/os, administración pública, comercio, empresas, explotaciones (agricultura, industria, minería, construcción), servicios, etc.)

2. Técnicas/os y profesionales científicas/os e intelectuales (profesionales de la salud y la enseñanza, profesionales de las ciencias naturales, ingenieras/os, arquitectas/os, profesionales en derecho, especialistas en organización y administración, profesionales en tecnologías de la información, profesionales en ciencias sociales y profesionales de la cultura y el espectáculo)
3. Técnicas/os y profesionales de apoyo (técnicas/os de las ciencias y de las ingenierías, supervisoras/os de la industria y la construcción, técnicas/os en salud, gestión administrativa, técnica/os de las fuerzas y cuerpos de seguridad, profesionales de apoyo, profesionales de apoyo de servicios jurídicos, sociales, culturales, deportivos y afines)
4. Empleadas/os contables, administrativas/os y otros empleadas/os de oficina (servicios de correos, agencias de viajes, recepcionistas y telefonistas, atención al público)
5. Trabajadoras/os de los servicios de restauración, personales, protección y vendedoras/os (camareras/os y cocineras/os, dependientes, vendedoras/os, cuidado de personas, servicios personales, supervisoras/os, servicios de protección y seguridad)
6. Trabajadoras/os cualificadas/os en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero
7. Artesanas/os y trabajadoras/os cualificadas/os de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadoras/os de instalaciones y maquinaria) (carpinteras/os, albañiles, fontaneras/os, pintoras/os, mecánicas/os, industria, oficiales de primera, etc.)
8. Operadoras/os de instalaciones y maquinaria, y montadoras/os (explotaciones industriales, minería, metalurgia, de laboratorios, conductoras/os, etc.)
9. Trabajadoras/os no cualificadas/os (servicios, doméstico y limpieza, transporte, peones de la agricultura, construcción, industria y transporte)
10. Ocupaciones militares (oficiales, suboficiales, tropa y marinería de las fuerzas armadas)

V87. ¿Cuáles son los ingresos mensuales netos que su pareja recibe por su empleo principal?

1. Hasta 655
2. De 656 a 1000
4. De 1001 a 1500
6. De 1501 a 2000
7. De 2101 a 3000
8. De 3001 a 4.500
9. De 4.501 a 6000
10. Más de 6001

Personas desempleadas

V88. ¿Cuántos meses aproximadamente lleva su pareja en situación de desempleo? (EPA)

1. Hasta 6 mes
- 2 De 6 a 12 meses
3. De 12 meses y un día a 24 meses
4. Más de 24 meses

V89. ¿Cobra alguna prestación o subsidio por desempleo? (EPA)

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V92)

V90. Indique el importe mensual en euros

1. Hasta 426
2. De 427 a 900
3. 901 o más

Personas jubiladas

V91. ¿Recibe su pareja alguna pensión de jubilación?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V93)

V92. Indique el importe mensual en euros: euros al mes (→ pasar a pregunta V93)

BLOQUE 4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

SU PAREJA

V93. ¿En qué año nació su pareja?

V.94 Indique con qué sexo/género se identifica su pareja

1. Mujer
2. Hombre
3. Transexual
4. Transgénero
5. Intersexual
6. Otro. Por favor, especifique: _____

V95. Indique la opción sexual de su pareja

1. Homosexual
2. Heterosexual
3. Bisexual

4. No sabe/No contesta
5. Otra. Por favor, especifique: _____

V96. ¿Cuál es su estado civil actual de su pareja?

1. Soltera/o
2. Casada/o
3. Viuda/o
4. Separada/o
5. Divorciada/o
6. En unión estable de pareja/unión de hecho

V97. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha terminado su pareja?

1. No sabe leer ni escribir
2. Menos que estudios primarios (ISCED 0)
3. Enseñanza primaria (educación primaria LOGSE, EGB, Certificado de escolaridad o equivalente). ISCED 1
4. Enseñanza secundaria (ESO, Graduado escolar, Bachillerato elemental o equivalentes) ISCED 2
5. Educación secundaria postobligatoria (Bachillerato LOGSE, Bachillerato superior, BUP, COU o equivalentes) ISCED 3A
6. Ciclos formativos de grado medio (Formación profesional FPI) ISCED 3B
7. Ciclos formativos de grado superior (Formación profesional FP II) ISCED 5B
8. Estudios universitarios (Licenciatura, Diplomatura, Grado, Ingeniería Técnica, Arquitectura Técnica) ISCED 5A
9. Estudios universitarios de postgrado (Máster, Postgrado, Doctorado) ISCED 6

V98. ¿Cuál es su país de nacimiento?

1. España (pasar a pregunta V101)
2. Otro. Por favor, especifique: (PASAR A V99)

V99. ¿Cuántos años aproximadamente lleva su pareja residiendo en España?

años

V100. ¿Tiene su pareja la nacionalidad española?

1. Sí
2. No

V101. ¿Se considera su pareja de alguna religión?

1. Sí (PASAR A 102)
2. No (pasar a pregunta V103)

V102. ¿De qué religión se considera?

1. Musulmana
2. Católica
3. Protestante

4. Judía
5. Ortodoxa
6. Budista
7. Otra. Por favor, especifique:.....

V103. ¿Presenta su pareja alguna capacidad especial (diversidad funcional, discapacidad física o intelectual...)?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V107)

V104. ¿De qué grado? (Real Decreto 1971/1999)

1. Grado 1: discapacidad nula. Presenta discapacidad pero puede realizar actividades vida diaria
2. Grado 2: discapacidad leve. Existe dificultad para realizar actividades de la vida diaria. 1-24% de minusvalía
3. Grado 3: discapacidad moderada. Gran dificultad o imposibilidad de llevar a cabo algunas actividades de la vida diaria, aunque persona se puede cuidar a sí misma. 25-49% de minusvalía
4. Grado 4: discapacidad grave. Existe dificultad para realizar algunas actividades de autocuidado. 50-70% de minusvalía
5. Grado 5: discapacidad muy grave. No puede realizar las actividades de la vida diaria. 75% grado minusvalía

V105. ¿Recibe alguna pensión por incapacidad?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V107)

V106. Indique el importe mensual neto en euros:

euros netos al mes

USTED

V107. ¿En qué año nació?

V.108. Indique con qué sexo/género se identifica

1. Mujer
2. Hombre
3. Transexual
4. Transgénero
5. Intersexual
6. Otro. Por favor, especifique:_____

V109. Indique su opción sexual

1. Homosexual

2. Heterosexual
3. Bisexual
4. No sabe/No contesta
5. Otra. Por favor, especifique: _____

V110. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Soltera/o
2. Casada/o
3. Viuda/o
4. Separada/o
5. Divorciada/o
6. En unión estable de pareja/unión de hecho

V111. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha terminado?

1. No sabe leer ni escribir
2. Menos que estudios primarios (ISCED 0)
3. Enseñanza primaria (educación primaria LOGSE, EGB, Certificado de escolaridad o equivalente). ISCED 1
4. Enseñanza secundaria (ESO, Graduado escolar, Bachillerato elemental o equivalentes) ISCED 2
5. Educación secundaria postobligatoria (Bachillerato LOGSE, Bachillerato superior, BUP, COU o equivalentes) ISCED 3A
6. Ciclos formativos de grado medio (Formación profesional FPI) ISCED 3B
7. Ciclos formativos de grado superior (Formación profesional FP II) ISCED 5B
8. Estudios universitarios (Licenciatura, Diplomatura, Grado, Ingeniería Técnica, Arquitectura Técnica) ISCED 5A
9. Estudios universitarios de postgrado (Máster, Postgrado, Doctorado) ISCED 6

V112. Indique/n cuáles son los ingresos mensuales netos totales de su hogar (considerando su/s empleo/s, las rentas de capital, los ingresos procedentes de bienes inmuebles, etc.)

1. Hasta 1500
2. De 1500 a 3000
3. De 3001 a 4500
4. De 4501 a 6000
5. De 6001 a 7500
6. De 7501 a 9000
7. De 9001 a 10500
8. Más de 10.500

V113. ¿Cuál es su país de nacimiento?

1. España (pasar a pregunta v115)

2. Otro. Por favor, especifique: (PASE A V113)

V114. ¿Cuántos años aproximadamente lleva usted residiendo en España?

años

V115. ¿Tiene usted la nacionalidad española?

1. Sí
2. No

V116. ¿Se considera de alguna religión?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta V117)

V117. ¿De qué religión se considera?

1. Musulmana
2. Católica
3. Protestante
4. Judía
5. Ortodoxa
6. Budista
5. Otra. Por favor, especifique:.....

V118. ¿Presenta usted alguna capacidad especial (diversidad funcional, discapacidad física o intelectual...)?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta v121)

V119. ¿De qué grado? (Real Decreto 1971/1999)

1. Grado 1: discapacidad nula. Presenta discapacidad pero puede realizar actividades vida diaria
2. Grado 2: discapacidad leve. Existe dificultad para realizar actividades de la vida diaria. 1-24% de minusvalía
3. Grado 3: discapacidad moderada. Gran dificultad o imposibilidad de llevar a cabo algunas actividades de la vida diaria, aunque persona se puede cuidar a sí misma. 25-49% de minusvalía
4. Grado 4: discapacidad grave. Existe dificultad para realizar algunas actividades de autocuidado. 50-70% de minusvalía
5. Grado 5: discapacidad muy grave. No puede realizar las actividades de la vida diaria. 75% grado minusvalía

V120. ¿Recibe alguna pensión por incapacidad?

1. Sí
2. No (pasar a pregunta v121)

V121. Indique el importe mensual neto en euros:

euros netos al mes

V122. Para finalizar, indique el código postal del lugar en el que reside: □□□□□

V123. Su opinión es muy importante para nosotras/os por lo que le dejamos el siguiente espacio para que escriba las sugerencias y observaciones que le gustaría hacer sobre esta encuesta:

Le agradecemos enormemente el tiempo y esfuerzo que ha dedicado a cumplimentar la encuesta.

Su contribución a esta investigación va a resultar muy valiosa para visibilizar las características de las familias constituidas mediante gestación subrogada.

Cuanto más personas contesten a la encuesta más precisos y completos serán los datos resultantes de la misma. Por ello, le invitamos a compartir el enlace a la encuesta entre sus conocidos y a través de las redes sociales.

ANEXO 5. TABLAS

1. Perfil sociodemográfico y condiciones de vida

Tabla 37. Tiene pareja en la actualidad y régimen de convivencia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí, no convivo con ella | 4 | 1,9 | 2,3 | 2,3 |
| | Sí, convivo con ella | 164 | 78,8 | 92,7 | 94,9 |
| | No | 9 | 4,3 | 5,1 | 100 |
| | Total | 177 | 85,1 | 100 | |
| Perdidos sistema | | 31 | 14,9 | | |
| Total | | 208 | 100 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 38. Opción sexual encuestado/a

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Homosexual | 87 | 41,8 | 50,9 | 50,9 |
| | Heterosexual | 79 | 38,0 | 46,2 | 97,1 |
| | Bisexual | 4 | 1,9 | 2,3 | 99,4 |
| | NS/NC | 1 | ,5 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 171 | 82,2 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 37 | 17,8 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 39. Opción sexual pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Homosexual | 84 | 40,4 | 52,8 | 52,8 |
| | Heterosexual | 73 | 35,1 | 45,9 | 98,7 |
| | Bisexual | 2 | 1,0 | 1,3 | 100,0 |
| | Total | 159 | 76,4 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 49 | 23,6 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 40. Estado civil encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Soltera/o | 27 | 13,0 | 15,7 | 15,7 |
| | Casada/o | 130 | 62,5 | 75,6 | 91,3 |
| | Divorciada/o | 3 | 1,4 | 1,7 | 93,0 |
| | En unión estable de pareja/unión de hecho | 12 | 5,8 | 7,0 | 100,0 |
| | Total | 172 | 82,7 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 36 | 17,3 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 41. Estado civil pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Soltera/o | 15 | 7,2 | 9,4 | 9,4 |
| | Casada/o | 130 | 62,5 | 81,3 | 90,6 |
| | Divorciada/o | 3 | 1,4 | 1,9 | 92,5 |
| | En unión estable de pareja/unión de hecho | 12 | 5,8 | 7,5 | 100,0 |
| | Total | 160 | 76,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 48 | 23,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 42. Mayor nivel de estudios finalizado encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Enseñanza primaria (educación primaria LOGSE, EGB, Certificado de escolaridad o equivalente) | 2 | 1,0 | 1,2 | 1,2 |
| | Enseñanza secundaria (ESO, Graduado escolar, Bachillerato elemental o equivalentes) | 6 | 2,9 | 3,5 | 4,7 |
| | Educación secundaria postobligatoria (Bachillerato LOGSE, Bachillerato superior, BUP, COU o equivalentes) | 8 | 3,8 | 4,7 | 9,3 |
| | Ciclos formativos de grado medio (Formación profesional FPI) | 6 | 2,9 | 3,5 | 12,8 |
| | Ciclos formativos de grado superior (Formación profesional FP II) | 22 | 10,6 | 12,8 | 25,6 |
| | Estudios universitarios (Licenciatura, Diplomatura, Grado, Ingeniería Técnica, Arquitectura Técnica) | 67 | 32,2 | 39,0 | 64,5 |
| | Estudios universitarios de postgrado (Máster, Postgrado, Doctorado) | 61 | 29,3 | 35,5 | 100,0 |
| | Total | 172 | 82,7 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 36 | 17,3 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 43. Mayor nivel de estudios finalizado pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | | 49 | 23,6 | 23,6 | 23,6 |
| | Ciclos formativos de grado medio (Formación profesional FPI) | 9 | 4,3 | 4,3 | 27,9 |
| | Ciclos formativos de grado superior (Formación profesional FP II) | 20 | 9,6 | 9,6 | 37,5 |
| | Educación secundaria postobligatoria (Bachillerato LOGSE, Bachillerato superior, BUP, COU o equivalentes) | 11 | 5,3 | 5,3 | 42,8 |
| | Enseñanza primaria (educación primaria LOGSE, EGB, Certificado de escolaridad o equivalente). | 3 | 1,4 | 1,4 | 44,2 |
| | Enseñanza secundaria (ESO, Graduado escolar, Bachillerato elemental o equivalentes) | 7 | 3,4 | 3,4 | 47,6 |
| | Estudios universitarios (Licenciatura, Diplomatura, Grado, Ingeniería Técnica, Arquitectura Técnica) | 65 | 31,3 | 31,3 | 78,8 |
| | Estudios universitarios de postgrado (Máster, Postgrado, Doctorado) | 44 | 21,2 | 21,2 | 100,0 |
| Total | | 208 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 44. Religiosidad encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 71 | 34,1 | 41,3 | 41,3 |
| | No | 101 | 48,6 | 58,7 | 100,0 |
| | Total | 172 | 82,7 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 36 | 17,3 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 45. Distribución por religión encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Budista | 1 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| | Católica | 64 | 90,1 | 90,1 | 91,5 |
| | Judía | 1 | 1,4 | 1,4 | 93 |
| | Otro (especifique) | 3 | 4,2 | 4,2 | 97,2 |
| | Protestante | 2 | 2,8 | 2,8 | 100 |
| | Total | 71 | 100 | 100 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 46. Religiosidad pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 61 | 29,3 | 38,1 | 38,1 |
| | No | 99 | 47,6 | 61,9 | 100,0 |
| | Total | 160 | 76,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 48 | 23,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 47. Distribución por religión pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Católica | 58 | 27,9 | 95,1 | 95,1 |
| | Protestante | 2 | 1,0 | 3,3 | 98,4 |
| | Otra | 1 | ,5 | 1,6 | 100,0 |
| | Total | 61 | 29,3 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 147 | 70,7 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 48. Situación laboral encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Con empleo (con o sin contrato) | 162 | 77,9 | 91,0 | 91,0 |
| | Desempleada | 6 | 2,9 | 3,4 | 94,4 |
| | Estudiante o en formación sin empleo | 1 | ,5 | ,6 | 94,9 |
| | Incapacitada permanente para empleo | 1 | ,5 | ,6 | 95,5 |
| | Dedicada al trabajo doméstico o de cuidados no remunerado | 3 | 1,4 | 1,7 | 97,2 |
| | Otra situación por la cual no tiene empleo | 4 | 1,9 | 2,2 | 99,4 |
| | No lo sé | 1 | ,5 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 178 | 85,6 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 30 | 14,4 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 49. Situación laboral pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Con empleo (con o sin contrato) | 146 | 70,2 | 89,6 | 89,6 |
| | Desempleada | 8 | 3,8 | 4,9 | 94,5 |
| | Estudiante o en formación sin empleo | 1 | ,5 | ,6 | 95,1 |
| | Incapacitada permanente para empleo | 1 | ,5 | ,6 | 95,7 |
| | Otra situación por la cual no tiene empleo | 2 | 1,0 | 1,2 | 96,9 |
| | No lo sé | 5 | 2,4 | 3,1 | 100,0 |
| | Total | 163 | 78,4 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 45 | 21,6 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 50. Situación profesional encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Miembro de una cooperativa | 1 | ,5 | ,6 | ,6 |
| | Autónoma/o o empresaria/o con asalariadas/os | 14 | 6,7 | 8,8 | 9,4 |
| | Autónoma/o o empresaria/o sin asalariadas/os | 14 | 6,7 | 8,8 | 18,1 |
| | Ayuda en la empresa o negocio familiar | 1 | ,5 | ,6 | 18,8 |
| | Asalariada/o sector público | 52 | 25,0 | 32,5 | 51,3 |
| | Asalariada/o sector privado | 78 | 37,5 | 48,8 | 100,0 |
| | Total | 160 | 76,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 48 | 23,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 51. Situación profesional pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Autónoma/o o empresaria/o con asalariadas/os | 13 | 6,3 | 9,0 | 9,0 |
| | Autónoma/o o empresaria/o sin asalariadas/os | 13 | 6,3 | 9,0 | 18,1 |
| | Ayuda en la empresa o negocio familiar | 2 | 1,0 | 1,4 | 19,4 |
| | Asalariada/o sector público | 32 | 15,4 | 22,2 | 41,7 |
| | Asalariada/o sector privado | 84 | 40,4 | 58,3 | 100,0 |
| | Total | 144 | 69,2 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 64 | 30,8 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 52. Categoría socio-profesional encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Directoras/os y gerentes (ejecutivas/os, legislativas/os, administración pública, comercio, empresas, explotaciones, etc.) | 36 | 17,3 | 22,5 | 22,5 |
| | Técnicas/os y profesionales científicas/os e intelectuales | 58 | 27,9 | 36,3 | 58,8 |
| | Técnicas/os y profesionales de apoyo (técnicas/os de las ciencias y de las ingenierías, supervisoras/os de la industria, etc.) | 25 | 12,0 | 15,6 | 74,4 |
| | Empleadas/os contables, administrativas/os y otros empleadas/os de oficina | 24 | 11,5 | 15,0 | 89,4 |
| | Trabajadoras/os de los servicios de restauración, personales, protección y vendedoras/os | 9 | 4,3 | 5,6 | 95,0 |
| | Trabajadoras/os cualificadas/os en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero | 3 | 1,4 | 1,9 | 96,9 |
| | Operadoras/os de instalaciones y maquinaria, y montadoras/os | 2 | 1,0 | 1,3 | 98,1 |
| | Trabajadoras/os no cualificadas/os | 2 | 1,0 | 1,3 | 99,4 |
| | Ocupaciones militares | 1 | ,5 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 160 | 76,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 48 | 23,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 53. Categoría socio-profesional pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Directoras/os y gerentes (ejecutivas/os, legislativas/os, administración pública, comercio, empresas, explotaciones, etc.) | 24 | 11,5 | 16,8 | 16,8 |
| | Técnicas/os y profesionales científicas/os e intelectuales | 53 | 25,5 | 37,1 | 53,8 |
| | Técnicas/os y profesionales de apoyo (técnicas/os de las ciencias y de las ingenierías, supervisoras/os de la industria) | 20 | 9,6 | 14,0 | 67,8 |
| | Empleadas/os contables, administrativas/os y otros empleadas/os de oficina | 22 | 10,6 | 15,4 | 83,2 |
| | Trabajadoras/os de los servicios de restauración, personales, protección y vendedoras/os | 7 | 3,4 | 4,9 | 88,1 |
| | Trabajadoras/os cualificadas/os en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero | 4 | 1,9 | 2,8 | 90,9 |
| | Artesanas/os y trabajadoras/os cualificadas/os de las industrias manufactureras y la construcción | 4 | 1,9 | 2,8 | 93,7 |

| | | | | | |
|-------------------------|---|-----|-------|-------|-------|
| | Operadoras/os de instalaciones y maquinaria, y montadoras/os (explotaciones industriales, minería, metalurgia, de laboral) | 6 | 2,9 | 4,2 | 97,9 |
| | Trabajadoras/os no cualificadas/os | 3 | 1,4 | 2,1 | 100,0 |
| | Total | 143 | 68,8 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 65 | 31,3 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 54. Ingresos mensuales netos por empleo principal y mediana encuestada/o

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Mediana |
|-------------------------|------------------|------------|------------|-------------------|---------|
| Válidos | Hasta 655 | 1 | ,5 | ,6 | |
| | De 656 a 1.000 | 6 | 2,9 | 3,8 | |
| | De 1.001 a 1.500 | 39 | 18,8 | 25,0 | |
| | De 1.501 a 2.000 | 43 | 20,7 | 27,6 | X |
| | De 2.001 a 3.000 | 38 | 18,3 | 24,4 | |
| | De 3.001 a 4.500 | 17 | 8,2 | 10,9 | |
| | De 4.501 a 6.000 | 8 | 3,8 | 5,1 | |
| | Más de 6.001 | 4 | 1,9 | 2,6 | |
| | Total | 156 | 75,0 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 52 | 25,0 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 55. Ingresos mensuales netos por empleo principal y mediana pareja

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Mediana |
|---------|------------------|------------|------------|-------------------|---------|
| | Hasta 655 | 2 | 1,4 | 1,4 | |
| | De 656 a 1.000 | 10 | 7,2 | 7,2 | |
| | De 1.001 a 1.500 | 30 | 21,7 | 21,7 | |
| Válidos | De 1.501 a 2.000 | 34 | 24,6 | 24,6 | X |
| | De 2.001 a 3.000 | 34 | 24,6 | 24,6 | |
| | De 3.001 a 4.500 | 19 | 13,8 | 13,8 | |
| | De 4.501 a 6.000 | 6 | 4,3 | 4,3 | |
| | Más de 6.001 | 3 | 2,2 | 2,2 | |
| | Total | 138 | 100 | 100 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

3. Características de los procesos de gestación subrogada

3.1. Antes de iniciar el proceso

Tabla 56. Estado civil en que inició el proceso de gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | En solitario | 16 | 7,7 | 7,8 | 7,8 |
| | En pareja | 185 | 88,9 | 89,8 | 97,6 |
| | La inicié en solitario, pero la he continuado en pareja | 2 | 1,0 | 1,0 | 98,5 |
| | La inicié en pareja, pero la he continuado en solitario | 1 | ,5 | ,5 | 99,0 |
| | Otros | 2 | 1,0 | 1,0 | 100,0 |
| | Total | 206 | 99,0 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 2 | 1,0 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 57. Utilizaron alternativas a la gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 116 | 55,8 | 55,8 | 55,8 |
| | No | 92 | 44,2 | 44,2 | 100,0 |
| | Total | 208 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

3.2. El proceso de gestación subrogada

Tabla 58. Distribución de personas que tienen hijas/os por gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 92 | 44,2 | 47,4 | 47,4 |
| | No | 102 | 49,0 | 52,6 | 100,0 |
| | Total | 194 | 93,3 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 14 | 6,7 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 59. Año nacimiento de las hijas/os nacidos por gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 2008 | 1 | ,5 | 1,3 | 1,3 |
| | 2009 | 3 | 1,4 | 3,8 | 5,1 |
| | 2010 | 2 | 1,0 | 2,6 | 7,7 |
| | 2011 | 2 | 1,0 | 2,6 | 10,3 |
| | 2012 | 2 | 1,0 | 2,6 | 12,8 |
| | 2013 | 3 | 1,4 | 3,8 | 16,7 |
| | 2014 | 9 | 4,3 | 11,5 | 28,2 |
| | 2015 | 32 | 15,4 | 41,0 | 69,2 |
| | 2016 | 24 | 11,5 | 30,8 | 100,0 |
| | Total | 78 | 37,5 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 130 | 62,5 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 60. Transferencias realizadas

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 1 | 59 | 28,4 | 64,1 | 64,1 |
| | 2 | 18 | 8,7 | 19,6 | 83,7 |
| | 3 | 3 | 1,4 | 3,3 | 87,0 |
| | 4 | 2 | 1,0 | 2,2 | 89,1 |
| | 5 | 5 | 2,4 | 5,4 | 94,6 |
| | 6 | 2 | 1,0 | 2,2 | 96,7 |
| | 7 | 1 | ,5 | 1,1 | 97,8 |
| | 8 | 1 | ,5 | 1,1 | 98,9 |
| | 13 | 1 | ,5 | 1,1 | 100,0 |
| | Total | 92 | 44,2 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 116 | 55,8 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 61. Países donde se ha realizado la gestación subrogada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | EEUU | 51 | 24,5 | 55,4 | 55,4 |
| | India | 5 | 2,4 | 5,4 | 60,9 |
| | Ucrania | 17 | 8,2 | 18,5 | 79,3 |
| | México | 8 | 3,8 | 8,7 | 88,0 |
| | Rusia | 1 | ,5 | 1,1 | 89,1 |
| | Canadá | 2 | 1,0 | 2,2 | 91,3 |
| | Tailandia | 6 | 2,9 | 6,5 | 97,8 |
| | Nepal | 2 | 1,0 | 2,2 | 100,0 |
| | Total | 92 | 44,2 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 116 | 55,8 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

4. La mujer gestante

Tabla 62. IP conocieron a la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 85 | 40,9 | 97,7 | 97,7 |
| | No | 2 | 1,0 | 2,3 | 100,0 |
| | Total | 87 | 41,8 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 121 | 58,2 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 63. Selección de la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 78 | 37,5 | 89,7 | 89,7 |
| | No | 9 | 4,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Total | 87 | 41,8 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 121 | 58,2 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 64. Relación IP ccon mujer gestante durante el proceso

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 74 | 35,6 | 87,1 | 87,1 |
| | No | 11 | 5,3 | 12,9 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 65. Contacto una vez finalizado el proceso

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 72 | 34,6 | 84,7 | 84,7 |
| | No | 13 | 6,3 | 15,3 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 66. Repetiría proceso con la misma mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 25 | 12 | 73,5 | 73,5 |
| | No | 4 | 1,9 | 11,8 | 85,3 |
| | No lo sé | 5 | 2,4 | 14,7 | 100 |
| | Total | 34 | 16,3 | 100 | |
| Perdidos Sistema | | 174 | 83,7 | | |
| Total | | 208 | 100 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

4.1. Perfil sociodemográfico de las mujeres gestantes

Tabla 67. Convivencia con pareja de mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 67 | 32,2 | 78,8 | 78,8 |
| | No | 18 | 8,7 | 21,2 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 68. Primera gestación subrogada para la mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 72 | 34,6 | 84,7 | 84,7 |
| | No | 12 | 5,8 | 14,1 | 98,8 |
| | No lo sé | 1 | ,5 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 85 | 40,9 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 123 | 59,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 69. Categoría socio-profesional mujer gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Directoras y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariadas | 2 | 1,0 | 3,8 | 3,8 |
| | Directoras y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariadas | 1 | ,5 | 1,9 | 5,8 |
| | Trabajadoras por cuenta propia (autónomos sin asalariados) | 4 | 1,9 | 7,7 | 13,5 |
| | Técnicas y profesionales universitarios | 13 | 6,3 | 25,0 | 38,5 |
| | Trabajadoras del sector servicios | 5 | 2,4 | 9,6 | 48,1 |
| | Empleadas de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios | 13 | 6,3 | 25,0 | 73,1 |
| | Supervisoras y trabajadoras en ocupaciones técnicas cualificadas | 4 | 1,9 | 7,7 | 80,8 |
| | Trabajadoras cualificadas | 5 | 2,4 | 9,6 | 90,4 |
| | Trabajadoras no cualificada | 3 | 1,4 | 5,8 | 96,2 |
| | No lo sé | 2 | 1,0 | 3,8 | 100,0 |
| Total | | 52 | 25,0 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 156 | 75,0 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

5. La proveedora de óvulos y el proveedor de esperma

Tabla 70. Donante probada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 49 | 23,6 | 69,0 | 69,0 |
| | No | 13 | 6,3 | 18,3 | 87,3 |
| | No lo sé | 9 | 4,3 | 12,7 | 100,0 |
| | Total | 71 | 34,1 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 137 | 65,9 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 71. Selección de la proveedora de óvulos

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 67 | 32,2 | 94,4 | 94,4 |
| | No | 4 | 1,9 | 5,6 | 100,0 |
| | Total | 71 | 34,1 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 137 | 65,9 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 72. Mantuvieron contacto con la proveedora de óvulos

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 13 | 6,3 | 18,3 | 18,3 |
| | No | 58 | 27,9 | 81,7 | 100,0 |
| | Total | 71 | 34,1 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 137 | 65,9 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 73. Principales criterios para selección del proveedor de esperma

| Criterios | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Su historial médico | 3 | 33.3% |
| Su formación académica, nivel cultural, etc. | 2 | 22.2% |
| Su edad | 1 | 11.1% |
| Su aspecto físico | 1 | 11.1% |
| Sus motivaciones para ser donante | 1 | 11.1% |
| Era un donante probado | 1 | 11.1% |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

6. Dificultades encontradas en el proceso de gestación subrogada

Tabla 74. Tipo de dificultades encontradas

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Dificultades para inscribir el bebé en el registro civil consular porque el cónsul no reconocía la sentencia | 4 | 1,9 | 40,0 | 40,0 |
| | Dificultades para inscribir el bebé en el registro civil consular porque el cónsul no reconocía la sentencia | 2 | 1,0 | 20,0 | 60,0 |
| | Dificultades para inscribir el bebé en el registro civil consular por la existencia de defectos de forma | 4 | 1,9 | 40,0 | 100,0 |
| | Total | 10 | 4,8 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 198 | 95,2 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 75. Dificultades para abandonar el país

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 12 | 5,8 | 14,6 | 14,6 |
| | No | 70 | 33,7 | 85,4 | 100,0 |
| | Total | 82 | 39,4 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 126 | 60,6 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

6.1. Entorno y apoyo recibido

Tabla 76. Participación en entidades

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 60 | 28,8 | 77,9 | 77,9 |
| | No | 17 | 8,2 | 22,1 | 100,0 |
| | Total | 77 | 37,0 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 131 | 63,0 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 77. Participan en SNH

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|----|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 56 | 26,9 | 100,0 | 100,0 |
| Perdidos sistema | | 152 | 73,1 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

Tabla 78. Participan en Asociación por la Gestación Subrogada en España

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|----|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 7 | 3,4 | 100,0 | 100,0 |
| Perdidos sistema | | 201 | 96,6 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017

8. Coste del proceso de gestación subrogada

Tabla 79. Importe gastado

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|-----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Menos de 40.000€ | 4 | 1,9 | 5,3 | 5,3 |
| | De 40.000 a 49.999€ | 8 | 3,8 | 10,7 | 16,0 |
| | De 50.000 a 59.999€ | 5 | 2,4 | 6,7 | 22,7 |
| | De 60.000 a 69.999€ | 2 | 1,0 | 2,7 | 25,3 |
| | De 70.000 a 79.999€ | 10 | 4,8 | 13,3 | 38,7 |
| | De 80.000 a 89.999€ | 5 | 2,4 | 6,7 | 45,3 |
| | De 90.000 a 99.999€ | 8 | 3,8 | 10,7 | 56,0 |
| | De 100.000 a 109.999€ | 8 | 3,8 | 10,7 | 66,7 |
| | De 110.000 a 119.999€ | 8 | 3,8 | 10,7 | 77,3 |
| | De 120.000 a 129.999€ | 5 | 2,4 | 6,7 | 84,0 |
| | De 130.000 a 139.999€ | 3 | 1,4 | 4,0 | 88,0 |
| | De 140.000 a 149.999€ | 3 | 1,4 | 4,0 | 92,0 |
| | 150.000€ o más | 6 | 2,9 | 8,0 | 100,0 |
| | Total | 75 | 36,1 | 100,0 | |
| Perdidos sistema | | 133 | 63,9 | | |
| Total | | 208 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta EMirrors, 2017