

# Gestación Subrogada: aspectos psico-sociales

## Surrogate Pregnancy: Psycho-Social Aspects

David González Gerpe

Psicólogo Experto en Reproducción Asistida  
Hospital Vithas Pardo de Aravaca –  
Unidad de medicina reproductiva (Ginemed)  
[dgonzalez@ginemed.es](mailto:dgonzalez@ginemed.es)

ISSN 1989-7022

**RESUMEN:** La gestación subrogada o gestación por sustitución es una técnica de reproducción asistida que lleva décadas practicándose en otros países con todas las garantías necesarias. Mucho se ha hablado de las cuestiones éticas y jurídicas que la rodean en nuestro país en los últimos años, dejando en un segundo plano las cuestiones psicológicas y sociales que tanto tiene que aportar a esas disciplinas. Por ello es necesario reflexionar sobre estos aspectos y ver de qué manera influyen y modulan el proceso, ya que son cruciales para poder dotar al mismo de las máximas garantías y evitar que las personas que en él participan sean víctimas de extorsión o explotación. La Gestación subrogada desafía los conceptos tradicionales de familia, maternidad y filiación, estableciendo una nueva forma de conformar una familia que tendrá que pasar la barrera de la aceptación social en cualquier país que pretenda regularse.

**PALABRAS CLAVE:** Gestación subrogada, Gestación por sustitución, Mujer gestante, Donante, Padres de intención

**ABSTRACT:** Gestational Surrogacy is an ART (assisted reproductive technology) that has been used for decades in other countries with all the necessary guarantees. They have talked a lot about the ethical and legal issues of the surrogacy in our country in recent years, without paying too much attention on the psychological and social aspects that have much to contribute to these disciplines. For this reason, it is a must that we think on these subjects and we go into the way they affect and module the whole process as they are crucial to be able to bring the maximum guarantees and to avoid people that participates on it to become victims of extortion or exploitation. Gestational Surrogacy challenges the traditional concepts of family, motherhood and filiation, establishing a new way to create a family that will have to pass the frontier of social acceptance in any country that pretends to regulate it.

**KEYWORDS:** Gestational Surrogacy, Surrogate woman, Donor, Intended Parents

### 1. Introducción

Los avances en el campo de la medicina reproductiva, que se produjeron en las últimas décadas del siglo XX, supusieron una auténtica revolución gracias a la cual miles de personas en el mundo, que estaban condenadas a la infertilidad, consiguieron tener descendencia y realizar su proyecto de familia. Desde el nacimiento de Louis Brown en julio de 1978 (primer ser humano que nació por "*fecundación in vitro*"), los cambios han sido numerosos y la investigación constante, invirtiéndose una gran cantidad de recursos materiales, económicos y humanos. Actualmente existe una amplia investigación, y las universidades diseñan programas cada vez más específicos, para formar profesionales en los distintos campos de este área.

Todo esto no hubiera sido posible de no existir una demanda social importante, que se ha ido incrementando con el paso de los años debido a varios factores como son el retraso en la edad de acceso a la paternidad/maternidad, el aumento entre los jóvenes y no tan jóvenes del consumo de drogas, alcohol y tabaco, los cambios en el estilo de vida (dieta, estrés, sedentarismo) y en la conducta sexual, la eliminación de tabúes que rodean los tratamientos de infertilidad, y por supuesto, la aparición de nuevos modelos de familia (homoparental, monoparental, etc...).



Cada vez es más frecuente ver a parejas o a personas solas, que recurren a las unidades de medicina reproductiva en busca de una solución a los problemas que presentan. Desde las primeras técnicas que se llevaron a cabo (inseminación artificial) hasta las últimas y más recientes investigaciones, todavía por regular en muchos países, existe un amplio abanico de procedimientos que dan respuesta a las necesidades reproductivas de los pacientes.

Si bien nuestro país cuenta con una de las legislaciones más avanzadas de Europa, adolece de ciertas deficiencias, entre las que se encuentra el reconocimiento legal de la "*Gestación Subrogada*", una técnica de reproducción asistida que lleva décadas practicándose en otros países con todas las garantías médicas, éticas y jurídicas necesarias.

La Gestación Subrogada o Gestación por Sustitución, es una técnica de reproducción asistida con participación de terceros. La técnica consiste en que, una familia o una persona con incapacidad, ya sea física o funcional, para gestar busca la ayuda de una mujer, la cual se ofrece para gestar a su hijo, bien sea de forma totalmente altruista o recibiendo una compensación generalmente estipulada por ley, que suele establecerse teniendo en cuenta el importante esfuerzo que la mujer gestante realiza. La Gestación Subrogada lleva practicándose de manera informal desde hace mucho tiempo, pero no es hasta los años 70 del siglo pasado cuando surge de manera formal en la sociedad y es a partir de 1977 cuando la subrogación contractual se presenta como opción para las parejas infértiles.

Tradicionalmente la subrogación gestacional era regulada por un contrato en el que una mujer se inseminaba artificialmente con el semen del hombre, cuya pareja era infértil. En estos casos, la gestante renunciaba a la filiación del bebé en favor del padre biológico y su mujer, la cual tenía que adoptar legalmente al niño. En 1980 ya existían en EE.UU. tres agencias privadas que ponían en contacto a familias con mujeres que querían ser gestantes. En 1986 el número de agencias se había duplicado y ya había surgido una en Europa. En EE.UU. nacieron aproximadamente unos 500 niños por medio de estos contratos de la subrogación gestacional, que regulaban inseminación artificial de la gestante. En 2005 el número de agencias en EE.UU. ya era de veintitrés y se calcula que, por esas fechas, se habían dado unos 6.000 nacimientos en este país y unos 300 en Gran Bretaña. Los datos provienen del "*Center for Surrogate Parenting*"<sup>1</sup> por lo que, al no tratarse de una compilación contractual el número actual real es desconocido.

El Informe preliminar de la conferencia de la Haya, sobre los problemas derivados de los convenios de Gestación Subrogada de carácter internacional de marzo de 2012, ya recogía un incremento de los contratos entre 2006 y 2010 de un 1.000% entre las cinco grandes agencias especializadas a las que habían consultado. Además los contratos internacionales habían incrementado en 2008 un 40%.

Aunque se sabe que en España hay personas que nacieron por Gestación Subrogada que ya están cerca de cumplir los treinta años, no fue hasta la aprobación del matrimonio igualitario (Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. BOE 2/7/05) cuando empiezan a surgir problemas respecto al registro, con las familias que han realizado en proceso en EE.UU.

La entrada en vigor de la Ley equiparó los derechos de las familias homoparentales a las heteroparentales y facilitó que las primeras pudieran recurrir a esta técnica en el extranjero.

El problema surge cuando, una familia homoparental que había tenido a dos niños por Gestación Subrogada solicita la inscripción de estos en el consulado de España en Los Ángeles y éste les deniega la inscripción. El propio cónsul reconoce en un diario Público (24/02/2010)<sup>2</sup> que todas las denegaciones de inscripción, hasta esa fecha, habían afectado a hombres homosexuales y que, hasta entonces, nunca había habido una denegación de inscripción a una familia heteroparental a pesar de que en su Consulado se registraba una tasa de natalidad cinco veces mayor que la de los residentes en España o en otras demarcaciones consulares (50,1 por mil.), solo superada, en aquel momento, por Níger.

Frente a esta situación y ya desde el año 2008 es cuando, las familias que han visto denegada la inscripción de sus hijos en el registro consular, se empiezan a agrupar y organizar para defender los derechos de sus hijos como hijos de españoles y crean un grupo de trabajo coordinado que, en 2013 da lugar a la Asociación "*Son Nuestros Hijos*". Esta Asociación se fundó tanto por las familias a las que les habían denegado la inscripción, como por otras que ya tenían hijos registrados o aquellas que se encontraban en proceso, ya fuera en EE.UU. o en otras partes del mundo.

Uno de los primeros logros conseguidos por ese grupo de trabajo, del que posteriormente surgió la Asociación "*Son Nuestro Hijos*", fue la Instrucción de la Dirección General de Registros y Notariado (DGRN) de 5 de octubre de 2010, que viene a dar respuesta a la inscripción de niños y niñas nacidos en el extranjero por Gestación Subrogada, siempre que se cumplan ciertos criterios como: que la filiación haya sido establecida por sentencia judicial en el país que haya tenido lugar el proceso y que quede demostrado que la mujer gestante ha prestado su consentimiento de manera libre y voluntaria. Uno de los problemas es que esta Instrucción deja fuera a aquellos niños nacidos en países donde no existe sentencia judicial y/o el trámite de la gestación se realiza a través de Notarios o a través de un procedimiento administrativo, como es el caso de Ucrania.

En Enero de 2013 nace la "*Asociación por la Gestación Subrogada en España*". Esta asociación agrupa a familias, que no tienen recursos económicos suficientes para poder acudir a aquellos países en los que la Gestación Subrogada es legal, y a mujeres españolas que se ofrecen como gestantes para las mismas.

El debate social sobre este asunto ha ido en constante aumento y se ha extendido en los últimos años hasta llegar a ocupar un amplio espacio en publicaciones, tertulias, radio, televisión, foros, congresos, etc., convirtiéndose en un foco de discusión interna en los partidos políticos, llegando incluso a los Parlamentos autonómicos a través de PL y PNL (Proposiciones de Ley y no de Ley).

Una de las últimas actuaciones en este sentido ha sido, la presentación por parte del grupo parlamentario de "*Ciudadanos*", de una Proposición de Ley que se prevé será debatida en el Congreso en breve.

## 2. Aspectos Sociales

La práctica clínica y los pacientes tienen que contar con su propio contexto histórico y cultural y, cuando se trata de evaluar a pacientes con problemas clínicos, hay que tener muy en cuen-

ta su orientación sociocultural. El psicólogo Jefferson Fish en su obra *“Cultura y Terapia”* nos habla de la necesidad de relacionar la terapia y la evaluación con el contexto cultural. Existen importantes diferencias culturales en la infertilidad, las formas de duelo, las relaciones familiares, el matrimonio y la manera de criar a los hijos. Nuestros propios supuestos de cómo las mujeres sienten y viven un embarazo se basan en la cultura y la historia. Las creencias sobre la privacidad y las expectativas sobre el deber de la familia extensa se ven afectadas por la cultura. En definitiva, los patrones culturales y sociales van a marcar la comprensión que los individuos tenemos del comportamiento y en el caso de la subrogación que desafía nuestra percepción cultural de las mujeres, el apego materno, el altruismo y la explotación, aun más.

No obstante, se debe considerar que estos patrones culturales no han sido estáticos a lo largo de los siglos, bien al contrario, han ido evolucionando con el desarrollo social e individual y en las últimas décadas los ciudadanos ha modificado sus creencias acerca de la infertilidad, el matrimonio, la familia, la crianza, el embarazo y el parto.

Por ejemplo, el concepto de familia en España se ha ampliado considerablemente y a día de hoy, en nuestra sociedad conviven distintos modelos en total armonía; la parentalidad y la filiación han dejado de ser conceptos rígidos, vinculados fundamentalmente a la genética, dando paso a múltiples posibilidades dentro la familia nuclear.

En la actualidad, la Gestación Subrogada es una técnica demandada por una parte importante de nuestra sociedad y viene a dar respuesta a numerosas familias en su deseo de ser padres:

- Familias Heteroparentales con incapacidad para gestar.
- Familias Homoparentales masculinas.
- Familias Homoparentales femeninas con incapacidad para gestar.
- Familias Monoparentales masculinas.
- Familias Monoparentales femeninas con incapacidad para gestar.
- Familias con progenitor transexual.

De nada sirven los esfuerzos que, desde los ámbitos científico, médico y hospitalario, se realizan para preservar la fertilidad de las personas transexuales o de mujeres que se van a someter a tratamientos quimioterápicos agresivos, si no se pone a su alcance una técnica que permita que esos gametos sean utilizados.

*Existen muchos países desarrollados que permiten la Gestación Subrogada, siempre que la mujer gestante no reciba una compensación económica, por ejemplo, Gran Bretaña, Sudáfrica, Canadá, Israel y partes de Australia. Aunque las regulaciones varían y están evolucionando, muchos de estos países incluyen tantas restricciones (en relación con la compensación económica, sobre a quién se le permite realizar el proceso, la necesidad de aprobación por órganos nacionales o su apuesta por un modelo altruista), que en algunos casos la Gestación Subrogada termina siendo una técnica infrutilizada o residual. De hecho, para evitar que esto suceda, en países como el Reino Unido se están planteando propuestas de modificación de la ley (Myth busting and reform Report of the Surrogacy UK Working Group on Surrogacy Law Reform. November 2015).*

En el caso de España, debemos partir de que es un país socialmente preparado para enfrentarse y aceptar nuevas realidades, ya que tiene un largo camino recorrido en relación con el

problema de la infertilidad desde hace décadas y, además, existe una demanda social real. De hecho, nuestra experiencia, con ciertas legislaciones que se podrían considerar como pioneras en otras cuestiones que resultan socialmente polémicas, ha sido en muchas ocasiones exitosa.

Por eso, no es descabellado pensar en un modelo para España de legislación progresista, acorde con la evolución que ha experimentado nuestra sociedad en la última década, que esté libre de influencias religiosas o prejuicios personales y, por supuesto, que compense económicamente a la persona que se encargará de gestar y preservar la vida durante nueve meses del hijo de otra familia.

Para ello, será necesario crear comisiones para estudiar el impacto en la política pública, sobre los servicios de salud, sobre las leyes que determinan la filiación y sobre las vidas de las familias que participan en el proceso. Establecer sistemas de control para evitar el abuso o la explotación y garantizar al máximo el cumplimiento de los derechos y obligaciones que asumen los distintos actores.

La Gestación Subrogada cuenta a día de hoy con una sólida evidencia científica y clínica avalada por la larga experiencia de estados como el de California (EE.UU.) con más de treinta años realizando procesos. Esta larga experiencia probada ha hecho que poco a poco otros países como Canadá, Bélgica, Grecia o Portugal hayan ido regulando esta TRHA, e incluso países como Reino Unido o Suecia, donde ya existía regulación en la materia, se estén planteando reformar esa regulación para hacerla todavía más accesible.

Como decimos, regular la Gestación Subrogada no es tarea fácil pues, aun siendo una técnica de reproducción asistida con participación de terceros, la participación de estos terceros requiere de un compromiso, un esfuerzo y unas garantías mucho mayores que los que pueden requerir otras técnicas así como de una evaluación mucho más exhaustiva de los participantes y, por supuesto, hay que analizar cuestiones esenciales de esta TRHA: de naturaleza médica, psicológica, ético-jurídica y económica. Por último, no debemos olvidar que esta técnica rompe con arraigadas reglas del derecho como el "*mater semper certa est*" (Lamm, 2012)<sup>3</sup>.

Por desgracia en España, donde contamos con una de las más avanzadas regulaciones de Europa (aunque siempre mejorable) en relación con otras técnicas de reproducción asistida, no contamos con una Ley que ampare la Gestación Subrogada y es aquí donde debemos incidir pues, aun conocedores de la dificultad añadida que conlleva, no deberíamos dejar que esto supusiera un impedimento para afrontar este reto y mucho menos cuando contamos con la experiencia de otros países, que llevan aplicando esta técnica de manera exitosa durante décadas, países estos que puede servirnos de referente y en cuyos procedimientos y legislaciones nos deberíamos apoyar para conseguir que nuestro país desarrolle una regulación innovadora a la vez que garantista, eficaz y eficiente; Porque no hay que olvidar que tanto peligro conlleva la ausencia de regulación, como un regulación deficiente.

En este momento, en el caso de la Gestación Subrogada en España, deberíamos hablar de "*Exilio reproductivo*", término que fue propuesto por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología en su 26th Annual Meeting (Roma, 2010)<sup>4</sup>, donde se recomendó usar "*exilio reproductivo*" cuando, en la búsqueda de los derechos reproductivos que todos tenemos, muchas personas se ven obligadas a exiliarse para poder ejercerlos.

Esto es lo que sucede en la actualidad en España en relación con la Gestación Subrogada, ya que las familias no cuentan con la posibilidad de realizar el proceso en nuestro país y se ven obligadas a salir al extranjero. “En los últimos años está técnica ha comenzado a ser utilizada cada vez con mayor frecuencia por españoles. Se suele hablar de turismo internacional de fertilidad o también de turismo procreativo o turismo reproductivo” (Durán-Ayago, 2013)<sup>5</sup>.

Como dice el Doctor Pedro Fuentes, en su artículo “Exilio reproductivo”<sup>6</sup>, este es un gesto de rebeldía frente a moralismos sociales que recortan derechos. De ahí que otros hayan propuesto hablar de “desobediencia civil reproductiva”.

Sin embargo, no olvidemos que a día de hoy, para otras técnicas de reproducción asistida que sí están reguladas en España, son muchas las personas que vienen a nuestro país en busca tratamientos que les son negados en sus países de origen, y por tanto, estas personas son también víctimas del “exilio reproductivo”.

Como hemos señalado, las técnicas de reproducción asistida chocan con una arraigada norma del derecho romano como la de “*Mater semper certa est*”, aforismo latino éste que otorgaba el papel de madre a la mujer que daba a luz. Pero, con la aparición de estas técnicas y de los mal llamados “nuevos modelos de familia”, delimitar jurídicamente a quien le corresponde el papel de madre ya no resulta tan fácil. ¿A quién se le debe otorgar ese papel?, ¿a la mujer que gesta al niño?, ¿a la mujer que aporta el óvulo para que nazca?, ¿a la mujer que acepta la responsabilidad jurídica y social del mismo?

Aunque la legislación española todavía se aferra a este aforismo, está claro que no es capaz de dar respuesta a las cuestiones que en este sentido plantean las TRHA y que la sociedad demanda.

Como reconoce la profesora de Derecho Internacional Privado Antonia Durán Ayago, el Art. 3 de la Convención de los Derechos del Niño defiende que la filiación del niño debe quedar determinada, puesto que así queda garantizado su interés superior. Y esta determinación se puede hacer conforme a:

- **Un criterio gestativo:** es hijo de la madre gestante
- **Un criterio genético:** es hijo de quien aporta el material genético
- **Un criterio social:** es hijo de la madre/padre comitente, esto es, de quien decide encargar a una mujer la gestación y parto de su hijo.

A los tradicionales tipos de filiación (natural y adoptiva) se añadiría ahora la **filiación Intencional**, concepto en el que se enmarcarían la filiación de las familias que han tenido hijos por Gestación Subrogada, así como también, el caso de matrimonios de mujeres (la pareja de la mujer que se somete a un TRHA). Los padres pueden compartir genética con sus hijos, si han aportado los gametos, pero esta ya no es necesaria para establecer la filiación. Esto también es así en otros modelos de familia (familias por adopción, familias por donación de gametos, familias de dos mujeres).



## FILIACIÓN INTENCIONAL



Fig. 1

Las familias por Gestación Subrogadas surgen a través de un proceso de construcción social, en el que los diferentes actores participan con su intención y puede que también con su biología para conseguir una filiación propia o ajena.

La profesora Mayte Echezarreta de la Universidad de Málaga habla de “*Filiación Colaborativa*”. La profesora Susan Golombok nos habla de “*Social Families*” (Familias Sociales)<sup>8</sup>.

## FAMILIA POR GS = PROCESO CONSTRUCCIÓN SOCIAL



Fig. 2

El deseo de asumir la filiación del recién nacido o menor es la mayor expresión de compromiso que realizan los padres ya que, de ello se derivan importantes obligaciones para con el

niño y la sociedad, que deberían contar con las máximas garantías jurídicas que protejan y ayuden a la familia a llevar a cabo esa labor que tan alta responsabilidad requiere.

La filiación en la Gestación Subrogada surge de un fuerte deseo de los padres por serlo, lo que les lleva a iniciar un proceso de profunda reflexión que y a una importante toma de decisión que hace que inicien un camino que les conducirá a aceptar un compromiso de por vida con su hijo y en el que tendrán que realizar un enorme esfuerzo en muchos sentidos (físico, económico, emocional, etc.), como le sucedería a cualquier progenitor o incluso mayor.

Todo esto encuadrado en un espacio y un tiempo determinado va a dar lugar al nacimiento de un niño, cuya vida no hubiera sido posible si en sus padres no hubiese nacido el deseo de tenerlo.



Fig. 3

Como expone la profesora Mayte Echezarreta de la Universidad de Málaga, en España el hecho de donar gametos no origina filiación en el donante ya que hay una ausencia de intención de filiación, que éste debe manifestar conocer al firmar el contrato o consentimiento informado.

La intención filial, más la aportación de óvulos, no determina la filiación en España, se requiere además el parto o reiterar la voluntad de filiación en un procedimiento de adopción, sin embargo y paradójicamente, la gestación de óvulos donados genera automáticamente filiación, por lo que sería necesaria la renuncia para evitarla.

Como reconoce la profesora Echezarreta, "*resulta curioso que el derecho no reconozca vínculo alguno a la persona que comparte con el nacido su material genético y además muestra intención*



*filial y sin embargo se le reconozca a la persona que lo ha gestado sin intención filial y sin aportar material genético”.*

Por lo tanto, no existe motivo alguno para no aceptar en nuestro ordenamiento jurídico la intencionalidad, como criterio para establecer la filiación de las familias que han tenido descendencia por Gestación Subrogada, máxime cuando, a día de hoy, ya existe una base jurídica en nuestra jurisprudencia<sup>9</sup>, de cara a reconocer dicha figura y la misma genera filiación en otros modelos de familia.

### *Gestación y Maternidad*

Como se ha comentado anteriormente, la Subrogación Gestacional, donde la mujer que aporta el óvulo no es la mujer que va a gestar al embrión, es el modelo de Gestación Subrogada más extendido a día de hoy en el mundo. Los motivos fundamentales son, por un lado, evitar la implicación genética de la mujer gestante con el futuro bebé y, por otro, que en aquellos casos en los que la madre de intención tenga ovarios funcionales pueda aportar sus óvulos para el proceso (de no ser así, se recurrirá a donación de gametos).

Ya desde hace bastante años existen trabajos de investigación en los que se pone de relieve que la gestación y la maternidad no son conceptos que estén indisolublemente ligados. La gestación implica función biológica (gestar, dar vida) en la mujer y la maternidad implica función materna (se asumen obligaciones y derechos, compromiso de cuidado y de educación, deseo de dar amor).

Recamier<sup>10</sup> utiliza el concepto de Maternaje para diferenciarlo del de Maternidad al que atribuye un componente exclusivamente biológico y habla de *“Conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad. Implica un plus al hecho biológico y requiere deseo de amor, cuidados, valoración, atención, compromiso, dedicación, entrega e ilusión”*.

Oiberman, Alicia<sup>11</sup>, por su parte argumenta:—*“Ser madre en la especie humana excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico”*.

Pero entender gestación y maternidad como conceptos que se pueden disociar y separar es algo que aunque puede estar determinado por el ámbito sociocultural y educacional, en última instancia pertenece a la esfera más íntima y personal de la mujer, sus creencias acerca del embarazo, la gestación, el parto, la familia y de la propia construcción de su identidad como ser humano. No todas las mujeres que quieren ser gestantes entienden la subrogación como la función de cuidar dentro de su útero al hijo de otra familia que tiene incapacidad para gestar, pudiendo existir en ellas ese deseo de ejercer la función materna. Y sobre este punto es necesario que los profesionales de la psicología pongan especial atención, ya que aceptar como gestante a una mujer que se puede ver o sentir madre del niño que va a nacer puede traer graves consecuencias para sí misma y para el resto de personas que participan en el proceso.

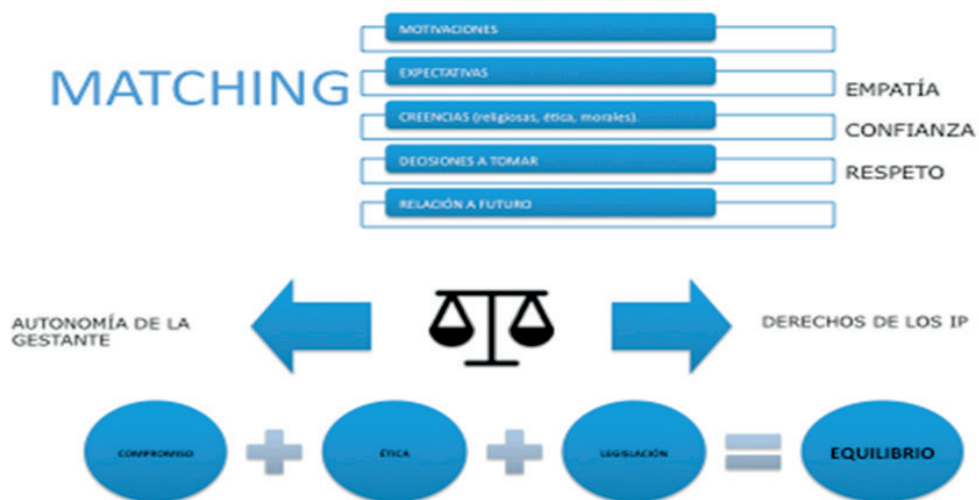
Si bien es cierto que en España la donación de gametos es anónima, defender el anonimato de la mujer gestante carecería de sentido pues, como veremos más adelante, una gran parte de la garantía de éxito de este proceso es precisamente la confianza y el respeto que se

establecen entre las mujeres gestantes y los padres de intención. La realización de un buen **matching** (emparejamiento) entre ambas partes será crucial para que se establezca una relación equilibrada y que genere las mismas expectativas en ambas partes.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta que el anonimato de mujeres gestantes y personas donantes, entraría en conflicto con los derechos del niño a conocer su origen biológico y reproductivo, y que las más recientes investigaciones sobre revelación de orígenes apuntan al hecho de que es importante respetar este derecho, ya que resulta lo más beneficioso para el futuro desarrollo del bebé.

Al igual que se hace con los futuros padres, a la mujer gestante y a las personas donantes (si las hubiera), se les tiene que explicar el proceso desde todos los puntos de vista (médico, psicológico, económico, ético, legal y emocional) haciendo también hincapié en los deberes, obligaciones y derechos que asumen.

A los pacientes (mujeres gestantes y padres de intención) se les entrega un cuestionario para su cumplimentación, con el fin de recabar la máxima información sea de tipo personal, como laboral, educativa, reproductiva, familiar, médica, etc. incluyendo preguntas concretas acerca de las expectativas, creencias y decisiones a tomar en todos y cada uno de los supuestos que se puedan dar durante el embarazo. Este cuestionario sirve de guía a los profesionales de cara a conseguir un correcto emparejamiento entre mujeres gestantes y padres de intención.



El *matching* o emparejamiento, entre la mujer gestante y su familia con los padres de intención, es uno de los puntos cruciales del proceso y del hecho de que este emparejamiento se realice de una manera adecuada, va a depender el equilibrio que se debe establecer entre la autonomía de la mujer gestante y los derechos de los padres de intención sobre su futura descendencia.

Este es el momento de poner sobre la mesa las motivaciones, expectativas, creencias o decisiones a tomar, en los distintos supuestos que se puedan dar durante el embarazo así como la relación que se pretende mantener en el futuro. Por supuesto, en todas estas consideraciones ambas partes tienen que estar en armonía de cara a conseguir generar una relación empática, de confianza y respeto que, junto con unos principios éticos asumidos por todos ellos y una buena legislación estatal, dará lugar al equilibrio necesario para el buen desarrollo de los acontecimientos.

Una vez reunidos todos los participantes del proceso y tras la firma de los correspondientes acuerdos o contratos de subrogación y/o donación, junto con los correspondientes consentimientos informados, se llevará a cabo la realización de las pruebas médicas de los diferentes interviniente (analíticas, espermogramas, ecografías, evaluaciones psicológicas, etc.).

### 3. Aspectos Psicológicos

Aunque inicialmente la evaluación psicológica de las mujeres gestantes era opcional a día de hoy resultaría impensable iniciar un proceso de Gestación Subrogada, que contara con las máximas garantías, si todos los participantes en el mismo no hubieran sido previamente evaluados por un profesional especializado.

Estas evaluaciones son recomendadas, tanto por las agencias gubernamentales, como pueden ser el caso de Australia y Reino Unido, como por sociedades profesionales, como la ASRM (American Society for Reproductive Medicine) o la ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), e incluso obligatorias por ley, como es el caso de Portugal y Canadá.

El papel fundamental del profesional de la salud mental, en las unidades de reproducción asistida con participación de terceros (como ocurre también en otros tratamientos para la infertilidad) consiste en:

- Evaluación de los participantes
- Preparación de los participantes.
- Educación de los pacientes.
- Acompañamiento y apoyo emocional de los participantes antes, durante y después del tratamiento.
- Intervención psicoterapéutica (aunque suele ocurrir de una manera muy ocasional).

De una parte se deben tener en cuenta los perfiles psicológicos de las partes, tanto el de la mujer gestante, como el de los padres de intención.

#### *Requisitos para ser mujer gestante*

Todas las mujeres que desean participar en un proceso de Gestación Subrogada, deberían reunir una serie de requisitos mínimos, para poder ser aceptadas como tales. En este sentido, siguiendo los criterios establecidos por la ASRM (American Society for Reproductive Medicine) y estudiando las propuestas de regulación que desde las asociaciones "*Son Nuestros Hijos*"

y la “Asociación por la Gestación Subrogada en España” se están llevando a cabo, podríamos resumir estos requisitos básicos en los siguientes:

- Edad entre 21 y 45 años.
- Tener hijos propios.
- Embarazos previos sin complicaciones.
- Contar con apoyo familiar.
- Tener estabilidad financiera y ausencia de necesidades económicas.
- Vivir en un entorno familiar estable y estructurado.
- Llevar una vida saludable que no ponga en riesgo el embarazo.
- Pasar una evaluación médica exhaustiva.
- Pasar por una evaluación psicológica (cognitiva y emocional).
- No haber tenido más de cinco embarazos o tres cesáreas.

Tanto la mujer gestante como los padres de intención han de firmar un consentimiento informado, en el que se establezca el motivo de la evaluación, los elementos que se van a utilizar (entrevista clínica, test, etc.), la experiencia del evaluador, la información que se va a transmitir al equipo médico, al equipo psicológico y a la otra parte, el registro y almacenamiento de esa información dejando claros los límites de la confidencialidad.

La primera entrevista de la mujer que quiere ser gestante con el equipo psicológico ha de ser una entrevista exclusivamente de asesoramiento. El objetivo de ésta entrevista ha de ser proporcionar a la mujer gestante, y su pareja (si la hubiera), una comprensión clara de los principales condicionantes psicológicos y de los riesgos asociados al proceso, por lo tanto, se sugiere que, de haberla, la pareja de la mujer gestante acuda a la entrevista.

En esta entrevista, se aclararán las limitaciones con las que cuenta este tipo de evaluación, ya que las pruebas psicológicas que vamos a realizar no predicen al 100% el comportamiento humano y no hay estudios a largo plazo sobre riesgos psicológicos.

Por otra parte, para preparar a la mujer gestante para el protocolo médico, también habría que examinar sus horarios y explicarle claramente los riesgos de cancelar un ciclo, de fracasar en un ciclo, de embarazo múltiple y las posibilidades de reducción selectiva, el aborto voluntario y la realización de pruebas prenatales.

La mujer gestante siempre tiene que tener derecho a rechazar cualquiera de estos tratamientos y, en su caso, debería informar al equipo y a los padres de intención. Debe existir un consenso entre ambas partes por lo que respecta a estos aspectos.

El psicólogo debe definir el rol que adopta en su relación con la mujer gestante y con los padres de intención.

La mujer gestante tiene derecho a pedir referencias sobre el profesional y su experiencia y a recibir consejo externo.

La mujer gestante debe tener la oportunidad de explorar durante las entrevistas las cuestiones psicológicas del embarazo y los riesgos de estrés emocional, incluyendo cuestiones cómo

la gestión de su relación con los padres, cómo hacer frente al embarazo, el riesgo de apegarse al bebé que pudiera tener la mujer gestante o su pareja (de tenerla) o sus hijos, el impacto que el embarazo puede tener en su matrimonio, el impacto que puede tener en su trabajo o con sus amistades o conocidos, el equilibrio entre su derecho a la intimidad y el derecho de los padres a la información.

Se debe alentar siempre una reunión de grupo, entre los padres de intención, la mujer gestante (y su pareja si la tuviera) y el psicólogo. Si los padres y la mujer gestante estuvieran siendo emparejados por un tercero, tiene que quedar claramente establecido el procedimiento para aceptarse y rechazarse mutuamente.

En todo caso, la mujer gestante debe recibir consejo legal y por separado de los padres de intención. Además, deberá quedar claramente reflejado que en ningún caso se podrán vulnerar sus Derechos Fundamentales, y por tanto, ella deberá tener la última palabra en la toma de decisiones que afecten a su cuerpo o su vida.

#### *Evaluación psicológica de la mujer gestante*

La entrevista clínica, es la herramienta imprescindible con la que cuenta el profesional de salud mental, para desempeñar su función. Ésta le sirve para observar y evaluar el comportamiento y las creencias de los participantes, No obstante, existe otros test y cuestionarios generales y/o específicos para evaluar otros aspectos que el profesional pueda considerar relevantes, como pueden ser, la calidad de vida, la ansiedad, el estrés o, de existir sospechas, la existencia de alguna patología que pueda interferir con la participación en el proceso.

- En la **entrevista clínica** a una mujer gestante se deben valorar y evaluar los siguientes aspectos:
  - Historia social, incluido el origen familiar.
  - Ocupación y situación económica.
  - Historial sexual y reproductivo.
  - Historial de desórdenes alimentarios o abuso de sustancias.
  - Historial de abusos sexuales y/o físicos.
  - Historial psiquiátrico.
  - Creencias religiosas que pueden influir en el comportamiento.
  - Madurez, juicio, asertividad y capacidad para tomar decisiones.
  - Estilo de personalidad y habilidades de afrontamiento.
  - Capacidad de empatía.
  - Estresores de la vida actual y cambios previstos en los próximos dos años.
  - Experiencia previa como gestante.
  - Motivación para ser gestante.
  - Apoyo de otras personas.
  - Red social
  - Deseo de tener más hijos propios.

- Anticipar el impacto que la experiencia de la gestante va a tener en sus hijos y otras personas importantes de su entorno.
  - Anticipar la duración y el tipo de relación que la gestante tendrá con los padres de intención.
  - Capacidad de separarse y renunciar al niño.
  - Sentimientos sobre embarazo múltiple, reposo en cama, hospitalización y pérdidas perinatales.
  - Sentimientos acerca de la abstinencia sexual.
  - Sentimientos sobre la decisión de terminar un embarazo, reducción selectiva, amniocentesis y muestreo de vellosidades coriónicas.
  - Conformidad con el acuerdo financiero.
  - Reacción ante la posibilidad de quedar estéril como consecuencia del proceso.
- Test y cuestionarios generales y/o específicos que se suelen utilizar para valorar a las mujeres que quieren ser gestantes, estarían:
    - Los **test de evaluación de medidas psicopatológicas**
    - Los **test proyectivos** (test en los que el sujeto o paciente puede proyectar tanto elementos de su personalidad como conflictos inconscientes que le pueden resultar desconocidos).
    - Instrumentos para la **medida de estresores actuales**.

En el caso de que una mujer quiera repetir el proceso y ser de nuevo gestante, debería ser sometida a una exploración adicional en la que se ha de tener en cuenta nuevamente su motivación, sus objetivos, los sentimientos, no alcanzados o no resueltos, sobre los embarazos anteriores, los riesgos físicos potenciales y el riesgo que puede suponer para su matrimonio y para sus hijos este deseo. No obstante, no se recomienda que una mujer pueda ser gestante más de tres veces en su vida.

En el caso de las mujeres sin hijos, claramente no deben ser gestantes pues deberían haber pasado por la experiencia del embarazo, del parto y haber ejercido la maternidad.

En el caso de que la mujer gestante y los padres intencionales sean familiares o conocidos, debe explorarse, además, si han existido conflictos en su historia relacional así como los métodos que han utilizado para hacer frente a esos conflictos. Deben también explorarse temas como la frecuencia en el contacto, la privacidad y el potencial impacto negativo que puede tener en la relación.

El marido o pareja de la mujer gestante también debe de ser evaluado de cara a establecer el nivel de apoyo, su madurez, motivación, juicio, deseo de relación con la padres, riesgo de embarazo múltiple, impacto del embarazo en la relación y los hijos.

También debemos evaluar la reacción del entorno social y comunitario de la mujer gestante y como esta decisión puede afectar a su entorno y su familia extensa.



### *Evaluación psicológica de los padres de intención*

Es necesaria la evaluación psicológica para asegurar que, la pareja o persona, entiende perfectamente la envergadura del proceso que va a realizar y es capaz de mantener una relación cálida y respetuosa con la mujer gestante. Nunca el propósito de esta evaluación ha de ser determinar la capacidad de los padres para ser padres. No estamos hablando de evaluación de idoneidad, como en la adopción, y ninguna otra técnica de reproducción asistida, con participación de terceros, exige esta idoneidad para ser llevada a cabo.

Esta evaluación consistirá en una entrevista clínica que incluya la historia de fertilidad de la pareja, las estrategias de afrontamiento que poseen y demás elementos que conforman la entrevista de la mujer que quiere ser gestante. Al igual que con la mujer gestante, en este caso, el psicólogo o evaluador podrá decidir el empleo de test y cuestionarios si los considera necesarios para la evaluación.

Debe programarse una sesión específica que ayude a la pareja o persona a prepararse para su futura relación con la mujer gestante. Esta sesión debería incluir hablar de:

- Relación deseada y expectativas con respecto a la gestante.
- Hablar sobre las necesidades emocionales y físicas de la mujer gestante y su familia.
- Entender los problemas de ("*mi cuerpo - tu hijo*").
- Derechos de la mujer gestante a rechazar intervenciones médicas como la amniocentesis, muestreo de vellosidades coriónicas, reducción selectiva o aborto.
- Número de embriones a transferir y número de ciclos programados.
- Deseos de la mujer gestante respecto al número de ciclos, intervenciones médicas y embarazos múltiples.
- Embarazo múltiple y riesgos asociados.
- Reducción selectiva y preocupaciones psicológicas.
- Aborto terapéutico en caso de un feto anormal.
- Comportamiento de la mujer gestante durante el embarazo y cómo manejar los conflictos que puedan surgir (Ej. hábitos alimenticios, medicamentos, alcohol, etc.).
- Intención de revelar a la descendencia.
- Cómo contarle a familiares y amigos.
- Relación futura con la mujer gestante y su familia.
- Necesidad de que la mujer gestante y sus hijos interactúen con el bebé después del nacimiento.
- Disposición de embriones adicionales.
- Sentimiento que produce el embarazo de la mujer gestante.
- Necesidad de consulta legal separada y contratos por escrito.
- Posible reacción de culpabilidad de la mujer gestante en intentos fallidos o si ocurren problemas.
- Explicación de los procedimientos médicos.

El éxito de un acuerdo de Gestación Subrogada depende, en gran medida, de la compatibilidad entre todas las partes involucradas.

La compatibilidad de estilos de personalidad, puede ser un factor muy significativo para que la experiencia proporcione una relación satisfactoria a ambas partes pero, hay que tener en cuenta que, ni con una evaluación muy minuciosa y la posterior recomendación de un candidato se puede garantizar un resultado positivo.

Se debe permitir que la mujer gestante escoja a los padres de intención a los que desea ayudar y, tanto la mujer gestante como los padres de intención, deben tener derecho a rechazarse mutuamente.

Se recomienda tener la sesión de grupo con un profesional de salud mental y todas las partes (incluida la pareja de la mujer gestante) antes suscribir un acuerdo de compromiso final.

En el supuesto caso de que la mujer gestante tenga dificultades o si se producen malentendidos, ésta debe ser convenientemente asesorada.

Igualmente, el asesoramiento a los padres de intención debe estar presente y ser continuado a lo largo de todo el proceso.

Uno de los problemas más difíciles y decepcionantes para todos es, el continuo fracaso en la consecución del embarazo, a pesar de haber realizado todos un enorme esfuerzo. Las distintas experiencias de vida, que las dos familias han tenido con la reproducción, hacen que tengan diferentes puntos de vista acerca del éxito de la fertilidad y lo que es y no es normal. Existen diferencias culturales y religiosas que tienen un impacto enorme en sus vidas y en sus ideas acerca de la reproducción.

Hablar sobre estas cuestiones aumenta la empatía y minimiza malentendidos que en el futuro pueden resultar dolorosos.

Los problemas de la infertilidad no terminan con el embarazo. Cuando las mujeres gestantes tienden a sentirse positivas y eufóricas, los padres de intención pueden sentirse ansiosos, preocupados, deprimidos o cautelosos y, sin entender la posición del otro, pueden surgir discusiones acerca de la atención médica, los cuidados prenatales, los tiempos de reposo, el entusiasmo demostrado o la cantidad y calidad de la información recibida.

Las cuestiones de confianza y control son importantes fuentes de conflicto en la Gestación Subrogada y esto obligará a los padres a decidir cuándo dejar pasar una preocupación o cuando plantearla, por ello tienen que tener presente que, esta relación que han establecido ha de estar basada en la confianza y tienen que estar claramente establecidas las limitaciones de cada parte y lo que es realmente importante.

El profesional de la salud mental puede ser muy útil en estos casos, ya que puede ayudar a las familias a distinguir aquello importante de aquello que hay que dejar pasar.

Un apoyo crucial, que pueden prestar los profesionales de la salud mental a las familias, es en el momento del cierre. Es muy importante tener un buen adiós con buenos resultados, para ello es útil planificar el parto y el contacto en el postparto. Cuidarse de atender a cada

familia para que estas permanezcan integras y felices. Todos necesitamos sentirnos válidos y valiosos, las gestantes no han de sentirse utilizadas o empujadas de una manera precipitada a un lado. Los padres han de sentirse seguros y con las cosas claras en lo que respecta a la mujer gestante después del parto. Por eso, en estos momentos es muy útil el intercambio de regalos, recuerdos o cartas de agradecimiento.

Una despedida respetuosa, cálida y cariñosa minimiza los sentimientos negativos que puedan surgir en la mujer gestante, ayuda a la familia a sentirse segura y proporciona una historia positiva que contar a su hijo. Siendo este el mejor escenario posible para todos.

#### 4. Conclusiones

La Gestación Subrogada es, como reconoce la OMS en su glosario de 2009, una técnica de reproducción asistida con participación de terceros, cuya evidencia científica y clínica ha sido constatada en diversos países como EE.UU., donde lleva practicándose desde hace décadas con éxito.

Los términos “Gestación Subrogada” y “Gestación por Sustitución” han sido adoptados por distintas sociedades médicas mundiales y son empleados en la legislación española para referirse a esta técnica de reproducción asistida.

La aparición de la FIV en 1978 y la donación de ovocitos en 1983, prepararon el camino para una nueva forma de reproducción asistida, la “Subrogación Gestacional”, que es la que hoy en día se practica en buena parte del mundo desarrollado. El niño es concebido usando óvulos extraídos de la madre de intención o de una donante y fecundados con el esperma del padre de intención o de un donante. La gestante gestaría (valga la redundancia) al hijo de una pareja o una persona sola, pero no tendría ningún vínculo genético con el bebé que crece en su útero.

El tratamiento médico y los protocolos de actuación clínicos han quedado sólidamente establecidos, desde hace ya varios años, en aquellos países que cuentan con una larga experiencia en esta técnica. Tratamientos y protocolos, muy similares a los que se realizan en nuestro país, en los casos de donación de óvulos, pero con una inversión de roles. La evaluación y tratamiento que se aplicaría a la madre de intención (en caso de aportar el óvulo) sería la que se aplicaría a la donante y la evaluación y tratamiento, que se aplicaría a la mujer gestante, sería el que se aplica a la madre.

Las evaluaciones, tanto médicas como psicológicas, han de ser exhaustivas y han de realizarse tanto a la mujer gestante como a los padres de intención. Los profesionales deben valorar especialmente, que la mujer gestante comprende las implicaciones físicas, psicológicas y legales de su participación en el proceso y que la finalidad del mismo es gestar al hijo de la familia a la que ha decidido ayudar. Por tanto, cuidará del niño durante un periodo de tiempo en el que sus padres no pueden pero, en ningún caso, el niño que dará a luz será su hijo. Respecto a los padres de intención, los profesionales deben prestar especial atención al hecho de que estos comprenden el proceso en todas sus dimensiones (físicas, psicológicas y legales) y que son capaces de mantener con la gestante una relación de equilibrio, confianza y respeto (mi hijo / tu cuerpo).

Para ello será necesario contar con una regulación que proteja al máximo a todas las partes y muy especialmente al niño que va a nacer. Una regulación que evite la explotación, el abuso y que proteja a los menores, garantizando la participación libre, consciente e informada de todos los actores. Una regulación garantista, pero no excesivamente intervencionista, que deje espacio a las personas para que puedan formar los vínculos relacionales que cada uno desee y en la cual se pueda contemplar una retribución económica para la mujer gestante, que compense los riesgos que entraña la labor que va a desempeñar, pero sin que ésta sea nunca la motivación fundamental para su participación. Este deberá ser otro de los puntos centrales a tratar en las evaluaciones psicológicas de la mujer gestante.

Por lo tanto, siendo la Gestación Subrogada, una técnica de reproducción asistida, que puede ayudar a muchas personas a completar su proyecto familiar, dando lugar a nuevas realidades sociales y familiares y pudiendo aportar mucha felicidad a todas y cada una de las personas que en ella participan, podríamos decir que, la necesidad de proceder a su implementación y regulación normativa en nuestro país resulta de vital importancia y se está convirtiendo en una demanda apremiante de la sociedad actual, como resultado de la evolución que ésta ha experimentado en las últimas décadas.

---

## Bibliografía

### Libros

- Arranz Freijo, Enrique –Oliva Delgado, Alfredo (Coordinadores) “Desarrollo Psicológico en las nuevas estructuras familiares”. Editorial Pirámide.
- Diane Ehrensaft, PhD. *Mommies, Daddies, Donors, Surrogates (Answering tough Questions and Building Strong Families)*.
- Golombok Susan. *Modern Families. Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge University Press. (2015). Capítulo V. Familias de Gestación Subrogada.
- Jefferson F. *Culture and Therapy: An Integrative Approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1966; 21–20.
- Moya Albiol, L. “La empatía”. Plataforma Editorial, Barcelona, 2014 (120-122).
- Sharon N. Covington (Editor), Linda Hammer Burns (Editor). *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (370-386).
- Sharon N. Covington (Editor). *Fertility Counseling. Clinical Guide and Case Studies*.

### Artículos

- Cabezudo Bajo, María José, “Avances hacia una regulación de la gestación por sustitución en España en base al modelo regulado en el Estado de California”, *Revista de Derecho de Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada / Law and the Human Genome Review. Genetics, Biotechnology and Advanced Medicine*, Núm. 46 Enero-Junio 2017.
- Durán Ayago, Antonia. *Construyendo la filiación Intencional notas sobre la gestación por sustitución y su legalización en España*. (2013).
- Echezarreta, Mayte. Universidad de Málaga, España. *Revista internacional de ciencias sociales*. <http://journals.epistemopolis.org/index.php/csociales/article/view/792/360>

Imrie S – Jadva V. “The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements”. Centre for Family Research, Department of Psychology, University of Cambridge.

Lamm, Eleonora (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Argentina) “Gestación por sustitución. Realidad y Derecho.” Indret 34-39. Disponible en: [http://www.indret.com/pdf/909\\_es.pdf](http://www.indret.com/pdf/909_es.pdf).

Resnick R. Surrogate Mothers: Relationship between Early Attachment and the Relinquishment of the Child. Dissertation. Santa Barbara, CA: Fielding Institute, 1989.

### Páginas Web

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.900.264&rep=rep1&type=pdf>

<http://www.creatingfamilies.com> (Center for Surrogate Parenting)

<http://www.gestacionsubrogadaenespaña.es>

<http://www.sonuestroshijos.com>

<https://www.kent.ac.uk/law/research/projects/current/surrogacy/Surrogacy%20in%20the%20UK%20Report%20FINAL.pdf>

### Documentos

Alamá, Pilar. Máster en infertilidad: Aspectos Psicosociales, Médicos y Legales. Esterilidad. (Universidad de Valencia – IVI).

Hague Conference on Private International Law: a preliminary report on the issues arising from international surrogacy arrangements (March 2012).

Instrucción de 5 de octubre de 2010, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución.

Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el código civil en materia de derecho a contraer matrimonio (BOE núm. 157 de 02/07/2005).

Myth busting and reform Report of the Surrogacy UK Working Group on Surrogacy Law Reform (November 2015).

Núñez R, Feíto L y Abellán F Coordinadores del trabajo: Bases Generales para la Regulación en España de la Gestación por Sustitución. Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad).

Proposición de Ley de la Asociación por la Gestación Subrogada en España.

### Notas

1. Sharon N. Covington (Editor), Linda Hammer Burns (Editor). Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians (371). Synesiou K. Personal conversation. Encino, CA. 12 February, 2005
2. <https://es.slideshare.net/Fcesc/2010-02-24-la-felicidad-es-no-tener-jefes-e-ir-andando-al-trabajo>
3. Lamm, Eleonora (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Argentina) “Gestación por sustitución. Realidad y Derecho.” Indret, 5. Disponible en: [http://www.indret.com/pdf/909\\_es.pdf](http://www.indret.com/pdf/909_es.pdf).
4. Prof. Marcia C. Inhorn (Yale University), antropóloga especialista en infertilidad, quien habló de la percepción del fenómeno de la CBRC desde la perspectiva de los individuos que acceden a las TRA; de su incardinación en la “antropología de la globalización”; de la necesidad de sustituir el lenguaje del “turismo reproductivo” por el de “exilio reproductivo”, más fiel a la realidad; del rol de la CBRC en la estratificación de la reproduc-

ción, puesto que sigue vedando el acceso a las TRA a los individuos con menor poder económico; y de la necesidad de respuestas a nivel internacional para erradicarlo.

5. Durán Ayago, Antonia. Construyendo la filiación Intencional notas sobre la gestación por sustitución y su legalización en España. (2013).
6. <http://www.cascaraamarga.es/opinion/68-opinion/14018-exilio-reproductivo.html>
7. Echezarreta, Mayte. Universidad de Málaga, España. Revista internacional de ciencias sociales. <http://journals.epistemopolis.org/index.php/csociales/article/view/792/360>
8. Golombok Susan. Modern Families. Parents and Children in New Family Forms. Cambridge University Press. (2015).
9. Sentencia No: 836/2013 de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo: "... en el presente caso, probado el propósito común de ambas mujeres para recurrir a la técnica de reproducción asistida, así como la existencia de una posterior unidad familiar entre las dos convivientes y el hijo biológico de una de ellas, el consentimiento prestado en su momento, por la conviviente que no es la madre biológica del menor, vino investido por un claro interés moral o familiar plenamente legitimado en su aspiración de ser madre, cuya efectividad depende, precisamente, del éxito de la acción entablada."
10. Racamier, P.C. (1979). De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris: Payot.
11. Oberman Alicia. Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. (Resumen). <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico5/5Psico%2009.pdf>