



Gestación subrogada en la Unión Europea centrada en los derechos y repercusión en la mujer gestante

Martín-Rodríguez Sofía^a, Martín-Lesende Iñaki^b

(a) *Graduada en Derecho por la UNIR, La Rioja, España.*

(b) *Médico de Familia en el Centro de Salud Indautxu (OSI Bilbao-Basurto), Departamento de Medicina y coordinador de la asignatura Medicina de Atención Primaria de la EHU, Leioa, España.*

Recibido el 29 de abril de 2025; aceptado el 15 de mayo de 2025

PALABRAS CLAVE

Gestación subrogada.
Mujer gestante.
Contratos.
Agencia intermediaria.

Resumen:

En la gestación subrogada (GS) una mujer lleva a cabo un embarazo en beneficio de terceros. En la Unión Europea (UE), solo Grecia y Portugal contemplan legislación que permite la GS altruista, en tanto la mayoría de Estados la prohíben o carecen de regulación explícita. Esta situación propicia prácticas clandestinas que pueden vulnerar los derechos y la salud de la gestante.

Objetivo:

Describir la situación legal de la GS en la UE, con énfasis en España, Grecia y Portugal, valorando los riesgos médicos y psicoemocionales que asume la mujer gestante, así como el rol de las agencias intermediarias y clínicas de reproducción humana asistida.

Material y métodos:

Revisión bibliográfica de normativa, jurisprudencia, literatura científica y documentos de organismos oficiales, complementada con consulta a expertos (por ej. en una jornada académica sobre la GS en el Colegio de Médicos de Bizkaia). Analizando especialmente la repercusión legal, médica y social en la gestante, así como el entramado de esta práctica en la UE.

Resultados:

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) y la auto-inseminación implican riesgos físicos y psíquicos para la gestante. Las agencias intermediarias y clínicas frecuentemente se registran con actividades ficticias, publicitan supuestos "procesos garantizados" y redactan contratos abusivos y no transparentes. En Grecia convive una GS "altruista" con redes de GS comercial clandestina. En Portugal, donde se aprobó recientemente la GS altruista, la práctica real es casi inexistente. En España, prohibida por ley, se recurre a la GS en el extranjero, registrándose también frecuentes casos clandestinos.

Conclusiones:

La falta de regulación unitaria en la UE potencia la clandestinidad y vulnerabilidad de la mujer gestante. Se evidencian violaciones de derechos fundamentales, desequilibrio contractual y riesgos médico-psicológicos considerables. Se aboga por una legislación europea uniforme, en ambos sentidos de permisividad, que proteja de manera efectiva a la gestante frente a abusos y explotación.

© 2025 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Haurdunaldi subrogatua.
Haurdun dagoen emakumea.
Kontratuak.
Bitartekari-agentzia.

Europar Batasunean subrogatutako haurdunaldia, haurdun dauden emakumeen eskubideetan eta haiengan duen eraginean oinarrituta**Laburpena:**

Haurdunaldi subrogatua (GS) honetan datza: emakume batek hirugarrenen onurarako egiten du haurdunaldia. Europar Batasunean (EB), Greziak eta Portugalek soilik jasotzen dute GS altruista baimentzen duen legeria, estatu gehienek debekatzen baitute edo ez baitute berariazko arauketarik. Egoera horrek praktika klandestinoak bultzatzen ditu, haurdunaren eskubideak eta osasuna urra ditzaketenak.

Helburua:

GSk Europar Batasunean duen legezko egoera deskribatzea, Espainian, Grezian eta Portugalen arreta berezia jarritz, haurdun dagoen emakumeak bere gain hartzen dituen arrisku medikoak eta psikoemozionalak baloratuz, bai eta bitartekaritza-agentzien rola ere.

Materiala eta metodoak:

Araudiaren, jurisprudentziaren, literatura zientifikoaren eta erakunde ofizialen dokumentuen berrikuspen bibliografikoa egin zen, eta, horrez gain, adituei kontsulta egin zitzaion (adibidez, Bizkaiko Sendagileen Elkargoko GSri buruzko jardunaldi akademiko batean). Bereziki, haurdun dagoen emakumearengan lege-, medikuntza- eta gizarte-arloan duen eragina aztertuz, bai eta praktika horrek EBN duen egitura ere.

Emaitzak:

Lagundutako ugalketa-teknikek eta auto-intseminazioak arrisku fisikoak eta psikikoak dakartzkio haurdun dagoen emakumeari. Agentzia bitartekari eta klinikoak maiz fikziozko jarduerekin erregistratzen dira, "prozesu bermatuak" iragartzen dituzte eta abusuzko kontratuak eta kontratu ez-gardenak idazten dituzte. Grezian, GS "altruista" bat GS komertzial klandestinoko sareekin batera ematen da. Portugalen, non duela gutxi onartu baitzen GS altruista, ia ez dago praktika errealik. Espainian, lege debekatuta, GSra jotzen da atzerrian, eta noizean behin gertatzen dira kasu klandestinoak.

Ondorioak:

EBn erregulazio adosturik ez egoteak erraztu egiten du haurdun dagoen emakumearen klandestinitatea eta kalteberatasuna. Oinarritzko eskubideen urraketak, kontratu-desoreka eta arrisku mediko-psikologiko handiak nabarmentzen dira. Europako legeria uniformearen alde egiten da, haurdun dagoen emakumea gehiegikerietatik eta esplotaziotik eraginkortasunez babesteko.

© 2025 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Surrogate maternity.
Pregnant woman.
Contracts.
Agency-health systems.

Surrogacy in the European Union: Focused on the rights and impact on the surrogate mother**Abstract:**

Surrogacy is when a woman carries a pregnancy for the benefit of a third party. In the European Union (EU), only Greece and Portugal have legislation that allows altruistic gestational surrogacy, while most states prohibit it or lack explicit regulation. This situation encourages clandestine practices that may violate the rights and health of the pregnant woman.

Objective:

To describe the legal situation of surrogacy in the EU, with special emphasis on Spain, Greece and Portugal, assessing the medical and psycho-emotional risks assumed by the pregnant woman, as well as the role of intermediary agencies.

Material and methods:

A bibliographic review of regulations, jurisprudence, scientific literature and documents from official institutions was carried out, complemented by consultation with experts (e.g. at an academic conference on surrogacy at the Official College of Physicians of Bizkay). In particular, the legal, medical and social repercussions on the pregnant woman were analyzed, as well as the framework of this practice in the EU.

Results:

Assisted reproduction techniques and self-insemination involve physical and psychological risks for the pregnant woman. Intermediary agencies and clinics often register with fictitious activities, advertise supposedly 'guaranteed processes' and draw up abusive and non-transparent contracts. In Greece, 'altruistic' surrogacy coexists with clandestine commercial surrogacy networks. In Portugal, where altruistic surrogacy was recently approved, the actual practice is almost non-existent. In Spain, which is prohibited by law, surrogacy is used abroad, while sporadic clandestine cases are recorded.

Conclusions:

The lack of harmonized regulation in the EU facilitates clandestinity and the vulnerability of pregnant women. Violations of fundamental rights, contractual imbalance and considerable medical-psychological risks are evident. There is a call for uniform European legislation that effectively protects the pregnant woman against abuse and exploitation.

© 2025 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

La gestación subrogada (GS) es un proceso por el cual una gestante lleva a término un embarazo en beneficio de otras personas (padres intencionales o comitentes). De acuerdo con la Real Academia Española (RAE), gestar se define como "llevar y sustentar en su seno el embrión o feto hasta el momento del parto", mientras que subrogar significa "sustituir o poner a alguien o algo en lugar de otra persona o cosa".

Esta práctica recibe múltiples denominaciones ("maternidad subrogada", "vientre de alquiler", ...), si bien en este trabajo se mencionará como gestación subrogada, por ser la denominación más extendida en los textos especializados de ámbito jurídico y bioético, además de considerarse más respetuosa y apropiada, puesto que la maternidad es una realidad en la que el embarazo es solo uno de los aspectos y el artículo gira en torno a la gestación y la gestante.

La gestación subrogada puede clasificarse en tradicional o parcial (la gestante aporta su propia carga genética) y completa o gestacional (el embrión procede de la madre intencional o de una donante de óvulos, sin carga genética de la gestante). También se distingue según su finalidad¹:

- **Altruista:** la gestante no recibe compensación económica, salvo la cobertura de gastos directamente derivados del embarazo.

- **Lucrativa o comercial:** tiene por objetivo el intercambio de la capacidad de gestar de una mujer por una contraprestación económica de quienes solicitan el servicio.

La legislación sobre gestación subrogada en los países de la Unión Europea presenta gran diversidad, sin existir un marco normativo unificado ni a nivel internacional ni regional² (**Figura 1**). Desde 1989, el Parlamento Europeo ha adoptado una postura contraria a esta práctica, considerándola una violación de la dignidad humana, como quedó reflejado en su Informe de 2015 sobre derechos humanos y democracia^{3,4}. Por su parte, el Consejo de Europa ha abogado porque los Estados miembros prohíban y sancionen la GS. Por otro lado, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ha priorizado el interés superior del menor, obligando a reconocer la filiación de los niños nacidos por GS, incluso en Estados donde esta práctica está prohibida². Recientemente, el 23 de enero de 2024, el Consejo Europeo anunció que la GS es un tipo de explotación que entra dentro de la definición de trata, junto con el matrimonio forzado y la adopción ilegal⁵.

En la Unión Europea (UE), la gran mayoría de Estados prohíbe la GS o carece de legislación específica que la regule. Solo Grecia y Portugal han aprobado leyes que permiten la modalidad altruista de la GS. Este desequili-

brio y vacío normativo impulsa el denominado turismo reproductivo, por el cual los padres intencionales viajan a países donde la GS es legal para formalizar un contrato de subrogación. Posteriormente, regresan con el recién nacido a su país de origen enfrentándose a problemas de reconocimiento legal de la filiación derivados de la prohibición de dicha práctica. Es cada vez una opción más recurrida, no solo para parejas con un problema de infertilidad diagnosticado, sino para personas con un poder adquisitivo suficiente que deciden no exponerse a los riesgos del embarazo.

Entre los múltiples debates éticos y jurídicos, se encuentra la vulneración de derechos de la gestante, dado que muchas veces se redactan contratos con cláusulas sumamente restrictivas y se ejerce un control excesivo sobre su vida y decisiones médicas. Estos hechos ponen de manifiesto la situación de desprotección en la que se encuentra la gestante, especialmente cuando se combina con precariedad económica o ausencia de una cobertura legal efectiva.

Y es que tanto en España como en los países de nuestro alrededor, el interés social y jurídico tiende a con-

centrarse predominantemente *ex post factum*, una vez nacido el niño, y se proyecta casi exclusivamente sobre el reconocimiento de la filiación, lo cual en modo alguno minimiza la importancia de las cuestiones relativas a los aspectos contractuales, y cuando hay intervención normativa nos encontramos con el interés infalible del niño que se dice superior y que prevalece en caso de conflicto con el resto de los participantes, incluso sobre el interés de la madre gestante⁶.

Otra problemática reiterada que encierra a los Estados en un círculo vicioso tiene mucho que ver con su internacionalidad, y se presenta cuando un sistema que *ex ante* rechaza la gestación subrogada por considerarla contraria a cualquier tipo de valor superior, se ve obligado a dejar de lado dicha concepción y a admitir unas consecuencias que no se hubieran generado en una situación puramente interna. Del mismo modo que, en ocasiones, un sistema que solo admite la gestación por sustitución altruista debe lidiar con los efectos de una gestación por sustitución comercial llevada a cabo en el extranjero⁶.

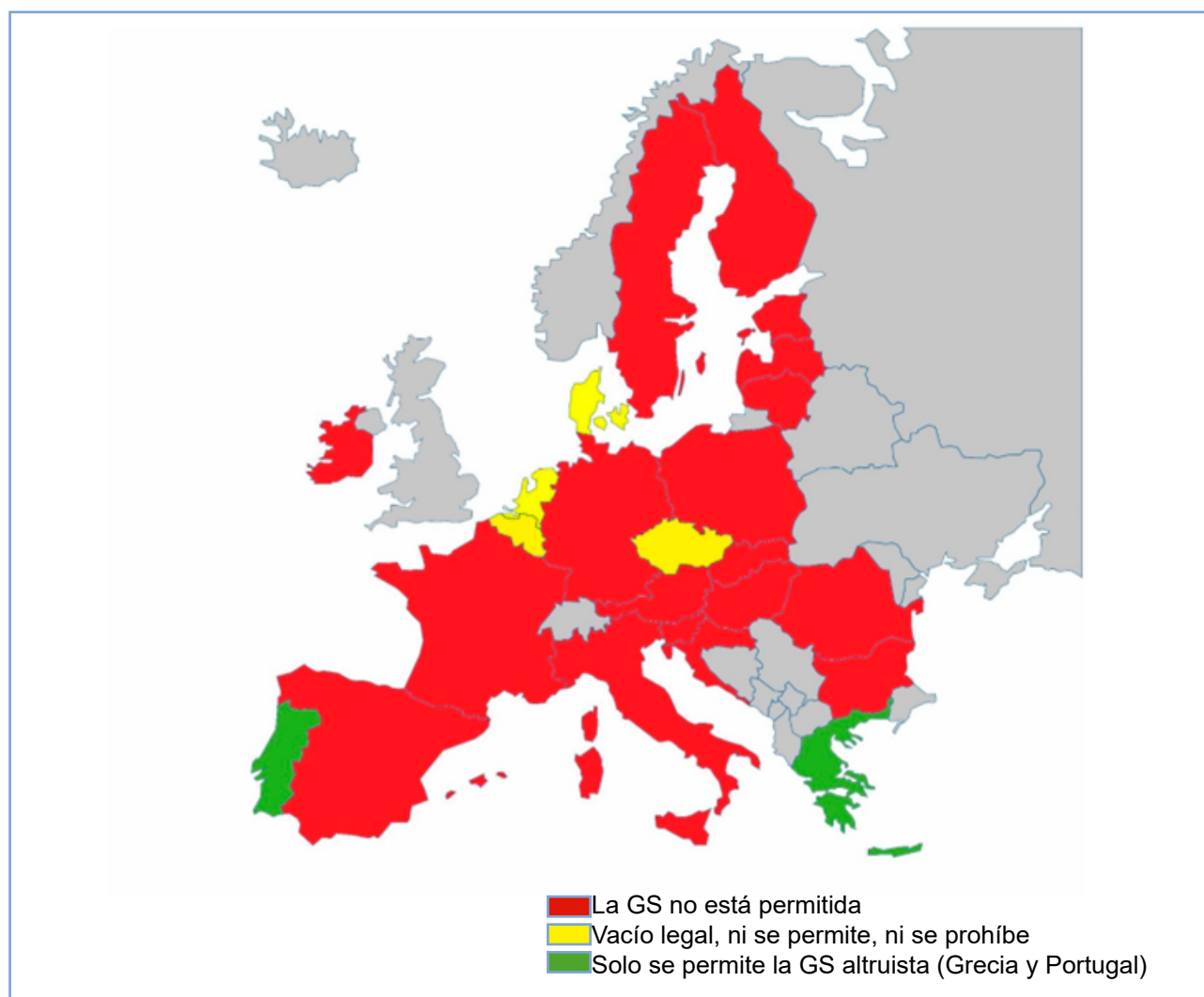


Figura 1. Legislación actual sobre GS en los países de la UE. Elaboración propia.

El objetivo del presente trabajo es describir la situación legal y perspectiva de la mujer gestante en la GS dentro de la UE, haciendo hincapié en España, Grecia y Portugal; analizando los riesgos médicos y psicoemocionales asociados, la actividad de las agencias intermediarias y la respuesta de los organismos internacionales ante este fenómeno.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica integradora, complementada con entrevistas a expertos del ámbito jurídico y médico. Se compiló la información relevante sobre la GS en la UE, centrándose en la gestante.

Estrategia de búsqueda

Se utilizaron los siguientes descriptores en bases de datos y repositorios de literatura: *surrogate maternity, surrogate mother, surrogate motherhood, surrogacy, gestational surrogacy, assisted reproductive techniques, surrogacy agency* (en inglés); gestación subrogada, gestante, contrato de gestación, técnicas de reproducción asistida (en español). Se incluyeron estudios y documentos publicados en los últimos 17 años, con énfasis en la dimensión legal y bioética de la GS. También se incorporaron noticias de prensa y fuentes institucionales que describen casos concretos o análisis jurídicos de la GS en Europa. Respecto a la legislación, se analizó la normativa más reciente y vigente en la actualidad, atendiendo a su vez a la legislación previa que ha sido modificada o derogada para entender su evolución. Los criterios de inclusión aplicados durante el proceso de búsqueda y selección contemplaron fuentes de derecho y medicina, así como legislación de los Estados miembros de la UE.

Para la identificación de artículos, libros y documentos pertinentes, se realizó en primer lugar una revisión, por parte de los autores, de abstracts, resúmenes incluidos en los propios textos o, en su defecto, en fuentes complementarias como páginas web y bases de datos, con el fin de asegurar la relevancia y coherencia temática con los objetivos del estudio.

Fuentes de información

Bases de datos especializadas (Dialnet, VLEX, Tirant lo Blanch, Aranzadi), documentación institucional (Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida de España, Observatorio de la Imagen de las Mujeres del Ministerio de Igualdad de España, informes del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa), entrevistas a expertos (médicos especialistas en ginecología y TRHA, y juristas especialistas en Derecho de Familia e Internacional Privado), considerando también la jornada “La gestación subrogada en Europa: entre la prohibición y la regulación”, organizada por el Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia en mayo de 2024. Asimismo, se revisó normativa y jurisprudencia de la UE (sentencias del Tribunal Constitucional de Portugal, del Tribunal Supremo de España y disposiciones legislativas de Grecia).

Se seleccionaron 30 documentos y artículos de mayor calidad y más apropiados para su análisis detallado de un total de 200 preseleccionados, y la información se sintetizó siguiendo las categorías temáticas:

1. Riesgos para la salud de la gestante.
2. Agencias intermediarias y contratos; vulnerabilidad y derechos fundamentales.
3. Legislación de la UE (Grecia, Portugal, España), añadiendo, en la discusión, propuestas de mejora y tendencias futuras.

Resultados

1. Riesgos para la salud (médico-quirúrgicos y psicoemocionales) de la gestante

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), fecundación *in vitro* convencional (FIV, extracción de óvulos de la gestante o de una donante de óvulos para poder fecundarlos con espermatozoides) o con inyección intracitoplasmática (ICSI, procedimiento de FIV mediante el cual se inyecta un espermatozoide directamente en el interior del óvulo), el diagnóstico genético preimplantacional (DGP, que tiene como finalidad detectar posibles anomalías en el material genético de cara a elegir los embriones de mayor calidad para transferirlos al útero materno, que conlleva una biopsia embrionaria), y la inseminación artificial (IA, se introduce semen en el útero de la mujer dejando que la fecundación se produzca naturalmente), que se usan ampliamente en la GS, implican⁷⁻¹¹:

- Estimulación ovárica, con riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) por respuesta excesiva a los fármacos hormonales, con complicaciones como ascitis, dolor, edemas, disnea, taquicardia, hemorragias o trombosis.
- Punción folicular, con posibilidad de dañar estructuras pélvicas, causar hemorragias e infecciones¹².
- Embarazos múltiples frecuentes, que aumentan la tasa de partos prematuros, preeclampsia, hipertensión, diabetes gestacional, aborto espontáneo y cesárea, o hemorragias periparto¹³; no es inusual que debido al alto coste del tratamiento y al imperante deseo de los padres de intención, para aumentar las posibilidades hay mujeres gestantes a las que se les implantan varios embriones, a pesar de que un embarazo múltiple no encaja con el deseo de los contratantes, por lo que en ocasiones se acaba obligando a la gestante a abortar alguno de los fetos. Así ocurrió en los polémicos casos de Melissa Cook en 2015¹⁴ y de Kelly Martínez en Dakota del Sur¹⁵.

Las TRHA, en definitiva, suponen un riesgo físico más elevado para las mujeres gestantes que en caso de embarazo natural, debido a que precisan de un consumo elevado y específico de medicamentos, de intervenciones quirúrgicas y de embarazos de mayor complejidad. El riesgo de embarazo ectópico es del 2-5% en TRHA (fren-

te al 1% en embarazos naturales), y supone un riesgo que imposibilita la continuación del embarazo, y requiere un tratamiento inmediato de detención y extracción del embrión¹².

La GS no siempre se lleva a cabo en clínicas especializadas ni por medio de TRHA. En ocasiones se practica la auto-inseminación, práctica clandestina que conlleva riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), malformaciones congénitas, infecciones congénitas (SIDA, hepatitis C, u otras enfermedades víricas emergentes), o falta de supervisión y seguimiento médico adecuados.

Asimismo, desde el punto de vista psicológico, se destaca el vínculo afectivo-emocional que se establece entre la gestante y el feto, con variaciones neuroendocrinas intensas. Entregar al bebé después del parto puede desencadenar cuadros de estrés, depresión posparto y consecuencias emocionales a largo plazo¹⁶. Se estima que una de cada cinco mujeres presenta algún trastorno mental durante el embarazo, prolongado durante el posparto en muchos casos¹⁷. Casos documentados relatan presiones para abortar fetos adicionales en embarazos múltiples o para someterse a cesáreas programadas, vulnerando su autonomía.

2. Agencias intermediarias y contratos abusivos. Vulnerabilidad personal y violación de derechos fundamentales

En España, varias agencias intermediarias (Interfertility, Gestlife, Lifebridge) se registran con actividades económicas que difieren claramente de la real (sector inmobiliario, consultorías o publicidad), ocultando la intermediación reproductiva. Estas entidades publicitan paquetes de GS “todo incluido” y en algunos casos prometen resultados garantizados: “no se intenta, se logra”¹⁸.

De los diez países en los que oferta a día de hoy sus servicios Interfertility, seis de ellos (México, Argentina, Colombia, Grecia, Ucrania y Tailandia) advierten de posibles riesgos en el apartado de “aspectos negativos”, entre ellos repetidas negligencias, violaciones de derechos de las mujeres gestantes, irregularidades en cuanto a empadronamientos falsos de las mujeres, participación de mujeres de Europa del Este, uso de dinero negro para sortear restricciones en cuanto a la compensación de la gestante, o captación de mujeres en situación de pobreza, contribuyendo a un “turismo reproductivo” como se ha mencionado ya anteriormente¹⁹. Sin embargo, la agencia defiende que solo colabora con entidades que hayan demostrado respetar los derechos de las mujeres al 100% y asegura que las mujeres gestantes partícipes en sus programas lo hacen desde la libre elección, teniendo situaciones personales y económicas estables²⁰.

Gestlife se presenta como la agencia líder en GS en España y está avalada por la Asociación Padres por la Gestación Subrogada²¹, asociación que surgió en Barcelona en 2014 compuesta por familias que han recurrido a la GS y que promueven dicha práctica. Gestlife¹⁸ pre-

sume de que “siempre se logra, sin excepciones” y dice diferenciarse del resto de agencias por las garantías que ofrece (las que tienen que ver directamente con las mujeres gestantes son la oferta de un seguimiento médico durante un año y seguimiento psicológico durante dos años después del parto, en caso de fallecimiento del bebé después de la semana 30 la gestante tiene derecho a recibir la totalidad de la compensación económica...). Sin embargo, los programas Premium evitan que los padres tengan que volver a pagar a la nueva gestante en estos supuestos¹⁸. Con cualquiera de los programas se tiene derecho a asistir al parto, cortar el cordón umbilical y a practicar la técnica piel con piel.

La clínica Feskov es una clínica de GS ucraniana que ofrece desde hace 25 años sus servicios a personas procedentes de hasta 52 países, entre ellos a clientes españoles. Anuncia en la portada de su página web que “el deseo de tener hijos no tiene límite” y presume de que “incluso en tiempos de guerra creamos vida- ¡Nuestra clínica está abierta!”. Sin embargo, no menciona nada relativo a las mujeres gestantes, ni en el apartado en el que se explican los valores de la clínica, ni en ningún otro rincón de la web. Entre los programas que ofertan, existen las siguientes opciones: intentos ilimitados de FIV con la gestante, elección del país del parto (opciones dentro de la UE en Austria, Bélgica, Grecia, Portugal, Países Bajos o República Checa) o la garantía del parto de un “bebé sano genéticamente perfecto”²².

Se han identificado cláusulas contractuales que obligan a la gestante a:

- No hacer públicas las condiciones del contrato.
- Someterse a tratamientos médicos sin posibilidad de negarse.
- Renunciar al derecho a la intimidad (pruebas de toxicología sin previo aviso, vigilancia constante, restricciones en su vida privada, control sobre su alimentación, su lugar de residencia y su movilidad).
- Aceptar interrupciones voluntarias del embarazo si los comitentes así lo deciden.
- Someterse a tantas transferencias embrionarias como sean necesarias.
- Recibir la compensación solo si el embarazo llega a término.

Se trata de contratos de adhesión redactados por las agencias y clínicas de fertilidad y por sus abogados, sin margen apenas de negociación para las gestantes. Dependiendo del país y de las circunstancias, los contratos son en ocasiones incluso orales o redactados en un idioma que la gestante no entiende, lo que puede invisibilizar a estas mujeres dentro del relato construido sobre la GS. Asimismo, son comunes las cláusulas penalizadoras en caso de incumplimiento por parte de la gestante, las cuales suponen duras sanciones económicas normalmente difícilmente asumibles por las gestantes²³.

El Observatorio de la Imagen de las Mujeres (OIM)²⁴ es gestionado desde el Instituto de las Mujeres dentro

del Ministerio de Igualdad, y se encarga de velar por la representación de la imagen de las mujeres en la publicidad, internet y en los medios de comunicación, evitando estereotipos y actuaciones sexistas. Es un organismo que critica la publicidad de las agencias de la GS, pues considera que un gran número de clínicas privadas, bufetes jurídicos y entidades financieras se benefician de la comercialización de la capacidad reproductiva de las mujeres recurriendo a técnicas de marketing, incrementando así su demanda y promoviendo la idea de que todo es posible con dinero. Entre 2018 y 2023, el OIM ha recibido 91 quejas por publicidad referente a la GS.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea recoge los siguientes derechos que podrían verse vulnerados de acuerdo con lo mencionado anteriormente en lo relativo a las cláusulas abusivas de los contratos de GS: dignidad humana (art. 1), derecho a la vida (art. 2), derecho a la libertad (art. 6), respeto a la vida privada (art. 7) y el derecho a la protección de datos de carácter personal (art. 8).

3. Situación legal y práctica en Grecia, Portugal y España

Los dos únicos países de la UE con una legislación permisiva explícita sobre GS altruista son Grecia y Portugal. Actualmente ningún país de la UE permite, ni está valorando permitir, la legalización de la GS comercial.

Grecia

- Permite la GS gestacional y altruista (Ley 4272/2014).
- La Autoridad Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (ANRMA) supervisa las clínicas, aunque con recursos limitados.
- La indemnización para los gastos necesarios de la gestante no puede exceder los 10.000 euros en total.
- El marco legislativo se ha vuelto cada vez más permisivo (la ley vigente permite a la gestante y a los comitentes tener solo una residencia temporal sin exigirles una duración mínima, mientras que con anterioridad a la ley de 2014 se exigía a ambas partes ser residentes permanentes).
- Se exige a la gestante tener entre 25 y 45 años, haber tenido un hijo previamente y menos de dos cesáreas. Asimismo, la ley exige que exista un vínculo familiar o amistoso entre la gestante y los comitentes, lo cual no es controlado en la realidad.
- A pesar de la prohibición de la comercialización de la GS, coexiste a gran escala²⁵.

Portugal

- Legalizó la GS altruista en 2016 (Ley 25/2016). La Ley 90/2021, vigente actualmente, refuerza los derechos de la gestante (debe ser informada sobre las probables implicaciones médicas, psicológicas, sociales y jurídicas de la celebración del contrato de GS; y debe tener apoyo psicológico antes, durante y después del parto).

- Se establece la opción de arrepentimiento por parte de la gestante en el plazo de 20 días tras el parto.
- La gestante debe ser, preferiblemente, una mujer que haya sido madre, aunque las circunstancias concretas pueden anular dicho requisito.
- A pesar de la legislación aparentemente garantista, solo se ha registrado un caso de GS formal en el país desde la entrada en vigor de la actual ley.

Tendencia y perspectiva en España

En España, la GS está prohibida por la Ley 14/2006, que declara nulos de pleno derecho los contratos de sustitución gestacional (art. 10). El mismo artículo establece que la filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto. Se refuerza esta prohibición con el art. 221 del Código Penal, que sanciona a quienes “entreguen o reciban” al menor con compensación económica. Sin embargo:

- Se han documentado casos clandestinos dentro del territorio nacional^{26,27}.
- Numerosas personas y parejas viajan a países como EE. UU., Ucrania, México o Grecia, para llevar a cabo la subrogación.

La tramitación política para legalizar la GS altruista en España se ha planteado en varias ocasiones (impulsada por Ciudadanos en 2017, 2019 y 2023). La controversia reaparece en el debate público cuando trascienden casos mediáticos (p. ej., personajes famosos que viajan a EE. UU. y vuelven con un bebé).

Se desconoce la cifra exacta de españoles que recurren a la GS en el extranjero con exactitud. Existe constancia de que los registros de los consulados españoles han recibido 3.516 solicitudes de inscripción de bebés nacidos por medio de GS entre 2010 y 2022. En 2022 se presentaron 249 solicitudes y se llegaron a materializar 165, es decir, un 66,3%²⁸. La Figura 2 muestra los países en los que los españoles recurrieron a la GS en 2022.

En septiembre de 2024, el Tribunal Supremo emitía una sentencia (STS 1141/2024) permitiendo el cambio del lugar de nacimiento en el Registro Civil en el caso de un niño nacido por GS en Ucrania. Dicho fallo aplica por analogía disposiciones que hasta ahora solo se habían utilizado en caso de adopciones internacionales.

Discusión

La revisión muestra que, si bien la GS se presenta a menudo como un recurso para la infertilidad o una forma de “solidaridad” con quienes no pueden gestar, el foco en derechos y protección de la gestante sigue siendo marginal. La GS es defendida principalmente por personas que se benefician a diferentes niveles de esta práctica, ya sea por clínicas privadas, agencias intermediarias, bufetes jurídicos o entidades financieras que se lucran a través de ella, o por personas que consiguen así cumplir su sueño de tener descendencia, a través de este proceso (parejas con problemas de infertilidad; parejas homosexuales

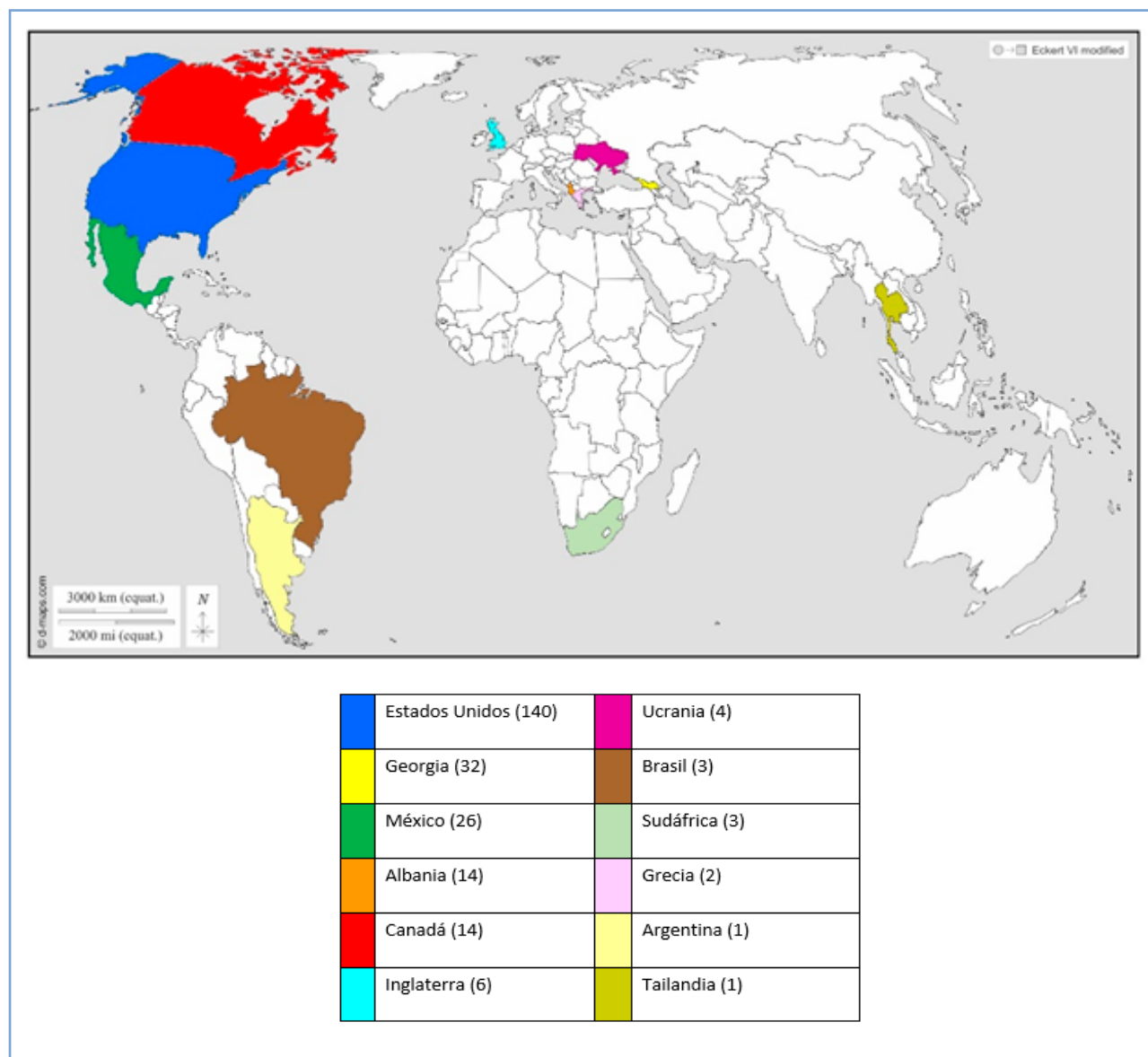


Figura 2. Gestación Subrogada llevada a cabo por españoles en 2022 en diferentes países

a las que no les es posible concebir por motivos biológicos; o personas que simplemente no quieren someterse a un embarazo, como es el caso de muchas celebridades). Se cuenta con datos que demuestran que la GS va en aumento, tanto a nivel mundial como europeo. Según el estudio *The Global Surrogacy Market Report* elaborado en 2022²⁹, la cifra del negocio ascendió a 14 billones de dólares en ese año, y se prevé que pueda alcanzar los 129 billones para 2032, lo que significaría un incremento de más del 24,5% de tasa de crecimiento anual, **Figura 3**. Debido a la actual expansión de esta práctica y a las estadísticas que desvelan su desarrollo en los próximos años, el futuro de las gestantes por GS despierta una acuciante preocupación.

La mayoría de marcos legales y debates parlamentarios se centran en la filiación del menor, existiendo escaso interés en las implicaciones médicas y contractuales en torno a la gestante. Considerando los “pros and cons”

de esta práctica, la balanza se inclina hacia la desprotección legal, adversidad potencial clínica durante la gestación y después incluso de la misma, desequilibrio social, viéndose envueltas en redes con intereses alegales y mercantilistas.

Aunque Interfertility defienda que solo colabora con mujeres que participen desde la libre elección y con entidades que demuestren respetar los derechos de las mujeres, resulta contradictorio que al mismo tiempo advierta a los padres intencionales sobre “aspectos negativos” en determinados países donde ofertan sus servicios que incluyen la violación de los derechos de las gestantes^{19,20}.

La GS presenta potencialmente importantes repercusiones médicas en la gestante. Algunas asociadas con las TRHA¹²⁻¹⁵, como son las propias de una técnica quirúrgica, síndrome de hiperestimulación ovárica, lesiones pélvicas, embarazo ectópico, complicaciones gestacionales y del parto asociadas a los embarazos múltiples más fre-



Figura 3. Incremento de la Gestación Subrogada por regiones. Global Market Insight. The Global Surrogacy Market Report. 2022. [internet]. Disponible en: <https://www.gminsights.com/industry-analysis/surrogacy-market>.

cuentas, o ITS o infecciones congénitas en casos de auto-inseminación. Estas complicaciones son más fáciles de reconocer que las prevalentes complicaciones que afectan al estado psíquico de la gestante, menos evidenciables y reconocidas, asociadas al proceso de la GS, al vínculo materno durante la gestación y a la entrega del bebé después del parto^{16,17}. Además, las cláusulas abusivas de los contratos de GS que exigen a la gestante someterse a tantos intentos de tratamiento como sean necesarios, o las garantías de agencias como Gestlife18 que prometen que "siempre se logra, sin excepciones", fuerzan al cuerpo de la gestante hasta un extremo indigno que parece observar sus cuerpos desde un enfoque meramente reproductivo.

Hay dos aspectos que son clave en la repercusión general de la GS en la gestante. Por un lado, las agencias intermediarias con fines lucrativos económicos, que encubren su verdadera actividad en registros mercantiles y a través de cláusulas de confidencialidad que prohíben a las gestantes hacer públicas sus condiciones. Por otro lado, los aspectos de carencia socioeconómica y cultural de las gestantes por GS en Europa, generalmente extran-

geras y a menudo en situación de pobreza, siendo relativamente frecuente que sean inmersas incluso en redes de tráfico de mujeres.

En el plano de la bioética y la salud pública, urge un control riguroso de las clínicas de reproducción asistida y de las agencias intermediarias. Deberían informarse con transparencia los riesgos y limitaciones, restringir el número de embriones transferidos y brindar acompañamiento psicológico a la gestante. Asimismo, se requieren medidas contundentes contra la publicidad engañosa y el registro de actividades enmascaradas.

En países de la UE donde se ha regulado la GS altruista (Grecia y Portugal), persiste la clandestinidad de la vertiente comercial, amparada en la dificultad de vigilancia y en la alta demanda internacional. Por esta alejamiento es difícil disponer de datos de la real incidencia de la práctica de la GS y su relevancia y tendencia en el tiempo, aún lo es más disponer de datos que ahonden en la repercusión y consecuencias en la gestante. El caso griego evidencia la contradicción entre una ley altruista relativamente permisiva y la presencia de redes ilegales de trata reproductiva. Mientras que Portugal, con su le-

Tabla I. Propuestas de mejora para las gestantes por GS

Estricta prohibición de la GS comercial a nivel mundial.
Acabar con el vacío legal de los países de la UE en los que se desconoce la realidad de esta práctica que se lleva a cabo de forma ilegal.
Persecución y sanción de irregularidades e ilegalidades en el proceso.
Regulación que persiga los contratos abusivos a pesar de la prohibición del país de residencia de los comitentes.
Control muy riguroso de las agencias intermediarias en el que se les exija transparencia.
Controlar los servicios de técnicas de reproducción humana asistida ofrecidos en las clínicas de GS, obligando a informar de sus riesgos a las futuras gestantes y marcando límites en la transferencia de embriones.
Poner el foco del proceso en la gestante, respetando sus deseos a la hora de redactar los contratos, ofrecerle acompañamiento psicológico (antes, durante y después del proceso) y prohibir las cláusulas que vulneren sus derechos.
Existencia de una legislación unitaria en la UE que proteja a las gestantes de las cláusulas y comportamientos abusivos.

gislación garantista y derecho de arrepentimiento por parte de la gestante, apenas ha desarrollado la práctica.

En España, la GS sigue prohibida. Sin embargo, los hechos indican la existencia de un mercado intermediado por agencias que ocultan su actividad bajo otras clasificaciones mercantiles, publicitan procesos “personalizados” y organizan el viaje de los comitentes a países extranjeros.

La mujer gestante queda al margen, invisibilizada en los contratos y sometida a riesgos que incluso desconoce. Debido a las cláusulas contractuales de confidencialidad que prohíben a las gestantes hacer públicas las condiciones del contrato, se desconoce la repercusión real de esta práctica. Casos extremos revelan la coacción para abortar fetos, la falta de compensación económica si no se obtiene un “producto” final o la ejecución de partos inducidos para ajustarse a la logística de los padres.

Algunos autores defienden la necesidad de una prohibición mundial de la GS comercial, ya que, si un solo Estado la permite favorece el negocio que atrae a personas de países donde está prohibida. Sin embargo, tampoco está exenta de críticas la supuesta finalidad “altruista”, cuando se practica en contextos de precariedad y dependencia económica. Organismos internacionales como el Parlamento Europeo^{3,4} han emitido resoluciones contra-

rias a la GS, considerándola contraria a la dignidad y una potencial vía de explotación.

La Tabla I recoge propuestas de mejora para las gestantes por GS, que podría mejorar las adversas consecuencias para la gestante en la GS.

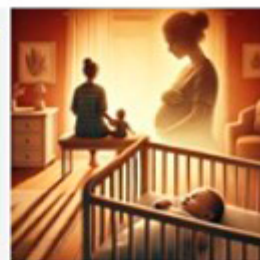
En la Tabla II se recoge la legislación citada en la presente revisión.

Y se adjunta una infografía, elaborada por la propia autora del TFG, Figura 4.

Conclusiones

- La falta de una regulación clara en la UE en materia de GS propicia la clandestinidad y la vulneración de derechos de la mujer gestante.
- La GS conlleva importantes riesgos médicos (hiperestimulación ovárica, embarazos múltiples, cesáreas programadas, etc.) y psicoemocionales para la gestante.
- La gestante queda en una posición de vulnerabilidad, con escasa protección real de sus derechos fundamentales y sometida a presiones comerciales o contractuales que pueden llegar a la coacción.
- Grecia y Portugal, únicos Estados de la UE con legislación más permisiva, presentan realidades distintas: en Grecia abunda la GS comercial encubierta,

La Gestación subrogada (GS), legalidad y riesgos en la gestante. *Debe saber que:*



La GS comercial está prohibida en toda la UE



Solo Grecia y Portugal consienten una GS altruista, que convive con una GS comercial ilegal

Desconfíe de las agencias y clínicas intermediarias

Llevan a cabo **actividades clandestinas**, con **contratos opacos**, **abusivos** y que **perjudican a las gestantes**



De ↑↑↑ riesgos sanitarios y psicológicos en la gestante



Mayores que una gestación habitual, antes, durante y posteriores a la gestación

Consecuencias legales importantes

Incluso cuando la gestante es de otro país que los comitentes, y especialmente para ella



**La Gestante de GS está en situación de
VULNERABILIDAD, RIESGO Y DESPROTECCIÓN**

Figura 4. Infografía de la Gestación Subrogada.

Tabla II. Legislación citada

España:

- Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2003/11/25/15>
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14/con>

Portugal:

- Ley 25/2016, de 22 de agosto, de Procreación Médicamente Asistida.
- Ley 90/2021, de 16 de diciembre, de Procreación Médicamente Asistida.

Grecia:

- Ley 4272/2014, sobre Asistencia Médica en la Reproducción Humana.

Unión Europea:

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 18 de diciembre de 2000. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf.

mientras que en Portugal, a pesar de la reciente ley garantista, apenas se han registrado casos.

- En España la GS está prohibida, pero persiste una creciente demanda de subrogación en el extranjero y esporádicos casos clandestinos.
- Las agencias intermediarias actúan sin transparencia y redactan contratos con cláusulas abusivas. Su actividad es ilícitamente encubierta.
- Son imprescindibles propuestas de armonización europea, llevar a cabo una revisión legislativa y un mayor control de las agencias y clínicas, así como sanciones contra la publicidad ilícita y los contratos que atenten contra la dignidad de la mujer.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con relación a la investigación ni a los resultados presentados en este artículo.

Referencias

1. Iglesias I. La mercantilización del cuerpo de la mujer: los vientres de alquiler y el discurso de los mass media españoles [tesis doctoral]. Universidad de Vigo; 2022. Disponible en: [IglesiasSalanova_Isabel_TD_2022.pdf](https://uvigo.es) (uvigo.es)
2. Gómez M. La gestación subrogada: un análisis desde una perspectiva comparativa y del sistema español de Derecho internacional privado [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. 2020. Disponible en: [La gestación subrogada: un análisis desde una perspectiva comparativa y del sistema español de Derecho internacional privado](https://ucm.es) (ucm.es)
3. Díez JA. El niño y la mujer gestante: los dos “eslabones” débiles en la cadena de la maternidad subrogada. *Revista Europea de Historia de las Ideas Políticas y de las Instituciones Públicas*. 2018;(13):31-42. Universidad de Málaga. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=20329>.
4. Parlamento Europeo. Informe anual sobre los derechos humanos y la democracia en el mundo (2014) y la política de la UE al respecto. 17 de diciembre de 2015. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2015-0470_ES.html
5. Consejo Europeo. Fight against human trafficking: Council and European Parliament strike deal to strengthen rules [comunicado de prensa]. 23 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-re>

- leases/2024/01/23/fight-against-human-traffic-killing-council-and-european-parliament-strike-deal-to-strengthen-rules/.
6. Álvarez S. Nuevas y viejas reflexiones sobre la gestación por sustitución. En: García-Rubio MP, Ammerman J, García M, Varela I. *Mujer, maternidad y derecho*. (1.a ed). Valencia. Tirant lo Blanch. 2019. p. 611-47.
 7. Gómez A, Navarro JA. Las técnicas de reproducción humana asistida y su regulación legislativa española. *Therapeia: estudios y propuestas en ciencias de la salud*. 2017;9:75-96. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12466/266>.
 8. Saucedo E, Barrenetxea G, Carti GD, et al. La fecundación in vitro (FIV): ¿Qué es y cuál es su precio? *Reproducción Asistida ORG*. [internet] 2024. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/fecundacion-in-vitro-fiv/#definicion-de-fecundacion-in-vitro-fiv>.
 9. Domingo A, Algarra C, Carti GD, et al. Microinyección espermática: ¿En qué consiste y cuál es su precio? *Reproducción Asistida ORG*. [internet] 2023. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/microinyeccion-intracitoplasmica-de-espermatozoides-icsi/#posibles-riesgos>.
 10. Martínez A, Gaitero A, Moreno E, et al. ¿Qué es el diagnóstico genético preimplantacional o DGP? *Reproducción Asistida ORG*. [internet] 2024. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/diagnostico-genetico-preimplantacional-dgp/#procedimiento>.
 11. Fernández A, Santiago E, Izquierdo HI, et al. La inseminación artificial (IA): ¿Qué es y cuál es su precio? *Reproducción Asistida ORG*. 2023. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/inseminacion-artificial-ia/>.
 12. Rey V, Barranquero M, Azaña M, et al. Riesgos de la fecundación in vitro: ¿qué problemas pueden surgir?. *Reproducción Asistida ORG*. [internet] 2023. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/problemas-de-la-fecundacion-in-vitro/#riesgos-asociados-a-la-estimulacion-ovarica>.
 13. Chen Wu X. Gestación múltiple. *Revista Médica Sinergia*. 2018;3(5):14-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070427>
 14. Del Castillo C. El consentimiento de la gestante en la maternidad subrogada [tesis doctoral]. Universidad de Valladolid. 2020. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42284/TFG-N.%201288.pdf?sequence=1>
 15. Martínez L. Madres sin rostro. *Nuestro tiempo*. Universidad de Navarra. 2024;(719). Disponible en: <https://agabi.es/2024/05/20/madres-sin-rostro/>
 16. López N, Sueiro E. Células madre y vínculo de apego en el cerebro de la mujer. Informe científico sobre la comunicación materno-filial en el embarazo. Madrid. Universidad de Navarra. 2008. Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Comunicaci%C3%B3n-maternofilial-en-embarazo.-C%C3%A9lulas-madre-y-v%C3%ADnculo-de-apego.pdf>.
 17. Olza I. Aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2018;n. 28. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/29>
 18. Gestlife. Garantías: qué diferencias tiene Gestlife con otras agencias. 2024. [internet] Disponible en: <https://www.gestlifesurrogacy.com/garantias-en-gestacion-subrogada-o-maternidad-subrogada.php>.
 19. Interfertility. Países y costes gestación subrogada. 2024. [internet] Disponible en: <https://interfertility.es/paises-costes-gestacion-subrogada-precio/>.
 20. Interfertility. Preguntas frecuentes gestación subrogada. 2024. [internet] Disponible en: <https://interfertility.es/preguntas-gestacion-subrogada/>.
 21. Asociación Padres por la Gestación Subrogada. Quiénes somos. 2024. [internet] Disponible en: <https://padresporgestacion.org/>
 22. Feskov, Human Reproduction Group. [internet]. Disponible en: <https://maternidad-subrogada-centro.es/informacion.php>
 23. Trejo A. Diez puntos básicos para conocer toda la verdad sobre la explotación de mujeres con fines reproductivos y la venta de sus bebés. *Almendra-lejo*. 2021.
 24. Observatorio de la Imagen de las Mujeres (OIM). Análisis de la publicidad de la gestación por sustitución. Instituto de las Mujeres, Ministerio de Igualdad. 2023. [internet] Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/observatorios/observI-mg/informes/docs/AnalisisPublicidadGestacion-PorSustitucion2023.pdf>
 25. Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution (CIAMS). Grecia. 2022. [internet]. Disponible en: <http://abolition-ms.org/es/observatoire/grecia/>
 26. Fernández S. La Fiscalía investiga como trata de personas un caso de vientre de alquiler de una migrante sin recursos en Córdoba. *Público*. 10 de octubre de 2023. [internet] Disponible en: <https://www.publico.es/mujer/fiscalia-investiga-trata-personas-ventre-alquiler-migrante-recursos-cordoba.html>.
 27. Barrena JE. El supuesto caso de vientre de alquiler en Extremadura suma un cuarto detenido. *El País*. 29 de marzo de 2023. [internet] Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2023-03-29/el-supuesto-caso-de-ventre-de-alquiler-en-extremadura-suma-un-cuarto-detenido.html>

28. Jara Y. Los datos de la gestación subrogada: 165 niños se han inscrito en los consulados españoles por esta técnica en 2023. Transparentia. 29 de marzo de 2023. [internet] Disponible en: <https://www.newtral.es/datos-gestacion-subrogada/20230329/>.
29. Global Market Insight. The Global Surrogacy Market Report. 2022. [internet]. Disponible en: <https://www.gminsights.com/industry-analysis/surrogacy-market>.