

# Subrogación uterina. Una realidad en la Argentina

Florencia M Inciarte,<sup>1</sup> Fabiana Quaini,<sup>2,3</sup> Patricia Martínez,<sup>1</sup> Fernanda Urquiza,<sup>1</sup> Clara Piscicelli,<sup>1</sup> R Agustín Pasqualini (h),<sup>1</sup> R Sergio Pasqualini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Halitus Instituto Médico. Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Abogada. Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup> Fellow American Academy of Assisted Reproductive Technology Attorneys. USA.

Reproducción 2018;33(2):27-35

“La subrogación refiere a la sustitución de un órgano, el útero, en tanto que la función materna solo puede ser ejercida por quien más allá del órgano sea habitada por el deseo de un hijo”.

## Resumen

*La gestación por sustitución viene a dar respuesta a todas aquellas personas, hombres o mujeres, solas o en pareja, que encuentran imposibilitada la capacidad de llevar adelante un embarazo por motivos médicos o biológicos. Una mujer ofrece su útero para la gestación del niño, al que no siendo su hijo ni habiendo aportado su gameto se compromete a cuidar y sostener su desarrollo durante los meses de gestación. Algunos países tienen legislado este tipo de prácticas, pero no es el caso de Argentina. Atendiendo a la demanda cada vez más creciente creamos un programa multidisciplinario que consta de médicos en fertilidad, psicólogos y abogados. Desde 2011 hasta diciembre del 2017 evaluamos 243 pacientes, y ya hay 17 nacidos vivos por esta técnica. Todos los pacientes firmaron consentimientos libres e informados y 11 de los niños ya están inscriptos a nombre de los padres procreacionales, mientras que el resto está en proceso judicial. La subrogación uterina no está exenta de controversia y hay que extremar los cuidados para evitar complicaciones. En Halitus realizamos este tipo de tratamiento con*

*indicaciones claras y bajo la estricta vigilancia de un programa multidisciplinario.*

**Palabras claves.** *Gestación por sustitución, subrogación uterina, padres procreacionales o comitentes, mujer portadora, gestación solidaria, deseo procreacional.*

## Uterine surrogacy. A reality in Argentina

### Summary

*Gestational surrogacy gives hope to all those men or women, alone or in couple, who are unable to become pregnant for medical or biological reasons. A woman offers her uterus for the gestation of the child, this baby who is not his son, who is not genetically or juridical related to her, is committed to take care and sustain its development during the months of gestation. Some countries have legislated such practices, but this is not the case in Argentina. In response to the growing demand, we have created a multidisciplinary program consisting of fertility doctors, psychologists and lawyers. We have evaluated*

**Correspondencia:** Florencia M Inciarte  
Correo electrónico: florencia.inciarte@halitus.com

*243 patients from 2011 to December 2017, and there are 17 live births by this technique. All patients signed free and informed consents and 11 of the children are already registered under the family name of the commitment parents, while the rest are currently in judicial process. Gestational surrogacy arouses controversy all over the world and extreme care must be taken to avoid complications. In Halitus we perform this type of treatment with clear indications and under the strict supervision of a multidisciplinary program.*

**Key words.** *Gestational surrogacy, uterine surrogacy, commitment parents, carrier woman, procreational desire.*

La gestación por sustitución constituye un tratamiento para todas aquellas personas, hombres o mujeres, solas o en pareja, que están imposibilitados de llevar adelante un embarazo por motivos médicos o biológicos. Una mujer ofrece su útero para la gestación del niño, al que no siendo su hijo ni habiendo aportado su propio gameto se compromete a cuidar y sostener su desarrollo durante el tiempo que dure la gestación.

Este tipo de tratamiento comenzó a difundirse a fines de la década de 1980, siendo el primer caso reportado en 1985.<sup>1</sup> En los Estados Unidos, a la vanguardia en este tema, se registró un aumento mayor al 470% en el número de ciclos de subrogación uterina desde ese momento. Se estima que la gran mayoría de los centros (69,4%) la ofrece como alternativa a sus pacientes.<sup>2</sup> Debido al vacío legal existente al respecto en muchos países, las parejas o personas solas acuden para llevar a cabo la gestación por sustitución a países en los que existe un marco regulatorio. En EE.UU. se registró que el 18,5% de los tratamientos de subrogación fueron realizados por parejas o personas extranjeras.<sup>3</sup>

En el año 2013, por primera vez en Argentina, una jueza otorgó la inscripción de una niña nacida por subrogación uterina bajo el nombre de los padres procreacionales. El tratamiento realizado en Halitus Instituto Médico a una paciente con histerectomía previa, con una amiga como gestante, sentó jurisprudencia al respecto.<sup>4</sup>

En Argentina existe la posibilidad de acceder a la subrogación uterina en el contexto de un trabajo multi e interdisciplinario. Nuestro país no cuenta aún con un marco regulatorio para la maternidad por sustitución, de manera que las prácticas deben realizarse en el contexto de un estricto control profesional, y con el debido asesoramiento legal de los letrados expertos en esta materia.

Atendiendo a esta realidad, en Halitus Instituto Médico se ha desarrollado un Programa de Subrogación Uterina con la participación de médicos y enfermeros especialistas en fertilidad, obstetras, psicólogos entrenados en el particular y con el indispensable asesoramiento legal.

## Nuestra experiencia

El programa fue creado para dar respuesta a la demanda cada vez mayor de nuestros pacientes. Desde el año 2011 hasta la fecha contamos con 17 bebés nacidos por esta técnica, de los cuales 11 ya están inscriptos en el Registro Nacional de las Personas como hijos de los padres procreacionales. Durante este período hemos recopilado y analizado datos, rectificado modos de acción y se han impartido reglas e instrucciones de procedimiento.

Creamos un equipo interdisciplinario que evalúa y asesora a los padres procreacionales y sus gestantes desde el aspecto médico, psicológico y legal.

Los padres procreacionales o comitentes son quienes tienen el “deseo procreacional” y serán los padres del niño frente a la sociedad y el Estado, ejerciendo todos los derechos y obligaciones que les corresponden. La mujer gestante o portadora en general es una amiga, familiar o allegada, que en virtud del conocimiento de la historia y el padecer de estas personas se ofrece voluntariamente para esta experiencia. Los pacientes con indicación de subrogación uterina son quienes buscarán y traerán al centro a su portadora para que sea evaluada; a diferencia de otros países en los que al estar legislado existen agencias que las proveen.

Tanto los padres procreacionales como la gestante deben someterse a distintas pruebas y exámenes diagnósticos para definir si existen aptitudes, potencialidades y recursos compatibles con la subrogación. Si las evaluaciones de los profesiona-

les intervinientes no refieren motivos que lo desaconsejen, los pacientes serán aptos para realizar el tratamiento.

### Abordaje médico

Las indicaciones médicas para esta técnica deben ser claras y no dejar lugar a duda que la subrogación uterina es el único camino posible. Entre las principales razones se encuentran la ausencia uterina congénita o adquirida de un útero funcional, ya sea por malformaciones Mullerianas como el Sme Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser o por histerectomía por patología benigna o maligna. La presencia de un útero afuncional como en el caso de Sme de Asherman, adenomiosis severa, miomatosis múltiple, malformaciones uterinas o endometrio atrófico por radioterapia son los factores uterinos a tener en cuenta para esta técnica. También la contraindicación para llevar adelante un embarazo por cualquier condición médica sistémica (por ej. ciertas enfermedades autoinmunes, DBMID no controlada o pacientes trasplantadas) o cualquier patología existente que pueda empeorar durante el embarazo. Las abortadoras recurrentes y las pacientes con falla de implantación también podrían, en los casos más severos, beneficiarse con este tratamiento. Las parejas igualitarias masculinas y los hombres solos también tienen una indicación precisa.<sup>5,6</sup>

El tratamiento contempla únicamente la sustitución uterina y no genética, de modo que los padres procreacionales, o por lo menos uno de ellos, deben aportar sus gametas. La mujer portadora solo presta su útero. Si hubiera que recurrir a la ovodonación, en ningún caso se utilizarán los óvulos de la propia gestante, ya que la subrogación genética no es recomendada. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) acepta la subrogación uterina como la única viable.<sup>7</sup>

Si bien está claro que todo paciente que presente algún tipo de enfermedad infecciosa del tipo HIV, hepatitis B o hepatitis C puede realizar tratamientos de fertilidad y lograr un embarazo con un riesgo hoy casi nulo, en nuestro programa no contemplamos estos casos y no usamos las game-  
tas de estos pacientes.

Los estudios a realizar a los dadores de game-  
tas son los habituales para los tratamientos de alta  
complejidad. Es indispensable que los estudios de  
ETS de ambos dadores estén vigentes. El asesora-  
miento a los padres procreacionales sobre estudios  
genéticos previos, ya sea para enfermedades rece-  
sivas o diagnóstico genético preimplantacional a  
los embriones, es recomendable para este tipo de  
tratamiento.

Los padres comitentes son quienes presentan  
al centro a la gestante para su evaluación. La co-  
rrecta elección de la gestante es fundamental para  
que el tratamiento sea exitoso. Explicar exhaus-  
tivamente todos los pasos del tratamiento, sus  
riesgos y sus complicaciones y los del eventual  
embarazo es una obligación. Es importante que  
la mujer gestante tenga acceso directo al médico  
y a una enfermera entrenada en fertilidad en el  
momento que lo requiera, así como también a la  
psicóloga por cualquier duda que le pueda surgir  
durante el tratamiento o su evaluación. Es impor-  
tante que su espacio y privacidad para consultar le  
sean respetados.

La portadora debe ser mayor de edad y no te-  
ner más de 45 años según las recomendaciones de  
ASRM 2015, sin embargo en el caso de aceptar  
una portadora mayor de 40 años los riesgos y las  
complicaciones obstétricas deben estar muy claras  
para ella y para los padres procreacionales. Salvo  
casos especiales nosotros aconsejamos que la edad  
no supere los 40 años.

Es condición limitante que la mujer portado-  
ra tenga al menos un hijo nacido de término sin  
complicaciones durante su embarazo y no más de  
cinco según ASRM. Asimismo, hay que tener en  
cuenta, la cantidad de cesáreas previas y los ante-  
cedentes obstétricos en virtud de posibles compli-  
caciones.<sup>5</sup>

En Halitus el estudio de la mujer portadora  
consta de examen físico y anamnesis, laboratorio  
completo preconcepcional, ecografía transvaginal,  
control ginecológico (papanicolaou, colposcopia y  
evaluación mamaria mediante ecografía mamaria  
y mamografía bilateral), ecografía abdominal y re-  
nal, ECG, Rx de torax, cultivo de flujo y evalua-  
ción de la cavidad mediante HSG. Finalmente se  
realizará un ciclo de prueba con dosis crecientes

de valerato de estradiol para asegurar el correcto desarrollo endometrial.

Es esencial evitar el embarazo múltiple, y en el caso de transferir dos embriones la portadora debe sin excepción dar su consentimiento luego de ser debidamente informada de los potenciales riesgos y complicaciones del embarazo múltiple (mayor riesgo de HTA gestacional, DBT gestacional, parto prematuro, RCIU, entre otros). Si bien el Comité de Ética de ASRM enfatiza la importancia de transferir un solo embrión para limitar el riesgo de embarazo múltiple,<sup>5</sup> en USA casi en el 80% de los ciclos realizados con gestantes se transfieren dos o más embriones, y menos del 20% opta por la transferencia electiva de un solo embrión.<sup>8</sup>

Finalmente, es obligación del médico asegurarse hasta el último momento que no haya arrepentimiento de ninguna de las partes, por tal motivo en el instante previo a la transferencia embrionaria preguntamos a los padres comitentes y a la mujer gestante si están de acuerdo en continuar con el procedimiento. Es derecho de cualquiera de ellos retirar su consentimiento hasta ese momento y en ese caso debe ser acatado y respetado.

### Abordaje psicológico

La gestación sustituida nos conduce a pensar, inevitablemente, en los efectos a nivel psicológico en el niño por nacer. Nos preguntamos cómo se armará en los niños nacidos por sustitución uterina la denominada “novela familiar” que tiene al complejo de Edipo como nudo articulador. El útero, además de ser el órgano real donde se desarrolla la gestación humana, es un órgano imaginizado no ubicable en ningún cuerpo real, sino en el cuerpo de quien ejerce el rol materno. La sustitución implica, lógicamente, al útero como órgano real. No obstante la construcción del aparato psíquico humano en torno al complejo de Edipo tiene lugar en el interior del cuerpo materno imaginizado por cada sujeto.

Si bien la experiencia a nivel mundial en gestación sustituida no remite bibliografía que dé cuenta de patología o desadaptación conductual en niños nacidos por esta vía, la reflexión y los esfuerzos por avanzar en el terreno de articular una respuesta cada vez más adaptativa siguen vigentes.

### Intervención psicológica

Nuestra intervención desde lo psicológico consiste en trabajar con los padres, con su portadora y de estos con el niño por nacer.

Con los padres, escuchando, acompañando y conteniendo, situando en este contexto al deseo como la voluntad procreacional que habilita a alguien para la maternidad y la paternidad. En este punto cabe destacar el trabajo particular y “caso por caso” que se realiza, dado que la emergencia del deseo así como también el trabajo de elaboración del duelo concomitante a la falta son absolutamente singulares.

La posición subjetiva de los padres respecto de la gestación por sustitución, más allá de lo singular de cada caso, como se señaló anteriormente, conlleva características distintas si se trata de una pareja homo o heterosexual.

En la pareja heterosexual, la sustitución constituye una reparación en el punto de la falta de la posibilidad gestacional, de modo que implica un duelo previo y una elaboración de este como preámbulo de la subrogación. La mujer debe elaborar la pérdida de la capacidad gestacional y aceptar que su hijo va a llegar, pero en el vientre de otra.

En las parejas igualitarias, la sustitución viene a abrir una puerta allí donde no había nada. No se registra pérdida ni falta, por el contrario, es todo ganancia. Existe un punto de partida claramente distinto en ambos grupos. La atmósfera emocional de las parejas igualitarias se encuentra atravesada por fantasías de triunfo y de omnipotencia, a diferencia del desarrollo emocional angustioso-ansioso de las parejas heterosexuales que muchas veces sienten impotencia como efecto de la pérdida representada como castración real.

La intervención también incluye la tarea de evaluación. Del lado de los padres se evalúa el desajuste emocional producido por el diagnóstico de infertilidad o de pérdida de capacidad gestacional. Se releva también el desarrollo de patología psiquiátrica reactiva si la hubiere.

En la esfera de la gestante o portadora se evalúan ciertos indicadores psicopatológicos que constituyen criterios de exclusión, cuya presencia es incompatible con la posibilidad de gestar por

sustitución. También se analizan y registran los aspectos positivos de la personalidad de la portadora que facilitan la subrogación y los aspectos negativos o debilidades que la pueden obstaculizar. La portadora o gestante debe expresar sus motivaciones para llevar a cabo la experiencia, las cuales serán también evaluadas. Es condición excluyente que la gestante haya atravesado por la maternidad, es decir que tenga hijos, que pueda demostrar una relación actual y bien adaptada con ellos. El programa contempla la posibilidad de brindar asistencia y apoyo psicológico a los hijos de la gestante o portadora a fin de que esta experiencia no sea perjudicial para ellos. En los casos de gestantes casadas o en pareja, se evalúa el contexto familiar a fin de chequear los recursos adaptativos y redes familiares-sociales con los que cuenta la portadora.

La intervención psicológica en la esfera familiar está orientada a preparar y acompañar a los padres en la transmisión de la verdad genética y gestacional al niño. Acto que consideramos insoslayable en este proceso, ya que se trata de la transmisión de la historia previa, articulador fundamental para la construcción de la identidad del ser humano.

El abordaje familiar incluye entrevistas semidirigidas y libres durante todo el proceso gestacional y posterior al nacimiento. El objetivo de las entrevistas está orientado a facilitar el vínculo entre los padres procreacionales, la portadora y su entorno familiar. Posterior al nacimiento la intervención se centra en posibilitar y encuadrar el vínculo entre la gestante, los padres y el niño.

La intervención psicológica no es puntual sino continua, constituye un requisito indispensable para quienes demandan esta práctica (padres procreacionales), para quienes se ofrecen a ella (portadoras) y para quienes acompañan (familia de portadoras). También es una oferta de escucha, de orientación y de búsqueda en todo momento del proceso y para todos los actores. Entendiendo que esta práctica surgida de la observación y contemplación de la evolución humana implica un desafío y cuestionamiento a muchos conceptos, juicios y creencias, el espacio psicoterapéutico se constituye como un lugar privilegiado para la tramitación psíquica de los efectos devenidos de todo este proceso.

## Abordaje legal

Actualmente se registra una importante disminución de adopciones tanto locales como internacionales y un fuerte incremento de procesos de útero portador. Las políticas de Estado en materia de adopción han llevado a las familias a optar por la subrogación uterina frente a lo engorroso e incierto de los trámites de adopción.

Las prácticas de útero portador han sufrido cambios durante todos estos años. Hoy se realiza en la mayoría de los estados en Estados Unidos y Canadá, donde tienen como destinatarios parejas o matrimonios heterosexuales, homosexuales y monoparentales, incluyendo casos con donación embrionaria. Estados Unidos es uno de los pocos países industrializados que no prohíbe federalmente la compensación económica a la portadora, aunque las regulaciones varían según cada estado.<sup>9, 10</sup> Ucrania ofrece esta posibilidad a matrimonios heterosexuales, legalmente casados, aportando al menos uno de los gametos. Tailandia, México, Vietnam, India, Nepal y Camboya dejaron de ser centros para la subrogación internacional. Grecia legisló el proceso de subrogación para ciudadanos comunitarios residentes temporalmente en ese país, excluyendo hombres solos o parejas igualitarias, pero hasta el momento no se ha logrado una correcta implementación de la ley. Portugal legalizó recientemente la subrogación uterina siendo un ente médico estatal el que aprueba las prácticas de útero portador, del mismo modo que en Brasil, donde las gestantes no pueden ser remuneradas. Por otro lado, en Rusia se permite la gestación por sustitución inclusive en casos de donación de embrión. Colombia recientemente registró casos a través de la impugnación materna.

Argentina tuvo su primer caso de útero portador en el año 2013, en este caso no hubo un consentimiento firmado entre las partes por escrito. Sí lo hubo independientemente entre los padres comitentes, la gestante y el centro médico Halitus. En este caso la niña nacida no tuvo Documento Nacional de Identidad durante un año. Sin embargo, todos los niños tienen derecho a un DNI que les permita entre otras cosas acceder a una obra social. Actualmente, se tramita un DNI a fin

de que el recién nacido se inscriba como hijo de la gestante reconocido por su padre procreacional. Posteriormente, mediante presentación judicial, el mismo será rectificado para que el niño figure como hijo de los padres procreacionales. En la Ciudad de Buenos Aires, por una resolución del registro inscriben a los niños nacidos por estas prácticas provisoriamente a nombre de los padres procreacionales. Disposición 93/DGRC/17.

En nuestro programa se firman los consentimientos libres e informados bajo escribano público para realizar el tratamiento. Tanto los padres procreacionales y la portadora con sus letrados, la médica del equipo de fertilidad y la escribana están presentes en este acto. Es indispensable que la mujer gestante tenga asesoramiento legal independiente, quien también estará al momento de la firma. En este consentimiento los padres procreacionales se hacen responsables de los embriones fertilizados y del niño que pudiera nacer de este tratamiento. La portadora acepta que no tendrá ligamen genético ni jurídico con el niño, entiende que el niño nacido será hijo de los padres comitentes y se compromete a entregarlo al momento del nacimiento.

Los padres procreacionales aceptan hacerse cargo de todas las erogaciones que pudieran surgir. Se harán cargo de todos los costos del tratamiento y de todas las necesidades que la portadora tuviera debido a este (vestimenta, salud, movilidad, alimentación, etcétera). También se comprometen a brindarle una obra social y a tramitar un seguro de vida y de pérdida de órganos a favor de los hijos de la gestante.

La voluntad procreacional de quienes tienen la intención de ser padres y el interés superior del niño han hecho que más de 30 casos fueran resueltos favorablemente por la justicia a través del camino de la impugnación de la maternidad, de la rectificación de la partida de nacimiento o a través de una información sumaria. Todos los caminos llevan al mismo destino, la emisión de una nueva partida de nacimiento donde los padres procreacionales son reconocidos como padres de los niños nacidos con la modalidad de útero portador. A fin de que el niño pueda conocer a futuro la historia de su llegada al mundo perma-

nece en el Registro Civil la primera partida de nacimiento.

Los fallos argentinos tienen un denominador común que es el artículo 19 de la Constitución Nacional: "Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados". Otro denominador común es el consentimiento previo libre e informado de los padres procreacionales, así como de la mujer gestante, conforme artículo 560 del Código Civil y Comercial que obliga al centro de salud interviniente a recabarlo cuando se sometan al uso de las técnicas de reproducción humana asistida con las formalidades del caso.

Desde el 24 de octubre de 2017, conforme la Disposición 93/DGRC/17 por resolución del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas se inscribe a los nacidos por técnicas de gestación por sustitución sin necesidad de requerir antes o después autorización de un juez. Los requisitos son: 1) Que se trate de menores nacidos en el país por el método de gestación solidaria realizada en el país. 2) Que la voluntad procreacional de los progenitores haya sido expresada en forma previa, libre e informada. 3) Que la gestante previa y fehacientemente hubiera expresado no tener voluntad procreacional. 4) Que la inscripción debe hacerse en términos preventivos, además de que los datos de la gestante deben ser asentados en el legajo.

Esta inscripción es tomada en forma provisoria y por una orden judicial que emana del fuero contencioso administrativo de la ciudad en base a una petición realizada por el Defensor del Pueblo y la comunidad LGTB. Sería bueno buscar una solución a estos temas en todo el país. Estamos convencidos de que la autorización judicial previa no es el camino, por los tiempos de la justicia y la poca infraestructura que tiene, especialmente en la justicia nacional. Además es importante entender que a nivel médico y psicológico las cosas pueden cambiar en ese tiempo de espera. Debieran tal vez ser los médicos quienes autoricen estas prácticas desde lo médico y ético, como es el caso de Brasil y Portugal.

Es nuestra esperanza que en un futuro no lejano exista un marco regulatorio que permita registrar legalmente a los niños nacidos por esta técnica, sin mediar el tedioso camino judicial que en la actualidad suele durar más de un año; así como Ucrania y el estado de Illinois en Estados Unidos lo han logrado.

## Casuística

Desde abril de 2011 a diciembre de 2017 consultaron 243 pacientes para realizar tratamiento de subrogación uterina y 99 portadoras fueron evaluadas. El incremento de las consultas es notorio: 2011 (1 consulta), 2012 (8 consultas), 2013 (28 consultas), 2014 (32 consultas), 2015 (42 consultas), 2016 (51 consultas), 2017 (81 consultas).

Del total de consultas, 175 fueron de parejas heterosexuales (72%), 44 de parejas homosexuales varones (18%) y 24 de pacientes solos (10%). Dieciocho pacientes o parejas fueron no aptas en la primera consulta para realizar el tratamiento (11 carecían de indicación médica, 3 por ser pacientes serodiscordantes y 4 por edad).

Los motivos de consulta para realizar el tratamiento de subrogación uterina fueron: factor uterino (95 pacientes), parejas homosexuales masculinas (41 pacientes), contraindicación médica de embarazo (39 pacientes), hombres solos (19 pacientes), edad materna avanzada (13 pacientes), falla de implantación (12 pacientes), abortos a repetición (12 pacientes); 8 pacientes no tenían indicación para el tratamiento pues no deseaban llevar adelante un embarazo y miedo al embarazo (4 pacientes) Tabla 1.

Los factores uterinos evaluados fueron: histerectomía 62, malformaciones uterinas 14 (de las cuales 11 fueron Sme. de Rokitansky), incompetencia istmico cervical 6, sinequias 6, miomatosis uterina 2, rotura uterina 2, metaplasia ósea endometrial 1, dehiscencia uterina 1, y 1 cirugía uterina Tabla 2.

Llegaron a firmar los consentimientos libres e informados 36 pacientes, de los cuales 32 ya realizaron tratamiento y 4 se cancelaron (2 por embarazo de la portadora, 1 por motivos personales y 1 por falla de recuperación embrionaria al descongelamiento).

**Tabla 1.** *Motivos de consulta.*

| Motivos de consulta             | Pacientes | %    |
|---------------------------------|-----------|------|
| Factor uterino                  | 95        | 39   |
| Parejas homosexuales masculinas | 41        | 16,8 |
| Contraindicación de embarazo    | 39        | 16   |
| Hombres solos                   | 19        | 7,81 |
| Edad materna avanzada           | 13        | 5,34 |
| Falla de implantación           | 12        | 4,93 |
| Aborto a repetición             | 12        | 4,93 |
| Sin indicación médica           | 8         | 3,29 |
| Miedo a embarazo                | 4         | 1,64 |

**Tabla 2.** *Factor uterino.*

| Factor uterino                 | Pacientes | %    |
|--------------------------------|-----------|------|
| Histerectomía                  | 62        | 65,2 |
| Malformaciones uterinas        | 14        | 14,7 |
| Incompetencia istmico Cervical | 6         | 6,31 |
| Sinequias                      | 6         | 6,31 |
| Miomatosis uterina             | 2         | 2,10 |
| Rotura uterina                 | 2         | 2,10 |
| Dehiscencia uterina            | 1         | 1,05 |
| Metaplasia ósea endometrial    | 1         | 1,05 |
| Cirugía uterina                | 1         | 1,05 |

De los 32 tratamientos realizados, 25 parejas eran heterosexuales, 6 homosexuales masculinos y 1 hombre solo. 13 se realizaron con donación de ovocitos en fresco, 1 ovodonación con ovocitos vitrificados, 9 con óvulos propios en fresco y 9 con embriones criopreservados traídos de otros centros (Tabla 3).

**Tabla 3.** *Tratamientos realizados.*

| Tratamientos realizados | Pacientes |  |
|-------------------------|-----------|--|
| Parejas heterosexuales  | 25        |  |
| Parejas homosexuales    | 6         |  |
| Hombres solos           | 1         |  |

  

| Tipo de tratamiento               | Beta positiva | Beta negativa |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| Donación de ovocitos en fresco    | 10            | 3             |
| Ovocitos donados vitrificado      | 1             | 0             |
| Óvulos propios en fresco          | 7             | 2             |
| Embriones propios criopreservados | 3             | 6             |

Se obtuvieron 21 betas positivas (65,6%) y 11 betas negativas (34,4%). De las betas positivas, hay 17 nacidos (2 embarazos fueron gemelares y 1 RN falleció a la semana por prematuridad) y 4 abortos (2 clínicos y 2 bioquímicos).

De las betas positivas, 10 tratamientos fueron con donación de ovocitos en fresco, 1 con ovocitos donados vitrificados, 7 con óvulos propios en fresco y 3 con transferencia de embriones propios criopreservados. Las betas negativas fueron 3 por ovodonación, 2 con óvulos propios en fresco y 6 con embriones criopreservados traídos de otros centros.

Todos los niños han iniciado su proceso legal y estamos a la espera de los fallos faltantes.

## Conclusión

La subrogación uterina es una realidad en Argentina. Como respuesta concreta para muchos pacientes que de otra manera verían imposibilitada su posibilidad de ser padres pareciera que ha llegado para instalarse. Esto nos lleva a un claro terreno de potencial conflicto que, a fin de poder evitarlo, requiere de la dedicación y responsabilidad extremas de parte del equipo multidisciplinario.

Hablar de gestación por sustitución en la actualidad también nos conduce inevitablemente a pensar en los nuevos modelos familiares que componen la sociedad moderna. Las familias homoparentales, las familias monoparentales con hombre o mujer como jefe de familia y las familias con hijos nacidos por esta técnica sin duda constituyen una nueva trama social que encuentra en las Técnicas de Reproducción Asistida a uno de sus principales actores.

El advenimiento de esta práctica ha generado mucha controversia. Muchos cuestionan si es moralmente ético exponer a una tercera persona a los riesgos y eventuales complicaciones no solo físicas, sino también psicológicas, para que otra persona pueda ver satisfecho su deseo de tener un hijo biológico.<sup>11</sup> Sin embargo, otros argumentan que es una práctica basada en la decisión libre entre adultos, en la que todos se benefician en pos de un bien. En nuestra experiencia después de evaluar a más de 90 mujeres gestantes hay una constante: el deseo de ayuda y solidaridad para con la historia de los padres procreacionales. Independientemente de qué opinión nos merezca, está claro que ciertas medidas deben tomarse para salvaguardar a todos los involucrados y sobre todo a los niños nacidos por esta técnica.

Argentina, como se mencionó anteriormente, no cuenta aún con normativas vigentes que regulen la gestación por sustitución, por tal motivo la maternidad subrogada es viable en el contexto de un programa multidisciplinario con profesionales idóneos en el tema y con la apertura a la experiencia que la realidad demanda.

La fórmula correcta para estos procesos es el adecuado trabajo en equipo desde lo médico, lo psicológico y lo legal, interactuando siempre y no dejando pasar nada por alto, ya que lo que puede no ser importante para un abogado puede serlo para el psicólogo, para el médico o viceversa.

La gestación por sustitución va camino a convertirse en una nueva opción de tratamiento para aquellas parejas, mujeres u hombres que tengan el deseo de ser padres. No sería descabellado imaginar un futuro donde un útero artificial pueda sustituir a uno real o que una incubadora reemplace al vientre materno. Sin lugar a dudas la ciencia,



una vez más, se enfrenta a todo tipo de críticas y opiniones, ya que si bien la vida tiene un límite, esta siempre se empeña en desafiarlo.

## Referencias

1. Utian WH, Sheean L, Goldfarb JM, Kiwi R. Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N Engl J Med* 1985; 313: 1351-1352.
2. Kapfhamer J, Van Voorhis B. Gestational surrogacy: a call for safer practice. *Fert Steril* 2016; 106: 270-271.
3. Perkins KM, Boulet SL, Jamieson DJ, Kissin DM. Trends and outcomes of gestational surrogacy in the United States. *Fertil Steril* 2016; 106: 435-442.
4. Urquiza MF, Carretero I, Quaini FM, Inciarte F, Pasqualini RA, Pasqualini RS. Subrogación uterina. Aspectos médicos y jurídicos del primer caso con sustento legal en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 2014; 74: 233-238.
5. Recommendations for practices utilizing gestational carriers: an ASRM Practice Committee guideline. The practice committee of the american society for reproductive medicine and the practice committee for the society for assisted reproductive technology. *Fertil Steril* 2012; 97: 1301-1308.
6. CATRHA. Guía de buenas prácticas sobre gestación por sustitución en Argentina.
7. FIGO Committee for ethical aspects of human reproduction and women's health 2008.
8. Perkins KM, Boulet SL, Jamieson DJ, Kissin DM. (NASS National assisted reproductive technology surveillance system Group).
9. Amour KL. An overview of surrogacy around the world: trends, questions and ethical issues. *Nurs women's health* 2012; 16: 231-236.
10. Burrell C, Edozien LC. Surrogacy in modern obstetric practice. *Semin Fetal Neonatal Med* 2014; 19: 272-278.
11. Frydman R. Surrogacy: yes or no? <http://dx.doi.org/j.fertnstert.2016.04.017>