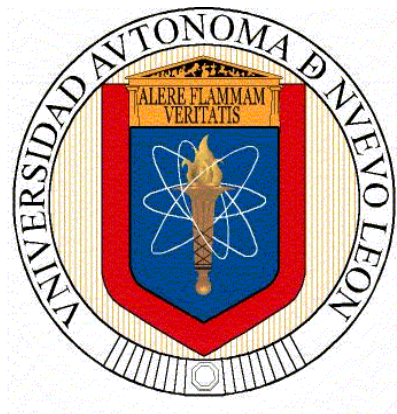


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



TESIS

**LA GESTACIÓN/MATERNIDAD SUBROGADA ONEROSA
EN EL CONTEXTO DEL BIOPODER: EL PROCESO DE
BIOMERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO FEMENINO**

PRESENTA:

LIC. LISSETE FLORES SALAZAR

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES CON
ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

AGOSTO 2026

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN
EN DESARROLLO SUSTENTABLE**



TESIS DE MAESTRÍA:

**LA GESTACIÓN/MATERNIDAD SUBROGADA ONEROSA EN EL CONTEXTO DEL
BIOPODER: EL PROCESO DE BIOMERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO
FEMENINO**

PRESENTA:

LIC. LISSETE FLORES SALAZAR

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTORA: DRA. BRENDA ARACELI BUSTOS GARCÍA

CO DIRECTORA: DRA. SANDRA ELIZABET MANCINAS ESPINOZA

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

AGOSTO 2026

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), por el apoyo económico brindado a través de la beca número 2055327, la cual fue fundamental para poder dedicarme de tiempo completo a la realización de esta investigación. Este apoyo es un reflejo del compromiso con la formación de nuevos cuadros académicos en el área de las ciencias sociales, y especialmente, en temas de alta relevancia social como el que aquí se aborda.

A mi comité tutorial, la Dra. Brenda Araceli Bustos García, quien fue una guía invaluable con sus aportaciones y experiencia, así como aspectos a mejorar, que me permitió desafiarme a mí misma al permitirme darle mi propio sello a esta investigación, que me ha acompañado en cada paso pequeño y grande que he dado. A la Dra. Sandra Elizabet Mancinas Espinoza, por su invaluable criterio y acertación al momento de darme retroalimentación en cada avance que presentaba, con una mirada siempre objetiva, pero a la vez delicada. Les agradezco infinitamente a ambas por su dirección, paciencia y guía. Sus conocimientos, sus siempre atinadas observaciones y su confianza en este proyecto fueron el motor para no desistir incluso cuando yo no me sentía segura de lo que estaba escribiendo. Más que directoras, fueron mentoras y ejemplos a seguir que me inspiraron, enseñaron e inculcaron el rigor académico, la ética de la investigación y la importancia de dar voz a las historias que suelen quedar en el silencio.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, a mi segunda casa que me acogió desde mi formación como Licenciada en Filosofía y Humanidades, la Facultad de Filosofía y Letras de las cuales sigo viendo caras conocidas en el Instituto de Investigaciones Sociales, perteneciente también a mi segunda casa, a quien agradezco infinitamente por brindarme el espacio académico y los recursos necesarios para mi formación como investigadora.

A todos los docentes y cuerpo que conforman el Instituto de Investigaciones Sociales, quienes siempre me han acogido cálidamente, y que en cada coloquio siempre tenían una aportación al respecto de mi tema de investigación, que me ayudaron a refinarlo durante estos dos años y siempre me dejaban algo para reflexionar.

A mis compañeras, compañeros y compañeres del Instituto de Investigaciones Sociales, que al igual que yo a pesar de que se encuentran en un proceso de formación, siempre me apoyaron, motivaron y se tomaron el tiempo para interesarse en mi investigación, así como a mí los de ustedes, incluso si ambas partes no somos expertos en el tema del otro, y esperando ver pronto también sus investigaciones concretadas con ansias.

Mi paso por esta maestría ha sido una experiencia transformadora, no solo a nivel profesional, sino también personal.

A Alejandra, cuya amabilidad al compartir su historia fue el pilar de esta tesis, sin los resultados que obtuve de sus experiencias esta investigación no hubiera sido igual. Su testimonio no solo aportó datos, sino que le dio alma y rostro a una realidad compleja y llena de matices que nunca hubiera imaginado. Agradezco profundamente su tiempo, su confianza y su disposición para dialogar abiertamente sobre su experiencia, a pesar de las posibles susceptibilidades del tema. Este trabajo es, en gran medida, un eco de su voz.

Al grupo de WhatsApp “Maternidad Subrogada” que, a través de las narrativas que pude contemplar con sus dudas, experiencias, consejos y advertencias, me permitieron asomarme a un mundo que para muchas de nosotros es desconocido. El poder estar ahí, aunque no interactuara en principio con ustedes, fue el termómetro de la realidad que buscaba comprender. Aprendí de su sororidad, de su lucha y de su resiliencia.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por siempre priorizar mis estudios y dejarme alcanzar mis metas en la medida de lo posible para desarrollarme, no solo en el estudio sino también en la escuela de la vida: mis padres, Filiberto Flores Segovia y Virginia Salazar Rodríguez, por inculcarme el valor del esfuerzo, la perseverancia y la curiosidad. A mi hermano, Jesús Orlando Flores Salazar que, al igual que yo, está en construcción de su propio camino, espero que este documento te sirva de ejemplo. A mi esposo Luis Abraham Argil Ávila, que siempre me anima, desea lo mejor y ha acompañado en todos estos años, y a mi hijo, Héctor Damian Argil Flores, ambos son mi motor más poderoso y la razón por la que cada día quiero construir un mundo más abierto y justo. Su amor fue el combustible en los momentos más desafiantes.

Finalmente, aunque no estén escritas en ninguna página, mi gratitud a todas las Mujeres Gestantes que, desde su anonimato, son el centro de esta discusión. A ellas, por quienes esta tesis busca ser un humilde aporte para visibilizar su experiencia y para que, en algún momento, su labor sea vista no solo como una transacción, sino como la compleja y valiosa experiencia humana que realmente es.

Ciudad Universitaria, Mederos, Monterrey, N.L., a 08 de julio de 2026.

Atentamente,

Lic. Lissete Flores Salazar

DEDICATORIA

De entre todas las personas que puedo mencionar, y las que no tuve oportunidad porque las hojas no son suficientes, este proyecto de investigación jamás hubiera podido realizarse de no haber sido por mi madre, Virginia Salazar Rodríguez, quien más allá de ser una figura de autoridad, ha sido mi mejor amiga, mi impulso, mi inspiración y el ancla que me ha motivado a superarme día tras día. Me ha acompañado en mis mejores y peores días incluso mientras escribía esto, su fe en mí, la dedicación en el tiempo empleado y la persona que soy es gracias a ella. No tengo palabras suficientes para expresar todo lo que ha hecho por mí.

Si estas leyendo esto, solo me queda decirte: esto es para ti mamá, porque mi esfuerzo es tu esfuerzo, te amo.

RESUMEN

La presente investigación analiza la Gestación Subrogada Onerosa (GSO) en América Latina como un fenómeno atravesado por dinámicas de biopoder y biomercantilización que (re)configuran la experiencia subjetiva y corporal de las Mujeres Gestantes (MG) en tensión con el modelo hegemónico de maternidad intensiva. Para abordarla, se empleó una metodología cualitativa con enfoque de etnografía digital, triangulando tres fuentes: observación no participante en un grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS) durante un año (marzo 2024 - marzo 2025), entrevistas en profundidad a una informante clave (Alejandra, gestante en dos ocasiones y coordinadora gestacional), y análisis del discurso de páginas web de agencias y clínicas de subrogación, así como del discurso prohibicionista de la congresista colombiana Jenny Pedraza. El marco teórico articula los conceptos de biopoder (Foucault), biomercantilización (Spar) y maternidad intensiva (Hays), recuperando además las posturas del feminismo sobre las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Los hallazgos confirman que el biopoder se ejerce mediante tres mecanismos: filtros médicos, psicológicos y socioeconómicos que disciplinan el cuerpo gestante; la medicalización reproductiva que normaliza los efectos secundarios hormonales; y el acompañamiento psicológico como dispositivo de gestión emocional para suprimir el apego. La biomercantilización opera a través de la fragmentación de la maternidad en componentes comercializables —genético, gestacional y de intención—, el Turismo Reproductivo (TR) que desplaza MG del Sur Global para satisfacer demanda de Padres de Intención (PI) del Norte, y el lenguaje como herramienta de eufemización a través de términos como “mamá cigüeña” o “colaboradora” que despoja simbólicamente a la gestante de su papel materno. La maternidad intensiva se revela en tensión: aunque el discurso institucional insiste en que la MG no es madre por no compartir material genético, la experiencia corporal del embarazo genera un vínculo afectivo persistente, evidenciado en la tristeza postparto y el estigma intrafamiliar documentados.

La entrevista a Alejandra aporta dimensiones ocultas no capturadas en la bitácora digital: la negociabilidad de los filtros —peso, edad, zona de residencia—, la experiencia emocional postparto, el conflicto familiar por el secreto de la subrogación, y la regulación legal implícita en Colombia que prohíbe que la MG sea donante de óvulo para evitar conflictos filiales. El análisis crítico cuestiona la postura prohibicionista, argumentando que la censura legal no elimina la práctica, sino que la desplaza a la clandestinidad, profundizando la vulnerabilidad de las MG, mientras que la regulación —aun con fallas— podría ofrecer salvaguardas para su autonomía y salud.

Se concluye que la GSO no es reducible a una dicotomía entre “explotación” y “empoderamiento”, sino que constituye un terreno de contradicciones donde confluyen la vulnerabilidad estructural y el agenciamiento individual, la medicalización del cuerpo y la búsqueda de autonomía, la lógica del mercado y el deseo de formar familia. La investigación aporta visibilidad a las voces silenciadas de las MG, documenta la negociabilidad de los filtros institucionales, y ofrece una crítica fundamentada a la satanización de la práctica, recomendando marcos regulatorios con enfoque de derechos que protejan a las gestantes.

Índice Temático

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. ¿En qué consiste la Maternidad o Gestación Subrogada (MS o GS)?	13
1.2. Aclaración de los términos Maternidad Subrogada (MS) y Gestación Subrogada (GS)	14
1.3. Limitaciones del modelo altruista	18

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Planteamiento del problema	20
2.2. Justificación	22
2.3. Objetivo general	23
2.4. Objetivos específicos	24
2.5. Supuestos de la investigación	24

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES

3.1. Contexto histórico de los primeros casos de Gestación Subrogada (GS)	26
3.2. Origen de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) como terapia para la esterilidad e infertilidad	35
3.3. Influencia, afectaciones y responsabilidad de la infertilidad/esterilidad en las mujeres	36
3.4. Consideraciones sobre el papel masculino en el tratamiento de la infertilidad/esterilidad	41
3.4.1. Referencias históricas sobre la infertilidad/esterilidad masculina	45
3.4.2. Construcción social de la identidad masculina	46
3.5. La influencia de las tecnologías de la comunicación en las Técnicas de	

Reproducción Humana Asistida (TRHA)	49
3.6. Manipulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) para otros fines	53
3.6.1. El carácter ético de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)	55
CAPÍTULO IV. LA PERTINENCIA DE LA GESTACIÓN SUBROGADA ONEROSA (GS) CON EL DESARROLLO SUSTENTABLE	
4.1. Afectaciones y relaciones entre medio ambiente, desarrollo y sociedad	57
4.2. Incidencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en la equidad de género	58
4.2.1. El impacto de la infertilidad como Enfermedad No Transmisible (ENT) en la sociedad	59
4.2.2. Las dificultades de la equidad de género en el sector salud	60
4.2.3. La Gestación Subrogada Onerosa (GSO) y su relación con el género	63
CAPÍTULO V. ESTADO DEL ARTE	
5.1. El núcleo de la sociedad en el lenguaje de las leyes	67
5.2. El sentido de la regulación y la invisibilización sobre la práctica de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)	70
5.3. Motivos que llevan a la regulación o invisibilización de la Gestación Subrogada (GS)	70
5.4. Países que regulan o ignoran la Maternidad y Gestación Subrogadas (MS y GS) a nivel internacional	71
5.4.1. Países que prohíben	71

5.4.2. Países que regulan	74
5.4.3. Países donde se desconoce la Gestación Subrogada (GS)	79
5.4.4. Caso de México por estado	80
5.5. Constitución de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) desde el movimiento feminista	87
5.5.1. El cuerpo de la mujer como representación de la sexualidad y la reproducción	87
5.5.2. El desarrollo de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) y sus afectaciones al feminismo	88
CAPÍTULO VI. MARCO TEÓRICO	
6.1. Referentes teóricos conceptuales	90
6.2. Las olas del feminismo y sus posturas sobre las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)	91
6.2.1. Postura interpretativa optimista	92
6.2.2. Postura interpretativa pesimista	94
6.2.3. Postura interpretativa de la diversidad	97
6.3. El concepto de biopoder: disciplina del cuerpo, administración de la vida y regulación de la población	100
6.4. Biomercantilización y medicalización reproductiva: el cuerpo femenino como mercado	104
6.5. La maternidad como construcción sociocultural: el mandato de la intensidad y la fragmentación neoliberal	112
6.5.1. Tipología de la maternidad	113

6.5.2. La maternidad intensiva en Occidente: repercusiones en torno al cuidado, trabajo y crianza	120
6.5.3. Reflexiones sobre la influencia neoliberal en el ejercicio de la maternidad	136
6.5.4. Conclusiones	141
CAPÍTULO VII. MARCO METODOLÓGICO	
7.1. Metodología cualitativa	144
7.2. Procedimiento	150
7.3. Método	152
7.4. Especificaciones para la elección de los miembros del grupo de WhatsApp (WA)	154
7.4.1. Selección de participantes	154
7.4.2. Criterios de inclusión de los miembros	154
7.5. Delimitación del periodo elegido para el análisis de la bitácora de campo digital	156
7.6. Tipo de participación del investigador	156
7.7. Alcance de selección: triangulación de fuentes	157
7.8. Delimitación ética y reflexividad metodológica del trabajo de campo digital	157
7.8.1. Reflexividad de la posición investigadora	163
7.8.2. Dilemas éticos del acceso al campo digital y negociación de confianza	167
7.8.3. Observación no participante y comprensión del contexto social	168
7.8.4. Transparencia progresiva y consentimiento situado	168
7.9. Ejecución de las técnicas de análisis de datos	170
7.9.1. Guía documentada sobre el proceso de Gestación Subrogada (GS)	170

7.9.2. Observación digital por WhatsApp (WA) en el grupo de Maternidad Subrogada (MS)	176
7.9.3. Análisis del discurso: una mirada evaluativa del lenguaje utilizado en las páginas web de las agencias/clínicas de Gestación Subrogada (GS)	197
7.9.4. Observación: Bitácora de campo digital	215
7.10. Semblanza de la entrevistada	255
7.10.1. Proceso de la entrevista	256
7.10.2. Análisis de categorías a partir de la entrevista	257
7.11. Análisis de contraste de fuentes en el estudio de la Gestación Subrogada (GS)	295
7.12. Análisis del discurso sobre la postura prohibicionista en Colombia a través del discurso de Jenny Pedraza	317
7.13. La crítica académica a la censura y satanización de la Gestación Subrogada Onerosa o Comercial (GSO o GSC)	330
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES	
8.1. Resultados y hallazgos	340
8.1.1. El biopoder como dispositivo de control institucional	341
8.1.2. La biomercantilización como lógica estructural del mercado reproductivo	344
8.1.3. La maternidad intensiva como modelo hegemónico en tensión	350
8.1.4. La crítica académica a la censura y satanización de la GSO	352
8.2. Reflexiones finales	354
8.2.1. La necesidad de una perspectiva interseccional	354
8.2.2. La paradoja del agenciamiento en contextos de vulnerabilidad	355
8.2.3. La urgencia de una mirada ética desde los testimonios de las MG	356

8.2.4. La biomerchantilización como síntoma de una crisis más amplia	357
8.2.5. Reflexión de la investigadora	358
8.3. Aportaciones del estudio	360
8.4. Limitaciones del estudio	362
8.5. Recomendaciones	363
8.5.1. Para futuras investigaciones	363
8.5.2. Para políticas públicas	365
8.5.3. Para el activismo y la sociedad civil	366
Abreviaturas	368
Referencias bibliográficas	372
Índice de figuras	
Figura 1. Triangulación de fuentes	152
Índice de imágenes	
Imagen 1. Resultados de búsqueda con el concepto “Maternidad Subrogada” (MG).....	15
Imagen 2. Resultados de búsqueda con el concepto “Gestación Subrogada” (GS).....	16
Imagen 3. Resultados de búsqueda con el concepto “Ventre de alquiler”	16
Imagen 4. Consejos para una lactancia exitosa.....	138
Imagen 5. Beneficios de la lactancia materna.....	139
Imagen 6. Mural sobre la lactancia materna.....	140
Imagen 7. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia	
All In Surrogacy	206
Imagen 8. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia	
All In Surrogacy.....	207

Imagen 9. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia All In Surrogacy.....	207
Imagen 10. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia All In Surrogacy.....	208
Imagen 11. Definiciones usadas para referirse a la Mujer Gestante (MG) por All In Surrogacy.....	209
Imagen 12. Página web de Fundación Cigüeña.....	210
Índice de tablas	
Tabla 1. Comparación de Ucrania sobre la GS antes y después de la guerra.....	78
Tabla 2. Comparativa de datos sobre GS entre Rusia-Ucrania.....	78
Tabla 3. Tabla comparativa de los estados de México.....	86
Tabla 4. Comparación de los modelos de la maternidad.....	118
Tabla 5. Comparativa general por país/región.....	121
Tabla 6. Tiempo semanal dedicado a trabajo no remunerado.....	123
Tabla 7. Actividades de cuidado y educación en España.....	125
Tabla 8. Participación en el mercado laboral y razones de inactividad en México.....	126
Tabla 9. Desglose de la técnica empleada de la triangulación de fuentes aplicada en la selección de sujetos de estudio.....	157
Tabla 10. Fase del diseño metodológico.....	166
Tabla 11. Temáticas que más se frecuentan en el grupo “Maternidad Subrogada” (MS).....	178
Tabla 12. Interacciones entre temáticas en el grupo “Maternidad Subrogada” (MS).....	180

Tabla 13. Agencias/clínicas mencionadas en el grupo “Maternidad Subrogada” (MS).....	188
Tabla 14. Páginas oficiales de agencias/clínicas mencionadas.....	190
Tabla 15. Terminología comúnmente usada en la Maternidad Subrogada (MS).....	205
Tabla 16. Relaciones entre la bitácora de campo digital y la entrevista: convergencias temáticas.....	296
Tabla 17. Comparaciones: divergencias y profundización analítica.....	301
Tabla 18. Comparativa de ingresos de elementos en el discurso de Jenny Pedraza.....	325
Índice de gráficas	
Gráfica 1. Motivos que llevan a las mujeres cuidadoras a invertir más tiempo en actividades no remuneradas en Mexico	129
Índice de mapas conceptuales	
Mapa conceptual 1. Tipología de la maternidad.....	114
Índice de esquemas	
Esquema 1. Prestaciones laborales más solicitadas por las mujeres cuidadoras en Mexico.....	129
Esquema 2. Creencias y percepciones culturales sobre la distribución del trabajo no remunerado.....	130

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. ¿En qué consiste la Maternidad o Gestación Subrogada (MS o GS)?

La Gestación o Maternidad Subrogada (GS o MS) es una Técnica de Reproducción Humana Asistida (TRHA) que permite a parejas de distintas situaciones —infertilidad, enfermedades congénitas e inclusive cuestiones biológicas como las parejas del mismo sexo— tener la oportunidad de formar su propia familia, o al menos esa es la intención en primera instancia. Se debe tomar en cuenta la existencia de dos tipos de subrogación: la Gestación Subrogada Altruista (GSA) en la cual se hace el acto por motivos personales ya sea por lazos de amistad, parentesco o empatía; contrapartida, en la Gestación Subrogada Onerosa (GSO) o conocida como Gestación Subrogada Comercial (GSC) la Mujer Gestante (MG) recibe una gratificación monetaria por el proceso y la labor de parto.

En la actualidad existen clínicas y asociaciones donde se orienta a la mujer durante el proceso sobre los requisitos con los que debe de contar, en qué va a consistir el tratamiento, cuánto es lo que va a percibir dependiendo de los términos del contrato, qué responsabilidades debe de asumir al momento de aceptar el contrato, los cuidados que debe de tener durante la medicación, etc.

En la MS se identifican dos modos en los que varía el código genético. La primera es la modalidad homóloga, en la cual la pareja o PI utilizan su esperma y su óvulo para que sea fecundado en una madre sustituta (o también llamado vientre de alquiler). La segunda modalidad es la heteróloga, que ocurre cuando el material genético procede de alguien distinto a los PI, generalmente un/a donante de esperma, de óvulo o incluso ambos. También hay casos donde la MG aporta su propio óvulo dependiendo del acuerdo.

En resumen, la GS (dentro de las TRHA) forma parte de todos aquellos procedimientos que unen un espermatozoides y un óvulo de manera artificial para ser gestado en una tercera persona; es decir, es un procedimiento que se separa de la reproducción natural para obtener un bebé (Brena, et al., 2012, p.66; Pantaleón, 2022, p.36).

1.2. Aclaración de los términos Maternidad Subrogada (MS) y Gestación Subrogada (GS)

Es necesario mencionar que cuando se habla una temática en particular, podemos encontrar una variedad de palabras que nos refieren a un mismo tema de estudio. En el caso de la MS, que ya se ha explicado en el punto anterior, al ser una práctica donde una mujer alquila su vientre para una pareja de orientación heterosexual u homosexual, así como con personas solteras ocurre que, al hacer una investigación, encontramos diversas nociones que nos refieren a la misma situación.

Es sabido que, en el lenguaje español, una idea o práctica puede mencionarse de muchas maneras, pero dependiendo del contexto en la cultura y la sociedad se usan términos acordes a la situación. Lo que llevó a la presente investigación alternar con los términos de Maternidad y Gestación Subrogadas (MS o GS), e incluso descartar y priorizarlos por encima de otros términos por dos condiciones: en primera, son las definiciones comunes más utilizadas y apropiadas desde una perspectiva general. Sin profundizar en detalles —se abordarán más adelante— esto abre interrogantes como el por qué se asocia la gestación y la maternidad como un mismo proceso.

En segunda, la base metodológica que se sustentada remonta a formas digitales, discursos institucionales y entrevistas que ubican el lenguaje adherido por parte de estas comunidades, coincidiendo en las mismas nociones; e inclusive, se realizó una búsqueda breve

por la web hallando como resultados que los conceptos usados principalmente son “gestación subrogada” o “maternidad subrogada”, y si se busca por algún sinónimo como “vientre de alquiler” nos remonta a las palabras antes mencionadas, tal como se muestra en los resultados de búsqueda (imágenes 1, 2 y 3).

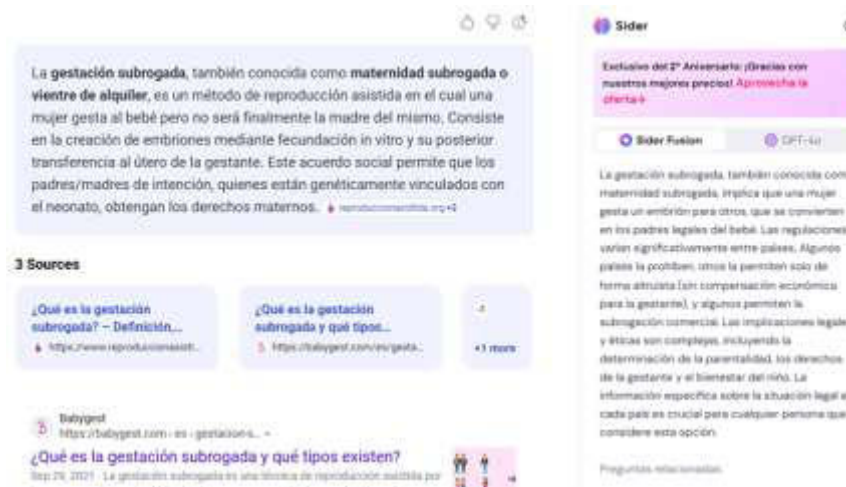
Imagen 1. Resultados de búsqueda de la plataforma Bing con el concepto “Maternidad Subrogada” (MG).



Fuente: Plataforma de Bing (2025).

Se puede notar en el lateral derecha a través de una IA un breve resumen de lo que consta el proceso conocido como “Maternidad Subrogada” (MS), que coincide con lo que se ha estado definiendo y corroborando a través de fuentes legales, científicas, académicas, términos propuestos por organizaciones, grupos relacionados al tema, blogs, revistas, periódicos y otras fuentes de información que se sustentan bajo la misma definición y coinciden con las mismas características, habiendo ligeras variaciones cuando se menciona bajo otras nociones.

Imagen 2. Resultados de búsqueda del concepto “Gestación Subrogada” (GS) en la plataforma Bing.



Fuente: Plataforma de Bing (2025).

Cuando se busca bajo el término “Gestación Subrogada” (GS) se identifica que en la búsqueda de resultados se menciona “también conocida como”, dando a entender que, sin importar de cuál manera se escriba prevalece la finalidad de gestionar un embrión ajeno, que no necesita que se nombren como procesos diferentes, y por tanto, sus consecuencias e inquietudes sobre el tema se toman de igual manera.

Imagen 3. Resultados de búsqueda con el concepto “Vientre de alquiler” en la plataforma de Bing.



Fuente: Plataforma de Bing (2025).

Esta imagen solo se añadió para confirmar que efectivamente la descripción del término “vientre de alquiler” remonta a la MS y GS. Con estos resultados se define que son las búsquedas más populares y conocidas para todo tipo de lector o persona que conozca o desee informarse del tema, así que se toma la decisión para fines de practicidad; y por otro lado, indagar sobre estos términos más conocidos permite aproximarnos a otros aspectos que pueden apoyar a obtener una respuesta más certera sobre la MS o GS y no se le presta mucha atención, como comprender que las definiciones contienen una carga simbólica y sociocultural que las afecta. Aunque se ha subrayado estas tres nociones más populares, Pantaleón (2022) recoge todas las nociones relacionadas al tema agrupadas en tres categorías principales:

- 1) Como maternidad se le llama subrogada, subrogada benévola, gestante, de alquiler, sustituta, sustitutiva, de encargo, incubadora, delegada, contratada y prestada.
- 2) Como gestación se le conoce como subrogada, por sustitución, sustituta, sustitutiva, asistida, por contrato, para otro u otros, por cuenta ajena, por cuenta de oro.
- 3) Otras nociones son alquiler de vientre, alquiler de útero, locación de vientres, donación temporaria de útero, contrato de servicios de incubación en útero ajeno, arriendo de útero, arrendamiento de vientre y renta de útero (p. 39).

El motivo de resaltar este aspecto de la lingüística es importante porque se vincula no solamente a un aspecto de la comunidad sobre el tema, sino también con la perspectiva asociada en la academia. Coincidimos, con Pantaleón (2022) cuando explica que los conflictos que atraviesa la MS también dependen de la disciplina que la está enfocando: la medicina, el derecho, la sociología, los estudios de género y la política son quienes más aportaciones han hecho del tema. Sin embargo, existe un debate sobre cuál es la terminología más adecuada, lo

que le resta credibilidad a otros aspectos más importantes como el uso, manipulación y fines en los que se involucran los embriones humanos, así como el trato que se les da a las partes involucradas en el procedimiento; especialmente a las MG, quienes son las que llevan proceso; además de poner en el foco, a qué áreas les compete la práctica, como el sector salud y el trabajo social, y la regulación o ignorancia de la práctica en el derecho, solo por mencionar algunas (p. 40). Habiendo mencionado esto, se comprende que, aunque la terminología es importante, esto no debe desviar de la problemática principal, tampoco se prestará mucha atención en la sinonimia del término “subrogación” porque queda implícito que se trata de un reemplazo, relevo, suplantación, etcétera, de la gestación/maternidad.

1.3. Limitaciones del modelo altruista

Se habían comentado anteriormente las dos modalidades en que se accede a la GS, el modelo altruista (GSA) y el oneroso (GSO). Esta investigación se concentra específicamente en la segunda, la cual ha causado controversia por sus implicaciones éticas, jurídicas y sociales que se irán desarrollando en capítulos posteriores. No obstante, la GSA cuenta con sus propias limitaciones, las cuales vale la pena mencionar para comprender porqué la GSO es más solicitada y costeable en tiempo, esfuerzo, e inclusive dinero. Se toman de ejemplo dos países donde se encuentra regularizada: Reino Unido y Uruguay.

En países como el Reino Unido, donde solo se permite la gestación subrogada altruista, muchas parejas recurren a servicios en el extranjero para acceder a procesos más rápidos y menos restrictivos. Esto indica que las restricciones del modelo altruista pueden llevar a una mayor demanda de gestación subrogada comercial en otros países (Fernández, 2025).

En el caso de dicho país, el modelo altruista solo permite una compensación económica equivalente al tiempo y gastos que exige el proceso de embarazo, y, a diferencia de otros

sistemas donde los encargados son agencias y clínicas especializadas en TRHA, aquí los organizan ONG sin fines de lucro (p. 92). Lamentablemente, dicho modelo, en vez de permear la práctica a sus propios ciudadanos, ha provocado que la mitad de las personas y parejas de intención que desean acceder a ellas se vayan al extranjero a buscar de manera más rápida y sencilla (The Economist, 2025) de forma que la práctica se traslada a otras entidades con mujeres extranjeras una práctica que está prohibida para las ciudadanas en su país de origen (Fernández, 2025, p. 94).

En cambio, el caso de Uruguay a pesar de que aprobó la gestación subrogada altruista en 2014, entre ese año y 2020 solo se aprobaron dos solicitudes. Las clínicas autorizadas derivaron a los solicitantes al extranjero, lo que sugiere que las restricciones del modelo altruista limitan su aplicación práctica (Fernández, 2025, p. 92).

El modelo altruista de Reino Unido ha sido tomado como un ejemplo a seguir para países latinoamericanos como Uruguay y Cuba (p. 92) En su caso, fue aprobada en el 2014, dando el acceso solo a madres de intención bajo requisitos muy estrictos: las MG solo pueden ser hermanas o cuñadas, que no pueden recibir pagos y tiene que ser aprobado por una comisión que pertenezca al Ministerio de Sanidad. Por estos motivos se registra que desde dicho año hasta el 2020 solo se recibieron 11 solicitudes, de esas solamente fueron aprobadas dos (Zignago, 2020). Irónicamente, los casos que fueron rechazados se les canalizó a recurrir al extranjero: de forma que en el Senado se está pensando en autorizar una nueva ley que incluya a más parientes consanguíneos como tías, primas y sobrinas de las madres de la solicitante (Fernández, 2025, p. 94).

De estos datos se concluye que en países donde solo se permite la GSA muchas parejas recurren a servicios en el extranjero para acceder a procesos más rápidos y menos restrictivos.

Esto indica que las restricciones del modelo altruista pueden llevar a una mayor demanda de gestación subrogada comercial en otros países.

Estas constataciones preliminares conducen directamente al núcleo del problema de investigación en el que el siguiente capítulo abordará esta interrogante de manera sistemática, planteando el problema, su justificación y los objetivos que guían el estudio.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Planteamiento del problema

La práctica de la Gestación Subrogada (GS) o Maternidad Subrogada (MS) ha pasado por un proceso complejo que adquirió un carácter global conforme se han ido desarrollando las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) permitiendo una ampliación hacia diversos sectores que atraviesan el género, la legalidad, lo social, la cultura, la nacionalidad y la economía. Para llegar a una aproximación sobre el fenómeno de la biomerchantilización aplicado en la práctica de la GS es necesario señalar que la práctica de las TRHA ha motivado una polarización entre la maternidad y la gestación durante el proceso de subrogación, tratándolos como procesos separados que no necesariamente afectan de la misma forma a las mujeres y que depende de varios factores que impactan de manera distinta en su psique, su experiencia biológica, su persona, sus relaciones con su pareja y familiares así como la comunidad en general.

Con relación a la Gestación Subrogada Onerosa (GSO), se encuentra en el marco de los códigos civiles de México su aceptación o rechazo dependiendo de la opinión social en el debate sobre lo que se concibe como aquello que puede venderse, comprarse o alquilarse del cuerpo, y aquello que no debe ser tocado. Esta diversidad de posturas a nivel estatal —que no logra

articular un consenso nacional— sobre la GS coexiste con las lógicas del modelo hegemónico capitalista y patriarcal, las cuales permean en las condiciones de desigualdad de género y en el acceso a recursos socioeconómicos, el derecho a la formación de la familia como elemento fundamental e intrínseco de todo ser humano; y que al formar las TRHA parte de un sector privado, el fenómeno del Turismo Reproductivo (TR) se ha vuelto un negocio cada vez más rentable para aquellas agencias que canalizan, en dichas entidades no regularizadas, a Mujeres Gestantes (MG) con parejas extranjeras en las cuales sus países prohíben la práctica o en donde los costos son elevados, introduciendo la GS como un producto más del mercado.

Situar la GS dentro del marco analítico de la biomercantilización suscita profundos cuestionamientos éticos y morales en torno a la comprensión de los procesos reproductivos, las prácticas operativas de las agencias, la amplia gama de posibles irregularidades que pueden surgir en el contexto de la práctica, y la creciente tendencia a valorar el cuerpo femenino como mercancía rentable, las motivaciones encontradas en el hecho de gestar un “embrión ajeno”, el desarrollo o ausencia de vínculos afectivos de las mujeres gestantes con el bebé, los problemas psicológicos, médicos, físicos y emocionales que repercuten en la gestante, la perpetuación de desigualdad a través del modelo capitalista y sus relaciones con el mercado global que parecen convertir todo a su paso en un objeto de valor.

Por consiguiente, en este trabajo de tesis planteamos la pregunta de investigación a la que se pretende responder es ¿Cómo la Gestación Subrogada Onerosa (GSO) ha configurado la experiencia de las Mujeres Gestantes (MG) en tensión con las concepciones hegemónicas de la maternidad, a través de las dinámicas de biopoder y biomercantilización del cuerpo?

2.2. Justificación

La GS es un tema de debate constante que involucra, en principio, la estigmatización social que han sufrido las mujeres en condiciones de esterilidad/infertilidad. Pese a que, la Gestación Subrogada Altruista (GSA) está más controlada debido a sus limitaciones en las que no existe retribución monetaria, en la GSO la biomercantilización ha integrado los cuerpos de las mujeres como una forma rentable al valorizarlos monetariamente con base en características y requisitos que segregan y fomentan las desigualdades ya existentes en materia de género.

Como premisa, se considera que el Turismo Reproductivo (TR) en las clínicas o agencias de fertilidad ha fungido como mediador en la transacción de compra—renta y/o compra—venta entre los Padres de Intención (PI) —quienes regularmente suelen ser extranjeros a quienes en su país se les prohíbe la práctica— y las Mujeres Gestantes (MG) que proporcionan su vientre para efectuar la gestación. Sin embargo, existen estudios que señalan en diversos países subdesarrollados la intensificación del TR debido a la poca o nula regulación que no abarca todo el conjunto de situaciones en los que puede darse la explotación femenina en comparación a países/estados donde ya se encuentra regulado (Fernández, 2025; Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2017; Pantaleón, 2022; Spar, 2006; Taboada, 1986; Vecslir, 2022); por ejemplo, este proceso se encuentra regularizado en Tabasco y Sinaloa; mientras que en Querétaro y Coahuila prohíben explícitamente dicho proceso, o en la CdMx en donde actualmente hay una ley que fue aprobada pero no ha entrado en vigor.

En el marco de la globalización, el contexto biopolítico y disciplinario revela que el uso de los cuerpos está sujeto a formas de control sobre la reproducción. En este escenario, se observa la participación activa del movimiento feminista, que aboga por el empoderamiento de las mujeres a través del acceso a la información y a las TRHA. De hecho, las tecnologías de la

comunicación juegan un papel fundamental para determinar los alcances de las TRHA, pues Internet permite encontrar información y testimonios de primera mano.

Paralelamente, la administración estatal de las poblaciones en materia de salud ha mostrado una tendencia hacia la regulación de estas técnicas, como se refleja en las legislaciones, aunque con un alcance a menudo limitado. Y especialmente de la práctica de la GS poco se menciona sobre ella, solamente cuando sirve admitir o para prohibir, sin tener una profundización de los aspectos que atañen a las partes involucradas; o que en algunos códigos civiles son ineficientes, y se advierte una ausencia de medidas destinadas a contrarrestar el Turismo Reproductivo (TR), tales como ampliar el acceso público a tratamientos de fertilidad, agilizar los procesos de adopción con criterios adecuados, o generar condiciones de oportunidad que reduzcan la necesidad de que las Mujeres Gestantes (MG) se involucren en procedimientos que podrían implicar riesgos significativos para su salud a mediano y largo plazo. Aparte, sus derechos puedan verse violentados por estas lagunas jurídicas, dejándolas en una situación de vulnerabilidad tanto a ellas como a los fetos resultantes del procedimiento y productos derivados, y con consecuencias no solamente físicas, sino emocionales que pueden llegar a afectar de manera irreversible a las personas que se les tratan como objetos mercantilizables.

2.3. Objetivo general

- Analizar, a partir de la observación digital en un grupo de WhatsApp (WA) y entrevistas a profundidad a sujetos clave del proceso de Gestación Subrogada (GS), cómo las dinámicas de biopoder —biopolíticas y disciplinarias— y la biomercantilización —mercantilización de servicios reproductivos— operan en la Gestación Subrogada Onerosa (GSO) en América Latina, y de qué manera estas dinámicas (re)configuran la experiencia subjetiva y corporal

de las Mujeres Gestantes (MG) en tensión con el modelo hegemónico de maternidad intensiva.

2.4. Objetivos específicos

- Identificar y describir, a partir de los discursos en el grupo de WA y el testimonio de sujetos clave, los mecanismos de biopoder —filtros médicos, psicológicos, socioeconómicos, seguimiento clínico, gestión emocional— que las agencias y clínicas de GSO utilizan para seleccionar, controlar y regular el cuerpo y las emociones de las Mujeres Gestantes (MG).
- Exponer, mediante el análisis de las narrativas de las MG y de la postura prohibicionista de actores políticos, las tensiones entre la vivencia corporal del embarazo subrogado, el mandato de la maternidad intensiva y la estigmatización social que enfrentan las gestantes, especialmente en su entorno familiar.
- Analizar críticamente, contrastando la literatura académica con los hallazgos empíricos —en la bitácora y entrevista—, la dicotomía entre prohibición y regulación de la GSO, reflexionando sobre cómo la censura legal puede fomentar la clandestinidad y cómo la regulación, aun con sus fallas, podría ofrecer salvaguardas para la autonomía y salud de las MG.
- Caracterizar el rol de los intermediarios —agencias, coordinadoras gestacionales, clínicas— en la cadena de la biomercantilización reproductiva, identificando cómo operan aquellos factores que naturalizan y legitiman el proceso de GS como un servicio —los “filtros negociables”, los “bonos de comportamiento” y las estrategias discursivas de eufemismo—.

2.5. Supuestos de investigación

- La biomercantilización de la reproducción se articula en un mercado transnacional, donde la disparidad regulatoria —entre países/estados que prohíben, regulan o ignoran la GSO—

actúa como un factor que propicia el Turismo Reproductivo (TR), desplazando a las MG de países del Sur Global para satisfacer la demanda de Padres de Intención (PI) de países con regulaciones restrictivas o costos elevados.

- La GSC, si bien emerge en contextos de desigualdad de género preexistente —falta de oportunidades laborales, pobreza feminizada—, también puede ser entendida como un espacio donde los mecanismos de selección de las agencias —filtros de Índice de Masa Corporal (IMC), número de cesáreas, estudios socioeconómicos— tienden a reproducir y, en algunos casos, a profundizar dichas desigualdades, al establecer la vulnerabilidad socioeconómica como un criterio operativo del mercado reproductivo.
- Las TRHA, específicamente la GSO, reconfiguran el significado de la maternidad al escindirse en dos componentes: genético —quien aporta el Ácido Desoxirribonucleico (ADN)— y gestacional —quien lleva el embarazo—. Esta fragmentación, lejos de ser neutral, es gestionada biopolíticamente mediante discursos legales y psicológicos que desvinculan a la MG del bebé, priorizando el vínculo genético sobre el gestacional.
- Se sostiene que el biopoder en la GSC se manifiesta de manera cotidiana a través de al menos tres dispositivos de control interrelacionados: primero, los filtros médicos y socioeconómicos que operan como criterios de aptitud; segundo, el acompañamiento psicológico obligatorio, que busca gestionar y, en ocasiones, suprimir el apego; y tercero, la formalización contractual, que convierte la renuncia a la maternidad en un acto legal, reforzando la idea de que el bebé no tiene parentesco con la MG por no compartir material genético.
- La biomercantilización en la GSO no anula completamente el agenciamiento de las MG, sino que lo encauza. Las gestantes negocian dentro de márgenes estrechos y construyen narrativas que mezclan la motivación económica con el altruismo. Sin embargo, esta agencia

está profundamente limitada por la asimetría de poder estructural entre los PI —evaluados principalmente por su capital económico— y las MG —sometidas a filtros exhaustivos sobre su cuerpo, historia y entorno—.

Para corroborar y matizar estos planteamientos, el siguiente capítulo se adentra en los antecedentes históricos y sociales que han configurado la práctica de la GS y las TRHA, ofreciendo el contexto necesario para comprender su evolución y sus controversias actuales.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES

3.1. Contexto histórico de los primeros casos de Gestación Subrogada (GS) o Maternidad Subrogada (MS)

El proceso de GS y MS se conoce hoy en día en el área técnico—científico, pero tiene su origen a finales del siglo pasado; de modo que, al hablar de la gestación, o maternidad subrogada, es necesario el reconocimiento de que la práctica es tan vieja como la historia de la humanidad. Habrá quienes puedan contraargumentar este punto en tanto, como se observará a continuación, los primeros datos que se tienen registro son métodos intracorpóreos y se habían señalado como rasgo fundamental de esta práctica que se separa de la fecundación tradicional. Pese a ello no se debe desacreditar el hecho de que, al no haber métodos como la FIV aquellas parejas que deseaban tener hijos y padecían infertilidad o esterilidad se valían de los medios que tuvieran a su alcance; por esto es necesario siempre tomar en cuenta su contexto y desde ahí se puede admitir que si hay una subrogación entendida como una sustitución. A continuación, se presentan aquellos casos históricamente conocidos a nivel mundial:

- En el 1750 a. C. las leyes del Código de Hammurabi indican los procedimientos en caso de infertilidad de la esposa, se contemplaba la posibilidad de recurrir a una esclava con fines reproductivos. Y si ella tenía hijos, no podía ser vendida, lo cual sería considerado como una medida de protección a la gestante (Babygest, 2017).

- En la Biblia (Génesis 16:1—16) Sara, esposa de Abraham, al ser incapaz de concebir ofrece a su propia sirvienta con la finalidad de que él pudiera tener descendencia. No sería su hijo de sangre, pero lo reconocería como hijo suyo, es importante señalar que estos antecedentes encaminarían a lo que se conocería posteriormente como gestación subrogada parcial o tradicional - también llamada heteróloga - donde su característica principal es que el embrión lleva la carga genética del padre y de la mujer gestante, aparte que deja una conexión filial que se guarda entre la servidumbre y la familia, práctica que era bastante común en la época. (Babygest, 2017).
- Estados Unidos, en el año 1909 se registra el primer caso documentado de inseminación artificial en humanos, realizado por el Dr. William Pancoast.
- Irak, anteriormente Mesopotamia (el término sigue usándose como una ubicación geográfica e histórica para la región según la Encyclopaedia Britannica (2025), en el año 1948 en la tumba de Kültepe-Kanesh se encontraron unas tablillas que contenían información sobre las condiciones de un contrato matrimonial. En ella establecen que en caso de que la esposa legítima no pudiera tener descendencia su cónyuge tiene la opción de concebir con una hieródula (o prostituta sagrada), reconociéndolo como un heredero legítimo y, a cambio de dicha prestación, a la mujer se le da una remuneración o la libertad. Este dato sería el caso más antiguo descubierto de una documentación sobre la gestación subrogada hasta el día de hoy (Babygest, 2017).
- En 1976 se realiza el primer contrato de gestación subrogada tradicional en EE. UU., con uso del óvulo de la MG.
- En Reino Unido, en el año de 1978 nace Louise Brown la primera bebé nacida por FIV.

- En 1980 en Estados Unidos se firmó el primer acuerdo comercial de GS en el que Elizabeth Kane tuvo una GS parcial (con el óvulo de la MG) de la cual recibió \$10,000 dólares por dar a luz al bebé de otra pareja (González, 2013).
- El año 1983 en Lansing, estado de Michigan, una mujer casada llamada Judy Stiver accedió a un contrato con Alexander Malahoff para una GS heteróloga —aportando su óvulo— por la cantidad de \$10.000 dólares al momento del nacimiento y entrega del bebé, el cual se realizó exitosamente. Sin embargo, el bebé había nacido con microcefalia, pese a esto Malahoff lo aceptó, y poco tiempo después lo regresaría argumentando que no es el padre biológico del niño. Después de algunas pruebas se detectó que la paternidad era del esposo de Judy, ya que reconocieron que no se habían abstenido de mantener relaciones sexuales durante el periodo de la inseminación artificial, por esto tuvieron que hacerse cargo del bebé (Martínez—Pereda & Massigoge Benegiu, 1994, p. 27).
- Caso de Kirsty Tevens: Kirsty Tevens es una mujer que acordó con su esposo en apoyar a una pareja con problemas de esterilidad. Siendo ya una mujer casada y con dos hijos hizo los arreglos con el Padre de Intención (PI) manteniendo relaciones sexuales en algunas ocasiones de forma que se ahorraron los gastos de una FIV. Una vez lograda la concepción se hizo la entrega del menor sin ningún contratiempo en agosto de 1984 (Martínez—Pereda & Massigoge Benegiu, 1994, pp. 33—34). Sin embargo, desde la perspectiva moral, religiosa y legal esto contaría como adulterio, e inclusive algunos se atreverían a opinar que no cuenta como una GS más que del modo tradicional. Cabe mencionar que, anteriormente se utilizaban esclavas o hieródulas para poder concebir hijos antes de la llegada de estos métodos modernos. El acto en sí mismo no es moralmente aceptable, y precisamente los procedimientos de las TRHA son en parte para

evitar rencores y malentendidos producidos entre las personas involucradas. Además, por los casos anteriores, siempre pueden existir intereses personales y sentimientos encontrados de por medio, tanto para la madre sustituta como para los PI.

- En 1985 en Estados Unidos se conoció el primer caso documentado de GS completa mediante la técnica de fecundación in vitro (FIV), siendo la primera vez que se logró transferir al útero de una mujer un embrión creado con los gametos de los PI (Babygest, 2017).
- El caso de Baby M, en el año 1986 una pareja de apellido Stern entró en conflicto con la MG, la Sra. Whitehead, al pelear la custodia de la bebé, pues ella al ser inseminada artificialmente con el espermatozoides de William Stern —padre biológico y de intención— era la madre biológica de la bebé. El fallo se dio a favor de la pareja Stern al haber un contrato escrito de por medio y, aunque la señora Whitehead aportó su óvulo, no podía quedarse con la bebé (Babygest, 2016). Fue este caso el que cimentó las bases para regularizar las prácticas, así como establecer los medios legales tanto de deberes como de derechos.
- En el año 1990 comienza el auge de la subrogación internacional, extendiéndose a India, Ucrania, E.E.
- En el año 2000 incrementa la comercialización global y el Turismo Reproductivo (TR) con agencias y clínicas en países de legislación flexible.
- El caso de Luis y Fernando: El 24 de octubre del 2008, Luis y Fernando (una pareja homosexual española) accedieron a un contrato de GS en el extranjero del que nacieron sus dos hijos Alejandro y Diego. Una vez nacidos los niños fueron al registro civil consular de España en Los Ángeles, Estados Unidos. Sin embargo, el encargado de la dependencia les negó el servicio amparándose en la Ley 14/2016 sobre la prohibición de

la subrogación (Art. 10.1) y que la filiación de los hijos nacidos por esa técnica era determinada al momento del parto (Art. 10.2). Inconformes con la resolución la pareja acudió a la Dirección General de los Registros y del Notariado (DGRN) donde se dio un fallo a favor el 18 de febrero de 2009, argumentando que no afectaba a las leyes españolas y se pretendía salvaguardar la salud y los derechos de los menores, como a tener una identidad, entre otros puntos como la no discriminación a parejas del mismo sexo, ya que, si dos madres podían realizar exitosamente el registro, no hacerlo con dos hombres sería un acto inconstitucional.

Por estos motivos la DRGN removió el apelado del 10 de noviembre de 2008 para que los hijos de Luis y Fernando pudieran registrarse exitosamente en el registro. Al no estar conformes con la resolución, el Ministerio Fiscal puso una demanda que llegó al Juzgado de Primera Instancia No. 15 de Valencia, dando la sentencia el 15 de septiembre del 2010 ordenando la cancelación al registro civil. Para apoyarse en esto, se verificó si era aplicable el Art. 10 de la Ley 14/2016 para determinar si cumplían las resoluciones de registro extranjeras: en primera, se debía tener una constancia expedida del extranjero donde se comprobaba que la paternidad efectivamente era de la pareja española, lo cual era biológicamente imposible; en segunda, la forma de alumbramiento que es la GS era aplicable a la Ley 14/2016. Por estos motivos se inhabilitó la solicitud al registro civil realizada por la DGRN bajo estos argumentos (Pantaleón, 2022, pp. 62—65).

- El caso Baby Gammy: En el año 2013 en Tailandia Pattaramon Chanbua fue madre subrogada de gemelos, Pipah y Gammy, este último nació con síndrome de Down, por lo cual en el 2014 los padres de intención, David Farnell y Wendy provenientes de Australia se llevaron a Pipah dejando a Gammy con la Sra. Chanbua, motivo que la llevó a acudir a los tribunales solicitando la custodia de Pipah, a lo cual el juez dio el fallo a

favor de los Farnell alegando que en algún momento del embarazo la mujer subrogada había tomado cariño con el bebé y decidido quedarse con él, no porque los padres de intención no quisieran llevárselo. Pese a esto, hubo una ola creciente de indignación que generaron disturbios que ponían en relieve las complejidades de la práctica (ABC News, 2016, párras. 1—8).

- Los casos de trata de MG: El 25 de agosto de 2015 se publicó en la plataforma de YouTube en el canal de Fórmula Noticias Tabasco un video titulado “El lado oscuro de la maternidad subrogada, testimonio de una madre sustituta víctima de trata” donde una mujer —de manera anónima— da su testimonio de cómo fue víctima de trata por un supuesto anuncio de madre sustituta mediante el reclutamiento en una página de Facebook en la que aseguraban un pago mensual de \$170,000 pesos, pagados en dólares y depositados a una cuenta bancaria. La empresa en cuestión que realizó la entrevista se llamaba “Surrogacy Beyond Borders”. Actualmente la página oficial ya no se encuentra disponible. Esta agencia hizo que la mujer viajara a una casa de estancia situada en Cancún, Quintana Roo. En dicha estancia, estaría con otras MG donde disfrutaría de actividades recreativas, instalaciones con personal de limpieza y se encargaría de la alimentación y cuidados médicos. De acuerdo con el contrato, una vez que se confirmara el embarazo el primer pago sería de \$5,000 pesos, y la primera mensualidad se efectuaría una vez se escuche el corazón del bebé, quedando ella embarazada de gemelos.

Sin embargo, las complicaciones empezaron desde el momento del pago, ya que se realizaron en efectivo por pesos mexicanos, y de manera incompleta. Aparte, estaban limitadas por condiciones, por ejemplo, si las mujeres donantes deseaban salir debían pedir permiso, y si se les negaba entonces debían quedarse ahí; sumado a esto, se relató la falta de cuidado y atención del personal, pues en algunas ocasiones a la mujer le daban

dolores en el vientre y le comentaban que por sugestión y no pasaba nada. Pero a los tres meses de realizar un ultrasonido, uno de los gemelos había fallecido por la falta de cuidados médicos. En otra oportunidad, se escuchó por parte de la encargada de dicha agencia que no se le diera la atención médica a otros gemelos que habían nacido en Cancún.

Entre una de las tantas experiencias de la entrevistada, en una ocasión que ella y otras mujeres salieron, demoraron más del tiempo acordado que les dieron, provocando la ira de la encargada afirmando que ellas “solo eran mercancía reemplazable, y si no les parecía podían retirarse cuando quisieran”. Es importante resaltar que la razón por la que la testigo aguantó todos esos comportamientos era por temor a que pudieran demandarla o sufrir alguna represalia en su contra, más su condición de vulnerabilidad, manipulación y aislamiento que estaba sufriendo. Al final de la entrevista, la informante declaró que la encargada de aquél entonces debía ir a la cárcel porque estaba cometiendo un delito de explotación sexual; y aparte la necesidad de una reglamentación en lo que concierne a lo relativo a la GS, puesto que no hay ningún amparo para las mujeres sometidas a dichas TRHA, motivo por el cual no hay ninguna garantía que se cumpla con lo pactado, y su persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad (Fórmula noticias Tabasco, 2016).

- El caso Zajarov: En Israel, la señora Ecaterina Germanovna, ante la pérdida de su hijo Andrey Zarajov, quien estuvo sometido a quimioterapia por ocho años sin dejar descendencia, obtuvo muestras de esperma que su hijo había dejado crioconservadas antes del tratamiento en caso de que se volviera estéril. Tener un nieto se convirtió en el objetivo de su vida, después de obtener los permisos necesarios y trámites legales, exportó 25 probetas del esperma de su hijo a Rusia donde consiguió una gestante, así

como óvulos donados para iniciar el proceso. El 16 de noviembre del 2016 nació Georgi, del cual su abuela tiene la custodia. El pago que recibió la donante por los servicios fue un departamento en Ekaterimburgo (Pantaleón, 2022, pp. 66—67).

Este compendio de casos a nivel nacional e internacional ha mostrado las dificultades al momento de recolectar las fuentes documentadas de los primeros acuerdos comerciales, los cuales dependen de varios factores, como el reconocimiento público de las MG, si se destacan por haber un monto acordado para la MG, la transición de los medios de comunicación de la época, el momento en el que se documenta el caso y que al comienzo de estos primeros acuerdos no había una distinción clara entre un caso de GSA a uno de GSC. Conocer la historia de la GS implica reconocer que puede haber dependiendo de la bibliografía diferencias entre los casos que se reconocen como oficiales y pueden provocar confusión, pero indagar profundamente en ella es necesario para reconocer que hay una brecha documental sobre la cual se debe tener conciencia. Una vez hecha esta aclaración se deja el reconocimiento de fechas vitales que influyeron de manera intrínseca en el desarrollo de la GSO:

- El caso del primer acuerdo de GSO: En 1976 fue documentado por Henrietta Ragone (1994) y John A. Robertson (1994), un acuerdo arreglado por el abogado Noel Keane en EE. UU, este era un contrato comercial de subrogación tradicional donde la gestante aportó su propio óvulo y recibió una compensación —aunque modesta según estándares actuales—, y no se hace pública la identidad de la MG.
- En cambio, el caso de Elizabeth Kane fue documentado más tarde en 1980, se cuenta con información de la MG y otros datos, por ejemplo, que hubo un contrato de subrogación heteróloga en Estados Unidos y recibió 10,000 USD por gestar al hijo de una pareja, lo que lo hace más reconocible en medios contemporáneos.

De aquí se atribuye que para conciliar ambos datos se debe de tener como referente el caso de 1976, aunque no se cuente con mucha información sobre el proceso, esto suscitó que oficialmente el caso de Elizabeth Kane fuera reconocido como el “primer” contrato oficialmente documentado por medios como la prensa y crónicas legales, pues propiamente ambos fueron recompensados por una cantidad monetaria.

Aunque el desarrollo de la GSO no lleva una linealidad, contiene algunas características que vale la pena resaltar, para empezar, su nacimiento y desarrollo en Estados Unidos fue la que permitió su desplazamiento a otros países, conforme se empiezan a conocer casos exitosos se va ampliando su aplicación como tratamiento, el cual inicialmente fue lento, pero a finales del siglo XX empiezan a dispararse casos a nivel mundial, de acuerdo con el auge de las clínicas y agencias encargadas del TR.

Por otro lado, los casos expuestos demuestran la evolución que ha tenido la subrogación con el paso del tiempo, donde ha pasado de ser un proceso del círculo privado como en el caso de la Biblia donde se guardaba una relación de filiación extramarital entre las partes, a un círculo que va trasciendo al conocimiento público donde hay cierto “trueque” como en el caso de Mesopotamia, hasta su punto clave de comercialización con la introducción de las TRHA donde si Estados Unidos fue el pionero de dichos procedimientos, también ha servido de ejemplo sobre los conflictos morales, sociales, culturales y jurisdiccionales que han venido consigo, o el alarmante caso de Tabasco donde la práctica se ha tergiversado en una potencial trata de personas donde las mujeres no tienen cómo protegerse.

Hay varios factores en esta práctica que se pueden mencionar para reflexionar, como las condiciones en las que se exponen las partes involucradas, si se llegó a un convenio verbal o escrito, si hubo implicaciones sentimentales por parte de la madre o gestante sustituta, si se

efectuó de manera eficiente el acuerdo aplicable a los padres de intención y a la mujer gestante, que se hace en caso de complicaciones en el embarazo para el bebé como enfermedades congénitas, discapacidad o algún trastorno, también aplicable en el caso de la madre, si resulta alguna complicación como depresión postparto, diabetes gestacional o similares, y hasta qué punto los padres de intención toman decisiones que son contraproducentes a la salud y decisiones de la madre, por mencionar algunos de estos aspectos.

3.2. Origen de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) como terapia para la esterilidad e infertilidad

La GS como parte del grupo de las TRHA fueron hechas con un propósito en específico sobre el que vale la pena profundizar para comprender que a pesar de ser un fenómeno reciente se ha separado de su función esencial: para Taboada (1986) las TRHA fueron propuestas como solución a la infertilidad, así como detectar y prevenir las enfermedades de origen genético a pequeños sectores de la población; especialmente mujeres (p. 8); sin embargo, cabe aclarar que en este campo hay una discusión sobre lo que se entiende por infertilidad y esterilidad, que han dado múltiples definiciones sobre lo que las hace diferenciarse o parecerse, y por tanto, generan confusión: la Clínica de la Universidad de Navarra define la infertilidad en la mujer cuando no puede terminar el embarazo debido a un aborto espontáneo o un parto inmaduro con la muerte del feto. En cambio, en el hombre es una reducción de la fertilidad que puede ser reversible. En el caso de la esterilidad, es la incapacidad de concebir tanto en hombres como en mujeres, una pareja estéril es aquella que después de tener relaciones sexuales de forma natural por un año no logra la concepción (CUN, n.d., citado en Taboada, 1986).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) la infertilidad debe ser tratada como una enfermedad del sistema reproductivo —masculino y femenino— en la cual no se logra

el embarazo después de doce meses o más de relaciones sexuales sin protección, y en su caso se divide en infertilidad primaria y secundaria, en la primera es la incapacidad de quedar embarazada, en el segundo caso es cuando no se logra un embarazo posterior después de una concepción previa. Las causas asociadas a menores tasas de fecundidad van desde el estilo de vida —tabaquismo, alcoholismo, obesidad entre otros— hasta condiciones ambientales externas. Otros autores como Pantaleón (2022) señalan también que concebir hijos en edades más avanzadas, tener alguna enfermedad de transmisión sexual, diabetes severa o alguna enfermedad crónico-degenerativa llega a afectar a ambos sexos (p.30).

Con los datos recogidos del Instituto Nacional de Perinatología (INP) se estima que el 50% de los casos corresponde a las mujeres, 40% a los hombres y 10% por causas desconocidas, a pesar de ser incorporadas ambas como padecimientos. La esterilidad es más grave que la infertilidad, por ser irreversible con respecto a la última (Carreño, s.f., p.2, citado en Pantaleón, 2022, p. 30). Al ser mayor las cifras del sector femenino se comprende que los tratamientos diseñados para la infertilidad/esterilidad estén más concentrados a ellas a diferencia del sector masculino, no obstante, sigue latente la crítica respecto a la atención sesgada en cuanto al género, y como evidencia de esto se encuentra que en las clasificaciones anteriormente mencionadas a los hombres se les cuestiona menos su virilidad a comparación de las mujeres. Por estos motivos las investigaciones sobre estas enfermedades también consolidan el hecho de que la atribución de las responsabilidades estén asumidas más por las féminas.

3.3. Influencia, afectaciones y responsabilidad de la infertilidad/esterilidad en las mujeres

La relevancia que adquieren las TRHA en su momento y el impacto que generaron de manera social está estrechamente vinculado a los valores que se tenían y se mantienen en algunas partes

en la actualidad en torno a la mujer y su rol en la reproducción y la maternidad; mientras que en las grandes ciudades se prioriza el individualismo y el pluralismo, en las provincias y ciudades de desarrollo medio aún existen valores hegemónicos predominantes de corte tradicional, donde la infertilidad se asocia directamente a la ineficacia para formar una familia, y —en el caso de las ciudades intermedias—, el uso de estas biotecnologías son para evitar precisamente la estigmatización que provoca su vinculación con la infertilidad pero que varían en el espacio social entre individuos y familias (Vecslir, 2022, p. 75).

Se ha cuestionado anteriormente la efectividad de los tratamientos contra la infertilidad y esterilidad por la vía médica a pesar de la promoción que se les da en el ámbito científico, pero este apartado complementa de forma más profunda como en la cultura se le atribuye popularidad a las TRHA. Pese a las desventajas para quien las usa, su valor en el mercado y el acceso está marcado por diversos aspectos en el entorno de los pacientes, específicamente en el sector femenino. En este sentido, hay que comprender primeramente la necesidad encausada al rol femenino con el propósito de ser madre, el hecho de no cumplir con este requisito desvincula del propósito biológico e incluso del sentido de la existencia misma para la mujer, por esto la medicina con sus tratamientos hormonales y técnicas sumamente avanzadas, más allá de ser un alivio para sus padecimientos las desvía del camino del rechazo y desvinculación con la sociedad y sus relaciones personales.

Retomando la noción de estigmatización de Goffman, Vecslir (2022), la autora traslada este concepto hacia lo que él llama “Estigma de la Infertilidad” (EI), que se refiere a aquellas relaciones dadas entre los individuos y las expectativas impuestas por la comunidad en relación con el núcleo familiar, donde las mujeres que no pueden concebir se ven segregadas de su entorno a comparación de las mujeres fértiles con las que suelen contrastarse a sí mismas. Este

contraste que experimentan se ve reflejado en su propio cuerpo al recurrir a las biotecnologías como experiencias diferenciadas en sus cuerpos en el proceso de gestación y parto, llegándose a sentir insuficientes con su propio cuerpo sobre la experiencia de la maternidad y las valoraciones en torno a la reproducción sexual. Esto último es muy importante para las mujeres heterosexuales en tanto que generar descendencia permite un sentido de permanencia sobre los vínculos a través del tiempo como la trascendencia y permanencia a través de los hijos.

El hecho de no poder cumplir con este “deber ser” a la familia le genera una sensación de culpa e insuficiencia en el orden establecido por la sociedad, donde otros factores como “el reloj biológico” juega un papel importante sobre la presión ejercida a las mujeres y su deseo de maternar. Aunado a ello, se presenta el rechazo social y la inseguridad/cuestionamiento sobre si sus propios cuerpos son capaces de dar vida, aspectos que generan una especie de condena que sanciona, en un sentido personal, que se exterioriza desde lo sociocultural, de carácter implícito y generan desconfianza hacia estas mujeres incapaces de concebir (Vecslir, 2022, pp. 76—78).

Sin embargo, un detalle importante que resaltan Sandelowsky y De Lacey (2002, p. 35; citado en Vecslir, 2022), y que afectó al proceso de estigmatización, es la reinención de la esterilidad con el avance de la biotecnología en el campo de la reproducción. La infertilidad fue introducida como algo que podía ser tratado mediante las TRHA en el cual la mujer tiene oportunidad de quedar embarazada. No obstante, cuando estos intentos resultan insuficientes y no se logra concebir tomando en consideración lo expuesto anteriormente sobre las tasas de mujeres que regresan del tratamiento con éxito, los sentimientos de frustración producen una dupla donde la mujer infértil no solamente es estigmatizada por los otros, sino que también se estigmatiza a sí misma en relación con su cuerpo que no cede a lo que le debería ser natural. Dicha apertura de la esterilidad como infertilidad fue la que dio pie a su medicalización como

tratamiento mediante la interferencia tecnológica, anteriormente ya había procesos como la medicalización del embarazo y el parto, pero las TRHA no solo combatían una necesidad fisiológica, sino también ayudaban a la salud mental de las mujeres que se sometían a dichos tratamientos (Vecslir, 2022, pp.78—79).

La transición de la medicalización permite ubicar la trascendencia de los problemas del entorno doméstico—natural a un campo médico institucionalizado que llega a ejercer un control fuera de las pautas socialmente aceptadas (Pitts,1968; Conrad y Schneider, 1985; citado en Vecslir, 2022, p. 79). Esta evolución logró consolidarse cuando “la institución médica logró desplazar el saber de las parteras y tradicionalizó el parto hospitalario, convirtiendo a las mujeres embarazadas en pacientes enfermas que debían ser internadas. Este proceso culminó en la hospitalización de todas las mujeres al momento de parir, bajo estrictos procedimientos de higiene y control médico, en nombre de la ciencia” (Gil Lozano, Pita, & Ini, 2000, p. 193). Fue así como el control sobre la reproducción culminó en cuanto todas las mujeres empezaron a parir hospitalizadas, permeando así la monopolización del saber técnico—médico de la gestación y desvalidando los saberes que se habían mantenido en las comunidades en favor de la modernización.

Debe entenderse que en principio, esta adhesión de la infertilidad al catálogo de la medicalización operaba desde un sentido meramente funcional, es decir, no se encargaba de vigilar las condiciones orgánicas y afectivas por las que pasaba la persona, era puramente reducido a la incapacidad de ciertas partes o sistemas del cuerpo que no cumplen su función y deben ser desplazadas por técnicas biomédicas (Garay, 2008), al quedar solamente a la jurisdicción de la medicina ha dejado de lado otros puntos de vista importantes para comprender las consecuencias del fenómeno de la infertilidad, sobre todo desde las propias mujeres que lo

padecen, siendo estas fallas orgánicas fuente de angustia, frustración, enojo, tristeza, vergüenza y representa su falla en el cumplimiento de su rol de género, pues el cuerpo femenino, diseñado biológicamente para gestar y criar, infiere que la maternidad y la reproducción son algo instintivo en toda mujer (Butler, 2006; Santi, 2007; citados en Vecslir, 2022, pp. 80—81).

Y siguiendo esta línea Vecslir (2022) evidencia que en “las narrativas de las mujeres infértiles cuando el cuerpo falla en términos reproductivos ponen en jaque la identidad subjetiva. De este modo, se pondera la existencia de un conjunto de tecnologías de reproducción humana asistida que permiten evitar la zona de abyección que antiguamente les estaba destinada a las mujeres infértiles, aunque esto requiera una profunda intervención biomédica sobre el cuerpo.” (p. 81). De modo que la perdurabilidad de lo biológico sigue presente como un indicador feminizado en una sociedad que plantea nuevos ideales sobre la maternidad y el género.

A pesar de que la medicalización sea una apertura de posibilidades, no deja de ser un tratamiento que responsabiliza al cuerpo a los eventos surgidos por la inducción, y que en la mayoría de los casos depende de la perseverancia de la mujer para poder lograr una gestación exitosa, que oscilan en el 25% de éxitos según la experiencia y riesgos que están dispuestas a aceptar (Vecslir, 2022, p. 81), empezando por una exposición física y mental donde las técnicas invasivas, los deseos personales y con la pareja, así como la solvencia económica son factores importantes en estas llamadas ofertas tecnoreproductivas.

Esto quiere decir que estas técnicas no son las únicas opciones disponibles en el mercado, ya que existen avances en materia de salud reproductiva, pero estos no han ido de la mano con una resignificación de lo que es la infertilidad ni sobre la correspondencia genética, por esto es que el ideal de la maternidad como objetivo biológico está por encima del sometimiento a estas técnicas experimentales y sus riesgos. De aquí, que Vecslir (2022) sostiene que el

desmantelamiento de la EI y la reproducción biotecnológica, así como una medicalización más humanista que contemple las relaciones entre pacientes y médicos hará que las TRHA sea una opción viable y no una reformulación sobre el ordenamiento de la maternidad que minimice los efectos causados en la salud a la población femenina que se induce a estos tratamientos (p.82—83).

3.4. Consideraciones sobre el papel masculino en el tratamiento de la infertilidad/esterilidad

Se ha señalado que las investigaciones que abordan a los pacientes por Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) están concentradas en la percepción y sentimiento de las mujeres al ser responsabilizadas en los temas de la reproducción, principalmente por los sesgos socioculturales referentes a la cuestión de género (Andrade—Rocha, 2017; Lima & Francescutti, 2021; Sahu et al., 2025; Wischmann & Thorn, 2013).

Sobre este aspecto, Sommer (1994) hace énfasis en que son ellas las que están en el deber de exponer su cuerpo a los efectos invasivos de la medicalización, aún si los problemas de infertilidad son debido al hombre (citado en Luna, 2013, p. 38) quienes generalmente son sometidos a pruebas ya cuando se han agotado todas las posibilidades de que sea la mujer, en primera instancia, la causante de que no puedan concebir hijos. Esto se evidencia cuando en las entrevistas realizadas a varones todos concuerdan en que la peor parte es atribuida a la mujer, y a ellos se les asigna un papel como soporte y apoyo de sus parejas, proceso en el cual reprimen sus emociones en un esfuerzo de solidaridad con ellas (Andrade—Rocha, 2017, p. 5; Lima & Francescutti, 2021, p.147; Wischmann & Thorn, 2013, p. 2).

Este factor diferenciador también se comprueba en los tratamientos y estudios realizados, en la que un participante de un estudio de caso describe: “desde mi lugar, desde mi

parte, como hombre, lo mío fue cero invasivo, el tratamiento fue una muestra de semen y nada más” (Lima & Francescutti, 2021, p. 148). Sobre estos estudios en relación al semen, es irónico señalar que, aunque existen cifras que la malresponsabilidad es de un 15% al 25%, demostrando que el interés en investigar esta área es nulo a comparación de las féminas pese a ser una proporción significativa, lo que ha incidido en una confusión entre la infertilidad masculina y la impotencia, incluso si existe conocimiento previo de que la infertilidad no tiene secuelas en los aspectos físicos de la potencia (Andrade—Rocha, 2017, p. 7; Wischmann & Thorn, 2013, p. 3).

Hay que considerar que esta atribución feminizada —y, por tanto, de una minoración de la infertilidad/esterilidad masculina y sus representaciones— de este padecimiento responde a su vez a un imaginario sobre qué tipo de usuarias son las que se someten a dichos tratamientos: originalmente las TRHA eran utilizadas por mujeres de clase media y alta de países industrializados, con la capacidad financiera suficiente que costee su medicalización. Esto provocó una imagen perdurable en el tiempo —lo que Luna (2013) denomina como “fotografía histórica”— sobre cómo las mujeres que recurrían a un tratamiento eran aquellas que habían postergado su época fértil para tener hijos a cambio de conseguir logros académicos y laborales; es decir, para la sociedad desde un aspecto cultural y moralista eran mujeres que habían puesto sus propios intereses por encima de la maternidad, cuya infertilidad pudo haber sido evitada (p.36).

Lo destacable de esta perspectiva es que los centros de reproducción asistida a pesar de que se actualizan con nuevas técnicas y métodos científicos continúan manteniendo la imagen histórica percibida de estas usuarias que acceden a las TRHA porque tienen el lujo de hacerlo, dicha imagen afectando de tal manera hasta nuestros días con una representación de estas

mujeres atemporal, insituada y distorsionada (Luna, 2013, pp. 36—37). Este señalamiento es importante porque impide cuestionar elementos que afectan tanto a mujeres como hombres, no solamente en cuanto al género sino en tanto sujetos incididos por la clase social, la economía, y otros todavía menos nombrados como la raza —por nombrar algunos— que, aunque no se mencionan, son filtros en el acceso a los tratamientos de infertilidad/esterilidad.

Estas atribuciones de la esterilidad/infertilidad en las mujeres tienen un efecto que se dupla en la EI de manera invisibilizada en los varones y que afecta también su salud mental. Este historial está registrado en investigaciones anteriores, como en Webb y Daniluk (1999), quienes mencionan que para los varones con problemas de infertilidad/esterilidad el hecho de que ellos sean la razón de que no puedan tener hijos resulta impactante, pues creían que las causantes eran sus parejas féminas. Pese al diagnóstico, estos hombres procuran enfrentar la problemática de manera estoica para evitar verse afectados. Este silenciamiento de los varones, según Álvarez Plaza (2006) se prolonga con la falta de estudios que aborden las THRA desde las masculinidades, e incluso, los pocos que existen parecieran no ser relevantes pese al interés por parte de algunos investigadores: “que no abunden estudios sobre el sentir de los varones, nos ha llevado a preguntarnos cómo lo viven los hombres y qué tienen para decir de estos procesos que atraviesan” (citados en Lima & Francescutti, 2021, pp. 149—150).

Se podría suponer, tomando en cuenta la abundante literatura sobre la infertilidad femenina, que esto se debe a que en su mayoría las mujeres son más propensas, y esto llevaría a descartar las investigaciones sobre sus congéneres masculinos. No obstante, los estudios demuestran que vale la pena repensar este problema. Desde la epidemiología se atribuye que un 50% de las parejas infértiles son por parte del sector femenino, el 40% al sector masculino, y un 10% no está especificado (Altamini, et. Al., 2019; citado en Monzón Benítez y Marcheco Teruel,

2020), otros autores estiman que contribuyen los factores masculinos al 50% de los casos en general (Sauhu et. al., 2025).

Las distribuciones causales de la infertilidad, desde una perspectiva epidemiológica aportan que un 50% de las parejas infértiles son por parte del sector femenino, el 40% al sector masculino, y un 10% no está especificado (Altamini, et. Al., 2019; citado en Monzón Benítez y Marcheco Teruel, 2020), otros autores estiman que contribuyen los factores masculinos al 50% de los casos en general (Sauhu et. Al. 2025; Leung et al. 2018, citado en Hanna & Gough, 2020, p.466). Esto comprueba que a pesar de que las muestras sobre la infertilidad masculina deberían ser tan pertinentes como la femenina (40%—50% vs 50%) la construcción social y sanitaria la atribuye por defecto a las mujeres, y las dificultades reproductivas que puedan sufrir los varones es subestimada o asumida a la pareja.

El hecho de que la literatura existente se enfoca más hacia la perspectiva femenina y la construcción de la infertilidad con el desarrollo de las TRHA y sus tratamientos es un tema cuestionado por diversos autores: Bliss (1999), Neff (1994), Franklin (1990), Greil (2010) y Scritchfield (2017). Tanto en su aspecto social como clínico la infertilidad/esterilidad masculina es poco comprendida en cuanto a sus causas, tratamientos, experiencias internas y percepciones externas generados por estas situaciones (Hanna & Gough, 2020, p.466).

A pesar de los llamados para encauzar las investigaciones hacia una visión masculina más allá de los trabajos elaborados más pertinentes (Gannon et al. 2004; Barnes, 2014; Daniels, 2008; citado en: Hanna & Gough, 2020) sigue siendo lineal, y esto puede responderse al evaluar la visión del género con la correspondencia hegemónica —en el modelo neoliberal— de los roles atribuidos sobre lo masculino en tanto virilidad: el hombre fuerte, proveedor, imperturbable y siempre capaz en tanto su reproductividad, y la mujer con un aspecto sumiso,

dócil y receptivo de carácter doméstico y privado, en el cual a pesar de que es responsabilizada por la gestación, cuidado y crianza de los hijos, según estos estudios, esta imagen se fractura cuando se halla que el hombre es infértil/estéril, pues afecta su percepción de sí mismo y de cómo se desenvuelve en otros aspectos de su vida volviéndolo insuficiente, incapaz e inseguro.

3.4.1. Referencias históricas sobre la infertilidad/esterilidad masculina

Con la finalidad de demostrar que las atribuciones sobre la infertilidad/esterilidad han sido estereotipadas —sobre todo feminizado— se encuentra evidencia que, en textos antiguos, la esterilidad/infertilidad era un problema, tanto de mujeres como de hombres, pues existían muchos tratados para descubrir quién de los dos era estéril o infértil mediante pruebas (Santos Pinheiro, s.f.; Evans, 2014, p. 318). En *Historia de los Animales* 10 (633b—13—14) se menciona que la falta de engendrar hijos puede ser por ambos cónyuges, a veces a uno y a veces al otro; en la obra de Castro “*De universa mulierum*” medicina refiere a la esterilidad masculina como una esterilidad indirectamente femenina. Para Santos Pinheiro (s.f.) el hecho de que se menciona esta posibilidad en un tratado ginecológico resulta crucial, en tanto que para Castro, ambos sexos se complementan en la procreación, recomendando para las mujeres una terapia, y para el hombre una similar o complementaria como el pulcro lavado de pies, o que se deba ungir el pene con incienso (p. 491).

Se puede seguir en la narrativa de esta época que, como en la actualidad, las afecciones generadas por la esterilidad/infertilidad también provocan divorcios en las parejas. En el capítulo 2, Castro menciona los “Juicios de impotencia”, comunes en la Europa de la Edad Media y la Edad Moderna. Explica que una anciana honorable era llamada para dar testimonio de que efectivamente el hombre y la mujer —quienes debían solicitar juntos el divorcio al juez, y este a su vez acudía a un médico para evaluar la petición, y por último se convocaba a la anciana—.

Las parejas hacían todas las actividades matrimoniales de manera correcta, tales como “dormir juntos, hablar entre ellos, abrazándose, comiendo comida caliente y picante, y bebiendo vino, por ejemplo.” (Santos Pinheiro, s.f., pp. 496—497).

Estas prácticas comprobaban que la capacidad reproductiva del varón era también mediada por el contexto histórico, pues anteriormente la infertilidad masculina era estimada tan importante como en las mujeres para requerir pruebas y tratamiento (Evans, 2014, p. 318). Entonces, la visión sobre la infertilidad/esterilidad responde a un proceso histórico donde se ha transformado y utilizado en la actualidad para que se alinee a los estándares producidos por las necesidades de la sociedad neoliberal, que es heteropatriarcal, clasista y biopolíticamente gestionable del uso de la vida, y, por tanto, de los cuerpos.

No obstante, para comprender cómo se fue dando este proceso de la feminización de la infertilidad, se deben ubicar cómo desde occidente ya se empezaba a dilucidar la responsabilización a solamente uno de los sexos a través de las fuentes relevantes en su momento: los tratados médicos de la Edad Moderna temprana tenían un panorama más claro de la esterilidad/infertilidad en mujeres que en hombres. Según Olwen Hufton (1995) las sociedades europeas se encargaban de culpabilizar a la población femenina cuando ambos cónyuges no podían tener descendencia (citado en Evans, 2014, p. 313).

3.4.2. Construcción social de la identidad masculina

Pese a que se ha cuestionado en investigaciones recientes de la supuesta falta de sentimentalismo y desinterés de la comunidad masculina, en temas de reproducción y paternidad, los problemas de fertilidad siguen siendo atribuidos a las mujeres, incluso si se evidencia de que la afectación reproductiva es por parte del varón —como parte de un molde producido por los discursos

sociales sobre la representación de la masculinidad—, provocando una carga intencionada a las féminas y marginando a los hombres (Hanna & Gough, 2020, p.465).

Esta visión sobre la masculinidad se refuerza en estudios sobre las experiencias masculinas en el embarazo y el parto, que para el sector médico es limitada y encasilla en el rol tradicional. En el caso de la concepción se asume que los hombres son fértiles y los problemas de esterilidad/infertilidad son feminizados (Barnes, 2014; Bell, 2015; Dolan y Coe, 2011; Inhorn, 2003; Kirkman, 2008; citado en Hanna & Gough, 2020, p.466). La reacción de los hombres al saber que sufren de esterilidad/infertilidad se resumen en tres temas clave recogidos de los estudios: el fracaso en la masculinidad, su invisibilización y el trauma provocado por la infertilidad en su sentido del yo, la masculinidad y la resiliencia emocional (p. 470).

La infertilidad provoca que su percepción sobre el “ser hombre” se haya visto gravemente afectada, minimizando su propio valor. Los desafíos a la identidad masculina de los hombres infértiles en las sociedades patriarcales generan situaciones de riesgo para su salud mental (Sahu et al., 2025, pp. 3—4). Un participante en el estudio Hanna & Gough, (2020) declaró: “Ya no me siento un hombre” (Participante 17); otro dijo: “Todavía me veo a mí mismo hoy en día, ya que me diagnosticaron como infértil, como inferior a otros hombres que pueden engendrar a sus propios hijos.” (Participante 27). Incluso un participante llegó a comentar que “el tratamiento de fertilidad debe ser menos centrado en la mujer y centrarse tanto en hombres como en mujeres. Esto ayudaría a eliminar cualquier estigma y animaría a más hombres a ser abiertos y honestos sobre su fertilidad.” (Participante 16, pp. 470—471). Estas declaraciones refuerzan cómo los hombres se sienten excluidos y sus problemas son tratados como algo secundario, llegando a omitir el tema por miedo al rechazo, la vergüenza o el señalamiento.

Para Abbasi et al. (2025) hay una relación intrínseca entre la masculinidad con la paternidad, un participante afirmó: “un hombre debe tener hijos para completar su generación” (p. 11). Esto muestra cómo la infertilidad desafía las expectativas sociales de género, volviéndose un componente de presión análogo con sus congéneres femeninas sobre el EI, pues, así como la feminidad está asociada con la capacidad reproductiva, en los hombres su masculinidad también cae en expectativas socioculturales fuertemente arraigadas que, de no cumplirse, rompen con la identidad del sujeto de manera tanto externa como interna.

La infertilidad es una problemática reconocida públicamente como feminizada, en tanto que los hombres, al encarnar cualidades como ser fuerte, proveedor, firme y responsable, los pone en una encrucijada donde deben evitar mostrar emociones como debilidad, vergüenza, dolor, tristeza y miedo —síntomas también feminizados— frente “las expectativas sociales que obligan a los hombres a ocultar sus luchas, agravando aún más el malestar emocional” (Abbasi et al., 2025, p.13). La pérdida de la autoestima, emasculación, rechazo e impotencia son solo algunos de los efectos comúnmente hallados en la autoimagen que los varones encarnan por los constructos sociales relacionados a la hombría. La imagen del hombre proveedor y fértil está tan arraigada en nuestras sociedades, como la ideologización de que las mujeres deben ser fértiles y sumisas, dichos roles promueven que los hombres infértiles sientan que decepcionan a sus parejas féminas por no poder darles un hijo (Abbasi et al., 2025, pp.11—14).

Se puede concluir que, aunque hay referentes en la medicina antigua hasta la medicina moderna temprana donde se contemplaban ambos sexos como posibles causantes de la esterilidad/infertilidad, con un reconocimiento de la responsabilidad masculina, se detecta que histórica y socialmente ha sido atribuida a las mujeres.

Para poder encaminarnos hacia la equidad de género se debe profundizar en los estudios sobre la infertilidad/esterilidad masculina, en tanto que el silenciamiento responde aquí como una forma de opresión que margina, nulifica y segrega los pensamientos, sentimientos y condiciones que atraviesan los cuerpos varoniles y con él su identidad construida sobre las estructuras patriarcales que oprimen a su vez a las mujeres, manteniéndolos en roles estructurados que les impiden expresarse abiertamente por miedo a la culpa, la vergüenza, el miedo y el estigma de no ser suficientes para los estándares que se esperan de ellos. Esto, a su vez, perpetúa la prolongada carga corporal y mental de las mujeres cuando se someten a TRHA en las que se introducen motivadas también por miedo a juicios sociales de su propia reproductividad, que en ambos sexos parecen ser polarizados a pesar de impedir un mismo propósito con la formación de la familia.

3.5. La influencia de las tecnologías de la comunicación en las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (THRA)

Es importante reconocer según la autora que la infertilidad, la manipulación de tecnologías reproductivas y las interpretaciones obtenidas de ellas fueron por caminos diferentes (Vecslir, 2022). En el proceso la comunicación en torno a la atención, la salud y el cuidado a los usuarios surgieron nuevas configuraciones que priorizan el papel de los pacientes, dejando de lado lo que se entiende por modelo médico hegemónico, que llegó a su punto más alto desde el 1700 hasta el 1900; entendida como aquellas prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica, que establecieron consigo ideologías y saberes dominantes en el tejido social, institucionalizado y reconocido por la comunidad científica y el Estado como la única forma para tratar enfermedades (Menéndez, 1982). Esto provocó que la tecnificación de la medicalización se volviera la única aceptable, y que la relación entre saberes y acceso a ellas fuera únicamente relegado al médico, dejando a los usuarios en un papel pasivo.

Sobre la redefinición de la infertilidad, como se expuso anteriormente, no hubiera sido posible sin el desarrollo de técnicas afines para hacerla reversible. En cuanto a la reproducción biotecnológica las intervenciones clínicas en conjunto con los avances científicos tuvieron que pasar por muchos aspectos comunicacionales. Es importante reconocer que en este ámbito al tratarse no solo de las causas que afectan al organismo, sino que está encaminado a la ejecución de un proyecto tan importante como lo es la procreación, las relaciones entre el médico—paciente no puede limitarse a algo meramente instrumental, abarca afecciones y valores que adquieren una importancia esencial en el proceso (Vecslir, 2022, pp. 83—85).

En los últimos años, las comunicaciones virtuales sobre la infertilidad y la reproducción biotecnológica que dan información y testimonios en primera persona han provocado cambios en el sector médico (Braverman, 2010, p. 493). Con esto se trascienden los marcos reduccionistas instrumentales para trasladarlos en el trasfondo personal sobre el deseo de una pareja o persona soltera de tener un hijo. En este sentido, la simple, pero significativa acción de hablar sobre la infertilidad y cómo afecta a quienes la padecen más allá de la corporeidad les permitiría dejar de asumirlo como un fracaso interno que afecta su persona y sus relaciones causando estigmas difíciles de superar, si bien la creación de TRHA más eficaces es una vía para tratar estos padecimientos, no debe ser la única opción razonable (Vecslir, 2022, p. 85).

Las mujeres que se someten a estos tratamientos han revelado información importante sobre sitios web donde las clínicas de fertilidad proporcionan información sobre técnicas y especialistas, aparte de su propia experiencia. Sin embargo, la información que se obtenga depende en gran medida de la región que se habita y el contexto social. En las ciudades desarrolladas hay una vasta cantidad de información en torno a la infertilidad y las TRHA; en cambio, en las ciudades subdesarrolladas la misma situación adquiere diferentes matices tan

solo en el acceso a la información. La disponibilidad de las tecnologías supuso cambios significativos no solo en el campo social, también en la educación, la política, la economía, y por supuesto, la salud, específicamente las TRHA, los espacios virtuales sirvieron para conectar a las y los usuarios con las clínicas y especialistas en la oferta y demanda (Vecslir, 2015a; 2022, p. 86).

Así, el papel de la medicalización de la infertilidad se sostiene sobre una visión diferente de la naturaleza y la biología que se suplen mediante la biotecnología (Mantilla, 2014, p. 175), las líneas que demarcan lo biológico de lo social se fueron borrando en la práctica de las TRHA al ser atravesadas en la cotidianeidad del ser humano (Ariza, 2010), y los pacientes van dejando de lado ese papel “pasivo” que les correspondía y se vuelven consumidores de los servicios y productos médicos a los que acceden (Rose, 2012). Este empoderamiento en la toma de decisión fue realizable gracias a la *e—health*, entendida como la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación relacionadas a la salud (Oh, Rizo, Enkin y Jadad, 2005) incluso para aquellas personas que viven en lugares remotos, con enfermedades crónicas o problemas de movilidad (Vecslir, 2022, p. 88).

Si bien ha traído estos beneficios, hay que tomar en cuenta las desventajas que contienen, como la información errónea, generando que los usuarios se expongan a confusión y peligros. Las líneas que antes eran jerárquicas y lineales, con la llegada de la *e—health* pasan por procesos asimétricos mediados por estas tecnologías de la salud (Petracci, Schwarz y Rodríguez Zoya, 2017), su aplicación puede verse en la teleconsulta, telemedicina, interconsulta, monitoreo a distancia, etc., la cual está encubierta por una mayor independencia que redefine las relaciones entre médico-paciente. En esta área es donde los sitios web de las clínicas de fertilidad tienen la oportunidad no solamente de brindar información pertinente sobre las técnicas y procesos, sino

también pueden manipular la forma en la que se presenta dicha información para acercarse al público correspondiente (Vecslir, 2022, pp. 88—89).

Según Vecslir (2022) conforme se fueron desarrollando las técnicas biomédicas en el tratamiento de la infertilidad, en internet se fueron focalizando estos estudios desde la perspectiva de las mujeres que accedían a las TRHA, las comunidades virtuales han sido las encargadas de explicar mediante sus relatos la experiencia, acceso, beneficios y riesgos entre otros aspectos mediante sus propios registros: la aspiración de folículos, la transferencia embrionaria, los resultados de test de embarazo, el aumento o disminución de hormonas en cada ciclo, los síntomas que manifestaron, etc., aparte otras áreas como la legislación, los especialistas y el trato recibido, por mencionar algunos. Recomendar páginas web y bancos de óvulos/esperma que ofrecen sus servicios a la vez que buscan posibles donantes (p.92).

Esto es posible en ciudades globales anglosajonas, pero en las ciudades provincianas de habla hispana hay una menor difusión, como es el caso de Argentina. El hecho de poder tener al alcance información sobre el uso, proceso y servicios da la posibilidad a los usuarios de tener una mayor toma de decisiones a través de esta amplia gama de opciones, siendo el rastreo de internet como uno de los principales indicadores que las mujeres usan para orientarse frente a la invasión en tratamientos de infertilidad y las opciones brindadas por los especialistas. Para las mujeres que buscan una opción extra a las clínicas locales, el hecho de obtener información de otras técnicas que no se usan ahí, verificar otras circunstancias que impiden el embarazo, encontrar testimonios, asesoramiento e información de primera mano es sumamente esencial (p. 92).

Aparte, en la obtención de información las clínicas proponen un enfoque no solamente médico, sino que amplían los criterios hacia los lazos familiares, los valores sociales moralmente

aceptables, la legislación competente a su país/estado y el factor emocional de las parejas o personas que desean informarse. El poder darle un sentido a las situaciones que atraviesan los usuarios le da un sentido diferente al propósito de la medicalización de las TRHA. Brindar información de los procedimientos de manera médica, junto con una explicación sobre la infertilidad, y la visión o misión sobre los valores de la familia y la intromisión de las TRHA en la concepción permite que sea aceptable en un sentido moralizante (pp. 92—93).

3.6. Manipulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) para otros fines

Con lo expresado en el punto anterior se entiende que originalmente técnicas como la Fecundación In Vitro (FIV) funcionaban en un sentido terapéutico para que dichas parejas infértiles tuvieran la posibilidad de ser padres; sin embargo, la polémica inicial que ha estado desde su principio es el acceso a la manipulación de embriones para otros usos distintos a los de la reproducción (Taboada, 1984, p. 8), los cuales se clasifican en tres agrupaciones:

- 1) Fines terapéuticos como tratamientos para enfermedades, cambios bioquímicos del embrión con el ambiente —para mejorar la transferencia de embriones—, anomalías genéticas o adquiridas en el embrión, así como corregir enfermedades genéticas;
- 2) Para la investigación científica con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos, en un inicio se hacen manipulaciones en los embriones animales aplicables potencialmente al embrión humano: fecundación interespecies, reconstituir un embrión por micromanipulación, selección de sexo, clonación, utilización de tejidos ováricos para conocer sobre el embrión o desarrollar un tratamiento para la infertilidad.
- 3) Aquellas relacionadas al comercio/industria que se puede extender hasta el sector cosmético y alimentario en los países subdesarrollados: producir embriones para crear

bancos de embriones que vendan trasplantes de tejidos y de células fetales; por ejemplo, en algunos países ya se han realizado trasplantes de tejidos fetales para la enfermedad de Parkinson, generando debate sobre las implicaciones éticas (Vidal Casero, s.f., pp.3—4).

Aparte a estas objeciones se encuentra también la mínima tasa de éxito de la población femenina que recurre a este método. Según la Universidad de Monash (UM), en Australia, el porcentaje de mujeres que vuelven a casa con un hijo es del 10% de las que se someten a la técnica, y con un aproximado de cuatro ciclos de tratamientos en cada una. No obstante contra estos números se cuenta con una opinión bastante positiva por parte de la comunidad científica donde se sigue promoviendo la ingeniería genética como el detonante para “el control de la evolución humana, creando embriones según deseos humanos” (Taboada, 1984, p. 8), se habla de estimular la vida de manera bioquímica, y proyectarla a futuro en los próximos 500 años, bajo la excusa de que la piedra principal para detener el progreso era la rigidez mental para aceptar estos tratamientos. La introducción de estas técnicas representa un fiasco en tanto que la industria y la medicina aumentan de forma exponencial las indicaciones; ejemplos de esto son la ecografía, el monitor fetal y las cesáreas (p. 8).

Distintos estudios, en varios países, han mostrado que la mayoría de las cesáreas son innecesarias, pues basta con dejar que la labor de parto continúe su ciclo natural; de hecho, el creador del monitor fetal declaró que este dispositivo fue creado como apoyo a embarazos con alto riesgo de sufrimiento fetal, por lo tanto, como procedimiento diario es más dañino que benéfico. Pese a ello, las mujeres siguen pariendo monitorizadas (p. 8). Por otro lado, el nacimiento del primer ser humano (1978) surgido de estas técnicas implicó una revolución en

los distintos sectores que se relacionan al área de la biotecnología, empezando por el derecho, la salud, y la cultura. (Rodríguez, s.f.; citado en Pantaleón, 2022, p. 32).

3.6.1. El carácter ético de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)

Un aspecto muy importante en este panorama de las TRHA que se supone debe estar siempre presente es la ética. Los alcances de la ciencia para realizar deseos humanos, en este caso, poder tener un hijo propio, a través de la práctica de la GS refleja que la ciencia contribuye; no obstante, las personas o corporaciones que tienen las herramientas y los conocimientos para acceder a ella se guían por intereses propios o por corporaciones: no es casualidad que cuando se presenta una solución o tratamiento es con la finalidad de contrarrestar consecuencias realizadas por motivaciones humanas, ejemplo de esto es la ingeniería genética que fue inicialmente un producto de las consecuencias que la bomba atómica produjo en la salud, y con la observación de los efectos negativos empezaron a investigarse las radiaciones sobre la mutación genética humana, lo que trajo consigo el descubrimiento de la estructura molecular del ADN; de aquí en adelante el predominio sobre la biotecnología sería para aquellos con el presupuesto necesario para seguir con investigaciones, por ejemplo, los países de primer mundo y las empresas privadas (Taboada, 1984, p. 15).

De hecho, se estima que más del 60% de los presupuestos de investigación en la tierra son con fines militares: USA fue quien invirtió primeramente fondos para la investigación a través de la Comisión de Energía Atómica (CEA), posteriormente Suecia y Cuba mostraron interés en el desarrollo de la biotecnología para fines no militares (p. 15). Esto expresa que realmente, la ética debería estar presente en todo momento, aunque realmente no lo está. Para las parejas infértiles las TRHA representa una esperanza a sus problemas reproductivos, de los

cuales se desencadenan secuelas psicológicas y sociales que afectan su estilo de vida. En el área de la salud, el correcto uso de estas técnicas debe de ser en beneficio a aquellos que desean tener el acceso a ellas, y en situaciones como la maternidad subrogada, la finalidad debería ser, en primera instancia, causar el menor de los daños —o de preferencia ninguno—, a su vez que se obtiene el mayor beneficio. (Pantaleón, 2022, párr. 10, pp. 30—31).

Por estos motivos, el hecho de que se haga negocio con la FIV a pesar de que no aumente la tasa de éxito, los bancos de espermatozoides y óvulos con los que están relacionados las clínicas de reproducción asistida, la falta de un consenso internacional en la regulación y la privatización de las agencias hacen que la práctica de la MS sea excesiva y puedan administrarse a su antojo, bajo derechos y responsabilidades que son unilaterales, y quienes están en desventaja son aquellas que se someten al tratamiento: las mujeres.

Ellas deben tomar en cuenta que la cantidad que les corresponde, la agencia descuenta una parte por honorarios, y los tratamientos asignados durante la gestación, más aparte las condiciones de vulnerabilidad y requisitos para ser aceptadas en estos programas, y aunque pareciera un beneficio mutuo, el poder ganar una cantidad por gestar; puesto que ese dinero sirve para solventar un gasto o una necesidad, en el trasfondo las agencias están conscientes de que estas condiciones de desigualdad propiciadas por el sistema hegemónico son la razón por la cual pueden seguir operando de manera continua e incluso protegidos por abogados que velan por los intereses de la agencia, y que conjunto con las regulaciones o invisibilización de la práctica por el Estado, este mercado se ha instaurado bajo dos condiciones desglosadas en los puntos anteriores: 1) el derecho a la formación de una familia como principio de calidad de vida del ser humano, y 2) la desigualdad generada por el género en el sector capitalista que quita

oportunidades de solventar servicios y necesidades. En este contexto y bajo estas condiciones, la ética ha sido silenciada a favor de intereses de terceros.

El próximo capítulo conecta estas reflexiones con el paradigma del desarrollo sustentable, explorando cómo las desigualdades estructurales, las enfermedades no transmisibles y la equidad de género inciden en la configuración de la GSO.

CAPÍTULO IV. LA PERTINENCIA DE LA GESTACIÓN SUBROGADA ONEROSA (GS) CON EL DESARROLLO SUSTENTABLE

4.1. Afectaciones y relaciones entre medio ambiente, desarrollo y sociedad

El Informe Brundtland (1987) estipula que el desarrollo sustentable involucra la vinculación entre el medio ambiente, el crecimiento económico y la igualdad social en cuanto se señala como prioridad satisfacer las necesidades del presente sin comprometer las futuras, aludiendo a la interdependencia entre medio ambiente y desarrollo, las que se afectan mutuamente: el desarrollo debe ser consciente del daño ambiental que puede generar, y a su vez es gracias al desarrollo que ha funcionado el sistema económico, volviéndose elementos inseparables. Sin embargo, las tendencias que fomentan la explotación incesante de los recursos naturales, así como la acumulación de bienes han provocado el aumento de la pobreza, la desigualdad y el deterioro del ecosistema, afectando formas de vida vegetales, animales y modificando el entorno en el que se existe, incluyendo a los seres humanos como especie (pp. 10, 59—60).

Concluyendo que las normas políticas deben ir encaminadas a la integración entre medio ambiente y sociedad para, de esta forma, contar con un crecimiento económico sustentable y solventando las necesidades presentes y futuras. Alcanzar esta equidad y justicia indispensables para el desarrollo económico sustentable requiere investigar otros elementos que lo afectan como: la paridad de género, debido a que la estructura hegemónica actual ha perpetuado

condiciones de desigualdad hacia las mujeres. Quienes no tienen acceso a la educación, recursos y oportunidades en comparación con el sector masculino; y más alarmante aún, ha generado diversas variantes de pobreza que impiden mejorar las condiciones de vida (pp. 10, 59—60).

Además, en el mercado laboral hay una brecha muy alta entre hombres y mujeres la que afecta en otros ámbitos como: acceder a la salud y su propio cuidado. Así, en el caso del sector femenino estas barreras estructurales y culturales desiguales hacen que las mujeres sean perjudicadas económica, laboral y socialmente cuando se trata de cuidar su salud; por otro lado, el género también determina cómo las personas se exponen a factores de riesgo, el acceso a la salud y la calidad que se recibe, en cuanto a cómo las normas y roles de género pueden influir en la atención médica que reciben las mujeres (Heredia, Guerrero & Serván, 2025, párr. 2).

Por ejemplo, los sistemas de salud pueden reforzar roles tradicionales de género y descuidar las desigualdades en materia de salud, lo que puede llevar a que las necesidades específicas de las mujeres no sean adecuadamente atendidas. Esto implica una exposición diferenciada de las mismas situaciones, entre las que podemos mencionar: el consumo de alcohol, sedentarismo, enfermedades, etc. Generando condiciones de desventaja que impactan en las mujeres, en el diagnóstico y tratamiento que debe ser diferenciado y equitativo con el género masculino (párr. 2).

4.2. Incidencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en la equidad de género

Los retos del sector salud se vuelven cada vez más complejos conforme aumenta la pobreza y las desigualdades. Entre las amenazas para el cumplimiento de la Agenda 2030 están las Enfermedades No Transmisibles (ENT). Éstas ponen en riesgo de muerte a la población de 30 a 70 años. El 80% de muerte prematuras se asocian a las cuatro principales: enfermedades

cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, pero existen otras ENT que son el resultado de una interacción compleja entre factores genéticos, ambientales y sociales (Heredia, Guerrero & Serván, 2025, párras. 1, 26—27; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024, párras. 4—5). Entre ellas, la infertilidad y la esterilidad se encuentran en la lista de ENT por ser enfermedades no infecciosas, pero existen algunas que pueden ser hereditarias. A diferencia de las enfermedades principales mencionadas se puede vivir con ello y no es mortal, pero afecta la calidad de vida de quienes la padecen e impide la posibilidad de tener una familia, es aquí donde la GS se presenta como una práctica terapéutica para contrarrestar estos padecimientos.

Desde la perspectiva de la OMS (2024) es necesario que las políticas nacionales contemplen el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la infertilidad, los cuales son raramente cubiertos por parte del sector de salud pública, que se obstaculiza con la falta de equipo especializado, personal capacitado y los tratamientos de precios elevados, a pesar de la existencia de las TRHA desde hace más de 30 años, en muchas partes del mundo sigue siendo inaccesible (párr. 1).

4.2.1. El impacto de la infertilidad como Enfermedad No Transmisible (ENT) en la sociedad

Para el sector salud abordar el tema de la infertilidad es una parte fundamental de los derechos que tienen los individuos y las parejas en su salud física y mental, así como el impacto social que traen estas enfermedades en las parejas. Las mujeres infértiles tienen mayor riesgo de sufrir violencia, estigmatización, divorcio, estrés, etcétera. Esto se debe a que al ser transmitida desde la infancia el rol de madre como parte del ciclo de vida las mujeres, quienes son más afectadas emocionalmente; por eso cuando se quiere concebir el impacto en la pareja es mayor a comparación del hombre, generando conflictos emocionales como incertidumbre, tristeza,

ansiedad e incluso depresión, desencadenando en la mayoría de las parejas que atraviesan esta situación un divorcio al no contar con apoyo psicológico para evitar autoculparse o culpar a sus parejas, generando tensiones irreparables que afectan su bienestar y el del entorno.

En las terapias para la fecundidad existen brechas en el acceso y la atención que afectan de manera distinta a la población dependiendo del estatus económico, social y de géneros, enfocando sobre todo a pobres, solteros, desempleados y otros sectores comúnmente marginados. El impacto de las ENT no se refleja solamente en la morbilidad y la mortalidad, también en el estrés emocional, la disminución de la calidad de vida, la pérdida de la productividad y la creciente presión financiera en los sistemas de salud y los hogares (OMS, 2024, párr. 1—3).

La importancia de contrarrestar las ENT para el desarrollo sustentable está vinculada de manera directa con la pobreza, sobre todo, en los países de ingreso bajo, pues con el incremento de las ENT aumentan los costos de cuidado en el sector salud, las personas más vulnerables por sus condiciones son más susceptibles de enfermar y morir antes que aquellos con mejor situación socioeconómica, especialmente por el acceso limitado que tienen a los servicios de salud afectando las iniciativas de disminución de la pobreza que se tenía previsto combatir. Para poder lograr un servicio más justo y equitativo el gobierno debe de invertir en sistemas de salud que respondan a las necesidades y expectativas de los usuarios (párras. 26—27).

4.2.2. Las dificultades de la equidad de género en el sector salud

Desafortunadamente, la realidad refleja que estos cambios han sido necesarios en el sistema de salud y las políticas, aunque están lejos de alcanzarse a un nivel global. Según el informe de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) del año 2023, en el Objetivo cinco que compete a los indicadores sobre la igualdad de género, sostiene que la mitad de las mujeres casadas no

tienen poder de decisión sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (Naciones Unidas, 2023, p. 22). Estos indicadores evalúan diversos aspectos relacionados con la igualdad de género: violencia contra mujeres y niñas que han sufrido violencia sexual física o psicológica, el matrimonio infantil antes de los 18 años, participación en la toma de decisiones en el ámbito político, trabajo no remunerado desglosado por sexo como el trabajo doméstico y de los cuidados, y el acceso a recursos económicos propios (López, 2025, párrs. 4—5; ONU Mujeres & Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, 2023, párr. 3).

Los datos arrojan que apenas el 15,4 % de los indicadores de los que se tienen datos están bien encaminados, el 61,5 % van modestamente hacia la causa y el 23,1 % están lejos de las metas para el 2030. Han calculado que se necesitan 286 años para llenar los vacíos en la protección jurídica y eliminar las leyes discriminatorias necesarias para enfocarse en la protección de las mujeres cuyos derechos se encuentran violentados. Por otro lado, se necesita lograr la autonomía de decisión de las mujeres, para ello, resulta imprescindible la difusión de sus derechos sexuales y reproductivos. Y es que según datos recabados en 68 países para el período 2007—2022: solo el 56 % de las mujeres entre 15 y 49 años — que están casadas o en pareja — están en condiciones de tomar decisiones sobre su salud. Además, existen serias diferencias entre regiones, que oscilan desde el 37 % en África subsahariana hasta más del 80 % en algunos países de Europa y América Latina y el Caribe (Naciones Unidas, 2023, p.22).

En la región occidental los países con mayor autonomía sexual sobre las tres esferas principales: tener relaciones sexuales con su pareja, el uso de anticonceptivos y el acceso a servicios médicos reproductiva, son Filipinas y Ucrania con el 81%, mientras que los países con menor registro son Malí, Níger y Senegal con el 7% (Emol, 2019, párrs. 5—7). A escala general en América Latina y el Caribe se registra entre las mujeres de 15 a 49 años que: el 91% puede

decidir sobre métodos anticonceptivos, el 91% se niega a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento y 87% tiene acceso a la salud. Estas cifras son contradictorias exponiendo casos particulares como México que es comparado con países como Ruanda, Azerbaiyán y Nigeria sobre renunciar a su derecho de negarse a tener relaciones sexuales a cambio de mayor toma de decisiones en otros ámbitos como el hogar, independización, superación personal o económica. A pesar del apoyo que se otorga al uso de métodos anticonceptivos que abarca el 56% entre mujeres de 15 a 19 años, y el 73% casadas o en unión libre, los estudios señalan que esto no reduce las tasas de fecundidad, que son mayores en adolescentes de entornos precarios (Brugés, 2021, párras. 3—4 y 6).

Lo cual indica que, a pesar de las leyes que propician el acceso a la autonomía en la reproducción humana, los porcentajes varían considerablemente entre países por factores económicos, sociales y culturales que influyen en las mujeres para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. En este panorama tan disparejo entre países es que el turismo reproductivo se propicia a través de la restricción a la salud, la falta de oportunidades, la estigmatización social y la subordinación en la toma de decisiones en el sector femenino, provocando tanto para las parejas que buscan tener hijos, y sobre todo en las mujeres que se someten a los tratamientos tratar de alcanzar esa “calidad de vida” y oportunidades a la que no se tiene acceso fácilmente.

El género actúa como un punto social esencial que determina las percepciones, comportamientos y disposición a factores de riesgo y vulnerabilidad, que sirve de manera diferente no solamente en mujeres, sino también en hombres, niños, niñas, personas de género binario, e inclusive en personas de la tercera edad, por solo citar algunos grupos; afecta la forma en que los individuos se enferman, acceden y utilizan los servicios de salud, la visión por parte

de la comunidad, del personal de salud, y a su vez, se refleja en la medicalización, terapias, cirugías, y otras prescripciones referentes a la atención y cuidados (Heredia, Guerrero & Serván, 2025, párr. 3).

4.2.3. La Gestación Subrogada Onerosa (GSO) y su relación con el género

La relación entre el desarrollo, la pobreza, la segregación de la salud en el sector femenino y la poca accesibilidad al tratamiento de las TRHA son el cuadro que posibilita el surgimiento de la Gestación Subrogada (GS) como un fenómeno que adquiere cada vez más visibilidad y frecuencia, que debido a la complejidad de su práctica adquiere matices oscuros en el campo de la legalidad que repercuten en la equidad de género. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2017), asociación feminista y de derechos humanos centrada en México en materia de derechos reproductivos, señala que las mujeres sometidas al proceso de GSO, es decir, aquellas que reciben la remuneración por el servicio que están prestando, carecen de apoyo legal que garantice su protección integral.

Aunado a ello la asesoría proporcionada por parte de las agencias, resulta ser conveniente para sus propios propósitos, y es que —puntualiza GIRE— omiten la información detallada sobre las desventajas de los tratamientos de Técnicas de Reproducción Asistida (TRHA). Existen agencias como Babyboom Surrogacy que ofrecen también el servicio no solamente en Estados Unidos, también en México y Canadá, dependiendo de las leyes de cada país se adaptan a distintos tipos de familias incluyendo parejas heterosexuales, homosexuales y personas solteras y según su visión es proporcionar soluciones seguras, legales y asequibles para quienes desean formar una familia mediante la Gestación Subrogada (s.f.).

Puede notarse mediante estas dos asociaciones que existe una diferencia entre los países que tienen regulada la práctica de la GS y aquellos que la tienen de forma limitada o no regulada,

pues entre mejor elaboradas estén las leyes sobre las TRHA más especificaciones tiene dichos programas que amparan a las partes de forma legal. La preocupación resulta entonces, como propone GIRE, aquellos Estados donde se permite la modalidad comercial, ya que el cuerpo mediante un contrato escrito se convierte en mercancía usada por terceras personas. Si bien en apariencia no existe violencia física, aparece un ejercicio de control establecido por la agencia mediadora. Éste se efectúa en tanto que la mujer debe acatar todo tipo de indicaciones encaminada al éxito de la implantación, como lo son la abstinencia sexual —incluso de relaciones ocasionales— los hábitos alimenticios, la disposición para estar en los horarios acordes, la demanda de tiempo para los procedimientos, etc.

Aparte, en caso de tener un aborto espontáneo, no obtiene ninguna retribución por acatar todos los requerimientos, incluso si se logra la concepción, aunque puede intentarse varias veces (Taboada, 1986, p. 17). En todos los casos se violentan los derechos de las mujeres, pero la tendencia a la explotación en la GSO es más propensa, en la mayoría de los casos, por los vacíos legales. Estas regulaciones tienen una relación directa dependiendo del país o estado que se trate, pues las mujeres pasan por múltiples filtros para ser candidatas gestantes, aunque no necesariamente sean elegidas.

Dichas indicaciones que parecen de carácter inofensivo demuestran la autoridad que representan, en este caso, el personal médico, quienes tratan a la paciente, y también las agencias que canalizan a las mujeres que pueden ser aceptadas o no en los programas si cumplen con los requisitos como la edad, haber estado embarazada, no tener adicciones, etc. Sobre esto, se toman en cuenta las intervenciones que pueden darse cuando la práctica se encuentra regulada o no; por ejemplo, el caso de la India, antes de las regulaciones que entraron en vigor en el año 2020. En investigaciones realizadas por Saravanan (2016) —en el país mencionado— indica que entre

los criterios más importantes para elegir madres sustitutas se encuentra la predisposición a la sumisión, a las demandas y exigencias por parte de los médicos, así como de los futuros padres. Además, posterior a firmar un acuerdo, se espera que muchas de estas mujeres permanezcan en hogares sustitutos. Lo que implica encontrarse lejos de sus propios hijos y, peor aún, tener poca incidencia en las decisiones, incluso aquellas relacionadas con sus propios cuerpos.

La compensación económica otorgada es considerada como adecuada y una compensación a las molestias ocasionadas durante el tratamiento, la gestión y la labor de parto. En India, la GS tiene un costo entre 20.000 y 40.000 dólares. Desde el 2000 ha tenido una legislación muy flexible y permite la modalidad comercial (Gestando Vida, s.f., párr.7); sin embargo, a las Madres Gestantes (MG) no se les pregunta su opinión en la toma de decisiones, qué les afecta, dónde van a pasar su estadía durante el tratamiento, los procedimientos médicos y la compensación; todo esto se decide por parte de las agencias y los padres de intención. De hecho, la sumisión es un criterio oculto para escoger a las madres gestantes puesto que se reafirma en el estatus socioeconómico que tienen las candidatas en comparación de los contratantes, donde la explotación de las mujeres se basa en la toma de decisión bajo presión de una crisis económica interna, consensuada bajo un contrato de libre elección (Saravanan, 2016, p.27). Se concluye entonces que la cantidad estipulada no es algo que se decida en consenso común entre todas las partes, sino que ya está acordado de antemano por las agencias.

No obstante, estas circunstancias tan solo son efectos del problema. Y es que, el núcleo del problema se encuentra en el sometimiento a un contrato legal. Causante de la indefensión de las mujeres y de cuestionamientos como los siguientes: ¿Cómo romper ese contrato?, ¿Qué consecuencias tendrá el hacerlo?, ¿Cuáles son las principales barreras legales para anular un contrato de este tipo?, ¿Cómo afecta la validez del contrato a la autonomía de las mujeres

involucradas?, ¿Existen alternativas para proteger a las mujeres en estas situaciones contractuales? o ¿De qué manera se podría impugnar legalmente ese contrato? Estos ejemplos son algunas de las implicaciones sobre las cuales es necesario hacer reflexión.

En concordancia con otros estudios previos, la autora concluye que esta abnegación de los instintos maternos es realmente una forma de trabajo alienado y objetivación del cuerpo (Saravanan, 2016, p.26). De los datos recogidos por la ODS en el 2022 en 119 países las mujeres se enfrentan a las leyes discriminatorias y los vacíos en la protección jurídica persisten en aspectos críticos, lo que niega a las mujeres sus derechos humanos en todo el mundo (ODS, 2023, p.22), entre ellos, el acceso a un trabajo con un salario justo para que la práctica de la GS sea cada vez más lucrativa.

El 55 % de los países carece de leyes que prohíben explícitamente la discriminación directa e indirecta contra la mujer, el 60% no cuenta con leyes que definen la violación basándose en el principio del consentimiento; el 45% no establece el mismo salario para hombres y mujeres, y más de un tercio de los países no dan incapacidades por maternidad conforme a las normas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En cuanto al matrimonio y la familia, casi una cuarta parte de los países no reconocen la igualdad de derechos en el matrimonio y el divorcio (p.23). Con esto en la mira, se puede asumir que mientras existan dichas lagunas jurídicas y leyes discriminatorias, la igualdad de género estará en un lugar muy distante de la realidad y, a su vez, la práctica de las TRHA se hará cada vez más fuerte conforme el modelo hegemónico permita la acumulación del capital a través de las carencias de la población femenina, especialmente de los países del tercer mundo.

Este diagnóstico prepara el terreno para el estado del arte, que en el siguiente capítulo revisará críticamente cómo las legislaciones, los discursos académicos y los movimientos feministas han abordado —y en ocasiones invisibilizado— estas complejas interconexiones.

CAPÍTULO V. ESTADO DEL ARTE

5.1. El núcleo de la sociedad en el lenguaje de las leyes

Antes de adentrarse en el marco de las TRHA en los códigos civiles, es necesario identificar cómo afecta en la conformación de la familia, entendida en palabras de Pantaleón (2022) como el “grupo de individuos que, al relacionarse con otras familias, son base de la sociedad.” (p. 1). La conformación de la familia, a su vez, se desprende de cuatro tipos: el matrimonio, concubinato, adopción y parentesco, cada una de estas desprende derechos y obligaciones jurídicas que afectan de manera distinta a la GS. A continuación, se proporcionan las siguientes definiciones:

- **Matrimonio:** Acto jurídico entre dos personas para tener una vida en común, estable y permanente que al contraerlo trae consigo derechos, deberes y obligaciones que, expresados de manera legal, tienen efectos jurídicos (p. 15).
- **Concubinato:** es la unión de un hombre y una mujer que mantienen una relación marital estando ambas partes sin compromiso, viven en una misma casa y techo, y cumple las funciones de la procreación en la cual llevan una vida igual a la de aquellos que contraen matrimonio, pero, aunque no está unida de formalmente de manera jurídica si produce efectos jurídicos. (pp. 15–17).
- **Adopción:** se introduce en este marco como un método para la formación de una familia, en tanto que es aplicable para personas solteras como para parejas (p.130).

- Parentesco: también llamado filiación, puede ser por vínculos de sangre o por afinidad, en el primer caso se reconocen como padres de los hijos obtenidos por las TRHA al hombre y la mujer que se involucraron como progenitores (Congreso del Estado de Sinaloa, 2013, Art. 196 a 204).

Por otra parte, la familia está posicionada en tres esferas fundamentales que son lo biológico, lo social y lo legal (Baqueiro Rojas & Buenrostro Báez, 2010, p. 3). Hasta ahora se ha mencionado el aspecto biológico ligado al avance de la tecnología y, como fue pensado inicialmente como un problema a la infertilidad/esterilidad, en este apartado se desarrollará, como se ha mostrado en los primeros casos de GS cómo se tuvieron que ir conformando acciones para problematizar las situaciones que se fueron complejizando en la práctica.

Es importante detallar que en cada enfoque se da la explicación, desde su perspectiva; por tanto, las limitaciones siempre darán cuenta de donde se está partiendo y como se traduce en las leyes, tomando en cuenta las esferas de lo familiar, el aspecto biológico se entiende como la familia “primitiva”, como el grupo de individuos que surgen de la unión sexual entre hombre y mujer, formando lazos sanguíneos entre ellos y sus descendientes; en lo social existen dos tipos de familias, que a diferencia de la primera, no comparten necesariamente un vínculo sanguíneo: la primera, la monoparental hay solo un integrante —padre o madre— y los hijos donde la otra figura está ausente por motivos variados —viudez, soltería o divorcio—, la segunda es la reconstruida donde uno de la mujer o el hombre ya tenían una familia anteriormente, de manera que el árbol genealógico se extiende más, en lo jurídico la familia se estructura cuando una pareja ya está casada a través del contrato civil, y desde ese momento ya tienen derechos y obligaciones, aunque el parentesco tiene sus limitaciones (pp. 3–6).

En suma, se entiende entonces que la familia es un grupo que por medio de la unión sea por matrimonio, concubinato, adopción o parentesco tiene derechos y obligaciones para cada una de las partes involucradas, traducido en los códigos civiles y familiares como vínculos móviles conforme van pasando las generaciones, y estos grupos son importantes porque son a los que corresponde la jurisdicción del derecho familiar (Baquero Rojas & Buenrostro Báez, 2010, p. 9; Pantaleón, 2022, p.8).

Un punto destacado sobre la noción de matrimonio es que dependiendo del Estado o país cuenta con una carga ideológica legislativa. Como ejemplo, el código civil de Tabasco el Art. 115 expresa tres requisitos fundamentales al momento de contraer matrimonio: la unión de dos personas sin importar el sexo, que tengan algún inconveniente legal para casarse y que manifiesten su deseo de unirse libremente, así como bajo que régimen desean unirse —bienes mancomunados o separados— (Pantaleón, 2022, p.12). Por lo tanto, el hecho de que se acepte o no como institución válida el matrimonio entre dos personas homosexuales en el ámbito legal depende de la imagen que se proyecte en la comunidad de esta orientación, de su aceptación o su rechazo para tener el derecho a la formación de la familia.

Adentrarse en la carga ideológica cultural en cada región sobre la comunidad LGBTQIA+ en el acceso a las TRHA en la legalidad es un tema a consideración para otro tipo de investigación, ya que hacer comparativas entre los Estados como en el caso de México sobre aquellos que aceptan —Tabasco, San Luis Potosí— y los que no —Sinaloa y Querétaro— nos desviaría de la temática principal, pero es importante reconocer esa ironía sobre la imparcialidad en el propio país sobre las situaciones que surgen cuando los hijos que se obtienen por TRHA, que es el derecho a la familia de manera consciente, quedan marginados de sus derechos básicos cuando no se les reconoce en estados donde no está permitido en parejas del mismo sexo, aunque

eso no quita una menor carga a la responsabilidad de los padres/madres de intención de continuar con un proceso que es penalizado.

5.2. El sentido de la regulación y la invisibilización sobre la práctica de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)

La postura que se tiene sobre las TRHA en la GS tiene implicaciones más allá de lo evidente, según Pantaleón (2022) se asume una perspectiva del tema que va acompañado de alcances sociales, culturales, de género y otros que involucran el área de la salud y la reproducción. De las posturas que pueden tomarse, hay solamente dos: la primera es la regulación que se divide a su vez en dos, sea en un sentido permisivo que se extiende a quienes son aquellos que pueden acceder a la práctica, sobre esta hay un sesgo que involucra a otros sectores; por ejemplo, en algunos países como se verá más adelante, no se aceptan a las comunidades LGBT o las personas solteras, solo parejas heterosexuales.

La otra, es el sentido prohibitivo, consiste en que la práctica es negada para absolutamente todos los individuos y parejas sin distinciones. La segunda postura, que no es la regulación es la ignorancia o invisibilización de la GS incluso también de las TRHA. Entre las tres opiniones sobre la GS, es esta última la más peligrosa, pues resulta interesante cómo el autor incluye la prohibición como una forma de sancionar la práctica para que nadie pueda usarla, y en ese sentido, se podría hablar de cierta igualdad en un sentido social, pero en los casos donde no existen leyes para permitir ni para sancionar la GS se presta a abusos y extorsiones para todas las partes involucradas donde la jurisdicción no sabe cómo debería proceder (párras. 11–12).

5.3. Motivos que llevan a la regulación o invisibilización de la Gestación Subrogada (GS)

De entre todos los aspectos señalados que intervienen en el accionar de las leyes, el aspecto cultural es uno que influye de sobremanera al momento de optar por una regulación, sea de

forma colectiva o individual, todos los seres humanos tenemos prejuicios. Entre líneas, la postura que tiene una comunidad se refleja en sus leyes: para aquellos que aceptan a la regulación tienen bien cimentados los límites de quienes pueden, incluso merecen, poder acceder a la GS (Pantaleón, 2022: párras. 14–15).

En cambio, en la prohibición la práctica es inconcebible independientemente de la justificación: existen argumentas como en caso de que una pareja heterosexual sea infértil debe de aceptar su condición a pesar de que su deseo de tener hijos sea algo natural y aceptable, porque el recurrir a una MG trae consideraciones morales desde la religión hasta la dignidad y protección de las partes involucradas. Se propone incluso la adopción como la única vía que es moralmente aceptable (párras. 14–15). Se deduce que en los casos donde no está regulado es porque no existe una postura, o no lo suficientemente cimentada al respecto de la GS, o incluso que puede deberse a otros factores que no hay contemplados en la presente investigación y que pueden deberse a las particularidades de cada entidad, pero por el momento no los tomaremos en cuenta para no desviarnos del tema principal.

5.4. Países que regulan o ignoran la Maternidad y Gestación Subrogadas (MS y GS) a nivel internacional

5.4.1. Países que prohíben

a) España

La Ley 35/1988 del 22 de noviembre sobre TRHA (Boletín Oficial del Estado, 1988, p. 33376) fue el primer antecedente que se tomó de ejemplo en el área del derecho para situar las TRHA no solamente como una alternativa de los problemas de esterilidad e infertilidad humana que han sido posibles gracias a los avances de la biomedicina y la biotecnología, sino también para

proteger en todo momento la salud y la integridad de las partes involucradas (Pantaleón, 2022: p. 75).

Desde aquellos años, una de las mayores interrogantes era a quien se le daba mayor peso en cuestión de la maternidad, el legislador en aquél entonces determinó que es la mujer gestante quien tiene mayor peso por el vínculo que guarda con el feto durante los nueve meses de gestación (pp. 76–77). Esto tendría un impacto significativo con la LTRH 2006, Artículo 10 dándole el peso a la madre que gesta, independientemente de si es una subrogación total o parcial, de forma gratuita u onerosa, por eso, en caso de conflictos que pudieran situarse entre la madre biológica y la madre sustituta el fallo sería a favor de esta última, de forma que la Maternidad Subrogada (MS) queda prohibida, y en caso de recurrir a la práctica, no se le reconoce la filiación a la madre de intención. En el caso del padre, este solo puede reclamar su parentesco en caso de que sea el padre biológico (Boletín Oficial del Estado, 2006, p. 19950).

Todo esto explica las complicaciones como el caso de la pareja española que no podía registrar a sus hijos, y aunque se migre a otras partes donde sí está permitida la práctica para poder tener la oportunidad de ser padres al momento de regresar a su país de origen donde no se reconoce estas leyes se dejan a los hijos en un limbo jurídico con consecuencias graves. Es así como se está llegando a un momento en el que para Pantaleón (2022) “los hechos superarán al derecho” (p.79) y muestra de ello es el 05 de octubre de 2010 la DGRN realizó un régimen fiscal sobre los casos de filiación para aquellos niños surgidos de la gestación subrogada, se les dio una guía al personal del registro civil sobre el proceso de adhesión al nacimiento para que, en concordancia con sus demás leyes, se le diera una protección al menor y a la madre sustituta, en tanto que se debía determinar la filiación del recién nacido (pp.78—79). Todo esto muestra

la incapacidad de la jurisdicción al momento de tener que actuar con casos particulares en concordancia con su marco de derecho.

Pese a ello, para efectos de castigo, la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre, Cap. II de los artículos 220 a 222 aplica sanciones que van desde los 6 meses hasta dos años de prisión para todos aquellos involucrados en la práctica: personas que reciben al menor e intermediarios incluso si fue en un país extranjero, así como autoridades, funcionarios y educadores que realicen estas conductas, al personal médico y sanitario que auxilie en estas labores, y se les dará la pena correspondiente, así como retirarlos de su empleo o cargo público que desempeñen de dos a seis años (pp. 81–82).

b) Francia

El código civil en el cap. II “del respeto al cuerpo humano” Art. 16–7 establece que el contrato por gestación sustituta es anulado (Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, 2015). Pero las multas o consecuencias son definidas en los Arts. 227–12 al 227–14 en la sección “de los atentados contra la filiación” en la que se establecen tres supuestos: incitar a los padres a dejar a sus hijos mediante dinero, amenazas, promesas, abuso de poder, etcétera, se le darán 6 meses de prisión y una multa de €7.500; intermediarios entre padres de intención y padres biológicos ya sea porque no desean tener a su hijo nacido o por nacer, o que la mujer lleve el embarazo con la finalidad de entregarlo, tendrá 6 meses de prisión y una multa de €15.000 (Legifrance, 2014, art. 227–12).

c) Alemania

La Ley de Protección del Embrión núm. 745/90, del 13 de diciembre de 1990, en su artículo 1, titulado “Utilización abusiva de las técnicas de reproducción”, contempla diversos supuestos

relacionados con la gestación subrogada. Establece sanciones de hasta tres años de privación de libertad o multa para quienes transfieran un óvulo de una mujer a otra, implanten más de tres embriones en un mismo ciclo, o realicen una transferencia embrionaria a una mujer gestante con la finalidad de entregar posteriormente el niño a terceros (Parlamento Federal de Alemania, 1990, art. 1).

Asimismo, se sanciona a quien colabore en una inseminación artificial introduciendo esperma con una finalidad distinta a provocar un embarazo en la mujer de la que proviene el óvulo. La ley exceptúa de responsabilidad penal a la mujer donante y a la receptora del óvulo en los casos señalados en el párrafo 1, incisos 1, 2 y 6; también a la madre sustituta y a quien pretenda hacerse cargo del niño en el inciso 7. Las sanciones penales solo aplican en los casos previstos en el parágrafo 1, inciso 6, y el párrafo 2 (Parlamento Federal de Alemania, 1990, art. 1).

5.4.2. Países que regulan

Entre los países que la admiten están India, Rusia, Reino Unido, Australia, Canadá, Ucrania, Estados Unidos, México, Grecia, Brasil, Israel y Sudáfrica. Cada uno de estos países cuenta con sus propias restricciones, de los mencionados la investigación se centrará en Estados Unidos, Rusia y Ucrania en cuanto a la legislación, los requisitos que deben cumplir la madre sustituta, los padres de voluntad —comúnmente referidos como padres comitentes en los documentos de derecho— y en qué consiste el contrato de ambas partes (Pantaleón, 2022, p.86).

a) Rusia

Las leyes aplicables en el caso de este país son para parejas heterosexuales y mujeres solteras, su ventaja es que pueden ser nacionales o extranjeros. Los requisitos sobre las aplicaciones de TRHA se encuentran en La ley Federal de Salud, que acepta solamente lo que conocemos como

gestación subrogada parcial, donde solamente la Madre Gestante (MG) aporta su vientre y no tiene un vínculo genético con el embrión. Las consideraciones para tomar en cuenta son en las parejas heterosexuales que el óvulo y el espermatozoides deben proceder de ellos mismos, o de un donante en caso de ser necesario. Para las mujeres solteras se les pide que aporten su propio óvulo sin que puedan acudir a un donante. En cuanto a la forma de Gestación Subrogada (GS) se admiten tanto la onerosa como la altruista al no estar reguladas, las compensaciones a las mujeres gestantes (Pantaleón, 2022, pp. 87—88). A simple vista no parece un gran problema este último punto debido a la tasa de personas que pueden acceder a la práctica, pero el hecho de que puedan acceder personas extranjeras permite una brecha para el Turismo Reproductivo (TR), ocasionando que al no haber regulaciones pertinentes a estos casos se propicien una posible violación a los derechos de las MG.

En cuanto a La Orden del Ministerio de Salud, No. 67 contempla las aplicaciones de las TRHA en casos de infertilidad para que una mujer sea candidata para gestar. Los requisitos que deben cumplir son: tener entre 20 y 35 años, tener al menos un hijo propio sano, gozar de buena salud en aspectos psicológicos y físicos, y en caso de estar casada contar con la aprobación de su esposo para iniciar el tratamiento (pp. 87 y 89). Resulta interesante cómo en este país, al igual que en la India, las mujeres no tienen un dominio sobre las decisiones reproductivas, en tanto que, al estar vinculadas por un contrato al matrimonio, deben contar con la aprobación de su pareja para someterse al tratamiento. Esto representa una de las tantas dificultades a las que se enfrentan las mujeres a diario con respecto a la desigualdad de género.

Sin embargo, este lineamiento aplica para la mayoría de los estados: en el caso del sector masculino para participar en procedimientos reproductivos, como la donación de espermatozoides, no existen normas que lo obliguen linealmente a pedir el consentimiento de su esposa, lo que trae

consideraciones legales dispares, pues en el caso de la mujer gestante que se insemina sin el consentimiento del marido podría enfrentar consecuencias sobre la filiación, en cambio, un hombre que dona espermatozoides usualmente se desliga de cualquier obligación legal de un hijo nacido de su donación, exceptuando casos donde actúe fuera del marco legal. Como consecuencia, estas regulaciones refuerzan estereotipos de género sobre la poca autonomía reproductiva de las mujeres, reforzando los papeles donde éstas se deben responsabilizar de los hijos, la crianza y las labores domésticas, mientras el varón puede deslindarse con más facilidad.

En el Código de Familia de la Federación Rusa hay dos artículos sobre la Maternidad Subrogada (MS): el primero sobre la filiación del infante en un proceso de TRHA, el segundo involucra la paternidad de aquellos infantes que nacen por GS y FIV. Sobre las cláusulas hay que considerar ciertos puntos, como los casos donde una pareja acepte alquilar un vientre, para poder registrar el recién nacido deberá contar con el consentimiento de la madre gestante, es decir, quien aportó el vientre y lo estuvo gestando. Sobre el consentimiento se desprenden dos situaciones: en el caso que se dé el consentimiento de la madre de alquiler, los Padres de Intención (PI) podrán registrar sin problemas al menor; en el caso de una respuesta negativa, la madre puede ejercer su derecho a ser registrada como la madre legal, siempre y cuando tenga el consentimiento de su esposo dado sea el caso (pp. 87–88).

En cuanto al registro la Ley de Registro del Estado Civil de 1997 se les pide a la madre o padres de intención para la filiación en el registro civil un documento médico expedido por la clínica donde se realizó la gestación subrogada en el cual la MG dio su consentimiento para el registro (p. 89).

b) Ucrania

Los requisitos sobre las TRHA se encuentran en El Código de Familia de Ucrania, especificando que, si una pareja heterosexual recurre a la GS aportando sus gametos para que gesten a su hijo/a, los padres legales son dicha pareja. Como se podrá notar, las parejas homosexuales no pueden recurrir a este método. Tampoco está permitida la “gestación subrogada total”, por esto, la MG no puede aportar sus propios óvulos. Así como en Rusia, tanto la forma gratuita como comercial son aceptables al no estar reguladas. En cuanto a la filiación, se necesita del consentimiento de la mujer que gestó para que dicho matrimonio pueda registrarlo como su hijo/a legal (Pantaleón, 2022, pp. 90–91).

Los requisitos para mujeres que desean alquilar su vientre son similares al caso anterior: ser mayor de edad, tener al menos un hijo propio sano, buena condición física y psicológica, no tener ninguna contraindicación médica y otorgar su consentimiento por escrito. Para los PI, se necesita que sea una pareja casada heterosexual, presentar ante el registro civil un certificado donde se demuestre que el embrión utilizado para el procedimiento pertenece al menos a alguno de ellos, sino es que ambos, aparte de ser incapaces de concebir o llevar a término un embarazo de forma natural (pp. 90–91).

Lo particular en el caso de Ucrania es que, a pesar del conflicto armado con Rusia, muchas clínicas y agencias han continuado operando, reubicando a las MG a regiones más seguras y adaptando sus servicios para garantizar la seguridad de todos los involucrados demostrando su adaptabilidad y persistencia incluso en situaciones de riesgo, pero que continuaron con el mismo marco legal. De esto se obtienen datos en la página Ukraine Surrogacy Agency (s.f.), especializada en subrogación la cual en su página se puede encontrar toda su información detallada; en cambio, en Rusia con sus leyes restrictivas se ha estimado una baja considerable, que se resumen en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Comparación de Ucrania sobre la GS antes y después de la guerra.

Métrico	Antes de la guerra (2021)	Durante la guerra (2022)
Número de clínicas de GS en funcionamiento	18	12
Número de madres sustitutas registradas	820	680
Costo promedio de un programa de GS	\$45,000 — \$55,000	\$50,000 — \$60,000

Fuente: Recuperado de Ukraine Surrogacy Agency (s.f.)

Los datos recuperados muestran que, a pesar de las bajas en las clínicas en funcionamiento y el número de MG registradas, hubo un aumento en el costo promedio por dicho tratamiento, de lo cual se infiere que a pesar del conflicto seguía siendo igualmente cotizable y en cierta forma el aumentar el servicio requerido compensa las bajas de tal forma que no les afecte demasiado a las clínicas.

Ahora bien, esta situación en Ucrania se considera un caso excepcional por las particularidades de su contexto, pues haciendo la comparativa con Rusia, se hallan elementos diversos que han afectado la industria de la GS.

Tabla 2. Comparativa de datos sobre GS entre Rusia—Ucrania.

País	Clínicas de reproducción asistida	Agencias de subrogación	Nacimientos anuales por subrogación	Situación actual
Ucrania	50	Numerosas	2,000—2,500	Operando con adaptaciones

				debido al conflicto
Rusia	Datos no especificados	Datos no especificados	600—1,000 (antes de restricciones)	Industria en declive por cambios legales

Fuente: Elaboración propia basado en datos de Surrogacy360 (2020), The Guardian (2020), UAmédTOURS (s.f.) y Vora (2022).

A diferencia de Ucrania, en Rusia no existen los suficientes datos públicos para recabar números exactos que hagan aportaciones del Turismo Reproductivo (TR) antes de los cambios legales, pero se deduce que no es casualidad que las bajas se deban a las restricciones impuestas a los que desean acceder a la GS, ya que es un fenómeno similar a lo ocurrido en la India antes de su regularización.

5.4.3. Países donde se desconoce la Gestación Subrogada (GS)

a) Colombia

En Colombia no existe una ley específica que regule contratos, límites o pagos en la Gestación Subrogada Comercial u Onerosa (GSC u GSO), el país se maneja con lo señalado en la ley sobre las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), pero ninguna norma regula pagos por gestación, dicho vacío facilita escenarios de explotación, inequidad y desprotección jurídica. Sobre las normas relacionadas con las TRHA se encuentran las siguientes:

- Ley 1953/2019. Política de infertilidad y TRHA: establece una política para prevenir la infertilidad e impulsar el tratamiento de salud reproductiva, reconociendo que la infertilidad es una condición de salud reproductiva. Según el artículo 2, define explícitamente las TRHA como: “todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para

el establecimiento de un embarazo” (Congreso de la República de Colombia, 2019). No obstante, esta norma no regula la Gestación Subrogada (GS), ni refiere a contratos de subrogación, remuneraciones a gestantes o límites éticos de esa práctica.

- Resolución 228/2020: Establece lineamientos de infertilidad, emitida por el Ministerio de Salud desarrolla los lineamientos técnicos para el manejo de la infertilidad como tratamientos, seguimiento, criterios clínicos, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020); pero no incluye protocolos en los casos de subrogación, impidiendo tener una guía clara sobre los procedimientos adecuados en estos casos.
- Resolución 2273/2021: Regula tecnologías, laboratorios, bancos de gametos, clínicas de reproducción asistida, entre otros aspectos técnicos de las TRHA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Aunque es una norma técnica amplia para la reproducción asistida, no contempla pagos a gestantes, contratos de subrogación ni mecanismos contractuales, dejándolo a la interpretación de los usuarios.

5.4.4. Caso de México por Estado

En el caso de México se encuentra que existe una multiplicidad de opciones porque dependiendo del Estado se prohíbe y se regula la GS, sea en su forma onerosa o altruista, y también cuando se omite en sus códigos civiles. Los estados que se han manifestado al respecto de la práctica se detallan en los siguientes párrafos.

a) Tabasco

De los Códigos existentes en México, el de Tabasco es el más extenso abarcando ocho artículos (380 Bis al 380 Bis 7) sobre la Maternidad Subrogada (MS) por ser el Estado más antiguo en regular desde 1997. Inicialmente solo se contemplaba el registro de los recién nacidos de dicha práctica, pero no protegía a las partes involucradas. Fue hasta el año 2016 en el gobierno de

Arturo Núñez que se aprobó una reforma que replanteaba las problemáticas de las TRHA sobre los mínimos requisitos que se pedían para el acceso a la práctica; aparte, la situación se agravó cuando en el 2012 en India, que en aquel entonces era el centro internacional de la gestación subrogada hizo modificaciones en su legislación, prohibiendo el acceso a personas del mismo sexo y extranjeros, seguido por Tailandia, con el mencionado caso de Baby Gammy, provocó un número mayor de casos en México.

Con este panorama se añadió el Capítulo 6 Bis “De la gestación sustituta y subrogada”, aprobada el 13 de enero de 2016, el detalle con esta contramedida es que no se especificaba que ocurría en los casos anteriores a la fecha (GIRE, s.f., sección Gestación subrogada en México: Tabasco).

Esta reforma contiene elementos semejantes a los que hemos visto en los países anteriores, pero que vale la pena reafirmarlos para indicar que hay un sesgo indicador de las brechas de género que atraviesan las mujeres al momento de subrogar: tener entre 25—40 años, ser ciudadana, no haber estado embarazada durante un año, no haber estado en tratamiento más de dos veces seguidas, y en el caso de estar casada debe estar presente al momento del contrato (GIRE, s.f., sección Gestación subrogada en México: Tabasco).

b) Sinaloa

Los artículos que abarcan la GS en el caso de Sinaloa son los artículos 282 al 297 donde abarca los aspectos ya conocidos al inicio del apartado. Las personas que tienen acceso a las TRHA son parejas, hombres y mujeres solteras: se destaca entre los requisitos de la madre subrogada tener entre 25—35 años, tener como mínimo un hijo consanguíneo, contar con buena salud psicosomática, y dar su consentimiento de forma voluntaria. Se aceptan ambos tipos de

subrogación —total o parcial— y la modalidad comercial y altruista. Aparte la MG debe acreditar con un escrito médico no haber estado embarazada un año posterior, así como no haber participado más de dos ocasiones en el procedimiento (Pantaleón, 2022, p. 106—108).

Un punto importante para destacar es el artículo 285 que menciona la visita domiciliaria por parte del personal médico de la clínica que va a hacer el procedimiento, con la finalidad de comprobar que sea un entorno estable y seguro, así como la condición económica y social sea adecuada para su desarrollo, a su vez que descarte como candidatas de gestar a mujeres que sufran alcoholismo, drogadicción, tabaquismo o alguna toxicomanía (p. 108), esto refleja el intento por introducir personal a los que compete la práctica para garantizar la integridad y el bienestar tanto de la madre como del feto; es decir, en aquellos entornos precarios y violentos es poco probable que se elijan como candidatas.

Sin embargo, esto es solo una medida de vigilancia de que el éxito de una implantación sea más certero, el hecho de que sea exclusivamente tarea del sector médico refleja un aspecto limitado de lo que abarca un tratamiento hormonal para gestar que prioriza lo biológico por sobre otras estimaciones que abarca a la persona, dejando en un segundo plano otras áreas que se meten solo como formulario como la psicología y el trabajo social. Sobre este punto, algo que se debería poner en duda, es la unilateralidad de los requisitos para excluir a las mujeres gestantes, pues hasta ahora, en ningún código civil se ha cuestionado la capacidad de los PI para poder ofrecer un espacio y crecimiento seguro para los hijos nacidos de las TRHA que están por nacer.

Este supuesto puede tener una explicación bastante sencilla similar al fenómeno que ocurre cuando se quiere tramitar una adopción: la principal preocupación quitando de lado los exámenes psicológicos y otros de carácter subjetivo es la condición socioeconómica de los

padres adoptivos, si ellos cuentan con un capital estable aparte del buen entorno que se refleja al visitar su domicilio, que cuenten con servicios básicos, alimentación, seguridad, entre otros aspectos, es más seguro que pasaran las pruebas para adoptar. En el caso del acceso a la GS se necesita un capital estimable para empezar con el proceso y mantenerlo con los gastos que involucra, por tanto, son personas valorables por su condición económica, de aquí se deduce que aquellos que recurren a las GSO no se les cuestiona su entorno ni su persona porque su capital los representa, porque consideran que quien paga el servicio es quien tiene la última palabra, o como se dice coloquialmente en los negocios “el cliente es primero”.

Este sesgo se especifica mejor en el artículo 290 en el cual vienen los requisitos de los PI: ser ciudadano mexicano, tener capacidad de goce y ejercicio. La madre de intención debe comprobar la imposibilidad o médica mediante un expediente médico y tener el permiso de la mujer donante de que se le implante la mórula, así como la responsabilidad de procurar el bienestar y desarrollo óptimo del embrión. Otro requisito en el artículo 289 es que los médicos que realicen la implantación deben informar sobre las consecuencias médicas y legales del procedimiento a la MG, por esto el médico debe cumplir con la papelería y los requisitos legales y físicos (pp. 109—110).

Las penalizaciones se encuentran en el artículo 295 especificando que el contrato será inválido cuando exista error o dolo en las identidades de los solicitantes por parte de la MG, y en el artículo 296 se expone que se puede demandar en dado caso por daños y perjuicios ocasionados, incluso puede exigir el pago de gastos médicos en caso de patologías por una inadecuada atención médica o control prenatal/posnatal (p. 111).

c) Querétaro

Se tipifica en el artículo 399 sobre la adopción de embriones el procedimiento en tanto que se transfiere el embrión adoptado a la mujer que desea gestarlo, y se le entregará posteriormente después de nacido a la madre de intención (Pantaleón, 2022, p. 112), pero no se puede hacer uso de la MS, ya sea onerosa o generosa para gestar el embrión, así como no se puede seleccionar el sexo, ni rechazarlo en caso de que nazca con alguna enfermedad o defecto físico (Código Civil del Estado de Querétaro, 2020, art. 400). Por tanto, la única opción en este estado es que la propia madre de intención pueda gestarlo.

d) San Luis Potosí

Según el artículo 243 de su código civil se rechaza cualquier contrato de GS que pueda haber, de forma que no tendrá efectos legales; y en caso de que fuera otra mujer la que lleva el embrión se le reconocerá a ella como la madre del menor, pero en el caso de que se anulara un matrimonio los hijos que se hayan tenido, independiente de la procedencia de los gametos, serán reconocidos como hijos de dicho matrimonio (Pantaleón, 2022, pp. 114—115).

e) Coahuila

Las modificaciones hechas en su código civil desconocen los contratos de GS, por tanto, a quien se le reconoce la maternidad es a la mujer gestante. Anteriormente, los artículos 482 al 491 abarcaban los procesos de filiación por TRHA; sin embargo, fueron derogados a la fecha 15 de diciembre del 2015 hasta la actualidad (Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza, 2017, pp. 34—35).

f) Ciudad de México (CdMx)

Particularmente en este estado, se había aprobado una Ley de Gestación Subrogada del Distrito Federal —ahora CdMx— aprobada el 30 de noviembre de 2010. Pero al no ser publicada jamás

entró en vigor. La diputada Maricela Contreras afirmó que dicha ley permitiría “el avance de los derechos sexuales y reproductivos a ejercer la paternidad/maternidad de manera informada y libre” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2010). El acceso debía ser hacia parejas infértiles, de manera gratuita para impedir relaciones filiales entre la madre subrogada y el embrión.

Por otro lado, se buscaba proteger la integridad de las MG y de los infantes como sujetos de derechos a tener acceso a la salud, la nacionalidad, la educación, etcétera. También se señalaban las obligaciones a las candidatas a gestar como al personal médico: de parte de la MG debía entregar al menor una vez finalizado el plazo acordado, a interrumpir el embarazo en los términos establecidos por el código penal sin que reciba una condena por ello, cláusulas donde exista una indemnización en caso de fallecimiento o incapacidad derivados de la GS a familiares dependientes de la MG y de preferencia que tenga parentesco con los PI (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2010).

A los padres que solicitan el servicio se les compromete la responsabilidad de cumplir con la legislación vigente sobre la filiación con el menor. Y para ambos aplica el consentimiento de las partes ante un notario público, a través del Instrumento para la GS que disponga la Consejería Jurídica del Gobierno antes de realizar cualquier transferencia de embriones. El personal médico deberá informar a las partes involucradas sobre las consecuencias médicas, biológicas y legales de la transferencia de embriones humanos en el cuerpo de una MG (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2010).

A manera de resumen, la tabla 3 condensa la situación legal y judicial de las entidades mencionadas, se recopilan casos documentados y algunas observaciones adicionales con las que se justifica que efectivamente, incluso en aquellos Estados que estados regulados no se tienen

cifras específicas de casos documentados, y esto se debe a la privatización de las clínicas y agencias en TRHA que mantienen la información confidencial.

Tabla 3. Tabla comparativa de los estados de México.

Entidad	Estatus legal	Situación judicial o normativa	Casos documentados	Observaciones adicionales
Tabasco	Aceptada y regulada — altruista, con requisitos legales específicos —.	En 2021, la SCJN invalidó las restricciones: ya no se exige consentimiento del esposo y se amplió el acceso a LGBTI y solteros.	No se especifican cifras recientes.	Se eliminaron normas inconstitucionales señaladas desde 2016.
Sinaloa	Aceptada y regulada — diversas modalidades, con notificación obligatoria —.	Regulada por el estado; la Secretaría de Salud Estatal supervisa los contratos.	102 contratos (2017—2024); 48 en 2023; 17 hasta ago. 2024 (Bravo, 2024).	Activa y con registros oficiales actualizados.
Coahuila	Contratos no reconocidos legalmente	El Código Civil reconoce como madre a la gestante; no hay reconocimiento de intención parental.	No hay datos disponibles.	Restictivo; no admite contratos de subrogación válidos.
Querétaro	Prohibida y contratos no reconocidos legalmente	Igual que Coahuila: madre legal es la gestante.	No hay datos disponibles.	No permite el reconocimiento legal del comitente como padre/madre.
San Luis Potosí	Prohibida. Hay contratos no reconocidos legalmente	Igual que Coahuila y Querétaro.	No hay datos disponibles.	No existen mecanismos legales para validar la subrogación
CdMx	No regulada; contratos sin reconocimiento automático	No se prohíbe, pero tampoco se regula; no hay ley específica que avale ni rechace la GS.	No hay cifras disponibles.	Ambigüedad legal; impide seguimiento de clínicas o registro de casos.

Fuente: Elaboración propia basado en Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2010), Código Civil del Estado de Querétaro (2020), GIRE (s.f.), Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza (2017) y Pantaleón (2022).

Al hacer una comparativa de estas leyes a través de las tablas, se encuentra que en el marco normativo hay una predilección en el mercado a la moral al que el sistema de salud otorga mayor énfasis en la cual si importa el estado civil. Se ha demostrado con base en los documentos legales expuestos que en el desarrollo del marco legal de las TRHA inicialmente solo estaba disponible para parejas infértiles —no personas solteras, no comunidades LGBTI e inclusive por nacionalidad ya que en algunas no admiten extranjeros—. Esto está vinculado con la percepción inicial que se tenía de la GS como tratamiento de la infertilidad que solo correspondía a la familia heteronormativa. Conforme se va complejizando la práctica y vinculándose hacia los derechos de aquellas comunidades que no estaban contempladas, se empieza a concientizar sobre el supuesto derecho fundamental, ya como una exigencia de las libertades individuales y sobre lo que se considera la familia.

5.5. Constitución de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) desde el movimiento feminista

5.5.1. El cuerpo de la mujer como representación de la sexualidad y la reproducción

Una vez señalado los alcances científicos, tecnológicos y legales es pertinente complementar y profundizar en aquellas que protagonizan y se han vinculado en la historia de las TRHA, su voz es minimizada: las mujeres. Señalar esto, aunque suene reiterativo es una urgencia que desde una perspectiva sociocultural debería extrañarnos, así como en otras cuestiones de género, sobre esas cosas que parecen naturalmente atribuidas a las feminidades, pero realmente no lo son, como la responsabilidad sobre la reproducción que recae en uno de los sexos cuando esté de por medio la esterilidad/infertilidad.

Vecslir (2022) señala que esta manifestación se ha atribuido porque “a través de permisos y prohibiciones, a lo largo de la historia, la sexualidad y la reproducción se han erigido

en poderosos reguladores del orden social.” (p. 101), en concordancia con esto otros autores como Giddens (2000) menciona que la constitución de la realidad social se basa en las regulaciones de la sexualidad y la reproducción que han provocado una visión de la economía positiva del cuerpo y del placer y a su vez están presentes en la acción individual, para Foucault en cambio se trata de un proceso unilateral entre el saber—poder (p. 21).

Estas regulaciones han sido el objeto de estudio en las diferentes corrientes del feminismo que abordan las relaciones entre sexualidad, reproducción, familia, espacio doméstico en vinculación al trabajo y el espacio público, y pueden verse en estudios de autoras como Amorós, Rubín, Beauvoir, entre otras. Para autoras como Butler, el cuerpo es visto como una carga llena de representaciones sociales, los roles y recursos que se le acuñan tanto a hombres y mujeres son a partir de una visión binaria y esencialista que fueron abordados por los feminismos del año 1950 (citada en Vecslir, 2022, p. 101).

5.5.2. El desarrollo de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) y sus afectaciones al feminismo

Como se advierte, inicialmente esta visión esencialista permitió que la mujer cumpliera con la obligación moral y social de ser quien soluciona los problemas atribuidos a la infertilidad. Pero en este contexto, la agenda feminista ya tenía puesta en marcha la emancipación en materia de salud, exigiendo demandas al Estado como la anticoncepción, el aborto, la educación sexual, solo por mencionar algunas que fueron posibles gracias a los esfuerzos de estos movimientos. No obstante, el tema de las TRHA se ha promovido más desde el ámbito académico sin generar resultados en un entorno más amplio aplicable en la relación de género, tanto así que las

experiencias en tratamientos de quienes recurren a la práctica siguen siendo motivo de preocupación por los profesionales de la salud.

Según Vecslir (2022) el análisis de interpretación partiendo de la postura feminista sobre las TRHA involucra una tríada entre las relaciones de género, la división sexual del trabajo y la maternidad como los factores principales. Para evidenciar esta problemática hay que tomar en cuenta que la presencia del feminismo en el espacio público fue el resultado de la organización y manifestación de olas surgidas desde los años 1700—1800 en constante desarrollo, y las discusiones en torno a la opresión que sufren las mujeres en el entorno privado-individual, las inequidades estructurales y cómo se ven desde lo público—privado, aplicando un posicionamiento de estas problemáticas individuales hacia el entorno público, incluyendo la infertilidad (p. 102).

De modo que, el feminismo primeramente tuvo en su desarrollo histórico ciertos condiciones que para al momento del surgimiento de las TRHA fuera posible anexarlas: una manifestación en el espacio público donde no se pudieran ignorar para poder ser escuchadas, evidenciar la segregación de las mujeres en el entorno privado y las implicaciones que esto ha causado en aspectos de su vida como la toma de decisiones en su salud sexual y reproductiva, y el rol maternal que se incorporaron como elementos clave en el debate sobre las TRHA.

Para los estudios de género compete en tanto que el cuerpo femenino es representado como objeto de reproducción y maternidad. Las dimensiones políticas que abordan la sexualidad son comprendidas como construcciones socioculturales que van más allá de lo estrictamente biológico y producen disparidad de género, aplicados en ideas de lo que se entiende como la reproducción y la maternidad (Alcoff, 1997; Cisler, 1970; Gayle Rubin, 1985; citado en Vecslir, 2022, pp. 102—103).

Para algunos autores, como Braidotti (2000) las TRHA empezaron a aparecer en el espacio público cuando los movimientos feministas empezaban a ganar derechos en su cuerpo y sexualidad. Roudinesco (2003) señala que los avances mostrados por la biotecnología han dado nuevas posibilidades que años antes jamás hubieran sido planteadas donde la filiación es cada vez más nítida (citados en Vecslir, 2022, p. 103). Y es en este contexto donde los deseos de formar una familia abarcan grupos cada vez más diversos: la homoparentalidad, monoparentalidad o que una mujer posmenopáusica logre embarazarse son la realidad a la cual nos enfrentamos hoy día (p. 103).

Para comienzos del presente siglo, las TRHA ya constituían la ampliación sobre lo que significa tener un hijo, que anteriormente era un lugar exclusivo de las parejas heterosexuales, esto provocó que la biotecnología revitalizara un debate secundario de la agenda feminista, específicamente la vinculación entre las mujeres y la maternidad, pues fue precisamente las capacidades reproductivas de las mujeres las que permitieron explicar las represiones económicas, políticas y culturales que han sufrido las mujeres a lo largo de la historia (p. 103).

Esta diversidad de perspectivas sienta las bases para el marco teórico, que en el capítulo siguiente profundizará en los conceptos de biopoder, biomercantilización y maternidad intensiva como herramientas analíticas para abordar la complejidad de la GSO desde una mirada crítica y situada.

CAPÍTULO VI. MARCO TEORICO

6.1. Referentes teóricos conceptuales

Para abordar el análisis del discurso, incluyendo las narrativas rescatadas de los sujetos clave en la bitácora de campo digital como de la entrevista realizada a Alejandra, se toman en cuenta tres conceptos clave con su respectiva teoría: biopoder, biomercantilización y maternidad intensiva

para englobar tres factores de interés en la investigación: el elemento político sobre la vida, la asimilación de la capacidad reproductiva en el mercado y la interiorización de la maternidad intensiva —por sobre otras maternidades— que inciden en las decisiones, experiencias y contexto de las mujeres involucradas en el proceso de GS —incidencia que afecta a las mujeres en general, tanto las mujeres que aportan su vientre para gestar como las mujeres que buscan cumplir el objetivo de ser madres—.

Para robustecer estos conceptos teóricos que conformarán el esqueleto de nuestro análisis categórico se toma en cuenta que existe una trayectoria que aborda precisamente estos tres elementos en la historia del feminismo, en cada uno de sus movimientos y con diferente visión. Considerar esto permite que, más allá de señalar que existen antecedentes en la literatura que ya cuestionaban el uso de las biotecnologías superando los aspectos predominantes institucionalizantes —legales, científicos y médicos— se evidencie lo que las mujeres opinaban sobre sus propias cuestiones. Recordemos que la naturaleza de las perspectivas predominantes, al menos desde un abordaje histórico, suele omitir detalles importantes al verlo solamente desde cierta visión —fenómeno que ocurre en todas las disciplinas inevitablemente—. Por estos motivos, se describen los tres movimientos del feminismo a continuación:

6.2. Las olas del feminismo y sus posturas sobre las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)

Como parte de las implicaciones sobre las TRHA, se ha detectado que desde la postura feminista ha habido un intenso debate en el campo de la salud sobre la concepción del cuerpo femenino en la perspectiva, simbolización que afectan la perspectiva de género y desemboca en otros factores, como lo social, cultural, político, etc. Autores como Ginsburg y Rapp (1995); Franklin, (1997); Inhorn y van Balen (2002); Inhorn (2007), Roberts (2012), han evidenciado que el

pensamiento feminista enfocado hacia las TRHA ha hecho críticas respecto a la medicalización del cuerpo, los efectos que trae en la salud en cuanto a las relaciones de género y los imaginarios hegemónicos de la maternidad a través de la técnica (citado en Vecslir, 2022, p. 104).

Desde diversas posturas feministas se ha examinado cuáles son las consecuencias que se (re)producen en la familia, la autonomía y la emancipación de las mujeres, para esto siempre se tiene en consideración las condiciones materiales y simbólicas por las cuales se condicionan los múltiples escenarios y circunstancias donde se pueden manifestar las TRHA: posponer la concepción para asegurar el desarrollo profesional, las nuevas configuraciones de lo familiar, la mercantilización del cuerpo y sus productos o el acceso según la clase social son algunas de las problemáticas a las que se enfrentan con la introducción de las biotecnologías (p. 104).

En 1900 la interrogante principal de las cuestiones feministas era lo que constituía el “ser mujer” (Beauvoir, 2005; citada en Vecslir, 2022). De acuerdo con Vecslir (2022) la segunda ola del feminismo estaba en el extremo opuesto: la primera que veía el cuerpo como experiencia era el lugar central de la reflexión académica y el activismo político; para el 2000 la segunda postura se centraría en el contexto como factor delimitante de la diversidad. De esta manera, las TRHA son insertadas desde el feminismo como aquellas que liberan/oprimen en la visión general sobre la emancipación de las mujeres. Es necesario mencionar que ambas posturas no siguen un proceso histórico lineal, han perdurado e incluso coexistido a lo largo del tiempo, es esto por lo que no deben entenderse como fases históricas, sino como diálogos en las interpretaciones feministas (p.105). A continuación, se presentan las tres siguientes:

6.2.1. Postura interpretativa optimista

Para los años 1950 el feminismo se encuentra atravesado por la teoría de la dominación de los hombres sobre las mujeres y la asignación de los roles dominantes y sumisos (Ciriza, 1997, p.

53; citado en Vecslir, 2022). Se rechaza el determinismo biológico que se produce y reproduce en el cuerpo, y el uso del sexo para legitimar las desigualdades económicas, sociales, culturales y simbólicas entre ambos géneros, provocando que el espacio público sea designado únicamente a los varones, mientras que a las féminas se les confina en el espacio privado, desvalorizando las tareas domésticas que les eran encomendadas en su rol. Con el comienzo de los derechos sexuales y reproductivos, como el uso de la píldora anticonceptiva y el uso de tecnologías domésticas que disminuían la carga de trabajo, la innovación tecnológica fue tomando cada vez más fuerza como algo positivo en los hogares y las vidas de las mujeres (p. 106).

La tecnología, entendida como clave de la liberación, sería profundizada en los 70's por las feministas radicales y marxistas; por otra parte, se indagaba sobre la trascendencia que tendrían de la anticoncepción y el quehacer diario hacia la reproducción, ya que una vez apropiadas de la medicina y las técnicas de reproducción serían el camino hacia la emancipación de las mujeres (Äsberg, 2009, p. 28; citado en Vecslir, 2022).

Shulamit Firestone en “La dialéctica del sexo” (1976) comenta que las capacidades reproductivas de las mujeres son las que producen su opresión: el trabajo doméstico, el aislamiento de las mujeres al ámbito privado y la reproducción son los cimientos en los que se sostiene la reproducción de las sociedades capitalistas en un sistema patriarcal que se apropia de las capacidades reproductivas de las mujeres, donde las TRHA sustituyen el modo tradicional de reproducción donde la especie permanece a costas de un sexo para el beneficio de ambos, para esto se les debe restaurar a las mujeres el control de sus cuerpos y apoderarse del control sobre la fertilidad, todo esto para destituir los elementos que constituyen la familia heteropatriarcal basada en el ejercicio de subyugación hacia el sector femenino (p. 256; citado en Vecslir, 2022, p. 107).

Desde esta postura, las tecnologías son vistas como avances de los cuales las mujeres deben apropiarse no para su beneficio, sino de modo neutral como algo benéfico para todos, no solo para el género. En este sentido, las TRHA y sus tratamientos para la infertilidad deben ser aplicables también al sector masculino para acabar precisamente con la reproducción de las desigualdades. Si bien el objetivo de esta postura era la superación de las capacidades reproductivas de las mujeres, todavía quedaba la interrogante sobre quienes iban entonces a realizar el proceso de gestación, por tanto, la crítica hacia esta corriente feminista es solo una evolución de manera mecánica de lo que se considera “ser mujer” en tanto que se sustrae la capacidad reproductiva queda disuelta e inherente para poder brindar esta igualdad de condiciones en género donde los mujeres son capaces de ser independientes sin condicionantes por parte de terceros, de aquí el enfoque neutral que se buscaba con el acceso a las biotecnologías (p. 108).

Sin embargo, a pesar de esta supuesta imparcialidad que se busca, existen otros sesgos de los que en la actualidad se sigue debatiendo, actualmente la acción de gestar sigue siendo algo propio de las mujeres; y en este sentido, existe una perpetuación del sistema no solamente patriarcal, sino también capitalista en tanto que el acceso a las TRHA pasa por diversos filtros que facilitan o dificultan su acceso, y esto dificulta la emancipación a través de las tecnologías reproductivas (p. 108).

6.2.2. Postura interpretativa pesimista

Esta postura se sitúa en la década de los 80 y, contrario a la visión anterior, cuestiona la supuesta neutralidad de las biotecnologías, para la cual la ciencia es técnica y masculinizada, que permea la dominación de la naturaleza la cual es asociada a lo femenino (p. 108). En su agenda se

encuentra la difusión de los métodos anticonceptivos y la complejidad que está tomando la medicalización reproductiva para la época.

Se evidencia la visión masculinizante de la ciencia, en tanto que las investigaciones en las TRHA contienen un conjunto de prácticas médicas y sociales en las que se vincula la subjetividad y la corporeidad (Corea, 1980, 1985; Duelli—Klein, 1985; Sánchez, 2005; citado en Vecslir, 2022). Los avances biotecnológicos en materia de reproducción al refinarse cada vez más proveen a esta visión masculinista de la ciencia un poder tecnocrático de niveles nunca vistos, donde convergen el discurso androcéntrico y el saber biomédico, instaurando nuevas formas de control sobre el cuerpo femenino, que a su vez imponen otras formas sobre lo que se considera la maternidad.

Como prueba de ello, la apropiación de los cuerpos se sigue imponiendo en los cuerpos de las mujeres aun cuando la causa de infertilidad se deba al hombre, y siguen siendo ellas las que cargan con la capacidad de producir, por lo que sigue habiendo un sistema de dominación de las capacidades reproductivas de las mujeres donde ahora entra el factor médico (p.109), por tanto, no existe un verdadero empoderamiento con la llegada de las TRHA, sino todo lo contrario, pues la complejidad del asunto ahora asume otros campos, como el derecho, donde se ha expuesto en casos reales de GS invita a cuestionar si realmente el avance que han traído estas biotecnologías está trayendo beneficios a quien o a quienes.

En “The Mother Machine” (1981) de Gena Corea se proporciona un listado de las TRHA hasta los 80 que ya indagaba sobre el destino de la clonación, la creación de úteros artificiales y la GS. El cuerpo pasa a ser una máquina productiva donde la maternidad se introduce a las leyes de mercado y fragmenta la condición humana (citado en Vecslir, 2022, p. 110).

Las interrogantes sobre la biotecnología, si bien van enfocadas a la reproducción asistida, también está la problemática sobre la investigación con embriones; por ejemplo, en la investigación de las células madre, es necesario contar con una cantidad considerable de óvulos y embriones para llevar a cabo la experimentación, lo cual explica que las mujeres que se inducen al procedimiento sean inducidas a estimulación ovárica para producir la mayor cantidad de óvulos posible que no se implantan todos en su totalidad. Y los efectos secundarios no son informados al paciente, se sabe que los fármacos que producen la estimulación ovárica y las que siguen para continuar el tratamiento producen síntomas similares a los del embarazo: náuseas, vómitos, mareos hacen que las mujeres experimenten no solo incomodidades físicas sino también experiencias mentales que pueden provocar confusión (p.110).

Para todo esto, las clínicas siempre se protegen con un consentimiento informado y firmado por los pacientes o parejas donde al iniciar el tratamiento se crioconservan sus muestras durante cierto tiempo, si al pasar la vigencia no se desea hacer la implantación de esos embriones sobrantes, quedan a disposición de la clínica, y lo que se haga con ellos no es algo que se encuentre regulado por la ley (Sánchez, 2005, 2008; citado en Vecslir, 2022).

Según Charis Thompson, se vinculaba una tríada constituida por el saber biomédico, la eugenesia y el control reproductivo en los cuerpos femeninos, consiguiendo una vigilancia, y con ella un sometimiento, cada vez mayor (2005, p. 58; citada en Vecslir, 2022). Asociaciones como *Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering* (FINRRAGE por sus siglas en inglés) quien denuncia a las TRHA como la nueva forma de esclavitud que perpetua consigo ideales eugenistas, racistas y sexistas: para la organización aquellos países y entidades que apoyan la legalización en la práctica de las TRHA, así como las

políticas antinatalistas cumplen con el mismo propósito de ejercer un control masculino sobre la corporeidad femenina.

Esto demostraría, que contrario a la postura anterior, donde las TRHA representaban el progreso científico y la autonomía femenina, lo que hacen realmente es consolidar una relación lineal y unilateral sobre la relación entre la mujer y la maternidad, garantizando el orden hegemónico patriarcal (p. 111). Esto no quiere decir que las TRHA por sí mismas posean este contenido oculto, sino que el acceso al empoderamiento depende precisamente de que la estructura de poder sea utilizada de manera efectiva para la emancipación de las mujeres, en esto consiste el carácter neutral que debe poseer la ciencia.

6.2.3. Postura interpretativa de la diversidad

Para los 90 la interacción entre el feminismo y el posestructuralismo trae consigo teorías y políticas de identidad que reflexionan sobre la subjetividad, el sujeto político del feminismo y el orden social que condiciona las relaciones sobre el género. Para Butler el lenguaje y la cultura son los elementos que intervienen en la codificación binaria que ha permanecido relacionada al sexo, pensándola como algo natural e inherente en la corporeidad humana, de la que incluso los feminismos anteriores no se salvaron y la establecieron como un supuesto (Butler, 2001, 2006; de Lauretis, 1996; Cháneton, 2007; Femenías, 2006; citados en Vecslir, 2022).

Con publicaciones como “El género en disputa” de Butler (2001) y “El manifiesto ciborg” de Haraway (1991) por mencionar algunos, se desliga al cuerpo y el género del esencialismo que los caracterizaba, para permitir así el rompimiento de la estructura patriarcal—heterosexual. Los cuerpos y el género son producto de un proceso de significación, las categorías de hombre—mujer se asignan antes de la existencia de un cuerpo, de manera que garantizan un soporte biológico generalizado (citado en Vecslir, 2022, p. 112).

Desde el enfoque antiesencialista, como antítesis de esta dicotomía de los sexos, el cuerpo no puede ser algo preconcebido, porque el lenguaje y la cultura son aquellos que le dan forma al género y la disponen de forma binaria, lo que afecta al sujeto femenino y se desprende del análisis subjetivo que identificaban las corrientes anteriores, la representación falocéntrica resulta insuficiente (Butler, 2001, p. 37, citado en Vecslir, 2022). De hecho, para Butler, la representación de la figura política feminista debe ocuparse del sujeto heterogéneo del cual se desprende su diferenciación con otros.

En la actualidad, a lo largo de esta ola de la diversidad se han podido conjuntar diversas posturas. En su opinión sobre las TRHA difiere de la analogía de las primeras corrientes sobre cómo se utilizan las mujeres como prostitutas reproductivas (Stanworth, 1987, p. 16; citado en Vecslir, 2022), hacen hincapié en que estas biotecnologías sirven para reconfigurar los modos tradicionales de la concepción y formación de la familia, aparte, al tratarse de sujetos diferenciados, hacen la aportación significativa de que los efectos y alcances de las TRHA no son iguales para todos los individuos (p. 113).

Precisamente, este es uno de los puntos a su favor, el hecho de aperturar otro tipo de familias, como las monoparentales y LGBTIQIA⁺; sin embargo, a pesar de desestabilizar el sistema heteronormativo, se sigue requiriendo de los cuerpos de las mujeres, a las cuales sus motivaciones pueden por diferentes razones: sea por sororidad o por necesidad económica ingresan al mundo de la biomedicina como mujeres gestantes o aportando sus óvulos (Rivas Rivas y Jociles Rubio, 2020; citado en Vecslir, 2022, p. 114)

Entre los riesgos para las mujeres por la hiperestimulación ovárica por donar en repetidas ocasiones se encuentran la formación de quistes, cáncer ovárico, menopausia prematura, torsión ovárica, intolerancia o efectos secundarios por los fármacos, hemorragia por punción accidental

de vasos sanguíneos, etc. (Tober y Pavone, 2018, p. 273; citado en Vecslir, 2022). Estos riesgos pueden notarse tanto en el mercado de óvulos como en el de úteros.

En el Turismo Reproductivo (TR), o también conocido como *cross—border reproductive care*, término acuñado por la Sociedad Europea de Reproducción Humana las parejas que buscan tener hijos se movilizan hacia lugares con legislaciones favorables y menos costos, siendo cuestionable por focalizar a mujeres en condiciones precarias para ser madres subrogadas de parejas con altos ingresos de países extranjeros con mejores condiciones socioeconómicas (Shah, 2009; Sarojini, Marwah y Shenoi, 2011; citado en Vecslir, 2022).

Fuera de ello, la intromisión en las TRHA en esta ola deja de lado el papel pasivo que se les otorgaba a las mujeres, e introduce la heterogeneidad para incluir a individuos y parejas que estaban invisibles en la estructura heteropatriarcal, promoviendo la autonomía de los que desean acceder a ellas. El uso debe traspasar el sentido mecanicista biológico que se le ha estado atribuyendo todo en su construcción histórica para encausar aproximaciones *queer* de la reproducción (Mamo, 2007; citado en Vecslir, 2022) o como mínimo el común acuerdo entre los diferentes actores (p. 115).

Como puede notarse, las TRHA en la historia del feminismo es reciente —data del siglo pasado— y funge como parte del debate en el movimiento; de aquí su importancia en mantenerla como parte del marco teórico y más aún de la GS por las implicaciones que tiene sea comercial o altruista, y que no parece tener pronta caducidad. Estas perspectivas invitan a reflexionar que, a pesar de los avances en los derechos reproductivos, existen todavía desigualdades estructurales que se justifican por la simple condición biológica que sigue siendo requerida como lo es contratar una MG, y esta condición a su vez está sostenida por otros factores que afectan a las mujeres como a otros sectores vulnerables y que se sigue trabajando en ser dimensionados por

diversas investigaciones aunque se han tratado brevemente como: la pobreza, falta de oportunidades, educación, marginación, etc.

La necesidad de poner en evidencia estos diálogos que se desplazan de un extremo a otro, sea a la aprobación, a la negación, a la justificación, a la regularización de la GSO implica que, si bien parte del problema es llegar a un acuerdo común, también es necesario el enfoque interdisciplinario para complementar aquellas fallas o requerimientos que desde un sistema legal, social, cultural o económico no dan abasto por si solas. Replantear desde donde se ha partido con las referencias teóricas demostradas implica conocer los límites de lo que se ha demostrado y lo que falta por mostrar.

6.3. El concepto de biopoder: disciplina del cuerpo, administración de la vida y regulación de la población

Para comprender las dinámicas de poder que intervienen en la Gestación Subrogada Onerosa (GSO), resulta indispensable mencionar un concepto desarrollado por Michel Foucault: el concepto de biopoder, entendido como el poder sobre la vida que puede manifestarse en el control del cuerpo individual —disciplina— o en la regulación de la población —biopolítica—. Para el autor, este concepto designa una transformación histórica concreta en la forma de ejercer el poder, que comienza a gestarse en el siglo XVIII. Dicha mutación no sustituye enteramente las viejas formas de poder soberano —como el derecho de dejar morir o dejar vivir—, sino que instaure una nueva racionalidad gubernamental cuyo blanco central ya no es el territorio o el súbdito como sujeto de derecho, sino la vida misma de la población como un fenómeno biológico (Foucault, 1985), lo cual permite explicar procesos tan complejos como la Gestación Subrogada (GS).

Foucault (1985) explica que, durante siglos, el poder soberano se caracterizó por ser esencialmente un poder deducible, un mecanismo para apropiarse de bienes, tiempo, trabajo y, en última instancia, de la vida, culminando en el privilegio de acabarla. Sin embargo, a partir de la edad clásica, Occidente sufre una profunda transformación: un poder destinado a “producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas más que a obstaculizarlas, doblegarlas o destruirlas” (p. 82). Este es el punto clave de lo que Foucault denomina biopoder: un poder orientado a administrar, optimizar y multiplicar la vida, insertándola de manera calculadoramente explícita entre saber y poder.

Hay que señalar que, desde la teoría foucaultiana, los dos polos en los que se extienden estas tecnologías no son excluyentes sino complementarias. El biopoder como disciplina se centra en el cuerpo como máquina, su objetivo es el adiestramiento, la optimización de sus capacidades, su sometimiento y su utilidad. Se encuentra en instituciones como el ejército, la escuela, el taller y el hospital, ejemplos de cómo esta especie de micropoder —ya que es aplicado sobre los individuos— influye sobre los gestos, los comportamientos y la salud individual. El segundo tipo, que se puede decir es de nivel macro al abarcar el cuerpo como especie es la biopolítica de la población. Este mecanismo ya no opera sobre el individuo sino sobre los procesos biológicos colectivos: la natalidad, la morbilidad, la longevidad, la fecundidad y la salud pública. Se trata de una tecnología reguladora que interviene a través de previsiones, estimaciones estadísticas y medidas de conjunto (pp.83—84).

Interesa este cruce porque aquí se identifica precisamente la relevancia política de la sexualidad —y, por tanto, de la reproducción— en la intersección entre las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población. Para Foucault (1985), el sexo se sitúa en el punto de articulación entre ambos ejes: “por un lado, depende de las disciplinas del cuerpo:

adiestramiento, intensificación y distribución de las fuerzas, ajuste y economía de las energías. Por el otro, participa de la regulación de las poblaciones, por todos los efectos globales que induce. Este doble reforzamiento hace que el sexo sea “a un tiempo, acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie”, convirtiéndose en la “matriz de las disciplinas” y el “principio de las regulaciones” (pp. 176 — 177).

Profundizando en el análisis de esta nueva razón gubernamental, en *Nacimiento de la biopolítica* (2007) el autor señala que el liberalismo no es simplemente una teoría económica, sino la forma específica en que se plantea la autolimitación del poder. El gobierno liberal se enfrenta al problema de cómo administrar una población que es a la vez un conjunto de sujetos de derecho y un fenómeno natural con sus propias leyes. La economía política, al descubrir una naturalización propia de los procesos de producción e intercambio, se convierte en el instrumento intelectual que permite esta autolimitación (pp. 33—34). De esta manera, el gobierno ya no debe intervenir directamente en los cuerpos, sino gestionar el medioambiente, los riesgos y los intereses de una población a la que se concibe como un ser vivo con necesidades de salud, higiene, natalidad y longevidad.

Aplicado al fenómeno de la GSO, el concepto de biopolítica permite ir más allá de un juicio moral sobre la comercialización de la gestación. La pregunta no es únicamente si se debe permitir o prohibir, sino cómo opera un poder que, bajo las posibilidades de la regulación, la prohibición y la invisibilización de la práctica organiza las condiciones de posibilidad de la reproducción. La selección de las MG a través de filtros médicos —edad, índice de masa corporal, número de cesáreas—, psicológicos —evaluación de la estabilidad emocional y la capacidad de desapego con el bebé— y socioeconómicos —visitas domiciliarias para verificar un entorno seguro— constituyen prácticas disciplinarias que normalizan el cuerpo gestante.

Simultáneamente, la configuración de un mercado global de la reproducción, impulsado por el TR y la disparidad regulatoria entre países, responde a una lógica biopolítica de regulación de flujos demográficos, donde la capacidad reproductiva de mujeres del Sur Global se convierte en un recurso administrable para satisfacer las demandas de familias con padecimientos de esterilidad/infertilidad.

Partiendo de este concepto, la GSO es más que una anomalía o una simple transacción entre privados, sino un síntoma de cómo el biopoder contemporáneo, en su versión neoliberal, ha sabido integrar la reproducción humana en sus estrategias. Como advierte Foucault (1985): “la vieja potencia de la muerte, en la cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida” (p. 84). La MG, en esta trama, se encuentra en la interseccionada por múltiples tecnologías de poder: su cuerpo es objeto de un control minucioso (disciplina), su capacidad reproductiva es gestionada como un factor poblacional (biopolítica), y su decisión de subrogar es mediada por un contrato que inscribe su voluntad en los límites de un mercado (biomercantilización).

Con Debora Spar (2006, pp.14 y 144) se toma el término biomercantilización como el proceso biológico transformado en bienes o servicios comercializables dentro del mercado global, promovido por el TR, o también mencionado como *cross—border reproductive care*, el cual es una noción acuñada por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE por sus siglas en inglés) para las parejas que buscan tener hijos y se movilizan hacia lugares con legislaciones favorables y menos costos, siendo cuestionable por focalizar a mujeres en condiciones precarias para ser madres subrogadas de parejas con altos ingresos de países extranjeros con mejores condiciones socioeconómicas (Shah, 2009; Sarojini, Marwah y Shenoi, 2011; citados en Vecslir, 2022, p. 114).

6.4. Biomercantilización y medicalización reproductiva: el cuerpo femenino como mercado

Si el biopoder constituye la lógica política que administra la vida a nivel poblacional, la biomercantilización se entiende en esta investigación como el proceso económico mediante el cual los procesos biológicos, ocupándose únicamente de la reproducción humana y sus componentes —óvulos, espermatozoides, útero y sus productos como los embriones, utilizados para los tratamientos de infertilidad o la experimentación, lo cual se ha abordado anteriormente en el capítulo exclusivo de las TRHA— se transforman en bienes o servicios comercializables dentro del mercado global.

Este concepto, central para analizar la GSO no aparece de manera explícita como lo señalamos aquí. No obstante, la necesidad de darle una definición clave para la investigación nos lleva a introducir el neologismo biomercantilización aunque el proceso como tal ya existe bajo otros nombres o señalamientos —mercantilización reproductiva podría ser un ejemplo—, pero encuentra su desarrollo más sistemático en la obra de Debora Spar, quien en *The Baby Business* (2006) se propone realizar: “el primer análisis puramente comercial de una industria que se ocupa de los asuntos más íntimos de la humanidad” (prólogo).

Spar (2006) parte de una verdad incómoda pero ineludible: a pesar de que la legislación internacional prohíbe explícitamente la venta de bebés, existe un próspero y creciente mercado para la adquisición de niños que se extiende por todo el mundo. Como señala la autora: “es difícil concebir a un niño como un comercio” (p. 4); sin embargo, este mercado, impulsado por los rápidos avances en medicina reproductiva y el deseo desesperado de millones de parejas con diversas problemáticas —resaltando principalmente aquellas con esterilidad/infertilidad—,

mueve miles de millones de dólares anuales y ha dejado a la ciencia, la ley, la ética y el comercio en una profunda contradicción (p. 4).

La paradoja de esta contradicción evidente reside en: “la venta de niños está terminantemente prohibida en todo el mundo, y se define como una aberración más atroz e impensable que la esclavitud. Sin embargo, cada día, en casi todas las naciones, se venden bebés y niños” (p. 4). La biomerchantilización abordado desde la postura de Spar permite ver cómo la industria, los flujos de capital y los modelos de negocio subyacen a la reproducción asistida, la subrogación, la donación de gametos y la adopción.

La industria de la fertilidad vista desde este panorama no es un conjunto de actos aislados de caridad o altruismo, sino una intrincada red de mercados interconectados. Esta economía se desglosa en varios segmentos industriales discretos: en primer lugar está la FIV, el servicio médico central. Le siguen las industrias de componentes, que proveen los elementos faltantes que son óvulos, espermatozoides y vientres. En ocasiones, estos componentes se venden junto con el tratamiento de FIV, pero a menudo son proporcionados por corredores individuales. Un tercer segmento lo constituyen las empresas farmacéuticas que producen los costosos fármacos para la fertilidad. Finalmente, la adopción, que funciona como un mercado paralelo y casi independiente del mundo de la alta tecnología reproductiva. Cada uno de estos segmentos ha generado, además, una industria artesanal de consultores, abogados, corredores y asesores (p. 30).

¿Cómo ha podido esta industria operar durante tanto tiempo aún con la regulación y la opinión pública? Spar (2006) responde esto identificando una paradoja: los propios participantes del mercado tienen poderosos incentivos para no reconocerlo como tal, pues “desde el punto de vista económico, estas cosas, como el amor, la verdad, los riñones y las criaturas, se definen

como inalienables: las personas que poseen estos bienes no pueden sacar provecho de ellos” (p. 4). Quienes “compran” en este mercado participan en una transacción profundamente personal y emocional, no quieren ver su vida familiar como producto de un intercambio mercantil y, por lo tanto, son reacios a impulsar cualquier forma de regulación, incluso si esta les beneficiara.

Por otra parte, la autora documenta cómo los proveedores —médicos, agencias y corredores— se escudan tras un discurso de “acto de bondad” o “necesidad médica” para ocultar la naturaleza comercial de su actividad. Las clínicas de fertilidad y los corredores de subrogación tienden a presentarse como “buenos samaritanos”, mientras que los médicos se protegen tras el juramento hipocrático, restando visibilidad a las enormes ganancias que generan los costosos tratamientos. Esta pretensión de actividad no comercial convierte al mercado de la fertilidad en un espacio sombreado para los involucrados quienes carecen de información fiable para comparar precios, tasas de éxito o calidad del servicio, tanto para Padres de Intención (PI) que costean el servicio, como las Mujeres Gestantes (MG) que emplean para producir un ser vivo.

La biomerchantilización trajo consigo un cambio profundo en la concepción no solo de la gestación, sino de la maternidad en sí misma, volviéndola un nuevo hito en la incorporación empresarial, en la cual la madre oficial ya no es necesariamente quien gesta o quien aporta el material genético, sino quien financia el ensamblaje del bebé: la compra del esperma, la adquisición del óvulo y el alquiler del vientre, reclamando después por el contrato acordado entre las partes al infante como una especie de propiedad terminada una vez que la MG ha dado a luz. Bajo una lógica mercantilista de producción por encargo la reproducción se ha transformado en un proceso biológico y relacional en una cadena de suministro, donde el cuerpo femenino y sus capacidades reproductivas se fragmentan en partes comercializables (Spar, 2006).

Spar (2006) describe que el contrato de gestación cumple una función no solo legal sino también simbólica en tanto que la genética determina el vínculo de gestación, pues —generalmente el material genético es aportado por los PI o en su defecto algún donante anónimo— y una vez concretada esta separación “llegó a ser más fácil para los tribunales y observadores asignarles un papel a los contratos y dar con una nueva definición de lo que se considera ser madre” (p. 21). Desde el punto de vista comercial “el contrato de gestación fue una bendición del cielo. Separó los componentes de la concepción y creó un mercado considerablemente más grande y más rentable para cada uno” (p. 21).

Para Spar (2006) la biomercantilización llegó para quedarse, este tipo de desarrollos son, en cierto sentido, inevitables y no deseables —como se pretende desde una postura prohibicionista—, ya que proporcionan hijos a padres que los desean. Sin embargo, su análisis es profundamente crítico con el estado actual del mercado, lejos de ser un modelo de eficiencia capitalista, se genera un caos andante debido a la desesperación de los potenciales padres, la negativa de los proveedores a reconocerse como agentes comerciales y la ausencia de regulación gubernamental: se firman contratos que no pueden ejecutarse legalmente, se viaja entre Estados y países buscando legislaciones favorables, y se producen situaciones legalmente aberrantes, como la figura de las “tres madres” —genética, gestacional y de intención— compitiendo por la filiación.

Ahora bien, la biomercantilización no opera en el vacío, se sustenta en un proceso paralelo y complementario con la medicalización de la reproducción. Se entiende esta última como la progresiva intervención del saber y las instituciones médicas en los procesos reproductivos naturales, creando las condiciones técnicas y discursivas para que la gestación y

la fertilidad se conviertan en objetos de intervención, diagnóstico y, finalmente, de transacción comercial acordes con el orden biopolítico.

La guía de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE [por sus siglas en inglés], 2020) sobre preservación de la fertilidad femenina documenta exhaustivamente cómo la medicina reproductiva ha estandarizado procedimientos, definido criterios de selección de pacientes y establecido tasas de éxito, creando así un campo de saber que es simultáneamente un campo de intervención técnica y de mercado. La existencia de guías clínicas detalladas sobre “cómo debe realizarse la estimulación ovárica en pacientes con cáncer que reciben tratamiento de preservación de la fertilidad” (p. 12) o sobre “qué información debe proporcionarse a las mujeres en riesgo de infertilidad” (p. 8) evidencia la profunda institucionalización médica de procesos que antes pertenecían al ámbito de lo natural y lo privado.

La ESHRE (2020) establece que la preservación de la fertilidad debe ofrecerse a cuatro grupos principales: mujeres con cáncer sometidas a tratamientos gonadotóxicos, mujeres con enfermedades benignas, pacientes transgénero y mujeres que solicitan criopreservación de ovocitos por pérdida de fertilidad relacionada con la edad (p. 6). Esta clasificación nos muestra cómo la medicalización se extiende más allá de la patología oncológica para abarcar también la gestión de la infertilidad relacionada con el envejecimiento. La guía es explícita al afirmar que “la criopreservación de ovocitos para la pérdida de fertilidad relacionada con la edad ha generado cierta controversia” (p. 100), pero que, no obstante, “el ASRM ha concluido que la criopreservación programada de ovocitos es un tratamiento médico éticamente permisible que puede mejorar la autonomía reproductiva de las mujeres y promover la igualdad social” (p. 100).

La medicalización —así como las TRHA ya mencionadas al inicio del documento—, sin embargo, no es neutral. Al definir la infertilidad como una “enfermedad del sistema reproductivo” (p. 5), se legitima la intervención técnica y se normaliza la idea de que esta debe ser tratada, pese a ello, en el caso de las personas trans se aplica de manera diferente. La ESHRE (2020) reconoce que “los pacientes transgénero aportan cuestiones específicas a la provisión de preservación de la fertilidad” y que “existe la necesidad de un entorno clínico amigable con las personas trans” (p. 26), lo que evidencia cómo la medicalización se adapta para gestionar también la reproducción en poblaciones con identidades de género diversas. En conjunto, la medicalización proporciona el andamiaje institucional y discursivo que legitima la biomerchantización: al convertir la reproducción en un problema médico, la medicina crea al mismo tiempo la demanda de soluciones técnicas que, en el contexto del capitalismo neoliberal, se ofrecen como servicios pagos en un mercado global.

Para el estudio de la GSO, el concepto de biomerchantización de Spar es invaluable. Permite pasar de una crítica abstracta sobre la mercantilización del cuerpo al análisis concreto de cómo funciona esta industria: quiénes son los intermediarios —clínicas, agencias, abogados—, cómo se fijan los precios de los componentes reproductivos, cuáles son las asimetrías de poder e información entre las partes, y por qué la falta de regulación profundiza la vulnerabilidad de las MG. La biomerchantización no es, entonces, una desviación del sistema, sino su expresión más pura: la incorporación de la gestación humana a la lógica de la oferta y la demanda, la producción bajo contrato y la generación de valor económico a partir de la vida misma.

6.4.1. El espacio digital como dispositivo de biomercantilización y control reproductivo

La biomercantilización constituye la lógica económica mediante la cual la reproducción y sus componentes se transforman en bienes o servicios comercializables, resulta indispensable reconocer que esta lógica opera no solamente en un plano físico, sino que se ha trasladado en el ecosistema digital encontrando su principal plataforma de expansión, legitimación y reproducción. Las tecnologías de la información y la comunicación, y en particular las plataformas de mensajería instantánea, redes sociales y sitios web especializados, no son meros canales pasivos de difusión, sino dispositivos activos que configuran el mercado reproductivo, moldean las experiencias de los sujetos involucrados y amplifican las dinámicas de biopoder y biomercantilización descritas en los apartados anteriores sobre los que vale la pena volver a mencionar.

a) La digitalización del mercado reproductivo: e—health y la creación de nuevos mercados

El concepto de e— health —entendido como la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación al ámbito de la salud— ha transformado radicalmente la relación entre pacientes, profesionales e instituciones (Oh, Rizo, Enkin y Jadad, 2005). En el campo de las TRHA esta transformación ha sido particularmente profunda en esta relación de intercambio de información entre médico—paciente con papeles ambivalentes de activación/pasividad. Se ha detectado que las páginas web de clínicas y agencias de GS no se limitan únicamente a informar: construyen realidades discursivas, presentan la práctica como ética, segura y emocionalmente controlada, y operan como herramientas de marketing que conectan a Padres de Intención (PI) de países con legislaciones restrictivas con Mujeres Gestantes (MG) de regiones con marcos regulatorios laxos o inexistentes (Vecslir, 2022).

b) La conexión oferta—demanda a través de internet: visibilidad y acceso

Un segundo aspecto de la influencia digital es su capacidad para conectar oferta y demanda a escala global. Los grupos de WhatsApp (WA) —como el analizado en esta investigación—, se han convertido en espacios donde convergen MG en busca de procesos, PI en busca de gestantes, y agencias/clínicas que ofrecen sus servicios. Esta intermediación digital, facilitada por la inmediatez y el alcance de las aplicaciones de mensajería, ha acelerado y ampliado el fenómeno del TR. Como se documenta en la bitácora de campo: una mujer de Colombia puede ofrecer su vientre a una pareja de Estados Unidos; una agencia radicada en México puede reclutar gestantes en Perú, y una clínica argentina puede coordinar procesos con PI europeos.

La investigación de Vecslir (2022) ya había señalado que “en las ciudades desarrolladas hay una vasta cantidad de información en torno a la infertilidad y las TRHA”, mientras que en regiones con menor acceso “la misma situación adquiere diferentes matices” (p. 86). Esta brecha digital y de información no es neutral: reproduce y profundiza las desigualdades estructurales que sustentan la biomerchantilización. Las MG de países del Sur Global acceden a información fragmentada y a menudo sesgada sobre los riesgos del proceso, mientras que los PI de países del Norte pueden comparar precios, requisitos y testimonios en múltiples plataformas, ejerciendo una selección informada que rara vez está al alcance de las gestantes.

c) La paradoja del empoderamiento digital: e—health como control y explotación

Uno de los hallazgos más relevantes de la literatura sobre *e—health*, y que esta investigación confirma, es su carácter ambivalente. Por un lado, las tecnologías digitales ofrecen a las MG la posibilidad de informarse, comparar opciones y conectar con otras mujeres que han pasado por experiencias similares. Este acceso a testimonios de primera mano puede interpretarse como una

forma de agenciamiento: las mujeres que desean subrogar ya no dependen exclusivamente de la información proporcionada por las agencias; pueden contrastar relatos, identificar prácticas abusivas y, en algunos casos, negociar mejores condiciones.

Sin embargo, este supuesto empoderamiento tiene un reverso que opera como un mecanismo de control. Los grupos de WA —y demás plataformas—, las páginas web y los perfiles en redes sociales no solo informan, sino que disciplinan. Los anuncios de reclutamiento establecen criterios de selección que las MG deben cumplir, y el propio espacio digital se convierte en un lugar de vigilancia: las gestantes comparten consejos sobre cómo cumplir las indicaciones médicas, se alertan sobre malas prácticas de ciertas agencias, y se autoregulan para no ser excluidas del mercado. Esta dinámica refleja lo que Foucault (1985) describía como la interiorización del control: las MG no solo son vigiladas por las agencias y clínicas, sino que también se vigilan entre sí y a sí mismas.

Además, la digitalización del mercado reproductivo introduce nuevas formas de vulnerabilidad. La exposición en grupos abiertos o semipúblicos puede derivar en estigmatización, acoso o incluso situaciones de fraude, como las reportadas por algunas participantes. Las MG que buscan información pueden toparse con anuncios engañosos o con personas inescrupulosas que se hacen pasar por coordinadores gestacionales, lo que añade una capa adicional de riesgo a un proceso ya de por sí complejo y emocionalmente exigente.

6.5. La maternidad como construcción sociocultural: el mandato de la intensidad y la fragmentación neoliberal

A partir de la revisión de literatura se puede considerar la maternidad como una práctica debida que, a pesar de ser instituida en primera instancia como un proceso biológico, sus cimientos son en base a construcciones socioculturales: engloba percepciones, sentimientos, conocimientos,

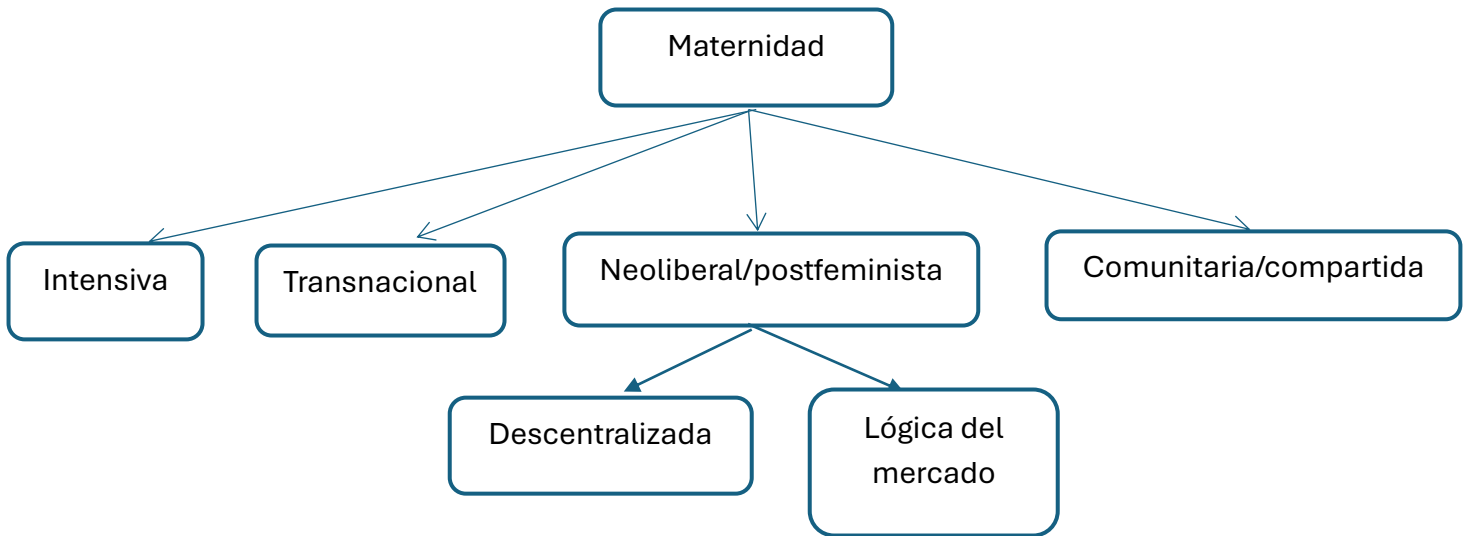
atribuciones, tradiciones y administración de la propia persona desde, por y para la mujer, pero siendo un sujeto expuesto al exterior es influenciado por su entorno.

En concordancia con los análisis del discurso feminista y sus transformaciones en cada movimiento, aquí se cuestiona la maternidad como algo innato y natural propio del género, sobre todo al abordar la escisión entre la gestación y la maternidad provocada por las TRHA. Si bien hay factores químicos y físicos ahí latentes que influyen en el aspecto biologizante, son insuficientes para justificar toda la significación de maternar en su conjunto, el hacerlo limitaría gravemente las complejidades que se intentan abordar como lo es la GS, por eso, se concluye que esta concepción ha sido trastocada conforme el transcurso histórico y el desarrollo de la civilización hasta llegar a lo que se concibe en la actualidad con el modelo neoliberalista.

6.5.1. Tipología de la maternidad

Se ha mencionado a lo largo del texto la noción de “maternidad”. En términos generales, es un término complejo y abarcable porque comprende la experiencia de parir, gestar y criar, así como las normas e instituciones que regulan el comportamiento de las mujeres y las expectativas que se generan sobre ellas en torno al papel reproductivo y la crianza. No obstante, existen diversos tipos de maternidades que valen la pena mencionar y analizar brevemente, que son vigentes y atraviesan factores como la raza, clase, cultura, religión y contexto socioeconómico. De entre estas maternidades, se hará hincapié en que hay una en especial que contribuye a la percepción que se tiene sobre la GS, pero antes de es necesario mencionar que no es la única existente, ni tampoco válida, pues existen otras mediadas también por sus propias condiciones y contexto, las cuales a través de un mapa conceptual (mapa conceptual 1).

Mapa conceptual 1. Tipología de la maternidad



Fuente: Elaboración propia a partir de la propuesta de Gill (2007), Hays (1998), Littler (2013), McRobbie (2009), Rottenberg (2018), Vivas (2019) y Zapata Martínez (2016,2020).

En el mapa se puede observar cuatro tipos de maternidades que se diferencian por la forma en que se percibe la práctica, pues cada maternidad está conformada por las expectativas sociales de la maternidad y la feminidad interiorizadas en la experiencia femenina sobre lo que constituye ser mujer, la reproducción, la crianza y los cuidados. Una vez expuesto el mapa conceptual, se proporcionan las definiciones de las maternidades presentadas en el mapa:

- La maternidad intensiva: Considerada por Sharon Hays en “Las contradicciones culturales de la maternidad” (1998) como el modelo hegemónico dominante de occidente donde la madre debe de estar siempre a disposición del infante incluso sacrificando sus propios intereses. Implica una doble tensión porque ya sea como ama de casa o empleada hay sensación de culpa y justificación de sus acciones, así como toma de decisiones; por lo que afecta tanto a madres trabajadoras como aquellas dedicadas al 100% al hogar. La autora hace mención que, por ejemplo, si la mujer trabaja relega los cuidados de los hijos a abuelas, niñeras o guarderías, pero aun así supervisa

dichos cuidados en una forma de deber ser. La madre buscará compensar su supuesta ausencia con tiempo de calidad y su falta de dedicación a la crianza bajo el modelo de la maternidad intensiva.

Por otra parte, aquellas mujeres que se dedican de tiempo completo al hogar y crianza o, como se les ha denominado, “amas de casa” tampoco quedan exentas como “no productivas”, ya que al no contar con un trabajo remunerado no existe un lugar para ella en el mundo laboral como madre de familia, aunque este rol si es reconocido y valorado socialmente. No obstante, en ambas el sentimiento de culpa siempre está presente (Hays,1998) y la mujer debe justificar la culpabilidad que siente, lo que lleva a cuestionar ¿por qué siente culpa? ¿Qué es lo que lo genera?

- La maternidad transnacional. Este segundo tipo de maternidad ha sido denominado por Zapata Martínez (2016, 2020) como transnacional, donde las madres han migrado a otros países y dejado a sus hijos en su lugar de origen con el objetivo de encontrar una oportunidad en el mercado laboral, confiando su cuidado a familiares fêmeas como abuelas, hermanas, primas, tías, etcétera., o personas cercanas como vecinas, evidenciando que los cuidados se siguen relegando a las mujeres. Aunque mantienen los vínculos emocionales, económicos y comunicativos a la distancia, en un intento por mantener su rol de madres y con la esperanza de compensar la ausencia física.
- La maternidad neoliberal o postfeminista. Se consideran como prácticas alternativas y disidentes, debido a que el cuidado, aunque es distribuido a una red, no genera un sentimiento de culpa ni la exigencia por compensar el tiempo que se aleja de sus hijos, tampoco el sentimiento de angustia y vigilancia hacia los cuidadores. No existe como tal el fallo moral de no cumplir con el rol establecido de la madre dedicada y sacrificada, sino que es visto como una decisión personal racional que no afecte sus planes de vida,

ni su rol como madre; esto provoca que se despolitice la maternidad y por tanto se disipe el sentimiento de culpa a través del empoderamiento personal; por eso, la decisión de trabajar, dejar el cuidado de los hijos a terceras personas o no ser madre a tiempo completo se concibe como una forma de autonomía y libertad.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que existen dos perspectivas de este tipo de maternidad, donde por un lado se encuentra esta perspectiva descentralizada de la maternidad intensiva que se diferencia del mandato tradicional donde el valor de las mujeres ya no es definido por el hecho de ser madres —por ser una cuestión de libre elección—, y por otro lado el discurso que se instaura al involucrar la maternidad —al ser un proyecto individual— ya no se percibe como un fallo moral, porque ya no forma parte de lo que constituye la identidad femenina, más aparte se enfatiza un equilibrio personal entre el cuerpo, la carrera profesional/personal y el consumo (Gill, 2007; y McRobbie, 2009).

- La segunda mirada es la que se adapta a la lógica del mercado, donde la maternidad es reconfigurada como capital simbólico y productivo, la “buena madre” es sustituida por la “súpermamá”, que es eficiente, productiva y estable, tanto física como emocionalmente, el neoliberalismo absorbe el concepto feminista de “empoderamiento” y lo transforma en autoexplotación voluntaria, y más importante —y que también lo diferencia de la maternidad intensiva— es que esta maternidad sí se mercantiliza en cuanto que se consume en coaches, apps, servicios de fertilidad, y outsourcing del cuidado (Rottenberg, 2018; y Littler, 2013).

No obstante, se encuentra que cuando la maternidad neoliberal/postfeminista se entrelaza con el mercado capitalista esta maternidad reproduce muchas de las exigencias que se encuentran en la maternidad intensiva que cambian dejan de inspirarse en la culpa

y el autosacrificio por la eficiencia, la elección y la felicidad individual. Por tanto, se puede concluir que en el trasfondo las mujeres siguen cargando con la maternidad, pero esta es revestida bajo el discurso neoliberal de elecciones libres.

Y específicamente la maternidad contemporánea reproduce los discursos del biopoder bajo la supuesta autonomía que se ofrece bajo este enfoque. Ambas son, entonces, formas que subjetivan biopolíticamente los cuerpos y la manera en que se vive la maternidad de las mujeres dependiendo de las exigencias del capitalismo y el patriarcado.

- La maternidad comunitaria/compartida. Contraria al sentido mercantilista, señala prácticas como la crianza compartida y grupos de lactancia como redes de apoyo que proponen una significación nueva de la maternidad a través de prácticas que emancipan a las mujeres contraria a la visión hegemónica (Vivas, 2019).

A simple vista se puede confundir esta maternidad con la neoliberal/postfeminista en que ambas se separan de la visión hegemónica patriarcal, pero la perspectiva con la que se toman las prácticas —especialmente la de los cuidados— es importante señalarla para notar sus diferencias: en el caso de la maternidad comunitaria/compartida, como su nombre lo indica, la idea del cuidado es una actividad colectiva y no un deber individual (Paredes, 2014), en la cual estas prácticas de cuidado comunitarias son formas de resistencia al colonialismo/patriarcado (Lugones, 2010).

En el caso de la maternidad postfeminista/neoliberal se utiliza el propio discurso neoliberal para redefinir la maternidad como parte de un proyecto de vida individual (Badinter, 1991), de libre elección e incluso como acto de consumo dentro de la racionalidad neoliberal (Gill, 2007) por lo cual las atribuciones de cuidado son más desiguales en esta última,

pues en la maternidad comunitaria se concibe el cuidado como una responsabilidad distribuida que involucre familia, redes y comunidad, aquí el cuerpo se ve como parte de una red de vínculos y saberes.

Mientras que, en la maternidad postfeminista, la administración del cuerpo está influida bajo la percepción del capital y la biopolítica en cuanto que representa productividad, belleza y autoeficiencia; el trabajo reproductivo adquiere también una matiz diferente: en la maternidad compartida tiene un valor social y político, mientras que en la maternidad neoliberal se sigue una lógica del mercado donde el cuidado queda relegado a mujeres en condiciones precarias, lo que provoca que se mercantilice el cuidado y refuerza desigualdades de género y clase.

La tabla 4 compara los modelos de maternidad, acompañados de sus características principales, definición y ejemplos que ayuden a contextualizar estas maternidades en el plano activo y distinguirlas unas de otras:

Tabla 4. Comparación de los modelos de la maternidad

Modelo de maternidad	Definición	Características principales	Ejemplo
Intensiva	Modelo dominante en EE. UU. y extendido a otros contextos urbanos; la maternidad se concibe como entrega total al hijo	— Cuidado centrado en la madre — Crianza sacrificada, demandante y moralizada — Se espera que la madre sea experta y siempre presente	Madre que organiza su vida laboral y personal en torno a su hijo, invirtiendo tiempo, recursos y emociones sin límites

Comunitaria/compartida	La crianza se distribuye entre varios actores (padre, familia, comunidad, redes colectivas)	— No materno— - céntrica —Redistribuye la responsabilidad — Más horizontal y colectiva — Desafía el mandato de la intensiva	Crianza en comunidades indígenas o redes urbanas de crianza colectiva donde abuelos, tíos o vecinos participan activamente
Transnacional	Se da en contextos migratorios o de desigualdad global, donde la maternidad se ejerce a distancia o mediada por otros	— Madres migrantes que dejan a sus hijos en el país de origen — Delegación a abuelas o familiares — Contradicción: proveen económicamente, pero no cuidan físicamente	Madre migrante en EE. UU. que envía remesas mientras sus padres crían a sus hijos en México o Centroamérica
Postfeminista / Neoliberal	Modelo que mezcla discursos feministas con lógicas de mercado; la maternidad se gestiona como un “proyecto personal”	— La madre “elige” ser intensiva o delegar — Se concibe como inversión individual — Influenciada por consumo, experticia y autocuidado — Refuerza desigualdades de clase	Mujer urbana de clase media/alta que combina discursos de “empoderamiento” con crianza “natural” y consumo especializado (productos, cursos, apps)

Fuente: Elaboración propia a partir de la propuesta de Gill (2007), Hays (1998), Littler (2013), McRobbie (2009), Rottenberg (2018), Vivas (2019) y Zapata Martínez (2016,2020).

En la tabla se puede observar que entre las maternidades la característica principal radica en si se delegan y cómo se delega el cuidado y la crianza de los hijos. Con lo cual se puede inferir que en el caso de la existencia de un sentimiento de culpa se puede ubicar que tipo de maternidad es la que se está empleando. Aunque se ha realizado una tabla clasificadora con características

esenciales es necesario hacer hincapié que las madres pueden presentar o no todas las características anteriormente mencionadas y no por eso significa que no formen parte de dicho modelo de maternidad, pero con los ejemplos mencionados en cada una de ellas se espera esclarecer qué son las prácticas las que realmente validan que tipo de maternidad es la que están empleando. En el caso de la maternidad intensiva, una de las características infalibles que no puede faltar es el sentimiento de culpa, si no se cuenta con este se puede concluir que no es la maternidad intensiva la que una madre está empleando en sus hijos, sino que podría ser una maternidad neoliberal o postfeminista en la cual se elige ser intensiva por elección propia.

6.5.2. La maternidad intensiva en Occidente: repercusiones en torno al cuidado, trabajo y crianza

El empleo de la maternidad intensiva resulta ser el modelo predominante en Occidente, tanto por las mujeres que son amas de casa como aquellas que trabajan. Esto es comprobable cuando se evalúa mediante estadísticas que el tiempo empleado fuera del hogar en el caso de las mujeres que trabajan está aún distribuido entre el trabajo y en la crianza de los hijos y las actividades domésticas; no obstante, esta incorporación de la mujer en el mercado laboral no implicó la falta de presencia en actividades domésticas, lo que genera una doble a triple jornada —maniobrando entre cuidar a los hijos, el hogar y mantener su empleo— la cual deben de cumplir.

Los roles adheridos a féminas y varones evidencian que, a pesar de los supuesto avances por la igualdad de género, las mujeres siguen siendo las encargadas de aquellas labores no remuneradas, y de todas formas realizan, o intentan realizar aún a costa de su salud física, mental y emocional. Por ejemplo, en Canadá un estudio longitudinal evidencia que las mujeres, a lo largo de distintos momentos de su vida —25, 32 y 43 años—, siguen haciendo más tareas domésticas que sus parejas, independientemente de cuánto trabajan fuera de casa o cuánto es su

ingreso (Horne et al., 2017). De manera similar otros estudios de distintos países recopilan evidencia del mismo fenómeno (tablas 5,6,7 y 8):

Tabla 5. Comparativa general por país/región

País/Región	Tema	Actividad	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha (diferencia entre porcentajes)
España	Labores domésticas	Parejas donde ambos trabajan: mujeres que asumen todas las tareas del hogar	55%	—	—
España	Labores domésticas	Parejas donde ambos trabajan: hombres que no realizan labores en casa	—	33%	—
México	Trabajo doméstico	Participación en trabajo	84.6%	68.5%	16.1%

	no remunerado	doméstico para su hogar			
Reino Unido	Labores domésticas	Mujeres que trabajan ≥ 30 h/semana y realizan tareas domésticas	70%	30%	40%
México	Trabajo doméstico no remunerado	Valor económico anual per cápita	\$86,971 MXN	\$36,471 MXN	2.5 veces más
México	Valor económico total	Aportación al PIB por trabajo no remunerado	71.5%	28.5%	43%

Fuente: Elaboración propia basado en FECYT (2010), INEGI (2023), INEGI (2024a) y Time for Equality (2013).

En el ámbito de las labores domésticas, los datos reflejan una marcada asimetría en la distribución de responsabilidades. En España, dentro de las parejas donde ambos miembros trabajan, el 55% de las mujeres asumen la totalidad de las tareas del hogar, mientras que, en contraste, el 33% de los hombres afirma no realizar ninguna labor en casa (FECYT, 2010). En México, la participación en trabajo doméstico para el propio hogar alcanza al 84.6% de las mujeres, frente al 68.5% de los hombres, lo que arroja una brecha de 16.1 diferencia porcentual

(INEGI, 2024a, p. 27). Por su parte, en el Reino Unido, el 70% de las mujeres realiza la mayor parte de las tareas domésticas —frente al 30% de los hombres—, con una brecha de 40 puntos porcentuales; incluso aquellas que trabajan 30 horas o más a la semana siguen asumiendo casi dos tercios de estas labores (Time for Equality, 2013).

En términos de valor económico, el impacto es igualmente desproporcionado. En México, el valor anual per cápita del trabajo no remunerado asciende a 86,971 pesos para las mujeres, mientras que para los hombres es de 36,471 pesos, lo que significa que ellas aportan 2.5 veces más valor que ellos. En su conjunto, la aportación al Producto Interno Bruto (PIB) por este concepto es del 71.5% generado por mujeres y del 28.5% por hombres, con una brecha de 43 de diferencia porcentual. (INEGI, 2023).

Tabla 6. Tiempo semanal dedicado a trabajo no remunerado

México				España			
Actividad	Mujeres	Hombres	Brecha	Actividad	Mujeres (horas/ semana)	Hombres (horas/ semana)	Brecha
Labores domésticas no remuneradas	39.7 (horas/ semana)	18.2 (horas/ semana)	+21.5 (horas/ semana)	Trabajo no remunerado total (sin hijos, con pareja)	16.4 (horas/ semana)	8.7 (horas/ semana)	+7.7 (horas/ semana)

Cuidado pasivo (hijos 0-5 años)	39.3 (horas/ semana)	20.7 (horas/ semana)	+18.6 (horas/ semana)	Trabajo no remunerado total (con hijos y pareja)	37.5 (horas/ semana)	20.8 (horas/ semana)	+16.7 (horas/ semana)
Cuidado activo (hijos 0-5 años)	28.2 (horas/ semana)	18.8 (horas/ semana)	+9.4 (horas/ semana)				
Trabajo de cuidados en general	54.7%	48.0%	+6.7% (diferencia entre porcentajes)				

Fuente: Elaboración propia basado en INE (2025), INEGI (2024a), INEGI (2025) y Mexico Daily Post (2025).

La carga horaria semanal evidencia con crudeza la sobrecarga femenina. En México, las mujeres dedican 39.7 horas semanales a labores domésticas no remuneradas, frente a 18.2 horas de los hombres, lo que supone una brecha de +21.5 horas. En el cuidado de hijos de 0 a 5 años, las diferencias se profundizan: en el cuidado pasivo —estar al pendiente mientras se realizan otras tareas—, las mujeres promedian 39.3 horas y los hombres 20.7 horas —brecha de +18.6 horas—; en el cuidado activo, ellas registran 28.2 horas y ellos 18.8 horas —brecha de +9.4 horas—. En el trabajo de cuidados en general, la participación es del 54.7% para mujeres y del

48.0% para hombres, con una brecha de +6.7 de diferencia porcentual (INEGI, 2024a; INEGI, 2025; Mexico Daily Post, 2025).

En España, para parejas sin hijos y con ambos trabajando, las mujeres invierten 16.4 horas semanales en trabajo no remunerado, frente a 8.7 horas de los hombres —brecha de +7.7 horas—. Cuando hay hijos y ambos tienen pareja, el tiempo se dispara a 37.5 horas para ellas y 20.8 horas para ellos, ampliando la brecha a +16.7 horas (INE, 2015, 2025).

Tabla 7. Actividades de cuidado y educación en España

Actividad	Mujeres trabajadoras (%)	Hombres trabajadores (%)	Brecha (diferencia entre porcentajes)
Dedicación diaria al cuidado/educación (4 horas o más diarias)	33.9%	36.7%	-2.8%
Dedicación diaria al cuidado/educación (todos los días)	47.4%	31.5%	+15.9%
No realizan nunca actividades de cuidado/educación	34.4%	39.4%	-5.0%

Fuente. Elaboración propia basado en INE (2015)

Centrándonos en la distribución de actividades de cuidado en España, la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INE, 2015) revela que el 33.9% de las mujeres trabajadoras dedica 4 horas o más al día al cuidado y educación de hijos o nietos, mientras que en los hombres trabajadores esta cifra es del 36.7% —aunque con una distribución diferencial: ellas dedican 4 horas diarias frente a 2 horas diarias de ellos, lo que arroja una brecha inversa de -2.8 diferencia porcentual en el indicador de porcentaje, pero una clara desventaja horaria para ellas—. Por otro lado, el 47.4% de las mujeres realiza estas actividades todos los días, en comparación con el 31.5% de los hombres —brecha de +15.9—. Finalmente, el 34.4% de las mujeres declara no realizar nunca actividades de cuidado/educación, frente al 39.4% de los hombres, lo que muestra una brecha de -5.0 de diferencia porcentual.

Tabla 8. Participación en el mercado laboral y razones de inactividad en México

Actividad	Mujeres	Hombres	Brecha
Población ocupada (tercer trimestre 2024)	24.3 millones	35.3 millones	-11.0 millones
PNEA por obligaciones del hogar	42.0% (12.2M)	6.4% (0.7M)	+35.6% (diferencia entre porcentajes)
Carga total de trabajo (tiempo dedicado a trabajo)	63.7% a trabajo no remunerado, 33.8% a mercado	69.0% a mercado, 27.9% a no remunerado	—

remunerado + no remunerado)			
-----------------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia basado en INEGI (2023) e INEGI (2024b)

La carga del trabajo no remunerado repercute directamente en la esfera laboral. En el tercer trimestre de 2024, la población ocupada en México era de 24.3 millones de mujeres y 35.3 millones de hombres, lo que representa una brecha de -11.0 millones a favor de los hombres. La principal causa de inactividad económica es abrumadora: el 42.0% de la Población No Económicamente Activa (PNEA) femenina —equivalente a 12.2 millones de mujeres— no busca empleo por obligaciones del hogar, mientras que en los hombres este porcentaje es apenas del 6.4% —equivalente a 0.7 millones—, generando una brecha de +35.6 de diferencia porcentual (INEGI, 2024b, p. 6).

Esta distribución se refleja en la carga total de trabajo (remunerado más no remunerado). En 2023, las mujeres destinaron el 63.7% de su tiempo total al trabajo no remunerado y solo el 33.8% al mercado laboral; en cambio, los hombres orientaron el 69.0% de su tiempo al mercado y únicamente el 27.9% al trabajo no remunerado (INEGI, 2023, p. 10).

Se podría alegar que, aunque exista una diferencia de 11 millones entre el ingreso al mercado laboral de hombres y mujeres, estos números indican que se sigue contribuyendo al flujo de la economía y se cumple la paridad de género. Sin embargo, es importante señalar que los datos presentados provienen de diferentes años y fuentes (FECYT, 2010; INE, 2015, 2025; INEGI, 2023, 2024a, 2024b; Mexico Daily Post, 2025; Time for Equality, 2013), por lo que las comparaciones directas deben hacerse con precaución. Lejos de ser una limitación, esta diversidad temporal y metodológica constituye una fortaleza analítica, ya que permite contrastar

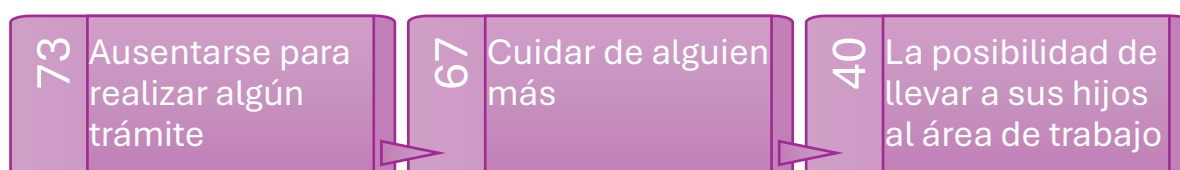
tendencias estructurales que se mantienen a lo largo del tiempo y en distintos contextos nacionales, ofreciendo una visión multidimensional del fenómeno de la desigualdad en el trabajo no remunerado.

El trabajo doméstico y de los cuidados sigue formando parte invisible del gran flujo del capital del cual las mujeres no obtienen ningún ingreso: se tienen datos del 2023 que el valor económico de estas labores fue de 8.4 billones de pesos, lo que equivale al 26.3 % del Producto Interno Bruto (PIB) total de la economía. Las mujeres contribuyeron con el 71.5 % de este valor, mientras que los hombres con el 28.5 %. Si estas cifras no son suficientes para considerar el valor del trabajo en el ámbito responsabilizado al sector femenino, las cifras en valor per cápita son todavía más abismales: en promedio, cada mujer realizó trabajo no remunerado equivalente a 86,971 pesos anuales, mientras que cada hombre aportó 36,471 pesos anuales. Esto significa que las mujeres aportan 2.5 veces más valor económico que los hombres (INEGI, 2023, pp. 1—2).

Esta atribución sociocultural resulta conveniente no solo porque el trabajo no remunerado constituye una parte considerable del mantenimiento a oscuras del flujo del mercado, sino para perpetuar los roles de género atribuidos a lo masculino y reflejados en la carga total de trabajo: en 2023 las mujeres tuvieron la mayor carga de trabajo total, por cada 10 horas de trabajo no remunerado de las mujeres, los hombres realizaron 8.5. Las mujeres destinaron 63.7 % de su tiempo de trabajo total a labores domésticas y de cuidados y 33.8 % al mercado de trabajo; los hombres destinaron 69.0 % al mercado de trabajo y 27.9 % a labores domésticas y de cuidados (p. 10).

Las escisiones provocadas por la corriente neoliberal han hecho que no sólo las mujeres tengan ahora que hacerse cargo —como siempre lo han hecho— de las tareas del hogar y los cuidados, sino que ahora necesitan justificar por qué no se incorporan a la fuerza de trabajo “productiva”. Las prestaciones laborales más solicitadas por las mujeres cuidadoras se muestran en el esquema 1.

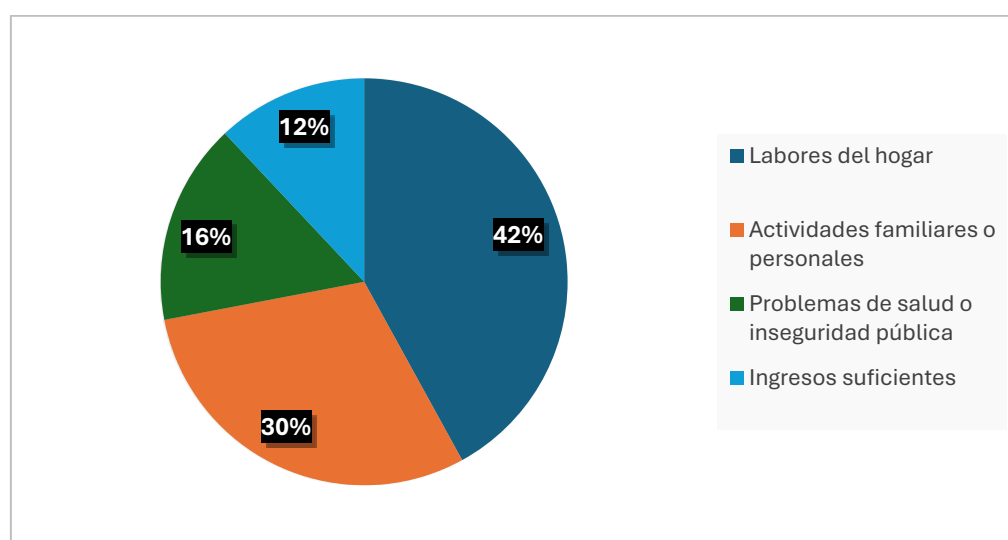
Esquema 1. Prestaciones laborales más solicitadas por las mujeres cuidadoras en México.



Fuente: IMCO (2023)

Aparte, entre aquellas mujeres que cuidan y trabajan, se muestran por porcentaje aquellas razones que las llevan a no aumentar más sus jornadas laborales (Gráfica 1):

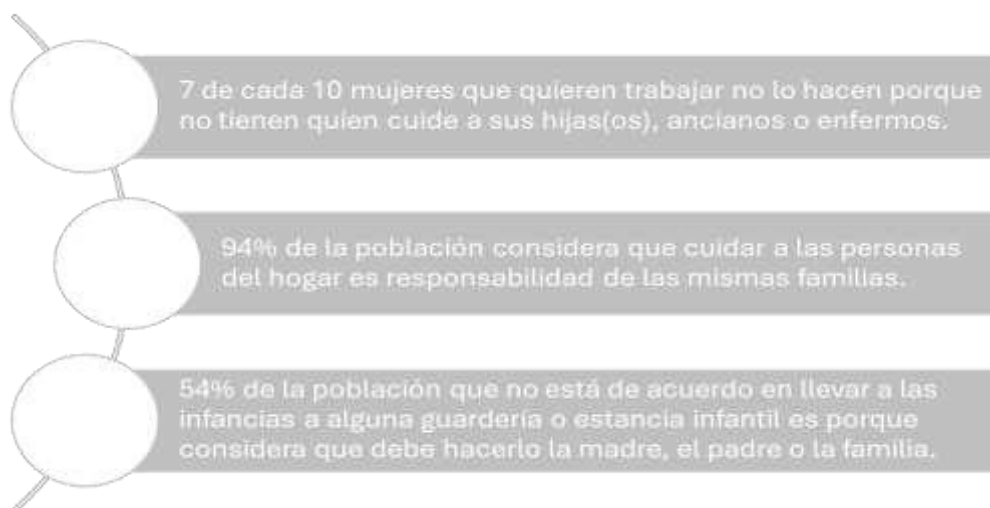
Gráfica 1. Motivos que llevan a las mujeres cuidadoras a invertir más tiempo en actividades no remuneradas en México.



Fuente: IMCO (2023)

Las creencias culturales que influyen en la distribución del trabajo no remunerado se muestran en el esquema 2.

Esquema 2. Creencias y percepciones culturales sobre la distribución del trabajo no remunerado en México.



Fuente: IMCO (2023)

Con estas cifras se concluye que el trabajo doméstico no remunerado y aparte los de cuidado siguen siendo desiguales en muchas partes del mundo, incluso aquellas donde las mujeres aportan económicamente al hogar, y en paralelo, la exigencia del cuidado de los hijos para aquellas madres que adoptan el modelo de la maternidad intensiva no son de la incumbencia del sector público; es decir, tanto para la sociedad como a las empresas, fábricas y demás lugares donde se contratan a las mujeres no les interesa saber si estas labores se distribuyen de manera justa y proporcional en comparación con los hombres. En el caso de la sociedad lo que interesa es que se cumpla con el papel reproductivo mientras que para el mercado laboral lo que importa es que se cumpla con la jornada de manera eficiente, de tal forma que las expectativas normativas son poco flexibles en ambos bandos.

Podemos añadir tomando como complemento los datos del último cuadro que el factor más importante que lleva a las mujeres, tanto trabajadoras como amas de casa a tiempo completo a no poder insertarse de manera efectiva al campo laboral o desarrollarse profesionalmente. Además de no contar con apoyo y comprensión por parte de los lugares de trabajo, la sociedad, e inclusive de la misma familia; a ello se suma, la carga social que se le impone a la mujer perjudica su calidad de vida física, mental y emocionalmente, generando otro tipo de problemas en ellas como el estrés, agotamiento, ansiedad y otras que manifiestan un padecimiento que tiene sus raíces en estos razonamientos patriarcales que no dejan progresar solamente a las mujeres como género segregado, sino a la humanidad como sociedad.

En un mundo donde la economía moldea el estilo de vida, donde la ganancia y el éxito depende de la administración que se tenga de sí mismo en tanto se emplea el cuerpo como medio para generar riqueza, la maternidad no debería de tener cabida, sobre todo con el modelo intensivo que como su nombre lo indica implica la intensificación en cuanto: cantidad de tiempo, dinero y esfuerzo enfocado en el cuidado y la crianza de los hijos. Pese a estos puntos, dicho modelo es conveniente para el enfoque neoliberalista y patriarcal, porque contrario a lo que se cree este modelo resulta ser reciente, expandiéndose a nivel global como un ideal de la maternidad en distintos grados, de ahí que otras visiones que se tienen sobre la maternidad han sido invisibilizadas y menos apreciadas en comparación con la modalidad intensiva como las anteriormente mencionadas.

La razón de esto es, según Gimeno (2018), que con la llegada de la era neoliberal se buscó una reivindicación de todas aquellas prácticas que, precisamente, las olas del feminismo estaban en proceso de transformar: la lactancia exclusiva y prolongada, el colecho —el bebé comparte la misma cama con los progenitores y se asocia con la prolongación de la lactancia

exclusiva, según (Das, Sankar & Agarwal, 2021)—, el apego, el parto natural, etcétera. Buscaban regresar al discurso de lo natural e innato del instinto femenino el cual serviría como una medida para enumerar las cualidades que distinguían —moralmente hablando— a la “buena madre” de la “mala madre” en base a si efectuaba estas prácticas o no, y parte de esa normativa utilizaba como discurso que el no realizarlas traería consecuencias en el crecimiento físico e incluso emocional del infante: el no darle leche materna lo expondría a múltiples enfermedades, y aparte afectaba el vínculo entre madre—hijo como si la relación solo dependiera de ello.

Esta agenda, señala la autora, resulta bastante conveniente para el neoliberalismo porque conlleva un retroceso encaminado a la recuperación de la familia tradicional y heteropatriarcal donde el hombre es la cabeza de familia y proveedor, y la mujer es la encargada del hogar y los cuidados a tiempo completo. Lo que es todavía más maquiavélico es que esta maternidad no se impone, no es de manera obligada, sino que bajo la misma lógica neoliberal, en base a la libre elección las mujeres se ven supeditadas a escogerlo bajo estándares sociales morales bien establecidos donde el no hacerlo y el hacerlo implica no solo la exigencia de estar a tiempo completo en el hogar, sino que se llena de culpa, dolor y sacrificio cuando no se puede o se intenta cumplir con ello (Gimeno, 2018, pp. 8—9).

El mantener esta estructura requiere no solamente del discurso biomédico, sino de una alineación en la que interfiere el sector estatal para mantener un proceso de vigilancia que gestiona de afuera hacia adentro las prácticas que mantienen la ideología de la maternidad intensiva latente. Continuando con el ejemplo de la lactancia exclusiva se ha notado en el caso de México una decadencia en la década pasada que se ha mitigado en los últimos años: México era el último país latinoamericano posicionado en ejercer esta práctica con el 14.4% de las mujeres que amamantaban con su leche hasta los 6 meses, y a inicios de los 2000 se había visto

el mismo patrón en las comunidades las cuales antes tenían las estadísticas más altas (González—de Cosío, Escobar—Zaragoza, González—Castell & Rivera—Dommarco, 2013).

Aunque al principio no había una respuesta clara al fenómeno ocurrido y las estadísticas obtenidas de encuestas no ayudaban a saber por qué ocurría (Silva Ayçaguer, 2005) una de las críticas que contribuyó más adelante era que las investigaciones que se habían realizado carecían de la perspectiva de la lactancia materna como un proceso biológico, psicológico y sociocultural (Ramos Rodríguez & Hernández González, 2017). En contraste con este periodo se tienen registros recientes que durante los años 2021—2023 hubo un incremento de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en bebés de 0 a 5 meses de ambos sexos con un porcentaje del 34.2% a comparación del periodo 2018-2019 con el 28.3%. Sin embargo, en una escala mundial continúa por debajo de los estándares requeridos: en el año 2012 la OMS puso como objetivo mundial de nutrición fomentar la LME en infantes durante los primeros 6 meses de edad al 50% para el 2025, y recientemente se extendió para aumentarla al 70% para el año 2030 (IIDE—Equide, 2023).

Para lograr esto se han realizado iniciativas como el Índice País Amigo de la Lactancia Materna (BBF, por sus siglas en inglés) que es una iniciativa para apoyar a los países a evaluar cómo van progresando sus programas de lactancia materna y hacer recomendaciones para un ambiente amigable que la favorezca. Aunque se ha implementado en diferentes partes del mundo, particularmente México fue de los primeros donde se realizó y en el cual se ha implementado cuatro veces. Su “Modelo de Engranaje de la Lactancia Materna” incluye en sus elementos promover una responsabilidad política que distribuya los recursos de manera efectiva para el fortalecimiento de campañas que se dirijan al público con información oportuna y certera sobre los beneficios de la LME en los que se haga partícipe a la comunidad tomando en cuenta

su cultura y actividades donde se incluya su participación como eventos locales, actividades comunitarias y otros métodos como medios de comunicación para lograr su aceptación y comprensión (IIDE—Equide, 2023).

Por otro lado, la crítica sobre las organizaciones que se encargan directamente de promover e inducir las políticas sanitarias como la LME, como lo son la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es que son instruidos por organizaciones que siguen el discurso neoliberal y promueven asambleas para corregir el descenso de esta práctica, como lo son el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) (Ramos Rodríguez & Hernández González, 2017), dando a entender que sirven a intereses para el mantenimiento de la dualidad heteropatriarcal de los roles de género.

A pesar que el descenso de la lactancia —especialmente la exclusiva— es vista como una problemática pública, su resolución sigue relegando a las mujeres al sector privado, donde sigue siendo responsabilidad únicamente de ellas las actividades relacionadas al cuidado, la crianza y la reproducción, en vez de dirigir la atención hacia áreas de oportunidad que inciten a la reflexión y acción: por ejemplo, si el descenso de las prácticas de LME están relacionados con la falta de tiempo, recursos y un entorno favorable que propicie su práctica como ocurre en el caso de las madres trabajadoras y profesionistas y en las amas de casa si decidieron quedarse en casa por elección o imposición producido por las expectativas sociales.

Otro aspecto para considerar que va vinculado a la crítica es que las campañas propuestas invisibilizan la opinión del público al que va dirigido, según Torre Medina—Mora & Salas

Valenzuela (2011) los gobiernos en todos sus niveles no fomentan la participación de las comunidades donde se buscan implementar dichas políticas. Desde la última década de finales del siglo pasado México ha modificado sus legislaciones para adaptarlas al cumplimiento de los acuerdos internacionales (citado en Ramos Rodríguez & Hernández González, 2017), en los cuales los gobiernos de tercer mundo tienen que adherirse a un plan que va de acuerdo a una visión hegemónica donde las condiciones económicas, sociales y culturales no son las mismas a comparación de países de primer mundo, creando incisiones que imposibilitan alcanzar los objetivos planteados en los acuerdos con éxito, lo que lleva a replantearse qué es lo que se está haciendo de manera errónea o que factores se están omitiendo, permitiendo una perspectiva descentralizada que desde la diferencia logre un acercamiento real a las comunidades desde su visión, lo multidisciplinario y que permita que desde su propia voz narrar sus propias problemáticas sin dar nada por sentado.

Aparte hay que tomar en cuenta que el modelo neoliberal permea una segregación de la persona donde deja de verse como un todo y se separa de sí mismo, de los otros, y del entorno en general, con esta postura epistémica la práctica médica está orientada con las características de ser positiva, tecnocrática, medicalizada, ahistórica y asociada (Le Breton, 1994, 2002; Menéndez, 1982; Menéndez, 2005). Para Martínez Villarruel (2018) una escala global no toma en cuenta la cosmovisión de las comunidades indígenas y la supuesta interculturalidad que se promueve resulta ser una asimilación donde la postura occidentalizada termina silenciando las costumbres y tradiciones de estas comunidades, como el papel de las parteras las cuales apenas son consultadas en la práctica. En el caso de Bolivia, se detecta que a pesar de que en los centros de salud se declaran como “interculturales” el personal médico ejerce discriminación a las mujeres indígenas por su papel tradicional sumiso, por tanto, no pueden solicitar facilidades

como que las parteras puedan tener acceso a la sala de parto, haciendo que ellas se enfrenten a constantes obstáculos para ejercer su oficio (Loza, 2013).

Por otro lado, existen modelos descentralizados del orden neoliberal que se concentran en la mujer como el caso de Argentina con la Ley de Parto Humanizado (2004) que reconoce los derechos de las madres y los recién nacidos, posteriormente reglamentada en 2015. Luego el modelo de “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” operando en 102 hospitales públicos (De Achaval, s. f.). En concordancia con dichos modelos se encuentran los Centros de Maternidad Independiente con un enfoque biológico, psicológico y social donde se prioriza la autonomía de la mujer, partos sin sobremedicación, continuidad con matronas y ambientes humanizados especializados en embarazos de baja complejidad (Alliman, Bauer, & Williams, 2022).

Con ambas perspectivas ya expuestas se concluye que el éxito de que estos modelos operan en las comunidades de forma efectiva y que su efectividad depende de que respeten los objetivos que se plantean en sus programas, pues se ha detectado que las instituciones que operan bajo el modelo neoliberal se sirven por un lado de la falta de información y experiencia por parte de las usuarias para promover la divulgación de discursos y prácticas por sobre otras a conveniencia como ocurre con el seguimiento de la LME sin darle tanta promoción, por ejemplo, a los partos humanizados.

6.5.3. Reflexiones sobre la influencia neoliberal en el ejercicio de la maternidad

Al encontrarme en este proceso formativo de investigación en las ciencias sociales —o en todas las ciencias en general— se ha enseñado a trabajar bajo una postura tradicionalista por ser la universalmente aceptable, aunque hoy ya existe una crítica con respecto al supuesto

occidentalismo simulado de la universalidad, estas perspectivas descentralizadas siguen siendo poco difundidas y su influencia no es la más notoria; sin embargo, está ahí presente.

Esta occidentalización de la que se habla es la que permea la promoción de las prácticas hegemónicas anteriormente mencionadas, puedo afirmar esto no solamente mediante la bibliografía sino desde mi propia experiencia en tanto que, como mujer, y ahora como madre, he escuchado en primera mano este tipo de discursos, los cuales no son necesariamente nocivos por sí mismos, sino en tanto que a las mujeres no permiten elegir libremente. El tema de la libre elección es algo en lo que no se va profundizar —pues desde que nacemos ya se nace bajo cierta perspectiva y un trato diferenciado en el cual nosotros no decidimos— pero sí se puede hablar del consentimiento libre (que debería ser idealmente informado) lejos de influencias externas, sentido de culpa y, sobre todo, bajo los cánones sociales de lo que significa ser una buena madre, requisitos que piden incondicionalidad a la otredad sin tener el derecho de jamás pensar en sí mismo.

Cuando estuve en controles prenatales en mi clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS) para posteriormente ser canalizada al hospital donde realizaría mi parto, si bien está bajo el rubro de una atención amigable, lo cual ciertamente cumplía el personal del hospital, las pláticas y la influencia de esas campañas neoliberales estaban bastante presentes: la predominancia del parto natural sobre la cesárea, la lactancia materna exclusiva y sus múltiples beneficios así como la planificación familiar eran una constante en múltiples partes del área de ginecología, una muestra de que efectivamente este modelo impera como una realidad sentada. A continuación, muestro algunas de las imágenes que capturé sobre la información divulgada al respecto de estos discursos:

Imagen 4. Consejos para una lactancia exitosa



Fuente: Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En el discurso hegemónico sobre la lactancia materna siempre se incluye la validación científica, como ocurre en este caso cuando se cita a la OMS para fomentar la continuación del amamantamiento el mayor periodo de tiempo posible y haciéndolo obligatorio durante los primeros 6 meses de vida. Aparte, los consejos incluyen también una demanda constante en la alimentación, la cual, aunque la narrativa sugiere que este acto es una cuestión de autocuidado en la mujer —que es más en beneficio de la madre que del mismo bebé— contiene una inversión enorme de tiempo, dinero y disciplina la cual no coincide con la mayor parte del estilo de vida de la población. Las mujeres provenientes de clases medias y bajas no pueden darse el lujo de poder tener una alimentación adecuada por los costos del alimento, y por otra parte, el tiempo empleado en otras actividades como las labores domésticas, si tienen otros hijos y aparte trabajan imposibilita mantener una buena alimentación y estilo de vida, aunque ellas mismas lo deseen.

Imagen 5. Beneficios de la lactancia materna



Fuente: Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS)

Como parte de este mismo discurso en la promotoria de la LME se mencionan los beneficios de dar pecho al bebé en la salud de la madre y el bebé incluso poniendo como primer punto a su favor el desarrollo del vínculo afectivo, que se percibe de manera innata como parte en esta relación biológica natural entre madre—hijo que se da con la lactancia, suponiendo que si este proceso está ausente o se sustituye con fórmula, como ocurre en algunas ocasiones, no tiene el mismo efecto que cuando se amamanta.

Por si esto no fuera suficiente, se refuerzan la necesidad de “alimentar” apropiadamente al neonato, con otros atributos resaltados en letras rojas como que es económica, es práctica y es la mejor, pero lo que no se toma en consideración a las madres —y deberían tomar en consideración— en este tipo de boletines es sobre los contras de la práctica, como ocurre con cualquier otra. Por ejemplo, que al ser de libre demanda conlleva una rutina absorbente en la

que el bebé puede estar adherido al pecho durante horas, consecuentemente, estar en una misma posición conlleva que los músculos se tensen por la mala postura, el crecimiento de las primeras encías puede ser doloroso al momento del agarre del pecho, y que el destete una vez que el infante puede dejar el pecho se dificulta en la mayoría de las ocasiones porque el bebé ya está acostumbrado a cierta rutina donde la madre está a disposición las 24 horas, generando miedo, inseguridad y confusiones precisamente en ese tipo de relación construida a base de la leche materna. Este tipo de dilemas son ocultos a la luz por aquellas madres que trabajan, y pese a ello, se las ingenian para mantener un equilibrio personal y laboral.

Imagen 6. Mural sobre la lactancia materna



Fuente: Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

A grandes rasgos, este mural tiene algunos indicadores para la futura madre con posturas en las que puede guiarse para asegurar que está amamantando correctamente al bebé, el almacenamiento de la leche materna en caso de refrigerarse, señales de que está tomando leche

adecuadamente y cuanta leche es la que debe consumir dependiendo de los meses, etc. Todo esto con la finalidad de establecer los diques para una LME exitosa.

6.5.4. Conclusiones

No estamos cuestionando la veracidad de la información contenida en los folletos, claramente esta misma información puede encontrarse en la web y fuentes académicas sobre los beneficios de la leche materna. Ahora bien, lo que no se valida —observándose en el discurso feminista— es que se relega la mujer a cuidadora, hacienda de lado si ellas trabajan o no. Además de otro tipo de lactancias no son contempladas en este plano para poder dar la oportunidad de elegir por cuestión personal o del estilo de vida. Por ejemplo, otros tipos de lactancia como la mixta, donde se combina leche materna y leche de fórmula, o cuando por alguna enfermedad o condición la mujer no puede dar pecho, cuando la leche materna no es suficiente para alimentar al bebé o la lactancia diferida —se da leche materna por otros medios como pipeta, biberón o un vaso dosificador especial— cuando por el trabajo no es capaz de estar presente en todo momento.

Las mujeres deberían tener el derecho de elegir cómo maternar, y tomar decisiones reproductivas no solamente porque se pone en juego el cuerpo al momento de gestar, sino toda una red que comprende o debería comprender las brechas diversas que atraviesa cada mujer al momento de gestar, como ocurre con el caso de la GS.

Resulta interesante recapitular con todo lo anteriormente expuesto como la maternidad tiene bases supuestamente biológicas que han sido evidenciadas como un constructo social que da por sentado la reproductividad como algo innato y natural en las mujeres, pero a través del discurso feminista se ha evidenciado que estas ideas sirven a otro tipo de intereses; específicamente, al modelo hegemónico capitalista heteropatriarcal que necesita de la

permanencia, sumisión y segregación de las mujeres al ámbito privado, y con esto a la igualdad de oportunidades y mejores condiciones de vida se ven anuladas.

¿Por qué es importante señalar esto y cuál es su relevancia con las TRHA y las problemáticas de la infertilidad/esterilidad? Porque es necesario tener presente en todo momento que detrás de la GS hay toda una maquinaria e ideología que descansa en capas similares a los de una muñeca matrioshka, la cual conforme más se desentraña que hay en su interior más minuciosa y compleja se vuelve en sus detalles: primeramente, empezamos analizando en qué consisten las TRHA como solución a los problemas reproductivos —infertilidad y esterilidad— a pesar de sus pocas tasas de éxito, aquí intervienen el discurso biotecnológico y el saber científico para legitimar este tipo de prácticas junto con la medicalización.

En segundo, estos problemas reproductivos han sido atribuidos médica, histórica y socialmente a las mujeres, lo cual genera en ellas una necesidad de “corregir” aquello que está mal en su cuerpo —el hecho de no poder gestar— y que al no poder hacerlo en su mayoría debido a las pocas probabilidad de éxito tiene consecuencias físicas, psicológicas y morales en su persona, entre las que se encuentran la depresión, distanciamiento social, efectos hormonales y fisiológicos al estar expuesta a estos tratamientos, etcétera, y de trasfondo están los valores socioculturales establecidos sobre el rol de la mujer y su valor, no como persona, sino del cuerpo en función de su utilidad como aparato reproductor que gesta un ser humano necesario para la perpetuación de la especie y con ello de los vínculos filiales.

En tercera, con esta contextualización de antemano la GS empezó a tomar forma ya no solamente como una solución a la infertilidad/esterilidad, sino conforme avanzaba en el marco legal y se promovía con el TR se convirtió en una alternativa que fue transformando no

solamente la concepción sobre la reproducción misma por el proceso que implican las TRHA al ser extracorpóreas —no requerir relaciones sexuales— (Vecslir, 2022; Taboada, 1986), sino la idea de la maternidad y la paternidad en torno a la familia nuclear que tan firmemente se defiende por parte de los conservadores, ya que aquí entra otro elemento que es la regularización sobre la práctica o la invisibilización de ella.

Mucho es lo que se ha dicho en la defensa o negación sobre si dejar que aquellos que no pueden tener hijos por cuenta propia deberían acceder a ella, pero lo cierto es que en la actualidad una de las principales preocupaciones sobre todo en la Gestación Subrogada Comercial (GSC) es que aquellos que acceden no es porque cuentan con la aprobación social de ser padres, sino que cuentan con los recursos para poder hacerlo, o lo que es más inquietante, la GSC permite que la práctica sea admisible no solamente para aquellos que fisiológicamente están imposibilitados para gestar o aportar su material genético, ya que en el caso de las mujeres de clases bajas no cuentan, siquiera, con el acceso a un tratamiento adecuado para tratar sus problemas reproductivos así como otros sectores comúnmente marginados (OMS, 2024), sino aquellos que por confort no quieren gestionar toda la carga corporal y mental que conlleva un embarazo, como ocurre con casos conocidos de personas públicas como Lilly Collins, Paris Hilton, Ricky Martin, etc.

Aunque este tipo de casos se podría argumentar que son pocos o muy esporádicos como para alarmarse, puede distinguirse un patrón común que es el uso de una MG quien llevará el proceso de embarazo como un proceso de transacción que proporciona un beneficio. En el caso de las parejas o personas que migran a otros países por motivos legales en sus países de origen, se puede notar el mismo patrón. Sin embargo, en el caso de estos últimos en su mayoría son personas con problemas de infertilidad/esterilidad, a los que se dirige el marketing de parte de

las agencias de subrogación, quienes aparte ofrecen —si lo permite la legislación— los servicios para personas solteras y heterosexuales, quienes se incluirían en como un tercer grupo favorecido. Pese a esto, ningún grupo se salva de ser juzgado moralmente por la sociedad.

El siguiente capítulo expondrá la metodología cualitativa y las técnicas de investigación —etnografía digital, entrevistas y análisis del discurso— que permitirán operacionalizar estos conceptos y contrastarlos con las narrativas y discursos recogidos en el trabajo de campo.

CAPÍTULO VII. MARCO METODOLOGICO

7.1. Metodología cualitativa

Diversos autores sostienen que este enfoque posibilita la comprensión de significados, discursos y prácticas que se producen en torno a la Gestación Subrogada Onerosa (GSO) en espacios digitales y en sus campos institucionales. Este enfoque resulta pertinente, ya que permite explorar cómo los sujetos interpretan y construyen realidades sociales a partir de sus experiencias y narrativas (Flick, 2015).

En el contexto de esta investigación, la elección de una metodología cualitativa adquiere una relevancia adicional: el fenómeno de la GSO se despliega cada vez más en entornos digitales —grupos de WhatsApp (WA), páginas web de agencias, redes sociales— que operan como dispositivos de biomercantilización y control reproductivo. Por tanto, la metodología no solo debe ser sensible a las narrativas de los sujetos, sino también al medio a través del cual estas narrativas se producen, circulan y se negocian. Como señala Hine (2015), la etnografía digital no trata de estudiar lo “virtual” como algo separado de lo “real”, sino de reconocer que las prácticas sociales están mediadas por tecnologías que configuran las experiencias, las relaciones de poder y los significados en torno a la maternidad.

Esta investigación asume que el espacio digital no es un mero canal de comunicación, sino un campo social legítimo donde el biopoder y la biomercantilización se ejercen de manera activa: a través del marketing digital, la vigilancia en grupos cerrados, la circulación de información sesgada y la construcción de identidades y expectativas. Por ello, el trabajo de campo digital se ha diseñado para capturar estas dinámicas en su entorno natural, sin intervención artificial, tal como recomienda la etnografía digital (Kozinets, 2015; Hine, 2004).

Se realizó en un primer periodo observación no participante, con en el registro en una bitácora de campo digital durante un periodo de tiempo determinado, —el cual se abordará más adelante—. Con los datos obtenidos en el primer periodo se pudo comprobar la presencia de actores múltiples dentro del mismo campo social, lo cual indica la pertinencia del campo de estudio a través del grupo de WA de las dinámicas ejercidas en el grupo sin que afectara la presencia de la investigadora. En un segundo periodo, se realizó una interacción directa con el grupo solicitando su colaboración de manera voluntaria a quienes desearan participar en una entrevista confidencial sobre su experiencia en el proceso de GS. Ambos periodos se profundizarán más adelante.

El uso de la aplicación de WA a través de un grupo implica su reconocimiento como el espacio donde no solamente se busca la captación de potenciales mujeres a entrevistar como sujetos de estudio, sino como un “punto de reunión” que permite conocer narrativas, experiencias, generación del conocimiento y también del disenso. Es un “espacio” virtual en el que se exponen situaciones particulares y que busca facilitar proyectos inconclusos de vida como lo es la búsqueda de formar una familia mediante la subrogación. Esta elección metodológica se fundamenta en la constatación de que, como se ha señalado, las tecnologías digitales son el

principal escenario donde se conecta la oferta y la demanda en el mercado reproductivo global, y donde se negocian los significados de la maternidad y la gestación.

Como antecedente sobre las posibilidades de las aplicaciones digitales, como herramientas de investigación, se cuenta con el trabajo de Adrián Scribano (2017) sobre el uso de WA como medio de análisis que permite experimentar nuevos modos de indagación, obtención de información y, sobre todo, un nuevo marco de experiencia en el que no se ha incidido. Por tanto, no se ha visto todo su potencial como herramienta de investigación que permite aproximarnos a los fenómenos que van surgiendo conforme se ha ido intensificando la era global, con el uso de las tecnologías y transformación de los medios de comunicación digital mediante celulares, computadoras, tabletas, etc. Hace más de 10 años las relaciones entre interacciones físicas, virtuales y “móviles” entre celulares y tabletas ha aumentado de manera exponencial, no solamente en cuanto a los usuarios que han aumentado en participantes y dispositivos usados sino en mercantilización y valor comercial (pp. 8—9).

El WA como herramienta de investigación social ofrece ventajas que a comparación de otras plataformas similares la hace una opción útil como medio de mensajes en tiempo real y con la cual se puede compartir información y contenido multimedia (Dayani Ahada & Ariff Lim, 2014, p. 189; citado en Scribano, 2017, p.11). Aparte, se ha ido actualizando, sumando llamadas de voz y video, así como los cifrados de extremo a extremo. Una de sus principales bondades es la cualidad de estrechar relaciones de proximidad que desde una perspectiva en tercera persona permite observar mejor estas relaciones.

En su trabajo *Miradas Cotidianas* se experimenta el WA como instrumento de investigación social basándose en sus conocimientos y experiencia. Un papel importante en

dicho experimento fue el dispositivo telefónico como facilitador para la observación y ampliación de la participación de los integrantes del grupo (p. 13).

En este sentido, se puede afirmar que el registro de situaciones conflictivas descritas en *Miradas Cotidianas* en relación con las tensiones entre individuos/colectivos y las situaciones obtenidas durante un mes, fungen como antecedente de que efectivamente el mundo digital no está separado del mundo físico más que por el medio de comunicación por el cual se está accediendo al mundo social, pues el primero no es menos real que el segundo (p. 15).

Estas decisiones son respuestas a dificultades que han formado parte del proceso de investigación. Aunque, más allá de ser obstáculos, son referentes que deben considerarse para futuras investigaciones por parte de los investigadores, como las susceptibilidades de los sujetos de investigaciones cuando se les pregunta por su experiencia en procesos como la subrogación. Y es que —como sabemos— cada vez más la virtualidad cobra relevancia en nuestras vidas, por lo que en la investigación se han generado técnicas de análisis de esta. Además, en este tema en específico, debemos considerar cuestionamientos relacionados con el valor de la vida; los imaginarios sociales del cuerpo de las mujeres: ya sea como mercancía, es decir, vía para lograr la paternidad/maternidad deseable para otras personas, o ya como una forma de institucionalizar la gestación.

La recolección de los datos se obtuvo mediante páginas web, blogs, libros en formato físico y digital, repositorios, bibliotecas y consultas en plataformas como YouTube, Instagram y Facebook a través de videos, *reels* y perfiles. La construcción de los datos se basó en extractos obtenidos de narrativas, testimonios y discursos desde los sujetos de estudio en el campo digital, apegado a un código ético guardando la identidad y datos sensibles de los usuarios para extraer

categorías de análisis que sirvieran como un indicador de los discursos biopolíticos y socioculturales en torno al fenómeno de la GS.

Asimismo, a manera de reforzamiento y contraste, se cuenta tanto con la bitácora de campo de la cual también se extraen categorías de análisis, como el historial de referencias en antecedentes y textos científico—académicos producidos por la academia, para realizar una triangulación de los datos obtenidos en general. La finalidad de realizar este paso es que se debe considerar al emisor que divulga contenido en cuanto a la intencionalidad con la que se promueve dicha información, emitiendo discursos y transmitiendo una perspectiva que puede parcializar el panorama completo de la práctica de la GS —si es una clínica de reproducción asistida, una agencia de subrogación, una institución académica, una nota sensacionalista, etcétera—, pues muy pocas veces se considera la opinión de las(os) entrevistados —específicamente las MG— quienes llegan a reaccionar algunas veces de manera reservada, o incluso defensiva, cuando se les pide información de su experiencia en el tema, pues al tratarse de la GSC lo primero que sale a relucir en las preguntas de las usuarias que tienen experiencia en entrevistas, es cuánto percibieron por “rentar” su vientre, resaltando el factor monetario por sobre otros cuestionamientos.

Pese a ello, participar en el grupo de WA permitió contactar mujeres de todo tipo de opiniones: así como hubo algunas que decidieron permanecer en silencio, otras comentaron su insatisfacción en procesos anteriores de entrevistas, mientras que algunas decidieron mandar mensaje por privado para dar su punto de vista. Y es que, la GS se encuentra en una ambivalencia, que oscila entre el rechazo y la aceptación. Y, con mayor preocupación, entre la legalidad y la ilegalidad, generando que las personas —ya sean padres, ya mujeres que subrogan

e, incluso, las instituciones— en ella involucrada manejen en secrecía la temática. Situación que restringe, si es que no nulifica, la posibilidad de entrevistar cara a cara.

Entre las limitaciones están mediadas por las legislaciones variantes en cada país: mientras que en algunos se encuentra prohibida, en otros está regulado —en capítulos anteriores se ha mencionado en qué condiciones se puede subrogar, quienes aplican y quienes son descartados, así como la modalidad permitida— mientras que en otros países el tema no ha sido regulado en los códigos civiles. Existen casos particulares como México en donde se encuentran situaciones: Sinaloa, Querétaro, San Luis Potosí, CdMx, Tabasco y Coahuila son las únicas que han prohibido, regulado, o intentado regular la práctica de la GS, mostrando la disparidad en la toma de decisiones, así como el impacto sociocultural sobre la práctica. Pero, aún más allá, las repercusiones emocionales y en la subjetividad de las personas implicadas en la GS.

Tomando estas consideraciones sobre las formas de accionar de los estados, se entiende que el obtener entrevistas en persona se dificulta por el temor de los involucrados a las consecuencias de haber cometido actos ilegales, aparte del estigma en el uso de las TRHA, siendo las más vulnerables las MG debido a que son ellas quienes “prestan” su vientre y delegan su maternidad, así como los PI por adquirir estos servicios.

Por estas razones, reafirmamos que WA actúa como el lugar situado donde interactúan personas interesadas en acceder a la GS conservando cierta seguridad de evitar ser señalados, correr riesgos jurídicos y recibir orientación del tema —sobre todo principiantes—, algo que —a menos que estés en una zona donde la subrogación, sea legal o no tomada en cuenta— sería difícil de encontrar. Es por estos beneficios que ofrecen las tecnologías de la información en cuestión de tiempo, movilidad y veracidad que encontrar información por medio del internet se vuelve más factible: debido a que el mundo digital es un área que no ha sido explotado en todo

su potencial ni en todas sus aristas, pero que cada vez más investigadores sociales lo están visibilizando como un campo legítimo de análisis, pues las plataformas digitales se han consolidado como espacios de interacción y construcción de comunidades virtuales (Hine, 2015; Kozinets, 2015) en la cual los intereses comunes traspasan fronteras. Esta constatación empírica confirma lo planteado en el marco teórico sobre cómo el espacio digital conecta oferta y demanda a escala global, facilitando el TR y la circulación de información que, a menudo, reproduce asimetrías de poder entre PI y MG.

Además, una de las virtudes sobre los grupos de mensajería instantánea es que permiten acceder a narrativas espontáneas y a procesos comunicativos en tiempo real, lo cual brinda un material valioso para comprender la dimensión cotidiana y simbólica de la IA temática a investigar (Snee et al., 2016). De ahí que consideremos que no resta valor el hecho de utilizar los medios digitales como forma de recolectar información. Y es que, como se ha señalado, existe una sistematización sobre la misma.

Debemos agregar que, resulta de sumo interés que estos procesos comunicativos al superar las barreras de la nacionalidad, el lenguaje y la diferenciación permiten conglomerar en un solo punto —justo con el grupo de MS que se está estudiando— a personas que se identifican por un tema en común y pueden convivir en un mismo espacio a pesar de la distancia tangible que los separa, permitiendo enriquecer el diálogo y aproximarse a las problemáticas que se presentan desde las voces de los sujetos de investigación. De forma que se pueden entrever construcciones identitarias, así como redes de acompañamiento durante el proceso.

7.2. Procedimiento

A continuación, describimos la forma en que se ha realizado el procedimiento de recolección, selección y análisis de la información en la observación que se ha realizado en el grupo de

WhatsApp (WA). Esta se resume en cuatro puntos vitales el desarrollo del proceso de investigación, retomando ideas, conceptos y discursos que se irán entretejiendo para lograr responder a la pregunta de investigación y llevar una solidez no solo metodológica—teórica, sino también explicativa—reflexiva:

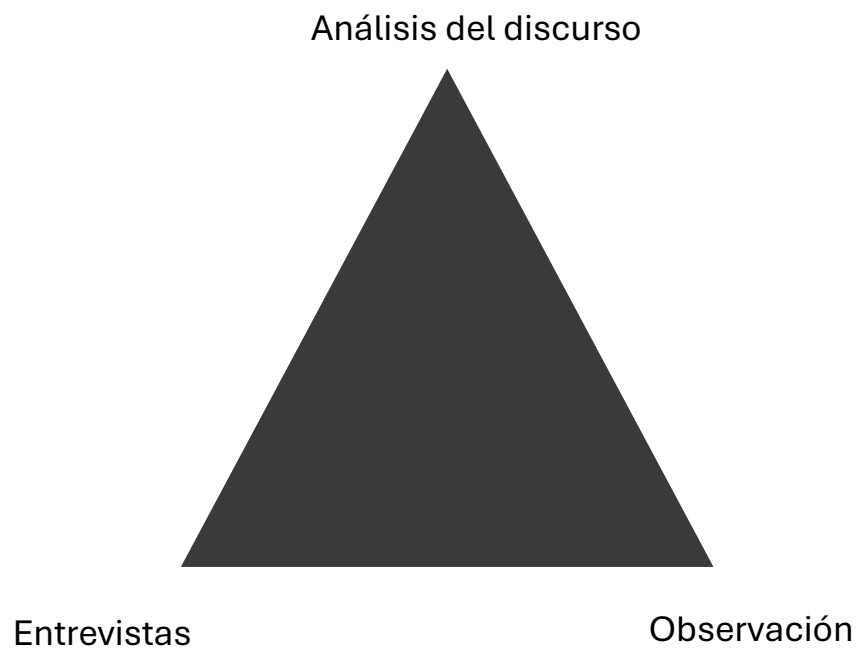
- 1) Registro y sistematización: Se recopilaron, organizaron y seleccionaron diálogos, narrativas y preguntas de los intercambios en WA a través de la observación por medio de dos fases —que se explicará más adelante— tomando en cuenta criterios éticos sobre la confidencialidad y anonimización de los participantes.
- 2) Obtención de entrevistas: Se invitó al grupo a una entrevista con base a un guión flexible donde se registraron opiniones, experiencias e ideas por parte de diferentes participantes en el proceso de GS. Se encontró un grupo de WA al que se le dio seguimiento desde el ingreso con fecha del 25 de marzo del 2024 hasta el 26 de septiembre del 2025. Este periodo fue escogido al abarcar desde el periodo de ingreso de la investigadora hasta empezar el periodo de la elaboración de categorías de análisis con toda la información recopilada del grupo de WA, considerándolo pertinente al no participar todos los usuarios en las dinámicas del intercambio de información, y de los diálogos encontrados hubo información repetida, inconclusa o atípica para filtrar el proceso de descarte de los datos.
- 3) Codificación temática: Los datos fueron codificados en función de categorías analíticas iniciales vinculadas con biopoder, biomercantilización y maternidad.
- 4) Triangulación de fuentes: Los hallazgos provenientes de la información encontrada en los intercambios de WA se contrastaron con las entrevistas realizadas y los discursos institucionales, lo que permitió robustecer el análisis y generar una comprensión más amplia del fenómeno. Esta triangulación es especialmente relevante a la luz de lo

señalado: las páginas web de las agencias operan como dispositivos discursivos de legitimación y eufemización, mientras que los grupos de WA funcionan como espacios de intercambio y autovigilancia donde se negocian los significados y se gestionan las expectativas. Contrastar estas fuentes permitió desentrañar las tensiones entre el discurso institucional y las experiencias vividas por las MG.

7.3. Método

Se realizó una triangulación con técnicas de recolección y análisis de datos, su finalidad fue fortalecer la validez interpretativa de los hallazgos obtenidos en el campo de investigación digital, los cuales constaron de (figura 1):

Figura 1. Triangulación de fuentes



Fuente: Elaboración propia

- 1) Observación: Conforme se fue realizando el registro se encontró que el grupo cuenta con una variedad de personas interesadas en la Maternidad/Gestación Subrogada (MS/GS) desde diferentes roles: MG, PI, clínicas especializadas en reproducción asistida, agencias canalizadoras —por medio de coordinadores gestacionales— y abogados, que brindan orientación, resuelven dudas y narran experiencias sobre el proceso, enriqueciendo el análisis de la información. La observación en este entorno digital resultó fundamental porque el espacio digital es el principal escenario donde se materializa la conexión oferta—demanda característica de la biomercantilización reproductiva.
- 2) Entrevistas: Se realizó una invitación a entrevista dentro del grupo para obtener información de actores clave vinculados con la GS, priorizando gestantes, pero sin descartar otros actores clave del proceso como PI, abogadas/os, agencias, etcétera, con el fin de obtener testimonios que permitieran contextualizar y ampliar la información obtenida en los espacios digitales.
- 3) Análisis del discurso: Este no forma parte de un momento en específico ya que es atemporal, y actúa tanto como base orientadora en un primer momento de aproximación al fenómeno estudiado antes de realizar la elaboración de las categorías de análisis, como base complementaria después de la alineación con las categorías de análisis obtenidas en trabajo de campo. La examinación consta de textos legales, científicos y académicos que abordan la GS; con el objetivo de identificar cómo estos discursos producen, reproducen y regulan el poder sobre la corporalidad femenina y las prácticas reproductivas. Esto no quiere decir que sea menos importante que los dos primeros puntos porque esta fase permite comprender cómo se efectúan las dinámicas del biopoder y la biomercantilización.

En esta investigación, el análisis del discurso se ha extendido también a las páginas web de las agencias/clínicas, reconociendo que estas constituyen un dispositivo central de eufemización y legitimación del mercado reproductivo. El lenguaje empleado en estos portales no es neutral: construye una realidad donde la GSO aparece como un servicio ético, seguro y emocionalmente gestionado, ocultando las asimetrías de poder y los riesgos para las MG.

7.4.Especificaciones para la elección de los miembros del grupo de WhatsApp (WA)

7.4.1. Selección de participantes

Se adoptó una selección intencionada por criterio (Palinkas et al., 2015) de sujetos que, lejos de buscar una representación estadística, planteó mostrar la riqueza informativa y pertinencia teórica en las categorías analíticas a través de las narrativas, experiencias, comentarios, preguntas y debates generados en el grupo de WA “Maternidad Subrogada” (MS) y las entrevistas obtenidas a través del mismo medio.

Los sujetos de investigación fueron identificados dentro de un grupo de WA activo desde marzo de 2024, conformado por personas interesadas o involucradas en la MS/GS.

El grupo funcionó como comunidad digital de interacción, espacio de intercambio espontáneo de experiencias y un entorno donde se producen narrativas cotidianas sobre la subrogación. Esta elección responde a la constatación empírica de que las comunidades digitales son el espacio donde se negocian los significados de la GS, se comparten experiencias y se gestionan las expectativas, a menudo en ausencia de marcos regulatorios claros o de información institucional accesible.

7.4.2. Criterios de inclusión de los miembros

Los integrantes considerados sujetos potenciales de investigación debían cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

a) Vinculación directa con la Gestación Subrogada (GS)

Se incluyeron participantes que pertenecieran a alguno de los siguientes perfiles:

- Mujeres Gestantes (MG) actuales o potenciales
- Padres de Intención (PI)
- Clínicas de reproducción asistida
- Agencias intermediarias o canalizadoras representadas por coordinadoras(es) gestacionales que fungen el papel de reclutadores de MG
- Abogados/as especializados en el tema

b) Participación activa dentro del grupo

Se priorizaron usuarios que compartieran información, formularan preguntas pertinentes o de las que se obtuvieran respuesta por parte de los usuarios, narraran experiencias personales e interactuaran con otros miembros. Esto permite observar la dinámica comunicativa natural sin intervención del investigador.

c) Producción de discursos relevantes para el objeto de estudio

Los participantes debían generar contenido relacionado con las categorías analíticas a evaluar como maternidad y corporalidad femenina, expectativas reproductivas, experiencias con agencias o clínicas, significados sociales de la subrogación entre otros que pudieran aparecer y no estuvieran contemplados en los resultados de la investigación.

d) Accesibilidad ética y metodológica

El uso del grupo se justificó porque la temática es sensible y legalmente compleja, los actores suelen evitar entrevistas presenciales, existe temor a sanciones legales y/o juicio social. Por ello, el entorno digital permite acceso a testimonios que difícilmente se obtendrían fuera del espacio virtual.

7.5. Delimitación del periodo elegido para el análisis de la bitácora de campo digital

Debido a fines académicos relacionados con los tiempos de finalización del proyecto de investigación, se abarcó el periodo de ingreso de la investigadora, desde marzo 2024 al mes de abril del 2025 con el objetivo de dar un tratamiento estricto y dedicado a la elección, redacción y clasificación de los elementos encontrados para las categorías de análisis que se siguieron redactando hasta el periodo de marzo del 2026. Entre los hallazgos se encontró una repetición constante de ciertos aspectos que podrían sintetizarse porque la respuesta siempre era parecida; por ejemplo, a partir de cuantos días después de la transferencia se puede realizar una prueba de embarazo para saber si la transferencia fue exitosa, qué cuidados deben tenerse después de realizada la transferencia y cuáles eran los síntomas que se tuvieron en su momento.

7.6. Tipo de participación del investigador

La selección se realizó inicialmente bajo observación no participante, con el fin de no alterar las interacciones, registrar discursos espontáneos, obtener información lo más fidedigna posible. En una segunda etapa, se buscó interacción mediante el consentimiento informado mediante una solicitud de entrevistas para quien deseara voluntariamente dar su testimonio en cuanto a la experiencia que tiene sobre el tema.

7.7. Alcance de selección: triangulación de fuentes

Los miembros del grupo cumplen funciones distintas dentro del diseño metodológico en lo que refiere a las técnicas de análisis de datos en la tabla 5.

Tabla 9. Desglose de la técnica empleada de la triangulación de fuentes aplicada en la selección de sujetos de estudio

Técnica	Tipo de sujetos
Observación no participante	Aplicable a todo el grupo
Entrevistas	Actores clave (principalmente gestantes)
Análisis del discurso	Interacciones + textos producidos

Fuente: Elaboración propia

7.8. Delimitación ética y reflexividad metodológica del trabajo de campo digital

El trabajo empírico se desarrolló parcialmente dentro de un grupo de WA vinculado con la GS, al cual se accedió mediante un enlace público difundido en redes sociales digitales. Debido a esta modalidad de acceso abierto, el espacio se considera metodológicamente como un entorno digital semipúblico, en el que la incorporación de nuevos miembros no requerían autorización previa individual.

El ingreso al grupo se realizó con el interés inicial de observar dinámicas sociales y discursos relacionados con la GS. Posteriormente, y en atención a criterios éticos de transparencia investigativa, se solicitó autorización a la administradora del grupo para permanecer en el espacio con fines académicos.

Asimismo, cuando se inició la fase de entrevistas, se informó explícitamente a los integrantes sobre la naturaleza de la investigación, invitando únicamente a participar a quienes otorgaran su consentimiento voluntario. Los resultados obtenidos de dicha interacción son los siguientes:

Se realizó la primera interacción el 11 de enero del 2026 con la investigadora presentándose con datos generales como el programa de la carrera, la ciudad donde reside y las motivaciones personales/académicas que llevaron a que investigara sobre la subrogación y la información que se buscaba resaltar con base a las entrevistas, que es la experiencia de primera mano de las personas involucradas en los procesos, como las MG y los PI, qué dificultades enfrentan, qué expectativas se cumplieron y cuáles no, qué motivaciones les llevó a meterse en el proceso, y que es lo que se podía mejorar. Se deja en claro que el objetivo al recopilar esta información no es juzgar o imponer posturas morales sino comprender las voces de las participantes con respeto y sensibilidad.

La invitación se hizo de forma abierta a quien quisiera participar de manera voluntaria en una entrevista confidencial, donde la persona decide que desea contar y que no, dando opción a seudónimos, alias, etcétera, y la información publicada será solamente con fines académicos mostrando una carta que acredita la investigación por parte de la institución. Se especificó que, en caso de dudas, comentarios o más información se puede mandar mensaje privado agradeciendo todos los comentarios recibidos que puedan contribuir a la investigación. Se adjuntó evidencia de la carta institucional y se esperó la respuesta por parte de las/os integrantes.

Como sabemos la investigación cualitativa se distingue por prestar atención a las personas y sus reacciones. Requisito ético imprescindible que además potencia el replanteamiento de conceptos y propuestas de análisis. En el caso del grupo, la primera reacción obtenido fue alusiva al término utilizado en el título de la tesis: biomercantilización, en tanto que describe el uso del cuerpo, capacidades reproductivas y materiales biológicos —óvulos, útero o leche materna— como mercancías dentro del mercado global.

Otra usuaria mencionó la delicadeza para abordar el tema ya que implica la comercialización y la ganancia económica de la práctica, pues toca susceptibilidades. Agregó, que el concepto enfatiza el lucro, por lo que —desde su perspectiva— resaltaba que las MG lucren con los bebés, sus óvulos y su útero. En contrapartida a dicha postura ella consideró que: hay que empatizar con ellas. Incluso llegó a sugerir que la investigación debió haber tomado otro giro, como la Gestación Subrogada Altruista (GSA) ya que ello implicaba apoyo al colectivo, así como la concientización pública sobre la GSO. Nos parece importante mencionar estas reacciones ya que muestra cómo los estigmas sobre el tema inciden en la subjetividad y en las emociones de las MG. Además, se observa la parcialización y moralización imperante sobre esta práctica en la que las MG son juzgadas, condenadas, responsabilizadas y fuertemente criticadas.

También, otra participante agregó, a partir de su experiencia en dos ocasiones ha participado en investigaciones sobre subrogación. Ello debido a su “expertise” como gestante. Participación que —al conocer los resultados de la investigación— le han producido una mala experiencia debido a que se centraron en lo económico: ¿cuánto le han pagado por gestar? Esto ha conllevado que la mitificación sobre la temática se intensifique. Además, ella reconoció que explicar los motivos sobre su decisión fue más compleja, ya que, si bien el factor monetario está de por medio, ello no elimina la existencia de que se participa de manera voluntaria, ya sea proporcionando información o involucrándose activamente; lamentablemente, aquellas entrevistas que proporcionó no reflexionaban sobre la posición de la MG, y mostraban únicamente una faceta materialista hacia el proceso de subrogar, por estos motivos ella perdió interés en participar en entrevistas sobre la temática.

La tesis que fue cuestionada por otra mujer del grupo quien respondió que era normal que en las entrevistas se mencionara la cuestión económica de manera obligatoria: cuánto fue lo que pagaron, pues, a pesar de todo, el proceso realizado tuvo un pago —agregando que— incluso si se participa como MG para un familiar o desconocido el tema, siempre, generará polémica. De hecho, la participante que hizo este comentario era una potencial entrevistada de la que se perdió rastro.

Favorablemente, pese a la postura negativa que se obtuvo de los pocos participantes del grupo que mostraron interés al momento de solicitar entrevistas, hubo dos personas que sí respondieron a la solicitud mediante mensaje privado, y ambas eran MG: la primera en hacer contacto dio su consentimiento para mostrar su nombre real en la entrevista, de la cual se extrajo información muy valiosa que dilucida la experiencia y la trascendencia de participar en una subrogación: Alejandra, de quien se hablará más adelante.

Lamentablemente, en el caso de la segunda MG —quien cuestionó un comentario de las participantes sobre la negativa a proporcionar costos sobre cuánto se paga por gestar en las entrevistas— a pesar de establecer un diálogo donde se compartió brevemente información: reside en México, estuvo en dos procesos de GS en el extranjero, y a pesar de que ya se encuentra retirada del mundo de la subrogación y ha contado su experiencia mediante plataformas como Tik Tok —se solicitó si podía proporcionar el nombre de su perfil para poder realizar una consulta, pero no dio ese dato— iba a donar medio riñón en España a cambio de una compensación económica y estaba alistando trámites para irse a dicho país.

A pesar de que se había agendado entrevista con la misma dinámica que con Alejandra —con carta de consentimiento y quedando a disposición para dudas o comentarios— se siguió manteniendo contacto por algunos días hasta que se dejó de saber de ella. Irónicamente, al

momento de recabar los datos de la bitácora de campo se detectó —por su número telefónico— que ella residía en el Estado de Nuevo León y buscaba a quien subrogar, dato que de hecho no proporcionó cuando se hizo un primer contacto.

Estos comentarios observados en el grupo, a lo que agregamos las reacciones encontradas al realizar la solicitud de entrevista justifican y constatan la toma de decisión sobre la metodología empleada. Ya que se percibe que fue la más adecuada para la investigación, exponiendo factores no considerados durante la elaboración del proyecto, como lo es la mitificación de la GSO y la subrogación en general. Esta experiencia confirma la paradoja del empoderamiento digital: el acceso a información y a comunidades puede ser una herramienta de agenciamiento, pero también expone a las MG a nuevas formas de vigilancia, estigmatización y control, que se manifiestan incluso en el ámbito de la investigación académica.

Inicialmente —y este es un comentario personal que espero y sirva para investigaciones del mismo tipo o semejantes en cuanto a la situación se refiere— cuando se pensó en las estrategias para solicitar entrevistas con el comité tutorial, uno de los principales temores era el no poder obtener ni siquiera una entrevista, pues a pesar de permanecer en el grupo el estado de la investigación estaba en un umbral de incertidumbre en el que, una vez se revelara la intención de permanecer en el grupo se expulsara a la investigadora por las reacciones de los participantes. Incluso, para poder abordar de manera más eficiente y poder aumentar las posibilidades de obtener testimonios de estos usuarios se propuso al comité tutorial dar una contribución monetaria por el tiempo empleado en dar la entrevista.

Esta idea fue tomada al realizar la consulta de fuentes bibliográfica y encontrarse con la tesis doctoral de Robles García (2021) quien señala que, como parte de las estrategias para lograr que las MG accedieran a participar en el estudio, se les ofreció una compensación económica

por el tiempo destinado a la entrevista, además de permitirles elegir el lugar de encuentro y garantizar el anonimato de sus datos personales (p. 44). Sin embargo, la autora no hace ningún apartado para especificar los posibles efectos que trajo para su investigación este factor, ¿se obtuvieron más entrevistadas por dar un pago a cambio del tiempo invertido? ¿Qué dilemas éticos—morales provocó el hecho de dar esta compensación? Es decir, si la imagen que se tiene de las gestantes en un primer momento es que ellas mostraron interés en subrogar porque les dan dinero a cambio de proporcionar un servicio reproductivo, y si para dar entrevistas también se dio una contribución económica ¿no estaría demostrando que estas mujeres que participan en la GS solo lo hacen por el factor monetario y ver qué obtienen a cambio —en este caso— su testimonio?

Este tipo de preguntas no son una tarea fácil de responder, pero el hecho de cuestionarlas nosotros como investigadores asegura que el carácter ético no siempre está presente o es poco aclarado. No se pretende juzgar que esté mal el hecho de dar una aportación monetaria a las entrevistadas, porque irónicamente una frase coloquial del capitalismo —y por tanto del neoliberalismo— es que “el tiempo es dinero” y todo lo que se pueda emplear con él es valioso, no obtener algo a cambio es considerado, desde el empresario hasta el obrero, un desperdicio, y aplica la misma lógica para las MG.

Con estos cuestionamientos manifestados en la consulta, se llegó a una conclusión: en la medida de lo que sea posible es mejor no meter como una forma de “compensar” el tiempo perdido en las entrevistas el dinero, pero si se puede “agradecer” la facilidad de los entrevistados —porque sin duda, su tiempo también es importante— de otras formas que no necesariamente sean el dinero, por ejemplo, sea con artículos para uso de ellas o de sus hijos: ropa, comida, mandado, o cualquier otro tipo que, aunque parezca evitativo, el dinero, a final de

cuentas, se usa para cubrir necesidades, bienes y servicios. En ese sentido, se cumple con el objetivo de que, efectivamente, no todo gira en torno al dinero, como se cree a simple vista.

Las ideas generadas de esta situación, a pesar de los conflictos generados por su causa— efecto tanto para las entrevistadas como para nosotros como encargados del proyecto, no fueron necesarias: tanto Alejandra, como la potencial entrevistada de la que se perdió rastro, no pedían una contribución monetaria a cambio. No se les propuso, pero tampoco ellas lo insinuaron en ningún momento, lo que evidencia la complejidad del asunto: a pesar de que hay dinero de por medio, no para todas/os/es —aplicado no solo a las gestantes, sino a los demás involucrados como PI, médicos, psicólogos, abogados, entre otros— es la motivación principal, o en su defecto la única motivación, para ingresar a la GS.

7.8.1. Reflexividad de la posición investigadora

Se reconoce que el acceso al grupo estuvo motivado desde el inicio por intereses de investigación, lo cual implicó una posición dual entre participante y observadora. En este sentido, la investigación adoptó un enfoque reflexivo propio de la etnografía digital; Hine (2004) señala que una de sus virtudes es que “se adapta al propósito, práctico y real, de explorar las relaciones en las interacciones mediadas, aunque no sean ‘cosas reales’ en términos puristas. Es una etnografía adaptable según las condiciones en que se encuentre...”, reconociendo que la producción de conocimiento se encuentra situada y mediada por la presencia de la investigadora dentro del campo, y su entorno incluso digital es condicionante de la experiencia en la adquisición del conocimiento.

La transparencia progresiva respecto a los objetivos del estudio buscó equilibrar dos principios metodológicos importantes en la exposición de los resultados: en primera, preservar la espontaneidad de las interacciones sociales observadas. Y, en segundo lugar, garantizar el

respeto a la autonomía y consentimiento de las personas participantes, así como su protección. Para resguardar la integridad de los integrantes del grupo se eliminaron nombres, números telefónicos e identificadores personales, en su lugar se utilizaron pseudónimos y solo se deja como referencia para la pertinencia del fenómeno del TR a través de las interacciones recuperadas en la bitácora de campo solamente el lugar de residencia u origen por medio de la lada. Las conversaciones buscan evitar la identificación directa y se establece que la información se emplea exclusivamente con fines académicos, fomentando “directrices en lugar de un código de prácticas, para que la investigación ética pueda mantenerse flexible, responder a contextos diversos y adaptarse a tecnologías en constante cambio” (Markham & Buchanan, 2012).

La intención investigativa —cuanto al carácter ético se refiere— en los entornos digitales contemporáneos reconoce que los espacios abiertos en plataformas de mensajería pueden funcionar como entornos semipúblicos, puesto que a pesar de ser un grupo al que cualquiera puede acceder mediante un enlace directo, no todos los integrantes permanecen ahí, sino solamente aquellos que cumplen con normativas implícitas acorde al tema por el cual el grupo fue creado en cuestión; o en su defecto aunque no se participe de manera activa, se mantenga un perfil bajo que no desestabilice la armonía del grupo, como lo son aquellos que ingresan con intención de fraude, ventas, spam, u otros parecidos. La estrategia metodológica se basó en la transparencia progresiva, solicitando autorización a la administración del grupo e informando explícitamente a los participantes en las fases que implican interacción directa, particularmente durante las entrevistas. Para este momento, el estudio permitió lo que Kozinets (2015) señaló como una divulgación completa de la identidad del investigador en tanto que se debe “declarar tu nombre, ser honesto, usar tus perfiles existentes en redes sociales (...) pedir permiso cuando sea necesario (...) obtener consentimiento claro para entrevistas”.

Más allá de utilizar el grupo de MS solamente como herramienta de investigación en el trabajo de campo, se buscó una etnografía digital reflexiva que posicione la ética como una guía vital desde el primer día de ingreso, con el tratamiento del uso de los datos hasta la solicitud de entrevistas y las intenciones que se pretenden con la información que pueda recabarse voluntariamente. En el caso del consentimiento informado Markham y Buchanan (2012) comentan que “puede darse en diferentes momentos de un estudio. A veces puede ser más ético obtener el consentimiento informado al final cuando se quiere presentar un caso concreto (...) debe ser siempre un proceso inductivo.”

Otro factor relevante para tomar en consideración dentro del campo digital de estudio es la cercanía o la lejanía que se tenga con los sujetos de investigación en tanto que influye en la toma de decisiones que han guiado la presente investigación, y que responden a cuestiones como la identidad en tanto que mujer investigadora: la posición de cautela, incomodidad, inseguridad e incertidumbre reflejada en los cuestionamientos de las, los y elles participantes del grupo al realizar el primer acercamiento para realizar las entrevistas revela que esta transparencia gradual no se hace solo con el fin de salvaguardar datos; sino de corroborar que efectivamente, existe una mitificación de la subrogación, en tanto que las declaraciones expuestas sobre el impacto de la presentación de la investigadora causó un efecto por parte sobre todo de las mujeres, tanto gestantes como no gestantes, de señalar que la investigación —ya sea por experiencias pasadas, críticas escuchadas por parte de la propia comunidad o lo que se muestra en las noticias— se realiza solamente con la finalidad de saber cuánto es lo que las MG cobran por gestar un bebé ajeno.

Este tipo de decisiones ha sido debatido en la etnografía digital, sociología del riesgo, estudios de sexualidad, salud reproductiva y mercados informales, lo que constituye que este

tipo de casos en la investigación no es algo atípico, sino una constante tensión entre el acceso empírico y transparencia ética en investigación cualitativa sensible.

La implementación abordada en el presente documento es una estrategia de transparencia gradual o progresiva que fue motivada por la vulnerabilidad del campo, el riesgo social para participantes, y la necesidad de observar prácticas no mediadas por la presencia investigadora, sobre todo en una temática de carácter socialmente polémico como lo implica la subrogación hacen que “el investigador (...) debe estar atento al contexto legislativo, de vigilancia estatal y regulatorio que limita o facilita tanto el uso de las redes sociales como la autovigilancia y autocensura de sus usuarios” (Kozinets, 2015, p. 22).

La idea central consiste en que la identidad investigadora puede revelarse en distintas fases del trabajo de campo para equilibrar acceso empírico y protección de participantes; no se trata de un ocultamiento permanente sino de una estrategia metodológica situada, lo cual es de mucha utilidad en estudios de etnografía digital, estudios de comunidades online sensibles, investigación sobre reproducción asistida, sexualidad, salud y mercados informales. La tabla 10 muestra las dos fases de observación.

Tabla 10. Fase del diseño metodológico

Fase	Tipo de observación	Justificación metodológica
Fase 1	Observación no participante (análisis exploratorio)	Comprender dinámica natural del grupo
Fase 2	Observación abierta + entrevistas (declaración de las motivaciones por las cuales se mantiene en el grupo)	Consentimiento explícito

Fuente: Elaboración propia

7.8.2. Dilemas éticos del acceso al campo digital y negociación de confianza

El trabajo de campo desarrollado en entornos digitales implicó una serie de decisiones metodológicas y éticas vinculadas con las particularidades del acceso a comunidades virtuales relacionadas con la GS. A diferencia de los espacios presenciales tradicionales, los grupos de mensajería instantánea constituyen ámbitos híbridos que combinan características públicas y privadas, lo que exige una reflexión situada sobre las formas de observación y participación investigativa. La presencia del etnógrafo, para Hine (2015) no es simplemente acceder mediante un clic al grupo en cuestión, sino sumergirse para comprender lo intrigante del proceso de imbricación de las relaciones que se manifiestan en la cotidianeidad del internet. Aparte, el desdibujamiento de lo público y de lo privado hace que las consideraciones de estos dos polos sean ambiguas y controversiales, aunque “las personas pueden operar en espacios públicos, pero mantener fuertes percepciones o expectativas de privacidad” (Markham & Buchanan, 2012) lo que explica el intento por mantener un perfil bajo en este tipo de temáticas.

El acceso al grupo de WA analizado se realizó mediante un enlace de acceso público difundido en redes sociales digitales, lo cual permitió la incorporación directa sin mediación institucional o autorización individual previa. No obstante, pese a esta apertura técnica, las interacciones observadas se desarrollaban en torno a experiencias reproductivas, corporales y económicas altamente sensibles, atravesadas por riesgos de estigmatización social, juicios morales y posibles implicaciones legales para sus integrantes.

En este contexto, el ingreso al campo se estructuró mediante un proceso de aproximación gradual, que dio lugar a una tensión metodológica entre dos principios fundamentales de la investigación cualitativa: la transparencia investigativa y la necesidad de observar prácticas sociales en condiciones de relativa naturalidad.

7.8.3. Observación no participante y comprensión del contexto social

Durante una primera fase se realizó una observación exploratoria orientada a comprender las dinámicas comunicativas del grupo, los tipos de actores presentes y los significados atribuidos a la GS dentro del espacio digital. En esta etapa la investigadora no se presentó formalmente como tal, decisión fundamentada en primera instancia —es decir, durante la observación no participante anterior a la solicitud de entrevistas y la presentación de la investigadora en el grupo de MS lo cual provocó todo tipo de reacciones anteriormente descritas— en la literatura de etnografía digital que advierte que la revelación inmediata de la identidad investigadora puede modificar sustancialmente las interacciones, especialmente en comunidades vinculadas con temas sensibles o socialmente controvertidos (Hine, 2004, 2015; Kozinets, 2015; Markham & Buchanan, 2012).

Esta fase permitió identificar patrones discursivos, relaciones de confianza entre participantes y formas de circulación de información que difícilmente habrían emergido bajo condiciones de observación explícita desde el inicio.

Asimismo, el resguardo sistemático de las conversaciones respondió a la necesidad metodológica de garantizar la continuidad del registro empírico ante la posibilidad de pérdida de acceso al campo digital, una situación frecuente en investigaciones realizadas en plataformas privadas o administradas por terceros. Dicho registro fue utilizado exclusivamente con fines analíticos y bajo criterios estrictos de anonimización.

7.8.4. Transparencia progresiva y consentimiento situado

En una segunda fase del trabajo de campo, y una vez comprendidas las dinámicas internas del grupo, se adoptó una estrategia de transparencia investigativa explícita. Se solicitó autorización a la administradora del grupo para permanecer en el espacio con fines académicos y se informó

a sus integrantes sobre la naturaleza del estudio al momento de invitar a la participación voluntaria en entrevistas.

La reacción inicial de cautela o resistencia por parte de algunas participantes evidenció el carácter sensible del tema y confirmó empíricamente que la explicitación del rol investigativo transforma las condiciones de interacción social. Lejos de constituir únicamente una dificultad metodológica, esta respuesta se interpretó como un indicador relevante de los niveles de vulnerabilidad, estigmatización y exposición percibida por las mujeres involucradas en procesos de GS.

En este sentido, el proceso seguido puede comprenderse como una estrategia de transparencia progresiva, reconocida en la investigación digital contemporánea como un mecanismo para equilibrar el acceso a prácticas sociales no mediadas con el respeto a la autonomía y protección de las personas participantes.

El reconocimiento explícito de estas decisiones forma parte de un ejercicio de reflexividad metodológica que asume que la producción de conocimiento no ocurre desde una posición neutral, sino situada. La presencia —explícita o implícita— de la investigadora influye en la configuración del campo, al tiempo que las condiciones sociales del campo delimitan las posibilidades de investigación.

Desde esta perspectiva, los dilemas éticos enfrentados no se entienden como desviaciones metodológicas, sino como parte constitutiva del proceso investigativo en contextos donde el cuerpo, la reproducción y las relaciones económicas se encuentran atravesados por relaciones de poder, regulación social y vigilancia moral, elementos centrales para el análisis del biopoder que orienta esta investigación.

7.9. Ejecución de las técnicas de análisis de datos

7.9.1. Guía documentada sobre el proceso de Gestación Subrogada (GS)

Con la intención de familiarizar al lector se realizó una guía breve con base a la información recopilada en el grupo de WA “MS” en cuanto a las agencias y clínicas mencionadas por la comunidad en general y promocionadas por sus representantes. Para complementar, se consultaron en sus páginas web para encontrar aquellos pasos que no estaban incluidos en la información proporcionada a través del grupo, y se incluyen las aportaciones de la *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM, 2022) comúnmente citada tanto por las mismas agencias/clínicas en sus páginas web oficiales como por guías bioéticas sobre los lineamientos que se debe de tener para poder garantizar un proceso seguro para las personas involucradas, especialmente las MG. Se describen los pasos a continuación:

a) Reclutamiento y preselección de gestantes

El proceso inicia con campañas de captación realizadas por agencias y clínicas mediante páginas informativas, redes sociales o formularios de admisión, alternando entre ellas. Plataformas como *Gestación Sustituta México*, *Ventre Milagroso*, *Gestacy*, *Extraordinary Conceptions* e *Inovavita* publican requisitos estándar: tener entre 21 y 39 años, haber tenido al menos un embarazo sano, carecer de enfermedades crónicas, estabilidad emocional, y condiciones sociales estables para afrontar el embarazo.

Gestacy (s.f.) enfatiza una “evaluación ética, transparente y basada en estándares internacionales”, mientras que *Ventre Milagroso* (s.f.) destaca que su labor está guiada por “respeto, solidaridad y acompañamiento humano”. Los pasos para aquellas mujeres que desean subrogar tienen que pasar por el siguiente procedimiento:

1. Formulario de interés →
2. Preentrevista telefónica →
3. Revisión de criterios básicos (edad, IMC, obstetricia).

Una de las críticas más recurrentes en esta etapa del proceso de gestión de las interesadas es que las agencias pueden captar mujeres en situación de vulnerabilidad económica, un patrón alertado por ASRM (2022) y por estudios críticos sobre explotación reproductiva.

b) Evaluaciones psicológicas, sociales y médicas

Agencias como *Inovavita*, *Inser* (Colombia), *Kiromedic* y *Extraordinary Conceptions* describen evaluaciones robustas divididas en tres áreas:

- Evaluación psicológica: Incluye pruebas clínicas, entrevistas y valoración del entorno familiar. Clínicas como *Inser* enfatizan la importancia del consentimiento informado y la estabilidad emocional de la gestante.
- Evaluación social: Se verifican factores como el historial laboral, las condiciones socioeconómicas, las redes de apoyo y la motivación real para participar.
- Evaluación médica: clínicas como *Inser*, *Inovavita* y *Fertilidad Mendoza* describen exámenes como estudios hormonales, VIH, VHB, VHC, sífilis, ecografía transvaginal, cultivos y revisión de partos previos. Sobre este punto ASRM (2002) exige un filtrado estricto y evaluación independiente para evitar conflictos de interés entre agencia y clínica.

c) Emparejamiento Mujer Gestante (MG) — Padres de Intención (PI): matching

Agencias como *Gestacy*, *Celagem* y *Extraordinary Conceptions* describen el matching como un proceso de afinidad emocional y logística que sirve para evaluar lo siguiente:

- Se presentan perfiles redactados por ambas partes.
- Se revisan expectativas —contacto durante el embarazo, comunicación, decisiones médicas—.
- Se acuerdan preferencias sobre número de embriones, parto vaginal o cesárea —siempre condicionado por el criterio médico—.

Ventre Milagroso e *Inser* destacan la importancia del acompañamiento psicológico durante esta fase para prevenir conflictos posteriores.

d) Contratos legales y acuerdos obligatorios

Todas las agencias especialmente *Extraordinary Conceptions*, *Gestacy* y *Gestación Sustituta México* exigen un contrato firmado antes del inicio médico. Dicho contrato debe incluir compensación económica —sobre todo en la subrogación comercial—, seguros médicos, gastos reembolsables, confidencialidad, responsabilidades y derechos, decisiones sobre complicaciones médicas y filiación legal.

La ASRM (2022) recomienda representación legal independiente para la gestante y los contratantes, advierte que las decisiones médicas no deben estar subordinadas a cláusulas contractuales.

En cuanto a los problemas legales dicha asociación como estudios jurídicos han mencionado los conflictos de ciudadanía, negación de filiación, necesidad de órdenes judiciales y discrepancias entre leyes del país donde nace el bebé y el país de los PI. Clínicas como *Inser* y *Celagem* que trabajan con pacientes internacionales, advierten que, sin asesoría legal internacional robusta, puede haber retención del recién nacido o problemas migratorios.

e) Preparación médica y creación de embriones (FIV)

Clínicas como *Fertilidad Mendoza*, *Inovavita*, *Kiromedic* e *Inser* ofrecen descripciones claras del procedimiento para lograr la concepción en la MG:

1. Estimulación ovárica —si hay donante/gestante aportante—.
2. Punción ovárica y fecundación in vitro.
3. Cultivo embrionario y selección de embriones.
4. Preparación endometrial de la gestante —estradiol, progesterona—.
5. Programación de la transferencia.

Lo recomendado en este proceso pensado en la salud de la gestante es limitar la transferencia a un solo embrión cuando sea posible, evitar embarazos múltiples y seguir protocolos basados en evidencia (ASRM, 2022).

f) Transferencia embrionaria y embarazo

La transferencia se realiza en dichas clínicas certificadas como *Inser*, *Inovavita*, *Fertilidad Mendoza* y *Kiromedic*. Después sigue realizar una prueba de embarazo (β —hCG), la ecografía para respaldar el resultado positivo y los controles obstétricos periódicos.

Agencias como *Gestacy* y *Extraordinary Conceptions* coordinan comunicación constante entre gestante, padres y clínica. Sin embargo, entre los riesgos clínicos para las MG se encuentran preeclampsia, diabetes gestacional, presión contractual para cesárea y tensiones sobre decisiones médicas. La ASRM (2022) indica que la salud de la gestante siempre debe prevalecer sobre los intereses contractuales.

g) Parto, filiación y entrega del recién nacido

Agencias como *Ventre Milagroso*, *Gestación Sustituta México* y *Gestacy* describen que debe haber una planificación previa sobre cuál va a ser el hospital seleccionado, los permisos de acceso a padres comitentes, el acompañamiento profesional, así como el equipo legal presente cuando corresponda.

Filiación. En esta etapa la mayor dificultad es en torno a la legislación, pues como se ha mencionado anteriormente dependen mucho de cada país:

- En México, algunos estados reconocen la subrogación; otros no.
- En Colombia, no existe marco legal específico: depende de decisiones judiciales caso por caso.
- En Argentina, no existe regulación clara, en clínicas como *Fertilidad Mendoza* se encargan del proceso en tratamientos, pero la filiación del menor requiere proceso legal.

- En Estados Unidos con clínicas como *Extraordinary Conceptions*, depende del estado.

Los puntos de riesgo en esta etapa sobre el TR se subraya la necesidad de prever que ocurre con temas como la ciudadanía, el pasaporte, las traducciones oficiales, así como la orden judicial (ASRM, 2022), que es donde se puede generar conflicto entre las partes o situaciones inesperadas donde queda varada la identidad y correspondencia del infante.

h) Postparto y cierre contractual

Al finalizar el transcurso del embarazo y que se haya efectuado la entrega del menor se debe dar seguimiento médico y psicológico, agencias como *Gestacy*, *Celagem* y *Extraordinary Conceptions* incluyen apoyo emocional breve; en el caso de Inser enfatiza más por los controles clínicos. Además, se entregan compensaciones restantes, gastos reembolsables y se cierran cláusulas pendientes, así como establecer el cierre del vínculo que se dio en el contrato, es decir, si la agencia decide tener un contacto con la MG para una futura ocasión en la que desee volver a gestar, o un cierre formal sin más.

En cualquiera de los dos casos lo recomendable es proteger la intimidad de la gestante después del parto, evitando presiones sobre contacto permanente (ASMR, 2022) de manera que se tome en cuenta también su opinión y sus elecciones sean libres e informadas.

Esta compilación indica que las agencias/clínicas —al menos las que se encuentran trabajando de manera legal— manifiestan de manera pública en una primera consulta a sus sitios en internet que se adhieren a un protocolo ético común que busca el mejor resultado para la mayoría de las partes, lo cual hace que debamos contrastar lo dicho por estas clínicas/agencias con los testimonios encontrados en la bitácora de campo digital, que a su vez avala la

importancia que tienen estos grupos para consultar información de personas que ya han pasado por dicha experiencia en estas clínicas.

La guía construida a partir de las fuentes digitales mencionadas —páginas web de agencias, grupos de WA y literatura académica— evidencia cómo el espacio digital se ha convertido en el principal vehículo de estandarización y difusión del conocimiento sobre la GS. Las agencias y clínicas utilizan sus plataformas web para presentar versiones idealizadas del proceso, omitiendo sistemáticamente los riesgos y complejidades que emergen en los testimonios de las MG recogidos en la bitácora de campo. Esta discrepancia entre el discurso institucional digital y las experiencias vividas constituye una manifestación clave de la biomercantilización a través del marketing digital.

7.9.2. Observación digital por WhatsApp (WA) en el grupo de Maternidad Subrogada (MS)

La observación digital en el grupo de WA “MS” constituyó el eje metodológico central de esta investigación, en tanto que este espacio digital no es un mero canal de comunicación, sino un campo social donde se materializan las dinámicas de biomercantilización y control. En este grupo confluyen MG, PI, agencias y coordinadoras gestacionales, reproduciendo a escala digital el mercado reproductivo global. Las interacciones observadas —anuncios de reclutamiento, preguntas sobre procedimientos, testimonios de experiencias— evidencian cómo la conexión oferta—demanda se gestiona en tiempo real, y cómo la información circulante opera tanto como herramienta de agenciamiento para las MG como de vigilancia y disciplinamiento a través de la presión grupal y la normalización de ciertas prácticas.

a) Características generales del grupo

A través de un enlace de invitación abierto mediante una publicación en la plataforma de Facebook en la búsqueda de grupos de Gestación Subrogada (GS), se ingresó a uno llamado “Maternidad Subrogada” (MS) creado desde el 01 de febrero del 2018, contando con 207 miembros a las fechas de la creación de la bitácora de campo digital, incluyendo la investigadora y la administradora del grupo a quien se le nombrará como “Samantha”. Todos los nombres de los participantes del grupo de WhatsApp (WA) han sido reemplazados por seudónimos para proteger su identidad. Los mensajes citados son datos de campo de esta investigación y se presentan como evidencia textual del análisis cualitativo.

Para llegar al grupo del cual estamos obteniendo información se realizó por cuenta propia la búsqueda en Facebook, resultado de los algoritmos al poner términos como “gestación subrogada” y “maternidad subrogada”. En dichos resultados se encontraba el enlace abierto para quien guste acceder al grupo, no se utilizan filtros ni se ocupa alguna autorización por parte del administrador para ingresar. Explícitamente no existen reglas; sin embargo, en caso de haber conductas inapropiadas —lenguaje ofensivo, contenido sexual, entre otras—, malintencionadas —extorsión a miembros de la comunidad, publicidad engañosa— o publicaciones no relacionadas a la temática principal —préstamos de apps, propaganda, etcétera— el administrador se reserva el derecho de expulsar a dicho miembro del grupo con lo cual se resalta el hecho de que, aunque haya una invitación abierta, los miembros no pueden hacer lo que deseen en él y deben adherirse a una actitud de respeto. Incluso los miembros más activos de la comunidad son quienes se encargan de monitorear las publicaciones del grupo y reportar al administrador en caso de que ella no se encuentre presente, lo que demuestra la vigilia que se realiza para mantener la armonía por parte de los propios usuarios.

De los datos extraídos sobre las interacciones que se dan en la dinámica grupal se tiene la frecuencia de actividad por parte de los usuarios en el grupo, de los cuales 165 usuarios diferentes han enviado al menos un mensaje alguna vez —saludos, agradecimientos, experiencias, narrativas, recomendaciones, dudas, spam, etcétera—. Para obtener dicha cifra se toma en cuenta el número telefónico para no repetir a un mismo contacto, hay que tomar en cuenta que esto incluye a todas las personas que escribieron, pero no necesariamente a todos los miembros del grupo —que son 207—, ya que varios no han participado en la conversación, pero siguen siendo la mayoría. Pese a ello, se realiza un proceso de filtración que deja solamente aquellos comentarios relevantes para la investigación, como preguntas, aportaciones y consejos en torno a la GS. La tabla 11 caracteriza los temas más frecuentes.

Tabla 11. Temáticas que más se frecuentan en el grupo “Maternidad Subrogada” (MS)

Temática general	Usuarios únicos	Porcentaje	Extractos de preguntas
Agencias y clínicas	27	31.4%	“Hoy platiqué con un médico en CDMX, ¿alguien que me recomiende otra clínica o médico para poder comparar?” / “¿Son diferentes Kiromedic y Miracle o es la misma agencia?”
Procedimiento médico y tratamiento hormonal	12	14%	“¿Entonces empezaste tratamiento con el papá que platicaste de Guadalajara?” / “Estoy tomando estrógenos, ¿esto es normal?”
Requisitos para ser gestante	10	11.6%	“Hola, estoy en busca de una familia, ¿puedo ser candidata

			si tengo dos cesáreas?” / “¿Hay alguna agencia que acepte chicas de Puebla?”
Compensación o pagos	8	9.3%	“¿Cuánto pagan por embarazo gemelar?” / “¿Por qué la compensación se entrega hasta el final?”
Logística (viajes, ubicación, citas, etc.)	7	8.1%	“¿De casualidad hay una madre gestante en CDMX?” / “¿Dónde se realiza la transferencia?”
Experiencias personales / testimonios	6	7%	“¿Cómo te fue con tu proceso?” / “¿Cuántas semanas tienes?”
Aspectos legales o contratos	5	5.8%	“¿Se firma contrato con los padres de intención?” / “¿Qué abogado recomienda para revisar el acuerdo?”
Otras / No clasificadas	62	72.1%	Mensajes con preguntas generales o ambiguas no asociadas directamente a los temas anteriores (por ejemplo, dudas sobre el grupo o mensajes incompletos).

Fuente: Grupo de WhatsApp “Maternidad Subrogada” (MS), elaboración propia.

✓ Total de usuarios que formularon preguntas: 86

✓ Total de miembros del grupo: 207

Con los datos mostrados en la tabla se concluyó que aproximadamente el 41 % de los miembros ha hecho alguna pregunta o consulta en el grupo, representado casi la mitad de los usuarios activos del grupo, esto demuestra que aquellos que ingresan a la comunidad son personas que desean aplicar la práctica de la GS, y de entre ellas uno de los elementos que más interrogantes tiene es precisamente cuáles son las clínicas/agencias más recomendadas para realizar el proceso, en segundo lugar están los procedimientos médicos y en tercer lugar los requisitos para ser gestante, entre otros similares. Sin embargo, a pesar de la actividad constante se tiene que considerar que no todas las preguntas formuladas reciben una respuesta por parte de los integrantes, pero tener este registro permite ir escalando como antecedente hacia dónde se dirigen las interrelaciones entre cada una de las temáticas, cuáles son los procesos que generan más dudas —y por tanto, no se tiene suficiente información de manera pública— y las maneras en las que se correlaciona el intercambio de la información para poder dar seguimiento y respuesta —es decir, que tanto cumple el grupo de MS con su función de esclarecer dudas o incluso como red de apoyo—. La tabla 12 muestra las interacciones entre temáticas.

Tabla 12. Interacciones entre temáticas en el grupo de “Maternidad Subrogada” (MS)

Relación entre temas	Usuarios que participan en ambos temas
Agencias y clínicas ↔ Otras / No clasificadas	15
Otras / No clasificadas ↔ Procedimiento médico y tratamiento hormonal	11
Logística (viajes, ubicación, citas) ↔ Otras / No clasificadas	5
Otras / No clasificadas ↔ Requisitos para ser gestante	5
Compensación o pagos ↔ Otras / No clasificadas	5
Agencias y clínicas ↔ Procedimiento médico y tratamiento hormonal	4

Aspectos legales o contratos ↔ Otras / No clasificadas	3
Agencias y clínicas ↔ Requisitos para ser gestante	3
Agencias y clínicas ↔ Compensación o pagos	3
Compensación o pagos ↔ Procedimiento médico y tratamiento hormonal	3
Experiencias personales / testimonios ↔ Logística (viajes, ubicación, citas)	2
Agencias y clínicas ↔ Logística (viajes, ubicación, citas)	2
Aspectos legales o contratos ↔ Logística (viajes, ubicación, citas)	2

Fuente: Grupo de WhatsApp “Maternidad Subrogada” (MS), elaboración propia.

El tema de interacción más recurrente es “Agencias y clínicas”, que se cruza con casi todos los demás tópicos, lo que indica que la mayoría de las dudas surgen en torno a dónde realizar el proceso o con quién, de aquí se desprenden las preguntas médicas que suelen ir de la mano con la logística, lo que muestra la conexión entre el seguimiento clínico y la gestión del proceso. Las consultas legales y de pagos se mantienen más aisladas, con menos usuarios que las vinculen con otras conversaciones. El bloque de Otras / No clasificadas actúa como un “puente” general, reflejando usuarios que intervienen en temas diversos sin una pregunta específica, quienes representan en la tabla la mayoría de los usuarios que han intervenido al menos una vez dentro del grupo.

Tomando en cuenta la alta valoración de las interrogantes en torno a las agencias/clínicas y el procedimiento, así como requisitos que se ocupan para incorporarse a un tratamiento, se extrajeron aquellos anuncios por parte de agencias y sus representantes —generalmente llamadas como coordinadoras gestacionales— que se encuentran dentro del grupo de WhatsApp (WA) y cuál es la información que proporcionan para aquellas mujeres que desean gestar un

embrión ajeno. El objetivo fue identificar aquellas características predominantes al momento de buscar MG que pueden influir en su aceptación o rechazo. Se exponen los anuncios hallados a continuación:

b) Información en los anuncios de agencias para Mujeres Gestantes (MG)

“Solicito chicas DE cancion,cuidad de mex. o playa del carmen que quieran alquilar su vientre exelente compensacion \$\$\$\$\$300,000 — 350,000 de remuneración gemelar

Requisitos:

— *MX mexicanas*

— *Entre 24 y 36 años*

— *que hayan tenido mínimo un hijo*

— *máximo 2 cesáreas*

— *Sanas y sin sobrepeso*

— *peso acorde a estatura*

— *sin antecedentes penales*

Te cuidamos muy bien y siempre estamos al pendiente tuyo

— *Firma de contrato*

— *seguro de gastos de médicos mayores*

— *seguro de vida*

— *asesoría legal durante todo el proceso.*

— *tratamiento médico en clínicas particulares”* — Elena, Ciudad de México / EdoMex.

“Chicas que deseen ser gestantes . Edad de 20 a 35 años. Vivir en CDMX o EDOMEX, TOLUCA Y PUEBLA, compensación económica de 375,000 más bonos de pasajes” — Constanza, Ciudad de México / EdoMex.

“Hola a todas. Estoy en búsqueda de madres subrogadas en Cancún, trabajo para New Life México. Contamos con la mayor compensación, además de tener a los mejores especialistas y las más altas tasas de éxito. Si tienes entre 18 y 35 años de edad, tienes al menos un hijo, no más de una cesárea, peso adecuado a tu estatura y gozas de salud física y mental comunícate conmigo. ¡Ayudemos juntas a cumplir sueños!” — Meredith, Quintana Roo.

“Interesadas en gestar cdmx y Estado de México

- *20-34 años*
- *Máximo 2 cesáreas*
- *\$370 mil de compensación*

Escribanme por favor/

Buenas noches! Seguimos buscando chicas que quieran rentar su vientre

- *20 — 34 años*
- *CDMX - edo mex*
- *IMC hasta 28*
- *Compensación \$370 mil” — Gabriela, Ciudad de México / EdoMex.*

“Chicas de MONTERREY y SINALOA que quieras gestar, escribanme por favor

- *20 — 34 años*
- *1 cesárea*

- *IMC Máximo 27 /*

Chicas de Cancún y Playa del Carmen que quieran ser gestantes por favor escríbanme ...

- *20 — 35 años*
- *IMC Máximo 30*
- *Máximo 2 cesáreas*
- *Compensación de \$300 mil*

Más apoyo para pasajes” — María, Ciudad de México / EdoMex.

Reenvío de información de Vientre Milagroso (al final de la información hay una pestaña para ir directo al canal): *“Cuando tu corazón y tus convicciones te permitan ayudar a una familia a cumplir su anhelo más grande de tener un hijo, contáctanos.*

Nuestra empresa es un medio profesional, legal y ético para que puedas lograrlo.

TEN PRESENTE QUE TU BIENESTAR ESTARÁ SIEMPRE POR ENCIMA DE CUALQUIER ANHELO por ello y acatando a la legislación es importante que:

- *Tengas entre 25 y 34 años*
- *Que tu peso corporal sea acorde con tu estatura (para prevenir preclamsia y otros riesgos para ti)*
- *Que seas mexicana (así lo dicta nuestra legislación)*
- *Que hayas tenido por lo menos un hijo y no hayas presentado complicación en tus anteriores embarazos que de nuevo te pudieran poner en riesgo*
- *Que aceptes una valoración cardiológica que nos diga que todo está seguro para ti.*
- *Que no consumas alcohol, tabaco o drogas que te estimularían a no tomar una decisión consciente.*

- *Que aceptes una valoración psicológica de un equipo de profesionales, que nos garantice que emocionalmente tú no te verás afectada.*” — Antonia, Sinaloa.

“BUSCO MAMÁS SUBRROGADAS

Se parte del mejor regalo de vida para otra familia o pareja.

Si vives en Cancún o Playa del Carmen, tienes entre 18 y 37 años de edad, tienes al menos un hijo propio, estas soltera, cuentas con excelente salud y tienes un corazón de oro, comunícate conmigo al XXX XXX XXXX.

Por tu esfuerzo y altruismo recibirás una compensación justa, así como atención 24/7 y serás provosionada de todo lo necesario para llevar a cabo esta gran labor.

Hay muchas familias en espera de alguien como tu que los ayude a vivir un gran sueño” — Elisa, Quintana Roo.

(Se adjunta imagen con el siguiente comentario): *“Llevamos más de 12 años en Colombia, ayudando parejas y gestantes puedes seguirnos en redes, TE NECESITAMOS , En Bogota, Pereira, Manizales, Armenia, Chinchiná (Colombia)”* — Lucía, Colombia

“Hola trabajo en tres clínicas en Bogotá garantizada y legal. Busco chicas entre los 21 a 38 años ... Solo Bogotá... Venezolanas con todo los papeles y pasaporte vigente! Gracias” — Sonia, Colombia.

“Buenos días

Yo busco chicas que quieran iniciar proceso de subrogacion en Bogotá, Soacha o Cartagena o al rededores muyyyy cerca.. Chicas juiciosas y responsables, comprometidas, 0edo acorde a su talla” — Alejandra, Colombia.

“Buscamos chicas responsables .

- ***CDMX***
- ***Hidalgo***
- ***Puebla***
- ***Cuernavaca***
- ***Toluca***
- ***Estado de México***” — Bertha, Ciudad de México / EdoMex.

“Bono de gratificación de 375000 más posibles bonos extras

Estás considerando iniciar un proceso de gestación subrogada? ¡Entonces esta publicación es para ti! Estoy buscando valientes y amorosas mujeres que estén interesadas en esta hermosa aventura de ayudar a otras familias a cumplir su sueño de tener un hijo.

Si estás interesada en obtener más información sobre cómo puedes convertirte en una madre subrogada y hacer una diferencia positiva en la vida de otras personas, por favor envíame un mensaje privado al número: XXX XXX XXXX. Adjunto encontrarás una foto con detalles adicionales. ¡Espero escuchar de ustedes pronto y comenzar este viaje juntas hacia la maternidad subrogada!

¡Gracias por considerar esta maravillosa oportunidad!” — Monserrath, Ciudad de México / EdoMex.

Fuente: Grupo de WhatsApp “Maternidad Subrogada” (MS).

Se pudo notar que en los requisitos para ser MG son similares a pesar de la diferencia entre la locación de las agencias: ser mayor edad y no pasar de los 40, tener máximo dos cesáreas y tener al menos un embarazo exitoso y gozar de buena salud, en algunos incluso se piden actitudes

como la responsabilidad por asumir un compromiso con la agencia y tener disponibilidad de tiempo para poder asistir a los tratamientos para evitar algún retraso. Aparte la mayoría muestran un número de contacto para solicitar más información y de aquellas que no lo tienen se deduce que se puede mandar mensaje directo a la persona que subió la imagen, pero en el caso del nombre y la compensación algunos de los anuncios no lo muestran al público, dejándolo a la expectativa de que solo aquellas realmente interesadas en incorporarse al tratamiento y que manden mensaje recibirán esa información o al momento de concretar alguna cita en persona.

Lo más interesante de la información extraída es que la manera en que hacen uso de la información se asemeja a la publicidad que se encuentra en los anuncios para reclutar gente en el mercado laboral, el lenguaje utilizado como el hecho de escribir “ofrecemos apoyo de transporte, X cantidad de dinero más bonos, se solicita disponibilidad de horario, IMC normal” entre otras características es propio del discurso neoliberal que enfoca el cuerpo femenino no como fuerza de trabajo, sino como servicio que funge como moneda de cambio pero bajo ciertas condiciones expuestas en la información adquirida de estas agencias.

La representación de la corporeidad en esta narrativa más su uso mediante las TRHA afectó de manera significativa lo que se ha explicado anteriormente de las significaciones — tanto externas como internas— de lo que se comprende por reproducción, maternidad y familia. Temas que no pueden tratarse por separado, está en un proceso transformador donde estos conceptos considerados del ámbito social están siendo cada vez más influenciadas por las dinámicas ejercidas por el biopoder, y más específicamente por la biomercantilización en tanto que se demuestra el juego constante en el que se entreteje una narrativa que media entre la sensibilidad de los valores morales sobre el rol femenino, y la incorporación de la mujer mediante la GSO en las relaciones de mercado en tanto que remunera económicamente y le da

un reconocimiento, y por ende una satisfacción personal, como señalaría Hays (1998) en el mundo laboral más allá de sus deberes como madre y esposa que complementarían su ser en tanto que individuo.

Este último punto, que parece a simple vista trivial, representa las condiciones de desigualdad en torno al trabajo no remunerado y la falta de oportunidades para que las mujeres madres y de familia sean incentivadas a tomar la decisión ser gestantes subrogadas, motivación que combina aspectos personales, morales y económicos que se ciñen en el discurso neoliberalista, patriarcal y capitalista para sacarles el máximo provecho que se refleja en los anuncios para reclutar MG.

En el grupo de WA “MS” se identificó la participación de diversas agencias que participan en la promoción de reclutamiento de MG, no obstante, las propias participantes hacen sus recomendaciones basadas en su propia experiencia. Conocer estas agencias desde la opinión de las MG permitió dar una contextualización sobre varios puntos que hemos abordado en los supuestos de estudio, principalmente, sobre el manejo de la información que se da en un primer acercamiento a estas agencias y clínicas especializadas. La tabla 13 muestra las agencias/clínicas mencionadas y su ubicación, al ser pertinente por el desplazamiento que se realiza por parte tanto de los Padres de intención (PI) como de las Mujeres Gestantes (MG) que pueden llegar a movilizarse como consecuencia del Turismo Reproductivo (TR):

Tabla 13. Agencias/clínicas mencionadas en el grupo “Maternidad Subrogada” (MS)

Agencia o Clínica	Lugar de residencia	Contexto principal
Gestación Sustituta México (GSM)	México	Recurrentemente citada por gestantes en México como agencia principal.

Kiromedic	Estado de México	Mencionada junto con Miracle por coordinadoras de grupo.
Miracle	Estados Unidos — México (Cancún y CdMx)	Asociada a reclutamiento y acompañamiento de gestantes.
Inovavita	Ciudad de México, CdMx	Referida negativamente por una gestante (descuentos y pagos).
Gestacy	Estados Unidos — México	Aparece como alternativa en procesos anteriores.
Extraordinary Conceptions	USA, México, Canadá, Reino Unido y Europa.	Consultada por usuarias sobre su experiencia.
Vientre Milagroso	Vinculada a GSM, México	Vinculada como paso previo para registro en GSM.
Celagem	Colombia, Bogotá — Argentina, Buenos Aires	Clínica de Bogotá mencionada por varias gestantes.
Fertilidad Mendoza - Creo	Argentina, Ciudad Mendoza	Clínica de fertilización in vitro en Buenos Aires.
Inser	Colombia (Medellín, Bogotá, Cartagena, Barranquilla y Pereira)	Mencionada como “la mejor” en Barranquilla.

Fuente: Grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS), elaboración propia.

Se tiene como total la mención de 10 agencias distintas, de entre estas algunas hacen referencia a su página web externa oficial para encontrar más información al respecto; sin embargo, otras no lo realizan, si bien se desconoce el motivo es posible encontrar como motivos que, al haber lo que se puede llamar como “promotoría de la subrogación” por parte de los representantes encargados de manejar la información que pueden llegar a conocer todos los miembros del grupo de MS al ser la mecánica parecida se podría incluso suponer que por cada MG conseguida mediante esta publicidad la persona encargada se llevaría un incentivo por conseguir una mujer dispuesta a subrogar. Otro motivo es que el manejo de la información expresada por el mediador

es más manipulable y persuasiva, omitiendo detalles como los efectos secundarios y los vacíos legales tan frecuentemente mencionados en el texto.

Para consultas externas a los interesados en el tema, y seguir matizando la importancia del uso de la información que se comparte, se propuso como tarea consultar y buscar —en el caso de aquellas que no dejan el enlace o la referencia directa— la página web de cada una de estas agencias para comprobar la veracidad de los datos dejados en el grupo. La tabla 14 muestra los enlaces a las páginas oficiales.

Tabla 14. Páginas oficiales de agencias/clínicas mencionadas

Agencia / Clínica	Enlace oficial	Aparece en el chat	Verificación
GSM (Gestación Sustituta de México)	https://www.gestacion-sustituta.com	✓ Sí (mensaje con enlace directo)	Sitio oficial confirmado
Vientre Milagroso	http://www.vientremilagroso.com	✓ Sí (enlace compartido por usuario)	Sitio oficial, vinculado a GSM
Inovavita	https://inovavita.com.mx	✗ No	Sitio oficial confirmado — Clínica de fertilidad
Gestacy	https://gestacy.com	✗ No	Sitio oficial confirmado — Agencia oficial
Extraordinary Conceptions	https://www.extraconceptions.com	✗ No	Sitio oficial confirmado — Agencia internacional
Miracle Surrogacy	https://miraclesurrogacy.com/	✗ No	Sitio oficial confirmado — Agencia internacional
Celagem	https://celagem.com	✗ No	Sitio oficial confirmado —

			Clínica de fertilidad
Fertilidad Mendoza — Creo	https://fertilidadmendoza.com.ar/	✗ No	Sitio oficial confirmado — Clínica de fertilidad
Inser	https://www.inser.com.co	✗ No	Sitio oficial confirmado — Clínica de fertilidad
Kiromedic	https://kiromedic.com/	✗ No	Sitio oficial confirmado — Clínica de fertilidad
All in Surrogacy	https://www.allinsurrogacy.com/	✗ No	Sitio oficial confirmado — Agencia

Fuente: Grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS), elaboración propia.

Tomando en cuenta la información de la tabla anterior sobre la mención de las clínicas por parte de las MG se puede notar que GSM es la clínica de más mención, pero también con más información con referencias a su página web, lo cual le proporciona legibilidad a los procedimientos y trámites que se realizan al momento de comenzar el proceso de subrogación. En el caso de las otras agencias se encuentra también sus páginas oficiales, pero los reclutadores en el grupo de MS no hacen referencia a ella; sin embargo, los propios miembros del grupo dan recomendaciones al respecto para advertir o recomendar, sobre todo en caso de mujeres que desean participar por primera vez. Para puntualizar las experiencias de las MG que ya han tratado con estas agencias y conocer sus opiniones al respecto, se extrajeron aquellos enunciados que demuestran a través de las experiencias en primera persona si efectivamente existe una concordancia entre lo que se ofrece en los anuncios de las agencias encontradas, si resultan ser casos de engaño/estafa, o la existencia de desventajas y procedimientos no aclarados. Se dejan los fragmentos enseguida:

c) Opiniones positivas sobre las agencias/clínicas mencionadas en el grupo

Kiromedic

“Pues yo sí y me fue súper bien. La verdad no tengo nada que hablar mal, al contrario, solo una experiencia hermosa haber ayudado” — Paula, México.

Celagem

“En mi caso hice tratamiento en Celagem, en Bogotá. La clínica es muy buena, los médicos te acompañan en todo y también tienen convenio con agencias internacionales. Solo que el proceso fue más largo por los exámenes iniciales, pero todo muy organizado.” — Berenice, Colombia.

Fertilidad Mendoza — CREO

“Yo estoy haciendo el tratamiento en CREO, en Buenos Aires. Es una clínica de fertilización que trabaja con parejas igualitarias y también con gestantes. Por ahora todo bien, solo que los tiempos son largos para coordinar con los padres.” — Martha, Argentina.

INSER

“Yo me hice los exámenes en Inser, en Barranquilla. Es la mejor clínica de fertilidad de acá. Todo muy profesional, pero los precios son altos comparado con otras ciudades.” — Ingrid, Colombia.

“Sí, he escuchado que Inser tiene muy buenos especialistas, aunque hay que ir con presupuesto. También hacen parte de los convenios con agencias internacionales.” — Rosy, Colombia.

Extraordinary Conceptions

“Sí, sí son conocidos. Varias chicas del grupo han hecho proceso con ellos, pero según tengo entendido manejan todo desde San Diego.” — Susana, México.

“Yo también vi su página, parece seria. Tienen testimonios y perfiles de parejas, pero piden inglés básico.” — Yolanda, Colombia.

Vientre Milagroso

“Cierto, yo hice varias entrevistas con ustedes antes de los análisis médicos.” — Mónica, México.

Experiencias negativas de MG identificadas en el chat “Maternidad Subrogada” (MS)

Gestacy

“Yo no le daría tiempo a esta agencia, el poco tiempo que le dediqué solo perdí oportunidades. Es mi humilde opinión y mi experiencia con ellos.” — Berenice, México.

“Nunca me daban respuesta, yo creo que después de meses no le quedó de otra a la mujer y me dijo que no era admitida porque ya había sido gestante; pienso que tenían que decirme desde que les mandé mi primer informe, ahí claro decía que era gestante con experiencia.” — Rebeca, México.

“Te hacen perder mucho tiempo en la espera. Después de eso otra agencia me contactó y di positivo en el primer intento y todo bien. La verdad nada que ver con las razones que te dan para justificar el tiempo que te hacen perder.” — Diana, México.

Inovavita

“Ve a alguna clínica como Inovavita, y postúlate (...) el papá, aunque nos conociamos por el lado laboral pidió a la clínica el contrato de subrogación. Tal vez la clínica tenga lista de subrogadas, solo que ellos no lo promocionan.” — Paola, México.

Gestación Sustituta de México (GSM)

“A mí me entrevistó GSM y no sé por qué me dijeron que no llené su perfil. Ahora estoy gestando para otra clínica y todo súper bien, pasé todos los filtros y quedé en embarazo al primer intento” — Edith, México.

Fuente: Grupo de WhatsApp “Maternidad Subrogada” (MS).

d) Opiniones positivas sobre experiencias de subrogación sin mención de agencia/clínica

“Me despido de este grupo ya que termine la hermosa experiencia de ser gestante a las que empezarán les deseo mucha suerte ya que es una experiencia que jamás la olvidarán y siempre vivirá en su corazón suerte para todas” — Juanita, México.

“Buenas noches con todos les quiero compartir mi experiencia en ser madre subrogante, gracias a unos padres maravillosos que confiaron en mí y me dieron la oportunidad de ser su colaboradora a pesar de mi edad, ya que tengo 42 años y pude ayudar a esa familia a traer a su bebé este 11 de marzo, nació muy saludable y ellos muy felices por tener a su nuevo integrante en la familia. Fue mi segundo proceso y todo salió muy bien para todos.” — Soledad, México.

e) Opiniones negativas sobre experiencias de subrogación sin mención de agencia/clínica

“No, pues yo ya me salí del grupo de ellas, me querían obligar a seguir el embarazo sin darme nada, ni renta ni pago de medicamentos, y encima me decían que era obligación. Gracias a Dios

encontré otra pareja, súper diferente, me tratan como reina y están al pendiente de todo. Pero lo de antes fue horrible.” — Natalia, México.

“Sí, hay unas que abusan, yo tuve que ir a Derechos Humanos porque ni firmamos nada y querían que entregara al bebé sin contrato. Jamás lo vuelvo a hacer sin papeles.” — Eunice, México.

“Yo salí mal en el parto, casi me da hemorragia y la pareja ni se apareció. Cuando pedí apoyo para los gastos del hospital me dejaron en visto. No todas las experiencias son bonitas, a veces toca sola.” — Maricruz, México.

“A mí me cancelaron todo después del segundo intento, me dijeron que ya no podían pagar más y ni siquiera me dieron los medicamentos. Mucho cuidado, chicas, si no hay contrato firmado no hay garantías.” — Pamela, Colombia.

“Una vez me inscribí con una supuesta agencia de Guadalajara, y todo era por WhatsApp, jamás vi oficina ni médico. Pedían exámenes de sangre y luego desaparecieron. Tengan cuidado.” — Verónica, México.

Fuente: Grupo de WhatsApp “Maternidad Subrogada” (MS).

El análisis de las opiniones vertidas por las Mujeres Gestantes (MG) en el grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS) reveló una verdad fundamental y polémica: la experiencia de la subrogación está intrínsecamente ligada por la calidad, o la falta de ella, de las agencias y clínicas que actúan como intermediarias. Lejos de ser un servicio homogéneo, la biomerchantización reproductiva se presenta como un campo de profundas contradicciones, donde confluyen tanto el acompañamiento profesional y ético como el abuso, la desinformación y la vulneración de derechos.

Por un lado, los testimonios permitieron identificar lo que podemos designar como un modelo de intermediación deseable, materializado en experiencias positivas con instituciones como *Celagem* en Colombia o *Kiromedic* en México. En estos casos, las MG destacaron atributos resaltados en tres puntos: 1) profesionalismo y transparencia en los procedimientos médicos y legales; 2) un acompañamiento psicológico y clínico que supera lo meramente protocolario, extendiéndose a todo el embarazo y posparto; y 3) una organización logística eficiente que reduce la incertidumbre y la carga administrativa para la gestante. Estas experiencias, aunque inscritas en una lógica de mercado, demostraron que la regulación de hecho y la autorregulación ética por parte de estas agencias/clínicas como en el caso de *Inovavita* —que es su página web destaca su afiliación a los protocolos de la ASRM— pueden generar entornos donde la gestante se llegue a sentir acompañada, segura y valorada más allá de su capacidad reproductiva.

Sin embargo, este polo positivo contrastó de manera abrumadora con un modelo de intermediación problemático o abusivo, denunciado especialmente contra agencias como *Gestacy*, *Inovavita* y, en ciertos casos, *Gestación Sustituta de México* (GSM). Las narrativas de las MG construyen un mapeo del riesgo que incluye: a) la espera como mecanismo de desgaste y control, donde las agencias dilatan los procesos sin justificación médica ni contractual; b) la falta de transparencia en los criterios de selección, rechazando a candidatas por razones no explicitadas previamente, por ejemplo, haber sido gestante con anterioridad; c) la cancelación arbitraria de procesos y la desprotección contractual, que deja a las gestantes en una situación de vulnerabilidad extrema, asumiendo los costos de tratamientos fallidos o cambios de decisión por parte de los Padres de Intención (PI); y d) la instrumentalización del cuerpo, donde se exige

el cumplimiento de indicaciones bajo amenaza de perder la compensación o el proceso, sin una garantía recíproca de cuidados y seguridad.

En consecuencia, la principal lección de este apartado es que las experiencias negativas documentadas no surgen de la existencia del pago, sino de la ausencia de marcos regulatorios robustos que garanticen: 1) la exigibilidad de los contratos para ambas partes, 2) la obligatoriedad de un acompañamiento psicológico de calidad y protocolos médicos estandarizados, 3) la transparencia en los procesos de selección y emparejamiento, y 4) mecanismos efectivos de sanción para agencias y clínicas que incurran en prácticas abusivas.

La voz de las MG en este estudio fue, por tanto, un llamado de atención. Demostró que, en el actual contexto de disparidad legal y auge del TR, la decisión de subrogar se convierte en una apuesta de alto riesgo. La buena o mala experiencia no es un accidente, sino el resultado directo de una estructura de intermediación que, en su negativa, naturaliza la vulnerabilidad y convierte el deseo de ayudar y/o la necesidad económica en una trampa de explotación.

7.9.3. Análisis del discurso: una mirada evaluativa del lenguaje utilizado en las páginas web de las agencias/clínicas de Gestación Subrogada (GS)

Una vez identificadas aquellas agencias/clínicas mencionadas en el grupo de MS, y habiendo reunido los testimonios encontrados sobre la experiencia producida a las MG, fue necesario señalar que al momento de realizar las consultas a las páginas oficiales un factor que interesó fue ¿cómo se percibe la práctica de la GS y la percepción del rol de la MG, visto de manera externa en una consulta en la web? La información publicada es puesta sabiendas de que cualquiera pueda acceder a ella, y esto a su vez propicia un imaginario sobre lo que consiste, y por supuesto, del papel que asume cada una de las partes. Una mujer que desea subrogar puede consultar clínicas y agencias de subrogación para ver en qué consiste y qué es lo que pueden

ofrecer, lo mismo aplica para los PI más aparte los costos y beneficios para inclinarse a la mejor opción.

No obstante, la consulta realizada se enfocó para fines de subrayar que tanto estas agencias/clínicas promueven la escisión entre gestar y maternar, en tanto el papel que asumen o deben asumir las gestantes en aquellas definiciones que, en palabras textuales, se ofrecían en su web. Aparte, saber que tanto se explica, o sintetiza en que consiste un proceso tan complejo como lo es la GS permitió conocer qué tanto se manipula o promueven ciertas mitificaciones sobre la práctica. Pensando en este tipo de perspectivas, se muestran a continuación.

- a) Extractos de las definiciones de “Gestación Subrogada” (GS) y “Madres/mujeres Gestantes” (MG)

Gestación Sustituta de México (GSM) define el proceso de la siguiente manera:

El lugar donde te protegen legalmente tu proceso por que hay legislación. La gestación subrogada en Sinaloa es una técnica de reproducción asistida legalizada, la cual es utilizada por personas que no tienen la opción natural de tener un bebé, ya sea por una condición médica o una imposibilidad física. En este proceso, se hace un acuerdo legal entre los involucrados: Padres de intención, gestante, abogados, médicos y agencia. En dicho acuerdo legal, la gestante acepta prestar su vientre para gestar al bebé, el cual no compartirá material genético con la misma, pues, el embrión transferido a su útero puede ser tanto de los padres de intención, como de donadores anónimos. (Gestación Sustituta de México [GSM], s.f.)

GSM enfatiza que para la “futura Gestante: tu labor siempre será dignificada, nuestro contacto será a través del cuidado, pues tú y tu bienestar son primordiales para nosotros.” (GSM, s.f.)

Inovavita

No viene una definición explícita sobre que realicen procesos de Gestación Subrogada o de las Mujeres Gestantes, pero ofrecen servicios en medicina reproductiva, ginecología y otros servicios internacionales a favor de todas las familias.

Extraordinary conceptions

¿Que es una madre sustituta y cómo funciona?

Una gestante sustituta se realiza cuando usted y los futuros padres se emparejan basándose en valores, expectativas y objetivos compartidos. Su coordinadora dedicada guía las presentaciones y conversaciones, asegurándose de que todos se sientan cómodos. La compatibilidad siempre es mutua; solo avanzarán si ambas partes se sienten cómodas. (Extraordinary Conceptions, s.f.)

¿Cuál es la diferencia entre la gestación subrogada tradicional y la gestacional?

La gestación subrogada tradicional utiliza el óvulo de la gestante, lo que la convierte en la madre biológica del niño, lo que genera complejidades legales y emocionales adicionales. La gestación subrogada, que practicamos, utiliza embriones de los futuros padres o donantes. Esto significa que la gestante no tiene vínculo genético, lo que garantiza la transparencia para todos los involucrados. (Extraordinary Conceptions, s.f.)

¿Qué es la gestación sustituta?

También conocida como maternidad subrogada, es un proceso en el cual una mujer, la «gestante» o «madre sustituta», lleva un embarazo y da a luz a un bebé para una persona o pareja, los padres intencionales. Este proceso es utilizado cuando los futuros padres no pueden tener hijos de forma natural, y se realiza mediante un cuidadoso proceso de fertilización in vitro.

La madre sustituta no comparte vínculo biológico con el bebé, al ser un proceso de fertilidad donde un óvulo donado es fecundado por un espermatozoide de los padres intencionales.

Es importante tener en cuenta que la gestación subrogada es un proceso complejo y que requiere una gran responsabilidad. (Celagem, s.f.)

Además, la agencia aclara el papel de la MG:

¿Cuál es el papel de la gestante?

La gestante es la persona que lleva al bebé durante el embarazo, pero no tiene la intención de convertirse en la madre legal del bebé. La gestante actúa como una especie de «portadora» del bebé para los futuros padres. (Celagem, s.f.)

Inser

¿En qué consiste la maternidad subrogada?

La maternidad subrogada es un tratamiento de reproducción asistida en el que una mujer gesta un bebé para otra persona o pareja que, por diversas razones médicas, no puede llevar a cabo el embarazo. (Inser, s.f.)

Si el apartado anterior demostró, a través de las experiencias de las Mujeres Gestantes (MG), que en la intermediación coexisten el acompañamiento ético y el abuso/desprotección, el análisis del lenguaje empleado en las páginas web de las agencias y clínicas reveló un plano igualmente crucial pero más sutil: la construcción discursiva de la subrogación como un servicio legítimo, controlado y emocionalmente seguro, que opera mediante una cuidadosa estrategia de eufemización y fragmentación de la maternidad.

Las definiciones extraídas de portales como *Gestación Sustituta de México* (GSM), *Extraordinary Conceptions*, *Celagem* e *Inser* no son meras descripciones técnicas sobre lo que consisten la GS y el papel que juega la gestante; constituyen un dispositivo biopolítico de domesticación simbólica. A través de él, se logran tres objetivos fundamentales para el funcionamiento del mercado reproductivo:

- 1) La escisión técnico—legal entre gestación y maternidad: De manera consistente, todos los extractos enfatizan que la MG no comparte vínculo genético, que no tiene la intención de convertirse en la madre legal, o que su papel es el de una “portadora”. Este lenguaje, anclado en el saber biomédico y jurídico, propone una separación radical entre el trabajo corporal del embarazo —gestar— y la identidad filial —ser madre—. Al presentar esta escisión como un hecho científico incuestionable por medio de la genética, se naturaliza la desvinculación afectiva y se legitima la transferencia del bebé como un acto contractual, no como una pérdida. La MG es redefinida como un útero anfitrión o una

portadora de embriones, despojándola del estatus de sujeto materno y reubicándola en la categoría de recurso reproductivo.

- 2) La eufemización del trabajo reproductivo como ayuda o colaboración: Frases como “tu labor siempre será dignificada” (*GSM*), “los futuros padres se emparejan basándose en valores compartidos” (*Extraordinary Conceptions*), o “la gestante actúa como una especie de portadora” (*Celagem*) disfrazan la transacción económica y el carácter oneroso del servicio bajo un manto de altruismo, compatibilidad emocional y respeto. Se evita sistemáticamente la terminología cruda del mercado —con palabras como “alquiler de vientre” o “compra de capacidad reproductiva”— para sustituirla por un vocabulario con connotaciones moralmente aceptables como la ayuda, la colaboración y el proyecto de vida compartido. Esta estrategia discursiva, dirigida tanto a las potenciales MG como a los Padres de Intención (PI), cumple una función dual: reduce el posible estigma moral para quienes contratan el servicio y ofrece a las gestantes una narrativa de empoderamiento y generosidad que mitiga la contradicción entre recibir un pago por un acto íntimamente ligado a la maternidad.
- 3) La omisión sistemática de la conflictividad y los riesgos: Ninguna de las definiciones analizadas menciona los efectos secundarios de los tratamientos hormonales, los riesgos obstétricos —preeclampsia, diabetes gestacional, hemorragias—, el dolor del desapego postparto, la posibilidad de transferencias fallidas, las tensiones contractuales, o el estigma social que enfrentan las MG. El proceso se presenta como lineal, seguro y armónico entre líneas que hablan sobre el acuerdo legal y el supuesto cuidadoso proceso de FIV, así como la transparencia para todos los involucrados. Este silencio discursivo no es casual; es una condición de posibilidad para la biomercantilización. Al suprimir la evidencia de la vulnerabilidad corporal y emocional, el discurso web transforma la GS

en un servicio más, desprovisto de las complejidades, los dolores y las asimetrías de poder que lo atraviesan.

La principal conclusión de este análisis del discurso es que las páginas web de las agencias y clínicas no solo informan, sino que construyen una realidad específica de la GS. Configuran un imaginario donde la gestante es, al mismo tiempo, una colaboradora altruista y un recurso biológico eficiente: donde el contrato es garantía de protección y no de subordinación; y donde el deseo de los PI se satisface sin mancha moral. Este discurso, alineado con las lógicas del biopoder y la biomerchantización, constituye la fachada de una industria que necesita presentarse como ética, segura y transparente para seguir operando y expandiéndose, especialmente en contextos de vacío legal o regulación laxa.

b) Sobre el uso de las expresiones en las agencias y personal encargado del proceso de Gestación Subrogada (GS)

Se ha introducido cómo el lenguaje utilizado en estas agencias/clínicas es adherible en términos biopolíticos y disciplinarios, de los cuales hay autores que ya han trabajado al respecto sobre la importancia del lenguaje utilizado y cómo las expresiones influyen subjetivamente en las partes involucradas. Berk (2013) hace alusión a que las expresiones utilizadas por parte las agencias y el personal involucrado en el proceso tiene un lenguaje que incide en una domesticación simbólica sobre la concepción de la maternidad, e interiorizada en torno al gestionamiento de las emociones tanto para las MG como para los PI, a quienes dependiendo del papel que desempeñen juegan un papel importante para neutralizar, dirigir y anular emociones.

Como ejemplo, cuando la MG está en conflicto por no saber cómo debería de manejar sus sentimientos por llevar un bebé que no es suyo a pesar de que el embarazo está asociado

como una etapa que debería estar llena de felicidad, o a los PI cuando en el caso de la madre sustituta no siente el apego que debería tener por su hijo por el hecho de no haber experimentado el vínculo madre—hijo que se da en los 9 meses de embarazo, llegando a generar “celos del vientre” hacia la MG. Por otra parte, las estrategias de marketing dirigido a las MG se apoyan en el sentimentalismo como una forma de incentivarlas a que lo que están realizando es una labor altruista aún si hay una compensación monetaria de por medio, y por el otro despersonaliza la caracterización tradicional de lo que significa la maternidad para que las mujeres que recurren a este método les resulte menos estresante los cuestionamientos e inseguridades que puedan generarse en el proceso, ya que como hemos visto anteriormente con Vecslir (2022) afecta de manera más drástica al sector femenino que al masculino el hecho de ser infértiles o tener complicaciones por las cuales ellas no pueden/deben concebir por cuenta propia.

Con base al trabajo realizado por la autora, se realizó una tabla tomando las expresiones más comunes utilizadas en el lenguaje de la GS para enfatizar el hecho de que las agencias, clínicas y el personal involucrado en el proceso, desde el personal médico hasta abogados utilizan expresiones que se adecuan a los intereses del pensamiento neoliberal que pone a la GS como un procedimiento comercializable y a las mujeres como medios para lograr la expansión del mercado a prácticas y procesos concebidos como sagrados e intocables, tal como son la maternidad y la gestación de la vida humana. La tabla 15 muestra la terminología comúnmente usada en la MS.

Tabla 15. Terminología comúnmente usada en la Maternidad Subrogada (MS)

Término en inglés	Término en español	Tipo de uso/contexto	Función discursiva o simbólica
Oven	Horno	Expresión usada en el lenguaje común entre MG y agencias	Representación del cuerpo femenino como una máquina que realiza una función puramente instrumental, en este caso como un contenedor de un bebé ajeno
Womb for Rent/Rent a womb	Útero en alquiler / Renta de útero	Lenguaje coloquial y mediático	Forma de mercantilización normativa de la función reproductiva como un servicio repetible y desechable que llega banalizar el cuerpo de la mujer.
Surromom	Mamá sustituta	Autoafirmación identitaria y publicitaria	Presenta la GS como acto de empoderamiento y altruismo donde la maternidad está presente de manera temporal
Stork	Cigüeña	Eslogan comercial e identitario	Reconfigura la maternidad como una función logística o de entrega
Host womb / Gestational carrier / Embryo carrier	Útero anfitrión / Portadora gestacional / Portadora de embriones	Lenguaje médico— legal en contratos	Elimina la categoría de “madre” e introduce un léxico técnico que despoja de emoción la relación entre la MG y el embrión.
SurroNanny	Niñera Subrogada	Apelativo afectivo en agencias y testimonios de MG	Reinterpreta la gestación como trabajo de cuidado

			temporal; desvía la noción de maternidad.
Aunt Sue / Kangaroo Mom	Tía Sue / Mamá canguro	Apodos familiares usados en agencias	Inserta el rol gestante en un imaginario de parentesco, ternura y cuidado no materno.

Fuente: Elaboración propia con base a Berk (2013)

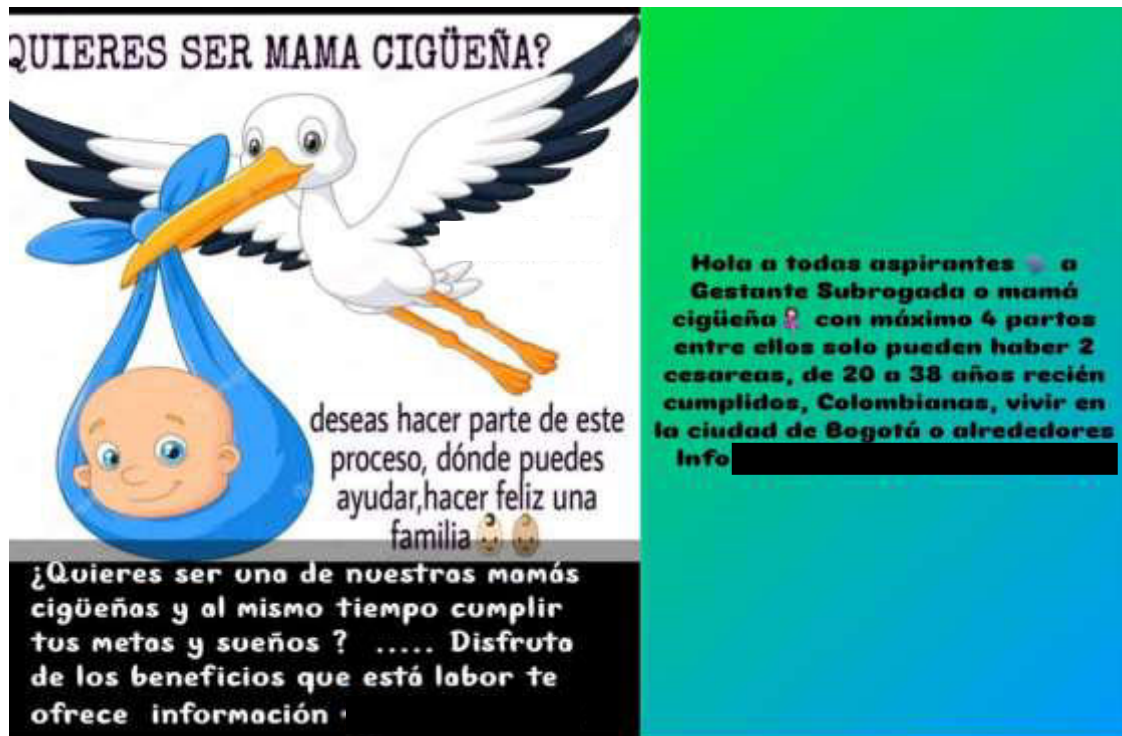
De entre estas concepciones, se identificó que en el grupo de WA una de las nociones más comúnmente utilizadas es la palabra “cigüeña” específicamente por *All In Surrogacy*, una agencia residente en Colombia que es de las más activas al compartir anuncios. No obstante, no se tiene referencias de esta por parte de los participantes del grupo. Aún con esto en cuenta, vale la pena mostrar cómo se aborda esta “publicidad” a través de las imágenes compartidas en el grupo para un posterior análisis (imágenes 7, 8, 9 y 10):

Imagen 7. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia All In Surrogacy



Fuente: Imágenes compartidas en el grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS)

Imagen 8. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia All In Surrogacy



Fuente: Imágenes compartidas en el grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS)

Imagen 9. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia All In Surrogacy



Fuente: Imágenes compartidas en el grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS)

Imagen 10. Anuncio de reclutamiento de Mujeres Gestantes (MG) compartidas por la agencia All In Surrogacy



Fuente: Imágenes compartidas en el grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS)

Este léxico en el que se desenvuelve la agencia *All In Surrogacy* a través del grupo de MS va acompañado de elementos que generan sentimientos de empatía hacia las personas que no pueden tener hijos por cuenta propia al poner en las imágenes frases como “comparte la felicidad de ser madre con quienes anhelan serlo!”, “tu vientre puede ser el inicio del milagro de alguien más” y “ser mamá cigüeña es ceder tu don de dar vida , ayuda a otros que no pueden por sí mismos, compartiendo este hermoso regalo que Dios te dio” transmiten que la idea de que las MG son una especie de “cigüeña” en tanto portadoras de un embrión.

En otras palabras, llevar el bebé de alguien más es un acto de caridad e incluso refuerza la función de la MG en un papel preponderante al poner en relieve su fertilidad como un misticismo otorgado por Dios al poder crear vida como algo que deba compartirse con los demás, y que aparte le trae consigo un beneficio no solamente moral sino también económico,

dignificando el acto no como algo puramente mercantil, sino también motivado por el altruismo de poder hacer realidad lo que una pareja o persona soltera no fue capaz de hacer de manera “natural” por sí misma, envolviendo a la MG no solo en un papel de utilidad sino en necesidad.

No obstante, se detectó que existe una distinción en esta publicidad cuando se dirigen estas acepciones cuando se trata de un grupo privado en plataformas como WA donde pueden darse más libertad lírica y creativa en cuanto al recurso de imágenes y oraciones que recurren al sentimentalismo, a cuando se publica información a la que cualquiera puede tener acceso, como ocurre en las páginas web. Se realizó una consulta a la misma agencia de la que se recuperaron las imágenes anteriores, pero ahora a través de su página oficial que es www.allinsurrogacy.com para hacer la comparación entre la manera en que divulgan la información y los elementos persuasivos al momento de reclutar MG que pueden notarse en cada una de ellas (imagen 11):

Imagen 11. Definiciones usadas para referirse a la Mujer Gestante (MG) por All In Surrogacy



Fuente: Imágenes tomadas de la página web de All In Surrogacy (2025)

Puede notarse que tanto en la página web como en el grupo de WA juegan con la ambivalencia entre Gestante Subrogada (GS) y “Cigüeña/Mamá cigüeña”, aunque este último término es más

utilizado por parte de agencias/clínicas en Colombia, pero sigue apelando a la MG como una portadora de un ser humano que pasará a ser hijo de alguien más que no es quien lo está gestando. Es decir, no dejan de ser adjetivos que desvinculan la reproducción y la maternidad de lo que se podría llamar el “ciclo natural” del ser humano como lo demuestran otras agencias que no están referidas en el grupo de MS, como ocurre en el caso de *Fundación Cigüeña*, una agencia localizada también en Colombia, Bogotá (imagen 12).

Imagen 12. Página web de Fundación Cigüeña



Fuente: Imagen tomada de Fundación Cigüeña (2025)

En conclusión, las agencias especializadas en reproducción asistida han vuelto de la capacidad reproductiva de las mujeres de manera “oficial” en una labor donde el empoderamiento se eleva a través de la reproductividad; un discurso que ya se había señalado anteriormente en los primeros movimientos feministas con la introducción de las TRHA en un escenario esperanzador donde las mujeres tomaban el control sobre sus cuerpos y las decisiones en torno a ellos (Vecslir,2022). Pero este empoderamiento, a diferencia de cómo había sido concebida por las feministas, está insertado en una contradicción donde aunque la inducción a la práctica de la GS es a cambio de una contribución monetaria, esto no solamente es para sí misma sino

también para apoyar la economía familiar, volviéndola de esa forma en una persona útil como aquellas que forman parte de la fuerza remunerada en tanto que ella está aportando también un ingreso al hogar por sí misma que puede llenarla —al menos temporalmente en lo que está en vigor la gestación y por ende, el acuerdo— de autonomía y valoración hacia su propia persona por usar su naturaleza de gestar.

Esta dialéctica sutil se encarga de motivar a las mujeres a través de slogans como “forma parte de nuestro programa”, dando a entender una sistematización como en los anuncios de reclutamiento de cualquier otro trabajo que se pueden encontrar en volantes o posters, como si se tratara de algo tan sencillo que minimiza aspectos como la medicalización, la atención psicológica, y las lagunas legales que no contemplan todos los escenarios posibles en caso de complicaciones en el embarazo o conflictos entre la MG y los PI.

Sin embargo, esta sistematización deja sobre todo para las MG una situación de constante dilema: las MG al no tener vínculo filial con el embrión que van a gestar, no deberían sentir algún apego hacia ellos, por eso la lógica que seguiría —y en parte la polémica— es que al asumir únicamente el acto de gestar como algo puramente técnico es una subjetivación forzada que niega de manera abierta sobre el manejo de las emociones hacia el embarazo. Por esto se considera que conceptos como “mamá cigüeña”, “madre subrogada” y “gestante subrogada” reflejan una resignificación de la maternidad que está en constante tensión entre la concepción tradicional y su transformación por medio de la biotecnología, la cual inevitablemente trae cambios también sobre la idea de la familia, la representación de la madre y las afectaciones que trae para los valores morales tan fuertemente defendidos por la sociedad el hecho de que los vientres de las mujeres ahora son percibidos como un bien remunerado.

Pese a todo esto, hay más razones para creer que lo que se busca no es tanto la aniquilación de los valores morales en el enfoque neoliberal sino la absorción de estos utilizados a favor del último. El hecho de que utilicen el concepto de “cigüeña” es porque precisamente se conoce el efecto de la carga simbólica que produce: si se remonta a los orígenes del mito de esta ave se les asociaba con la llegada de los bebés, y con ello a la maternidad, la fertilidad y la familia; por otro lado la permanencia de esta imagen no pudo haber permanecido tantos años de no ser por la compatibilidad que hay de su representación en distintas culturas: en la mitología griega la reina Gerana fue transformada en cigüeña —aunque realmente era una grulla— debido a los celos enfermizos de Hera, y aún convertida en ave intentaba rescatar a su hijo de las manos de la diosa, convirtiéndose un símbolo de la maternidad abnegada, el cuidado y la familia, en la cultura egipcia al coincidir sus migraciones con el nacimiento de los niños representaban nuevos comienzos y vitalidad, en el caso de los nórdicos representan valores familiares y pureza por la creencia de que estas aves eran monógamas, reforzando la idea de la fidelidad y la estabilidad familiar.

Según Romero (2019) los mitos reflejan “la tendencia humana a proyectar emociones y valores en los animales. La cigüeña, vista como un ser noble y protector, encarna la idea de la maternidad abnegada. Esta proyección ha permitido que el mito se adapte y sobreviva en diferentes culturas, manteniendo su relevancia incluso en la actualidad”; y añadiendo en conjunto su plumaje blanco y comportamiento como sus nidos cerca de las casas y su dedicación cuidando a los polluelos han contribuido a esta idea de ser portadoras de buena suerte y nuevos comienzos.

Estas creencias se extendieron por los Países Bajos, Alemania y Europa oriental, siendo veneradas como protectoras del hogar y la familia. Sin embargo, el mito de las cigüeñas en la

cultura moderna se popularizó a través de cuentos y fábulas, entre los más conocidos se encuentra el de Hans Christian Andersen quien en el siglo XIX recreó su versión de las cigüeñas. Esta versión de Andersen no solamente eran portadoras de vida al entregar bebés sino también jugaban un papel moral siendo jueces, pues los arrancaban de lagos y estanques para entregarlos a familias dependiendo de cómo se comportan los niños, en el caso de ser una familia con niños traviesos se les entregaba un bebé muerto como castigo, representando con la cigüeña una lección moral sobre la crianza y la dedicación al hogar, de manera que se inculca a través de la fábula ciertos valores en las personas más jóvenes, donde las cigüeñas transmitían enseñanzas; sin embargo, también se debe de considerar su trascendencia por la practicidad de explicar a los más pequeños el nacimiento de nuevos miembros a la familia y refuerza las ideas positivas sobre la llegada de los hijos como un impacto positivo en la vida humana.

Para entender cómo es que estas representaciones culturales asociadas a los animales llegan a influenciar en las tecnologías simbólicas del poder la lectura de Zaffaroni “La Pachamama y el humano” explica que tanto la animalización de ciertos grupos sociales como la atribución de características humanas a animales cumplen funciones políticas de subordinación, control o legitimación de jerarquías, especialmente en contextos coloniales y patriarcales. Esto permite explicar por qué incluso las agencias de subrogación eligen cuidadosamente las palabras que emplean en la promoción de la práctica, buscando empatizar con la comunidad al mostrar a las TRHA como un conjunto que a pesar de todo salvaguarda los valores tradicionales en la formación familiar y la conservación de la filialidad.

Durante siglos, la frontera entre lo humano y lo animal no ha sido tan nítida como lo es ahora: numerosos grupos han sido representados como parte animales, parte humanos con la finalidad de justificar su subordinación social, sexual y política, pues “los animales eran

animales, los criminales, los herejes, las mujeres y los colonizados, como humanos inferiores, eran medio animales”. Esta relación mimética, entre cuerpos humanos subordinados y especies animales, generaba un dispositivo discursivo que legitimaba la dominación. En la misma línea, Zaffaroni (2011) indica que el poder punitivo moderno se sostuvo en esa lógica, en la que aquello catalogado como no humano era tratado como peligroso y susceptible de manejo por parte del poder masculino, colonial y estatal.

Sin embargo, otro punto relevante es el análisis de la ambivalencia simbólica del animal: aunque se consideraba inferior, se le atribuían cualidades morales como la fidelidad del perro, nobleza del caballo, torpeza del asno, etc., constituyéndose, así como un espejo para ordenar jerarquías humanas. Esta ambivalencia es central para comprender cómo se construyen representaciones que no solo describen, sino que producen posiciones sociales diferenciadas, como ocurre con el rol de las mujeres a comparación de los hombres.

Con esta analogía entendida de antemano es posible analizar críticamente el uso de la figura de la cigüeña en la industria de la GS, en la cual se identifica que muchas agencias y programas de subrogación en el caso de Colombia utilizan la alegoría de la “mamá cigüeña” para referirse a las MG, con el fin de neutralizar la explotación reproductiva y despojarlas simbólicamente de su papel materno. Esta metáfora se inserta en lo que Zaffaroni denomina “relación mimética entre humanos y animales”, donde los animales funcionan como dispositivos retóricos para asignar funciones y posiciones jerarquizadas a distintos cuerpos humanos.

Entonces, en concordancia con esto último, la narrativa de la GS utiliza a la “cigüeña” no solamente para encontrar una manera adecuada de nombrar a las MG sino también de explicar en los nuevos núcleos familiares que se están llegando con las TRHA cómo pueden los PI

explicar a sus hijos sean producto de la subrogación, o cuando hay hermanos pequeños la manera poco convencional en que se concibe un nuevo ser al mundo sin necesidad de profundizar en ello, utilizar un lenguaje técnico incomprensible o generar confusiones. Esto también es de mucha ayuda para las MG ya que al ser madres de hijos propios utilizan esta narrativa para explicar de manera fantástica pero convincente cómo están embarazadas de un bebé con el que no guardarán conexión alguna, lo que pondría a pensar en otro tipo de interrogantes cómo la disociación de la sexualidad abarcando no solamente a las partes implicadas directamente como las parejas de las gestantes, sino también a los hijos.

7.9.4. Observación: Bitácora de campo digital

a) Uso de las narrativas del grupo “Maternidad Subrogada” (MS) para la elaboración de categorías analíticas

La categorización aquí presentada respondió a un proceso analítico de carácter principalmente inductivo. Las categorías, dimensiones, subcategorías e indicadores no se definieron completamente a priori, sino que emergieron y se refinaron mediante la lectura sistemática de los datos empíricos registrados en la bitácora de campo del grupo de WA (Strauss & Corbin, 2002). Cada categoría central —biopoder, biomercantilización y maternidad intensiva— constituye un eje conceptual que articula dimensiones del fenómeno y permite agrupar los discursos observados en unidades de significado, facilitando así la interpretación de las dinámicas de poder y mercado en la GSO.

Categoría 1: Biopoder

Definición conceptual: Poder sobre la vida que actúa en el control disciplinario del cuerpo y en la regulación biopolítica de la población (Foucault, 2007). En la subrogación se expresa en la vigilancia médica, legal e institucional de la reproducción.

Dimensión: Control institucional del cuerpo gestante

Subcategoría: Características fisiológicas

Indicador empírico/observable en el discurso: Definición de criterios fisiológicos estrictos para seleccionar a las Mujeres Gestantes (MG) como edad, IMC, cesáreas previas y salud en general. Rangos de edad (18—35, 20—34, 24—36 años), número máximo de cesáreas (dos por riesgos en la salud), sin sobrepeso, con buena salud tanto física como mental.

Extractos representativos:

“Entre 24 y 36 años... que hayan tenido mínimo un hijo... máximo 2 cesáreas... Sanas y sin sobrepeso... peso acorde a estatura” — Abigail, Ciudad de México / EdoMex.

“Edad de 20 a 35 años... Máximo 2 cesáreas ... IMC hasta 28” — Bárbara, Ciudad de México / EdoMex.

“...Si tienes entre 18 y 35 años de edad, tienes al menos un hijo, no más de una cesárea, peso adecuado a tu estatura y gozas de salud física y mental comunícate conmigo.” — José, Quintana Roo.

“20-34 años, 1 cesárea, IMC Máximo 27” — Beatriz, Ciudad de México / EdoMex.

“20-35 años, IMC Máximo 30, Máximo 2 cesáreas” — Camelia, Ciudad de México / EdoMex.

Subcategoría: Evaluación de aptitud

Indicador empírico/observable en el discurso: Procesos de selección médica, psicológica y actitudinal para determinar si la mujer es “apta” para la subrogación. Se detectan en las narrativas de las MG frases que involucraban en el discurso elementos como valoraciones cardiológicas, negación para ingresar al programa a partir de cierta edad, la actitud al momento de la entrevista bajo justificaciones de que es para evitar riesgos y hacerlo seguro para la gestante.

Extractos representativos:

Una MG comenta que lleva esperando 4 años desde su primer proceso y nadie la aceptaba por el tema de la edad, no obstante, en la clínica concebir de Perú la psicóloga le agradó su “desenvolvimiento” —actitud— y a los 3 días la eligieron para llevar un proceso. — Diálogo entre Ada de Colombia y Begoña de Ecuador.

En otra cita de un anuncio de reclutamiento de MG incluso se utiliza en el discurso los factores de “riesgo” como excusa para hacer inevitable el descarte:

“... Tengas entre 25 y 34 años. Que tu peso corporal sea acorde con tu estatura (para prevenir preclamsia y otros riesgos para ti) ... Que hayas tenido por lo menos un hijo y no hayas presentado complicación en tus anteriores embarazos que de nuevo te pudieran poner en riesgo. Que aceptes una valoración cardiológica que nos diga que todo está seguro para ti.” — Belén, Sinaloa.

Subcategoría: Valoración psicológica

Indicador empírico/observable en el discurso: Exigencia de la salud mental como requisito indispensable para ser aceptada como gestante. La valoración psicológica como requisito indispensable al momento de ingresar al tratamiento.

Extractos representativos:

“...Si tienes entre 18 y 35 años de edad, tienes al menos un hijo, no más de una cesárea, peso adecuado a tu estatura y gozas de salud física y mental comunícate conmigo.” — José, Quintana Roo.

“(...) Que aceptes una valoración psicológica de un equipo de profesionales, que nos garantice que emocionalmente tú no te verás afectada.” — Belén, Sinaloa.

Subcategoría: Seguimiento clínico

Indicador empírico/observable en el discurso: Control médico continuo mediante citas, estudios y programación de tratamiento. Las MG escriben enunciados como “el doctor nos va a decir la noticia” donde la relación médico-paciente se encuentra en un plano activo—pasivo. Palabras como “cita”, “estudio” y “transferencia” suelen ser muy nombradas en el discurso diario.

Extractos representativos:

“Ya casi estoy lista para la transferencia el martes 7 tengo cita y el doctor nos va a decir la noticia...” — Adalia, Michoacán.

“Hoy tube cita para estudio y tengo cita para el viernes y si todo sale bien... el doctor ya nos dirá esta listo para la transferencia.” — Bella, Michoacán.

Subcategoría: Tips—recomendaciones de las MG sobre indicaciones médicas

Indicador empírico/observable en el discurso: Generación de consejos entre las participantes —quienes ya han pasado por el proceso como las que aún están en ello— para cumplir indicaciones médicas. Se mencionan factores influenciables como la alimentación, reposo, hidratación, cuidados. Se tiene un énfasis especialmente después de la transferencia en evitar el estrés, pues llega a afectar la tasa de éxito.

Extractos representativos:

“Yo siempre tomaba Mi medicamentos a tiempo, tomaba suficiente agua, hacía ejercicio moderado, me alimentaba demasiado bien, le baje a los Carbohidratos y Azúcares, deje el té verde y café.... Funciono par las dos veces” — Berenice, Ciudad de México / EdoMex.

“A mí ni me indicaron reposo absoluto solo no cargue pesado y quedé a la primera tranferencia y llegó a termino todo” — Adelaida, Ciudad de México / EdoMex.

“Se sugiere reposo el día de la transferencia máximo al día siguiente luego vida normal sin grandes esfuerzos sin vida sexual ni ejercicio” — Adriana, Guanajuato.

“...es normal sentir como cólicos leves. Reposo, toma mucha agua y super relax, como tip come mucha piña a mí me lo recomendaron mucho y tuve dos procesos exitosos. No cargar nada pesado” — Agustina, Sonora.

“Yo tuve dos tranferencias , en la primera no hice tanto reposo , trate de hacer mi vida normal y no quede embarazada. En la segunda hice reposo un 90% y si quedé. La verdad es difícil determinar en cuál está el éxito de las transferencias” — Berta, Colombia.

Subcategoría: Imposiciones contractuales

Indicador empírico/observable en el discurso: Imposición de prácticas médicas para controlar el proceso de gestación. Se observa que la cesárea suele ser la vía más recurrida para que los Padres de Intención (PI) puedan estar presentes al momento del parto.

Extractos representativos:

“¿En México siempre hacen cesárea? Aquí en Colombia si tuviste parto normales antes te dejan tenerlo así normal” — Aida, Colombia.

La respuesta por parte de una de las participantes fue la siguiente:

“Los doctores la recomienda para poder controlar la fecha y estén presentes los papás, sería cuestión de organizarse checar si puede nacer por parto vaginal” — Betty, Tabasco.

Subcategoría: Sentimientos emanados durante el tratamiento

Indicador empírico/observable en el discurso: Manifestación de emociones intensas por parte de las MG durante el proceso. Se evidencia la repetición de la palabra “ansiedad”, pero también otras emociones como alegría, miedo y nervios, que son compatibles entre las participantes en general.

Extractos representativos:

“Tuve mi transferencia el martes... yo no siento nada solo ansiedad jajaja... A veces hago algunos movimientos y así ... siento como una punzada, me da miedo... y cuando me agacho también” — Candelaria, Colombia.

Este tipo de síntomas son bastante comunes durante la etapa de la transferencias expuestas por las MG como los siguientes:

Anabella de Colombia comenta que le fue muy bien en el proceso, y que en su caso ella lleva dos días tomándose las pastillas y se siente nerviosa.

Por otro lado, Andrea de Michoacán afirma que está en la misma situación, que con este día lleva apenas dos días y cuando sea el día 21 le tocará su primera inyección y a los 12 días su consulta con el doctor, y que los PI están contentos con el avance.

Subcategoría: Recomendaciones de MG para el gestionamiento de las emociones

Indicador empírico/observable en el discurso: Consejos entre gestantes para manejar el estrés, la ansiedad y mantener la calma durante la espera de los resultados. Se detectan elementos de sororidad con consejos recurrentes como relajarse, distraerse en diversas actividades como manualidades y yoga, pensar positivamente y sobre todo evitar el estrés/ansiedad.

Extractos representativos:

“Lo mejor es relajarte, podrías tener náuseas y también no, recuerda que cada embarazo es diferente, tu sólo relájate, alimentate bien y descansa mucho, no hagas nada de esfuerzo.” — Blanca, Estado de México.

“...sólo relájate porque la ansiedad no es buena ,intenta leer. ,caminar ver una película distraete en lo que veas que te relaja ,hasta yoga puedes hacer con mucho cuidado y verás que se pasa la beta espera” — Brenda, Colombia.

“Antes que nada por favor tranquila, no te estreses debes saber que si te estresas, afectas a la implantación. Te recomiendo hacer tus cosas diarias... También recuerda que el tiempo pasa lento, en la beta espera, lo que te ayuda mucho son, manualidades, costura, etc. Toma tus medicamentos a la hora que se te indican, se muy puntual y además come sano... Piensa positivo y verás que dios obrara en ti y para la familia a la que ayudarás.” — Camila, Estado de México.

“En mi primer proceso tuve reposo absoluto y se logró a termino. Mi segundo proceso me dijeron que no hiciera reposo, al contrario me mandaron a caminar y hacer la vida normal inmediatamente, osea saliendo de transferencia que ya hiciera todo normal y mi beta fue negativa, ya no lo seguimos intentando por decisión de los papás. Estoy en mi tercer proceso e igual de super reposo beta positiva de 2 embriónes y ya estamos en la semana 26 seguimos en reposo. Así que mi opinión es que hagan reposo basado en mis experiencias” — Sofía, Sonora.

Subcategoría: Requerimiento de atención psicológica

Indicador empírico/observable en el discurso: Inclusión obligatoria de evaluación psicológica como parte del proceso de selección y acompañamiento. Usuarías preguntan por el proceso de entrevista con la psicóloga(o), radicando la importancia en saber cómo es el entorno familiar de la potencial MG.

Extractos representativos:

“La mía fue como para ver mi historial familiar, la convivencia con ellos... que tanto apoyo tengo de mi familia, y en lo personal que tan realizada estoy en mi vida.” — Cándida, Ciudad de México / EdoMex.

“Que aceptes una valoración psicológica de un equipo de profesionales, que nos garantice que emocionalmente tú no te verás afectada.” — Anuncio de GSM por participante de Sinaloa.

Subcategoría: Estudio socioeconómico

Indicador empírico/observable en el discurso: Verificación de condiciones de vida, ingresos, red de apoyo y estabilidad mediante visita domiciliaria y entrevistas. Usuaris preguntan por el proceso, se enfatiza como elemento subyacente que las condiciones donde viva la potencial MG no sean de riesgo durante su embarazo.

Extractos representativos:

“Van a tu casa te dicen en qué trabajas cuánto ganas, dos referencia de vecinos bajan a preguntarles, y fotos de tu casa dentro y fuera de la fachada. Así fue en mi caso, me preguntaron mi red de apoyo y todo lo pase sin problema... al trabajo conmigo no fueron, pero sin problema podrían ir, y familiares también. Ya que ellos quieren estar seguros de que eres estable. Es de entenderse ya que es mucho lo que está en juego.” — Karina, Estado de México.

“Me pasó igual, van a tu casa, a verificar que este en las condiciones para que tu puedas pasar el embarazo tranquilo... Pues al trabajo no me toco a mi, y no hablaron con ningun familiar mas que los que estaban aqui” — Brígida, Ciudad de México / EdoMex.

Subcategoría: Normalización de efectos producidos por la medicalización

Indicador empírico/observable en el discurso: Atribución de efectos secundarios a la medicación hormonal restándoles gravedad. Se detecta en las narrativas de las gestantes síntomas producidos por el medicamento como sueño, dolor de cabeza y sensibilidad en los

pechos. Ante estos comentarios se atribuye a las condiciones fisiológicas diferentes de cada cuerpo.

Extractos representativos:

“A mí la medicación solo me a producido sueño. Y un poco de dolor de cabeza de ahí todo bien.” — Brigitte, Perú.

“Yo tengo 8 día de mi transferencia y desde el primer dia sentia q me iva a bajar. Hace 4 días con y con ganas de ir al baño a cada rato. Y mis pechos con sensibilidad.” — Brunilda, Michoacán.

“El primogyn es un estrógeno que ayuda a engrosar tu endometrio, que es justo lo que se realiza en la preparación endometrial (engrosar el endometrio) para que el embrióncito tenga mayores posibilidades por que ahí lo depositarán y se espera que ese endometrio sea fuerte para mayor implantación. No te asustes, recuerda que cada cuerpo es diferente, mantén la calma, lo estás haciendo bien notificarle a tu médico, lo agradecerá bastante y así puedas tomar decisiones positivas para ti y tu programa...” — Alejandra, Quintana Roo.

“Es normal, algunos doctores te dan tratamiento para que te baje de nuevo y otros prefieren esperar... No te preocupes pronto llegará” — Carla, Sonora.

“Básicamente has tenido todo un proceso de preparación hormonal, con todas esas hormonas hacen creer a tu cuerpo que ya estás embarazada es por eso que realmente no sientes ningún cambio. Aproximadamente en dos semanas después de la transferencia vas a empezar a sentir un poco más de síntomas, conforme vayan quitando algunos medicamentos vas a empezar a sentir algunos síntomas...” — Catalina, Ciudad de México / EdoMex.

“Muchas veces se sientes malestares Pero son a causa del medicamto ,así como puedes no sentir nada y haber pegado ya el embrión...” — Alfonsa, Colombia.

“...algunas veces puedes sentir un pequeño cólico y muchas ganas de orinar” — Caridad, Sonora.

“...a lo mejor te vas a sentir un poquito más inflamada y si te agachas es como si apachurraras tu útero y obviamente lo sientes distinto, Pero no pasa nada es normal así como los cólicos es también una respuesta de tu útero que está teniendo ante la implantación del embrión” — Dafne, Ciudad de México / EdoMex.

“Si el medicamento te hace muchos cambios . Yo pesaba 57 kilo a hora tengo 5 kilos de más. Y todo lo q me falta”— Dalila, Michoacán.

“Si haces muchos cambios, en el cabellos, en el peso, la piel , no a todas pero si hay cambios” — Damaris, Tabasco.

“...En realidad depende el cuerpo... Eso sí debes decirle a tu doctor. Para que te recete ...Y sobre la medicacion , si o si debes tomar y seguir los horarios. Por el bb. Así como te digo Ami fue hasta que cumplí los 3 meses.” — Ana, Perú.

Subcategoría: Comparación de los medicamentos

Indicador empírico/observable en el discurso: Intercambio de nombres de medicamentos y protocolos entre usuarias para contrastar tratamientos. Se mencionan medicamentos como progesterona, ronfase, primogyn, sandrena y geslutin.

Extractos representativos:

“Ustedes que medicamentos tuvieron en esos días ?” — Dana, Colombia.

Algunas de las respuestas por diversas MG como Carlota de Argentina fueron progesterona y ronfase, o en el caso de Ámbar de Ciudad de México / EdoMex menciona Primogyn, pero otras usuarias comentan el uso de óvulos de progesterona y Provera.

Dimensión: Administración legal de la reproducción

Subcategoría: Requerimiento de la formalización contractual

Indicador empírico/observable en el discurso: Exigencia de formalización notarial y seguros como condición del proceso. Las MG priorizan tanto en anuncios, recomendaciones y experiencias propias, ya sea por agencia/clínica o de manera independiente contar con soporte legal y médico que las ampare.

Extractos representativos:

“Si algún papi o mami quiere hacer su proceso con tiempo sin prisas, en 1 año aproximadamente estaré lista para gestar nuevamente...Firmo contrato ante notario.” — Amalia, Estado de México.

“Pues mira yo le dije que aceptaba siempre y cuando fueran en las mismas condiciones que me había puesto la agencia que era contrato bajo notario, el seguro de vida, el seguro de gastos médicos mayores, que se pagaran todas las consultas transporte estudios y demás...” — Alma Celeste, Ciudad de México / EdoMex.

“Yo en México, estoy de manera independiente sin agencia pero si con contrato” — Celia, Sonora.

Subcategoría: Amparo del contrato ante situaciones de riesgo

Indicador empírico/observable en el discurso: Uso del contrato notarial como respaldo legal ante posibles conflictos. El uso del contrato notarial ante situaciones no contempladas tanto por parte de los PI como MG.

Extractos representativos:

“llevo un proceso con una madre subrogada... la chica no me quiere dar el bebé... ? Estoy en Colombia. Y se auténtico firmas y todo en la notaría.” — Cinthia, Colombia.

Subcategoría: Derechos y obligaciones en los contratos

Indicador empírico: Percepción de la libertad de la gestante para retirarse del proceso antes del embarazo. Se puede hacer uso del contrato para situaciones como malos tratos o incumplimiento por parte de la agencia/clínica o los PI.

Extractos representativos:

“Tú puedes estar donde desees ,un contrato no obliga a menos que estés en embarazo o en beta espera ,te puedes retirar sin problema” — Danet, Colombia.

Categoría 2: Biomercantilización

Definición conceptual: Proceso por el cual la reproducción y la capacidad gestante se convierten en bienes o servicios comercializables dentro del mercado global (Spar, 2006).

Dimensión: Subrogación como servicio reproductivo

Subcategoría: Búsqueda de MG por parte de agencias/clínicas

Indicador empírico/observable en el discurso: Oferta explícita de compensación económica a cambio del proceso de gestación. Se observa en los anuncios por parte de coordinadoras(es) gestacionales enunciados como *“excelente compensación”*, *“compensación justa”*, *“bono de gratificación”* y *“bonos extras”*. O en su defecto se pone la cantidad tentativa total a recibir finalizando el proceso.

Extractos representativos:

“Solicito chicas DE cancen... que quieran alquilar su vientre excelente compensacion \$\$\$\$\$”

— Daniela, Ciudad de México / EdoMex.

“BUSCO MAMÁS SUBRROGADAS... recibirás una compensación justa” — Sofía, Quintana Roo.

“Hola a todas Estoy en busqueda de madres subrogadas en Cancún, trabajo para New Life México. Contamos con la mayor compensación, además de tener a los mejores...” — Sofía, Quintana Roo.

“Chicas que deseen ser gestantes Edad de 20 a 35 años Vivir en CDMX o EDOMEX, TOLUCA Y PUEBLA, compensación económica de 375,000 más bonos de pasajes” — Clara, Morelos.

“Bono de gratificación de 375000 más posibles bonos extras” — Claudia, Ciudad de México / EdoMex.

Subcategoría: Anuncios en búsqueda de MG independiente

Indicador empírico/observable en el discurso: Demanda de gestantes por parte de PI de forma directa sin intervención de agencia. Se observa en el grupo dinámicas de PI que desean informarse y aquellos que buscan una MG para zonas en específico, ya sea en su país o donde la subrogación esté regulada.

Extractos representativos:

*“¿De casualidad **hay una madre gestante de CDMX?**”* — Marco, Ciudad de México / EdoMex.

*“Hola muy buenos dias, **busco gestante en Tijuana**”* — Clemencia, Baja California.

*“**BUSCO ALQUILAR ALGUN VIENTRE. SOY DE BUENOS AIRES**”* — Martín, Argentina

*“**Busco algun vientre para subrogación.** Lugar: Satelite Estado de Mexico Buenos Aires. Matrimonio Busco alguien que sea de la zona para poder **llegar a alguien acuerdos.** Mas info al privado.”* — Débora, Ciudad de México / EdoMex.

*“Hola buenas noches **buscó chica que quiera hacer el proceso en Colombia, exactamente e(Ibagué Tolima)** pará más información al interno gracias”* — Arantza, Colombia.

*“Estoy buscando ser padre y me pregunto si hay alguien aquí que tenga experiencia en **gestaciones independientes** que pueda orientarme. Me interesa sobre todo saber **cuanto dinero debo tener para poder pagar todo lo que se necesita.** Soy del Estado de Mexico”* — Demetrio, Ciudad de México / EdoMex.

*“buenas noches, **alguna mujer que alquile su vientre,** en el area de la laguna o en el norte de mexico? de preferencia en durango y coahuila.”* — Diana, Coahuila.

*“Buena tarde **Solicito Gestante en la ciudad de puebla por favor**”* — Edith, Guerrero.

“Hola seguimos buscando madre subrogante en Bogotá, debe ser colombiana....” — Elsa, Colombia.

*“...quisiera saber si alguien de aquí del grupo es de Querétaro, México, que este **interesada en rentar su vientre?**”* — Participante de Hidalgo.

Subcategoría: Anuncios de MG en búsqueda de agencia/clínica

Indicador empírico/observable en el discurso: Oferta de servicios de gestación por parte de mujeres que buscan agencia o clínica. Se observa que las MG buscan agencias o clínicas cerca de su lugar de residencia.

Extractos representativos:

“Hay alguna agencia de México que acepte chicas de Puebla. Ya hice un proceso anteriormente y ya se todo el proceso, no tuve ningún inconveniente” — Elizabeth, Puebla, Tehuacán.

“Alguna agencia en Barranquilla” — Fabiana, Colombia.

“Hola busco alguna agencia en (guadalajara) México para alquilar mi vientre” — Fanny, Jalisco.

Subcategoría: Anuncios de MG en búsqueda de PI

Indicador empírico/observable en el discurso: Oferta directa para gestar a PI sin intervención de agencia/clínica. Se evidencian elementos en los anuncios de las gestantes como “contacto directo con padres” o “busco con padres directos”.

Extractos representativos:

“busco ser gestante con padres directos y con su respectivo abogado. Soy de buenos aires ,zona sur , 30 años,tengo 3 hijos parto natural super normal, una persona sana” — Amelia, Argentina.

“Buenos días alguna persona interesada en un vientre soy de cali Colombia,busco trabajo directo y que no les importe mi color de piel soy madre de 2 niñas y un proceso exitoso anteriormente en España” — Amparo, Colombia.

“Hola buenas noches soy de Tabasco y me gustaría ser madre gestante actualmente me encuentro sana y sin vicios solo e tenido un envarazo ya que estudio entonces me gustaría apoyar a papitos que estén interesados en buscar auna gestante puedo viajar pero me gustaría poder llevar el procedimiento aquí...” — Clarisa, Tabasco.

“Hola buenas noches soy chilena tengo 25 años completamente sana tengo un hijo de 3 años sanito y muy feliz alquilo mi vientre a personas realmente responsables con el tema cobro 15.000 millones chilenos” — Constanza, Chile.

“Hola me llamo mireya, tengo 29 años 2 embarazos 1 cesárea 1er embarazo mi hijo parto natural , 2do embarazo gemelar cesárea subrogado, Soy madre subrogada mi proseso fue independiente y quiero volver a ayudar a otra pareja a lograr su sueño, estoy a la orden. En leon gto” — Dolores, Guanajuato.

“Hola buenos días soy ... de 38 años de edad sana interesada en ser madre subrogada busco contacto directo con padres directamente gracias” — Edna, Colombia.

*“Busco papás de intención, Soy Gestante con experiencia de dos procesos exitosos, trabajo de manera independiente. 33 años, Unión libre , 3 partos propios, 2 cesáreas de subrogación, Primera embarazo único, Segunda gemelar. Vivo en el estado de sonora con **disponibilidad de viajar a proceso.**”* — Emilia, Sonora.

Subcategoría: Anuncios de agencia/clínica en búsqueda de PI

Indicador empírico/observable en el discurso: Oferta de servicios de agencia para captar PI. Coordinadores(as) gestacionales buscan PI para ciertas zonas específicas.

Extractos representativos:

*“Hola estoy en busca de una familia para **cumplir sus sueños de ser padres**,pero que quieran **unirce ala agencias Vip subrogacy**”* — Participante de Ciudad de México / EdoMex.

Subcategoría: Anuncios de MG neutrales para subrogar

Indicador empírico/observable en el discurso: Manifestación de interés genérico en ser gestante sin tipificar. Se recopilan en este apartado aquellos anuncios de MG que no especifican en sus oraciones si quieren contrato directo con PI o desean adherirse a una agencia/clínica.

Extractos representativos:

*“Hola buenos días soy de Villahermosa Tabasco tengo 28 años **sana sin vicios** **1 hijo busco ser madre gestante** solo que busco que el procedimiento sea aquí ya que estudio los sábados **si podria viajar para el procedimiento pero entre semana**”* — Elina, Tabasco.

*“**Alguien en busca de gestantes** que desee realizar su proceso en cdmx o Guadalajara??”* — Dominga, Tabasco.

*“Hola buenas tardes. **estoy interesada en alquilar mi vientre**”* — Cori, Colombia.

*“Hola buenas noches soy de veracruz México **por si les interesa. Voy a cumplir 30 años**”* — Cristina, Veracruz.

*“Hola, **me interesa ser gestante** . Soy de la CDMX, tengo 25 años . **Ya fui gestante , 2 partos naturales**”* — Dina, Ciudad de México / EdoMex.

*“Soy de medellin colombia tengo 34 años con 2 hijos por parto natural de 16 y 18 años **me interezaria ser madre gestante** ... esta soy yo y mis 2 hijos”* (adjunta foto de ella con sus dos hijos) — Elida, Colombia.

*“**Me gustaría dar alegría a una familia siendo madre subrogada**, soy de chile tengo 34 años.”* — Federica, Chile.

*“...Tengo 27 años , 1 embarazo propio , 1 embarazo subrogado **Me gustaría volver a gestar para una pareja. Trato serio y confidencial. Se cómo se debe cuidar uno. Firmo ante notario** . Soy divorciada.”* — Felicia, Estado de México.

*“Hola soy cubana madre de un niño de 3 años todo fue parto natural..**gozo de buena salud y no tengo vicios..me gustaría ayudar a personas q no pueden coindicir un niño yo me ofrezco a alquilar mi vientre**”* (adjunta imagen de ella) — Gabriela, Cuba.

*“Soy cubana 29años **estoy dispuesta a alquilar mi vientre soy fértil y saludable** , quien le interese me puede contactar”* — Georgina, Cuba.

*“Hola soy Peruana 29 años 2 niños **sanos dispuesta a ayudar a una pareja a cumplir su anhelado sueño de ser padres xon mucba responsabilidad y cariño**”* — Fernanda, Perú.

“... tengo 25 años soy Mexicana. **Busco alquilar mi vientre o donar ovulos.** Tengo una niña de actualmente 3 años fue parto normal sin complicaciones, **excelente salud**, mido 1.69 y peso 69 kg. Hermosillo, Sonora **dispuesta a viajar**” (adjunta imagen de ella) — Genoveva, Sonora.

“... del estado de Sinaloa, **estoy interesada en ser gestante**” — Geraldine, Sinaloa.

Dimensión: Dimensión transnacional del proceso: Turismo Reproductivo (TR)

Subcategoría: Oferta-demanda por parte de MG, PI y agencias/clínicas de subrogación

Indicador empírico/observable en el discurso: Movilidad internacional de MG y PI para realizar el proceso en otro país. Se detectan enunciados que enfatizan la palabra “visa”, “disponibilidad de viajar” y la locación donde radican los interesados.

Extractos representativos:

“¿cómo puedo **rentar mi vientre** en Estados Unidos? **Cuento con visa**” — Flor, Sonora.

“...**necesito a alguien que pueda venir a tener el bebé a Austin Texas...** Preferible de Cuba o México.” — Participante de Estados Unidos.

“**Hola buenos días alquilo mi vientre soy de Monterrey tengo 29 años con disponibilidad de viajar pasaporte 1.**” — Emilia, Nuevo León.

“... tengo 27 años 1 hijo sano de 4 años 1 proceso con éxito a la primera transferencia di positivo. 2 cesáreas... **Viajo sin problema con 1 acompañante, (por seguridad) ... Soy del Estado de México**” — Emma, Estado de México.

“... tengo #19 años, un bebe de 6 meses parto normal y estoy dispuesta a viajar” — Amparo, Colima.

“Hola buena noches me podrian recomendar una agencia tengo visa porfavor” — Anahí, Baja California.

Subcategoría: Comparación de precios, ventajas y desventajas

Indicador empírico/observable en el discurso: Evaluación de costos, pagos y ventajas entre países, así como modalidades. Se agrupan aquellos comentarios que indican información o comparaciones entre países como Estados Unidos versus Latinoamérica, el proceso independiente versus agencia/clínica, los deducibles como impuestos y los costos/ganancias por cubrir ya sean PI o MG.

Extractos representativos:

“Osea si es cierto que en EEUU pagan desde 55 mil dólares a las gestantes (dependiendo) pero tienes que estar legal para poder hacer los papeles.. y los padres son generalme de china o paises de asia y pagan unos 250 mil dólares por todo el proceso en agencias!! Pero siendo que nosotras estamos en LATAM el pago mínimo que puede solicitar una gestante directamente con los padres va desde los 13, 15 mil dólares en adelantes pero no hay que exagerar... En LATAM no se gasta como con EEUU... Ya tampoco lo vean como un negocio redondo por qué ahí si hay penalidades judiciales..” — Amanda, Perú.

“En EEUU es legal , unos de los requisitos mínimo es que sea residente y tienes que tener en cuenta que de tu pago vas pagar el 30 % de impuestos” — Cruz, Tabasco.

“Hola yo lleve mi proceso independiente. Pero los costo van variar de lo que la pareja decida y el lugar que elijan para hacer su proceso.” — Participante de Tabasco.

“... Aunque te recomiendo que si es tu primera gestación si lo hagas bajo una agencia porque así ellos se hacen responsables prácticamente de todo Lo que también te voy a recomendar es que busques una agencia donde los papás de intención te transfieran directamente a ti Porque en muchas agencias manejan que el pago lo hacen los papás a la agencia y hay veces que la agencia te quiere cobrar algunas cosas y pues ya no te cae tu pago directo...” — Encarnación, Ciudad de México.

“Son como 50 aprox mil lo que cobra insemer por servicio . Más 10 mil mes de medicamentos originales 10 meses 100mil pesos mas 500 de la subrogada Más hospital 60 mil parto Seguro de gastos médicos 40 mil pesos, 30 mil ginecólogo, 10 meses 40 tramite legal = 820 mil Y margen de emergencia viáticos hospedajes alimentación (180 mil) En mi caso no me tuvieron limitada y aproximado fueron esos gastos.. A mi se me fue aparte el seguro vida con el uso del parto ya que por subrogado no cubre... solo fue por protocolo y seguridad de una emergencia mayor... cada quien maneja distintos los gastos en mi caso no se me escatimó Para un compromiso tan fuerte si es importante que cuente mínimo el millón por una emergencia de gravedad” — Gema, Baja California.

“Bueno en Perú la FIV sale como 7 mil dólares aprox. Y aparte si deseas hacer trato directo con la gestante” — Florencia, Perú.

“... Me interesa sobre todo saber cuanto dinero debo tener para poder pagar todo lo que se necesita. Soy del Estado de Mexico. R: Como 1 millón... 50 mil dólares.” — Diálogo entre Salvador, Baja California y Teresa, Morelos.

Dimensión: Percepción económica de la subrogación

Subcategoría: Motivación monetaria atribuida por las MG

Indicador empírico/observable en el discurso: Reconocimiento explícito del dinero como motivación principal o secundaria para subrogar. Se identifican opiniones divididas en la comunidad, por parte de las gestantes si bien hay dinero de por medio hay un interés genuino de empatía hacia los PI.

Extractos representativos:

“la vd si es trato directo no se bajen de 20 mil dls por que los padres de intención pagan mucho más a la agencia por nosotras” — Geraldina, Baja California.

“Pues esta bien los 15 pero si hay personas ya lo hacen como negocio.” — Participante de Michoacán.

“Entendemos que muchas lo hacen por la compensación, y otras por ayudar... y es válido, cada quien tiene sus razones.” — Haydee, Ciudad de México / EdoMex.

“Pues yo tengo 26 años y yo lo hago por la ayuda.quedan por que también hay palitos que solo piensan en ellos... Y ya soy mamá ya se que es tener nuestros hijos y la ayuda.es para ambos...”
— Gina, Veracruz.

Dimensión: Información sobre agencias/clínicas

Subcategoría: Recomendaciones/calidad del servicio para subrogar

Indicador empírico/observable en el discurso: Evaluación de agencias/clínicas basadas en experiencias positivas o negativas. Se detecta que la mayoría de las usuarias ha comentado negativamente sobre la agencia *Gestación Sustituta México*. En el caso de Colombia la clínica *Celagem* es catalogada como la mejor, aunque el tiempo de espera sea largo al principio.

Nota: Los extractos de esta subcategoría se encuentran detallados en el apartado anterior sobre opiniones de las usuarias de agencias/clínicas, específicamente el 7.9.2. “Observación digital por WhatsApp (WA) en el grupo de “Maternidad Subrogada” (MS).

Dimensión: Selección diferenciada de actores

Subcategoría: Filtros para MG y PI

Indicador empírico/observable en el discurso: Aplicación de criterios excluyentes para aceptar gestantes. En el discurso tanto de anuncios como experiencias narradas por las MG se detectan factores como la edad, número de cesáreas previas, tiempo desde el último parto e incluso si han llevado un proceso anterior. Un factor importante para destacar es que las que comentan son únicamente MG, se desconoce si existen filtros para los PI al momento de desear ingresar a un programa de subrogación.

Extractos representativos:

“A mí no me quisieron aceptar por qué ya había llevado un proceso anterior.”— Gisela, Sonora.

Usuaría pregunta a otra participante que comparte su proceso ya concluido de subrogación sobre cómo le hizo para ser admitida en una clínica ya que por regla general —cuestión de embarazo de alto riesgo— se permite solo hasta los 35 años o si hizo trato directo con los PI. Ella comenta

que al hacerle la valoración médica y exámenes psicológicos salió apta por lo cual el médico le dio el visto bueno para iniciar el proceso. — Diálogo entre Heidi, Colombia y Jacinta, Ecuador.

“Buen día en las agencias mínimo tienes q tener más de 1 año tu hijo” — Ignacia, Michoacán.

“Las clínicas en su mayoría no aceptan con dos cesáreas, por riesgo” — Eloísa, Colombia.

“Hola, mínimo 12 meses de su última cesárea” — Gladis, Ciudad de México / EdoMex.

Dimensión: Carga corporal y emocional femenina

Subcategoría: Impacto subjetivo del proceso

Indicador empírico/observable en el discurso: Manifestación de afectación emocional ante fallos o dificultades en el proceso. Se detectan en las narrativas personales de las MG sentimientos como tristeza, frustración y ansiedad, sobre todo cuando ya han pasado por varias transferencias fallidas.

Extractos representativos:

“Yo después de una transferencia negativa iba por mi segunda transferencia y me cancelo la pareja a solo dos días, me ordenaron provera y me volvió loca jajaja me sentía súper enojada, súper triste y sin ganas de nada. Ya terminé de tomarla y apenas me estoy regulando de mis emociones para iniciar con primogyn para una nueva transferencia.” — Ileana, Sonora.

“...Ya tuve la primera transferencia y no quede en embarazo , se cambiaron los papitos y estos quieren ponerme dos embriones por mí no hay problema de gestar gemelos feliz y encantada, pero si me gustaría saber si tengo más posibilidades de quedar embarazada Estuve al pie de la

letra con los medicamentos pero fue muy duro no quedar embarazada porque hasta me tuve que cambiar de ciudad” — Hermelinda, Colombia.

“Si aumenta la posibilidad, aún que también aumenta la posibilidad de gestar embarazo gemelas. Todo dependerá de dios y de tu cuerpo...si aumenta la posibilidad, Pero debes ser muy puntual en tus medicamentos y súper aplicada en tus indicaciones, cuidados y de más. También la tranquilidad y no estresarte durante el proceso ayuda a qué des positivo. ay un 50% con 1 embrión aumenta al 70% con 2 embriones” — Daría, Estado de México.

“9 días post transferencia y prueba de orina negativa, es mi segunda transferencia fallida , no sé que pasa yo sigo todas la recomendaciones ... es muy extraño porque mis exámenes están bien, los controles ... Todo , pero cuando me hacen las transferencias no quedo por más que me cuido Respuesta de participante: Pueden ser muchos factores, no necesariamente eres tú, puede ser que el embrión sea de mala calidad, o no sea lo suficientemente “fuerte”. Hasta puedo decir que los medicamentos que mandan los doctores no siempre son los acertados...” — Diálogo Aurora, Colombia y Azucena, Ciudad de México.

Dimensión: Vulnerabilidad en el proceso de subrogación

Subcategoría: Estigmatización moral

Indicador empírico/observable en el discurso: Crítica entre la comunidad del grupo por diferencias emocionales y motivacionales. Se hace alusión a que las mujeres interesadas por primera vez en el proceso o que ingresan por primera vez se les juzga por hacer preguntas que deberían ser para el personal a cargo de su tratamiento.

Extractos representativos:

“Las reinas de la tranquilidad y además altruistas que hacen procesos por puro amor jejeje. Para que hacen grupos donde las mujeres no pueden expresar lo que van sintiendo porque van a caer a criticarlas. Falta de empatía como siempre entre mujeres unas creyéndose mejor que otras unas creyéndose mejor que otras y por ahí un par de hombres hablando de lo que jamás van vivir” — Berta, Colombia.

“Más aya delo económico es un acto de amor y de empatía.. sobretodo también algo de valentía. Por qué un embarazo no es cualquier situación.. arriesgan en ocasiones hasta la vida propia... Es un acto muy altruista...” — Alfonso, Sonora.

Dimensión: Vulnerabilidad en el proceso de subrogación

Subcategoría: Situaciones de riesgo/estafa

Indicador empírico/observable en el discurso: Advertencia sobre fraudes y personas con intenciones subversivas en contactos por redes sociales. Las MG identifican y avisan a las interesadas en conseguir PI que deben tener cuidado al momento de recurrir a las redes sociales por situaciones de estafa o incluso perversión ocasionalmente.

Extractos representativos:

“Yo ingrese a ciertos grupos pero a veces son estafadores en mi caso cada morgoso pero nada serio .pero igual estoy disponible en alquiler de vientre peru .” — Florencia, Perú.

“Mucho depravado y también estafadores... Pero siempre puedes conseguir una buena pareja ahí encontré para mis 3 Procesos” — Gisela, Sonora.

Categoría 3: Maternidad Intensiva

Definición conceptual: Construcción sociocultural que asocia la maternidad con amor incondicional, entrega, protección y apego, situando a la madre como principal responsable del cuidado (Hays, 1998). Esta postura se tensiona en la subrogación por la separación entre gestar y maternidad.

Dimensión: Significado subjetivo de ser madre

Subcategoría: Representación afectiva y moral

Indicador empírico/observable en el discurso: Definición atribuida por las propias MG. Se atribuye en la experiencia narrada el calificativo de “madre subrogante” en tanto que se hizo una “colaboración” para gestar el embrión de alguien más.

Extractos representativos:

“Buenas noches con todos les quiero compartir mi experiencia en ser madre subrogante, gracias a unos padres maravillosos que confiaron en mi y me dieron la oportunidad de ser su colaboradora a pesar de mi edad, ya que tengo 42 años y pude ayudar a esa familia a traer a su bebé este 11 de marzo, nació muy saludable y ellos muy felices por tener a su nuevo integrante en la familia. Fue mi segundo proceso y todo salió muy bien para todos.” — Melissa, Ecuador.

Dimensión: Escisión entre gestación y maternidad

Subcategoría: Separación discursiva entre la gestación como proceso corporal y la maternidad como vínculo genético—afectivo.

Indicador empírico/observable en el discurso: Separación discursiva entre la gestación como proceso corporal y la maternidad como vínculo genético—afectivo. Se evidencia en las opiniones y preguntas una tendencia a la des(vinculación) si la gestante aporta o no su óvulo.

Extractos representativos:

“solo fue el vientre -una subrogación total-” — Doris, Ecuador.

“mi cuñada menciona la opción de que ella también fuera la donadora de ovulo, nos encanto la idea porque así el bebe tendría la genética de ambos, pero mi pareja y yo no sabemos si afectaría a futuro, no nos gustaria que eso genere algun conflicto. No se que tanto apego pueda generar mi cuñada hacia el bebe si ademas de ser la gestante, tambien sea la mama biologica. Creen que sea mejor que el ovulo sea de un donador anonimo?” — Brandon, Ciudad de México.

Dimensión: Filiación

Subcategoría: Centralidad de la genética

Indicador empírico/observable en el discurso: Argumentación sobre la primacía del vínculo genético sobre el gestacional para determinar la pertenencia del bebé. Se detecta que los participantes concuerdan en que tanto biológica como legalmente en caso de que la MG aporte su óvulo el proceso de subrogación se llega a complicar en caso de que no desee dar al bebé incluso con un contrato de por medio.

Extractos representativos:

“En mi opinión no debe ser la donante, aunque en este momento te suene buena idea la alarga puede generar conflictos. Y al ser ella la madre puede negarse a darle el bb / Eso descartalo.

Que sea de una donadora es lo mejor. Por más que sea tu familia no / En la gestación subrogada no debe de ser la gestante también donadora del óvulo, aunque lo quiera hacer por cuestiones de genética. / Te recomiendo que ella no sea la donante de óvulo puesto que legalmente sería la mamá y si ella quisiera podría no entregarles al bebé” — Diálogo entre Elena, Ciudad de México, Dulcinea, Tabasco, Esperanza, Perú y Eva, EdoMex.

“Si utilizaron sus óvulos ella tiene las de ganar. Por que ella es la mamá biológica del bebé...Bueno si es un tema complejo ya que ella es la madre y tu el padre yo no soy especialista en el tema pero podría ser que compartan la custodia a menos que en el tribunal o donde quiera que lleven su caso decida ceder los derechos a y no de los dos” — Participante de Jalisco.

“Si quiere quedarse con el bebé puede hacerlo por más contrato que hicieran. Una conocida hizo así porque puso los óvulos y después se arrepintió de entregar el bebé y ahí lo tiene ya está como de 1 año , todavía pelean la custodia pero no se lo han podido quitar.” — Jasmine, Colombia.

Dimensión: Recepción social generacional

Subcategoría: Diferencia etaria

Indicador empírico/observable en el discurso: Se observa un debate interno entre las propias MG sobre la edad mínima para subrogar, vinculando juventud con falta de madurez mental y emocional.

Extractos representativos:

Una participante del grupo expresó con contundencia esta asociación:

“las de 20 a 28 años no saben en verdad que es traer un BB al mundo... y aveces es xr dinero”

— Susana, Michoacán.

Este comentario generó una réplica inmediata por parte de otra MG, quien cuestionó la generalización y defendió su capacidad como gestante a pesar de su juventud:

“Toda la razón y no por ofender... las de 20 a 28 años no saben... Yo tengo 26 años... creo que no hay que generalizar.” — Rosalinda, Veracruz.

La discusión continuó con una tercera participante que, también desde una posición etaria similar, defendió su desempeño en el proceso:

“Yo también tengo 28 e igualmente hice el proceso como se debe y tomo las medicinas que manda el obstetra creo que no hay que generalizar tampoco por las edades y aún llevo el embarazo bien por suerte” — Ruperta, Argentina.

El hecho de que este debate ocurra entre las propias MG, y no solo entre agencias y candidatas, revela que el control biopolítico sobre el cuerpo gestante no es exclusivamente vertical— impuesto por las instituciones— sino también horizontal, reproducido y negociado entre pares. Las MG se convierten en vigilantes de la “idoneidad” de otras MG, internalizando los criterios de selección del mercado y aplicándolos en sus propias interacciones.

La edad, por tanto, no es solo un filtro institucional, sino un dispositivo simbólico que las propias MG emplean para distinguirse entre sí, estableciendo una jerarquía de “legitimidad” que puede llegar a ser más rígida que la impuesta desde afuera.

Dimensión: Eufemización discursiva

Subcategoría: Reetiquetación simbólica

Indicador empírico/observable en el discurso: Uso de términos suavizados o metafóricos para referirse a la Gestación Subrogada (GS). Se busca evitar otros términos como “vientre de alquiler” y se incentiva al acto como altruista a pesar de la compensación económica.

Extractos representativos:

Uso de la frase “Mamá Cigüeña” en imágenes publicitarias. — Imágenes de *All In Surrogacy* (varias fechas).

“tu vientre puede ser el inicio del milagro de alguien más”

“comparte la felicidad de ser madre con quienes anhelan serlo!”

Nota: Los extractos de esta subcategoría se encuentran detallados en el inciso b) “Sobre el uso de las expresiones en las agencias y personal encargado del proceso de Gestación Subrogada (GS)”.

Las categorías analíticas presentadas —biopoder, biomercantilización y maternidad intensiva— surgieron de un proceso de codificación abierta y axial, mediante la comparación constante de los discursos registrados en la bitácora de campo, en diálogo con el marco teórico del estudio. Cada extracto ha sido anonimizado para preservar la identidad de las personas participantes, respetando la integridad de sus expresiones originales.

b) Sobre los efectos producidos por la medicalización durante la transferencia embrionaria

En una de las subcategorías abordadas en la bitácora de campo digital se identificó en varios de los diálogos entre usuarias una comparación de qué medicamentos fueron los que les recetaron para la preparación endometrial antes de transferir los embriones que se van a gestar. Se identificaron en las narrativas una frecuencia a dos medicamentos en específico en los cuales se profundizará que son Provera y Primogyn, de los cuales se abordará más a profundidad para contextualizar lo que ya se ha informado por parte de algunas participantes en el grupo de MS. Se realiza el descarte de los otros medicamentos mencionados —sandrena y geslutin— al ser de menos tendencia y para evitar extenderse demasiado en el tema, por lo cual se considera que dos son suficientes para mostrar las consecuencias de la medicalización a las gestantes.

Se resaltó, tomando en cuenta los testimonios de las MG sobre los efectos secundarios al momento del tratamiento el impacto hormonal, como cambios de humor, dolor de cabeza, sueño excesivo, ganas de orinar constantes, sensibilidad en los pechos, sangrado leve, aumento de peso entre otros efectos. Las narrativas sobre la medicalización y sus efectos no se profundizan en la tabla de análisis de categorías porque consideramos que un apartado que profundice y esclarezca sus usos es valioso al mostrar cómo se normativiza estos síntomas, y aparte hay un profundo arraigo en la autorización del médico que les administran estos medicamentos.

❖ Provera (Acetato de Medroxiprogesterona)

El acetato de medroxiprogesterona (MPA), conocido comercialmente como Provera en su presentación oral y como Depo—Provera en su formulación de depósito intramuscular, es un progestágeno sintético derivado de la 17—hidroxiprogesterona. Aunque clásicamente se ha empleado como anticonceptivo de larga duración y en el tratamiento de diversas patologías

ginecológicas, su uso en el contexto de la gestación subrogada es limitado y generalmente se restringe a la preparación del endometrio de la receptora o a la supresión de la ovulación de la donante.

Vías de Administración y Formulaciones

El MPA se presenta en dos formulaciones principales:

- Oral (Provera): disponible en comprimidos de 2,5 mg, 5 mg y 10 mg (Rogines—Velo et al., 2012, p. 472). La administración por vía oral es la más frecuente para el manejo de trastornos menstruales y para la preparación endometrial en ciclos de reproducción asistida.
- Intramuscular de depósito (Depo—Provera): se administra en dosis única de 150 mg por vía intramuscular profunda, generalmente en el músculo glúteo (Petta et al., 1998, p. 817). Esta formulación se emplea fundamentalmente como anticonceptivo de larga duración, con una eficacia que se extiende por 13 semanas.

Uso en la Gestación Subrogada (GS)

En la GS, el MPA puede tener dos aplicaciones principales, aunque no existe un consenso establecido ni una indicación específica aprobada para este fin:

1. Preparación del endometrio de la MG: en algunos protocolos de preparación endometrial para la transferencia de embriones, se administra MPA oral en dosis de 5 mg a 10 mg al día durante 5 a 10 días, en la segunda mitad del ciclo menstrual, para transformar el endometrio y hacerlo receptivo. Esta pauta es similar a la empleada para el tratamiento de la amenorrea secundaria o el sangrado uterino disfuncional (Rogines—Velo et al., 2012, p. 472). Sin embargo, en la práctica clínica habitual se prefieren otras formulaciones de progesterona —micronizada

vaginal o intramuscular— para este propósito, debido a su perfil de efectos secundarios más favorable y a que imitan más fielmente la progesterona natural.

2. Supresión de la ovulación en la donante de ovocitos: en los ciclos de donación de ovocitos, puede utilizarse la formulación de depósito intramuscular para suprimir la ovulación de la donante y sincronizar su ciclo con el de la receptora. La dosis empleada es la misma que para la anticoncepción: 150 mg de Depo—Provera, administrados entre el día 1 y 5 del ciclo menstrual (Petta et al., 1998, p. 817).

En cualquier caso, la utilización de MPA en la GS debe ser individualizada y supervisada por un especialista en reproducción asistida, dado que existe escasa evidencia que respalde su uso sistemático.

Efectos Secundarios

Los efectos adversos del MPA son dosis dependientes y más frecuentes con la formulación de depósito. Se clasifican en:

- Efectos neuropsiquiátricos: diversos estudios han señalado una asociación entre el uso de MPA y la aparición o empeoramiento de síntomas depresivos. En un estudio de farmacovigilancia, el acetato de medroxiprogesterona mostró señales positivas tanto para depresión como para depresión mayor, e incluso se identificó una señal para ideación suicida (Gao et al., 2025, p. 5). Asimismo, se ha descrito que el MPA puede empeorar el estado de ánimo en mujeres con antecedentes de depresión (Mu & Kulkarni, 2022, p. 75). Otros efectos neuropsiquiátricos incluyen nerviosismo, insomnio, mareos y cefalea.

- Efectos sobre el ciclo menstrual: el sangrado irregular o la amenorrea son muy frecuentes, especialmente con la formulación de depósito. Estos efectos secundarios suelen ser la causa más común de abandono del método anticonceptivo.
- Efectos metabólicos y sistémicos: se ha descrito aumento de peso, retención de líquidos, náuseas, dolor abdominal y mastalgia —dolor mamario o de senos—. La inyección de depósito puede disminuir la densidad mineral ósea, aunque este efecto parece ser reversible tras su suspensión (p. 75).
- Efectos sobre la fertilidad: las dosis altas de MPA tienen un efecto antifertilidad, por lo que su uso a largo plazo puede retrasar el retorno de la ovulación y la fertilidad normal. Este efecto es particularmente relevante en el contexto de la gestación subrogada, tanto para la donante como para la receptora.

Contraindicaciones y Precauciones

El MPA está contraindicado en caso de sospecha o confirmación de embarazo, hemorragia genital no diagnosticada, enfermedad hepática grave, antecedentes de trombosis o cáncer de mama (Rogines—Velo et al., 2012, p. 472). En mujeres con antecedentes de depresión mayor o trastorno bipolar, se debe valorar cuidadosamente la relación riesgo—beneficio y monitorizar estrechamente el estado de ánimo durante el tratamiento.

❖ Primogyn

El nombre “Primogyn” no se encuentra como tal en las consultas científicas realizadas, pero si uno de los nombres comerciales por los que se les puede conocer que son en base a su

compuesto, que es el estradiol o valerato de estradiol. Algunas de sus presentaciones se conocen bajo el nombre de Progynova, Estrofen, Primogyna o Ronfase.

Identificación y presentación

El estradiol es el estrógeno natural más potente y el principal responsable de la proliferación endometrial durante la fase folicular del ciclo menstrual. En los tratamientos de reproducción asistida se utilizan formulaciones de valerato de estradiol o estradiol hemihidratado por vía oral, así como parches transdérmicos y geles. El nombre comercial Primogyn (o Primogyna) hace referencia al valerato de estradiol, un profármaco que se hidroliza a 17β —estradiol activo tras su administración oral (Aguirre, 2009, p. 1).

Administración y pauta en la Gestación Subrogada (GS)

En la GS, el estradiol se utiliza para preparar el endometrio de la MG antes de la transferencia de los embriones. Su objetivo es conseguir un grosor endometrial adecuado —generalmente ≥ 7 mm— y un patrón trilaminar que permita una correcta implantación. Según Özdemir et al. (2020) la pauta más común es la siguiente (p. 648):

Fase estrogénica —iniciada en el día 2—3 del ciclo menstrual—. Se administra estradiol oral a dosis crecientes:

Días 1—4: 4 mg/día.

Días 5—8: 6 mg/día.

A partir del día 9: 8 mg/día.

Duración de la fase estrogénica: aproximadamente 10—14 días, hasta que la ecografía transvaginal confirme un endometrio de al menos 7 mm de grosor y patrón trilaminar (p. 648).

Fase de progesterona: una vez alcanzado el grosor adecuado, se añade progesterona —vía vaginal o intramuscular— durante 5—6 días, y entonces se programa la transferencia embrionaria. En caso de embarazo, el tratamiento con estradiol y progesterona se mantiene hasta la semana 12 de gestación (p. 648).

Efectos secundarios psicológicos y neurológicos

El estradiol ejerce múltiples efectos sobre el sistema nervioso central, que pueden traducirse tanto en beneficios como en efectos adversos sobre el estado de ánimo y la función cognitiva.

Efectos positivos: neuroprotección y mejora del estado de ánimo

Numerosos estudios experimentales y clínicos demuestran que los estrógenos tienen efectos antidepresivos y neuroprotectores. En modelos animales, el 17β —estradiol administrado a ratas ovariectomizadas reduce la conducta de tipo depresivo en la prueba de nado forzado. Este efecto se debe a la modulación de la neurotransmisión monoaminérgica, especialmente noradrenérgica, ya que los estrógenos aumentan la síntesis de noradrenalina, disminuyen su recaptación y regulan la densidad de sus receptores (Vega—Rivera et al., 2013, pp. 333—334). Además, el estradiol incrementa la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y favorece la neurogénesis en el hipocampo, lo que contribuye a su acción antidepresiva y a la mejora de la memoria y la cognición (Vega—Rivera et al., 2012, p. 529; Aguirre, 2009, p. 3).

A nivel clínico, el estradiol ha mostrado beneficios en el tratamiento de los síntomas depresivos asociados a la perimenopausia y el puerperio. En mujeres sometidas a terapia de reemplazo

hormonal, se ha observado una mejoría de la función cognitiva y una reducción del riesgo de deterioro neurológico, especialmente cuando el tratamiento se inicia en los primeros años tras la menopausia (Vega—Rivera et al., 2012, p. 528; Aguirre, 2009, p. 5).

Efectos adversos psicológicos: ansiedad, irritabilidad y cambios de humor

No obstante, los estrógenos exógenos también pueden inducir efectos secundarios psicológicos negativos, especialmente en dosis altas o en mujeres con predisposición. Vasudevan y Bhuvaneswari (2024, p. 490) señalan que la depresión, la ansiedad, los cambios de humor, la irritabilidad y las perturbaciones del sueño son los efectos psicológicos inducidos por los tratamientos hormonales de FIV más comúnmente observados. Estos síntomas pueden aparecer durante la fase estrogénica del ciclo, antes incluso de añadir la progesterona.

En la literatura se describe que el clomifeno —un antiestrógeno— produce inestabilidad del estado de ánimo en el 60—70% de las pacientes, mientras que los estrógenos pueden causar labilidad emocional y cefaleas (p. 492). En los ciclos de donación de ovocitos o transferencia de embriones congelados, las mujeres que reciben estrógenos a altas dosis (8 mg/día) pueden experimentar mayor irritabilidad y ansiedad, aunque estos síntomas suelen ser transitorios y disminuyen al añadir la progesterona (Özdemir et al., 2020, p. 649).

Efectos sobre la función cognitiva

Los estrógenos tienen un papel neuroprotector que mejora la memoria y la función ejecutiva. Sin embargo, la supresión brusca de la producción ovárica de estrógenos puede inducir déficits de memoria de trabajo y alteraciones de la concentración (Vasudevan & Bhuvaneswari, 2024,

p. 6). En los protocolos de preparación endometrial con estrógenos exógenos, estos efectos adversos no suelen ser clínicamente relevantes.

Efectos sobre los niveles séricos de estradiol y el éxito del embarazo

Un aspecto relevante es la relación entre los niveles de estradiol alcanzados durante la fase estrogénica y el resultado del ciclo. Özdemir et al. (2020) midieron los niveles de estradiol al inicio del ciclo (e1) y el día de inicio de la progesterona (e2) en 204 mujeres sometidas a transferencia de embriones congelados con terapia de reemplazo hormonal. No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que lograron embarazo y los que no, ni en los niveles de e1 (mediana 38 vs. 35 pg/ml; $p = 0,273$) ni en los de e2 (mediana 202 vs. 208 pg/ml; $p = 0,219$). Tampoco hubo asociación entre los niveles de estradiol y la tasa de aborto ($p = 0,722$). Los autores concluyeron que no es necesario monitorizar los niveles de estradiol en estos ciclos, ya que no predicen el éxito reproductivo (pp. 648—650).

Consideraciones específicas en la GS

La madre subrogada recibe estradiol oral durante aproximadamente 10—14 días para proliferar su endometrio. Es fundamental informar a la paciente sobre los posibles efectos secundarios psicológicos, especialmente si tiene antecedentes de depresión o ansiedad. Dado que los estrógenos pueden tener efectos positivos sobre el estado de ánimo en algunas mujeres, pero inducir irritabilidad o cambios de humor en otras, se recomienda una valoración basal de la salud mental y un seguimiento cercano durante el tratamiento.

La medicalización reproductiva en la GSO, ejemplificada por el uso de Provera y Primogyn, constituye un dispositivo biopolítico en tres niveles: en primera, transforma el cuerpo femenino

en un objeto de intervención técnica, normalizando el malestar y la vulnerabilidad; segunda, gestiona las emociones y el vínculo afectivo, asegurando que la gestación se realice como un trabajo reproductivo desvinculado de la maternidad; y tercera, se integra en la lógica de la biomerchantilización, convirtiendo la preparación hormonal en un paso más de la producción estandarizada de bebés por encargo. Esto revela que la medicalización no es un mero proceso técnico, sino un terreno de tensión donde confluyen el agenciamiento de las MG, el control institucional y las asimetrías de poder estructurales, todo ello en el marco de un mercado reproductivo que se expande globalmente.

Ahora que se han expuesto los efectos producidos —tanto a nivel corporal como psicológico— por los medicamentos administrados durante el tratamiento para poder implantar un embrión en la MG es necesario volver al tema principal, dando por concluida la exposición de la bitácora de campo digital. Se continua con la entrevista realizada.

7.10. Semblanza de la entrevistada

Alejandra es una mujer colombiana de 36 años, originaria de un pueblo cercano a Bogotá, en el departamento de Cundinamarca. Actualmente reside en Mosquera, también en Cundinamarca. Es soltera, tiene dos hijos —una niña de 14 años y un niño de 16 años— que viven con su padre, a diez minutos de su domicilio. Su nivel de estudios es bachiller. Se desempeña como ama de casa y, desde hace dos años, como coordinadora gestacional de procesos de Gestación Subrogada (GS), rol que asumió después de haber sido ella misma gestante subrogada en dos ocasiones: el primer proceso en 2023 y el segundo en 2025.

Alejandra se involucró en el mundo de la subrogación de manera empírica. Su primer acercamiento fue a través de una conocida que estaba en un proceso. A partir de esa experiencia,

se informó por redes sociales, contactó con clínicas de fertilidad en Bogotá y, tras ser evaluada médica y psicológicamente, fue aceptada como gestante. Actualmente, labora como coordinadora gestacional para una agencia argentina manejada por dos mujeres —a las que llamaremos Salomé y Cassandra—, acompaña a mujeres interesadas en subrogar: las canaliza hacia clínicas y agencias, y les da seguimiento durante todo el embarazo, los trámites legales y el posparto. Su testimonio permite comprender desde adentro las tensiones entre la motivación económica, el acompañamiento psicológico, los filtros institucionales, las complejidades emocionales y legales de la GS en Colombia.

7.10.1. Proceso de la entrevista

El contacto con Alejandra se estableció a través del grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS), al cual la investigadora se había incorporado como parte del trabajo de campo digital. El 11 de enero de 2026, Alejandra se comunicó de manera voluntaria con la investigadora, manifestando su interés en participar en el estudio. Durante esta primera interacción, manifestó: *“Mucho gusto soy Alejandra yo hice dos procesos de subrogación en Colombia”* — Alejandra, Colombia, 11 de enero de 2026.

La entrevista se realizó en múltiples sesiones por plataforma zoom a lo largo de enero y febrero de 2026, adaptándose a la disponibilidad de ambas partes. La primera sesión se llevó a cabo el 13 de enero de 2026 a las 12:30 p. m. (hora de Colombia), con una duración aproximada de una hora. En esta primera conversación, Alejandra relató en detalle sus dos experiencias como gestante, así como su tránsito hacia el rol de coordinadora gestacional.

Posteriormente, se realizaron entrevistas complementarias los días 4 y 12 de febrero de 2026, en las que se profundizó en aspectos específicos como el funcionamiento de las agencias, los

filtros de selección, el acompañamiento psicológico y las diferencias entre los procesos de subrogación en Colombia y México. En total, se acumularon aproximadamente tres horas de material audiovisual, que fueron transcritas y analizadas para la presente investigación.

Alejandra mostró desde el inicio una actitud de apertura y disposición, un aspecto contrastante del acercamiento previo al grupo de MS donde se mostraron por parte de algunos miembros ciertas reservas derivadas de experiencias previas con otras investigaciones. Pese a ello, durante el desarrollo de las sesiones, la relación de confianza con Alejandra se consolidó progresivamente, permitiendo acceder a narrativas más profundas sobre su experiencia subjetiva como gestante.

7.10.2. Análisis de categorías a partir de la entrevista

Para robustecer la triangulación de fuentes de información se presentó la entrevista realizada por uno de los miembros de “Maternidad Subrogada” (MS). Se extrajeron únicamente los fragmentos marcados del documento de transcripción, y se complementaron con los comentarios del investigador. Las citas se presentaron de manera textual e íntegra organizadas de manera semejante a la tabla, categorizándolas de manera textual para mejor visualización y evitar desfragmentar.

❖ Categoría analítica 1: Biopoder

Definición conceptual: Poder sobre la vida que actúa en el control disciplinario del cuerpo y en la regulación biopolítica de la población (Foucault, 2007). La subrogación se expresa en la vigilancia médica, legal e institucional de la reproducción.

Dimensión: Control institucional del cuerpo gestante

Subcategoría: Evaluación de aptitud

Indicadores empíricos/observables del discurso: Procesos de selección médica y psicológica para determinar si la mujer es “apta” o “no apta”: Exámenes clínicos, entrevistas psicológicas, valoración del entorno y la salud.

Ale explicó que, tras ingresar a la agencia, las candidatas son enviadas a la clínica para exámenes médicos y psicológicos; sólo tras el “ok” de todas las áreas se les presenta a los Padres de Intención (PI).

Extracto de la entrevista:

“Ya cuando están dentro de la agencia yo los envío a la consultora, la consultora las envía a la clínica. Ya cuando empiecen los exámenes médicos para ver si es apta o no apta para hacer un proceso de subrogación [...] la psicóloga es la que dice, realmente ella, y ella la que sí realmente nos dice siempre ‘bueno, después de mí ya vienen la cita con los papitos’.”

“Yo hago acompañamientos a chicas que quieran hacer el proceso. Después de mi proceso, pues digamos que yo hablo con alguien y si se interesan en el tema, le digo: “bueno, yo les puedo ayudar”, y hago el contacto con la clínica o con la agencia. Y por redes sociales salió alguna vez una chica que buscaba, ellas son de Argentina, la agencia. Y pues yo le dije que si ellos querían que yo les ayudara a buscar chicas, ella me dijo que no, no buscaban así, pero que bueno, que sí les ayudara. Y pasó el tiempo y me escribieron y me dijeron que si, que si yo quería trabajar con ellas como coordinadora gestacional y las acepté.”

“...también busco chicas, entonces algunas se las mando a esta agencia o a otras clínicas...”

Dimensión: Control institucional del cuerpo gestante

Subcategoría: Seguimiento clínico

Indicadores empíricos/observables del discurso: Vigilancia médica durante el embarazo y posparto. Transferencias embrionarias, controles obstétricos, ecografías, monitoreo hormonal, acompañamiento posparto.

La entrevistada señaló que su función como coordinadora incluye acompañar a las gestantes desde la transferencia hasta el nacimiento y mantener contacto hasta dos meses después del parto.

Extracto de la entrevista:

“(…) donde entro yo a hacer acompañamientos: voy a las transferencias, hago videos, hago todo para la consultora y pues para que ellos le envíen a los papitos. De ahí comienza mi proceso con ellas. Mi proceso termina cuando ellas tienen el bebé, pero todo, todo el embarazo hago acompañamiento con ellas hasta el día que vienen los papitos al país, al nacimiento de su bebé y hasta dos meses después seguimos en contacto con la gestante.”

Dimensión: Control institucional del cuerpo gestante

Subcategoría: Medicalización del embarazo

Indicadores empíricos/observables del discurso: Efectos secundarios del medicamento y normalización de los síntomas. Tratamiento personalizado dependiendo de las características y sintomatología de las MG durante el tratamiento para la transferencia embrionaria.

Extracto de la entrevista:

“Todas las clínicas no dan el mismo medicamento, unos similares a otros. En algunas clínicas nos dan inyecciones de progesterona, que nos toca ponernos alrededor del estómago. En otras no la dan, si no la dan es un espray para ponernos en los brazos, las piernas, que también es para el endometrio y para subir la progesterona. También nos dan óvulos de progesterona, porque ellos sí o sí tienen que subir esta progesterona al cien para que cuando haya la transferencia, pues tengamos un embarazo exitoso.”

“Bueno, en el primer proceso me dieron óvulos, me dieron pastillas y me dieron inyecciones. Las inyecciones duran como una semana antes de la transferencia y hasta la semana doce del embarazo, de las inyecciones de progesterona. Los óvulos igualmente. Todo ese medicamento viene una semana antes y va a durar. Si quedamos en embarazo, una primera transferencia va a durar hasta la semana doce de embarazo, todo este medicamento., y, pues, las vitaminas del embarazo. En ese segundo proceso me dieron el espray que yo te estaba diciendo que era para ponerle hormonas en los brazos, en las piernas, en el estómago, óvulos, pastillas... Y en esta clínica ya no me daban inyecciones, solamente nos ponían una inyección que era empezando la preparación endometrial, y listo. En la primera preparación no me dio tan duro, pero en la segunda sí tuve muchísimo dolor de cabeza, me dolía a la cabeza todos los días, todos los días por tanto medicamento, porque había días que tenía que tomarme hasta doce pastas diarias. Entonces era mucho medicamento y pues era normal los síntomas porque estás llevando mucho medicamento.”

“No, acá en Colombia, digamos que nosotros sí nos advierten todas las contraindicaciones que vienen después de este medicamento, les puede doler mucho la cabeza, nos da estreñimiento,

que pueden tener muchos cólicos, les puede dar muchísimo sueño por el medicamento. ¿qué pasa? Ellos nos dicen a nosotros siempre: "Bueno, si está pasando algo, por favor, nos lo hace saber", que nosotros escribimos a la clínica, nos dan siempre un número para nosotros estar avisando cómo va todo, y ellos nos dicen: "Bueno, está doliendo". Ellos miran en qué fase va la preparación o si ya nos hicieron una transferencia y vamos de pronto a quedar en embarazo y nos dicen si nos podemos tomar algún medicamento. Ellos nos dicen: "Compren este medicamento" o muchas veces en la clínica nos dan."

"Bueno, yo digo que yo soy de las pocas afortunadas que hice dos procesos y en los dos procesos en la primera transferencia quedé. No me hicieron segundas transferencias, siempre me quedé. Entonces, en el primero con Miri me hicieron la transferencia un 16 de junio, de julio y quedé de inmediato, me hicieron mis dos pruebas beta. Súper, quedé embarazada. Y con el bebé también me hicieron solo una transferencia y quedé con este bebé también."

Dimensión: Regulación emocional del embarazo

Subcategoría: Gestión del vínculo

Indicadores empíricos/observables del discurso: Contención y direccionamiento de emociones para evitar el apego. Discursos médicos y psicológicos que advierten "no encariñarse"; limitación de la lactancia materna para desalentar el vínculo.

Ale afirmó que desde el inicio del proceso se les dice a las gestantes que no deben desarrollar vínculo emocional con el bebé y que no les permiten dar pecho.

Extracto de la entrevista:

“Por eso desde el momento cero nos dicen que no tenemos que tener un vínculo emocional con estos bebés, no permiten que le demos pecho nosotras a los bebés cuando nacen.”

“...en mi caso, bueno, cuando llegué a la casa con la primera bebé que yo tuve, que fue hace dos años el cuerpo tiene memoria y yo llegué a la casa sin un bebé, sabía que yo estaba... Llegué como con ese sentimiento de: “¿qué me está pasando? Porque sí me siento triste, de sentirme muy triste, de decir: Dios, ¿yo qué hice? ¿Por qué hice esto?” Cosas así.”

‘Es donde le juega uno todo y yo preguntaba por qué yo hice esto, pero con el pasar de los días se me fue quitando, digamos que de una u otra manera, yo hablaba con la mamá de la bebé y le decía: “Hola, ¿cómo está?” Y ella me decía: “Está superbién”. Me enviaba una foto de la bebé y ¡zas! Ya cambiaba mi estado de ánimo del cielo a la Tierra. Ya no era de estar ahí triste ni nada, sino pensar que hice algo bueno, que fue algo muy bonito lo que hice. Pero sí, siempre le digo a todas las chicas, digo que la que diga que no sintió nada por este bebé y que hasta el día de hoy no le importó, pues digo que es mentira.”

Dimensión: Regulación emocional del embarazo

Subcategoría: acompañamiento psicológico

Indicadores empíricos/observables del discurso: Intervención profesional para gestionar las emociones durante y después del embarazo. Psicología mensual o quincenal; seguimiento del estado de ánimo, entorno familiar y laboral; contención en casos de tristeza o conflicto

Ale describió que en Colombia todas las clínicas o agencias ofrecen psicología desde el inicio hasta dos meses después del parto, con llamadas periódicas y preguntas sobre emociones, familia y trabajo.

Extracto de la entrevista:

“Acá en Colombia, todas las clínicas o agencias nos dan a nosotras psicología. Desde el momento cero hasta el momento dos meses después. Tenemos psicología para estar con nosotros mensualmente o cada 15 días, ellos nos hacen una videollamada o cuando íbamos a los controles nos decían cómo estábamos sintiendo, cómo iba este embarazo. Nos preguntan por la familia, cómo va todo, cómo va el trabajo, cómo hemos estado, todo.”

El papel de la psicología al abarcar el periodo posparto sugiere que hay un monitoreo de las emociones y el comportamiento de la MG, quien en el caso de Ale desarrolló tristeza después de la entrega del bebé en su segundo proceso:

“Pues yo te digo de que mis emociones, de que con ese segundo bebé, no sé yo ya por qué me dio, pero me dio un sentimiento de llorar dos días antes de que ellos se fueran del país. Y yo le decía a la psicóloga: “No sé, pero es que estoy, o sea, tengo un sentimiento de llorar.” Y ella me decía: “No, tranquila, llora, pues tiene un alboroto de hormonas. Segundo, usted también es mamá y puede llorar y acá no me puede decir: “Váyase a llorar a la casa y acá no me llore, porque no vamos a hacer eso acá.” Entonces decía “si tiene que llorar, llore, tranquila.” Pero como te digo, cuando ya los papitos se fueron, se va todo este sentimiento, se va todo, desaparece como tal.”

Por otro lado, encontramos que el acompañamiento psicológico no siempre es de calidad, y esto no siempre depende de que una agencia/clínica sea grande o pequeña, pues la deducción sería que entre más capacidad tenga la clínica menor es la atención que se les proporciona a las MG. En el caso de Ale, ocurrió todo lo contrario, pues en su primer proceso fue en *Fertivida* —una clínica/agencia menor— en la cual el acompañamiento más bien parecía cumplir solo con el protocolo, mientras que en *Celagem* —una agencia/clínica de mayor prestigio— a pesar de contar con mucha capacidad la experiencia fue mucho más grata.

Nota del investigador: Acerca de *Celagem*

Descripción y alcance

Celagem es un centro privado de reproducción asistida y salud reproductiva con sede principal en Bogotá, Colombia, y presencia en Buenos Aires, Argentina. Fundado aproximadamente en 2011, opera en el sector de salud (fertilidad, genética y reproducción humana) como una institución privada de alcance internacional. Según su perfil de LinkedIn, cuenta con un rango de 51 a 200 empleados y 61 miembros asociados entre Colombia y Argentina.

Ubicaciones

Bogotá, Colombia: Carrera 7B Bis #132—38, Edificio Forest Medical, Piso 8 (zona norte).

Buenos Aires, Argentina: presencia operativa.

Servicios principales

Celagem ofrece servicios de reproducción asistida (FIV, inseminación), donación de óvulos, estudios genéticos, acompañamiento médico y psicológico, y GS —siendo este último su eje

más relevante—. La institución se presenta como un centro con enfoque inclusivo para familias heterosexuales, homoparentales y monoparentales.

Programa “Bebé en Casa” y modelo de subrogación

El centro es particularmente conocido por su programa de GS denominado “Bebé en Casa”, el cual garantiza un proceso de pago integral sin costos ocultos. Incluye tratamientos médicos (FIV, transferencia embrionaria), coordinación con gestantes y donantes, asesoría legal, seguimiento del embarazo y apoyo emocional. Distingue dos tipos de proceso: sencillo (una madre subrogada, ADN de los progenitores) y doble (dos gestantes con el código genético de los progenitores). El paquete de servicios abarca pruebas diagnósticas, exámenes de donantes, FIV, transferencia de embriones, seguimiento del embarazo, medicamentos, servicios legales, orientación y cuidados postnatales.

La organización complementa su estructura con *Grandes Corazones*, una fundación sin fines de lucro que proporciona asesoramiento, atención y apoyo a las MG antes, durante y después del embarazo, garantizando respeto e integridad física y emocional. Su equipo incluye mujeres que han sido gestantes, lo que refuerza su carácter de red de apoyo. Si bien su atención se centraliza en la MG, también canaliza dudas de PI.

Cifras reportadas

Según su página oficial, *Celagem* acumula más de 10 años de experiencia, 1325 nacimientos, una tasa de embarazo acumulado del 98%, transferencia promedio de 2.6% y un programa “Bebé en Casa” con 100% de éxito —según su propia métrica—. Por su parte, *Grandes Corazones*

reporta más de cien voluntarias, más de 1290 madres gestantes y más de 1325 casos vinculados al programa.

Marco legal y componente económico

La subrogación en Colombia es posible en el ámbito privado mediante contratos entre PI y gestante. El modelo de *Celagem* incluye pago mensual a la MG, cobertura médica, seguros y asesoría legal. Esto apunta a una forma de subrogación con componente económico, no exclusivamente altruista.

Riesgos y transparencia

Un aspecto poco común en este tipo de páginas es que *Celagem*, a través de *Grandes Corazones*, incluye en sus preguntas frecuentes una mención explícita a los posibles riesgos de la gestación subrogada: preeclampsia, hipertensión gestacional, parto prematuro y otros problemas médicos, subrayando la importancia del seguimiento clínico. En contraste, las preguntas de *Celagem* están más focalizadas en las dudas de los PI, y las preguntas sobre la MG se orientan a aspectos contractuales, por ejemplo, posibilidad de trabajar durante el embarazo o de interrumpirlo, dejando claro que todo se rige por lo estipulado en el contrato y la protección de la salud de la gestante.

Testimonios digitales

En Facebook, *Celagem* cuenta con un 96% de recomendación sobre 12 opiniones. Entre los comentarios positivos destacan apreciaciones sobre “servicio de muy alta calidad”, “profesionalismo”, “transparencia” y “milagro” tras años de intentos fallidos. Una opinión negativa (2020) denuncia falta de comunicación y cancelación no avisada de una cita médica

durante simulacro de cuarentena, generando malestar por el tiempo y costo de transporte invertidos. Grandes Corazones no presenta opiniones públicas en su perfil de Facebook.

Observación final

Celagem no opera únicamente como una clínica de fertilidad, sino como una estructura integral que articula servicios clínicos, legales, logísticos y de acompañamiento emocional, con un modelo de subrogación que combina aspectos altruistas y económicos bajo marco contractual privado. Esto puede notarse en el testimonio de Ale sobre la calidad del acompañamiento psicológico cuando se realiza la comparación con otras clínicas como *Fertivida*, donde tuvo su primera experiencia y en su testimonio enfatiza que este aspecto, cuando se canaliza correctamente, sí tiene una importancia significativa en la experiencia de gestar:

“Bueno, en algunas agencias, en algunas clínicas, sí falta más acompañamiento. En la primera, digamos que a mí la psicóloga solo me veía y me decía: “¿Cómo estás, Alejandra?” Y yo: “Sí”. Y solo era “bueno, ya,” era eso. El acompañamiento de ella era eso. Pero en algunas otras, donde hice mi segundo proceso, sí, la psicóloga estaba mucho más pendiente: “¿Qué tienes? ¿Estás bien? ¿Cómo te sientes emocionalmente? ¿Cómo has estado?” Todo, todo, todo, todo. Ellos nos llamaban y preguntaban absolutamente todo, hasta después del parto, hasta mucho después me decían: Bueno, todo. En algunas mujeres sí pasa que trasciende, digamos, como más estos procesos.”

Como puede notarse, aún con sus aspectos positivos, la psicología forma parte del cuerpo de vigilancia para la gestión de las emociones, sobre todo en casos donde las MG llegan a encariñarse con el bebé y recurren al factor genético para disuadir que ese bebé no es suyo a pesar de que fue ella la que ha estado gestándolo:

“Escuché un caso de una chica que ella no quería entregar el bebé, decía que era de ella. Ahí tuvo que entrar la psicología mucho más a profundidad, a hablarle, a decirle, a demostrarle con las pruebas de ADN, mostrar el contrato y decirle: “No, mira lo que tú hiciste, esto, esto.” Y convencerle, digámoslo como tal, de que este bebé no era de ella.”

Dimensión: Papel de los intermediarios

Subcategoría: Coordinación gestacional

Indicadores empíricos/observables del discurso: Funciones de enlace y acompañamiento por parte de coordinadoras que han sido previamente gestantes. Reclutamiento, canalización a clínicas, acompañamiento a citas, transferencias, partos y cierre contractual.

Ale definió su función como una labor integral: desde buscar chicas interesadas hasta acompañarlas durante todo el embarazo, las firmas legales y el parto.

Extracto de la entrevista:

“Yo hago todo el proceso, desde el momento en que la clínica les da el ok... entro yo a los acompañamientos de ellas para las firmas de los contratos, para la preparación endometrial, para las transferencias, para acompañarlas en sus citas médicas, ecografías y hasta el día del parto también. Casandra ya me dijo “Aleja al día del parto tienes que estar ahí”, o sea es la única agencia digamos que lo está haciendo porque todas siempre nosotros nos vamos para el médico solitas.”

Dimensión: Administración legal de la reproducción

Subcategoría: Formalización contractual

Indicadores empíricos y observables del discurso: Instrumentos jurídicos para transferir la filiación y desvincular a la gestante. Renuncias voluntarias, contratos ante notario, pruebas de ADN, documentación para trámites internacionales.

Ale relató la firma de documentos de renuncia y menciona casos donde se emplean pruebas de ADN y contratos para convencer a gestantes en conflicto.

Extracto de la entrevista:

“Escuché un caso de una chica que ella no quería entregar el bebé... ahí tuvo que entrar la psicología... a demostrarle con las pruebas de ADN, mostrar el contrato y decirle: ‘No, mira lo que tú hiciste, esto, esto. Y convencerle, digámoslo como tal, de que este bebé no era de ella.’”

La renuncia por parte de la agencia aun en las parejas extranjeras procura ser lo más rápida y accesible posible. La estancia de los PI después de la hospitalización es prácticamente nula una vez dada el alta, y hasta ahora, no ha habido problemas al respecto en ninguno de los dos casos. Puede notarse en el testimonio de Ale que estos son algunos de los beneficios del Turismo Reproductivo (TR):

“No, acá en Colombia cuando hacen la subrogación la agencia o la clínica se trata de hacer todo lo posible para sacar con toda la documentación a los bebés de acá, desde su pasaporte, dándole las citas, hasta cuando lleguen al país de origen de ellos se van a juicio. Juliet me contactó como a los cinco meses para que yo le firmara una documentación a ella y unas renunciaciones de la bebé para que yo no peleara y cosas así. Pero fue algo súper, superrápido. Y ellas me dijeron: “No, solo presentamos cuando se iban para Canadá”, ella me dijo: “Solo presentamos la documentación de la niña” y ya nos la aceptaron a los cinco días. Y en el caso

de los papitos, también. Ellos se iban para Estados Unidos y también fue superrápido. Ellos le sacaron su pasaporte a los bebés y como a los cinco o seis días se fueron superrápido y les salió el vuelo para Estados Unidos y no han tenido problema, hasta el momento no han tenido problema pues allá en el país de origen de ellos.”

❖ **Categoría analítica 2: Biomercantilización**

Definición conceptual: Proceso por el cual la reproducción y la capacidad gestante se convierten en bienes o servicios comercializables dentro del mercado global (Spar, 2006).

Dimensión: Subrogación como servicio reproductivo

Subcategoría: Oferta de capacidad gestante y papel de agencias

Indicadores empíricos/observables del discurso: Organización del proceso de subrogación como una prestación que se ofrece a cambio de una compensación económica. Reclutamiento de mujeres, difusión de requisitos y montos, pago de bonos por buen comportamiento, entrega de dinero mensual.

Alejandra participa activamente en la búsqueda y canalización de mujeres interesadas. Reconoció que la compensación económica es un factor presente y que incluso se ofrecen “bonos de buen comportamiento” para incentivar la puntualidad y el cumplimiento.

Extracto de la entrevista:

“Yo también busco chicas, entonces algunas se las mando a esta agencia o a otras clínicas.”

“Yo soy muy aclarativa en el momento en que las contacto, les digo “bueno les van a dar un bono de dos millones de pesos pero es por buen comportamiento, si no van a la cita juiciosa, si

ustedes llegan tarde, si ustedes esto, ese bono no se les va a dar; entonces ustedes son las mismas”, pero casi siempre lo dan es como para tenerlas ahí alineadas de que sean juiciosas, y puntuales en sus citas, de que esto, eh, casi en todas las clínicas dan estos bonos entonces es más por tenerlas ahí juiciosas de, de que ellas sigan, eh, juiciosas de que no lleguen tarde a la cita, que no las cancelen, de que hayan a sus controles médicos, a todo lo que tienen en el embarazo y cosas así.”

En este enunciado se pudo interrelacionar que el bono por buen comportamiento actúa como un mecanismo de control que incentiva a que las MG tengan un “*buen comportamiento*”, es interesante que este lenguaje utilizado comúnmente en el ámbito laboral para que los empleados cumplan con ciertas métricas y metas por cumplir sea utilizado también en el ámbito de la subrogación

Dimensión: Intermediación del mercado reproductivo

Subcategoría: Papel de agencias y consultoras

Indicadores empíricos/observables del discurso: Participación de terceros que organizan y canalizan el proceso. Consultoras, coordinadoras gestacionales, agencias internacionales, clínicas privadas y abogados especializados.

La entrevistada trabaja para una agencia argentina y mencionó clínicas que operan como intermediarias.

Extracto de la entrevista:

“Yo hago acompañamientos a chicas que quieran hacer el proceso. Después de mi proceso, pues digamos que yo hablo con alguien y si se interesan en el tema, le digo: “bueno, yo les

puedo ayudar”, y hago el contacto con la clínica o con la agencia. Y por redes sociales salió alguna vez una chica que buscaba, ellas son de Argentina, la agencia. Y pues yo le dije que si ellos querían que yo les ayudara a buscar chicas, ella me dijo que no, no buscaban así, pero que bueno, que sí les ayudara. Y pasó el tiempo y me escribieron y me dijeron que si, que si yo quería trabajar con ellas como coordinadora gestacional y las acepté.”

En el caso particular de Ale, su rol de la coordinadora gestacional requiere que proporcione un acompañamiento integral a las mujeres interesadas en subrogar cuando narra sus actividades diarias, y lo que los diferencia de otras agencias de las que tiene experiencia como MG:

“Yo hago todo el proceso, desde el momento yo entro con las chicas desde el momento en que ellas la clínica les da el ok, la clínica les da el ok y ahí es donde ya entro yo a los acompañamientos de ellas para las firmas de los contratos, para la preparación endometrial, para las transferencias, para acompañarlas en sus citas médicas, ecografías y hasta el día del parto también. Agustina ya me dijo “Aleja al día del parto tienes que estar ahí”, o sea es la única agencia digamos que lo está haciendo porque todas siempre nosotros nos vamos para el médico solitas.”

Dimensión: Percepción económica de la subrogación

Subcategoría: Motivación monetaria atribuida

Indicadores empíricos/observables del discurso: Asociación social entre subrogación y pago; expectativa de que las gestantes lo hacen *“por el dinero”*. Preguntas recurrentes sobre *“cuánto pagaron”*, juicios sobre repetir el proceso *“por dinero”*, distinción entre ayuda y negocio.

Ale señaló que muchas personas interpretan la práctica únicamente desde el dinero y que en entrevistas previas sólo le preguntaban por el monto recibido.

Extracto de la entrevista:

“Sí, tú lo hiciste, pero querías algo a cambio. Lo haces, pero por el dinero. Entonces, sí, ya... Yo ya había dado una entrevista a una chica. Ella es de Alemania, ella escribió un libro y todo hace como un año. Estaba en embarazo del bebé cuando ella vino y dijo “Alejandra no sé qué”. Pero sí, muchas veces van por ese lado del dinero, como, “bueno, qué pasó con el dinero? ¿por qué lo está haciendo otra vez?” bueno, cosas así...”

Dimensión: Dimensión transnacional

Subcategoría: Turismo reproductivo (TR)

Indicadores empíricos/observables del discurso: Participación de Padres de Intención (PI) extranjeros y movilidad internacional de los bebés. Padres provenientes de Canadá, Estados Unidos, Argentina, España; trámites de pasaporte y salida del país; necesidad de traductores.

Alejandra ha gestado para una pareja canadiense y para dos padres — mexicano y extranjero — . También mencionó el caso de una pareja argentina de 75 y 65 años.

Extracto de la entrevista:

“En el caso primero mío, fue una pareja de hombre y mujer y ella le tocó hacer el proceso de subrogación porque cuando ya decidieron hacer hijos ella tenía cáncer en el útero, por ende, se lo sacaron a ella y no pudo tener su bebé. El doctor le dijo pues que adoptara. Ellos eran de Canadá, que adoptaran y ella no quería, ella decía que quería un bebé de ellos, no adoptar. Les

recomienda la subrogación, pero ellos digamos que no querían porque era un proceso muy costoso también. Pero bueno, el papá me contaba, me decía: “No, Alejandra, no importa, porque yo le dije a ella que no importaba y vamos a hacer el proceso”. Y en el otro es de dos papitos, un mexicano y un esta—, no, él no es estadounidense. Vive en Estados Unidos pero se me olvidó”

“Sí hay jóvenes, pero digamos en algunas ocasiones hay un papito que tiene 35 años, eso es lo más joven, lo más joven 30 años, digámoslo así el papito, y el otro papito tiene 42, 45, 50 años. Tenemos un caso en la clínica de unos papitos que tiene, el señor tiene 75 y la señora 65 (...) ellos sí los tienen súper evaluados, ellos sí, porque nos preocupa la edad de ellos y este bebé. Y pues ellos tienen una persona que dejaron a cargo por si llegase a pasar. Tienen ahí como un sobrino o algo que se va a hacer cargo de este.”

“yo digo en cualquier momento nos llega a nosotros el instinto paternal o maternal y digo que mira que, cuando nace la bebé y esta mamá ve a esa bebé ahí, ve lo que tanto esperó, lo que tanto anheló por tantos años, quiso su hija y decía: “Dios me tenía para algo, bueno, y me tenía para estas personas, para darles una felicidad”

Dimensión: Dimensión transnacional

Subcategoría: Reconocimiento de países para subrogar

Indicadores empíricos/observables del discurso: Ale reconoció que a pesar de que la GS era un tema sensible, ha ido cobrando fuerza al punto que Colombia es una sede de la subrogación.

“Yo digo que nosotras en estos procesos- bueno, antes- yo le digo a todo el mundo, antes esto era un tabú, que lo hacían muy digamos, como por debajo de cuerda, muy escondido, porque

yo no quería que nadie se enterara, yo no quería que mi familia, nadie. Pero bueno, hoy día acá en Colombia digamos que es uno de los países que más mueve la subrogación, ¿cierto? Entonces, sí le cambia a uno la perspectiva, cambia todo en el momento que tú entras a un proceso, hasta el momento en que tú sales...”

Dimensión: Selección diferenciada de actores

Subcategoría: Filtros para gestantes (negociables y no negociables)

Indicadores empíricos/observables del discurso: Aplicación de criterios de inclusión/exclusión más rigurosos para gestantes que para padres de intención. Para MG: peso, talla, número de cesáreas, zona de residencia, consumo de sustancias, red de apoyo. Para PI: principalmente disponibilidad económica y buena calidad embrionaria.

Ale sostuvo que los PI son aceptados con mayor facilidad si cuentan con recursos económicos, mientras que las gestantes son sometidas a múltiples filtros que van desde sus características físicas, historial médico e incluso el lugar donde viven.

Extracto de la entrevista:

“Bueno, digamos que el peso puede ser uno de los factores que uno puede negociar con ella, por lo menos a nosotros nos aceptan el índice de masa corporal de veintiocho, veintinueve, veintisiete en las clínicas, entonces, digamos ella mide uno cincuenta y cinco, pero pesa sesenta y cinco kilos, tiene un sobrepeso, pero ¿yo qué hago? yo busco rápido la calculadora de índice de masa corporal, y a veces se me pasa por uno o dos kilos, entonces yo le digo “bueno, pónganseme juiciosa, bájeme un kilo, que necesito que me baje solo un kilo, y ya para que pueda

adentrar a un proceso”, ¿cierto? Ya igual cuando las venas médicas también dicen que hay que bajar, pero yo digo “bueno, con un kilo menos la acepta la clínica”

“Ya miramos, y esto sí se puede negociar, lo que yo te decía, pues, de que viven en una zona peligrosa y pueden trastearse para otro lugar, esto también se puede hacer, decirte “bueno, cámbiate de ese lugar, pues, para que puedas hacer un proceso, es lo que tú puedes hacer”, entonces lo hacen las chicas, que uno sí lo puede hacer. ¿Qué no se negocia? Chicas con más de dos cesáreas, porque ya es muy peligroso para ellas, yo siempre les digo “más que todo para la clínica arriesgarse es para ustedes, es su salud, y más adelante puede traer consecuencias de esto, entonces si ustedes ponen mentiras” —porque hay chicas que me pueden decir mentiras— entonces yo les digo “igual si ustedes me dicen mentiras, en la clínica van a escribir siempre la verdad”, y me van a decir “mire qué pasó esto y esto con esta niña”. Chicas que consuman droga tampoco. En estos días tuve un caso de una chica que ya me dijo mentiras, que no consumía, y yo le escribí, le dije “¿cómo te fue, Paola?” Me dijo “bien Aleja, pero me hicieron un examen de chichi otra vez, me lo están repitiendo”, y yo le dije “¿tú consumes marihuana?” Y me dijo “sí, pero hace tanto no fumo”

“Yo le dije “bueno, no eres apta para un proceso porque consumes, en cualquier momento puedes recaer, y pues esto es malo para este bebé”, ¿cierto? Eso no se negocia, chicas que tengan antecedentes disciplinarios, policivos, familias que tengan antecedentes, que hayan estado presos, todas estas cosas no se negocian para una clínica, y realmente es un no rotundo. Chicas que tengan más de cuatro partos también es un no rotundo porque puede ser riesgoso para ellas, también, digamos, personas que no tengan como el apoyo de las familias, también la clínica la adopta por no, hasta que tenga a alguien, o sea, un conocido, una amiga muy amiga, para que puedan ingresar a un proceso.”

“Sí, el lugar donde viven ellas también, no solo la zona de riesgo, sino el lugar, digamos que la casa sea insegura. El otro día a Cassandra le pasé el dato de una chica, y ella le hace una videollamada pues para conocerla, para todo, pero ya quiere antes mirar y también uno visualizar donde ella vive. Y Cassandra apagó la llamada con la chica y me escribió inmediatamente, me dice: “Aleja imagínate que —no recuerdo el nombre de ella— estábamos hablando y se le cayó el celular y no tenía techo donde vivía, no tenía cosas, no tenía, tenía muchas goteras, tenía la casa súper dañada, entonces yo no creo que pueda seguir un proceso así”, y yo “Dios mío”, sí. Entonces, estos factores también incluyen mucho, digamos, una escalera mal ubicada, o que tengan que, no sé, escalar, o no sé, que vivan en una casa que esté muy deteriorada, que no tengan agua potable, digamos que tengan que cocinar con leña, muchos de estos factores son para decir que una chica no puede ser actada por el lugar donde vive.”

Comentario del investigador sobre el término “policivo”

La palabra “policivo” es un adjetivo utilizado principalmente en Colombia y Panamá como sinónimo de “policial”. Su significado se refiere a todo lo relacionado con la policía o las autoridades encargadas del orden público. Aunque no es una palabra común en el español estándar, su uso regional es reconocido por el Diccionario de la lengua española (RAE, 2014). En algunos contextos puede traducirse al inglés como “police”.

Comentarios del investigador sobre Ciudad Bolívar (contexto socioeconómico como filtro)

Ciudad Bolívar: respaldan la percepción de Ciudad Bolívar como un territorio socialmente vulnerable y asociado a condiciones de inseguridad o conflictividad, lo cual coincide con lo que

refirió la entrevistada (MG) sobre la realización de visitas socioeconómicas para verificar si se vive en una zona segura.

En la literatura académica y en informes socioeconómicos sobre Bogotá, la localidad de Ciudad Bolívar suele describirse como un territorio periférico marcado por desigualdades estructurales y condiciones sociales adversas que inciden en la percepción de inseguridad. Por ejemplo, el Perfil económico y empresarial de la localidad Ciudad Bolívar señala que en esta zona predomina una población de bajos ingresos y con altos niveles de vulnerabilidad social. En particular, se destaca que el 53,1 % de los predios corresponde al estrato socioeconómico 1 y el 39,9 % al estrato 2, lo que evidencia la fuerte concentración de población en los niveles más bajos de la estructura socioeconómica urbana (Cámara de Comercio de Bogotá, 2007, p. 9).

En el mismo diagnóstico se indica que la localidad registra 97.447 personas con necesidades básicas insatisfechas, siendo la primera de Bogotá en este indicador, además de presentar niveles educativos y condiciones de vida inferiores al promedio de la ciudad (p. 9). Estas características socioeconómicas han sido asociadas en distintos estudios urbanos con contextos de marginalidad territorial y exclusión social que pueden incidir en percepciones de inseguridad o en procesos de estigmatización espacial.

En esta línea, Herrera y Chaustre (2012) analizan la localidad dentro del marco de las dinámicas de violencia urbana en las periferias de Bogotá. Los autores señalan que los procesos de urbanización desigual en las ciudades latinoamericanas han producido asentamientos periféricos caracterizados por acceso limitado a servicios y condiciones precarias de vida, lo cual genera contextos de conflictividad social (p. 66). En el caso específico de Ciudad Bolívar, estos

procesos se expresan en dinámicas urbanas atravesadas por pobreza, desigualdad y disputas por el acceso a la ciudad.

Asimismo, estos autores describen que los jóvenes de sectores populares que habitan en estas periferias enfrentan presiones de grupos armados y delincuenciales, así como contextos de violencia social y política, lo cual influye en las condiciones de socialización y en la vida cotidiana dentro del territorio (p. 68). Tales dinámicas han contribuido a consolidar una imagen de la localidad asociada a problemas de seguridad urbana.

Por su parte, investigaciones sobre desarrollo comunitario en Ciudad Bolívar también destacan que la localidad se encuentra marcada por procesos históricos de pobreza, marginación social y violencia derivada del conflicto armado colombiano, lo que ha configurado un entorno social complejo para sus habitantes (García Cifuentes, 2017, p. 7). Según este autor, la zona ha sido escenario de múltiples tensiones sociales, derivadas tanto de la exclusión económica como de los efectos del desplazamiento forzado y la violencia política.

En conjunto, estos estudios permiten comprender que la percepción de Ciudad Bolívar como una zona insegura no se limita únicamente a indicadores de criminalidad, sino que se relaciona con procesos estructurales de urbanización periférica, desigualdad socioeconómica, violencia histórica y estigmatización territorial. Estas características explican por qué, en algunos contextos institucionales o en mercados sensibles como el de la gestación subrogada, pueden realizarse evaluaciones socioeconómicas del entorno residencial para determinar si una persona vive en un contexto considerado seguro o adecuado.

Dimensión: Selección diferenciada

Subcategoría: Aceptación de Padres de Intención (PI)

Indicadores empíricos/observables del discurso: Percepción de que los PI son aceptados con mayor facilidad que las MG, siempre que cuenten con la solvencia económica suficiente para costear el proceso.

Extracto de la entrevista:

“No, yo digo que si aceptan más a los papás que a las gestantes, pero realmente, digamos que los papás deben de tener algunos filtros que no los conozco, pero deben de ser muy pocos, muy pequeños para que ellos puedan, lo que nosotros hablábamos y decíamos era que si está el factor dinero, entonces si tienen pues la economía para hacer un proceso y lo quieren hacer pues los aceptan, así como así ya.”

Dimensión: Calidad del acompañamiento

Subcategoría: Diferencias entre agencias y clínicas

Indicadores empíricos/observables del discurso: Intensidad variable del apoyo profesional — psicológico, médico, logístico— según el tipo de institución. Agencias pequeñas suelen ofrecer menor trato personalizado; clínicas grandes pueden tener mayor atención individualizada.

La entrevistada comparó su primera experiencia —agencia con psicología superficial— con su segundo proceso —clínica con acompañamiento más atento y continuo—.

Extracto de la entrevista:

“Bueno, en algunas agencias, en algunas clínicas, sí falta más acompañamiento. En la primera, digamos que a mí la psicóloga solo me veía y me decía: “¿Cómo estás, Alejandra?” Y yo: “Sí”. Y solo era “bueno, ya,” era eso. El acompañamiento de ella era eso. Pero en algunas otras, donde hice mi segundo proceso, sí, la psicóloga estaba mucho más pendiente: “¿Qué tienes? ¿Estás bien? ¿Cómo te sientes emocionalmente? ¿Cómo has estado?” Todo, todo, todo, todo. Ellos nos llamaban y preguntaban absolutamente todo, hasta después del parto, hasta mucho después me decían: Bueno, todo. En algunas mujeres sí pasa que trasciende, digamos, como más estos procesos...”

Dimensión: Vulnerabilidad en el proceso de subrogación**Subcategoría: Situaciones de riesgo/estafa**

Indicadores empíricos/observables del discurso: La vulnerabilidad de las MG no se limita a la explotación económica o emocional; también puede extenderse a situaciones de riesgo extremo, como el tráfico de órganos o la exposición a redes criminales. Alejandra narró cómo, en su primer acercamiento al mundo de la subrogación, la falta de información y la urgencia económica la colocaron en una posición de riesgo que ella misma recuerda con un poco de humor negro.

Extracto de la entrevista:

“Como yo te digo, yo era nula, no sabía qué iba a ser, qué me iban a hacer, absolutamente nada. Para mí todo era nuevo. Yo bromeo a veces con las chicas y les digo: “A mí me hubieran podido

sacar los órganos”. No sé, porque yo me fui para allá y no sabía en las clínicas realmente qué era el proceso como tal, hasta que me fui envolviendo mucho.”

Este testimonio evidencia que la asimetría de información es uno de los riesgos más profundos de la GSO, especialmente para mujeres que, como Alejandra, acceden al proceso sin redes de apoyo ni conocimiento previo. La falta de regulación y de mecanismos de supervisión efectiva convierte a estas mujeres en presas fáciles de redes criminales que operan en la clandestinidad. La propia Ale reconoce que, de no haber tenido éxito en su primer proceso, podría haber sido víctima de explotación sin siquiera haberlo notado.

❖ **Categoría analítica 3: Maternidad Intensiva**

Definición conceptual: Construcción sociocultural que asocia la maternidad con amor incondicional, entrega, protección y apego, situando a la madre como principal responsable del cuidado (Hays, 1998). Esta postura se tensiona en la subrogación por la separación entre gestar y maternar.

Dimensión: Vulnerabilidad de la gestante

Subcategoría: Estigmatización moral

Indicadores empíricos/observables del discurso: Reducción de la gestante a un interés económico o a un “alquiler corporal”. Señalamientos de que lo hacen “por dinero”, rechazo a términos como “vientre de alquiler”.

Ale aludió a los comentarios que juzgan la práctica como motivada exclusivamente por dinero.

Extracto de la entrevista:

“Sí, tú lo hiciste, pero querías algo a cambio. Lo haces, pero por el dinero. Entonces, sí, ya... Yo ya había dado una entrevista a una chica. Ella es de Alemania, ella escribió un libro y todo hace como un año. Estaba en embarazo del bebé cuando ella vino y dijo “Alejandra no sé qué”. Pero sí, muchas veces van por ese lado del dinero, como, “bueno, qué pasó con el dinero? ¿por qué lo está haciendo otra vez?” bueno, cosas así...”

Sin embargo, dicha estigmatización recae no solamente en las gestantes que se involucran en el proceso, sino también en los hombres y mujeres interesados en el proceso:

“Y digo que vienen muchas familias detrás de todo esto porque, bueno, hay mucha gente que critica porque son hombres o porque solo para mujeres o porque es un papá soltero o una mamá soltera.”

Dimensión: Carga corporal y emocional femenina

Subcategoría: Impacto subjetivo del proceso

Indicadores empíricos/observables del discurso: Manifestación de afectaciones físicas, hormonales y emocionales durante y después del embarazo. Llanto, tristeza, sensación de vacío, conflictos internos, cambios en la rutina, necesidad de reajuste emocional.

Ale relató haber sentido una tristeza intensa al llegar a casa sin el bebé, así como *“alboroto hormonal”* y la necesidad de llorar.

Extracto de la entrevista:

“...Pues yo te digo de que mis emociones, de que con ese segundo bebé, no sé yo ya por qué me dio, pero me dio un sentimiento de llorar dos días antes de que ellos se fueran del país. Y yo le decía a la psicóloga: “No sé, pero es que estoy, o sea, tengo un sentimiento de llorar.” Y ella me decía: “No, tranquila, llora, pues tiene un alboroto de hormonas. Segundo, usted también es mamá y puede llorar y acá no me puede decir: “Váyase a llorar a la casa y acá no me llore, porque no vamos a hacer eso acá.” Entonces decía “si tiene que llorar, llore, tranquila.” Pero como te digo, cuando ya los papitos se fueron, se va todo este sentimiento, se va todo, desaparece como tal.”

Dimensión: Significado subjetivo de ser madre**Subcategoría: Representación afectiva y moral**

Indicadores empíricos/observables del discurso: Definición personal de la maternidad como experiencia central en la vida de la mujer. Amor incondicional, protección, entrega, dimensión religiosa —atribuido como un “*don de Dios*”—.

Alejandra definió ser madre como “*lo mejor que le ha pasado*”, un amor incondicional y un don divino.

Extracto de la entrevista:

“Bueno, yo creo que ser madre para otros... Digo que en algún momento de mi vida yo decía que yo no quería tener hijos, ¿sí? Pero bueno, después, cuando ya tuve mi pareja y todo, llega ese instinto maternal a nosotras. Es donde nosotras queremos sentir eso que otras mujeres sienten, ese amor, eso de cargar un bebé, quererlo, consentirlo y amarlo. Entonces, yo digo que

para mí ser madre es lo mejor que me ha podido pasar en la vida. Entonces, pues es un amor incondicional, es algo que somos muy sobreprotectoras a nuestros hijos, que queremos meterlos en una burbuja y que nadie nos los mire, nos los toque, no les haga nada. Entonces, yo digo que, que es algo muy bonito que Dios nos regaló a nosotras de ser madres.”

“yo digo en cualquier momento nos llega a nosotros el instinto paternal o maternal y digo que mira que, cuando nace la bebé y esta mamá ve a esa bebé ahí, ve lo que tanto esperó, lo que tanto anheló por tantos años, quiso su hija y decía: “Dios me tenía para algo, bueno, y me tenía para estas personas, para darles una felicidad”

Dimensión: Escisión entre gestación y maternidad

Subcategoría: Distinción genética y corporal

Indicadores empíricos y observables del discurso: Separación discursiva entre “gestar” (proceso corporal) y “ser madre” (vínculo genético—afectivo). Reiteración de que el bebé “no es de la gestante” porque no tiene sus genes; aclaración de que la gestante no aporta óvulo.

Ale insistió en que el bebé no es suyo porque genéticamente no le pertenece, aunque reconoce la experiencia corporal del embarazo.

Extracto de la entrevista:

“Yo, pues no quería tener más hijos, yo ya estaba operada para no tener hijos. Y, y digamos que sí hay momentos en que yo digo que nosotros tenemos un cambio de hormonas muy grande en un embarazo. Y por más que nosotras no queramos sentir, vamos a sentir, somos mamás y ya el cuerpo reconoce todo esto que viene ahí. ¿Sí? Por más que haya una psicología de por medio, por más que nos estén diciendo siempre: “Bueno, ya sabes lo que estás haciendo”, ya sabes a

qué te atienes, ya sabes que el bebé no es tuyo porque genéticamente no viene con nada tuyo, pero sí hay en algún momento viene como ese, ese instinto maternal de nosotras, ¿sí?...”

“Acá en Colombia no hay gestación con óvulo (de la gestante). Acá sí tiene que ser... Digamos, yo no puedo poner mi óvulo acá en Colombia. Acá en Colombia tiene que ser el esperma del papito y el óvulo donado. Todas las clínicas y todas las agencias acá en Colombia lo hacen de esta manera. Acá en Colombia, sí. Nosotras como gestantes solamente ponemos nuestro útero, no más. Alguna vez me contactó un señor de España y decía que con mi óvulo, y yo le dije que no, porque pues para mí sería un tema legal, él me podría demandar y pelear por este bebé y pedir cosas. Le dije entonces que no lo haría con mi óvulo. Y acá en Colombia no he escuchado de casos... Bueno, he visto muchas que dicen: “No, yo presto el vientre y pongo el óvulo también”. Y digo: “Bueno, eso ya no es una subrogación, sino ya es mi hijo, literalmente.”

“Como te digo yo, cuando yo me inicié en el proceso, yo no sabía absolutamente nada de la subrogación. O sea, había visto alguna... una o dos veces en televisión, pero “x” ya. Cuando yo me meto mucho en el tema, investigo, bueno, qué es, qué pasa, ya veo que, pues, literalmente no voy a poner mi óvulo, no va a ser mi hijo, no tiene ADN mío sí, solamente es el útero.”

Dimensión: Vínculo gestacional—afectivo

Subcategoría: Intensidad del vínculo

Indicadores empíricos/observables del discurso: Reconocimiento de un vínculo pequeño pero real, limitado por la conciencia de que el bebé no es propio. Aunque no hay genética, la convivencia de nueve meses genera un apego; el vínculo se disuelve gradualmente tras el parto.

La entrevistada señaló que incluso sin genes “*se pega un vínculo muy pequeño*” porque se lleva al bebé en el vientre durante nueve meses.

Extracto de la entrevista:

“Sí, yo diría que sí influiría mucho. Yo diría que sí influiría mucho en un proceso, digamos, en que a mí me dijeran: “Bueno, vamos a hacerlo con su óvulo, vamos a esto”. No, yo creo que sería algo más, digamos, más difícil de hacer el desapego hacia este bebé. Para nosotras como gestantes sería un poco más difícil porque pues, como yo te digo, genéticamente no son de nosotros, pero igual hay un vínculo emocional como al final del proceso. Porque pues tenemos un bebecito en la barriga que tenemos ahí nueve meses y de un momento a otro se va, se va de la nada. ¿Sí? Y aun así se pega este vínculo muy pequeño. Es un vínculo muy pequeño...pero si hay un vínculo. Entonces, imagínate donde fuera genéticamente de nosotras, ya sería algo más grande.”

Dimensión: Filiación

Subcategoría: Centralidad de la genética

Indicadores empíricos/observables del discurso: Argumentación sobre la primacía del vínculo genético para determinar la pertenencia del bebé. Uso del componente genético para diferenciar entre “*hijo propio*” y “*bebé gestado para otros*”; temor a que la gestante también sea donante de óvulo.

Alejandra sostuvo que, si el proceso fuera con su propio óvulo, el desapego sería mucho más difícil, y por eso en Colombia no se permite esa modalidad.

Extracto de la entrevista:

“Acá en Colombia no hay gestación con óvulo (de la gestante). Acá sí tiene que ser... el esperma del papito y el óvulo donado. Todas las clínicas y todas las agencias acá en Colombia lo hacen de esta manera. Acá en Colombia, sí. Nosotras como gestantes solamente ponemos nuestro útero, no más. alguna vez me contactó un señor de España y decía que con mi óvulo, y yo le dije que no, porque pues para mí sería un tema legal, él me podría demandar y pelear por este bebé y pedir cosas. Le dije entonces que no lo haría con mi óvulo. Y acá en Colombia no he escuchado de casos... Bueno, he visto muchas que dicen: 'No, yo presto el vientre y pongo el óvulo también'. Y digo: 'Bueno, eso ya no es una subrogación, sino ya es mi hijo, literalmente'.”

Dimensión: Filiación

Subcategoría: Percepción familiar de la genética

Indicadores empíricos/observables del discurso: Respuestas de aceptación, rechazo o incredulidad por parte de la familia de la gestante ante la idea de que el bebé no tiene sus genes. Silencio, distanciamiento, negación, necesidad de explicar repetidamente que no hay vínculo genético.

Ale comentó que su padre pensaba que la bebé tenía sus genes y dejó de hablarle por un tiempo; luego de explicarle el proceso con detalle, entendió.

Extracto de la entrevista:

“Inicialmente yo cuando me metí en el tema no sabía y yo opté por decir: “Bueno, casi no le voy a contar a mi familia si se llegase a dar el caso, no le voy a contar, pues, a ninguno” solamente sabía un hermano. Yo tomé esta decisión como “Voy a hacer esto y esto y ya” paré

de contar. Para decirle a mis hijos también fue algo... no sabía ni cómo explicarles y decirles: "Estoy en embarazo, pero no es mío, nada". A mí desafortunadamente se me muere una tía como en el mes de noviembre. Yo ya estaba muy barrigoncita, ya tenía veinte semanas, que son cinco meses. Y obvio pues esta barriguita no la iba a poder esconder. Tengo que ir hasta allá el día del entierro de la tía y, pues toda mi familia me ve con la barriguita y todos empiezan acariciarme, que la niña, y yo: "Dios mío, ¿yo cómo les digo?"

"Bueno, pero yo igual tengo que decirles porque no puedo crearles un falso sobrino, decirles... No. Mis papás son separados, entonces me tocaba uno por un lado y el otro por el otro. Le dije a mi papá: "Camine, ámonos, tomamos un café y pues le cuento todo el tema", pero llegó mucha gente, entonces no pude decir nada. Dije no, acá no es el momento para estar hablando de este tema. Y mi mamá, ya estábamos en el carro, ya habíamos salido de todo y mi mamá dijo: "Ay, que por qué no les había dicho que yo estaba en embarazo". Yo le dije: "Bueno, mamá, este bebé no es mío, este bebé... Yo estoy haciendo esto... puse mi útero en alquiler". Y mi mamá decía: "No puedo creer". O sea, para todos fue un balde de agua fría... Porque yo dije: "Tengo que decirles", acá en Colombia, digamos nosotros, mi familia es muy unida, entonces yo dije: "Ellos me van a hacer una fiesta sorpresa, me van a dar cosas para este bebé y eso es lo que yo no quiero". Entonces tuve que ser muy sincera con ellos. Mi mamá decía que ella no podía creer, que era mentira. Muchos de mis familiares entonces decían que era mentira lo que yo estaba diciendo, que no me creerían que era la verdad. Entonces, fue algo muy, no sé, terrible para mí para contarles el primer proceso. Y a los niños los llevé a almorzar dos veces, pero en la primera no pude decirles nada. No sabía cómo decirles, cómo expresarme, cómo explicarles a ellos lo que yo estaba haciendo. Pero bueno, gracias a Dios, ellos son un poco más grandes y hablé con ellos, les dije: "Mire, va a pasar esto, esto no es mi bebé, estoy alquilando el útero,

es para una familia que no puede tener bebés, esto y esto” Y ya ellos lo aceptaron. Dijeron: “bueno”, ya entendieron el todo, el porqué, el cómo y hasta ahí. Mi papá cuando él supo el tema como que tenía un recelo y él no quiso hablarme por un tiempo. Él era como, como... No sé, no sé por qué, pero él duró un tiempo sin hablarme, yo lo llamaba y solo me saludaba y me decía: “Hola, hija” pero como que olvidando el tema sin preguntarme nada. Cuando nace la bebé, ya al contrario, empieza a preguntarme mucho por esta bebé. Que la niña, que la bebé, que dónde está, que los papás, que esto. Yo le dije: “Papá, yo...”. La comunicación con ellos, y tengo comunicación aún con ellos, pero es muy poca., es ella, la mamita me manda una foto de la niña y me dice: “Mira, Aleja, está bien Miri”. Y ya, no más. Entonces, yo le decía: “No papá, yo no hablo con los papás de la bebé casi, no tengo comunicación con ellos”.”

“Yo creo que mi papá sí creía que esta bebé tenía genes míos, que sí era genéticamente mía. Entonces sí es un poco más complicado. Después con el tiempo, cuando dije que iba a hacer el proceso nuevamente, ya le expliqué nuevamente muy bien y minuciosamente cómo iba a ser, que no tenía genes míos, que no traía genética, nada de esto. Entonces, él ya como que: “sí”, ya entendió muy bien cómo era el tema.”

Dimensión: Recepción social generacional

Subcategoría: Diferencia etaria

Indicadores empíricos/observables del discurso: Percepción de la subrogación como más aceptable entre jóvenes y más criticada entre personas mayores. Jóvenes muestran curiosidad e interés; adultos mayores tienden a rechazar y moralizar.

La entrevistada distinguió claramente entre la apertura de los jóvenes y la oposición de las personas mayores.

Extracto de la entrevista:

“Exactamente sí, si realmente las personas mayores son las que son más opuestas al tema, son más tercas, son más críticas eh del tema de la subrogación, tú le dices a una persona joven de veinte, veintiún años, o un chico de 15 años “en la subrogación pasa esto, esto y esto”, dicen “ah que chévere, no se qué...”. Ellos si se alumbran y dicen “uy que chévere”. Cuando yo le conté a mi primo de la subrogación y todo el tema él me decía “ay, si yo hubiera sabido hubiera hecho-para cuando él se graduó- hubiera hecho mi tesis de todo de la subrogación”, él me decía que hubiera hecho su posgrado. De hecho, en vez de criticarlo, está muy chévere el tema, más las personas mayores que ya saben un poco, son los que más critican el tema de “eso está mal, esto, esto y esto. Esto es horrible, y esto no sé qué...”

No obstante, no ocurre lo mismo cuando se trata de que los PI sean los que cumplen con dicha diferencia etaria, como ocurrió con el caso de la pareja de la tercera edad mencionado por Ale:

“Sí hay jóvenes, pero digamos en algunas ocasiones hay un papito que tiene 35 años, eso es lo más joven, lo más joven 30 años, digámoslo así el papito, y el otro papito tiene 42, 45, 50 años. Tenemos un caso en la clínica de unos papitos que tiene, el señor tiene 75 y la señora 65.”

“... ellos sí los tienen súper evaluados, ellos sí, porque nos preocupa la edad de ellos y este bebé. Y pues ellos tienen una persona que dejaron a cargo por si llegase a pasar. Tienen ahí como un sobrino o algo que se va a hacer cargo de este.”

Dimensión: Eufemización discursiva

Subcategoría: Reetiquetación simbólica

Indicadores empíricos/observables del discurso: Uso de términos suavizados o legitimadores (“*mamá cigüeña*”, “*colaboradora*”) para evitar términos estigmatizantes (“*vientre de alquiler*”). Empleo de la metáfora de la cigüeña para referirse a la gestante; cambio de lenguaje para que el proceso no se vea “*feo*”.

Ale explicó que en Colombia se utiliza el término “*mamita cigüeña*” porque desde pequeños les enseñan que los bebés los trae una cigüeña, y que han tenido que cambiar palabras para evitar la connotación negativa.

Extracto de la entrevista:

“Bueno, acá en Colombia literalmente lo de las cigüeñas, porque nosotros desde pequeños nos han Criado con el tema de que a nosotros nos trae una cigüeña. Entonces, nosotros nacemos por una cigüeña y es la cigüeña la que visita a los papitos y trae el bebé. Por ende, lo adaptaron, digamos, en la subrogación como una cigüeña trae este bebé a estos papitos. ¿Sí? Nosotras somos las cigüeñas para estos papitos. Las gestantes somos como una cigüeña para los papitos, que les estamos llevando a sus bebés a sus hogares. Por eso lo notaba acá como mucho de mamita cigüeña. Y también, bueno, acá en Colombia en el Senado están tratando de prohibir la subrogación, ya que dicen que es una trata de personas, dicen lo que tú me contabas ahorita de que consiguen a chicas más vulnerables, de que se aprovechan de ellas, de que les están robando sus derechos y por muchas cosas. Por ende digamos que ya no queremos, bueno, la

palabra alquiler. Por ende, nos toca cambiar muchas palabras, como para que no se vea como tan feo, digámoslo así, el proceso.”

Reflexión final sobre la Gestación Subrogada Onerosa (GSO)

Unos meses después de concluido el proceso de entrevistas, y cuando la investigadora se encontraba ya en la fase de conclusiones de la tesis, se le planteó a Alejandra una pregunta abierta que buscaba capturar su visión más reflexiva y aspiracional sobre la práctica de la subrogación: en un “mundo ideal”, ¿volvería a aceptar subrogar? Su respuesta, enviada por mensaje de texto el 28 de junio de 2026, fue particularmente reveladora:

Si viviera en un mundo ideal, donde las gestantes fueran completamente respetadas, protegidas y valoradas; donde existiera transparencia, sí volvería a aceptar subrogar. No por necesidad, sino por la convicción de ayudar a una familia a cumplir el sueño de tener un hijo. Para mí, la subrogación siempre tuvo un propósito mucho más grande que un embarazo. Sin embargo, también aprendí que ese propósito debe ir acompañado de respeto, empatía y reconocimiento hacia la mujer que presta su cuerpo y su tiempo para hacer posible ese milagro. Cuando esas condiciones existen, la experiencia puede ser realmente hermosa para todas las partes — Alejandra, Colombia, 28 de junio de 2026.

Esta reflexión condensa varias de las tensiones que han atravesado el testimonio de Alejandra a lo largo de las entrevistas. En primer lugar, la distinción entre la motivación económica y el altruismo no se presenta como una dicotomía excluyente, sino como una tensión que ella misma negocia. Alejandra reconoce que la compensación económica fue un factor presente —incluso indispensable en su contexto de madre y ama de casa—, pero insiste en que su decisión no se

redujo a ello. Su paso de gestante a coordinadora gestacional evidencia una profesionalización de la práctica que trasciende la mera transacción mercantil.

En segundo lugar, la noción de “mundo ideal” que Alejandra describe —respeto, protección, valoración y transparencia— no es un escenario utópico desligado de su experiencia, sino la formulación de aquello que, desde su vivencia, considera que son fallos e insuficiencias en los procesos que conoce, ya sea por experiencia propia —como la atención psicológica en su primer proceso— o por otras MG. La mención explícita a la transparencia remite a una crítica implícita a las agencias que no informan adecuadamente a las gestantes sobre los riesgos, los efectos secundarios de la medicación o las cláusulas contractuales, como se ha abordado anteriormente desde la bitácora de campo digital. La exigencia de respeto y reconocimiento apunta a la estigmatización social que enfrentan las mujeres gestantes —señalada a lo largo del análisis categórico— y a la necesidad de que su labor sea valorada no solo como un servicio, sino como una contribución significativa a la vida de otras personas.

En tercer lugar, la frase “No por necesidad, sino por la convicción de ayudar” revela un desplazamiento simbólico fundamental: Alejandra no niega que la necesidad económica fue un motor inicial, pero al enmarcar su posible participación futura en términos de “convicción” y “ayuda”, reivindica su agencia y su capacidad de elección. Este gesto discursivo desafía la narrativa que reduce a las gestantes a meras víctimas de la explotación reproductiva, sin por ello ignorar las condiciones estructurales de desigualdad que hacen que la mayoría de las mujeres que subrogan provengan de contextos de vulnerabilidad económica.

Finalmente, la reflexión de Alejandra introduce una dimensión ética y relacional que a menudo queda invisibilizada en los debates sobre la Gestación Subrogada Onerosa (GSO): la

posibilidad de que la experiencia —aun mediada por el dinero, los contratos y los protocolos médicos— pueda ser “realmente hermosa para todas las partes” cuando se dan las condiciones adecuadas. Esta afirmación no es ingenua; Alejandra ha experimentado tanto el dolor del desapego como la satisfacción de haber contribuido a la realización del deseo de otras personas. Su testimonio invita, por tanto, a pensar la subrogación no solo como un mercado o como una forma de explotación, sino como un territorio de contradicciones donde coexisten la vulnerabilidad estructural y la agencia, el sufrimiento y la gratificación, la necesidad y la generosidad.

7.11. Análisis de contraste de fuentes en el estudio de la Gestación Subrogada (GS)

Este apartado tiene como objetivo contrastar y complementar dos fuentes de información primaria utilizadas en la investigación: (1) una bitácora de campo que sistematiza discursos públicos en un grupo de WhatsApp (WA) sobre GS, y (2) una entrevista en profundidad con una informante clave —Alejandra o Ale—, quien ha sido gestante subrogada en dos ocasiones y actualmente se desempeña como coordinadora gestacional. De este modo se permite identificar convergencias, disonancias y profundidades analíticas que enriquecen la comprensión del fenómeno. Los contrastes se muestran en las tablas 16 y 17.

Tabla 16. Relaciones entre la bitácora de campo digital y la entrevista: convergencias temáticas

Categoría	Dimensión	Subvariable	Convergencia s temáticas	Evidencia en Bitácora de Campo Digital	Evidencia en entrevista (Alejandra)
Biopoder	Control institucional del cuerpo gestante	Evaluación de aptitud	Control institucional del cuerpo gestante mediante evaluaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas para determinar la "aptitud".	Múltiples anuncios exigen: edad (18—35 años), IMC (máx. 27—30), máximo 2 cesáreas, buena salud física y mental, sin antecedentes penales.	exámenes médicos para ver si es “apta” o “no apta”. Detalla filtros negociables (peso, zona de residencia) y no negociables (más de dos cesáreas, consumo de drogas, antecedentes penales, más de cuatro partos).
		Seguimiento clínico	Vigilancia médica constante durante el embarazo y posparto, con acompañamiento profesional que se extiende más allá del nacimiento.	Las MG comparten experiencia s sobre citas médicas, transferencias embrionarias y ecografías. Se menciona la relación médico—paciente como activo—pasivo.	“voy a las transferencias, hago videos... todo el embarazo hago acompañamiento con ellas hasta el día que vienen los papitos al país, al nacimiento de su bebé y hasta dos meses después seguimos en contacto con la gestante”.
	Regulación emocional del embarazo	Normalización de efectos secundarios	La medicalización del embarazo produce efectos secundarios	Las MG normalizan los efectos secundarios : dolor de cabeza, sueño,	“en la segunda sí tuve muchísimo dolor de cabeza... era normal los síntomas

			que son normalizados por las propias MG como parte inherente del proceso.	cambios de humor. Se atribuyen a “cada cuerpo es diferente”.	porque estás llevando mucho medicamento”. Describe los diferentes protocolos de medicación entre clínicas.
		Gestión del vínculo	Contención y direccionamiento de emociones para evitar el apego, mediante discursos médicos y psicológicos que advierten “no encariñarse”.	Se advierte que, si la MG aporta su óvulo, el vínculo es mayor y puede generar conflictos legales. Hay consejos para gestionar la ansiedad y evitar el apego.	“desde el momento cero nos dicen que no tenemos que tener un vínculo emocional con estos bebés, no permiten que le demos pecho nosotras a los bebés cuando nacen”. “la que diga que no sintió nada... es mentira”.
Biomercantilización	Subrogación como servicio reproductivo	Oferta de capacidad gestante	Organización del proceso de subrogación como una prestación que se ofrece a cambio de una compensación económica, con mecanismos de control laboral como bonos por buen comportamiento.	Anuncios ofrecen “compensación justa”, “bonos”, cantidades específicas (ej. \$375,000 MXN). Se evita el término “alquiler” y se enfatiza el altruismo (“ayudemos juntas a cumplir sueños”).	“Yo también busco chicas, entonces algunas se las mando a esta agencia o a otras clínicas”. Describe “bonos de buen comportamiento” (2 millones de pesos) como mecanismo de control laboral.

		Anuncios de MG y PI	Dinámica de oferta y demanda en el mercado reproductivo, con movilidad internacional de MG y PI y comparación de costos entre países.	Hay oferta y demanda de MG, PI y agencias. Se comparan precios entre países (EE. UU. vs LATAM) y se discuten costos.	“En el caso primero mío, fue una pareja de hombre y mujer... ellos eran de Canadá”. “Acá en Colombia digamos que es uno de los países que más mueve la subrogación”.
	Percepción económica de la subrogación	Motivación monetaria atribuida	Asociación social entre subrogación y pago; expectativa de que las gestantes lo hacen “por el dinero”, generando estigmatización y juicios sobre repetir el proceso.	Se observan debates sobre si el dinero es la motivación principal o secundaria. Hay quienes lo ven como “negocio” y quienes como “ayuda”.	“muchas veces van por ese lado del dinero... “lo haces por el dinero”. Su narrativa personal mezcla ambos: acepta el pago, pero también habla de “dar felicidad” y “ayudar”.
	Dimensión transnacional	Turismo Reproductivo (TR)	Participación de Padres de Intención (PI) extranjeros y movilidad internacional de los bebés, con trámites de pasaporte y salida del país.	Se documentan casos de MG que ofrecen servicios a PI de otros países y se comparan precios entre EE. UU. y LATAM. Se menciona disponibilidad de viajar y visa.	Ha gestado para una pareja canadiense y para dos padres (mexicano y estadounidense). Menciona el caso de una pareja argentina de 75 y 65 años. Describe la rapidez de los trámites de salida de los bebés.

	Vulnerabilidad en el proceso de subrogación	Situaciones de riesgo/estafa	Advertencia sobre fraudes, estafas y riesgos de explotación en el proceso de GS, incluyendo riesgos extremos como tráfico de órganos. La falta de información y supervisión expone a las MG a redes criminales.	Las participantes del grupo de WA advierten sobre la presencia de estafadores y personas con intenciones subversivas en redes sociales y grupos de mensajería. Se mencionan casos de agencias fraudulentas que desaparecen después de solicitar exámenes médicos, así como la existencia de depravados que se aprovechan de la vulnerabilidad de las MG.	“Yo era nula, no sabía qué iba a ser, qué me iban a hacer... Yo bromeo a veces con las chicas y les digo: “A mí me hubieran podido sacar los órganos”. No sé, porque yo me fui para allá y no sabía en las clínicas realmente qué era el proceso como tal, hasta que me fui envolviendo mucho.”
Maternidad Intensiva	Escisión entre gestación y maternidad	Distinción genética y corporal	Separación discursiva entre “gestar” (proceso corporal) y “ser madre” (vínculo genético—afectivo), reiterando que	Se debate la escisión entre gestación y maternidad. Se advierte que, si la MG aporta su óvulo, el vínculo es	“el bebé no es tuyo porque genéticamente no viene con nada tuyo”. “Acá en Colombia no hay gestación con óvulo (de la

			el bebé “no es de la gestante” porque no tiene sus genes.	mayor y puede generar conflictos legales.	gestante)...nos otras como gestantes solamente ponemos nuestro útero”.
	Filiación	Centralidad de la genética	Argumentación sobre la primacía del vínculo genético para determinar la pertenencia del bebé, diferenciando entre “hijo propio” y “bebé gestado para otros”.	Se argumenta que, si la MG aporta su óvulo, el vínculo es mayor y puede generar conflictos legales.	“si el proceso fuera con su propio óvulo, el desapego sería mucho más difícil, y por eso en Colombia no se permite esa modalidad”.
	Eufemización discursiva	Reetiquetación simbólica	Uso de términos suavizados o legitimadores (“mamá cigüeña”, “colaboradora”) para evitar términos estigmatizantes (“vientre de alquiler”).	Se utiliza “mamá cigüeña” y frases como “tu vientre puede ser el inicio del milagro”. Se evita la palabra “alquiler”.	“ya no queremos la palabra 'alquiler'... nos toca cambiar muchas palabras, como para que no se vea como tan feo, digámoslo así, el proceso”.

Fuente: Grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS), elaboración propia basada en la bitácora de campo digital y la entrevista a Alejandra.

La tabla de categorías analíticas y la entrevista comparten un núcleo conceptual robusto. Las principales categorías analíticas —biopoder, biomercantilización y maternidad intensiva— se manifiestan en ambas fuentes, aunque con diferentes niveles de detalle y desde perspectivas complementarias.

Si bien las categorías coinciden, la entrevista a Alejandra permite matizar, cuestionar o profundizar hallazgos de la bitácora de maneras que el discurso público no permite.

Tabla 17. Comparaciones: divergencias y profundización analítica

Categoría	Dimensión	Subvariable	Convergencia Temática	Evidencia en bitácora de campo digital	Evidencia en Entrevista (Alejandra)
Biopoder	Regulación emocional del embarazo	Acompañamiento psicológico	Intervención profesional para gestionar las emociones durante y después del embarazo, con seguimiento mensual o quincenal del estado de ánimo y entorno familiar.	Se menciona la obligatoriedad de la evaluación psicológica como requisito, pero no se detallan las diferencias en la calidad del acompañamiento.	Compara experiencias : en la primera clínica (Fertivida) la psicóloga era superficial, Ale menciona que el diálogo era protocolario : “¿cómo estás? - bien”; en la segunda (Celagem) el acompañamiento fue exhaustivo — “nos llamaban y preguntaban absolutamente todo, hasta después del parto” —.
	Administración legal de la reproducción	Formalización contractual	Instrumentos jurídicos para transferir la filiación y desvincular a	Se exige contrato notarial, seguros de gastos	“Escuché un caso de una chica que ella no quería

			la gestante, mediante renunciaciones voluntarias, contratos ante notario y pruebas de ADN. Pero también se evidencia el contrato como salvaguarda para las MG.	médicos y de vida. Las MG priorizan contar con soporte legal y médico con sus respectivas responsabilidades como la entrega del bebé.	entregar el bebé... a demostrarle con las pruebas de ADN, mostrar el contrato... de que este bebé no era de ella”. Describe la rapidez de los trámites de salida de los bebés (pasaporte en 5—6 días).
		Derechos y obligaciones contractuales	Percepción de la libertad de la gestante para retirarse del proceso antes del embarazo, aunque existen obligaciones contractuales una vez iniciado.	Se menciona que la gestante puede retirarse del proceso antes del embarazo sin consecuencia siempre y cuando no haya aún transferencia embrionaria, es decir, posibilidades de implantación exitosa.	No se aborda explícitamente en la entrevista, pero se infiere del contrato que la MG debe cumplir con los plazos y condiciones establecidas.
Biomerchantización	Intermediación del mercado reproductivo	Papel de agencias y consultoras	Participación de terceros que organizan y canalizan el proceso: consultoras, coordinadoras gestacionales, agencias	Se mencionan coordinadoras gestacionales como intermediarias, pero sin detallar sus	Ale define su rol como integral: recluta, canaliza a clínicas, acompaña a citas, transferenci

			internacionales, clínicas privadas y abogados especializados.	funciones más allá de la captación.	as, partos, firmas legales y seguimiento postparto. Destaca que su agencia es la única que la incluye en el parto cuando menciona que en “las demás vamos solitas al médico”.
	Selección diferenciada de actores	Filtros para MG y PI	Aplicación de criterios de inclusión/exclusión más rigurosos para gestantes que para padres de intención. Para MG: peso, talla, número de cesáreas, zona de residencia, consumo de sustancias, red de apoyo. Para PI: principalmente disponibilidad económica.	La bitácora muestra que los PI buscan MG en el grupo, pero no se evidencia que sean sometidos a filtros similares. Los requisitos se centran en las MG.	“si tienen dinero, los aceptan así nomás”. Mientras que las MG deben pasar por múltiples evaluaciones médicas, psicológicas, socioeconómicas y de entorno familiar.
Maternidad Intensiva	Carga corporal y emocional femenina	Impacto subjetivo del proceso	Manifestación de afectaciones físicas, hormonales y emocionales durante y después del embarazo:	Las MG expresan ansiedad, miedo y frustración ante transferencias fallidas. Se comparten	En el caso de Ale ella enfatiza sentimientos encontrados después de llegar del hospital: “llegué a la

			llanto, tristeza, sensación de vacío, conflictos internos.	consejos para gestionar el estrés.	casa sin un bebé... ¿qué me está pasando? Porque sí me siento triste”. Describe el “alboroto hormonal” y la necesidad de llorar.
--	--	--	--	------------------------------------	--

Fuente: Grupo de WhatsApp (WA) “Maternidad Subrogada” (MS), elaboración propia basada en la bitácora de campo digital y la entrevista a Alejandra.

Aportaciones exclusivas de la entrevista: dimensiones ocultas

La entrevista con Alejandra añade capas de análisis que la bitácora de campo, por su naturaleza de discurso semipúblico y anónimo, no puede capturar. Estos elementos permiten matizar, cuestionar o profundizar los hallazgos obtenidos en la observación digital, revelando dimensiones del fenómeno que permanecen ocultas en los intercambios grupales y que son fundamentales para comprender la complejidad de la Gestación Subrogada Onerosa (GSO):

a) La experiencia emocional postparto y la intensidad del vínculo

La bitácora de campo digital alude a ansiedad, miedo y frustración durante el proceso de transferencia y embarazo, pero Ale describe con crudeza la tristeza y el vacío al llegar a casa sin el bebé, así como el “alboroto hormonal” y el llanto. Esto revela una vulnerabilidad corporal y emocional que los anuncios de las agencias, los consejos entre pares y el discurso institucional no muestran.

Ale lo expresa de manera contundente: *“la que diga que no sintió nada por este bebé y que hasta el día de hoy no le importó, pues digo que es mentira”*. Esta afirmación desafía la narrativa dominante —tanto en el ámbito médico—legal como en el de la propia comunidad del

grupo MS— que insiste en que, al no haber vínculo genético, no hay apego. La experiencia de Ale evidencia que la intensidad del vínculo no se elimina por completo — algo ya expuesto en investigaciones como los de Saravanan (2016) —; la convivencia de nueve meses con el bebé en el vientre genera un apego real, aunque sea “muy pequeño”, como ella misma lo califica.

Este hallazgo es crucial porque desmiente la pretensión de que la separación genética resuelve el conflicto emocional. Ale señala: *“si el proceso fuera con su propio óvulo, el desapego sería mucho más difícil, y por eso en Colombia no se permite esa modalidad”*. La entrevista revela que la intensidad del vínculo no es binaria —presente o ausente— sino gradual, y que la gestión de ese vínculo requiere un trabajo emocional constante que la psicología y el contrato intentan disciplinar, pero que nunca logra anular por completo.

b) El conflicto familiar y la estigmatización intrafamiliar

Ale narra cómo ocultó su primer embarazo subrogado a su familia, el rechazo inicial de su padre —que creía que el bebé era genéticamente suyo—, la incredulidad de su madre y la dificultad de explicar a sus hijos. Esta dimensión de estigmatización intrafamiliar no aparece en la bitácora de campo digital, donde los intercambios se centran en aspectos operativos y legales, y solo se alude de manera superflua a la falta de apoyo familiar.

El testimonio de Ale es revelador:

“Cuando yo me metí en el tema no sabía y yo opté por decir: “Bueno, casi no le voy a contar a mi familia si se llegase a dar el caso” [...] para decirle a mis hijos también fue algo... no sabía ni cómo explicarles”.

“Mi mamá decía que ella no podía creer, que era mentira. Muchos de mis familiares entonces decían que era mentira lo que yo estaba diciendo, que no me creerían que era la verdad”.

“Mi papá cuando él supo el tema como que tenía un recelo y él no quiso hablarme por un tiempo... él duró un tiempo sin hablarme”.

Estos fragmentos revelan que el estigma es bilateral en el sentido que no solo afecta de manera externa, sino penetra en el núcleo más íntimo de las relaciones familiares, afectando tanto a los PI como a las propias mujeres que deciden subrogar para estas parejas, un tema del que no se ha inmiscuido demasiado. La percepción familiar de la genética juega un papel central: el padre de Ale creía erróneamente que el bebé tenía genes suyos, y aunque ella explicó el proceso repetidamente, la asociación entre embarazo y filiación biológica persistió. Este malentendido muestra cómo el discurso genético, a pesar de su uso biopolítico para desvincular a la MG, no logra desplazar completamente las concepciones populares de la maternidad donde el cuerpo no es solamente un “receptáculo” para engendrar, sino que guarda por sí mismo una simbolización de lo que es “ser madre” en tanto que el acto de gestar está implicado en el acto de matenar.

Aparte, la dificultad de explicar a los hijos añade otra capa de complejidad: Ale tuvo que llevar a sus hijos a almorzar dos veces antes de poder decirles, y cuando lo hizo, les explicó que estaba “alquilando el útero” para una familia que no podía tener bebés. Resulta interesante sobre todo en infancias, cómo se puede dar un acercamiento para explicar en qué consisten procesos tan complejos como la GS, datos que no se tienen al respecto —en el caso de Ale sus hijos al ser mayores no tuvieron que lidiar con eso, aunque no por ello es menos desafiante—. Esta gestión del secreto y la verdad en el entorno familiar es otro aspecto que la literatura académica rara vez aborda, y que evidencia cómo la GSO afecta no solo a la MG, sino a toda su red de relaciones.

Por otro lado, aunque los estudios académicos abundan en cuanto a los efectos subjetivos de la EI, este margen al ser feminizado cuenta con dos niveles de profundidad en los que no se

explora a pesar de su pertinencia: en primer lugar, la infertilidad en varones; la segunda, el papel que tienen estos varones y la gestión de sus emociones cuando se involucran en un proceso de GS —pues incluso los estudios cuentan con esta postura estructural de que solo las mujeres son afectadas por su capacidad reproductiva—.

c) La representación afectiva y moral de la maternidad

La entrevista permite acceder a la representación afectiva y moral que Alejandra tiene de la maternidad, un aspecto que la bitácora de campo no captura con profundidad. Para Ale, ser madre es “lo mejor que me ha podido pasar en la vida”, un “amor incondicional” y “algo muy bonito que Dios nos regaló a nosotras de ser madres”. Esta definición, profundamente anclada en un discurso esencialista y religioso, convive en tensión con su experiencia como subrogada.

Ale reconoce que, aunque el bebé no es genéticamente suyo, *“el cuerpo reconoce todo esto que viene ahí”* y que

Por más que haya una psicología de por medio, por más que nos estén diciendo siempre:

“Bueno, ya sabes lo que estás haciendo”, ya sabes a qué te atienes, ya sabes que el bebé no es tuyo porque genéticamente no viene con nada tuyo, pero sí hay en algún momento viene como ese, ese instinto maternal de nosotras. —Alejandra, Colombia.

Esta declaración es fundamental porque revela que la escisión entre gestación y maternidad no es completa. Aunque Ale acepta la distinción técnico-legal —*“nosotras como gestantes solamente ponemos nuestro útero”*—, su experiencia subjetiva desborda esa categorización. La representación afectiva de la maternidad como un don divino y un instinto natural entra en conflicto con la exigencia de desapego que el proceso impone, generando una tensión que Ale resuelve mediante un esfuerzo consciente de resignificación: el embarazo subrogado no es “su”

bebé, pero es una experiencia que la conecta con su propia maternidad y con el deseo de ayudar a otros, lo que permite explicar, a través del altruismo —aún con compensación monetaria— por qué no puede quedarse con un bebé que ella misma ha engendrado durante nueve meses y por qué no debe sentir culpa o vergüenza.

Esta tensión entre la maternidad como instinto y la gestación como servicio también se manifiesta en los discursos de otras MG dentro del grupo de WA. Una participante, Melissa, compartió su experiencia en los siguientes términos:

Buenas noches con todos les quiero compartir mi experiencia en ser madre subrogante, gracias a unos padres maravillosos que confiaron en mi y me dieron la oportunidad de ser su colaboradora a pesar de mi edad, ya que tengo 42 años y pude ayudar a esa familia a traer a su bebé este 11 de marzo, nació muy saludable y ellos muy felices por tener a su nuevo integrante en la familia. Fue mi segundo proceso y todo salió muy bien para todos. — Melissa, Ecuador.

El testimonio de Melissa también es crucial por varias razones. En primer lugar, ella se autodenomina “madre subrogante”, una categoría que fusiona la identidad materna con la función de subrogación, en lugar de adoptar la terminología técnica y desvinculante que promueven algunas de las agencias —como “*portadora gestacional*” o “*mujer gestante*”—. Esta elección léxica indica que, para algunas MG, la experiencia de gestar un bebé para otros no anula su identidad como madres, sino que la amplía o la resignifica en términos de colaboración.

En segundo lugar, Melissa enfatiza su edad —42 años— como un factor que, lejos de ser un obstáculo, se convierte en un elemento de orgullo: “a pesar de mi edad”. Este señalamiento desafía los filtros etarios establecidos por la mayoría de las agencias, que suelen

fijar un límite máximo de 35 o 40 años. Al destacar que fue aceptada y que el proceso fue exitoso, Melissa subvierte la norma biopolítica que asocia la juventud con la aptitud reproductiva, y reivindica su capacidad como gestante desde una posición de experiencia y madurez, algo puede crear escisiones y justifica la razón por la que en las clínicas/agencias no aceptan mujeres que apenas cumplan la mayoría de edad —generalmente son de 20 años en adelante— aludiendo a la madurez no solo biológica —en términos reproductivos— sino mental de lo que implica el proceso de GS.

En tercer lugar, la narrativa de Melissa se estructura en torno a una dualidad afectiva y moral que concuerda con las palabras de Ale: por un lado, se presenta como una “colaboradora” que ayuda a una familia a cumplir su sueño —“padres maravillosos que confiaron en mí”—; por otro, describe el resultado como un éxito compartido —“ellos muy felices por tener a su nuevo integrante en la familia” y “todo salió muy bien para todos”—. Esta construcción discursiva alinea la subrogación con valores como la gratitud, la confianza y la reciprocidad, desactivando la posible carga de explotación o mercantilización que pesa sobre la práctica.

Sin embargo, la narrativa de Melissa —probablemente por la naturaleza de la plataforma de WA— también revela una operación de silenciamiento: no menciona los efectos secundarios de la medicación, los riesgos obstétricos, el dolor del desapego postparto, ni las posibles tensiones contractuales. Su testimonio es una versión que, al igual que los anuncios de las agencias, presenta la subrogación como una experiencia armónica y gratificante, en la cual se interioriza que lo más importante son los resultados a pesar del proceso. Esta omisión no es casual; responde a la necesidad de legitimar socialmente la práctica, tanto para sí misma como para la comunidad que la escucha.

La comparación entre el testimonio de Ale y el de Melissa es ilustrativa: mientras Ale reconoce la tristeza postparto y el “alboroto hormonal”, Melissa se centra en la felicidad de los padres y en el éxito del proceso. Esta divergencia no invalida ninguno de los relatos, sino que evidencia la diversidad de experiencias subjetivas dentro de la GSO, así como las distintas estrategias de gestión del estigma que las MG emplean para narrar su participación. Ale, al compartir sus emociones contradictorias, humaniza la experiencia; Melissa, al enfatizar el final feliz, la mitifica, pero se particulariza desde su propia voz —al mencionar factores como su edad “avanzada” para gestar—. Ambas, sin embargo, operan dentro de los límites de un sistema que las reconoce como gestantes, pero no como madres en el sentido tradicional de la palabra, pues irónicamente se necesita ser madre para poder ser gestante subrogada.

d) La diferencia etaria en la percepción social y como filtro biopolítico

La investigación identifica una diferencia generacional significativa en la recepción social de la GSO. Ale lo expresa con claridad:

(...) las personas mayores son las que son más opuestas al tema, son más tercas, son más críticas [...] tú le dices a una persona joven de veinte, veintiún años, o un chico de 15 años 'en la subrogación pasa esto, esto y esto', dicen 'ah que chévere' [...] Ellos si se alumbran y dicen “uy que chévere”. — Alejandra, Colombia.

Esta apertura generacional, sin embargo, no se traduce necesariamente en una mayor protección de las MG. Los jóvenes pueden mostrar interés, pero esto no implica que cuestionen las condiciones de explotación o vulnerabilidad estructurales. Como señala Ale, quienes se interesan y abogan a favor de la subrogación suelen ser personas que han pasado o tienen en su círculo cercano a alguien que ha pasado por estas situaciones, ya sea como MG o como PI.

La diferencia etaria también se manifiesta en la recepción de los PI: Ale menciona el caso de una pareja de 75 y 65 años que recurrió a la subrogación, y señala que a “ellos sí los tienen súper evaluados, ellos sí, porque nos preocupa la edad de ellos y este bebé”. Esto sugiere que, aunque los PI son aceptados con mayor facilidad si cuentan con recursos económicos, la edad avanzada puede ser un factor de riesgo que las agencias/clínicas evalúan, en este caso, exigiendo que tengan un familiar designado para hacerse cargo del bebé en caso de fallecimiento.

La preocupación por la edad de los PI no es solo médica —riesgos de que no vivan para criar al hijo— sino también ética: ¿es legítimo que personas de edad avanzada recurran a la subrogación para tener un hijo que probablemente quedarán huérfano? Este cuestionamiento, que la entrevista introduce, abre una dimensión del debate sobre la GSO que va más allá de la explotación de las MG y pone en el centro el interés superior del menor, contrario a la generalización de que a las agencias/clínicas lo único que parece importarles es el dinero.

No obstante, la edad no solo opera como un criterio de selección para las MG, sino que también es objeto de un discurso moralizante que vincula juventud con inmadurez emocional. En la bitácora de campo digital, una participante del grupo expresó con contundencia esta asociación, señalando que las MG deben tener cierta edad para involucrarse en el proceso porque consideran que la juventud implica falta de madurez mental: *“las de 20 a 28 años no saben en verdad que es traer un BB al mundo... y aveces es xr dinero”* — Susana, Michoacán.

Este comentario, que no está firmado por una agencia sino por una miembro de la comunidad, revela que el criterio etario no es impuesto únicamente desde las instituciones — agencias y clínicas— sino que ha sido interiorizado por las propias MG y participantes del grupo como una norma de sentido común. La edad se convierte así en un marcador de aptitud

psicológica y moral que trasciende la mera preocupación médica por los riesgos obstétricos. La juventud es asociada con incapacidad para comprender la “magnitud” del proceso, lo que implica que la GS no es solo un acto físico, sino una empresa emocional y ética que requiere una cierta madurez vital.

Esta interiorización del filtro etario como parte de la “idoneidad” para subrogar refuerza el control biopolítico sobre el cuerpo gestante: no basta con que el cuerpo sea fértil y esté sano; se exige que la mujer encarne una subjetividad “madura”, responsable y emocionalmente estable, que se presume alcanzada solo a partir de cierta edad —generalmente los 25 años, como exigen la mayoría de los anuncios—, y dicha subjetividad guarda relación con lo que socialmente se considera la “edad ideal” para ser madre, incluso si es para gestar un hijo ajeno: no lo suficientemente joven ni lo suficientemente avanzada. El discurso de la “madurez mental” funciona, así como un dispositivo de disciplinamiento que, al mismo tiempo que excluye a mujeres jóvenes, naturaliza la idea de que la subrogación es un acto que debe ser gestionado desde una posición de plena conciencia y control emocional, desalentando cualquier expresión de duda o ambivalencia que pudiera interpretarse como inmadurez.

Este hallazgo es relevante porque muestra que los filtros etarios no operan únicamente desde las agencias hacia las MG, sino que se reproducen horizontalmente entre las propias participantes, consolidando un consenso normativo que alinea a la comunidad con los intereses del mercado reproductivo. La edad no es solo una medida de seguridad médica, sino también un marcador simbólico de la “buena gestante”: aquella que, por su trayectoria vital, supuestamente está mejor preparada para gestionar la complejidad emocional y contractual del proceso, minimizando así los riesgos para las agencias y los PI.

e) La perspectiva institucional desde adentro: el rol de la coordinadora gestacional

Como coordinadora, Ale conoce los filtros no escritos que operan en la selección de MG. Por ejemplo, los “*bonos de buen comportamiento*” (2 millones de pesos colombianos) se utilizan como mecanismo de control contractual: “les van a dar un bono de dos millones de pesos pero es por buen comportamiento, si no van a la cita juiciosa, si ustedes llegan tarde, si ustedes esto, ese bono no se les va a dar”. Esto se interpreta como un incentivo que disuade a ciertas tendencias conductuales —pasividad ante el seguimiento clínico, los efectos secundarios del tratamiento, requerimientos por parte de la agencia/clínica en la disposición de tiempo, la carga corporal del embarazo, entre otras— y las diferencias de trato entre clínicas.

Esta práctica, que no aparece en la bitácora de campo digital, revela una estrategia de disciplinamiento que equipara la subrogación a un empleo asalariado, donde el cumplimiento de normas y horarios es recompensado. Sin embargo, Ale también señala que los PI son aceptados con mucha más facilidad, reconociendo que ellos también deben tener ciertos filtros por parte de las agencias/clínicas para poder subrogar, datos que lamentablemente ella desconoce, pero eso no implica ignorar el hecho de que “si tienen dinero, los aceptan así nomás”, lo que apunta a una asimetría de poder estructural que la regulación debería abordar.

No obstante, el factor económico representa un arma de doble filo para aquellas parejas y personas solteras que desean acceder a un programa de subrogación. Entre líneas de la entrevista, Alejandra ha comentado que cuando los PI desisten del proceso después de varios intentos toman la decisión porque hay varios factores de por medio, entre ellos la capacidad económica para solventar el tratamiento, una preocupación también evidente en la bitácora de campo, indicador de que no todos los PI son personas de clase alta o con solvencia económica vasta para mantener el tratamiento indefinidamente, como ocurrió con la primer pareja a la que

Ale subrogó: a pesar de que estaban conscientes que el tratamiento de GS era costoso, el PI quería conceder el deseo a su mujer de que pudieran tener un hijo propio hizo que realizara un esfuerzo —en el cual no se profundizó en la entrevista— para juntar recursos y que pudiera hacerse realidad.

No obstante, la mayoría sino es que prácticamente todos— los artículos más difundidos abordan la GS desde la perspectiva de la vulnerabilidad expuesta de la MG, sin considerar de donde provienen los PI que buscan subrogar en otros países, pues incluso si vienen de países de primer mundo, no todos son de la misma clase social ni cuentan con los mismos ingresos, lo que permite suponer que aparte de que la legislación lo permita, otro factor importante es la solvencia económica y las dificultades que pueden encontrar en otras alternativas como la adopción o el éxito en tratamientos de esterilidad/infertilidad.

f) La regulación legal implícita y la prohibición de la gestante como donante de óvulo

Ale menciona un dato crucial sobre porqué las MG no pueden aportar su óvulo para subrogar:

Acá en Colombia no hay gestación con óvulo (de la gestante). Acá sí tiene que ser... el esperma del papito y el óvulo donado. Todas las clínicas y todas las agencias acá en Colombia lo hacen de esta manera. Nosotras como gestantes solamente ponemos nuestro útero, no más. — Alejandra, Colombia.

Este dato es fundamental porque muestra que, aunque la ley no regula la GSO en Colombia, las clínicas y agencias han establecido una norma interna que prohíbe que la MG aporte su óvulo para evitar conflictos filiales. Esta autorregulación, que podría interpretarse como una medida de protección, también revela una estrategia biopolítica de gestión del riesgo: al eliminar el

vínculo genético, se reduce la posibilidad de que la MG reclame la maternidad del bebé, facilitando así la transacción comercial y la entrega del menor a los PI.

Sin embargo, esta preocupación por las implicaciones legales de que la MG sea también donante de óvulo no es exclusiva de las agencias y clínicas. En la bitácora de campo digital, este tema emerge con frecuencia en los debates entre las participantes del grupo de WA, quienes advierten sobre los riesgos de que la gestante aporte su propio material genético. Una de las participantes expresó con claridad esta postura: “Te recomiendo que ella no sea la donante de óvulo puesto que legalmente sería la mamá y si ella quisiera podría no entregarles al bebé” — Elena, Ciudad de México.

Otra participante reforzó esta advertencia señalando: *“Si utilizaron sus óvulos ella tiene las de ganar. Por que ella es la mamá biologica del bebé”* — Participante de Jalisco.

Incluso se compartió un caso concreto que ejemplifica el riesgo:

Si quiere quedarse con el bebé puede hacerlo por más contrato que hicieran. Una conocida hizo así porque puso los óvulos y después se arrepintió de entregar el bebé y ahí lo tiene ya está como de 1 año, todavía pelean la custodia pero no se lo han podido quitar. — Jasmine, Colombia.

Estos testimonios revelan que la centralidad de la genética como criterio de filiación está profundamente internalizada, no solo por el sistema legal, sino por las propias MG y PI. La genética se convierte en un argumento de autoridad que desvincula a la gestante del bebé, pero que también puede ser utilizado en su contra si ella aporta su óvulo y decide reclamar la maternidad. Como señala Ale, *“si el proceso fuera con su propio óvulo, el desapego sería mucho más difícil, y por eso en Colombia no se permite esa modalidad”*.

Esta posición es respaldada por otra participante de la bitácora, quien sostiene incluso cierta tipificación de la práctica: *“En la gestación subrogada no debe de ser la gestante también donadora del óvulo, aunque lo quiera hacer por cuestiones de genética”* — Dulcinea, Tabasco.

El consenso en el grupo es tajante: la separación genética es vista como una salvaguarda legal y emocional que protege tanto a los PI como a la propia MG de posibles conflictos. Sin embargo, esta norma implícita también revela una paradoja: mientras que el discurso institucional y comunitario insiste en que el vínculo genético es lo que define la maternidad, también se reconoce que la experiencia corporal del embarazo —nueve meses de gestación— genera un apego que puede desafiar ese orden legal. Ale lo expresa con honestidad cuando dice:

(...) aun así se pega este vínculo muy pequeño... porque pues tenemos un bebecito en la barriga que tenemos ahí nueve meses y de un momento a otro se va, se va de la nada. ¿Sí? Y aun así se pega este vínculo muy pequeño. Es un vínculo muy pequeño... pero sí hay un vínculo. — Alejandra, Colombia.

La prohibición de que la MG aporte su óvulo, por tanto, no elimina completamente el riesgo de conflicto, sino que lo gestiona simbólicamente al reforzar la idea de que la maternidad se define por la genética, no por la gestación. Esta estrategia, sin embargo, choca con la realidad corporal y emocional de las MG, que viven el embarazo como una experiencia de vinculación, aunque sea en un grado menor que si el bebé fuera genéticamente suyo.

La comparación entre Colombia y otros contextos es ilustrativa: mientras que, en México, donde la regulación varía por estado, algunas agencias permiten la subrogación tradicional —con óvulo de la MG—, en Colombia la norma interna de las clínicas/agencias ha establecido un límite claro que, aunque no tiene base legal, opera con la fuerza de una regulación

de facto. Esta autorregulación, sin embargo, no está exenta de críticas: al prohibir que la MG aporte su óvulo, se está limitando su autonomía reproductiva en tanto que se refuerza la idea de que su contribución al proceso es puramente instrumental —un útero, no una madre—.

En síntesis, la regulación legal implícita en Colombia, que prohíbe que la MG sea donante de óvulo, revela una tensión irresuelta entre el deseo de proteger a todas las partes involucradas y la necesidad de facilitar el mercado reproductivo. Al eliminar el vínculo genético, se simplifica la transacción, pero se deshumaniza la experiencia de la gestante, reduciéndola a una proveedora de servicios. Esta tensión es un reflejo de las contradicciones más amplias del biopoder en la era neoliberal: la vida se gestiona como un recurso, pero las emociones y los vínculos que la acompañan no pueden ser completamente disciplinados.

En conjunto, estas dimensiones ocultas —la experiencia emocional postparto, la estigmatización intrafamiliar, la representación afectiva de la maternidad, la diferencia generacional, la instrumentalización del deseo reproductivo, la paradoja de la compensación económica, la perspectiva institucional y la regulación legal implícita— enriquecen y matizan los hallazgos de la bitácora, revelando que la GSO es un fenómeno mucho más complejo y contradictorio de lo que los discursos públicos y las posturas polarizadas sugieren.

7.12. Análisis del discurso sobre la postura prohibicionista en Colombia a través del discurso de Jenny Pedraza

En una parte de la entrevista se platicó con Alejandra sobre la situación política de la Gestación Subrogada (GS) en su país, mencionando específicamente a la congresista Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, conocida públicamente como Jennifer Pedraza. La evidencia disponible muestra que ha asumido una postura feminista crítica y opositora a la Gestación Subrogada

(GS), a la que en sus intervenciones públicas llama también “alquiler de vientres” y vincula con explotación reproductiva.

El discurso por evaluar en cuestión es uno de sus recientes videos divulgativos en torno a la GS como complemento de la triangulación de fuentes. Jennifer Pedraza publicó en X, a propósito del debate de proyectos en el Congreso, que frente al tema del “alquiler de vientres” convoca al debate mostrando una posición crítica sobre esa práctica. En otra publicación afirmó que un gobierno para las mujeres no respaldaría la “explotación” relacionada con este tema, y en una más calificó la situación como explotación reproductiva.

Además, en documentos legislativos de la Cámara de Representantes aparece su nombre asociado a discusiones donde la GS es tratada dentro de marcos de crítica feminista y de derechos humanos. Por ejemplo, en un texto legislativo aprobado en comisión se menciona expresamente “explotación reproductiva, gestación subrogada y/o alquiler de vientres”, y en un acta de Cámara aparece Jennifer Pedraza interviniendo sobre el tema. En cuanto al video, ofrecemos la transcripción completa para facilidad del lector, y seguido del texto citado se entrará en el debate con una intervención sobre la información proporcionada —realizando nuestra propia búsqueda— para enriquecer nuestros datos de estudio:

Como si estuviéramos en un capítulo de Black Mirror o en el Cuento de la Criada, en Colombia pretenden legalizar y regular la explotación reproductiva o el alquiler de vientres. Venga, le cuento. Hace una semana se conoció que una escritora feminista muy famosa, Chimamanda Ngozi, había recorrido a la gestación subrogada para tener a sus dos gemelos, ya que un embarazo le quitaba tiempo para escribir y, ya saben, ser productiva.

Se le conoce como gestación subrogada un proceso en el que una mujer lleva a cabo un embarazo y da luz a un bebé que va a ser hijo y criado por otra persona o pareja. Esto, obviamente, desató un debate en el movimiento de mujeres que nos debemos hacer mucho, pero ya es hora de decir las cosas como son. La gestación subrogada es explotación reproductiva.

En Colombia no se ha regulado ni se ha prohibido expresamente, lo cual ha generado un terreno gris en el que han surgido negocios multimillonarios y hasta internacionales: empresas gringas, europeas que vienen a países como Colombia para aprovecharse de los vacíos legales que tenemos y también de la pobreza feminizada que vivimos. Porque es que, además, aquí les cuesta la mitad de lo que tendrían que pagarle una mujer en Estados Unidos.

En un claro gesto de violencia colonialista y racista contra las mujeres del sur global que ahora incluso se llama turismo reproductivo. No, acá no estamos hablando de casos excepcionales, de amigas o familias que se hacen el favor entre sí. Estamos hablando de un negocio multinacional que mueve más de 4 mil millones de dólares al año —esta es la misma plata que mueven negocios como Netflix, Ford o Starbucks—, personas multimillonarias que sin ningún problema de fertilidad recurren a esta práctica de explotación reproductiva para no ver afectados ni su cuerpo ni su carrera profesional. Un negocio que se sostiene a costa de la vida y la salud de las mujeres empobrecidas del sur global.

Y si no me creen a mí, créanle al director de Biotexcom, una empresa que se dedica a esto (expone en el video captura de pantalla de un fragmento que cita textualmente): “Estamos buscando mujeres en las exrepúblicas soviéticas porque, lógicamente, tienen

que ser de lugares más pobres que los de nuestros clientes. No he conocido a una sola mujer con una buena situación económica que haya decidido pasar por este proceso...”

Y es que un embarazo no es cualquier cosa, no es ir a sacarse una muela. Estamos hablando de cambios en el cuerpo y complicaciones médicas como la preeclampsia, y ni hablar de los efectos sobre la salud mental.

Es que esto no está pasando en el planeta de Alicia en el país de las maravillas, sino en un mundo misógino y pedófilo. Hubo un caso muy sonado de un médico sueco que alquiló un vientre —o sea, a una mujer— y no pudo ir a recoger al bebé, ¿adivinen por qué? (expone otra captura de pantalla extraído del periódico “El Español” donde aparece el encabezado: “El pediatra español detenido por abuso de menores es padre gracias a un vientre de alquiler en Ucrania”) porque lo metieron a la cárcel por delitos de abuso sexual a 52 menores de edad y por tener contenido de pornografía infantil, casos como este se repiten por doquier.

Actualmente en Colombia cursan en el Congreso dos proyectos de ley para regular el alquiler de vientres. Y aunque ambos posen de un enfoque altruista, terminan favoreciendo el negocio y desprotegiendo los derechos de las mujeres y de los bebés. Además, lo que debería prevalecer en esta discusión debería ser la protección de los derechos de los niños y de las niñas, por ejemplo, a tener una familia, y no el capricho de ser madre o padre, porque recordemos que este es un deseo, más no un derecho. Claro que hay que eliminar los vacíos legales, pero regular no es permitir todo porque sí. Regular también es restringir.

Porque, aunque muchos vean en el alquiler de vientres un negocio y una forma de aprovecharse de las mujeres que buscan una vida digna en un ambiente de pobreza, hay que verlo realmente como lo que es, la venta de bebés y el uso de las mujeres como

incubadoras. No olvidemos que en Colombia hasta colegios médicos difundieron la idea (expone captura de pantalla del Colegio Médico Col con una publicación difundida por ellos donde escriben “Sabemos que las mujeres con “muerte cerebral” pueden llevar embarazos a término: ¿por qué no deberían de iniciarse embarazos para ayudar a las parejas sin hijos?”) de que mujeres con muerte cerebral sirvieran de incubadoras. ¿Ustedes qué opinan de este debate? ¿No les parece gravísimo? (Pedraza, 2025)

Como puede notarse, resulta un discurso bastante potente que expone las características negativas encontradas anteriormente en la literatura por autores mencionados a lo largo de la presente investigación de que la GS es explotadora, misógina y segregada. Por esta razón, nos dimos a la tarea de realizar una consulta a las propias fuentes que toma Pedraza y evaluar si efectivamente la información proporcionada resulta ser fidedigna.

Empezando por el caso de Chimamanda Ngozi hay que adentrarse un poco en el contexto sobre su trayectoria que, aunque no son justificantes, enmarcan una historia de vida con sus propias motivaciones que no se explicitan en el video de Pedraza: en varias entrevistas ha afirmado que el motivo por el cual no había mencionado su ingreso en un proceso de subrogación se debe a que no quería exponer su vida privada, así como la de sus hijos. Anteriormente se desconocía que se casó en 2009 con Ivara Esege, quien trabaja como doctora en un hospital (The Guardian Nigeria, 2025), en el año 2016 tuvo a su primer hijo, una niña, y a sus dos hijos gemelos mediante gestación subrogada hace dos años. Lamentablemente, Nkanu Nnamdi, uno de los gemelos, falleció tras una breve enfermedad al año de nacido (The Guardian, 2026).

La explicación del porqué ha intentado proteger tanto su vida privada se debe a que las personas desean saber cada aspecto de su vida, por eso, se resiste a hablar de ello. Al estar ya

casi cerca de sus cinco décadas, relata que ha tenido que compaginar su vida como escritora y su rol como madre al unísono; de hecho, una de sus obras, *Dream Count*, tardó más de lo que había planeado debido a esto. Incluso, admitió que la maternidad le supuso un obstáculo mental que le impidió escribir: *“No quería dejar un intervalo tan largo entre novelas. Cuando me quedé embarazada (de su hija), simplemente pasó algo. Tuve varios años en los que casi existencialmente tenía miedo de no volver a escribir. Fue insoportable”* (The Guardian Nigeria, 2025).

Adichie se ha consolidado como una de las novelistas modernas más influyentes con sus obras que hablan sobre el amor, el conflicto, la identidad, el feminismo, el colonialismo, etc., lo que le ha valido varios premios. Inició con *Purple Hibiscus*, *Half of a Yellow Sun*, *Americanah* y *Dream Count* (The Guardian, 2026).

Si bien resulta irónico que precisamente una novelista feminista recurra a la subrogación para evitar los inconvenientes físicos y emocionales de un embarazo, recordemos que existen diferentes posturas en las olas feministas que no necesariamente están en contra de las TRHA. Desconocemos la postura que Chimamanda ha tomado en sus obras con respecto a este punto, y no vamos a profundizar en ello para evitar desviarnos del discurso de la congresista, pero comprueba que la investigación de Hays sobre la maternidad intensiva, escrito publicado desde finales del siglo pasado, sigue estando en boga en tanto que las contradicciones socioculturales de la maternidad aún dejan a las mujeres equilibrando entre su vida personal y profesional.

En cuanto al Turismo Reproductivo (TR) sobre cómo las agencias extranjeras se hacen millonarias a costa de la marginación de las mujeres que se someten a los tratamientos de subrogación, el argumento de Pedraza está en concordancia en una comparación directa con datos que pueden hallarse en páginas de agencias como *Sensible for Loving Families*, cuando

mencionan que los costos en Colombia están entre \$50,000 y \$75,000 USD (Sensible Surrogacy, 2026, The Surrogacy Insider, 2025, Surrogacy Global, 2025), en cambio en Estados Unidos están entre \$120,000 y \$200,000 USD o más, pero varían en gran medida dependiendo del estado (Surrogacy Global, 2025). Para resumir, en Colombia cuesta entre 40% y 60% menos, es decir, aproximadamente la mitad que en E.E.U.U.

No obstante, se debe prestar atención que las fuentes coincidentes en esta diferencia se explican por varias razones, que, aunque puede deberse a una menor compensación a gestantes, hay otros factores que no se contemplan como menor costo de vida, costos médicos más bajos y diferencias regulatorias (The Surrogacy Insider, 2025, Sensible Surrogacy, 2026, Surrogacy Global, 2025, Surrogacy Latam, s. f.).

Por otro lado, es importante señalar que las fuentes encontradas sobre las estimaciones del mercado global en torno a la Gestación Subrogada (GS) pueden llegar a discrepar entre sí: tomando de referencia diversos informes sobre el mercado global de la GS, se ha registrado que en el año 2015 es de 112,80 millones, con estimaciones de 201,40 millones de dólares en 2025 con una tasa compuesta anual del 6.1% en los años 2016—2025 (Allied Market Research, s. f.); otras empresas como IMARC Group (2026) calcularon 204,6 millones de USD en 2025, se calcula para el año 2034 los 329,2 millones con una tasa de crecimiento anual compuesta de 5.43% en el periodo 2026—2034. En cambio, otras empresas como IMARC Group (2026) tienen valoraciones del año 2023 en 14.950 millones de USD y estiman cifras de tasa compuesta anual del 20.90% entre 2023 y 2033, alcanzando para este último año los 99.750 millones, otros como AnalystView Market Insights (s. f.) estiman que en el año 2022 su valor fue de 14.056,3 millones de USD, con una tasa anual compuesta del 25.1% entre el año 2023—2030.

Estas cifras son muy importantes de resaltar porque cuentan con una diferencia abismal entre millones y miles de millones, esta diferencia se debe a que la medición varía dependiendo de lo que se toma en cuenta al momento de realizar el análisis: servicios médicos directos, clínicas de fertilidad, la modalidad de la GS y que solo se incluyan ciertos países llegan a influir considerablemente, pues a pesar de que se diga que es a una escala global esto solo representa una parcialización de este mercado mundial, de la cual estamos conscientes.

Si bien, en el discurso de Jenny Pedraza su afirmación de que la GS es un negocio global, y tiene un margen multinacional la cifra mencionada de 4 mil millones USD solo es plausible como una estimación histórica con tendencias fluctuantes de los elementos que forman parte de la práctica. El problema aquí sería que no se especifica cuál sector del mercado se está midiendo, al menos no con fuentes públicas ya que para acceder a estos informes se necesita pagar por ellos, y tienen costos elevados que van desde los 23,000 hasta los 100,50 USD dependiendo del tipo de licencia que se compraría —para uso individual, múltiple o empresarial—.

Por otro lado, la comparación que se hace con plataformas como Netflix o Starbucks es retórica más que una comparación objetiva: según los resultados financieros del año 2024, Netflix alcanzó cifras de 39 mil millones USD y ganancias de 10,4 mil millones USD con vistas a un aumento del 29% superando proyecciones anteriores (IG, 2025), y en cuanto a Starbucks el trimestre finalizado el 31 de diciembre del año 2025 mostró ingresos de 9,915 millones USD, con un aumento del 5,5% anual, y en los doce meses correspondientes al año pasado fueron de 37,702 mil millones USD (Macrotrends, s. f.). Si evaluamos los datos obtenidos de la práctica de la subrogación, con los montos de las plataformas y la comparativa en cifras de Jenny Pedraza encontramos los siguientes datos (tabla 18).

Tabla 18. Comparativa de ingresos de elementos en el discurso de Jenny Pedraza

	Ingresos aproximados
Netflix	39 mil millones USD
Starbucks	37 mil millones USD
Subrogación según Pedraza	4 mil millones USD
Subrogación según informes del mercado global	0.2 – 15 mil millones USD

Fuente: Basado en los datos de AnalystView Market Insights (s.f.), IG (2025), IMARC Group (2026), Jenny Pedraza (2025) y Macrotrends (s.f.).

En conclusión, la cifra de los 4 mil millones utilizada en el discurso político de su video en la plataforma X (Twitter) se puede tomar como una aproximación agregada, que no es aclarada minuciosamente en cuanto a los segmentos o agregados que se requieren en la GS —servicios clínicos, agencias, intermediación, compensaciones, viáticos, tratamiento, abogados, entre otros—, por eso oscila entre los cientos de millones de dólares y los miles de millones de dólares.

De aquí se puede argumentar que no existe una sola verdad económica por la existencia de regímenes de medición diversos. Además, que el hecho de que estos informes, al ser privados, solo se pueden acceder a ellos mediante un pago, el cual representa un obstáculo para la investigación al ser de cifras elevadas incosteables, por lo cual no puede financiarse por parte del investigador de manera independiente. Otro obstáculo es que no se hace mención del pago a las MG en estas estadísticas formales, representando una dificultad en la tarea encomendada de esta breve aclaración.

Así, el argumento de Pedraza al mencionar estas cifras tiene como finalidad ir más allá de lo simplemente descriptivo del fenómeno de la subrogación: busca una construcción de la subrogación como un problema político estructural a través de la retórica. Los datos confirman que las grandes corporaciones generan —y seguirán generando— decenas de miles de millones, mientras que la subrogación, incluso con altas estimaciones en mercados regulados como Estados Unidos y Europa es significativamente menor, por tanto, la comparación en términos

estrictos es desproporcionada. Sin embargo, esto no deja de lado el hecho de que, en conjunto, la GS sigue consolidándose como una industria global poderosa que genera un enorme impacto moral, finalidad del discurso de la congresista al enfatizar la magnitud que está tomando la práctica de la subrogación.

Como si esto no resultara suficiente para afianzar la subrogación como una forma de explotación reproductiva y que su estrategia consiste en canalizar mujeres pobres, menciona una declaración realizada por el director de Biotexcom, un centro de Reproducción Humana con más de 10 años de experiencia situado como uno de los mejores en Europa para el TR y tratamientos de fertilización (BioTexCom, s. f.).

En la entrevista realizada a Albert Tochilovsky, el propietario, afirma que los precios estipulados para las gestantes ha aumentado siendo más de medio millón; en el caso de donantes de óvulos, debido a la escasez llega a ser de 40 mil, lo que ha provocado que las mujeres que ingresan a los programas repitan el proceso varias veces, citando el caso de una MG que ha participado cuatro veces exitosamente, o Carol Horlock quien tuvo a 15 hijos, naciendo el último a sus 48 años, haciendo hincapié en que es algo normal ya que biológicamente se puede llevar un bebé hasta los 70 años, pues lo principal es la calidad de los embriones.

Él mismo explica que la continuidad de estas mujeres en los programas se debe a las condiciones en que viven: que cuentan con sus propios hijos, la mayoría no tienen esposo, y de los que viven en el pueblo la gran parte no cuenta con empleo debido a la falta de vacantes de trabajo, por lo cual no tienen para mantener a sus familias y menos para darse un gusto. Compara la situación de los hombres de estos pueblos pequeños con los de Kiev, los cuales afirma que son más activos o determinados en encontrar maneras de subsistir.

En cuanto a las mujeres de estas aldeas pequeñas, su salario es muy bajo —de 2000 hryvnas, cuando el sueldo oficial es de 4000 hryvnas— por lo cual incluso si tiene una granja subsidiada, realiza labores para generar ingresos extra como lavar, tejer u otras, y el empleo de las máquinas en fábricas es abrumador. De aquí que califique que la GS y la donación de óvulos sea una opción viable por ser mejor pagados, aparte que la acción realizada es con el propósito de ayudar a una pareja a ser padres (BioTexCom, s. f.).

Tochilovsky afirma que, cuando se prohíbe la subrogación el propio Estado realiza estrategias para que la práctica continué, incluso a base de una ideología moral: en el caso de Ucrania, el peor temor es la mortalidad infantil, no obstante esto depende de muchos factores, y que en vez de buscar a quien se debería castigar —por ejemplo, al médico— se debería canalizar estos casos en que las agencias/clínicas se responsabilicen de estos casos —no las madres subrogadas, ni las donantes de óvulos porque ellas vienen de sectores pobres— con una suma de dinero que permita incentivar la investigación médica, tratamientos de infertilidad y pagos parciales de FIV (BioTexCom, s. f.).

Con base a la información documentada en declaraciones por parte del director de BioTexCom sobre el perfil socioeconómico de las MG se encuentran coincidencias estructurales con el argumento de Pedraza: sí se reconoce que las mujeres que ingresan a los tratamientos de subrogación son de condiciones económicamente precarias, hay una competencia internacional para captar tanto subrogadas como clientes, y todo esto se desarrolla dentro de una lógica de mercado internacional.

No obstante, no hay evidencia textual directa en la entrevista —como afirma Pedraza en su video— que diga algo como “buscamos mujeres en lugares más pobres que nuestros clientes” o “no he conocido a una mujer con buena situación económica que se someta a una GS”, lo que

significa que la fuente de donde Pedraza tomó la captura expuesta en su video o bien es alterada, fue tomada de otra entrevista no oficial o fuente secundaria, pero eso no deja de lado el patrón que se refuerza a lo largo del discurso y que también pueden afirmarse en la literatura académica: que al menos en Ucrania —así como en otras partes— las gestantes vienen de contextos económicos empobrecidos, donde la falta de empleo con un salario digno y la necesidad económica forma parte de la toma de decisiones de estas mujeres. Y lo más preocupante es que lamentablemente son sus propios gobiernos los que propician estas condiciones precarias.

Se ha puesto un énfasis sobre la vulnerabilidad de las mujeres, pero Pedraza también aprovecha este punto para vincular la situación de los menores nacidos de los procesos de GS con casos de explotación infantil, como ha ocurrido con la nota citada del pediatra español que recurrió a una MG y abusaba de menores en Ucrania.

Sobre esta noticia se encontró que, efectivamente, fue publicada por del periódico “El Español” donde el acusado Cristian Carretero, un español residente en Suecia, es acusado de violación a 52 niños de diversos hospitales del país en los que laboraba. Él y su pareja —una doctora malagueña— decidieron hacer el proceso de subrogación nada menos que en BioTexCom, de la cual el periódico enfatiza un incidente anterior con la clínica con veinte familias españolas estaban atrapadas en Ucrania con sus hijos recién nacidos debido a que en España al ser la subrogación ilegal se les negaba su registro en el país (El Español, 2018). La congresista no hace mención al respecto de esta relación —se desconoce si lo hizo de manera intencionada el mencionar en su video ambos casos— no obstante, parece más que simple casualidad.

Con estos argumentos sobre la mesa, Pedraza finaliza con la mención de los proyectos anteriores de ley en el congreso de la República de Colombia, que califica como parte de la

perpetuación estructural de la explotación femenina: el Proyecto de Ley Estatutaria 345 de 2023, y el Proyecto de Ley Estatutaria 551 de 2025 (Congreso de la República de Colombia, s. f.). El primero fue legislado durante el periodo 2022—2023, propuesto por Nestor Iván Osuna Patiño, Ministro de Justicia y del Derecho; y Diana Carolina Corcho Mejia, Ministra de Salud y Protección Social. En dicha ley se permitía regular la práctica dejando abierta la posibilidad de ambas modalidades, onerosa y altruista (Congreso de la República de Colombia, 2023); sin embargo, fue archivado, ya sea porque no fue debatido a tiempo, se rechazó por parte de la comisión, no contaba como prioridad o el periodo legislativo finalizó sin que pudiera aprobarse.

El segundo proyecto, el 551, fue legislado en el periodo 2024—2025 y propuesto por Juan Manuel Cortés Dueñas; tenía como objetivo permitir solamente la Gestación Subrogada Altruista (GSA) con una indemnización a la MG para evitar la práctica con fines de lucro (Congreso de la República de Colombia, 2025). Al igual que el Proyecto de Ley Estatutaria 345 el estado actual del documento es archivado.

Por último, se resalta el debate del uso de los cuerpos femeninos incluso después de la muerte por su capacidad de gestar y parir incluso con muerte cerebral, una visión utilitarista y también deshumanizante de emplear la GS. Posturas como la de Anna Smajdor, quien ha planteado explícitamente la idea de la gestación de cuerpo completo tras muerte cerebral o “whole body gestational donation” (WBGD por sus siglas en inglés).

La publicación que Pedraza expone pertenece al Colegio Médico Colombiano cuando se cuestionan el desperdicio que representa el no usar sus cuerpos después de la muerte cuando aún son útiles, ya sean sus úteros o los órganos, compaginando con la visión de Smajdor en base al artículo de la revista *Theoretical Medicine and Bioethics*. Las críticas por parte de los usuarios no tardaron en aparecer acusándolos de ver a las mujeres como objetos para engendrar bebés,

por lo cual la publicación fue eliminada poco después, de manera que se volvió irrastreable la fuente original (El Colombiano, 2023).

Como puede notarse, existe una opinión bastante fuerte sobre la GS como algo negativo en nuestra sociedad en cuanto que se comercializa con los cuerpos de las mujeres. La comunidad desde los aspectos académicos, sociales y culturales coinciden mayoritariamente —como ocurre en el caso de Colombia, que es donde reside Ale— con la opinión de políticos como Jenny Pedraza en que debe tomarse una acción al respecto, en este caso, prohibirla. No obstante, esto no soluciona el hecho de que las parejas infértiles/estériles permanezcan en el olvido con tratamientos imposibles de costear si son de ingresos modestos, o de que las mujeres más desfavorecidas sigan siendo sometidas a otro tipo de controles institucionales establecidos como moralmente correctos, y mucho menos que esto impida que se siga ejerciendo la subrogación en países o estados donde no está regulado. Esto nos lleva a una última reflexión, ¿realmente la GSO es tan condenable como se observa desde una sentencia externa, es decir, debe prohibirse la GSO por ser una práctica moralmente dudosa? esta pregunta es la que nos lleva al siguiente apartado.

7.13. La crítica académica a la censura y satanización de la Gestación Subrogada Onerosa o Comercial (GSO o GSC)

El debate contemporáneo sobre la Gestación Subrogada Comercial (GSC) o Gestación Subrogada Onerosa (GSO) se ha configurado en un campo de tensión entre discursos socioculturales, jurídicos, feministas, económicos y biopolíticos. Sin embargo, se ha identificado que los discursos que promueven su prohibición bajo argumentos de explotación y cosificación son bastante difundidos y abundantes: tomando casos como Baby Gammy, donde los Padres de Intención (PI) dejaron a uno de los gemelos por tener una enfermedad congénita

con la MG (ABC News, 2016), y el caso de trata de Mujeres Gestantes (MG) en Tabasco donde estaban “hospedadas” bajo condiciones que atentaban contra sus derechos básicos (Fórmula noticias Tabasco, 2016) ha generado una preocupación cada vez más creciente que se ha ido afinando con el transcurso de los años sobre el uso del cuerpo femenino como mercancía reproductiva, trayendo consecuencias como represión de los instintos maternos, la falta de autonomía (Saravanan, 2016), el uso de embriones para fines distintos a los de la reproducción (Taboada, 1984; Vidal Casero, s.f.) y el sometimiento legal a través de los contratos (Saravanan, 2016; Taboada, 1984).

Estos discursos, los cuales no negamos que sean importantes y posibles, demuestran una preocupación latente por las condiciones de inseguridad en MG y los neonatos producto de la GS. Pero también influyen —de manera posiblemente no intencionada— en una centralización de la subrogación como algo necesariamente maligno, una práctica que recordemos fue creada en principio para darles a aquellas mujeres y parejas que no podían tener hijos la dicha de tener uno propio. Claramente, el giro que ha dado en la actualidad no le ha sido de mucha ayuda, pero eso no quita el hecho de que, como investigadores, y más cuando existen testimonios como los que hemos expuesto, que aún con todos sus contras, hoy en día la GS sigue teniendo atributos positivos.

Nuestra tarea en este capítulo es mostrar que existen varios exponentes de la literatura académica que cuestionan la validez empírica y normativa de estas posturas. Esta línea crítica sostiene que la censura legal —en cuanto se refiere a la prohibición en las leyes, siendo este resultado producto del rechazo sociocultural de la práctica (Pantaleón, 2022)—, satanización o demonización —ambas refieren a la atribución de una persona, objeto o práctica de cualidades perversas o diabólicas (RAE, 2026), aunque no es tan utilizado en las ciencias sociales—

enmarca la imagen externa que se tiene sobre la GSO, el cual para los siguientes autores no solo es irreal y sin sustento empírico suficiente, sino que reproduce desigualdades, vulnera la autonomía reproductiva y empuja la práctica a la clandestinidad (Brandão, P. & Garrido, 2022; Holmstrom—Smith, 2021; Horsey, 2024; Kashyap & Tripathi, 2023; Shepherd, 2022; Wilkinson, 2016).

En este subcapítulo se articulan los principales argumentos académicos que problematizan la censura legal y la satanización/demonización de la práctica.

a) Trabajo reproductivo, compensación y crítica a la dicotomía altruismo/comercio

La literatura cuestiona la oposición moral entre altruismo y pago. Horsey (2024) subraya que no existe evidencia de que la compensación elimine motivaciones altruistas y plantea reconocer la subrogación como trabajo reproductivo (p. 3).

Wilkinson (2016) propone un modelo de comercio justo para mejorar las condiciones laborales (p. 6). Kashyap y Tripathi (2023) sostienen que exigir gestación sin compensación puede ser más explotador, y empeora la situación actual de la subrogación (p. 12). Sobre todo, en el marco de un país como la India, donde los cuerpos de las mujeres son vistos como propiedad de los hombres, el prohibir la subrogación limita aún más sus pocas oportunidades de ganarse un sustento, y dar un consentimiento libre e informado (Chandran, 2022, citado en Kashyap y Tripathi, 2023).

Brandão y Garrido (2022) citan organismos médicos que consideran éticamente justificable la compensación, como la ASRM que “considera éticamente justificable la compensación económica por gestación subrogada” (p. 1144) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos afirma que “la compensación es ética y adecuada para el tiempo,

esfuerzo y riesgos asumidos por una portadora gestacional” (p. 1144). Arneson (1992) añade que la mercantilización no implica degradación moral automática, pues desde la trayectoria de las economías del mercado hay un equilibrio entre la apreciación de los diferentes valores del trabajo con la creencia de que todas las personas tienen el mismo valor (p. 144), lo cual desmiente el hecho de que el añadirle valor monetario a un acto voluntario ya es malicioso en sí mismo.

b) Regulación versus prohibición

Uno de los consensos más claros en la literatura crítica es que la prohibición de la GSO no elimina la práctica, sino que la desplaza hacia mercados no regulados, como ocurre en el caso de CdMx donde al no estar regularizado se convierte en un lugar apropiado para el Turismo Reproductivo (TR) incrementando riesgos estructurales que no son contemplados en los contratos o que solo cubren los gastos básicos sin atender posibles escenarios alarmantes, como lo son la invalidación de sucesión de derechos filiales al momento de registrar a los hijos en el país de origen de los Padres de Intención (PI) dejando la tutela a la Mujer Gestante (MG), desinformación sobre los efectos secundarios de los tratamientos para lograr la concepción en la MG, falta de atención a secuelas o enfermedades postparto como diabetes gestacional, eclampsia, etc., falta de apoyo psicológico para el gestionamiento de las emociones de la MG durante el embarazo y después de la entrega del bebé; y la manera en la que se tipifican los pagos condicionando generalmente el primero hasta que se escucha el primer latido del embrión descartando alguna retribución en caso de algún aborto espontáneo o por el tiempo empleado, posibles síntomas acatando el tratamiento sin lograr el embarazo de manera exitosa, y así con otros ejemplos solo por mencionar algunos de los más comunes.

En este punto hay que hacer la aclaración de que, aunque la definición de un mercado no regulado en textos jurídicos se identifica como aquél en el que la subrogación no se reconoce en los códigos civiles de cada país/entidad —y por lo tanto no se pueden tomar contramedidas legales— hay razones para cuestionar con base a algunos de los autores expuestos a continuación que aquellos lugares donde se encuentran prohibidos o regulados de manera superflua —es decir, sin meterse a profundidad en tipificar qué se penaliza y qué no dependiendo de la situación— también se prestan para la creación de mercados irregularizados, precisamente por las lagunas legales donde lo que más suele invalidar el contrato para la sucesión del parentesco a los Pi y se condenan a las partes implicadas en el proceso, especialmente a las MG, los PI y el sector médico.

Horsey (2024) documenta que incluso en países donde la subrogación está prohibida, la práctica continúa: “en algunos países, la gestación subrogada está prohibida en cualquier forma, aunque esto no impide que la gente la utilice. En otros, no está regulada, pero sigue practicándose.” (p. 1). Desde esta perspectiva, la censura jurídica no protege, sino que incentiva el Turismo Reproductivo (TR) y la clandestinidad. La autora sostiene que los sistemas regulados, incluyendo contextos comerciales, pueden incorporar salvaguardas eficaces, como demuestra la legislación de Nueva York con su Carta de Derechos de Gestantes Subrogadas (Horsey, 2024): consiste en que las agencias/clínicas hagan saber y recibir a las gestantes una copia de esta carta donde conozcan sus derechos en torno a su salud y bienestar, a tener un abogado independiente, seguro médico, reembolso de costos médicos relacionados, protección contra el seguro de vida y el término del contrato (New York State Department of Health, 2026).

Wilkinson (2016) coincide señalando que la prohibición genera mercados ocultos y condiciones más peligrosas, por lo que resulta preferible que la práctica ocurra donde puede

supervisarse, de manera aceptada y regulada (p. 14). Shepherd (2022) refuerza esta postura al advertir que no solo la prohibición puede causar daños, también la regulación excesiva es equivalente o mayor que la falta de regulación (p. 293), tal como ocurre en el caso de la GSA en Uruguay con las estrictas y limitantes regulaciones que se reflejan en los pocos casos exitosos de subrogación en sus programas.

Esta postura se explica mejor al evaluar que, en los países regularizados van variando los grupos que pueden acceder a las prácticas de la GS, tanto de forma altruista como comercial; se ha señalado al inicio de este documento que la aceptación o rechazo a la subrogación depende de los valores morales establecidos en la comunidad, naturalizando el derecho a la reproducción de ciertos grupos sobre otros. Ejemplo de ello es cuando se les niega a personas solteras, parejas del mismo sexo o solo se permite el acceso a hombres o mujeres por criterios culturales relacionados a las ideologías de la maternidad, la reproducción y la crianza justificados por factores biológicos: el suponer que las mujeres por el hecho de gestar son por naturaleza las más indicadas para hacerse cargo del cuidado de los hijos es una construcción social que genera percepciones reflejadas en los códigos civiles, de aquí se deduce que los hombres no deberían exigir el derecho a participar en procesos de subrogación porque no son biológicamente aptos para actividades como el cuidado y la crianza.

Retomando a Hays (1998) en “Las contradicciones culturales de la maternidad” justifica que este comportamiento se debe a que las mujeres, independientemente de su condición de clase, raza y educación, reconocen que los hombres no están familiarizados con la manera correcta —es decir, a la manera intensiva, que es absorbente y demandante para las madres que lo ejecutan— de hacerse cargo del cuidado del hogar: puede que ellos se esfuercen en realizar

por cuenta propia algunas de las tareas y actividades domésticas, pero no lo hacen de manera tan eficiente y concreta como ellas lo suelen hacer.

Esto aplica no solamente al ejercicio doméstico, como lavar, barrer, cocinar y demás, sino también al cuidado y crianza de los hijos; este tipo de actitudes sea que lo reconozcan explícitamente o no, están interiorizadas en un sustento biológico concretado socialmente como natural por el hecho de “nacer mujer”, ya que si se nace como mujer, se ha nacido como madre, pues ella es quien engendra y concibe a los hijos, no los hombres, y por ello cuentan con esa predisposición para el cuidado de la casa y los hijos. Siguiendo esta lógica, se deduce que entonces el sector masculino si bien tiene el derecho integral a formar una familia, es en una visión paternalista como cabeza de la familia al lado de una mujer, sin tener el derecho de paternar de manera independiente, de lo contrario es visto como una anomalía, por eso se puede concluir que al momento de que hombres solteros o parejas homosexuales deciden recurrir a la subrogación hay una negativa latente para prohibirles el acceso con base a los estereotipos de género.

Este tipo de justificaciones morales estigmatizan, segregan y configuran a los usuarios de las posibilidades de acceder a la GS, porque este tipo de prácticas son comúnmente etiquetadas como externas al orden natural de la reproducción, si bien es un derecho integral la decisión de formar una familia esta se encuentra en una intersección moral en la cual se valida si lo está ejerciendo de manera correcta o no a los ojos de la comunidad. Por tanto, el hecho de remunerar a una mujer por el deseo y el derecho de realizarse plenamente como padres o madres es criminalizado, censurado y satanizado al igualar la práctica de la GS a una transacción del mercado común, o generalizarlo como trabajo reproductivo.

Continuando con Brandão y Garrido (2022) concluyen que criminalizar la GSO ya sea por los casos donde hay abusos hacia las MG, porque atenta contra el orden natural de la reproducción o se remunera por el hecho de gestar, elimina la posibilidad de reformas legales que podrían reducir abusos (p. 1144). Kashyap y Tripathi (2023) muestran empíricamente que tras la prohibición en India aumentaron prácticas en países vecinos, como ocurrió en Bangladesh, donde se informa un aumento exponencial de la GS y padres extranjeros (p. 11), lo que confirma la ineficacia del enfoque prohibicionista.

En conjunto, estos autores sostienen que las acciones regulatorias son una estrategia para evitar el mayor de los daños más que legitimar el mercado con acciones políticas desligadas de las cuestiones morales.

c) Autonomía reproductiva y crítica al paternalismo moral

Otro eje central es la defensa de la autonomía reproductiva frente al paternalismo incidido por el Estado. Holmstrom—Smith (2021) explica que el feminismo dominante reconfiguró la subrogación de una narrativa de explotación a una de elección (p. 443). Es importante señalar según Vecslir (2022) que las posturas expuestas en las olas feministas convergen en una misma temporalidad; es decir, no por surgir una ola se desplaza a la anterior, sino que sus narrativas coexisten entre sí. Esto permite explicar la variedad de posturas encontradas hoy en día, tanto la visión de la comunidad en general como en el feminismo.

Recordando lo expuesto en capítulos anteriores, la influencia de las TRHA en el feminismo se dio gracias a las manifestaciones surgidas en el 1700—1800, y la exposición pública de la opresión sufrida histórica y estructuralmente hacia las mujeres al ser relegadas en el ámbito privado, afectando su toma de decisiones en la vida sexual y reproductiva, aparte de

la ideología dominante de la maternidad (Vecslir, 2022, p. 102) que en el caso de occidente es la intensiva (Hays,1998). Pero fue a partir del 1950 cuando la primera ola del feminismo cuestionaba lo que era “ser mujer”, exponiendo el determinismo biológico en cuanto la experiencia corpórea y el establecimiento de los roles de género sobre la elección de las mujeres para usar anticonceptivos e informarse en el ámbito sexual; por tanto, la llegada de las biotecnologías suponía la bandera del empoderamiento reproductivo (Vecslir, 2022).

No obstante, para 1980 a esta postura optimista se le opone la segunda ola feminista, una postura pesimista donde se cuestiona el manejo y uso de las TRHA, evidenciando que lejos de mejorar las condiciones de las mujeres, ha sido una herramienta masculinista con la que se emplean nuevas formas de control sobre la capacidad reproductiva alineadas con el discurso heteropatriarcal y el conocimiento médico, pues las mujeres son las que siguen cargando con los estigmas de los roles de género al asumir toda la responsabilidad en casos de infertilidad/esterilidad (p.109), y las mujeres subrogadas se alinean a las condiciones impuestas por terceros que sacan ventaja de las lagunas jurídicas al momento de realizar contratos legales o acuerdos verbales.

Sin embargo, existe el planteamiento de que el negar validez a los contratos de subrogación, incluso cuando la práctica es legal, implica asumir que las MG no son agentes morales competentes, lo cual implica un sistema de pensamiento heteropatriarcal que ha sido arrastrado desde el principio de la historia (Holmstrom—Smith, 2021, p. 448). Aquellos que se inclinan por el liberalismo individual argumentan que cuando las partes deciden ingresar en acuerdos de GS son una extensión del derecho a la autonomía, por eso, cuando se prohíben estos contratos se fortalece la imagen femenina carente de raciocinio y capacidad intelectual e independiente suficiente como para tomar decisiones por sí misma.

Lori Andrews (citada en Van Zyl & Van Niekerk, 2000) asocia la GS como un logro más en la agenda feminista, pues una de las principales desmitificaciones sobre el rol de la mujer — y esto ya fue abordado líneas antes en la 1er ola del feminismo— es que la biología no determina todo lo que son, así cuando las mujeres dejen de ser etiquetadas, por ejemplo, por su capacidad reproductiva se podrá llegar a una verdadera equidad de género. Se puede articular que cuando una mujer subroga para otra mujer está realizando el ejercicio de hacer valer su autonomía y libertad de elegir si quiere cumplir el sueño de otra mujer en convertirse en madre a través su propia capacidad para embarazarse.

Arneson (1992) formula este mismo argumento al declarar que desde el liberalismo la subrogación se concibe como un fenómeno inalienable que impone “concepciones controvertidas del bien” mediante el poder estatal (p. 137). Para él, existe una fuerte carga moral a favor de permitir acuerdos que satisfacen el deseo reproductivo (p. 145), sin que sea perverso el hecho de que las mujeres reciban una compensación económica por un acto libre en el que usan su capacidad reproductiva por un beneficio, pero también por satisfacción personal, como ha ocurrido con las narrativas documentadas en la bitácora de campo digital, y también en la entrevista a Alejandra donde el dinero no representa toda la motivación para subrogar.

Brandão y Garrido (2022) agregan que prohibir la GSO vulnera el libre albedrío de gestantes y padres intencionales (p. 1143). Kashyap y Tripathi (2023) vinculan la prohibición con conservadurismo moral y exclusión a las comunidades LGBTQ+, mostrando su carácter discriminatorio.

Este apartado, lejos de marcar una polarización sobre la subrogación, pretende demostrar que existen posturas descentralizadas a la opinión dominante donde, contrario a lo que parece, la censura se interpreta como una forma de control biopolítico sobre el cuerpo gestante que

contiene la capacidad y elección reproductiva más que como una protección efectiva que reduce daños a las partes involucradas, no solo para las MG sino para los PI.

Conocer estas opiniones que también forman parte de las complejidades de la GS es un deber que era necesario abarcar en esta investigación, pues por más contradictorio que parezca, no hay que olvidar que incluso nosotros como investigadores también partimos de sesgos. En el caso de este proyecto, también debemos admitir que no escapamos de este hecho. No obstante, el trabajo de campo, y sobre todo la entrevista con Alejandra, permitió ir más allá del cuestionamiento de nuestras primeras limitaciones y cuestionamientos, especialmente a lo que refiere a la imagen presupuesta de las MG como víctimas de un mercado estructural que potencia el uso de sus capacidades reproductivas, dándolo más como un hecho inevitable a que como un proceso variable.

Los hallazgos emergentes de este entramado metodológico —desde los filtros negociables hasta la experiencia emocional postparto— serán sistematizados y discutidos en el capítulo de conclusiones, donde se dará respuesta a los objetivos planteados y se propondrán reflexiones y recomendaciones para la investigación, las políticas públicas y el activismo.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

8.1. Resultados y hallazgos

El presente estudio ha permitido analizar, a partir de la observación digital en un grupo de WhatsApp (WA) y entrevistas a profundidad con sujetos clave, cómo las dinámicas de biopoder y biomercantilización operan en la Gestación Subrogada Onerosa (GSO) en América Latina, y de qué manera estas dinámicas (re)configuran la experiencia subjetiva y corporal de las Mujeres Gestantes (MG) en tensión con el modelo hegemónico de la maternidad intensiva.

A lo largo de esta investigación, se ha evidenciado que la GSO no es un fenómeno inflexible que pueda reducirse a una dicotomía simplista entre “explotación” y “empoderamiento”, sino un terreno de contradicciones donde confluyen la vulnerabilidad estructural y el agenciamiento individual, la medicalización del cuerpo y la búsqueda de autonomía, la lógica del mercado y el deseo de formar familia. A partir de los resultados obtenidos, se destacan los hallazgos principales:

8.1.1. El biopoder como dispositivo de control institucional

La investigación confirma que el biopoder se ejerce en la GSO a través de tres mecanismos interrelacionados que operan en distintos niveles: el disciplinamiento del cuerpo individual, la regulación biopolítica de la población y la gestión de las emociones como recurso productivo.

a) Filtros médicos, psicológicos y socioeconómicos como disciplinamiento corporal

Los requisitos establecidos por agencias y clínicas para seleccionar a las MG constituyen un dispositivo biopolítico de normalización del cuerpo gestante. La exigencia de rangos de edad específicos —18 a 35 años—, índice de masa corporal acotado —máximo 27 a 30—, número máximo de cesáreas —generalmente dos por riesgos a la salud—, y la evaluación de salud física y mental, operan como criterios que definen un “cuerpo apto” para la reproducción. Estos filtros, aunque presentados como medidas de seguridad médica, reproducen desigualdades estructurales al excluir sistemáticamente a mujeres cuyos cuerpos no se ajustan a los estándares biomédicos hegemónicos, que llegan a interiorizarse en ellas como procesos fallidos de su propia condición biológica.

La entrevista con Alejandra revela un aspecto crucial no documentado en la literatura previa: la negociabilidad de los filtros. A diferencia de lo que sugieren los discursos

institucionales que presentan estos criterios como normas rígidas, la práctica muestra que coordinadoras gestacionales como Alejandra pueden negociar ciertos requisitos; por ejemplo, bajar un kilo de sobrepeso o cambiar de una zona de residencia peligrosa. Esta flexibilidad evidencia que el control biopolítico no es una aplicación mecánica de reglas, sino una gestión activa del riesgo que mantiene a las MG en un estado de permanente vigilancia y adaptabilidad. El cuerpo de la gestante no es simplemente evaluado, sino moldeado y disciplinado para cumplir con las expectativas del mercado reproductivo.

b) La medicalización reproductiva y sus efectos sobre el cuerpo femenino

La investigación documenta cómo la preparación hormonal para la transferencia embrionaria mediante fármacos como Provera (acetato de medroxiprogesterona) y Primogyn (valerato de estradiol) produce efectos secundarios significativos: dolores de cabeza, cambios de humor, aumento de peso, sueño excesivo, sensibilidad mamaria y, en casos documentados, síntomas depresivos. Estos efectos son normalizados en los discursos de las propias MG como algo normal del tratamiento, evidenciando una interiorización del control médico que minimiza el malestar corporal en función del objetivo reproductivo.

La normalización de estos síntomas constituye una forma de biopoder que opera a nivel no solo biológico, sino también conductual: las MG aprenden a interpretar su malestar como parte inevitable del proceso, silenciando así posibles cuestionamientos sobre los efectos a largo plazo de la exposición hormonal repetida. Como señala Ale en carne propia, eran “*normal los síntomas porque estás llevando mucho medicamento*”. Esta naturalización del sufrimiento corporal es central para el funcionamiento del mercado reproductivo, ya que permite que el proceso continúe sin interrupciones ni demandas de mejora en las condiciones de tratamiento.

La investigación revela, además, que los protocolos de medicación varían significativamente entre clínicas. Mientras algunas administran inyecciones de progesterona, otras optan por sprays hormonales que se aplican en brazos, piernas y estómago, lo que indica que no existe un estándar único de atención. Esta variabilidad, lejos de ser beneficiosa, puede generar confusión y desigualdad en la experiencia de las MG, quienes dependen de la calidad del protocolo que la clínica o agencia decida implementar. Estas situaciones son algo que pocas veces es cuestionado incluso desde una perspectiva sociológica.

c) El acompañamiento psicológico como dispositivo de gestión emocional

La investigación revela que la evaluación y acompañamiento psicológico, si bien tiene el propósito de ser una herramienta de apoyo genuino, opera principalmente como un mecanismo de vigilancia y control del vínculo emocional. Los psicólogos evalúan la estabilidad emocional y la capacidad de desapego de las candidatas, y durante el proceso supervisan que la MG no desarrolle apego hacia el bebé. Este acompañamiento no es casual: busca garantizar que el trabajo reproductivo se realice sin interferencias afectivas que puedan poner en riesgo la entrega del bebé a los PI.

La experiencia de Alejandra es ilustrativa de esta función dual del acompañamiento psicológico: en su primer proceso, la atención psicológica fue superficial siempre quedando en un diálogo que no pasaba líneas más allá de “¿cómo estás?” y una vez dada una respuesta positiva, daba por cumplido su rol. Mientras que en la segunda clínica fue más exhaustiva, pero siempre orientada a gestionar las emociones para evitar conflictos con los PI. La psicología se convierte así en un brazo del biopoder que disciplina las emociones, asegurando que el trabajo reproductivo se realice sin interferencias afectivas que puedan poner en riesgo el contrato.

El caso mencionado por Ale de una MG que no quería entregar al bebé y que requirió intervención psicológica convenciéndola mediante pruebas de ADN y contratos de ceder su filiación, evidencia cómo el dispositivo psicológico—legal puede llegar a anular la experiencia corporal del embarazo en favor del orden contractual. Sin embargo, también es necesario reconocer que el acompañamiento psicológico puede tener efectos positivos cuando se realiza con calidad y sensibilidad, como ocurrió en el segundo proceso de Alejandra en *Celagem*, donde la psicóloga le permitió expresar su tristeza sin juzgarla y le ofreció contención genuina.

Hay que estar conscientes, sobre este punto, de que no todas las MG pasan por la misma situación, evidencia que se demuestra en la bitácora de campo digital donde hay mujeres que desde un principio se encuentran bien centradas —sobre todo aquellas con experiencia— de la sucesión de derechos del menor y su entrega, lo cual no quita menos relevancia al hecho de que hay MG que no quieren entregar a esos bebés. Y no por esto queremos decir que unas sean menos sentimentales que otras, no hay que caer en ese tipo de estrategias discursivas, sino que la capacidad de gestión de las emociones y el apego es muy diversa en cada individuo: el acompañamiento psicológico que pudo tener éxito en una, no significa que - incluso bajo las mismas condiciones —tenga el mismo resultado en todos los casos—, y estas percepciones van más allá del fundamento biológico y jurídico en el que se amparan estas clínicas/agencias para “alinear” a las MG en cuanto a su “misión” como gestantes. .

8.1.2. La biomerchantización como lógica estructural del mercado reproductivo

El análisis confirma que la biomerchantización no es un fenómeno marginal o una desviación del sistema, sino la expresión más pura de la lógica neoliberal aplicada a la reproducción humana. Esta lógica opera mediante la fragmentación de la maternidad en componentes comercializables, el fomento del TR como manifestación de la desigualdad global, y el uso del

lenguaje como dispositivo de eufemización y legitimación. Dichas características responden a los cambios que han traído las biotecnologías consigo:

a) La fragmentación de la maternidad en componentes comercializables

La GSO opera mediante la escisión de la maternidad en tres componentes: genético —quien aporta el ADN—, gestacional —quien lleva el embarazo— y de intención —quienes crían al bebé—. Esta fragmentación, lejos de ser neutral, es gestionada biopolíticamente mediante discursos legales y psicológicos que desvinculan a la MG del bebé. Tanto en las narrativas del grupo de WA como en la entrevista a Alejandra poco se resaltó sobre los derechos que tienen los padres genéticos —que regularmente son donantes y sus datos son confidenciales—, en cambio se mostró una alta preocupación y desventaja para los PI el hecho de que la MG también aporta su óvulo, pues esto provocaría que fueran legalmente sus madres/padres, llevando a un cuestionamiento moral redundante sobre quién tiene más derechos sobre el bebé, si la madre que lo gesta, o la que lo cría.

El hecho de que en Colombia —donde reside Alejandra— no se permita que la MG aporte su óvulo es revelador: aunque la legislación no reconozca la GS, las agencias/clínicas de TRHA buscan evitar conflictos filiales garantizando que la gestante no tenga vínculo genético con el bebé. Sin embargo, como señala Ale, “aun así se pega este vínculo muy pequeño” porque “tienes un bebecito en la barriga nueve meses y de un momento a otro se va”. Este testimonio es muy valioso porque desmiente la pretensión de que la separación genética elimina por completo el apego, revelando la tensión irresoluble entre la experiencia corporal del embarazo y la construcción legal de la maternidad. Esta tensión es un reflejo de las contradicciones más amplias del biopoder en la era neoliberal: la vida se gestiona como un recurso, pero las emociones y los vínculos que la acompañan no pueden ser completamente disciplinados.

Pese a ello, las MG —incluyendo a Alejandra— están conscientes que no deben quedarse con el bebé no solamente por la cuestión monetaria del pago o la validación del contrato que ellas mismas firmaron, que aunque si influye para la toma de decisiones, sino porque hay otro elemento clave que es la finalidad de la “transacción” y que dilucidan muy claramente autores como Spar (2006): los padres que están esperando a su hijo, no como una mercancía por la que pagaron semejante a una propiedad, sino como un ser deseado desde antes de nacer hace que la capacidad de agencia de las MG no sea únicamente utilitarista —visión externalista que provoca que la sociedad las condene más que dialogar— sino también es en cierto sentido altruista. Pero exigir como justificante moral que estas mismas mujeres hagan procesos que llevan tiempo, esfuerzo corporal, hormonal y mental gratis en una sociedad capitalista como en la que vivimos actualmente, y peor aún bajo condiciones donde no se puede mejorar la calidad de vida sin dinero, resulta una incoherencia.

En una parte de la entrevista, Ale menciona que antes de subrogar trabajaba en una fábrica de huevos, y aunque tenía lo del día a día para comer y sustentar a sus hijos, no le daba lo necesario para hacer “algo más”: mejorar su vivienda, liquidar algún adeudo, hacer un fondo de ahorro, viajar o semejantes. Fue gracias a lo de su primera subrogación que pudo tener un ingreso extra con la cual construyó un piso arriba en casa de sus papás y así dejar un patrimonio. Lo mismo ocurrió con otras mujeres a las que conoció durante el tratamiento, y esta misma situación se comprueba en otras partes del mundo, como con las mujeres suecas que relataba el director de BioTexCom. Exigir que estas mujeres hagan el tratamiento de manera gratuita implicaría que fuera un proceso gratuito, lo cual lamentablemente no es así, pues incluso en la GSA los PI deben dar una cantidad módica a la MG, y a las clínicas y demás involucrados su parte correspondiente.

Se podría suponer entonces que se les debe de pagar a los médicos, enfermeras, psicólogos, farmacias y demás porque lo que ellos realizan es su profesión y es de lo cual se sustentan. Pero entonces podríamos cuestionar ¿tiene menos valor lo que realiza una MG por no ser una profesionalización? Esta cuestión se deja sobre la mesa no para crear discusiones, pero sí para identificar la linealidad con la que se trata de relacionar y equilibrar el gestionamiento del cuerpo con la lógica del mercado. Una misión bastante complicada a la que es difícil llegar a una o varias respuestas articuladamente acertadas.

b) El Turismo Reproductivo (TR) como manifestación de la desigualdad global

La investigación documenta cómo la disparidad regulatoria entre países —algunos que prohíben, otros que regulan y otros que ignoran la GSO— fomenta el TR, desplazando a MG de países del Sur Global para satisfacer la demanda de PI de países con regulaciones restrictivas o costos elevados. Los casos documentados en la bitácora de campo —MG de Colombia, México, Perú, Cuba y Chile ofreciendo sus servicios a PI de Estados Unidos, Canadá, Argentina y España— confirman que la GSO se articula como un mercado global donde la vulnerabilidad económica de las mujeres del Sur se convierte en un recurso explotable.

Como señala Ale, *“Colombia es uno de los países que más mueve la subrogación”*, y los costos son significativamente menores que en Estados Unidos —aproximadamente la mitad—. Esta diferencia de precios, que puede parecer una ventaja para los PI, es en realidad un reflejo de las desigualdades estructurales que atraviesan el mercado reproductivo: las MG del Sur Global reciben compensaciones mucho menores que sus contrapartes del Norte, y operan en contextos de menor protección legal y mayor precariedad laboral.

No obstante, la investigación también revela que el TR no es únicamente un fenómeno de explotación unidireccional. Alejandra da pistas con base a su experiencia especialmente a la última pareja que subrogó —de las cuales no se hicieron demasiadas preguntas por cuestiones de privacidad— que ellos buscaban de preferencia realizar el procedimiento en su país. Algunos PI buscan realizar el procedimiento en su país de origen y solo recurren al extranjero cuando las opciones locales son inaccesibles por razones económicas o legales.

Si bien resulta tentador viajar al extranjero para encontrar legislaciones favorables y a menor costo, no se profundiza en otras motivaciones que pueden ser relevantes, como la tasa de éxito en las implantaciones. Al ser baja lleva a que en estas agencias/clínicas se empiecen a realizar opciones de descarte que relata la entrevistada como coordinadora gestacional: después de varios intentos se cambia a la MG, si se cambia y sigue sin éxito se hace el cambio para otra agencia como ocurre con *Celagem*. Pero para llegar al cambio de agencia, que en la agencia mencionada es un cambio de país, conlleva la movilidad y disponibilidad de tiempo y recursos ya sea para trasladarse en las citas presenciales, o para mantenerse en el país donde desean subrogar.

Esta complejidad invita a matizar la narrativa dominante que presenta a los PI como meros explotadores y a las MG como víctimas pasivas, reconociendo que las motivaciones y condiciones de todos los actores involucrados son diversas y a menudo contradictorias.

c) El lenguaje como dispositivo de eufemización y legitimación

El análisis de las páginas web de agencias y clínicas, así como de los anuncios en el grupo de WA, revela una cuidadosa estrategia discursiva para presentar la GSO como un servicio ético, seguro y emocionalmente controlado. Términos como mamá cigüeña, colaboradora, portadora

gestacional y mujer gestante sustituyen a expresiones más crudas como vientre de alquiler o madre sustituta, que son percibidas como estigmatizantes.

Ale explica esta estrategia: *“ya no queremos la palabra alquiler... nos toca cambiar muchas palabras, como para que no se vea como tan feo, el proceso”*. Esta eufemización cumple una función dual: reduce el estigma moral para quienes contratan el servicio y ofrece a las MG una narrativa de empoderamiento y generosidad que mitiga la contradicción entre recibir un pago por un acto íntimamente ligado a la maternidad.

La metáfora de la cigüeña es particularmente reveladora: al asociar a la MG con esta ave que trae bebés en el imaginario cultural occidental, se la despoja simbólicamente de su papel materno y se la reubica en la categoría de mera portadora. Esta animalización del cuerpo femenino, análoga a la que Zaffaroni describe en contextos coloniales y patriarcales, constituye un dispositivo retórico que legitima la subordinación y la mercantilización.

No obstante, complejizar el tema sobre el sentimiento materno de las MG en un campo puramente discursivo sería un error, pues lejos de “relegar” su capacidad reproductiva —y con el producto de ese proceso su maternidad— lo ven como una labor propia que solo ellas son capaces de hacer, al igual que la cigüeña: sin la cigüeña no es posible traer bebés al mundo, y esa misma lógica aplica con ellas para los padres y madres a los que deciden subrogar, pues si ellas no lo hacen ¿Quién más podría hacerlo?. En este sentido, el rol de ellas es irremplazable.

Una vez más, se hacen presentes las cuestiones biológicas que aún en nuestros días no se logran superar del todo, o se intentan superar de diversas maneras, pues recordemos que incluso en el feminismo hay opiniones divididas. No existe una manera “correcta” de llevar el género, la sexualidad ni la reproducción, pero en el caso de las TRHA debe haber maneras

correctas de salvaguardar la integridad de todas las partes en tanto que aquí precisamente es donde más fuerte se encuentra el discurso de la maternidad —y la paternidad— como deseo.

8.1.3. La maternidad intensiva como modelo hegemónico en tensión

La investigación evidencia que, a pesar del discurso institucional que insiste en que la MG no es la madre porque no comparte material genético, la experiencia corporal del embarazo genera un vínculo afectivo que no puede eliminarse por completo. Esta tensión entre el mandato de desapego y la vivencia corpórea del embarazo constituye uno de los hallazgos más relevantes del estudio.

a) La contradicción entre gestación y maternidad

Ale lo expresa con claridad: “la que diga que no sintió nada por este bebé y que hasta el día de hoy no le importó, pues digo que es mentira”. Esta tensión es gestionada mediante el acompañamiento psicológico, el contrato legal y el discurso genético, pero persiste como una contradicción irresoluble. El hecho de que Ale haya experimentado tristeza después de entregar al bebé —*“llegué a la casa sin un bebé, sabía que yo estaba... llegué como con ese sentimiento de: ‘¿qué me está pasando? Porque sí me siento triste’*— evidencia que el trabajo de desvinculación emocional no es completo ni automático. La MG no es una mera “portadora” que entrega un paquete; es una mujer que ha vivido un embarazo, con todas sus implicaciones físicas, hormonales y emocionales.

b) El estigma social y la gestión del secreto

La investigación documenta cómo las MG enfrentan estigmatización social que se extiende a su entorno familiar, generando un profundo conflicto entre la decisión personal de subrogar y la necesidad de mantener el secreto para proteger a sus seres queridos. El testimonio de Ale sobre

cómo ocultó su primer embarazo subrogado a su familia, la incredulidad de su madre —“*no podía creer que era mentira*”—, el rechazo inicial de su padre y la dificultad de explicar a sus hijos —“*no sabía cómo decirles*”—, revelan una dimensión de la subrogación que la literatura académica rara vez aborda.

El hecho de que su padre creyera que el bebé tenía genes suyos evidencia la persistencia del imaginario social que asocia el embarazo con la filiación genética, incluso cuando la MG ha explicado el proceso repetidamente. Este malentendido muestra cómo el discurso genético, a pesar de su uso biopolítico para desvincular a la MG, no logra desplazar completamente las concepciones populares de la maternidad; y a su vez responde a que la divulgación pública de la GS no es un tema tan mencionado porque aún persiste una visión heteropatriarcal en torno a la infertilidad/esterilidad como estigma: la insistente relegación de las mujeres al ámbito privado y el encasillamiento del papel varonil como intachable ensalza que estas problemáticas —que no forman parte de la agenda pública de salud— fomente la demanda de las TRHA.

c) La diferencia generacional en la percepción social

La investigación identifica una diferencia generacional significativa en la recepción social de la GSO: las personas jóvenes tienden a mostrar curiosidad e interés —“*ah que chévere*”—, mientras que las personas mayores son más críticas y opositoras —“*eso está mal*”—. Esta diferencia sugiere que la aceptación social de la GSO podría aumentar en el futuro, aunque también refleja la persistencia de valores tradicionales en las generaciones mayores.

Sin embargo, esta apertura generacional no se traduce en una mayor protección de las MG. Como señala Ale, los jóvenes pueden mostrar interés, pero esto no necesariamente implica que cuestionen las condiciones de explotación o vulnerabilidad que atraviesan las gestantes,

mucho menos que sean personas activas en el tema cuando no corresponde a sus situaciones de vida. Para Ale, las personas que se interesan y abogan a favor de la subrogación, es porque han pasado o tienen personas en su círculo que han pasado por estas situaciones, ya sea que los subroguen o subrogan.

8.1.4. La crítica académica a la censura y satanización de la GSO

Un hallazgo central de la investigación es que las posturas prohibicionistas —como la defendida por la congresista colombiana Jenny Pedraza—, aunque basadas en preocupaciones legítimas sobre la explotación reproductiva, pueden tener efectos contraproducentes al empujar la práctica a la clandestinidad y perpetuar desigualdades, justo como ocurrió cuando se reguló en la India, lo que provocó un desplazamiento hacia Tabasco volviéndolo la sede de la GS.

a) La ineficacia de la prohibición

La literatura académica revisada (Horsey, 2024; Kashyap & Tripathi, 2023; Wilkinson, 2016) coincide en que la prohibición no elimina la GSO, sino que la desplaza hacia mercados no regulados donde las condiciones para las MG son más peligrosas. Los casos documentados en la investigación —como la trata de MG en Tabasco— evidencian los riesgos de la clandestinidad.

El caso de Colombia es ilustrativo: aunque la GSO no está regulada, la práctica se ha expandido significativamente. Como señala Ale, “*Colombia es uno de los países que más mueve la subrogación*”. La ausencia de regulación no ha impedido el desarrollo de un mercado reproductivo, sino que ha favorecido la operación de agencias y clínicas privadas sin mecanismos efectivos de supervisión. Los vacíos legales no protegen a las MG; al contrario, las exponen a mayores riesgos de explotación y abuso.

b) La autonomía reproductiva y el paternalismo estatal

La investigación problematiza el paternalismo moral implícito en las posturas prohibicionistas. Como argumentan Holmstrom—Smith (2021) y Arneson (1992), negar la validez de los contratos de subrogación implica asumir que las MG no son agentes morales competentes capaces de tomar decisiones libres e informadas sobre sus cuerpos. Holmstrom-Smith (2021) explica que el feminismo dominante ha reconfigurado la subrogación de una narrativa de explotación a una de elección, reconociendo que las mujeres pueden tomar decisiones complejas en contextos adversos.

El testimonio de Alejandra matiza esta cuestión: reconoce que el dinero es un factor presente —“*muchas veces van por ese lado del dinero*”—, pero también enfatiza que su motivación incluye el deseo de ayudar y dar felicidad. Esta ambivalencia sugiere que la dicotomía “altruismo vs. explotación” es insuficiente para comprender la complejidad de las motivaciones de las MG.

El paternalismo estatal que subyace a las posturas prohibicionistas se basa en una concepción limitada de la autonomía femenina, que asume que las mujeres no pueden tomar decisiones libres cuando hay dinero de por medio. Esta concepción, sin embargo, no solo es empíricamente cuestionable —como lo demuestran los testimonios de MG que combinan motivaciones económicas y altruistas—, sino que también refuerza estereotipos de género que presentan a las mujeres como carentes de racionalidad y capacidad de decisión.

c) La regulación como alternativa a la prohibición

La investigación sugiere que la regulación, aun con sus fallas, podría ofrecer salvaguardas para la autonomía y salud de las MG. Experiencias como la Ley de Nueva York, que incluye una

“Carta de Derechos de Gestantes Subrogadas” con garantías de representación legal independiente, seguro médico y protección contra la coerción contractual, ofrecen modelos alternativos al enfoque prohibicionista.

Sin embargo, la regulación no es una solución mágica. La investigación documenta cómo incluso en contextos regulados —como el caso de la GSA en Uruguay— las restricciones excesivas pueden limitar el acceso y fomentar el TR. El equilibrio entre proteger a las MG y garantizar el acceso a la reproducción asistida sigue siendo un desafío pendiente que requiere un enfoque matizado y contextualizado.

8.2. Reflexiones finales

8.2.1. La necesidad de una perspectiva interseccional

La investigación evidencia que la GSO no puede analizarse únicamente desde la perspectiva de género, sino que debe incorporar otras dimensiones de desigualdad: clase social, nacionalidad, edad, e inclusive la cuestión racial —esta última puede ser abordada aquí desde un enfoque eugenésico por las características que buscan los MG en las PI, incluso de forma intelectual a través de los estudios psicológicos y socioeconómicos realizados a las MG, aunque no tenga material suyo el embrión—. La selección de MG en países del Sur Global por parte de PI del Norte, la exigencia de que las MG sean ciudadanas mexicanas o colombianas con papeles en regla, y los filtros socioeconómicos que excluyen a mujeres de zonas marginales, revelan cómo el mercado reproductivo reproduce jerarquías globales de poder.

La mención de Alejandra sobre que una MG fue rechazada porque no tenía techo y su casa estaba “superdañada” es ilustrativa: las condiciones materiales de vida —que son producto de desigualdades estructurales— se convierten en criterios de exclusión que profundizan esas mismas desigualdades. Aparte, lo que se “ofrece” a los PI va más allá de una portadora de

embriones: la necesidad de evaluar de manera exhaustiva y englobar a la persona en un todo significa que hay una idea inconsciente sobre la “calidad” de la subrogación a través de la MG.

En esta lógica, ya no basta para ser MG simplemente poder tener hijos, se busca indagar en la persona misma: si tiene un proyecto de vida, si es estudiada, si tiene una red de apoyo que la haga sentir acompañada, si su vivienda cuenta con servicios básicos para garantizar el “espacio” donde se va gestar el bebé durante nueve meses, y si su condición económica es “estable” cumple con un doble objetivo: el primero, garantizar para los PI —que son los que contratan el servicio— que tanto el embrión como la MG estarán en las mejores condiciones posibles para garantizar la mayor tasa de éxito, evitando la influencia de factores externos que pueden controlarse —situaciones de estrés, inseguridad, etcétera—. Y un segundo objetivo sería quitarse de encima la imagen de las agencias/clínicas como aquellas que explotan a mujeres en situaciones precarias, mostrando con estas evaluaciones previas que existe una rigurosidad al momento de seleccionarlas.

8.2.2. La paradoja del agenciamiento en contextos de vulnerabilidad

La investigación muestra que las MG no son meras víctimas pasivas del sistema, sino que ejercen formas de agenciamiento dentro de márgenes estrechos. Mujeres como Alejandra negocian filtros, buscan información en grupos de WA, comparan agencias, y en algunos casos, se convierten en coordinadoras gestacionales que profesionalizan su experiencia.

Sin embargo, este agenciamiento está profundamente limitado por la asimetría de poder estructural entre los PI —evaluados principalmente por su capital económico— y las MG —sometidas a filtros exhaustivos sobre su cuerpo, historia y entorno—. El “empoderamiento” de las MG, por tanto, es un empoderamiento condicionado por las reglas de un juego que no han

diseñado. Se necesita una intromisión menos superflua por parte del Estado, sobre todo en aquellos países donde la GS está invisibilizada que cree condiciones justas para que la capacidad de agencia no quede a disposición de particulares, con una perspectiva interseccional que no abarque la práctica sólo desde lo médico—jurídico, que contemple una perspectiva social, de género y humanista que vaya más allá de las condiciones del mercado.

8.2.3. La urgencia de una mirada ética desde los testimonios de las MG

La investigación subraya la importancia de centrar los testimonios de las MG, que con demasiada frecuencia son invisibilizados en los debates académicos y políticos sobre la GSO. Las narrativas de mujeres como Alejandra —que han pasado por el proceso y tienen una perspectiva privilegiada— ofrecen una comprensión más matizada de las motivaciones, los riesgos y las contradicciones de la GSO.

La reacción de algunas MG a la solicitud de entrevistas —expresando cansancio por preguntas centradas en el dinero y desconfianza hacia investigaciones que no reflexionan sobre su posición— evidencia la necesidad de abordajes metodológicos sensibles y éticamente informados que reconozcan a las MG como sujetos de conocimiento, no meros objetos de estudio.

Esta reflexión es el primer paso para reconocer la capacidad de autonomía de las mujeres y descentralizar el positivismo metodológico en tanto que se promueven sesgos que revictimizan a las MG como sujetos sin voz propia. Es precisamente la academia uno de los pilares que puede —y debe— promover la concientización de las MG como seres situados y mediados por sus circunstancias, que son muy diversas en cada individuo. La visibilización de los testimonios de las MG no solo enriquece el conocimiento académico sobre la GSO, sino que también

contribuye a desmontar los estigmas sociales que pesan sobre ellas y a construir narrativas más complejas y humanizantes sobre la práctica, incluso de ser posible, modificar las circunstancias que engloban a la GS.

8.2.4. La biomerchantilización como síntoma de una crisis más amplia

Finalmente, la investigación sugiere que la GSO no puede entenderse aisladamente, sino que es un síntoma de transformaciones más profundas en las sociedades contemporáneas: la medicalización creciente de la vida, la expansión de la lógica de mercado a esferas íntimas, la crisis de los sistemas de salud pública que no cubren tratamientos de infertilidad, y la persistencia de desigualdades de género que limitan las oportunidades de las mujeres.

El hecho de que mujeres recurren a la GSO —ya sea como MG o como PI— en contextos de pobreza, falta de oportunidades laborales, estigmatización social o barreras legales en sus países de origen, revela fallas estructurales que la prohibición por sí sola no resolverá. La GS, en este sentido, no es la causa de la desigualdad, sino un síntoma de ella: está comprobado con la literatura expuesta que la prohibición no resuelve ni problematiza el hecho de que siguen y seguirán apareciendo mujeres, hombres y parejas con problemas de fertilidad a los cuales hasta ahora la GS les ha funcionado, y a una parte muy selecta —aquella con capacidad económica suficiente— de la población.

Por otro lado, está sufriendo ramificaciones hacia contextos insospechados —como el hecho de que una persona del espectáculo o con suficiente capital pueda permitirse evitar los síntomas y complicaciones de un embarazo— a lo cual también se le debe de prestar atención. Abordar la GSO requiere, por tanto, abordar las condiciones estructurales que la hacen posible y necesaria: la feminización de la pobreza, la falta de acceso a tratamientos de fertilidad, la crisis

de los sistemas de cuidado, y la persistencia de normas de género que asocian la identidad femenina con la maternidad.

8.2.5. Reflexión de la investigadora

A pesar de estos puntos destacados, hay que aceptar la realidad de los hechos: hasta que no haya una solución más tangible que no sean razonamientos limitantes e insuficientes para las personas que padecen infertilidad/esterilidad que no sean recurrir a terapias psicológicas, adoptar o resignarse, la GS seguirá siendo una opción para muchas personas. Y mientras existan mujeres dispuestas a asumir el tratamiento para recibir un ingreso extra seguirán habiendo agencias que canalicen a ambas partes involucradas.

Casos como el de Ale y otras tantas mujeres condicionadas muestran que sus aspiraciones solo pueden lograrse con los medios que tienen a su alcance, aún si es su capacidad de gestar, no quiere decir que dejen de lado sus convicciones morales: más que una transacción, están luchando con los medios que tienen a su alcance, a alcanzar algo mejor que las condiciones actuales en las que viven, y eso no debería ser menospreciado. Nuestra sociedad, que parece regirse moralmente en polos de blanco y negro, fenómenos como la GS evidencian que nuestras motivaciones y acciones están en escalas de grises.

Tal vez nosotros, como sociedad, también estamos fallando al ver solamente una cara de la moneda de esta práctica por el aspecto de la comercialización, o si pretendemos que se puede vivir haciendo acciones desinteresadas, y no necesariamente porque no se desee de ese modo, sino que en una sociedad capitalista hegemónica regida por el dinero hasta el bien o servicio más básico ocupa de una transacción. Por esto, exigir acciones completamente desinteresadas, en una sociedad que no es completamente desinteresada resulta paradójico y

risible: nos parece indignante que se pueda “comprar” la capacidad reproductiva, pero no tiene el mismo efecto con los órganos, tejido, sangre y demás partes que conforman nuestro cuerpo. Tampoco se empatiza con las mujeres que desean tener hijos y con los muchos o pocos recursos que tiene a su alcance y, sin embargo, la sociedad les exige que cumplan con su función biológica.

Entonces, responder a nuestra pregunta sobre cómo afecta la GSO a la experiencia en el cuerpo de las MG —y con ella la capacidad gestante y la “relegación” de la maternidad— en la biomerchantilización de la vida, implica saber cuáles son los mecanismos biopolíticos y disciplinarios: discursos genéticos y legales, atención psicológica, la eufemización del lenguaje comercial, el establecimiento de filtros corporales, el disciplinamiento mediante bonos por “buen comportamiento”, la regulación emocional, la gestión del cuerpo e incluso la negociación del estigma social por temor a las reacciones de familiares y conocidos. Todo esto cumple un propósito prácticamente mercantilista, pero que entra en tensión y contradicción con las concepciones hegemónicas de la maternidad, especialmente la intensiva: porque por un lado tenemos el amor puro e incondicional que toda madre o potencial madre —en el caso de la madre de intención— debe de tener, y por el otro se cuenta con la lógica neoliberal de la productividad y eficiencia de toda la población, incluyendo a las mujeres a las que exige, aún si es a costa de su salud, mantener un equilibrio entre la reproducción y la producción.

Entonces, bajo este argumento la GSO debería ser la cumbre del máximo potencial de ambas cualidades, sería más favorable llegar a una regulación global que promueva contratos más justos, políticas que incentiven el tratamiento público de la infertilidad/esterilidad, leyes de transparencia hacia la información de los contratos de subrogación y amparos para las MG que deseen involucrarse, estas son las propuestas que pueden alcanzarse. Si bien regularizar de

manera positiva la GSO no deja de lado los desafíos éticos que conllevan estas decisiones, sería menos cosificante y más humanizante tratar de atender —al menos temporalmente hasta encontrar una mejor solución— a la luz pública y no desde las sombras, los padecimientos que atañen a la comunidad, y a su vez apoyaría a la concientización de nuestros propios sesgos morales.

8.3. Aportaciones del estudio

La presente investigación realiza diversas aportaciones al campo de los estudios sociales sobre la GS, la biomercantilización y las dinámicas de biopoder que operan en los mercados reproductivos globales. Entre las principales contribuciones se destacan:

- Visibilidad de voces silenciadas: La investigación da voz a las MG a través de la observación digital y entrevistas, documentando sus experiencias, emociones y estrategias de negociación en un contexto donde sus testimonios son frecuentemente invisibilizados. A diferencia de estudios previos que se centran en el análisis legal o médico de la GS, esta investigación coloca las narrativas de las MG en el centro del análisis, reconociéndolas como sujetos de conocimiento con capacidad de agencia, y no como víctimas de un proceso inalterable.
- Análisis de la negociabilidad de los filtros: A diferencia de estudios previos que presentan los requisitos para ser MG como normas rígidas, la investigación documenta cómo estos filtros son, en la práctica, negociables y gestionados activamente por coordinadoras gestacionales. Este hallazgo revela que el control biopolítico no es una aplicación mecánica de reglas, sino una gestión activa del riesgo que mantiene a las MG en un estado de permanente vigilancia y adaptabilidad.

- Triangulación metodológica: La combinación de observación digital en un grupo de WA, entrevistas en profundidad y análisis del discurso institucional permite una comprensión multidimensional del fenómeno. Esta triangulación metodológica enriquece el análisis al contrastar diferentes fuentes de información y revelar tanto las convergencias como las tensiones entre los discursos institucionales y las experiencias vividas por las MG.
- Contextualización en el marco de la biomerchantilización: La investigación articula el análisis de la GSO con el concepto de biomerchantilización, mostrando cómo la reproducción humana se ha integrado a la lógica del mercado global. Esta contextualización permite ir más allá de un juicio moral sobre la comercialización de la gestación y analizar las condiciones estructurales que hacen posible y necesaria esta práctica.
- Crítica fundamentada a la postura prohibicionista: La investigación aporta argumentos empíricos y teóricos para cuestionar las políticas de prohibición absoluta, señalando sus efectos contraproducentes y la necesidad de enfoques regulatorios matizados. Al documentar cómo la prohibición empuja la práctica a la clandestinidad y profundiza la vulnerabilidad de las MG, la investigación contribuye al debate sobre las políticas públicas más adecuadas para abordar la GSO.
- Análisis del lenguaje como dispositivo de poder: La investigación analiza en profundidad cómo el lenguaje utilizado por agencias, clínicas y la propia comunidad de MG funciona como un dispositivo de eufemización y legitimación que naturaliza la biomerchantilización y disciplina las emociones de las gestantes.
- Documentación de la experiencia emocional postparto: A diferencia de estudios previos que se centran en el proceso de gestación, la investigación documenta las experiencias

emocionales de las MG después del parto, revelando la persistencia del vínculo afectivo y la complejidad del desapego.

8.4. Limitaciones del estudio

A pesar de las aportaciones señaladas, la presente investigación presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas al momento de interpretar sus hallazgos y que abren camino para futuras investigaciones:

- ✖ Muestra reducida: La investigación se basa principalmente en la observación de un grupo de WA y en una entrevista en profundidad, lo que limita la generalización de los hallazgos. Aunque esta estrategia metodológica permitió acceder a narrativas ricas y detalladas, no es posible afirmar que las experiencias documentadas sean representativas de todas las MG en América Latina.
- ✖ Dificultades de acceso: La naturaleza sensible y legalmente compleja del tema dificultó el acceso a más entrevistadas, especialmente a PI y a MG que no desearon participar. La estigmatización social y el temor a consecuencias legales llevaron a que muchas potenciales entrevistadas optaran por no participar, lo que limita la diversidad de perspectivas incluidas en el estudio.
- ✖ Enfoque centrado en la MG: La investigación se centra en la experiencia de las MG, dejando en segundo plano las perspectivas de otros actores - PI, agencias, personal médico- que también son relevantes para comprender el fenómeno. Esta limitación responde a la decisión metodológica de priorizar las voces de las MG, pero implica que no se haya explorado en profundidad la perspectiva de otros actores clave.
- ✖ Contexto geográfico acotado: Los testimonios se concentran en Colombia y México, lo que limita la comprensión de las variaciones regionales en otros países latinoamericanos

donde la GSO también se practica. Aunque estos dos países son particularmente relevantes por su actividad en el mercado reproductivo, sería necesario ampliar el análisis a otros contextos para obtener una visión más completa del fenómeno en la región.

- ✖ Dependencia de fuentes digitales: La observación en WhatsApp, aunque valiosa, puede no capturar aspectos no mediados por lo digital y puede estar sesgada hacia usuarios más activos en plataformas virtuales. Además, la naturaleza asíncrona y fragmentada de las conversaciones en WA limita la posibilidad de capturar la riqueza de las interacciones cara a cara.
- ✖ Limitaciones temporales: El periodo de observación, aunque extenso (de marzo 2024 a septiembre 2025), no permite capturar procesos de largo plazo ni evaluar los efectos a largo plazo de la exposición hormonal repetida o las consecuencias psicológicas del desapego postparto.

8.5. Recomendaciones

A partir de los hallazgos y limitaciones de la investigación, se formulan las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones, políticas públicas y activismo social:

8.5.1. Para futuras investigaciones

- Estudios comparativos: Sería valioso realizar investigaciones comparativas entre países latinoamericanos con diferentes marcos regulatorios - prohibición, regulación permisiva e invisibilización - para evaluar sus efectos en las condiciones de las MG. Estos estudios podrían contribuir a identificar buenas prácticas regulatorias y a comprender cómo los diferentes marcos legales afectan la experiencia de las MG.

- Perspectiva interseccional: Se recomienda profundizar en el análisis interseccional que incorpore dimensiones de clase, raza y nacionalidad en la configuración de las experiencias de las MG. La investigación ha mostrado cómo estos factores se entrelazan para producir diferentes niveles de vulnerabilidad y agenciamiento, pero sería necesario explorar estas intersecciones de manera más sistemática.
- Perspectiva de los PI: Es necesario investigar las motivaciones, condiciones y experiencias de los PI, especialmente aquellos que recurren al TR, para comprender la demanda que sostiene el mercado. Esta perspectiva permitiría equilibrar el análisis y comprender las dinámicas de poder que atraviesan la relación entre PI y MG.
- Impacto en los hijos: Investigar cómo afecta a los hijos de las MG el hecho de que su madre gestione embarazos para otros, así como el impacto en los hijos nacidos de la GSO sobre su identidad filial. Esta línea de investigación es particularmente relevante para comprender las implicaciones intergeneracionales de la GS.
- Efectos a largo plazo: Se requieren estudios longitudinales que evalúen los efectos a largo plazo de la exposición hormonal repetida en las MG, así como las consecuencias psicológicas del desapego postparto. Estos estudios podrían contribuir a mejorar los protocolos de atención y a proteger la salud de las MG.
- Análisis del discurso mediático: Sería valioso analizar cómo los medios de comunicación representan la GSO y cómo estas representaciones influyen en la percepción social y en las políticas públicas. Esta línea de investigación podría contribuir a desmontar estereotipos y a promover una comprensión más matizada del fenómeno.

8.5.2. Para políticas públicas

- Regulación con enfoque de derechos: Se recomienda avanzar hacia marcos regulatorios que protejan los derechos de las MG —representación legal independiente, seguro médico, acompañamiento psicológico, compensación justa— en lugar de prohibiciones absolutas que empujen la práctica a la clandestinidad. Inspirada en experiencias como la Ley de Nueva York, que incluye una "Carta de Derechos de Gestantes Subrogadas", esta regulación debería garantizar que las MG tengan acceso a información completa, representación legal independiente y protección contra la coerción contractual.
- Acceso a tratamientos de infertilidad: Ampliar la cobertura pública de tratamientos de infertilidad para reducir la presión que lleva a algunas mujeres a recurrir a la GSO por razones económicas. El acceso limitado a tratamientos de fertilidad en los sistemas de salud pública es un factor que impulsa la demanda de GS y que debería ser abordado como parte de una política integral de salud reproductiva.
- Fortalecimiento de redes de apoyo: Desarrollar programas de acompañamiento para MG que incluya apoyo psicológico, asesoría legal y grupos de pares. Estos programas podrían contribuir a reducir la vulnerabilidad de las MG y a garantizar que tengan acceso a información y apoyo durante todo el proceso.
- Transparencia en las agencias: Establecer mecanismos de supervisión y transparencia para agencias y clínicas que operan en la GSO, incluyendo registro público de contratos y denuncias. Esta medida contribuiría a prevenir abusos y a garantizar que las MG tengan acceso a información confiable sobre las agencias con las que están contratando.
- Educación y sensibilización: Promover campañas educativas que aborden la GSO desde una perspectiva de derechos humanos, desmontando estigmas y promoviendo una

comprensión más matizada del fenómeno. Estas campañas deberían dirigirse tanto al público general como a profesionales de la salud, el derecho y el trabajo social.

8.5.3. Para el activismo y la sociedad civil

- Visibilización de los testimonios de MG: Dar espacio a las voces de las MG en los debates públicos sobre la GSO, reconociéndolas como sujetos políticos con capacidad de agencia. Esta visibilización es fundamental para contrarrestar las narrativas que presentan a las MG como meras víctimas y para reconocer la complejidad de sus experiencias.
- Redes de apoyo entre MG: Fomentar la creación de redes de apoyo entre MG que permitan compartir información, experiencias y estrategias de protección. Estas redes, como la observada en el grupo MS, pueden ser espacios de sororidad y acompañamiento que reduzcan la vulnerabilidad de las MG.
- Abordaje de la estigmatización: Trabajar para desmontar los estigmas sociales que recaen sobre las MG, reconociendo la complejidad de sus motivaciones y experiencias. La estigmatización de las MG no solo afecta su bienestar emocional, sino que también las expone a mayores riesgos de explotación.
- Diálogo entre posturas feministas: Promover el diálogo entre diferentes posturas feministas sobre la GSO, superando la polarización entre "optimistas" y "pesimistas" para construir posiciones que reconozcan tanto los riesgos como las posibilidades de agenciamiento. Este diálogo es fundamental para avanzar hacia políticas que protejan los derechos de las MG sin caer en paternalismos o en una defensa acrítica del mercado.
- Abogacía por una regulación justa: Las organizaciones de la sociedad civil deberían abogar por marcos regulatorios que protejan los derechos de las MG, inspirados en

experiencias internacionales exitosas y adaptados a las realidades locales. Esta abogacía debería incluir tanto la incidencia en políticas públicas como la sensibilización de la opinión pública.

En definitiva, la Gestación Subrogada Onerosa (GSO) en el contexto del biopoder y la biomerchantización constituye un fenómeno complejo que desafía categorías dicotómicas. No es simplemente "explotación" ni "empoderamiento", sino un terreno de contradicciones donde confluyen la vulnerabilidad estructural y el agenciamiento individual, la medicalización del cuerpo y la búsqueda de autonomía, la lógica del mercado y el deseo de formar familia. Abordarla requiere, por tanto, un enfoque que integre el análisis crítico de las estructuras de poder con el reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones complejas en contextos adversos, y que apueste por soluciones regulatorias que protejan derechos en lugar de censurar prácticas. Solo así será posible abordar la GSO —y la GS en general— desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca la complejidad del fenómeno y que apueste por soluciones que protejan a las mujeres en lugar de condenarlas al silencio.

Abreviaturas

Abreviatura	Significado
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ASRM	American Society for Reproductive Medicine (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva)
BBF	Becoming Breastfeeding Friendly (Índice País Amigo de la Lactancia Materna)
BM	Banco Mundial
CdMx	Ciudad de México
CEA	Comisión de Energía Atómica
CUN	Clínica Universidad de Navarra
DGRN	Dirección General de los Registros y del Notariado
EdoMex	Estado de México
EI	Estigma de la Infertilidad
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology (Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología)

ESRC	Economic and Social Research Council (Consejo de Investigación Económica y Social)
FECYT	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología
FINRRAGE	Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering
FIV	Fertilización In Vitro
FMI	Fondo Monetario Internacional
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
GS	Gestación Subrogada
GSA	Gestación Subrogada Altruista
GSC	Gestación Subrogada Comercial
GSM	Gestación Sustituta de México (anteriormente Gestación Subrogada México)
GSO	Gestación Subrogada Onerosa
IIDE-Equide	Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad
IMC	Índice de Masa Corporal
IMCO	Instituto Mexicano para la Competitividad

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INE	Instituto Nacional de Estadística (España)
INP	Instituto Nacional de Perinatología
LGBTI	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LTRH	Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana (España, Ley 14/2006)
MG	Mujer(es) Gestante(s)
MPA	Acetato de Medroxiprogesterona
MS	Maternidad Subrogada
ODS	Objetivos del Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PI	Padre(s) de Intención
PIB	Producto Interno Bruto
PNEA	Población No Económicamente Activa
RAE	Real Academia Española
TR	Turismo Reproductivo
TRHA	Técnicas de Reproducción Humana Asistida
UM	Universidad de Monash

UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USD	Dólar(es) Estadounidense(s)
WA	WhatsApp
WBGD	Whole Body Gestational Donation (Donación de Cuerpo Completo para Gestación)
X	Plataforma X (anteriormente Twitter)

Referencias bibliográficas

- ABC News. (2016, 14 de abril). *Baby Gammy: Surrogacy row family cleared of abandoning child with Down syndrome in Thailand*. <https://www.abc.net.au/news/2016-04-14/baby-gammy-twin-must-remain-with-family-wa-court-rules/7326196>
- Abbasi, F., Talebi, M., Jandaghian-Bidgoli, M., Shaterian, N., & Dehghankar, L. (2025). Sobrevivir y prosperar: infertilidad masculina a través del prisma de la metaetnografía. *Discover Social Sciences and Health*, 5, 110.
- Aguirre, W. (2009). Esteroides sexuales y sistema nervioso central. *Medwave*, 9(5). <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.05.3916>
- All In Surrogacy. (s.f.). *Inicio*. Recuperado el 24 de octubre de 2025, de <https://www.allinsurrogacy.com/>
- Allied Market Research. (s.f.). *Surrogacy market* (Report code: A06580). Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.alliedmarketresearch.com/surrogacy-market-A06580>
- Alliman, J., Bauer, K., & Williams, T. (2022). Centros de maternidad independientes: una opción basada en evidencia para el parto. *La Revista de Educación Perinatal*, 31(1), 8–13. <https://doi.org/10.1891/jpe-2021-0024>
- American Society for Reproductive Medicine. (2022). *Cross-border reproductive care: An Ethics Committee opinion*. <https://www.asrm.org/practice-guidance/ethics-opinions/cross-border-reproductive-care-an-ethics-committee-opinion-2022/>
- AnalystView Market Insights. (s.f.). *Surrogacy market report highlight*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://analystviewmarketinsights.com/reports/report-highlight-surrogacy-market>
- Andrade-Rocha, F. T. (2017). Sobre los orígenes del análisis de semen: una relación estrecha con la historia de la medicina reproductiva. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 10(4), 242-255.
- Ariza, L. (2010). La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (4), 2-47. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872010000100002>
- Arneson, R. J. (1992). Mercantilización y gestación subrogada comercial. *Philosophy & Public Affairs*, 21(2), 132–164.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. (2010, 30 de diciembre). *Aprueba ALDF Ley de Gestación Subrogada en el DF*. <https://www.aldf.gob.mx/comsoc-aprueba-aldf-ley-gestacion-subrogada-df--6831.html>
- Babyboom Surrogacy. (s.f.). *Gestación subrogada*. Recuperado el 5 de abril de 2025, de <https://babyboomsurrogacy.com/gestacion-subrogada>
- Babygest, E. (2016, 4 de enero). *El caso Baby M*. <https://babygest.com/es/el-caso-baby-m/>
- Babygest, E. (2017). *Historia de la gestación subrogada: antecedentes y casos previos*. <https://babygest.com/es/historia-casos-previos-gestacion-subrogada/>
- Badinter, E. (1991). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal: Siglos XVII al XX* (1ra reimpresión). Ediciones Paidós Ibérica.
- Baqueiro Rojas, E., & Buenrostro Báez, R. (2010). *Derecho de familia* (2ª ed.). Oxford University Press México.
- Berk, H. L. (2013). *La legalización de la emoción: Riesgo, género y gestión del sentimiento en los contratos de trabajo subrogado* [Tesis doctoral, University of California, Berkeley].
- BioTexCom. (s.f.). *About the clinic*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://biotexcom.com/about-the-clinic/>

- BioTexCom. (s.f.). *How much does surrogacy in Ukraine cost: The interview with the owner of BioTexCom*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://biotexcom.com/how-much-does-surrogacy-in-ukraine-cost-the-interview-with-the-owner-of-biotexcom/>
- Boletín Oficial del Estado. (1988). *Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida*. Boletín Oficial del Estado, núm. 282, 24 de noviembre de 1988, pp. 33373-33378. <https://www.boe.es/boe/dias/1988/11/24/pdfs/A33373-33378.pdf>
- Boletín Oficial del Estado. (2006). *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*. Boletín Oficial del Estado, (126), 19947-19956. <https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>
- Brandão, P., & Garrido, N. (2022). Subrogación comercial: una visión general. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44(12), 1141–1158.
- Braverman, A. M. (2010). How the Internet is Reshaping Assisted Reproduction: From Donor Offspring Registries to Direct-to-Consumer Genetic Testing. *Minnesota Journal of Law, Science & Technology*, 11(2), 477-496.
- Brena Sesma, I. et al. (Coords.). (2012). *Reproducción Asistida*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/12060>
- Brugés, L. (2021, 16 de abril). 45% de las mujeres de 57 países no pueden decidir sobre su cuerpo, revela la ONU. *Dalia Empower*. <https://daliaempower.com/en/blog/45-de-las-mujeres-de-57-paises-no-pueden-decidir-sobre-su-cuerpo-revela-la-onu/>
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2007). *Perfil económico y empresarial: Localidad Ciudad Bolívar*. Dirección de Estudios e Investigaciones.
- Celagem. (s.f.). *Baby at Home program*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://celagem.com/en/baby-at-home/>
- Celagem. (s.f.). *Celagem – Salud reproductiva*. <https://celagem.com/>
- Celagem. (s.f.). *Celagem [Perfil de LinkedIn]*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://www.linkedin.com/company/celagem-cl%C3%ADnica-de-fertilidad/>
- Celagem. (s.f.). *Conócenos*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://celagem.com/en/conocenos/>
- Celagem. (s.f.). *Opiniones y reseñas [Página de Facebook]*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://www.facebook.com/celagem2010/reviews/>
- Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. (1987). *Nuestro futuro común. Organización de las Naciones Unidas*. <https://www.un.org/es/ga/president/65/issues/sustdev.shtml>
- Congreso de la República de Colombia. (2019). *Ley 1953 de 2019*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/ley_1953_2019.htm
- Congreso de la República de Colombia. (2023). *Subrogación uterina*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.camara.gov.co/subrogacion-uterina-1542/>
- Congreso de la República de Colombia. (2025). *Gestación por sustitución*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.camara.gov.co/gestacion-por-sustitucion-456/>
- Congreso de la República de Colombia. (s.f.). *Proyectos de ley*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.camara.gov.co/proyectos-de-ley/>
- Congreso del Estado de Sinaloa. (2013). Código Familiar del Estado de Sinaloa (Decreto Núm. 742; con reformas hasta el 21 de febrero de 2018). Comisión Nacional de los Derechos Humanos. https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/LGBTITI/CodCivilFam/25Codigo_FE_Sin.pdf

- Das, R. R., Sankar, M. J., & Agarwal, R. (2021, 8 de abril). *Bed sharing versus no bed sharing for healthy term neonates*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No. CD012866. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012866.pub2>
- De Achaval, O. (s.f.). *Tenemos que avanzar con políticas públicas de atención integral al parto*. CIPPEC. Recuperado el 9 de septiembre de 2025, de <https://www.cippec.org/textual/tenemos-que-avanzar-con-politicas-publicas-de-atencion-integral-al-parto/>
- El Colombiano. (2023, 31 de enero). *"Los úteros de mujeres con muerte cerebral no deberían desperdiciarse": polémica por propuesta de gestación subrogada*. El Colombiano. <https://www.elcolombiano.com/tendencias/polemica-gestacion-subrogada-en-mujeres-con-muerte-cerebral-colegio-medico-colombiano-FC20226605>
- El Español. (2018, 25 de septiembre). *El pediatra español detenido por abuso de menores es padre gracias a un vientre de alquiler en Ucrania*. El Español. https://www.elespanol.com/reportajes/20180925/pediatra-espanol-detenido-menores-ventre-alquiler-ucrania/340467142_0.html
- Emol. (2019, 11 de abril). ONU: Solo el 57% de las mujeres en una relación puede decidir sobre las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos. Emol. <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2019/04/11/944316/Informe-ONU-Solo-el-57-por-ciento-de-las-mujeres-puede-decidir-sobre-las-relaciones-sexuales-con-su-pareja-y-el-uso-de-metodos-anticonceptivos.html>
- ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation, Anderson, R. A., Amant, F., Braat, D., D'Angelo, A., Chuva de Sousa Lopes, S. M., Demeestere, I., Frith, L., Lambertini, M., Maslin, C., Moura Ramos, M., Nogueira, D., Rodriguez-Wallberg, K., & Vermeulen, N. (2020). ESHRE guideline: Female fertility preservation. *Human Reproduction Open*, 2020(4), hoaa052. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa052>
- Evans, J. (2014). 'Se les llama hombres imperfectos': infertilidad masculina y la salud sexual en la Inglaterra de la Edad Moderna. *Social History of Medicine*, 29(2), 311-332.
- Extraordinary Conceptions. (s.f.). *Egg donor & surrogacy agency*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://www.extraconceptions.com/>
- FECYT - Spanish Foundation for Science and Technology. (2010, 26 de octubre). Women still work double shifts, Spanish study finds. ScienceDaily. <https://www.sciencedaily.com/releases/2010/10/101026111807.htm>
- Fernández, J. (2025). Gestación por sustitución: ¿autonomía o explotación reproductiva? *Nueva Sociedad*, (316), 84-98.
- Fertilidad Mendoza. (s.f.). *CreO – Fertilidad Mendoza*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://fertilidadmendoza.com.ar/>
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Fórmula noticias Tabasco. (2016, 25 de agosto). *El lado oscuro de la maternidad subrogada, testimonio de una madre sustituta víctima de trata [Video]*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=HSTkdqHNq7o>
- Foucault, M. (1985). *Historia de la sexualidad. 1: La voluntad de saber* (U. Guiñazú, Trad.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1976).
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France* (1978-1979). Fondo de Cultura Económica.
- Fundación CIGU. (s.f.). *Inicio*. Recuperado el 24 de octubre de 2025, de <https://www.fundacioncigu.com/>

- Gao, H., Zhai, X., Hu, Y., & Wu, H. (2025). Pharmacovigilance study of the association between progestogen and depression based on the FDA adverse event reporting System (FAERS). *Scientific Reports*, 15, 1302. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-85826-1>
- Garay, R. (2008). El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En M. Tarducci (Org.), *Maternidades en el S. XXI*. Espacio Editorial.
- García Cifuentes, D. A. (2017). *Encuentros comunitarios para transformar realidades: Grupo Arte y Cultura de Ciudad Bolívar - Bogotá, Colombia* [Tesis de maestría, Universidad Nacional]. Sistema de Estudios de Posgrado, Programa Regional de Desarrollo Rural, Maestría en Desarrollo Comunitario Sustentable.
- Gestación Sustituta México. (s.f.). *Gestación subrogada en México*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://www.gestacion-sustituta.com/>
- Gestacy. (s.f.). *Surrogacy agency: ética, acompañamiento y apoyo*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://gestacy.com/>
- Gestando Vida. (s.f.). *Precios en la Gestación Subrogada: Comparativa por países en 2025*. Recuperado el 30 de marzo de 2025, de <https://gestandovida.com/gestacion-subrogada/precios-en-diferentes-paises/>
- Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Teorema.
- Gil Lozano, F., Pita, V. S., & Ini, M. G. (2000). *Historia de las mujeres en la Argentina*. Tomo I: Colonia y siglo XIX. Taurus.
- Gill, R. (2007). *Cultura mediática postfeminista: Elementos de un sensus communis*. En Gender and the Media. Polity Press.
- Gimeno, B. (2018). La maternidad intensiva: La maternidad neoliberal. *La Boletina*, XXXIII, 8–9. *Asociación Mujeres para la Salud*. <https://articulacionfeminista.org/publicaciones/la-boletina-33-las-maternidades/>
- Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza. (2017). *Código Civil para el Estado de Coahuila de Zaragoza* (última reforma publicada el 17 de marzo de 2017). <https://coahuila.gob.mx/archivos/pdf/C%C3%B3digo%20Civil%20para%20el%20Estado%20de%20Coahuila.pdf>
- González, M. J. (2013). *La Subrogación Materna: Análisis Jurídico y Ético*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- González-de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., & Rivera-Dommarco, J. A. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S170–S179.
- Grandes Corazones. (s.f.). *Gestación sustituta*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://grandescorazones.com/#gestacion>
- Grandes Corazones. (s.f.). *Grandes Corazones* [Página de Facebook]. Recuperado el 18 de marzo de 2026, de <https://www.facebook.com/profile.php?id=100093396156714&sk=reviews>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2017). *Gestación subrogada*. Recuperado el 15 de marzo de 2025, de <https://gestacion-subrogada.gire.org.mx/#/>
- Hanna, E., & Gough, B. (2020). La construcción social de la infertilidad masculina. *Sociology of Health & Illness*, 42(3), 465–480. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12845>
- Heredia-Pi, I., Guerrero-López, C. M., & Serván-Mori, E. (2025, 30 de enero). *¿Llegaremos todas y todos? La urgencia de una perspectiva de género en salud*. Nexos.

<https://redaccion.nexos.com.mx/llegaremos-todas-y-todos-la-urgencia-de-una-perspectiva-de-genero-en-salud/>

- Herrera, M. C., & Chaustre, Á. (2012). Violencia urbana, memoria y derecho a la ciudad: Experiencias juveniles en Ciudad Bolívar. *Pro-Posições*, 23(1), 65–83. <https://doi.org/10.1590/S0103-73072012000100005>
- Hine, C. (2004). *Etnografía virtual* (C. P. Hormazábal, Trad.). Editorial UOC. (Obra original publicada en 2000).
- Hine, C. (2015). *Etnografía para Internet: Incrustados, encarnados y cotidianos*. Bloomsbury.
- Holmstrom-Smith, A. (2021). Feminismo de libre mercado: reconsiderando la gestación subrogada. *University of Pennsylvania Journal of Law and Social Change*, 24(3), 443–486.
- Horne, R., et al. (2017). Household chores: Women still do more. *Sex Roles*. Springer Nature. <https://www.springer.com/gp/about-springer/media/research-news/all-english-research-news/household-chores--women-still-do-more-/15086994>
- Horsey, K. (2024). El futuro de la gestación subrogada: una revisión de las tendencias globales y los paisajes nacionales. *Reproductive BioMedicine Online*, 48(5), 103764. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2023.103764>
- Idri, N. (2016). [Review of the book Sampling and choosing cases in qualitative research: A realistic approach, by N. Emmel]. *The Journal of Language Teaching and Learning*, 6(2), 88-89.
- IG. (2025, 1 de febrero). *Netflix: análisis de resultados financieros Q4 2024*. IG. <https://www.ig.com/latam/ideas-de-trading-y-noticias/netflix--analisis-de-resultados-financieros-q4-2024-250201>
- IMARC Group. (2026). *Surrogacy market report by type (gestational surrogacy, traditional surrogacy), technology, service provider, and region 2026–2034*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.giiresearch.com/report/imarc1941361-surrogacy-market-report-by-type-gestational.html>
- INEGI. (2023). Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares de México (CSTNRHM) 2023. [PDF].
- INEGI. (2024a). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2024. Principales resultados. [PDF].
- INEGI. (2024b). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Tercer trimestre de 2024. [PDF].
- Inovavita. (s.f.). *Clínica Inovavita*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://inovavita.com.mx/>
- Inser. (s.f.). *Maternidad subrogada: solución para convertirse en padres*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://www.inser.com.co/tratamientos-de-fertilidad/maternidad-subrogada/>
- Inser. (s.f.). *Paciente internacional: Su tratamiento en Inser*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://inser.com.co/paciente-internacional/su-tratamiento-en-inser/>
- Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad (IIDE-Equide). (2023). *Becoming Breastfeeding Friendly México (BBF México)*. Universidad Iberoamericana / Yale School of Public Health / Montclair State University. <https://bbf.iberomx/index.html>
- Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). (2023, 16 de octubre). *Nueve de cada 10 personas que dejan el mercado laboral por realizar cuidados son mujeres*. <https://imco.org.mx/nueve-de-cada-10-personas-que-dejan-el-mercado-laboral-por-realizar-cuidados-son-mujeres/>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2025). *Personas con empleo, tiempo medio diario dedicado a las distintas actividades*. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925472488&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888
- Kashyap, S., & Tripathi, P. (2023). *Ley de Regulación de Subrogación, 2021: Una crítica*. *Asian Bioethics Review*, 15, 5–18. <https://doi.org/10.1007/s41649-022-00219-6>

- Kiromedic. (s.f.). *Clínica integral de fertilidad en México*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://kiromedic.com/>
- Kozinets, R. V. (2015). *Netnografía: Redefinida* (2ª ed.). SAGE.
- Le Breton, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 197–210. <https://doi.org/10.2307/40183864>
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad* (1ra reimpresión). Ediciones Nueva Visión.
- Legifrance. (2014). *Código Penal de Francia* (versión consolidada al 1 de enero de 2014). <https://www.wipo.int/wipolex/es/text/342991>
- Lima, N. S., & Francescutti, A. G. (2021). "Largo, duro, siempre para arriba": experiencias de varones que atraviesan tratamientos de reproducción asistida. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-012/28>
- Littler, J. (2013). The rise of the "yummy mummy": Popular conservatism and the neoliberal maternal in contemporary British culture. *Cultural Studies*, 27(4), 603–625. <https://doi.org/10.1080/09502386.2013.779325>
- López, C. (2025, 9 de marzo). 30 años de avances y retos en los derechos de las niñas y las jóvenes. El País. <https://elpais.com/planeta-futuro/2025-03-10/30-anos-de-avances-y-retos-en-los-derechos-de-las-ninas-y-las-jovenes.html>
- Loza, C. B. (2013). ¿La disminución de la mortalidad materna es un simple problema técnico de adecuación cultural? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 20(3), 1082–1086. <https://doi.org/10.1590/S0104-597020130003000019>
- Lugones, M. (2010). Toward a decolonial feminism. *Hypatia*, 25(4), 742–759. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2010.01137.x>
- Luna, F. (2013). Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*, (28), 33-47.
- Macrotrends. (s.f.). *Starbucks revenue 2012–2025* (SBUX). Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.macrotrends.net/stocks/charts/SBUX/starbucks/revenue>
- Mantilla, M. J. (2014). Psicoanálisis y neurociencias. Contornos de un debate vigente en la cultura psi argentina. *Astrolabio*, 12, 173-192.
- Markham, A., & Buchanan, E. (2012). *Toma de decisiones éticas e investigación en Internet: Recomendaciones del Comité de Trabajo de Ética de AoIR (Versión 2.0)*. Association of Internet Researchers.
- Martínez Villarruel, C. M. (2018, 2 de septiembre). Las parteras ante las políticas de salud intercultural. *Revista Ciencia*. <https://revistaciencia.com.mx/las-parteras-ante-las-politicas-de-salud-intercultural/>
- Martínez-Pereda Rodríguez, J., & Massigoge Benegiu, J. (1994). *La maternidad Portadora, subrogada o de encargo en el derecho español*. Dickinson.
- McRobbie, A. (2009). *Las consecuencias del feminismo: Género, cultura y cambio social*. SAGE Publications.
- Menéndez, E. L. (1982). *Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. CIESAS.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9–32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.2>
- Mexico Daily Post. (2025, 28 de agosto). *INEGI: Women in Mexico spend 66.8% of their time on unpaid work*. *Mexico Daily Post*. <https://mexicodailypost.news/2025/08/28/inegi-women-in-mexico-spend-66-8-of-their-time-on-unpaid-work/>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 20 de febrero). *Resolución 228 de 2020: Por la cual se adopta la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 2273 de 2021*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Monzón Benítez, G., & Marcheco Teruel, B. (2020). Epidemiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 13(3), e122.
- Mu, E., & Kulkarni, J. (2022). Hormonal contraception and mood disorders. *Australian Prescriber*, 45(2), 75-79.
- Naciones Unidas. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023*. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
- New York State Department of Health. (2026). *Gestational surrogacy (Child-Parent Security Act)*. <https://www.health.ny.gov/community/pregnancy/surrogacy/>
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1>
- ONU Mujeres y Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. (2023). *Progreso en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una mirada de género 2023*. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2023/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2023>
- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. (2015). *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida* (versión consolidada al 18 de febrero de 2015). <https://www.wipo.int/wipolex/es/text/362381>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Infertilidad*. https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_2
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Infertilidad*. https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_3
- Özdemir, A. Z., Karli, P., & Gülümser, Ç. (2020). ¿Afecta negativamente el nivel alto de estrógenos al éxito del embarazo en la transferencia de embriones congelados? *Archives of Medical Science*, 18(3), 647–651. <https://doi.org/10.5114/aoms.2020.92466>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Pantaleón Orozco, M. A. (2022). *Maternidad subrogada: ¿Regularla o ignorarla?* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. UNAM.
- Paredes, J. (2014). *Hilando fino desde el feminismo comunitario* (2ª ed.). Cooperativa El Rebozo, Zapateándole, Lente Flotante, En cortito que's pa largo y AliFem AC.
- Parlamento Federal de Alemania. (1990). *Ley sobre Protección de Embriones, de 13 de diciembre de 1990*. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/5.pdf>
- Pedraza, J. [@JenniferPedraz]. (2025, 1 de abril). *Ya que se van a discutir en el Congreso 2 proyectos de ley que buscan legalizar el alquiler de vientres, es necesario que demos el debate enfocado en proteger los derechos humanos de las mujeres y niños/as. Es hora de verla como lo que es: explotación reproductiva* [Video]. X. <https://x.com/JenniferPedraz/status/1907179587160666589>

- Petracci, M., Schwarz, P. K. N., & Rodríguez Zoya, P. G. (2017). *Comunicación y salud: Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*. Teseo.
- Petta, C. A., Faúndes, A., Dunson, T. R., Ramos, M., DeLucio, M., Faúndes, D., & Bahamondes, L. (1998). Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*, 70(5), 817-820.
- Poder Judicial del Estado de Querétaro. (2020). *Código Civil del Estado de Querétaro* (última reforma publicada el 1 de junio de 2020). https://www.poderjudicialqro.gob.mx/biblio/leeDoc.php?cual=893&tabla=tbiblioteca_historial
- Ramos Rodríguez, R. M., & Hernández González, M. G. (2017). Tensiones y contradicciones en la intervención gubernamental para la promoción de la lactancia materna. *Salud Colectiva*, 13(4), 677–692. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1357>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Espasa.
- Real Academia Española. (2026). *Diccionario de la lengua española* (24.^a ed.). Espasa.
- Robles García, M. E. (2021). *Implicaciones de la gestación por encargo, desde la perspectiva de la mujer gestante* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León].
- Rogines-Velo, M. P., Heberle, A. E., & Joffe, H. (2012). Effect of medroxyprogesterone on depressive symptoms in depressed and non-depressed perimenopausal and postmenopausal women following discontinuation of transdermal estradiol therapy. *Menopause*, 19(4), 471-475. doi:10.1097/gme.0b013e3182333847
- Romero, S. (2019, 6 de febrero). *¿De dónde surge el mito de que las cigüeñas traen bebés?* Muy Interesante. <https://www.muyinteresante.com/curiosidades/28667.html>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIFE: Editorial Universitaria.
- Rottenberg, C. (2013). The Rise of Neoliberal Feminism. *Cultural Studies*. DOI: 10.1080/09502386.2013.857361
- Sahu, S., Das, A., Das, R., & Behera, A. (2025). El impacto psicológico de la infertilidad masculina: una revisión narrativa. *Cureus*, 17(8), e89453. DOI: 10.7759/cureus.89453
- Santos Pinheiro, C. (s.f.). Las fuentes médicas antiguas en los capítulos sobre la esterilidad de Rodrigo de Castro's *De universa mulierum medicina*. Fecha de consulta 9 de mayo de 2026.
- Saravanan, S. (2016). Transnational surrogacy and objectification of gestational mothers. *Journal of Global Ethics*, 12(3), 267-284. https://www.researchgate.net/publication/289410067_Transnational_surrogacy_and_objectification_of_gestational_mothers
- Scribano, A. (2017). Miradas cotidianas. El uso de Whatsapp como experiencia de investigación social. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social (ReLMIS)*, 7(13), 8-22. <http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/207>
- Sensible Surrogacy. (2026). *Surrogacy in Colombia*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.sensible-surrogacy.com/surrogacy-in-colombia/>
- Shepherd, S. (2022). *Regulando la gestación subrogada comercial internacional: un equilibrio entre perjuicios y beneficios*. University of Florida Journal of Law & Public Policy, 32(2).
- Silva Ayçaguer, L. C. (2005). Una ceremonia estadística para identificar factores de riesgo. *Salud Colectiva*, 1(3), 309–322. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652005000300004>
- Snee, H., Hine, C., Morey, Y., Roberts, S., & Watson, H. (Eds.). (2016). *Digital Methods for Social Science: An Interdisciplinary Guide to Research Innovation*. Palgrave Macmillan.
- Spar, D. L. (2006). *The baby business: How money, science, and politics drive the commerce of conception*. Harvard Business School Press.

- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Surrogacy Global. (2025, 16 de abril). *Navigating the financial landscape: Understanding the cost of surrogacy*. Surrogacy Global. <https://surrogacy.global/navigating-the-financial-landscape-understanding-the-cost-of-surrogacy/>
- Surrogacy Latam. (s.f.). *Maternidad subrogada en Colombia*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://surrogacylatam.com/maternidad-subrogada/colombia/>
- Surrogacy360. (2020, 22 de abril). *Ukraine as international surrogacy destination*. <https://surrogacy360.org/surrogacy-during-the-war-in-ukraine/>
- Taboada, L. (1986). *La maternidad tecnológica: De la inseminación artificial a la fertilización in vitro*. Icaria Editorial.
- The Economist. (2025, 30 de enero). *A medida que las adopciones se desploman, la demanda de gestación subrogada internacional se dispara*. The Economist. <https://www.economist.com/international/2025/01/30/as-adoptions-collapse-demand-for-international-surrogacy-is-soaring>
- The Guardian. (2020, 29 de julio). *Up to 1,000 babies born to surrogate mothers stranded in Russia*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2020/jul/29/up-to-1000-babies-born-to-surrogate-mothers-stranded-in-russia>
- The Guardian Nigeria. (2025, 17 de febrero). *Chimamanda Adichie confirms birth of twin boys, gives reason for secrecy*. The Guardian Nigeria. <https://guardian.ng/life/whatsnew-entertainment-celebrity-gist-and-so-on/chimamanda-adichie-confirms-birth-of-twin-boys-gives-reason-for-secrecy/>
- The Guardian. (2026, 8 de enero). *Chimamanda Ngozi Adichie reveals her one-year-old son has died after a short illness*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/books/2026/jan/08/chimamanda-ngozi-adichie-reveals-her-one-year-old-son-has-died-after-a-short-illness>
- The Surrogacy Insider. (2025). *Surrogacy in Colombia*. Recuperado el 24 de marzo de 2026, de <https://www.thesurrogacyinsider.com/surrogacy-in-colombia>
- Time for Equality. (2013, 28 de julio). *How career women still do most of the chores, even when they're the main breadwinner*. Time for Equality. <https://timeforequality.org/news/gender-news/how-career-women-still-do-most-of-the-chores-even-when-theyre-the-main-breadwinner/>
- UAMEDTOURS. (s.f.). *Surrogacy in Ukraine*. <https://nccconline.org/directions/8-main/ukraine>
- Ukraine Surrogacy Agency. (s.f.). *Surrogacy cost in Ukraine: Affordable options*. Recuperado el 1 de junio de 2025, de <https://ukrainesurrogacyagency.com/surrogacy-cost-in-ukraine/>
- Van Zyl, L., & Van Niekerk, A. (2000). The ethics of surrogacy: Women's reproductive labour. *Journal of Medical Ethics*, 26(6), 404–410. <https://doi.org/10.1136/jme.26.6.404>
- Vasudevan, S. R., & Bhuvaneshwari, M. (2024). Los efectos psicológicos del tratamiento hormonal en mujeres bajo tratamiento de FIV: una revisión exhaustiva. *National Journal of Community Medicine*, 15(6), 487–495. DOI: 10.55489/njcm.150620243829
- Vecslir, L. (2015a). I'm a normal pregnant person: análisis exploratorio de video blogs sobre infertilidad y tecnologías de reproducción asistida. *Revista Entramados y perspectivas*, 5(5), 135-152.
- Vecslir, L. (2022). *Trayectorias de reproducción tecnmediada, genética y riesgo: Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina, 2010–2019* (1ª ed.).
- Vega-Rivera, N. M., Fernández-Guasti, J. A., Ramírez-Rodríguez, G. B., Castro-García, M., & Estrada-Camarena, E. (2012). Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: su relación con la depresión. *Salud Mental*, 35(6), 527-533.

- Vega-Rivera, N. M., López-Rubalcava, C., Paez-Martínez, N., Castro, M., & Estrada-Camarena, E. M. (2013). Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. *Salud Mental*, 36(4), 331-336.
- Vidal Casero, M. C. (s.f.). La experimentación con embriones/fetos. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, 4(2). https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/EMBRION.pdf
- Vientre Milagroso. (s.f.). *Nosotros*. Recuperado el 3 de marzo de 2026, de <https://www.vientremilagroso.com/nosotros/>
- Vivas, E. (2019, 16 de diciembre). *Maternidades desobedientes*. IDEES. <https://revistaidees.cat/es/maternitats-desobedients/>
- Vora, P. (2022, 20 de julio). Russia's invasion is damaging Ukraine's booming surrogacy industry. Quartz. <https://qz.com/2133797/russias-invasion-is-damaging-ukraines-booming-surrogacy-industry>
- Wilkinson, S. (2016). Explotación en los acuerdos internacionales de gestación subrogada remunerada. *Journal of Applied Philosophy*, 33(2), 137–156. <https://doi.org/10.1111/japp.12138>
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). (Masculino) infertilidad: ¿qué significa para los hombres? Nueva evidencia de estudios cuantitativos y cualitativos. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 236-243.
- Zaffaroni, E. R. (2011). *La Pachamama y el humano*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Zapata Martínez, A. (2016). Madres y padres en contextos transnacionales: El cuidado desde el género y la familia. *Desacatos*, (52), 14–31.
- Zapata Martínez, A. (2020). Maternidades y paternidades transnacionales: Una reflexión desde los procesos de interacción mediada. *Revista Colombiana de Sociología*, 43(1), 81–107. <https://doi.org/10.15446/res.v43n1.78054>
- Zignago, C. (2020, 12 de febrero). *Gestación subrogada en Uruguay: una realidad a medias*. La Diaria. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2020/2/gestacion-subrogada-en-uruguay-una-realidad-a-medias/>