

INFORME DE INVESTIGACIÓN
Estímulos ICAANH 2024

COLOMBIA EN LAS CADENAS
GLOBALES DE FERTILIDAD

Investigadora:
MARTA PEREIRA MILITÃO DA SILVA

Categoría: Problemáticas Geo-estratégicas
Modalidad: Trayectoria

Contextualización

La gestación por sustitución ha crecido aceleradamente en Colombia en los últimos años. Denominada también como maternidad subrogada, subrogación uterina o incluso "alquiler de vientres", esta práctica se ha desarrollado en el país en un contexto de vacío normativo. La gestación por sustitución (GS) es un proceso reproductivo asistido en el cual una mujer gesta en su vientre un bebé, con el cual no tiene relación genética, para otra persona o pareja que no puede gestar por sí misma. Tal práctica es uno de los procedimientos entre los muchos que se engloban dentro de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA).

Según la Organización Mundial de la Salud, las TRHA se pueden definir 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” (OMS, 2010). En Colombia, la Ley 1953 de 2019, que establece los lineamientos para el desarrollo de la política pública para la prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de la salud reproductiva, también reconoce la gestación subrogada como uno de los posibles procedimientos dentro de las TRHA.

La sentencia T-968 de 2009, de la Corte Constitucional de Colombia, ha servido de soporte legal para quienes llevan a cabo la gestación subrogada en Colombia. Esta sentencia establece que, aunque esta práctica no está regulada en el país, tampoco está prohibida y establece lineamientos para su realización. Estos son algunos elementos que deberían hacer parte de la regulación, según T-968 de 2009.

- “(i) que la mujer tenga problemas fisiológicos para concebir;
- (ii) que los gametos que se requieren para la concepción no sean aportados por la mujer gestante (quien facilita su vientre);
- (iii) que la mujer gestante **no tenga como móvil un fin lucrativo, sino el de ayudar a otras personas;**
- (iv) que la mujer gestante cumpla una serie de requisitos como mayoría de edad, salud psicofísica, haber tenido hijos, etc.;
- (v) que la mujer gestante tenga la obligación de someterse a los exámenes pertinentes antes, durante y después del embarazo, así como a valoraciones psicológicas;
- (vi) que se preserve la identidad de las partes;
- (vii) que la mujer gestante, una vez firmado el consentimiento informado, e implantado el material reproductor o gametos, no pueda retractarse de la entrega del menor;
- (viii) que los padres biológicos no pueden rechazar al hijo bajo ninguna circunstancia; entre otros.”

A partir de esta sentencia, la Corte de Justicia ha venido instando a los poderes ejecutivo y legislativo a regular esta situación, sin obtener éxito. En los últimos 15 años fueron presentados alrededor de 16 proyectos de ley en el Congreso colombiano. Los proyectos proponen desde suprimir y penalizar la práctica, hasta regularla en un formato comercial. Los proponentes que plantearon prohibir la actividad la comparaban con "trata de personas" y pretendían la criminalización de quienes lucren con la práctica. En los últimos proyectos de ley presentados en 2023, tras el exhorto de la Corte de Justicia (uno de ellos presentado por el Ministerio de Justicia y Ministerio de Salud) la denominaron "maternidad subrogada" y "subrogación uterina" y preveían su regulación en un modelo altruista con compensación económica.

En general, existen 3 modelos de regulación adoptados por los países que han enfrentado este tema: prohibición, regulación altruista y regulación comercial.

Lo que ocurre en la práctica es que Colombia tiene un gran mercado en torno a la subrogación que necesita actuar como si no fuera un mercado. En otras palabras, existe un modelo comercial disfrazado de modelo altruista. Ese «teatro» tiene varias consecuencias para el funcionamiento del sector y afecta sobre todo a las gestantes.

Lejos de ser un consenso en la sociedad colombiana, es posible ver que en la esfera pública el debate tiene diferentes posiciones y múltiples actores.

El ciclo de noticias resultante de la presentación de los dos últimos proyectos de ley en los principales periódicos colombianos ha demostrado que el debate público gira en torno a la opinión de que la GS es una explotación del cuerpo de la mujer y que la salida de los bebés es una especie de tráfico de niños. La percepción de la práctica como explotación de mujeres y niños parece agravarse por el hecho de que se realiza predominantemente a extranjeros del Norte Global. Se habla mucho del desequilibrio de poder entre las mujeres embarazadas y las familias extranjeras, haciendo hincapié en que la mujer embarazada siempre está en desventaja.

La mayoría de los artículos están escritos en un tono de pánico moral, y señalan la explotación de las mujeres y el peligro de la "comercialización de bebés". Los representantes de la Iglesia Católica también se posicionan firmemente en contra de la actividad, mientras que otros actores abogan por la regularización de la práctica.

Sin embargo, para entender los diferentes modelos propuestos y existentes de esta actividad, es necesario una mirada más amplia al contexto global de la Gestación por Sustitución, pues como veremos a continuación, la práctica de la GS en Colombia ha crecido no como un mero procedimiento médico incluido en las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) para atender la demanda de las familias colombianas infértiles, sino por la inserción de Colombia en una gigantesca industria que moviliza miles de millones de dólares al año, que es la industria global de la (in)fertilidad.

Se estima que para el año 2026 el mercado mundial de fertilidad tendrá un valor cercano a los 40.000 millones de dólares (con previsiones de gran crecimiento en Estados Unidos, China y España) del cual la subrogación es sólo una parte. (Vertommen et al., 2022).

Según Álvarez (2020), lo que impulsa actualmente la industria es el deseo de tener hijos “**cuando se quiera, con quien se quiera y como se quiera**”. Esto supone una diferencia con respecto a décadas pasadas, cuando el objetivo de la industria era responder a los problemas médicos de fertilidad de las parejas heterosexuales. No se trata sólo de tener un hijo, sino uno o varios, de una forma que se adapte a las necesidades específicas y a los planes de vida.

El hecho de aplazar el momento de tener hijos, como un aspecto social, es uno de los elementos que contribuyen a la dificultad de tener descendencia, ya que la fertilidad humana descende con la edad, aumentando por consecuencia la necesidad de tratamientos ofrecidos por la industria de la reproducción asistida. La ampliación de los derechos de las familias homoparentales y la emergencia de modalidades familiares monoparentales hacen que aumente el número de personas que necesitan la ayuda de la tecnología para hacer realidad sus planes familiares. Así mismo, la posibilidad de elegir «con quién, cómo y cuándo» tener hijos tiende a provocar la necesidad de acceder a la fertilidad de terceros. Ya sea por la necesidad de gametos, masculinos o femeninos, o por la necesidad de un útero para gestar, o ambas.

Aunque actualmente existe homogeneidad en la disponibilidad tecnológica de las técnicas de reproducción asistida entre países, existen disparidades en el acceso a las mismas y en la normativa sobre el uso de dichas técnicas.

Para reflexionar sobre tal complejidad, encontramos útil el concepto de **cadenas globales de fertilidad** trabajado por Vertommen. Este concepto articula “la bioeconomía reproductiva como un nexo de prácticas, operaciones y transacciones entre empresas, estados y hogares a través de los cuales se producen, distribuyen y consumen servicios y bienes reproductivos en todo el mundo en la acumulación de capital” (Vertommen et al., 2022, p. 115). Para los autores, este enfoque requiere comprender cuatro dimensiones importantes: “(1) las geografías globales, aunque desigualmente desarrolladas, de las cadenas de fertilidad, (2) la dependencia de la biología/redes laborales y el trabajo reproductivo asalariado y no remunerado de las mujeres, (3) una estructura de insumo-producto en red que comprende múltiples actores en múltiples escalas, sin perder de vista el (4) papel de gobierno constitutivo de los estados (supra)nacionales en la creación de demanda, la organización de la oferta y la acomodación de la creación y distribución de plusvalía.” (Vertommen et al., 2022:115)

Se trata de una cadena compleja que involucra a personas que quieren realizar su proyecto de filiación, clínicas médicas, laboratorios farmacéuticos, captadores de gestantes, bancos de semen y óvulos, prestadores de servicios legales, empresas de logística y transporte de material genético, con una configuración de estas cadenas que opera de forma transfronteriza. Es una red que se

interconecta más allá de las fronteras de los estados nacionales, aprovechando sus vacíos normativos, o de regulación favorable para la realización de sus intereses, y que depende fuertemente del trabajo reproductivo de las mujeres.

Según Machin et al. (2023), la diversidad legislativa, la circulación de bienes, servicios y personas, y la búsqueda de soluciones a los problemas de fertilidad a escala internacional están en el centro del cuidado reproductivo transfronterizo. Los autores llaman la atención para la diversidad de términos y conceptos utilizados para tratar de la cuestión de la circulación ligada a la reproducción: "turismo reproductivo", "turismo de fertilidad", "exilio reproductivo", "viaje reproductivo transfronterizo" "tráfico reproductivo" o "cuidado reproductivo transfronterizo". Este último concepto implica, según Machin (2016, p.4), "un movimiento de profesionales, hombres y mujeres en busca de la concepción, donantes de material genético (semen y óvulos) y mujeres para la gestación subrogada, así como la importación y exportación de gametos congelados. embriones".

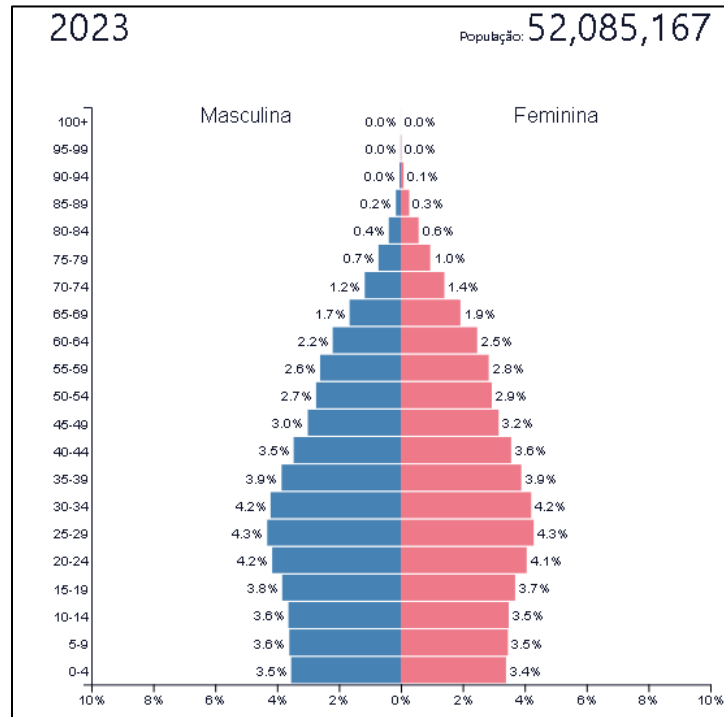
Los estudios etnográficos conducidos hasta el momento indican que las direcciones de los intercambios son múltiples y dependen de factores como nacionalidad, clase social, orientación sexual, entre otros. Olavarria (2018) argumenta que el éxodo reproductivo en dirección Norte-Sur que define el modelo de las movilidades reproductivas, provoca que "el énfasis sea colocado en el intercambio desigual y en la participación de agencias internacionales, convirtiendo la GS en un laboratorio para analizar las condiciones de desigualdad en el nivel mundial y regional" (Olavarria, 2018:48)

Profesionales del campo de la reproducción asistida informan que con el advenimiento de la Guerra en Ucrania en 2022, el trabajo de gestar para terceros que era realizado en ese país migró en gran medida para Colombia. La alteración en el mercado global en consecuencia de la guerra en Europa, sumada a la amplia oferta de mujeres dispuestas a gestar para terceros y la falta de regulación colombiana sobre GS produjo un cambio en la posición actual del país en las cadenas globales de fertilidad. Tal como argumenta Machin, "la movilidad contemporánea de biomateriales para tratamientos reproductivos facilita y crea nuevas posibilidades reproductivas. En este contexto, la reproducción genera movilidades y las movilidades generan reproducción". (Machin et al., 2023).

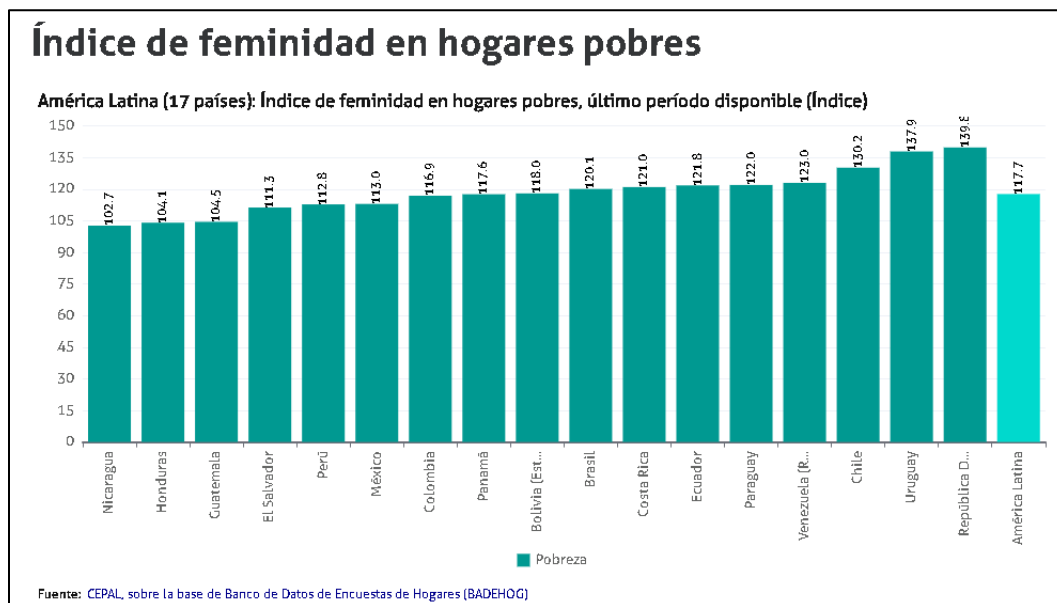
Algunos datos sobre la situación de las mujeres en Colombia también ayudan a explicar su disponibilidad para practicar la GS.

-La pirámide de población muestra que la mayor concentración de mujeres se encuentra en el grupo de edad de 20 a 39 años, que coincide con la edad fértil.¹

¹ <https://www.populationpyramid.net/colombia/2024/>. (30 de abril de 2024)

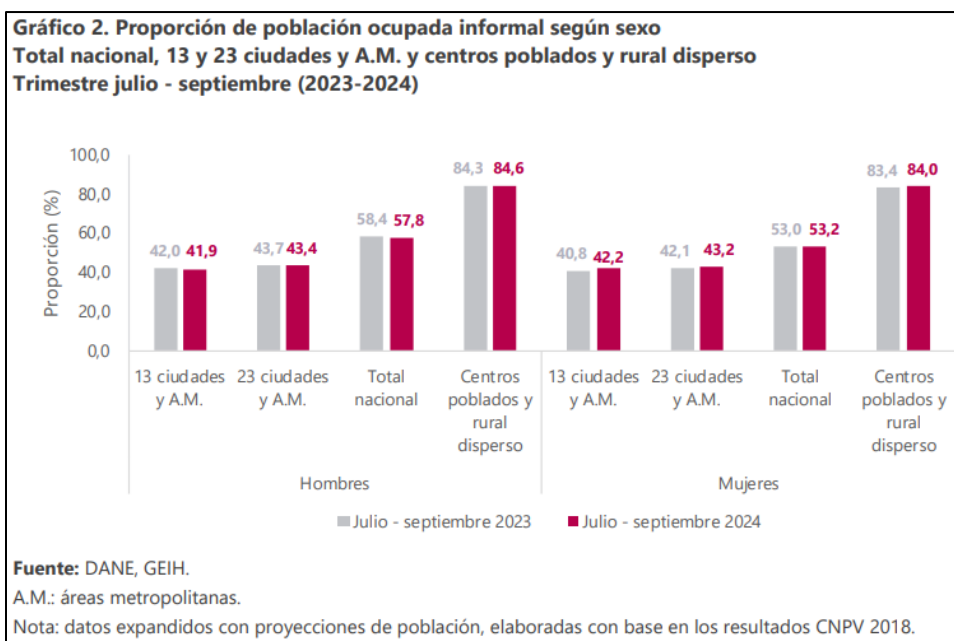


- El índice de feminización de la pobreza, que es una medida estadística que ayuda a entender cómo la pobreza afecta de manera desproporcionada a las mujeres en comparación con los hombres. El índice muestra que por cada 100 hombres viviendo en hogares pobres en Colombia, hay 116 mujeres en dicha situación².



² <https://oig.cepal.org/es/indicadores/indice-feminidad-hogares-pobres> (30 de abril de 2024)

- La economía colombiana se caracteriza por un alto grado de informalidad laboral. Los últimos datos sobre el tema elaborados por el DANE muestran que más del 40% de las mujeres colombianas que viven en las principales ciudades y regiones metropolitanas tienen un empleo informal, cifra que se eleva al 84% si consideramos el contexto rural³.



Además, el Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC) estima que el número de personas que mantienen su condición de desplazadas internas es de 4.766.280⁴. E el número registrados de migrantes procedentes de Venezuela en el territorio colombiano fue de 2.875.743⁵.

Por lo tanto, si se suma una gran población femenina en edad fértil, el hecho de que hay más mujeres viviendo en hogares pobres, una economía altamente informal con una elevada presencia de desplazados internos e inmigrantes, podemos entender en parte las condiciones favorables para la oferta de mujeres dispuestas a convertirse en gestantes subrogadas.

Sin embargo, esto no es suficiente para entender la situación de la GS en Colombia. Países con características similares no se han convertido en destinos internacionales de GS. Es necesario, como lo propone Olavarría, reflexionar e investigar las condiciones de existencia de la GS “desde el punto de vista de la cultura y de la política y moral locales” (Olavarría, 2018). Y fue esta tarea la que nos propusimos en este trabajo.

³ <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHEISS-jul-sep2024.pdf>

⁴ A corte 31 de diciembre de 2022.

⁵ En junio de 2023.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación tuvo como objetivo general:

Comprender la posición de Colombia en las Cadenas Globales de Fertilidad mediante el análisis de la práctica de la gestación por sustitución en el país.

E como objetivos específicos:

- 01: Identificar los actores sociales presentes en el campo de la gestación por sustitución en Colombia, tanto nacionales como internacionales.
- 02: Comprender las relaciones entre los diferentes actores sociales en el campo de la gestación por sustitución en Colombia.
- 03: Identificar la dirección de los flujos de personas, procesos y material genético entre Colombia y otros países
- 04: Comprender la experiencia de las mujeres que gestan para terceros en Colombia, identificando las especificidades de la práctica en el país.

Metodología

Los datos recogidos se obtuvieron de diversas fuentes documentales (literatura académica sobre el tema, leyes y proyectos de ley, artículos periodísticos) y de fuentes etnográficas.

Para lograr los objetivos de la investigación se realizó una triangulación de los datos recolectados. La triangulación de datos es una técnica de investigación cualitativa que consiste en combinar diferentes métodos, fuentes de datos o perspectivas para analizar un fenómeno. Este enfoque tiene como objetivo aumentar la validez y confiabilidad de los resultados, permitiendo a los investigadores obtener una visión más completa y profunda del objeto de estudio. Según Shenton (2004), al cruzar información de diferentes fuentes, como entrevistas, observaciones y documentos, es posible minimizar sesgos, fortalecer la credibilidad de la investigación y construir una comprensión más sólida del fenómeno en cuestión. Según Santos et al. (2018), al utilizar la triangulación, los investigadores pueden identificar patrones, relaciones y matices que podrían pasar desapercibidos en un análisis aislado, proporcionando una interpretación más profunda y rica de los datos recopilados.

La estrategia de campo fue realizar una etnografía de material público presente en línea sobre el mercado de gestación subrogada en Colombia, a saber, sitios web de las empresas involucradas (clínicas, agencias, fundaciones), páginas de perfiles de Instagram de familias, mujeres gestantes y empresas que participan en las cadenas de GS, grupos de discusión online en Facebook y una comunidad de gestantes e interesadas en GS en WhatsApp. También se registró y analizó el debate que se desarrolló en los principales diarios del país en el ciclo de noticias ocurrido tras la propuesta de los dos últimos proyectos de ley sobre gestación Subrogada en febrero de 2023.

Además, fueron realizadas 30 entrevistas a actores clave en tres países: Colombia, Brasil y España. Entrevistamos a gestantes, médicos, embriólogos y profesionales de la salud que atienden a gestantes, agencias de gestación subrogada, familias de intención (F.I), investigadores, funcionarios de la presidencia de la república y del Ministerio de Salud de Colombia y recogimos declaraciones públicas de actores involucrados en la industria de la reproducción asistida⁶. Finalmente, se realizaron observaciones de consultas y orientaciones a gestantes subrogadas en una clínica de Colombia.

Se trató de una etnografía multi-situada, en la que se entiende que el método etnográfico se desarrolla en diferentes lugares donde entran en juego la circulación de significados, objetos e identidades culturales entre lo local y lo global y sobre todo la diferencia de escalas. (Marcus, 1995). Al mismo tiempo que observamos, por ejemplo, diálogos entre mujeres que buscan información sobre el proceso GS por WhatsApp, analizamos los flujos transnacionales de transporte de material genético. Lidar con tal diversidad de fuentes y escalas sólo fue posible al tener los objetivos de investigación muy claros y siempre presentes.

A todos los participantes se les garantizó la confidencialidad y el anonimato de sus intervenciones, por lo que no se facilitarán datos que puedan identificar a los entrevistados.

Todo el material de las entrevistas fue transcrito y el material etnográfico en línea fue transferido a un archivo digitalizado, en imagen o texto. Luego, este material fue codificado para llegar a las categorías temáticas que se presentarán en las secciones de resultados, de acuerdo con cada objetivo específico. El análisis de las entrevistas tuvo el enfoque de la antropología interpretativa (Geertz, 1997, 2008).

Hubo dos desafíos mayores en esta investigación. El primero se refería a la gran cantidad de datos obtenidos y, sobre todo, a la variedad de su naturaleza y escala.

El segundo gran desafío de la realización de esta investigación fue llegar a los actores y convencerlos a hablar sobre el tema. Debido a que la práctica no está totalmente regulada en el país y a lo delicado del tema - que involucra aspectos íntimos de la reproducción asistida para las familias implicadas - existe mucho secretismo y discreción por parte de los actores, lo que dificultó la realización de las entrevistas. Sin embargo, al final, fue posible obtener el número de entrevistas planeado y se logró abarcar visiones de los diferentes espectros de la industria de la fertilidad.

⁶ En el Informe de Gestión hay un listado con la descripción de todos los actores entrevistados

Presentación de los Resultados

A continuación, serán presentados los resultados de la investigación relacionados a los objetivos propuestos

Objetivo específico 1: Identificar los actores sociales presentes en el campo de la gestación por sustitución en Colombia, tanto nacionales como internacionales.

Esta sección presenta los actores que se encuentran en el campo de la gestación subrogada en Colombia.

Clínicas de reproducción asistida

Uno de los principales actores en el ámbito de la gestación subrogada en Colombia son las clínicas de reproducción humana asistida.

Colombia cuenta con aproximadamente 35 clínicas de reproducción asistida que ofrecen diversos tratamientos. Las clínicas están concentradas en Bogotá y Medellín, con poca presencia en otras ciudades como Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga e Ibagué. Colombia también cuenta con 40 Bancos de Gametos y Embriones⁷ certificados por el Invima⁸.

Entre los principales procedimientos ofrecidos se encuentran la inseminación artificial, la fertilización in vitro (FIV) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Además, las clínicas colombianas ofrecen tratamientos que involucran la donación de gametos masculinos y femeninos, la congelación de óvulos y la gestación subrogada. No hay información clara sobre cuántas clínicas ofrecen la práctica de la gestación subrogada. De las que declaran en sus sitios web que realizan la práctica, tenemos alrededor de 10 clínicas, pero este número puede no ser exacto.

Cabe destacar a la Asociación Colombiana de Centros de Reproducción Humana (ACCER), que es la asociación que agrupa a las principales clínicas de Colombia y actúa como entidad orientadora/organizadora para el sector de la reproducción humana y también como una especie de entidad consultiva para el gobierno en temas relacionados con la reproducción asistida.

Fue ACCER quien desarrolló el “Manual de Recomendaciones para Gestación Subrogada Uterina” que es el documento de referencia que siguen las clínicas a la hora de realizar este proceso. Además, esta asociación fue una de las entidades consultadas en la elaboración del Proyecto de Ley liderado por el Ministerio de Justicia y Salud en respuesta a la recomendación de la Corte Constitucional de Colombia (2023).

⁷El Decreto 1546 de 1998 de Colombia regula aspectos relacionados con la obtención, donación, conservación, almacenamiento y trasplante de componentes anatómicos.

⁸ Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Una característica importante del sector salud de Colombia es que se ha venido posicionando como un destino de turismo médico en diferentes ámbitos⁹. Hay esfuerzos por parte del gobierno, de las asociaciones clínicas y promoción comercial para que Colombia se consolide como un referente en turismo médico también en el sector de reproducción asistida.

Según datos de ProColombia¹⁰, Colombia tuvo un crecimiento del 12% en turismo de salud en 2023, y el país se ha posicionado como un destino líder en procedimientos como cardiología, cirugía estética y fertilidad.

Los elementos destacados para la popularidad de Colombia como destino de turismo médico incluyen factores como la elevada calidad de los servicios médicos, con clínicas equipadas con tecnología de punta y profesionales altamente capacitados, y los costos de los tratamientos en Colombia, que son considerablemente más bajos en comparación con otros países como por ejemplo los Estados Unidos¹¹.

Entendemos que, al estar Colombia ya conectada al circuito médico internacional y contar con una amplia gama de servicios de salud para clientes extranjeros, se facilita su inserción en las cadenas globales de fertilidad, siendo un desarrollo natural del mercado al comprenderla demanda por la gestación subrogada y movilizar recursos para atenderla.¹²

Agencias de gestación subrogada

Una agencia de gestación subrogada es una organización que conecta a personas que desean tener un hijo mediante gestación subrogada con mujeres que ofrecen sus servicios como gestantes subrogadas, ofreciendo apoyo a las partes durante todo el proceso de gestación subrogada.

Su trabajo incluye la selección de posibles gestantes, incluida la evaluación de su salud y aptitud psicológica, la combinación o “match” entre familias de intención (F.I) y gestantes, en función de las preferencias y necesidades de los involucrados. También median en contratos legales, lo que incluye la redacción y ejecución de contratos que definen los derechos y responsabilidades de todas las partes involucradas. Además de coordinar la atención médica y el apoyo psicológico necesario tanto para la gestante como para los padres de intención durante todo el embarazo. Es decir, las agencias de gestación subrogada en la práctica se encargan de todos los trámites necesarios para una familia que desea tener un hijo mediante gestación subrogada.

⁹<https://www.portafolio.co/negocios/industrias/colombia-es-un-referente-en-turismo-de-salud-de-que-paises-vienen-610940> (27 de septiembre de 2024)

¹⁰ <https://colombiaturismodesalud.com/estadisticas-sectoriales/turismo-de-salud-en-colombia/> (18 de octubre)

¹¹ <https://www.magazine.medicaltourism.com/article/subrogacion-y-sensibilidad-cultural-en-colombia-respetando-las-costumbres-locales> (8 de octubre de 2024)

¹² <https://www.elespectador.com/turismo/de-donde-proviene-los-viajeros-que-llegan-a-colombia-por-turismo-de-salud/> (18 de octubre)

Colombia es presentada por organismos internacionales como un país que cuenta con una legislación flexible, precios relativamente bajos y una cultura no discriminatoria para las familias que buscan la gestación subrogada.

Cada agencia define el público que considera más adecuado a la situación jurídica del país. Por ejemplo, una de las agencias que opera en Brasil señala a Colombia como destino preferido para padres solteros o parejas masculinas, ya que la gestación subrogada para parejas heterosexuales requiere que se lleve a cabo un motivo médico documentado y que el nombre de la gestante aparezca en el certificado de nacimiento del niño. Otras agencias indican el país para todas las situaciones, ya que también depende de las leyes de filiación del país de origen de la familia si el arreglo legal hecho en Colombia se adapta a las necesidades de los padres de intención. El papel de las agencias es precisamente adaptarse a las necesidades de los clientes.

Luego de la flexibilidad en la legislación, la capacidad médica instalada y el bajo costo de los servicios, incluidos los hospitalarios (con el uso de la EPS de la gestante), se destacan con fuerza al ofrecer a Colombia como destino de gestación subrogada. Si consideramos solo el monto pagado a la mujer embarazada, el monto en Estados Unidos puede llegar a 50 a 60 mil dólares. En Colombia el monto que se paga a las gestantes ronda los 10 mil dólares, en otros países de América Latina, como México y Argentina, el monto ronda los 20 mil dólares.

Los precios del servicio que prestan las agencias varían según las necesidades de los padres (si ya existe un embrión, si se necesitará de donación de gametos para la creación de embriones, si la familia podrá viajar para recoger su material genético o si necesitarán un transporte especializado, y varias soluciones posibles) y de los planes contratados.

Los mensajes sobre **la realización del sueño** de formar una familia, abundan en sus páginas, al igual que las imágenes de felicidad. Las agencias muestran en sus redes sociales fotografías de encuentros entre parejas que tuvieron a sus bebés en Colombia, del transporte de embriones y gametos, de gestantes felices con sus hijos a camino de la realización de exámenes, del equipo médico al momento de realizar la transferencia de embriones, y incluso de un bebé con pasaporte colombiano. El clima de felicidad es constantemente retratado y asociado al proceso de gestación subrogada.

La realización de este “sueño” se puede lograr de diferentes maneras con la ayuda de agencias, que pueden elegir y ejecutar diferentes combinaciones posibles para entregar un bebé a las familias de intención (F.I). La agencia puede conectar a las familias con una clínica de reproducción asistida para realizar todo el proceso y el acompañamiento, o puede fragmentar el proceso entre múltiples proveedores de servicios.

En declaraciones tomadas a una embrióloga que trabaja en una clínica de reproducción asistida, nos contó que después de la guerra en Ucrania, las agencias internacionales comenzaron a llegar

con todo listo para la implantación (con el embrión y la gestante), haciendo que la clínica realizara sólo el servicio puntual de implantar el embrión y sin seguir el proceso GS de principio a fin.

Tomemos como ejemplo la Agencia X.

La Agencia X estaba reclutando mujeres colombianas que querían ser subrogadas en sus páginas de Facebook. La Agencia X atiende predominantemente a familias europeas y trabaja con clínicas ubicadas en Chipre. Así, las familias se dirigen a este país para preparar sus embriones. El objetivo inicial era que mujeres colombianas viajaran a Chipre para la implantación de embriones. Sin embargo, debido a problemas con el seguro médico, este plan no salió adelante. Comenzaron a transportar los embriones desde Chipre a Colombia e implantarlos aquí en el país en el útero de mujeres colombianas. Así, tenemos familias de toda Europa que se trasladan a Chipre y crean allí sus embriones. Estos embriones pueden crearse con gametos donados de otros países o simplemente de la propia familia. Una vez creado el embrión, este es transportado a través de una empresa especializada en transportar material genético a Colombia. En Colombia, el embrión se implanta en una mujer que será la gestante del bebé, hasta que la familia europea llegue al país para recibirlo al nacer. Este bebé tendrá nacionalidad colombiana hasta que salga del país. Una vez que salga, se inicia el procedimiento de impugnación de derechos maternos, para que se retire el nombre de la mujer que gestó y, en consecuencia, se retire también la nacionalidad colombiana de este bebé. Este proceso legal es realizado por firmas de abogados colombianas contratadas por la agencia.

En este ejemplo se identifican varios proveedores de servicios y procesos con los que debe lidiar la agencia. En definitiva, su función es gestionar todos los elementos que intervienen en el proceso de un embarazo subrogado, desde **antes de** la concepción hasta la llegada del bebé en casa.

Fundaciones de apoyo a gestantes y donantes

Se trata de un actor inusual que hasta el momento sólo fue identificado en Colombia. Son organizaciones sin fines de lucro cuyo objetivo es apoyar a las mujeres en el proceso de GS, garantizando sus derechos durante todo el proceso. También fue encontrada una fundación especializada en donación de óvulos. Los profesionales que integran estas ONG son psicólogos, ginecólogos y trabajadores sociales.

En sus redes sociales muestran fotografías de eventos de distribución de mercados y fiestas para los hijos de las gestantes. El mensaje que transmiten es la importancia del trabajo de la “portadora gestacional”, hablan de cómo la fundación cuida a sus gestantes, resaltan el papel de la salud mental de las mujeres y comparten información sobre cómo convertirse en GS. El lenguaje altruista es fuertemente utilizado.

En la práctica, estas fundaciones actúan como agencias de gestación subrogada, especializándose en proveer el servicio de las mujeres para la gestación. Se observa que existen alianzas entre estas fundaciones y clínicas de reproducción asistida.

Cabe destacar que dos de estas fundaciones (una enfocada a gestantes y la otra a la donación de óvulos) tienen su sede en la dirección exacta de una de las clínicas de gestación subrogada más grandes de Colombia.

Esta situación da a entender que la clínica contrata los servicios de estas mujeres a través de fundaciones, las cuales al no tener fines de lucro pueden operar en este vacío legal colombiano, es decir, pueden remunerar a la mujer a través de elementos que se configuran como “donaciones” o compensaciones.

Una de las gestantes entrevistadas contó que fue contratada a través de una de estas agencias y confirmó este modelo de funcionamiento. Relató que la función de la fundación era pagar la remuneración del proceso de GS. Por lo tanto, no tenía contrato con la clínica sino con la fundación, que al ser sin fines de lucro le pagaba mediante un modelo de donación a través de bonos y compensaciones.

Se intentó contacto con algunas de estas fundaciones, sin embargo, ninguna estuvo dispuesta a conceder entrevista.

Empresas de transporte de material genético

Se trata de empresas especializadas en el transporte de material genético (gametos y embriones) y son fundamentales para el funcionamiento del mercado de gestación subrogada.

Los avances recientes en las tecnologías de congelación y vitrificación han permitido fragmentar el proceso de reproducción humana. Así, por ejemplo, si antes un embrión se creaba en fresco, ahora ya se puede crear con material recolectado y congelado en otro lugar y en otro momento. Lo mismo con los embriones. Se congelan y transportan, y su implementación puede tardar años.

Generalmente utilizan una modalidad en la que el material viaja como equipaje acompañado y las empresas cuentan con autorizaciones de IATA (International Air Transport Association) para dicho transporte. Según uno de los entrevistados de una de estas empresas, el transporte suele realizarse sin mayores impedimentos en los controles aeroportuarios, dependiendo más de las restricciones de las aerolíneas que de los propios organismos de control fronterizo.

En las redes sociales de estas empresas se publican fotografías de transporte en diferentes países. Ya se han publicado imágenes de material que sale (gametos) y que llega (principalmente embriones) a Colombia. El trabajo de campo indicó es que el transporte más recurrente es traer embriones ya preparados a Colombia, cuyos orígenes son los más diversos: países de América

Latina, Europa y Asia. En los casos en que los embriones se crean en Colombia, por lo general se utilizan óvulos de mujeres colombianas y no se traen óvulos del exterior.

Sin embargo, según información oficial del INVIMA, dicho transporte no está permitido (como se muestra en esta imagen tomada de su sitio web ¹³).

¿Se puede ingresar gametos femeninos o masculinos provenientes de donantes de otros países al territorio colombiano con el fin de realizar tratamientos de fertilidad?

En la actualidad mediante radicado No. 201624001117381 de fecha 21/06/2016, el Ministerio de Salud y Protección Social, indicó que teniendo en cuenta el ordenamiento jurídico de Colombia, es decir las leyes, decretos y resoluciones expedidas sobre procedimientos de reproducción asistida; así como, las recomendaciones emitidas por Organizaciones Supranacionales de las cuales el país hace parte como miembro o signatario, no es procedente autorizar el ingreso o salida de pre embriones o embriones humanos o la salida de óvulos del territorio nacional para la realización de procedimientos de reproducción asistida.

Se observa que las empresas de transporte especializado actúan de la misma manera que otros actores del ramo GS en Colombia, en los vacíos y lagunas regulatorias.

Familias de intención

Las personas que quieren ser padres por GS se denominan familias de intención (F.I). Lo que llama la atención de estas familias que vienen a Colombia a realizar el proceso de GS es que hay perfiles de lo más diversos: parejas heterosexuales, parejas homosexuales, hombres y mujeres solteros.

El trabajo de campo mostró que las familias también eran diversas en términos de nacionalidad, con énfasis en europeos, latinoamericanos residentes en Estados Unidos y asiáticos. La elección de Colombia estuvo motivada por varios factores, como el costo más asequible en comparación con otros países, la facilidad de comunicación para los hispanohablantes y la cultura acogedora del país. Además, la flexibilidad en los trámites del registro civil, con la facilidad de autorizar la salida del niño del país debido a que el nombre de la gestante aparece temporalmente en los documentos del niño, fue un factor decisivo para algunas parejas.

Otra flexibilidad que permite la legislación colombiana es la realización del PGT (Test Genético Preimplantacional ¹⁴), y la elección del sexo del embrión a ser implantado, práctica prohibida en algunos países.

¹³<https://www.invima.gov.co/productos-vigilados/dispositivos-medicos/componentes-anatomicos> (12 de octubre de 2024)

¹⁴Es un examen realizado a embriones producidos en un laboratorio, durante un proceso de fertilización in vitro (FIV), con el objetivo de identificar cambios genéticos o cromosómicos antes de transferir el embrión al útero de la madre.

El trabajo de campo reveló dinámicas complejas en las relaciones entre las familias de Intención y las gestantes. La forma en que se establecen estas relaciones está influenciada por varios factores, incluido el modelo de agencia elegido y las diferencias culturales. Mientras que algunas familias buscan una relación personal y cercana con la futura madre, otras prefieren un enfoque más distanciado emocionalmente. Las gestantes también demuestran expectativas diferentes, algunas buscan un vínculo más personal con la Familia de Intención y otras priorizan el aspecto comercial de la relación. Las familias europeas, por ejemplo, tendieron a establecer relaciones más estrechas y cálidas con las gestantes, mientras que las familias asiáticas tuvieron una postura más formal y distante.

Algunas clínicas han apostado por un modelo de mediación en la comunicación entre familias y gestantes para evitar conflictos y garantizar el bienestar de ambas partes. En un relato recogido en campo, el gerente de una clínica dijo que el modelo de mediación que siguieron había surgido después de experiencias negativas, como la sobrecarga de expectativas familiares para las gestantes (con llamadas constantes y exigencias de comportamiento) o incluso la falta de interés de algunas familias por el estado de la mujer, más allá de la salud del bebé. Las gestantes, por su parte, terminaron presentando exigencias variadas a las familias fuera de lo previamente pactado, o, por lo contrario, no quisieron comunicarse con la familia.

Lo que fue constatado en campo es que Colombia es un destino interesante para familias de intención, principalmente por su flexibilidad en la regulación y luego por los bajos costos de GS.

Abogados especializados

Las firmas de abogados son actores esenciales para que la gestación subrogada sea una realidad en Colombia, especialmente para las familias de interés. Trabajan en la redacción del contrato entre las partes (embarazadas, familias y clínicas), y elaboran documentos como: contrato de gestación subrogada, contrato de servicios médicos, consentimientos médicos, inscripción de nacimiento y nacionalidad del bebé, renuncia de derechos parentales de la madre subrogada. En teoría, estos son los profesionales que garantizan que los procesos se lleven a cabo dentro de los parámetros señalados por la Corte Constitucional Colombiana.

El trabajo de campo identificó que existen empresas de abogados, así como abogados independientes, que actúan como tipo de agencias de subrogación. Muchas mujeres en los foros on-line y dos entrevistadas relataron que llevaron a cabo el proceso de GS a través de abogados, quienes las conectaron con las familias y el médico para la implantación del embrión.

Referidoras

Se trata de mujeres que han pasado por el proceso de GS, actúan como reclutadoras de potenciales gestantes y se autodenominan “referidoras”. Algunas trabajan para agencias de gestación subrogada, para clínicas y otras trabajan por cuenta propia.

El conocimiento especializado y la experiencia que adquirieron en el proceso de su propia GS se convierte en un activo importante en el mercado de captación de futuras subrogadas. El hecho de haber pasado por el proceso es un diferenciador tanto para la captación de potenciales gestantes, ya que posibilita hablar con alguien que ha pasado por la experiencia y aclarar todas las dudas, como para las clínicas, ya que suponen un “caso de éxito” para mostrar a las familias y a las futuras gestantes.

Por lo general, tienen perfiles en redes sociales donde buscan mujeres que quieran trabajar como gestantes y ganar una comisión si su indicación es exitosa. Trabajan en foros de redes sociales orientando a las interesadas, respondiendo dudas y explicando los pasos necesarios para el proceso de subrogación.

Algunas de estas referidoras se convirtieron en emprendedoras del sector actuando como agenciadoras de mujeres que quieren ser gestantes. No se configuran como agencias de subrogación ya que estas últimas se ocupan de prácticamente todos los aspectos de la subrogación. Trabajan como una especie de agencia especializada en el trabajo de gestantes.

El trabajo de campo mostró la importancia de las referencias personales para ingresar al mercado, ya que la mayoría de las gestantes llegaron a GS por recomendación de alguien conocido que había realizado el proceso. Estas indicaciones funcionan como un facilitador de entrada en el campo tanto para las mujeres como para las agencias/ clínicas /familias.

Médicos independientes

Son ginecólogos que trabajan en sus consultorios particulares. Pueden realizar varias etapas del trabajo necesario para un proceso GS. Por lo general, brindan servicios de GS en conjunto con despachos de abogados, abogados independientes o agencias.

Gestantes

Las gestantes son parte fundamental en este proceso y serán abordadas en la sección específica sobre su experiencia

Donantes de gametos

El trabajo de campo indicó que la mayoría de las GS realizadas en Colombia que requieren óvulos de terceros para crear el embrión utilizan óvulos de donantes colombianas.

Así, las donantes de gametos aparecen como actores esenciales en el proceso, y, sin embargo, son prácticamente invisibles.

É importante apuntar que El Decreto 1546 de 1998 establece una clara prohibición sobre cualquier forma de pago a los donantes, enfatizando que las donaciones deben ser voluntarias y altruistas, mientras que se permiten reembolsos por gastos relacionados con el proceso. A pesar de esto, como constatado en diferentes aspectos de GS en Colombia, hay un mercado de facto alrededor de la donación.

En la práctica, las mujeres donantes con los perfiles fenotípicos más deseados reciben una mayor remuneración/compensación, perfil que es el de mujeres rubias, de ojos claros y jóvenes. El monto pagado va desde COP\$ 2.000.000 para los perfiles menos deseados hasta COP\$ 7.000.000 para los más buscados.

A continuación, algunos anuncios obtenidos de foros de Facebook donde se ofrecen y buscan donantes con perfiles específicos.

CHICAS QUE QUIERAN PARTICIPAR COMO DONANTES DE OVULOS EN BOGOTA Y MEDELLIN QUE CUMPLAN CON EL PERFIL REQUERIDO ; PUEDEN SER EXTRANJERAS CON PERMISO DE PERMANENCIA



Mujeres bonitas de rostro, importante se reciben mujeres sin hijos pero sexualmente activas



Una buena salud física y mental.



No enfermedades de trasmision sexual



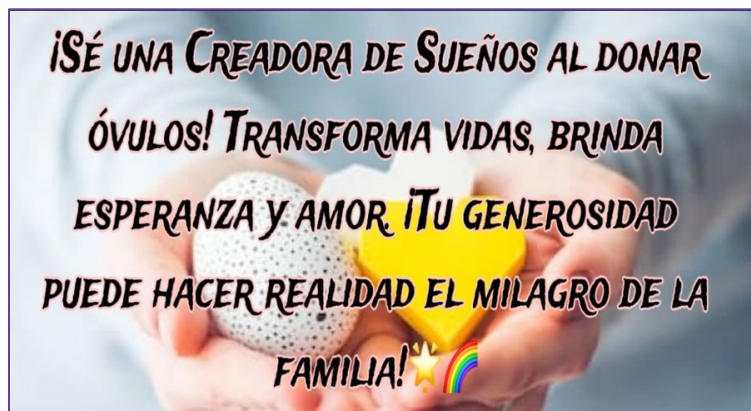
Ausencia de malformaciones, infecciones y/o enfermedades genéticas hereditarias. No ser adoptada, ya que es imprescindible conocer los antecedentes médicos de los familiares cercanos. No haber dado a luz a más de 6 hijos.



Normalidad del aparato reproductor, No enfermedades de trasmision sexual



tener entre 18 a 31 años, imc entre 18 a 30 altura min 155



Participante anónimo

6 de abril · 🌐

...

**Hola alquilo mi vientre y
vendo ovulos**

En los anuncios anteriores se puede ver que también se utiliza un lenguaje altruista para atraer interesados, como en el caso de las gestantes, pero se exigen otros criterios como la altura y la necesidad de ser **“bonita de rostro”**.

En Colombia las donaciones de gametos son anónimas, sin embargo, sería de extrema importancia que existiera un registro nacional de donantes para controlar la utilización y el flujo de este material genético. No se sabe, por ejemplo, cuántas veces y cuantas personas utilizan el material de un donante. Tampoco se sabe si una persona dona su material genético en diferentes clínicas.

Igualmente, la situación de anonimato del donante puede tener consecuencias futuras para los niños nacidos de esta donación. Actualmente existe un movimiento global de personas que buscan sus orígenes genéticos y el anonimato se está rompiendo en varios países.

Estudios recientes han demostrado que algunas mujeres donantes de óvulos desarrollan problemas de salud (como el síndrome de hiperestimulación ovárica) como resultado de las prácticas necesarias para extraer los óvulos. Un registro nacional permitiría realizar un seguimiento de estas mujeres y verificar las consecuencias a largo plazo que la donación de óvulos pueda tener (MACHIN et al, 2023).

Gobierno colombiano

Finalmente, señalamos al Gobierno colombiano como uno de los actores principales e imprescindibles en la práctica del GS. El mercado de GS depende de la legislación local o de su ausencia para existir, y la situación de vacío legal en el estado colombiano con relación al tema favorece la actual expansión del mercado.

La recomendación de la Corte Constitucional de Colombia de que la GS se realice de manera altruista indica que sólo las gestantes no pueden exigir remuneración, sin embargo, todos los demás actores pueden ser remunerados por los servicios prestados.

La misma lógica se aplica en relación con la donación de gametos, los donantes de gametos no pueden recibir remuneración, pero las clínicas acaban cobrando a sus clientes por el uso de este material genético.

De acuerdo a lo presentado en el concepto de Cadena Global de Fertilidad, la falta de regulación por parte de los estados nacionales es uno de los elementos fundamentales en el crecimiento de este mercado. Y Colombia, al no legislar, pero al mismo tiempo enumerar reglas en donde la única que no puede ser remunerada es la gestante, crea un terreno fértil para la expansión de la práctica a costa del trabajo femenino.

Objetivo específico 2: Comprender las relaciones entre los diferentes actores sociales en el campo de la gestación por sustitución en Colombia.

Habiendo sido presentados a los actores del ámbito de la gestación subrogada en Colombia, pensamos que una forma de entender las relaciones que desarrollan entre ellos es observando las etapas que atraviesan las familias y las gestantes a la hora de decidirse por la gestación subrogada.

Aquí se hace necesario una aclaración. Los recorridos de las familias de intención y de las gestantes que eligen la gestación subrogada son muy diversos y difíciles de generalizar. Nuestro esfuerzo es intentar rastrear los puntos por los que pasan casi todos ellos.

Veamos la siguiente tabla con los pasos que siguen las familias y las gestantes en GS.

Trayectoria familiar	La trayectoria de la mujer embarazada.
Identificación del problema/impedimento para gestar un hijo	Conocimiento sobre GS
Búsqueda de información	Búsqueda de información
Decisión de subrogación	Decisión de convertirse en gestante subrogada
Elección del operador (agencia, clínica, directamente con GS)	Elección del operador (agencia, clínica, fundación, referidora, directamente con las familias)
Elección del donante de gametos (si es necesario)	Realización de exámenes físicos.
Preparación de embriones	Preparación corporal para recibir el embrión.
Match con la gestante	Match con familias
Intentos de implantación de embrión	Intentos de implantación de embrión
Acompañamiento de la gestación	Gestación
Nacimiento del bebe	Nacimiento del bebe
Trámites de documentación para el registro del niño.	Abdicación oficial de los derechos de maternidad.

Salida del bebe hacia su país de residencia	Finalización del proceso con recepción de la compensación económica final
---	---

* En azul están las etapas que comparten familia y gestante.

Se observa que las etapas que atraviesan las gestantes y las familias son similares. Y en cada etapa se desarrollan una serie de relaciones entre los actores presentados en la sección anterior.

Tomemos la trayectoria de la familia como ejemplo ¹⁵.

En familias heterosexuales, la GS suele aparecer como “la última opción” tras problemas de infertilidad y tras varios tratamientos fallidos. En este punto, probablemente ya tengan relación con la clínica de reproducción asistida de su país y es posible que ya hayan pasado por la etapa de creación de embriones.

Tratándose de familias homoafectivas y personas solteras, estas pueden decidir someterse a GS sin haber acudido previamente a clínicas de reproducción asistida, ya que el problema no es infertilidad, sino la falta de alguno de los gametos y/o útero para gestar. Lo que las llevará a una clínica de reproducción asistida para crear su embrión. Dependiendo del caso específico, la clínica puede estar o no en su país de origen. Lo que nos ha demostrado el trabajo de campo es que cuando se necesita una donante de óvulos, el embrión se crea en clínicas colombianas.

Las familias que optan por la gestación subrogada internacional generalmente lo hacen porque la práctica está prohibida en sus países de origen. En Brasil, por ejemplo, la práctica está permitida de forma altruista e intrafamiliar. La mujer embarazada debe ser pariente dentro del cuarto grado de la pareja, es decir, pueden actuar como gestantes las madres, hermanas, primas y sobrinas de la pareja. Esta restricción ha llevado a muchas familias brasileñas a buscar GS en Colombia y Argentina, y las más ricas, en Estados Unidos. Durante el trabajo de campo conocimos la situación de dos familias brasileñas. Uno de ellos había creado el embrión en Brasil y lo había transportado a Colombia, el otro había creado el embrión en Colombia con una donante colombiana.

La decisión sobre la elección del operador ya sea la clínica de reproducción asistida, agencia o directamente con la gestante, es uno de los elementos definidores de cómo se desarrollará el proceso y la relación entre los actores.

Si eligen una agencia, ésta coordinará todos los elementos necesarios para que la familia alcance su sueño de tener un bebé en casa. Y este trabajo implica mucha intermediación entre la agencia y diferentes actores para garantizar los intereses de su cliente, la familia. En la práctica, algunas clínicas también actúan como agencias, ya que ofrecen servicios no médicos, como asesoramiento jurídico y alojamiento para familias, por ejemplo.

¹⁵Usaremos el ejemplo de un GS internacional ya que esta es la mayoría de los casos en Colombia.

Un profesional de una agencia de gestación subrogada entrevistado dijo que ve grandes diferencias en las relaciones de poder entre las gestantes y las familias al comparar a las mujeres estadounidenses con las latinas. Para él, en Estados Unidos el cliente es la mujer embarazada y ella es a quien hay que complacer y tiene primacía en la toma de decisiones. En la dinámica de América Latina, dice que el cliente es la familia, y ellos son quienes dirigen el rumbo de la gestación.

La gestante que opta por realizar el trámite con una agencia especializada en gestantes o fundaciones, en teoría, cuenta con profesionales que la ayudan a mediar en las relaciones con las familias y las clínicas.

Lo que llama la atención es que cuanto mayor parece ser la estructura y los actores involucrados, mayor es la protección para las gestantes. Es decir, si la gestante realiza GS a través de clínicas (que cuentan con procedimientos y buenas prácticas establecidos), agencias con experiencia en la redacción de contratos y que pueden anticipar los principales problemas, y cuenta con asesoría jurídica competente, la probabilidad de resultar perjudicado es menor, en comparación a si realiza el trámite únicamente con un abogado o directamente con la familia. Las entrevistadas que habían realizado GS a través de agencias o clínicas informaron tener muy claros sus derechos y obligaciones y sentirse seguras con el proceso.

Relaciones de poder entre los actores.

El bebé es el actor central en el proceso integral de gestación subrogada, sin embargo, durante la etapa de embarazo, la gestante es la protagonista como portadora del bien máspreciado. Al mismo tiempo que están muy bien “cuidadas”, también son sometidas a vigilancia, ya que en la clínica están constantemente observadas y, en todo momento, tienen que tratar con médicos, enfermeras y psicólogos. Esta situación puede entenderse como cuidado o control, según el punto de vista de la gestante.

Durante el embarazo se producen discretas disputas de poder sobre los rumbos de la gestación. En general, cuando los contratos se realizan a través de clínicas o agencias con experiencia, casi todas las situaciones potencialmente conflictivas están previstas y ya se sabe quién tiene el poder de decidir. Sin embargo, existen matices dependiendo de las situaciones que se presenten.

Los relatos de las gestantes entrevistadas muestran que las clínicas y agencias buscan que los deseos de los padres siempre prevalezcan. Una de las gestantes entrevistadas dijo que la clínica con la que realizó su proceso tenía un discurso de “tu cuerpo, tus reglas” pero presionaba mucho para que se cumplieran los deseos de los padres. Profesionales que trabajan en esta intermediación entre familias y gestantes cuentan casos en los que la familia fue manipulada por la gestante, y casos en los que la familia exigió demasiado a la mujer embarazada.

Sin embargo, mientras el bebé está en el vientre de la mujer, por mucho que la familia quiera imponer las reglas, es la mujer embarazada la que tiene la ventaja de poder. Al menos en este

momento, la asimetría entre familias y gestantes, tan mencionada en el debate público, no parece ser tan desigual para lado de la familia como se cree.

Ahora, una vez que el bebé nace y se convierte en el gran protagonista, la gestante pasa a un segundo plano y, dependiendo del contrato y la seriedad de los actores con los que decidió asociarse, podría resultar perjudicada.

Una de las gestantes relató que su amiga sufrió una rotura de útero y como el bebé no sobrevivió, no recibió la indemnización final. Además de perder su útero, no recibió remuneración por su esfuerzo a pesar que lo ocurrido fue por causas ajenas a su voluntad.

Por esto es tan importante la regulación de la GS en Colombia, ya que no hay forma que las mujeres exijan nada a la familia/ clínica /agencia después del nacimiento del bebé, ya que oficialmente el proceso debe ser voluntario y altruista.

Además de su ausencia regulatoria en el escenario de GS, el gobierno colombiano también aparece como un patrocinador indirecto de GS internacionales a través de los subsidios que transfiere a las EPS¹⁶.

Lo que el trabajo de campo mostró es que en la mayoría de los casos (con algunas excepciones de clínicas) la EPS de la mujer embarazada se utiliza durante el embarazo y en el momento del nacimiento del bebé para reducir los costos médicos. En algunos casos, se afilia la mujer embarazada a una compañía de seguro médico prepago¹⁷, y en raras excepciones, la atención médica es completamente privada. Pero en la mayoría de los casos se utiliza la EPS de las gestantes. Por ejemplo, si el bebé nace con un problema de salud, los costos están cubiertos al 100% por la EPS. En otros países como Estados Unidos este costo es completamente privado (lo que encarece bastante todo el proceso en ese país).

Así, el gobierno colombiano está subsidiando indirectamente estos embarazos de familias extranjeras, a través del uso de la EPS, garantizando cobertura médica completa a los bebés (que nacen como ciudadanos colombianos y dejan de serlo posteriormente) y pagando licencias de maternidad a las gestantes.¹⁸

Algunas de las gestantes entrevistadas dijeron que necesitaban someterse a dos controles prenatales. Uno en su EPS y otro en la clínica donde realizaron la gestación subrogada. Una de las embarazadas relató que estaba registrada en el SISBEN¹⁹, por lo que afirmó que no podía decir que

¹⁶ Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son entidades responsables de la afiliación y registro de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud

¹⁷ La medicina prepagada en Colombia es un sistema de atención médica privado que permite a las personas acceder a servicios y tratamientos médicos mediante el pago de una tarifa mensual o anual

¹⁸ La licencia de maternidad en Colombia es un descanso remunerado de 18 semanas para las madres que tienen un hijo, y de 20 semanas para las que tienen un embarazo múltiple y es pagada por la Entidad Promotora de Salud (EPS).

¹⁹ Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

sus exámenes los realizó de forma privada o perdería otros subsidios que recibía. Otra entrevistada dice que la F.I extranjera pidió que se realizara un examen específico, el cual la EPS no había autorizado por considerarlo innecesario, y en lugar de realizarlo de manera privada, emprendieron acciones legales ante la EPS y lograron que esta pagara para el examen.

Si simplificáramos, los protagonistas de GS serían la familia de intención, la gestante, la clínica y la agencia de gestación subrogada (incluidos aquí los diferentes modelos), los actores secundarios serían los donantes y los bufetes de abogados, y como escenario tendríamos la (no) regulación del estado colombiano. Todos interactúan para lograr el objetivo final, que es un bebé. Se entiende que la voluntad de los padres debe prevalecer durante todo el proceso, a excepción del período de gestación, en el que la gestante pasa a ser protagonista.

Objetivo específico 3: Identificar la dirección de los Flujos de personas, procesos y material genético entre Colombia y otros países.

Como se mencionó anteriormente, no existen datos públicos sobre el transporte transfronterizo de material genético, ni sobre los bebés nacidos por GS. Los datos aquí presentados se obtuvieron a través de entrevistas y observaciones de información pública de agencias de gestación subrogada, empresas transportadoras de material genético, clínicas de reproducción asistida y perfiles de familias de intención.

Lo que fue posible observar es que Colombia es proveedor de servicios médicos especializados en reproducción asistida, de gestantes y de donantes de óvulos para la realización del proceso de gestación subrogada.

Los diversos servicios médicos en el área de fertilidad, además de GS, se brindan a familias de América Latina y América del Norte, principalmente a familias latinas que viven en los Estados Unidos.

El servicio de gestación subrogada es brindado por mujeres colombianas a familias de diferentes partes del mundo. En Europa, los países más citados fueron España, Francia, Suiza y Suecia (las clínicas dicen Europa en general y no especifican países). En Asia se mencionaron China y Corea del Sur. En América del Norte se mencionaron Canadá y Estados Unidos. Y en América del Sur encontramos casos de bebés gestados para familias brasileñas y argentinas.

Muchas de estas gestaciones se realizaron a partir de un embrión creado con óvulos de donantes colombianas, por lo que Colombia es proveedor de óvulos de muchas de las familias extranjeras que realizan GS en el país.

Respecto al flujo de entrada de material genético, identificamos la entrada de embriones y gametos. Los embriones identificados procedieron de los siguientes países: Estados Unidos, Canadá, Brasil,

Chipre, España y Francia. Sin embargo, informes de profesionales de la clínica dicen que llegan de varios países europeos.

No hay información precisa sobre los gametos que ingresan, si son masculinos o femeninos, sin embargo, la dinámica descubierta en el trabajo de campo nos lleva a creer que son más gametos masculinos, ya que las familias que tienen sus propios óvulos, crean sus embriones y los transportan ya listos, mientras que las familias que no tienen óvulos, utilizan una donante colombiana y los crean aquí, con su material genético (semen) también recolectado en el país.

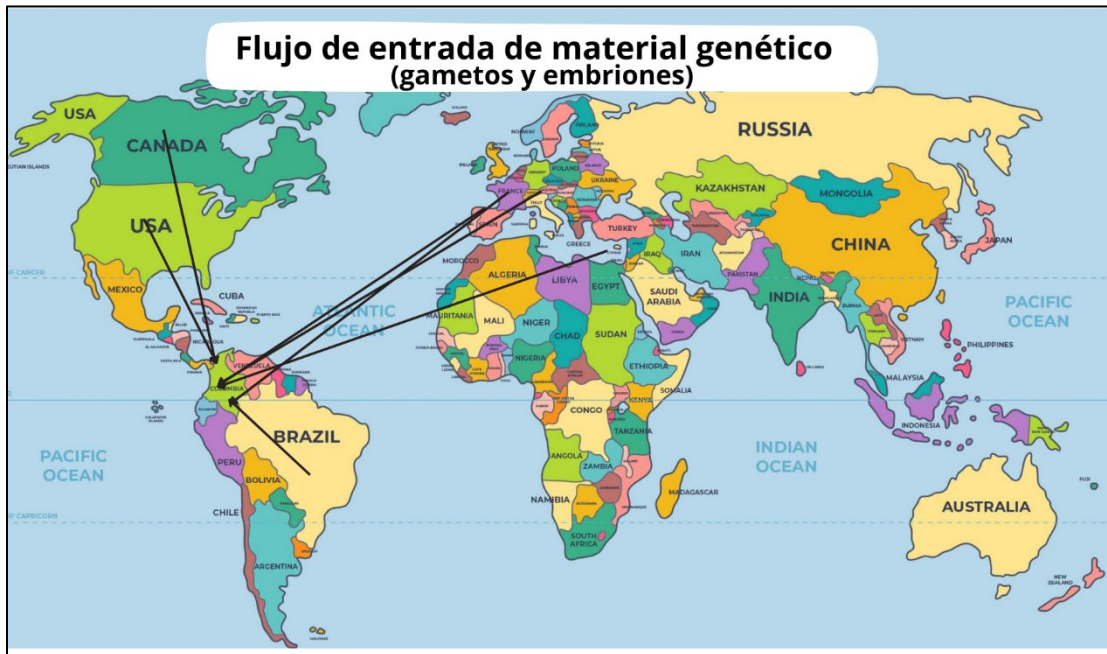
Como se dijo, esta es la información posible de extraer de las fuentes citadas, sin embargo, sería de gran importancia realizar estudios cualitativos y cuantitativos.

Con relación al flujo de personas, hay familias que vienen a realizar el trámite de GS y cruzan fronteras como turistas, para posteriormente regresar a sus países de origen llevando sus bebés.

Actualmente, esta salida de Colombia ha sido objeto de cuestionamientos legales (sin conclusiones) porque el bebé está registrado con el nombre de la gestante y del padre (con vínculo genético), por lo tanto, tiene nacionalidad colombiana. La gestante autoriza entonces la salida del bebé del país, siendo legalmente su hijo en ese momento. Sin embargo, luego de salir de Colombia, los derechos maternos son impugnados, y el bebé deja de ser hijo de la gestante y pierde su nacionalidad colombiana. En la práctica, significa que una mujer que no es la madre autoriza la salida del territorio nacional de un bebé colombiano que no es su hijo. Algunos juristas sostienen que esta situación (i)legal puede incluirse en la definición de “trata de niños”, sin embargo, este modelo de salida es presentado por muchas agencias como una razón facilitadora para realizar GS en Colombia.

Finalmente, un flujo identificado y con poquísima información es el flujo de profesionales de la reproducción asistida. Se observa que existe un intercambio de profesionales altamente especializados entre diferentes países, ya sea para trabajar en la práctica clínica o para actividades de capacitación. Esta sería un dato importante de conocer para comprender las dinámicas de las alianzas que se establecen entre diferentes países en el sector de reproducción asistida con profesionales de Colombia, que a su vez generan nuevos flujos de entrada y salida de personas y material genético.

A continuación, presentamos dos imágenes ilustrativas de los flujos identificados.



Se observa en las imágenes que Colombia tiene un mayor movimiento en la salida de bebés, con más países involucrados, que en el ingreso de material genético.

Objetivo específico 4: Comprender la experiencia de las mujeres que gestan para terceros en Colombia, identificando las especificidades de la practica en el país.

Los datos sobre la experiencia de las gestantes se presentarán por separado para la información recopilada en línea y para las entrevistas cualitativas.

Como se argumentó anteriormente, la situación en la que legalmente no puede haber GS comercial hace que la comunicación entre los agentes se realice en un lenguaje centrado en el altruismo, que es el modelo aceptado por la Corte Constitucional de Colombia.

La gestante ideal

Los grupos de WhatsApp y Facebook son sitios de observación privilegiados para la comprensión del tema ya que sirven como espacio para la construcción de conocimientos especializados entre los participantes. En estos grupos, las mujeres aprenden sobre diferentes aspectos del proceso de GS, comparten información sobre las mejores clínicas y agencias para vincularse, sobre cómo eliminar intermediarios e intercambian historias sobre sus experiencias vividas.

Lo primero que se encuentra al buscar grupos sobre GS es una gran cantidad de anuncios que buscan mujeres interesadas en ser gestantes. Los mensajes buscan resaltar la nobleza del trabajo, su dimensión altruista y también mostrar las posibilidades de beneficio económico. En un mercado donde las gestantes son disputadas, las agencias o individuos captadores compiten entre sí tratando de presentar las mejores ventajas para las futuras portadoras gestacionales.

Según el “Manual de Recomendaciones para la Subrogación Uterina de la Asociación Colombiana de Centros de Reproducción Humana” la mujer que desee ser gestante subrogada debe cumplir las siguientes condiciones:

“Las condiciones que debería reunir una PORTADORA GESTACIONAL son:

- I. Decisión voluntaria
- II. Edad entre 22-38 años
- III. Buenas condiciones de salud psicofísica
- IV. Bajo riesgo para enfermedades de transmisión sexual.
- V. Índice de masa corporal entre 18 y 29,9 kg/m²
- VI. Embarazo previo sin complicaciones
- VII. No más de 3 partos vaginales o 2 cesáreas previas

IX. Pacientes con Rh negativo sin evidencia de isoinmunización.

X. Nivel educativo que garantice el entendimiento y la toma de decisión consciente respecto al proceso de SUBROGACION UTERINA.

XI. No haber culminado un proceso de SUBROGACION UTERINA más de dos veces.

XII. No aportar sus gametos al proceso.

XIII. Situación familiar estable o red de apoyo sólida.

XIV. Información amplia y clara acerca del alcance del procedimiento y aceptación de este por su red de apoyo.

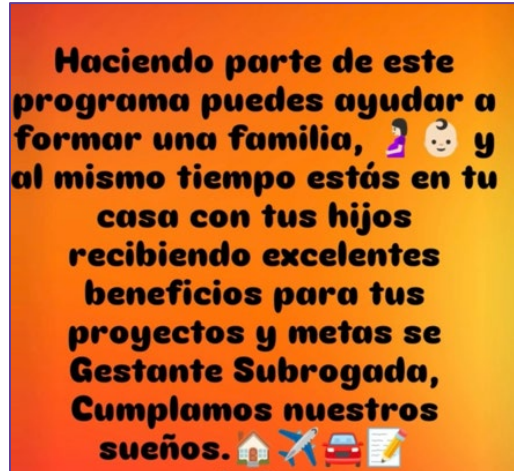
XV. Contar con el debido asesoramiento y cumplir con todos los requerimientos establecidos por el ASESOR JURIDICO de acuerdo con la ley colombiana.”

Sin embargo, vemos que agencias y financiadores necesitan flexibilizar algunas de estas condiciones debido a la oferta de mujeres disponibles para realizar esta actividad. Además, valoran otros aspectos menos objetivos, como la responsabilidad de asistir a las citas médicas, el deseo de ayudar a una familia a alcanzar sus sueños y el deseo de estabilizarse económicamente.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de anuncios que se encuentran en grupos de Facebook y WhatsApp.



Es posible observar que el lenguaje altruista se moviliza en ambas direcciones. “Ayuda y sea ayudada”, “haz realidad el sueño de una familia y haz realidad tu sueño”.



Este anuncio destaca que se trata de una actividad compatible con el cuidado de los niños. El trabajo de campo permitió constatar que muchas mujeres aprovechan el momento GS para dejar sus trabajos y estar a disposición de su familia.

- *20 a 38 años
- *VIVIR EN BOGOTÁ O ALREDEDORES ÚNICAMENTE PARTES CERCANAS A BOGOTÁ
- *1 hijo propio
- *Máximo 1 cesárea
- *Peso de acuerdo a estatura
- *RESPONSABLE
- *Con un compromiso real de asistir a sus valoraciones médicas
- *Muchas ganas de ayudar y hacer feliz a una familia ❤️

Este anuncio resalta la necesidad que las mujeres sean responsables y comprometidas con las citas médicas o, en palabras de las gestantes, con el “proceso”.

BENEFICIOS ÚNICOS EN COLOMBIA

- ❖ 12 Bonificaciones
- ❖ 9 Auxilios de transporte (solo en la gestación)
- ❖ 1 Tarjeta alimentaria sodexo (cuando es elegible)
- ❖ 9 tarjetas alimentaria sodexo (solo en la gestación)
- ❖ Inscripción y pago de EPS y pensión (debe tener regimen contributivo)
- ❖ Pago de caja de compensación (ud. Debe inscribirse)
- ❖ Medicina prepagada colsanitas (12 meses desde la semana 12 de embarazo)
- ❖ Bono de vestuario (en la 4ta bonificación)
- ❖ Indemnización final (10 días después de ok legal y clínico)
- ❖ Indemnización final gemelar (10 días después de ok legal y clínico de los dos bebés)
- ❖ 12 Controles prenatales gratuito e incluido.
- ❖ 1 año de Acompañamiento psicológico gratuito.
- ❖ Contacto directo con especialistas y coordinación del programa.
- ❖ Asesoría con el departamento legal gratis.

Se observa que todo el lenguaje del anuncio habla de compensaciones, bonificaciones, tarjetas de alimentación, apoyo psicológico gratuito. En ningún momento la expresión “pago” se menciona.

¡Únete a nuestro increíble equipo y ayuda a hacer realidad el sueño de la maternidad a través de la subrogación!

Estamos buscando mujeres entre 20 y 35 años que deseen estabilidad financiera a largo plazo y estén dispuestas a dedicar dos años de sus vidas para convertirse en madres subrogadas y brindar el regalo de la maternidad a familias que lo deseen. No importa si eres madre soltera, ¡queremos tu ayuda y comprensión para hacer realidad los sueños de las familias americanas!

Requisitos:

- Mujeres entre 20 y 35 años.
- Buscas estabilidad financiera a largo plazo.
- Compromiso por dos años como madre subrogada.
- Quieres brindar el regalo de la maternidad a familias necesitadas.
- No importa si eres madre soltera, ¡todos son bienvenidos!

Esta agencia dirigida al público estadounidense busca mujeres que además de cumplir con los mismos requisitos generales, busquen estabilidad financiera a largo plazo.

Beneficios:

- Compensación generosa por tu tiempo y esfuerzo como madre subrogada.
- Asistencia médica completa y soporte emocional durante todo el proceso.
- Oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional como niñera en los Estados Unidos.

Y como beneficio extra, ofrece ayuda para que gestantes puedan convertirse en niñeras en Estados Unidos luego del proceso. Una de las entrevistadas relató que había sido invitada a ser niñera del niño que gestó en los Estados Unidos.

Buscamos chicas 🧑🏻🧑🏻 para una agencia con mucho compromiso y amor por estos procesos ❤️ con mucho acompañamiento y dispuestos a sacarte de todas tus dudas. Trabajamos con Buenas 🏠 Ofrecemos los mejores beneficios que hay en este momento 🤑...y la bonificación más alta 🤑.. Recibimos VENEZOLANAS 🇻🇪 CON PPT Y CÉDULA VIGENTE.. Y COLOMBIANAS 🇨🇴 máximo 1 cesárea, máximo 3 partos en total, mínimo un hijo propio vivo.. Peso acorde a su talla.. Más información por WhatsApp [REDACTED] RH POSITIVO Y NEGATIVO SOLO BOGOTÁ Y SUS ALREDEDORES COMO A 1 HORA MÁXIMO

Este anuncio indica que las mujeres venezolanas son aceptadas para el proceso. Según relatos de investigadores, en Bogotá actualmente una gran proporción de las gestantes subrogadas son venezolanas.

La (auto)oferta en el mercado

También hay anuncios de empleo realizados por mujeres que quieren ser subrogadas. Se observa que también se moviliza el lenguaje altruista y que los atributos resaltados son el hecho de “tener hijos sanos” y “no tener vicios”. En general, estos anuncios pretenden realizar el proceso con menos intermediarios, con el fin de maximizar las ganancias económicas.

En general, hay una oferta con un valor de mercado menor y condiciones más flexibles en función de las necesidades económicas, como la posibilidad de viajar a otro país o ciudad, u organizar todo directamente con los padres de intención.

Hola buenos días quisiera alquilar mi vientre tengo 24 años soy mamá de un bb de dos los completamente sanos ambos

11:38

También soy nueva 🥺 soy de Colombia y me gustaría alquilar mi vientre soy una mujer sana cumplí 30 años con dos hermosos hijos sanos uno de 12 y una niña de 7 años 🥺

00:38

Buenas noches/tardes/días.

Ofrezco mi vientre para cumplir el sueño de una pareja de ser padres.

Mi situación económica actual no está por un buen momento y requiero una ayuda para solventar mi situación.

Gracias.



Alquilo mi vientre para ayudar una pareja o persona a cumplir su deseo de tener su bebé 🍼.

No tengo vicio alguno, cuento con hijos propios y partos natural
Cuento con exámenes médicos y experiencia en proceso!
No dudes en dejarme un mensaje por privado 📩🌈

SIN IMPORTAR SU
ORIENTACIÓN SEXUAL
NO TENGAN MIEDO,
ESCRIBEME 📩🌈🇨🇴

Se cuenta con conocimiento total del tratamiento y legal
Disponible para viajar de ser necesario, cuento con visa.

Varios mensajes como estos aparecen diariamente en grupos de Facebook e Instagram. El término más utilizado por las mujeres es alquiler de vientre. Se puede notar que se trata de mujeres que están atravesando dificultades económicas, ya que las mismas relatan esta situación.

A continuación, se presentan algunos mensajes de una discusión que se dio en un grupo de WhatsApp sobre la posibilidad de quedar embarazada con más de dos cesáreas:

Hola buen día, espero se encuentren bien, quisiera saber si alguien tiene conocimiento de a dónde podré dirigirme para ser madre subrogada, que sea bien pago, es que me han dado info Pero la verdad veo que es poco, para lo que uno pasa durante el embarazo, estoy en Bogotá, muchas gracias, ah y que acepten dos cesáreas, porque algunas me dicen que solo 1 🙄🙄🙄 gracias ❤️❤️ 09:36

Algunas aceptan con dos cesareas, pero es menos la bonificacion o beneficios.. Y en donde mejor ofrecen solo reciben con una cesárea 09:42

Al paso que vamos cada vez van a disminuir la edad y ahorita casi en ningún lado aceptan con dos cesareas, cada vez son más estrictos con todo, y cada vez hay más chicas queriendo hacer proceso 10:06

Resumidamente, lo que se discutió entre los participantes fue que había una diferencia en el pago para las mujeres con más cesáreas realizadas. Es decir, existe una jerarquía de cuerpos según la edad y el número de hijos. Se paga más por las mujeres más jóvenes, con menos hijos y preferiblemente sin cesáreas. Las mujeres que tienen más cesáreas, además del mayor riesgo para su salud al enfrentar un nuevo parto, son aceptadas en pocas clínicas y con un pago menor.

Con la ampliación del mercado colombiano de GS se produjo un aumento en la remuneración de las mujeres. Si hace un año a la mujer le pagaban alrededor de 40 millones de pesos por todo el proceso (incluyendo todos los bonos y beneficios más la indemnización final), hoy ese monto ronda los 55 millones de pesos colombianos. La mayor remuneración aumentó el número de mujeres interesadas. Y la mayor necesidad de gestantes propició la aceptación de mujeres venezolanas y mujeres más jóvenes. Hechos que no ocurrían con frecuencia hace un año.

De esta forma, la discusión entre las participantes muestra que, si bien hay un aumento en los pagos a las gestantes, también hay un aumento en la competencia con el ingreso de mujeres más jóvenes e inmigrantes dispuestas a participar en el proceso. Haciendo así más valiosos los cuerpos más jóvenes y menos “desgastados” desde el punto de vista de hijos y cirugías.

Es interesante observar que el lenguaje utilizado entre los agentes al interior del mercado gira en torno a la noción de gana-gana y beneficio mutuo. Sin embargo, cuando estos actores se comunican con el público externo, en entrevistas con los principales medios de comunicación, reportajes en páginas web de agencias de gestación subrogada y clínicas de reproducción asistida, se utiliza el mensaje sobre el deseo de ayudar, sobre la felicidad que es dar felicidad a otras familias, se habla de un acto puramente altruista donde la compensación económica queda secundaria en el proceso.

El discurso no es sobre la autonomía del propio cuerpo, sino sobre la capacidad y la alegría que tienen las mujeres de entregarse desde la generación de otra vida.

Se observa que el debate sobre la autonomía de los cuerpos femeninos no es central en el discurso público de los operadores de esta actividad en Colombia. A diferencia del debate que las gestantes subrogadas llevan a cabo en Europa y Estados Unidos, donde la autonomía del cuerpo femenino es el eje central, el discurso en el mercado colombiano refuerza el estereotipo femenino de la maternidad abnegada y de la mujer como perpetua donante y cuidadora. A las gestantes las llaman “cigüeñas” o “ángeles” y se refieren a las familias de intención como “papitos”. Para los críticos de la práctica, este lenguaje excesivamente afectivo enmascararía las relaciones asimétricas presentes entre los actores y ocultaría la naturaleza de la transacción económica presente en el proceso.

Entrevistas

Perfil de las mujeres

Se entrevistaron diez mujeres que habían gestado para terceros, estaban embarazadas o estaban en proceso de intentos de implantación. Las entrevistas buscaron comprender la motivación para ser gestantes, la relación de sus familias con el proceso, la relación de las gestantes con las familias de intención, su relación con el bebé y su percepción sobre la seguridad contractual del proceso.

Un rasgo común entre todas las entrevistadas fue que tuvieron su primer hijo a una edad temprana. La edad a la que se convirtieron en madres osciló entre los 13 y los 24 años. Otro elemento que llamó la atención fue que muchas de ellas trabajaban en el área de la salud o del cuidado, sectores con fuerza laboral mayoritariamente femenina.

Motivaciones

Sólo dos de las entrevistadas conocieron GS a través de Internet. Las demás conocieron la GS a través de conocidos que habían realizado el trámite o por su trabajo en el área de la salud.

En cuanto a la motivación para convertirse en GS, nueve entrevistadas respondieron que la motivación **era tanto el dinero como la posibilidad de ayudar** a las familias que necesitan esta solución para formar una familia. Sólo una mencionó que se convirtió en GS porque tenía deudas.

Las respuestas varían entre las que dan más peso a la ayuda y las que enfatizan la dimensión económica. Los participantes que trabajaban en el sector salud hablaron más sobre la posibilidad de poder ayudar a estas familias pues vivían estas experiencias diariamente.

Como nos dice Fernanda:

“La verdad me llamó la atención porque es un programa en el cual uno puede ayudar a otra persona a cumplir ese sueño de ser madre, que no lo puede hacer por sí mismo. Obviamente no voy a decir que no, el incentivo económico también me llama la atención, pero pues yo llevo ya diez años trabajando con eso. Veo la lucha de las personas, el anhelo, el deseo de tener su bebé. Pues digamos que eso fue algo también que me motivó mucho a querer participar en el programa.”

Quienes enfatizan la cuestión económica señalan que el proceso es de ayuda mutua, una situación en la que ambas partes ganan. Algunos tienen objetivos específicos de dinero, como dos de ellas que querían emigrar a otros países, otra quería ahorrar para pagar la educación universitaria de sus hijos.

“Es que desde hace años, pues, me sonaba, me parecía como muy bonito darle la oportunidad a otra persona, lejos de imaginarme que obviamente yo lo iba a hacer. Uno dice, qué chévere darle la oportunidad a una familia. Y además le agregamos que vamos a recibir beneficios. Si uno va a tener un beneficio, pues también me parece interesante. Porque es como brindarle una posibilidad a mis hijos con ese dinero de muchas cosas, pues luego no es demasiado, pero pues se puede hacer algo”. (Relato de Eliana)

Lo que se observa es que las mujeres quieren obtener ingresos extra mientras cuidan de sus hijos. Algunas dejaron el trabajo cuando confirmaron su embarazo para poder cuidarse mejor y también disfrutar del tiempo con sus hijos pequeños. En una de las situaciones, la gestante planeaba trabajar estando embarazada, pero por problemas de salud tuvo que dejar de trabajar, lo que le provocó una gran insatisfacción pues quería saldar una deuda con el valor de la GS.

Algunas participantes nos contaron que vivieron un embarazo “disfrutado”, “consentido”, que no pudieron vivir con sus parejas en sus embarazos anteriores, ya sea por la temprana edad en la que tuvieron a sus hijos o por preocupaciones económicas o familiares.

Todas las entrevistadas demostraron estar muy determinadas y dijeron que cuando se decidieron por la GS desarrollaron diferentes estrategias para poder participar en el proceso. Buscaron mucha información en internet, investigaron diferentes clínicas y algunas optaron por realizar el trámite

directamente con los padres con el apoyo de un despacho de abogados. Algunas informaron que ocultaron datos sobre el número de embarazos y dónde vivían, o incluso recurrieron a mentiras sobre su situación familiar para ser aceptadas en las clínicas.

Reacción familiar

La noticia de convertirse en gestante subrogada puede tomar por sorpresa a algunos miembros de la familia. Al tratarse de un proceso desconocido para la mayoría de la población, es natural que surjan dudas, especialmente entre las generaciones mayores.

Hubo muchas dudas entre los padres y algunos maridos sobre si la mujer necesitaba tener relaciones sexuales con el padre biológico del niño, lo que rápidamente fue aclarado por ellas. Tres de las mujeres ya se habían sometido a una ligadura de trompas y esta situación también generó dudas en su entorno sobre cómo sería posible quedar embarazada.

También surgieron dudas sobre el parentesco. A veces los niños preguntaban si el bebé sería un hermano, a lo que ellas explicaban que solo le estaban prestando “la casita” al bebé, ayudando a otra familia que no podía tener hijos. En ocasiones los padres de la gestante preguntaron si serían los abuelos del bebé. Luisa cuenta que su padre le preguntó cómo podía entregar a su nieto, a lo que ella respondió que el hijo no era suyo y le explicó de esta forma a su padre:

“Yo le pongo un ejemplo. Yo le digo, papi, es como tú coger un huevito de esa gallina y ponérselo a esa otra gallina. ¿De quién es el huevito? Dice, pues, de esa gallina. Yo, exacto. Este bebé no es mío.”

En cuanto al apoyo de la pareja, cuatro entrevistadas dijeron que sus maridos estuvieron más involucrados en estos embarazos que en los anteriores. Los acompañaban a las citas y atendían sus antojos. Fue como vivir el lado bueno de la experiencia sin las preocupaciones económicas que tuvieron en sus embarazos anteriores y sin la necesidad de cuidar a un bebé.

De hecho, mi esposo también disfrutó los embarazos, se los gozó. Sí, porque ya, pues en este momento, ya nosotros no dependemos tanto como de estar trabajando 24x7. No sé, qué él podía estar más tiempo conmigo. Me ha acompañado a la cita médica, ecografías, que, si tenía un antojo, él córrale por el antojo. Ni siquiera lo hizo con el de nosotros. (Relato de Alba)

En general, las entrevistadas dicen que la familia las apoyó, aunque pudo haber un momento de shock inicial. Y como eran reservadas, no les importaban las opiniones de los demás. No les importaba que alguien que conocían comentara sobre el proceso.

Relación con familias de intención

Los críticos del proceso de subrogación señalan la asimetría económica entre las familias de intención y las gestantes como uno de los principales problemas de esta situación. Sostienen que tal asimetría de padres más educados y con mayores ingresos, llevaría necesariamente a la subalternidad de las mujeres en relación con estas familias.

Es posible que ocurran situaciones como estas, sin embargo, lo que el trabajo de campo demostró es que esta relación puede tener más matices de los que se puede imaginar.

Al hablar con las entrevistadas se observó que ellas se ven como personas sumamente afortunadas de poder tener a sus hijos de forma natural y formar su propia familia. Al reconocer esta ventaja sobre quienes no pueden tener hijos (por el motivo que sea) sienten que existe la posibilidad de ayuda mutua. Están felices de poder brindar la misma felicidad que conocen a estas familias y al mismo tiempo poder brindar beneficios económicos a sus propias familias.

Como se presentó en el tema sobre familias de intención, las expectativas y deseos con respecto a la relación varían de persona a persona. Sin embargo, al menos entre las mujeres entrevistadas, solo una estaba insatisfecha con la relación a la familia de intención.

Seguridad jurídica

Todos las entrevistadas informaron que se sentían seguras en relación con los aspectos contractuales. Muchas incluso dijeron estar muy satisfechas con el trato recibido por la clínica, con el cumplimiento de los pagos y con los bonos extra que en ocasiones recibieron de las familias.

Las que habían hecho GS directamente con los padres, habían trabajado con un despacho de abogados especializado en GS y todo había ocurrido sin problemas. El único detalle que resaltan es que después de que nace el bebé, deben esperar de 15 a 30 días para que les paguen la indemnización final. Todos los documentos del bebé que dependen de la gestante deben resolverse antes de poder recibirlo. Una de ellas relató que para recibirlo necesitaba tres Ok, del psicólogo para demostrar que no padecía depresión posparto, del médico para comprobar que todo estaba bien con su salud y del abogado para que estuviera todo listo para la salida del bebé del país.

Blanca, quien fue la única participante que no estaba contenta con ser gestante subrogada, relató que hubo una situación en la que le pidieron un examen invasivo y al leer el Formulario de Consentimiento descubrió que había un riesgo de aborto, por lo que no se lo realizó. Ella relata que estuvo bajo mucha presión de la clínica, especialmente de la psicóloga para realizar el examen, pero como estaba claro en el contrato que ella podía decidir sobre este tipo de situación, logró que sus deseos prevalecieran.

Cuando se les preguntó sobre los aspectos negativos de la gestación subrogada, las participantes se refieren más al prejuicio de quienes no conocen el proceso que a la experiencia en sí. En palabras de Alba:

“Básicamente, yo sí siento que es la estigmatización que tienen con los procesos. Es muy feo escuchar cómo hablan de las niñas que hacemos el proceso. Sí, hay una remuneración económica, pero no es que se taponen de plata. Para colaborar hay que implicar toda nuestra familia tanto mentalmente, porque esto lo tenemos que pasar todos nosotros, no solamente somos nosotras, sino nuestra familia también”.

Fernanda afirma que, en su opinión, el mayor prejuicio proviene de las personas religiosas, especialmente con relación a temas in vitro y familias del mismo sexo. Pero según su experiencia, ve a las familias de intención como lugares donde los bebés son muy deseados.

“Uno los ve, digo que uno ve que son muy anhelados y que van a ser muy amados, o sea que son muy deseados, que son muy buscados y son unos bebés que llegan a un lugar donde les van a dar mucho amor. Yo digo que para mí eso mata todo lo que la gente piensa mal de esto”.

Por otro lado, Blanca vio muchos puntos negativos en el proceso:

“Eso aquí en Colombia es una trata. A pesar de que salgan noticias últimamente sobre la gestación sustituta, sí es una trata. Sí, puede que sea una bendición porque afortunadamente he podido solventar las deudas. Ya no me falta prácticamente nada para pagar y estar tranquila, o sea mi tranquilidad cuenta. Pero no es una bendición, por el hecho de que una clínica quiera meterse en las decisiones del cuerpo de uno, por un bebé que uno sabe que es un producto. No es algo que yo le recomendaría a nadie, de hecho”.

Ella relató estar muy descontenta con ser subrogada debido al trato distante que le daba el futuro padre de intención y la presión que sufría por parte de la clínica.

Relación con el bebé

Cuando se les preguntó sobre la relación que desarrollaron con el bebé, la mayoría de las mujeres dijeron que se preocupaban más que si fuera su propio hijo. Todas relataron sentir una gran responsabilidad de cuidar al bebé y entregárselo a sus padres en buen estado de salud.

Algunos hablaban con el bebé y le hablaban de sus padres, decían sus nombres, reproducían audios enviados por la futura familia para que el bebé se familiarizara con sus voces y nombres. Lo que todas dijeron fue que tenían muy claro que no era su hijo, aunque desarrollaron cariño y cuidado por él.

Fernanda dijo que

“Realmente tengo muy claro que no es mi bebé. Y pues lo que te digo es que verle la ilusión que ella tiene, eso lo hace uno llenarse más. Y yo a este bebe yo lo veo como mi amigo, le digo yo. O sea, sí, yo le estoy prestando la casita y, pues no es que sienta ese apego a él, lo tengo muy claro de que no es mío.”

Como todas son madres y saben lo que significa para ellas el vínculo afectivo con su hijo, existe **un trabajo emocional activo que implica** no apegarse al bebé.

Luisa explica bien esta situación,

“Hay unos familiares que vienen a consentirme y a consentir al bebé. Yo no, porque me hacen hacer un lazo al que yo no estoy permitiendo en este momento. Yo a él lo consiento, pero yo sé que él se va a ir. Sí, hay trabajo en eso.”

Aun así, puede haber sufrimiento en la separación. Silvia dice que pasó por un breve período de depresión posparto

Es normal que nos dé una depresión posparto y que sentamos una ausencia cuando el bebé no está, pero es un proceso manejable.

Renata cuenta que fue muy difícil separarse del bebé que dio a luz. Ella pasó 15 días en la casa de la familia de intención después de dar a luz.

“Mi cuerpo me exigía la bebé y yo iba al cuarto de ellos, la cargaba y mi cuerpo se relajaba”. (...) Yo pensé que no me iba a dar duro, pero me dio duro, me dio depresión posparto, lloré y me sentí utilizada, después de que tuve ese bebe yo dije: Me utilizaron y se los dije a ellos”.

Renata cuenta que logró superar la situación con la ayuda de una partera tradicional que le hizo un “cierre de dieta” donde trabajó en el desapego de la bebé.

“Fue algo tan bonito! Me hizo unos cierres de dieta donde hace un trabajo de desprendimiento donde yo y mi alma les entrega esta bebé a sus papás. Yo soy un instrumento que llegó por vía de Dios a la vida de esas personas. Fui una incubadora donde gesté una vida para entregarle esta vida a ellos y me desapego con todo el agradecimiento total de la experiencia que tuve. Pero no eres mi hija, eres la hija de ellos y se la entrego. Eso es un duelo total, pero me desprendo y se la entrego totalmente a los padres, entonces hago un cierre total”

Este relato es muy interesante, pues muestra que **su cuerpo expresaba** la presencia de un sentimiento no esperado: tristeza por estar separada del bebé. Otro dato destacable es que, a pesar de vivir un proceso muy moderno desde el punto de vista tecnológico, la solución dada a su angustia por la necesidad de separarse del bebé provino de la partería tradicional. La ayuda para superar la

tristeza y el duelo, y darle un nuevo significado a la entrega del bebé a sus padres fue interpretada a partir de los recursos de su universo simbólico.

La riqueza de la investigación cualitativa es conocer un fenómeno en detalle y, sobre todo, en profundidad.

La descripción de la situación que viven las gestantes, observando desde afuera - en los artículos publicados en los periódicos - es bien distinta a la que se encuentra cuando son escuchadas y observadas hablando entre ellas.

No hubo ningún sentimiento relatado entre las entrevistadas de estar siendo explotadas o subordinadas. En algunos casos se observó lo contrario. Expresaron sentirse afortunadas por tener esta opción de generar recursos mientras se dedican a sus hijos y ayudan a una familia. Dentro de su universo de posibilidades para generar recursos, vieron en la GS una muy buena opción, mejor que muchas a las que ya se habían sometido.

Seguramente habrá otras experiencias, quizás muy negativas, sin embargo, esta fue la situación encontrada al realizar las entrevistas. Inclusive, la única participante a la que no le gustó ser subrogada, informó haber tenido autonomía de decisión durante todo el proceso.

Es importante señalar que son mujeres con ocupaciones cuyos salarios varían entre 1 y 4 salarios mínimos. Mujeres que son cuidadoras en su hogar (de hijos o familiares) y que, en su mayoría, también trabajan en el sector del cuidado. Entonces, cuando se habla de las opciones a las que tienen acceso, en términos de remuneración, la GS puede representar una oportunidad única. El pago puede ser más de 40 salarios mínimos, cuantía que tardarían años en alcanzar dentro de su universo de posibilidades.

La percepción popular de que son mujeres pobres, con poca educación, incapaces de entender un contrato, engañadas y explotadas por familias ricas europeas pasa a ser confrontada por la de mujeres muy decididas, que movilizan sus recursos afectivos, emocionales y físicos para gestar un bebé, (al que cuidan mucho) y garantizar una oportunidad económica singular para ellas y sus hijos.

La asimetría, entienden las participantes, les favorece. Por mucho dinero que una familia extranjera posea, la posibilidad del nacimiento de un bebé no existe sin ellas, quienes se sienten las verdaderamente afortunadas de ser capaces de gestar una vida.

Conclusiones

La investigación de un fenómeno complejo como las cadenas globales de fertilidad, basado en la actividad de la gestación subrogada, reveló situaciones y datos que no estaban claros y visibilizó situaciones de las cuales no se tenía conocimiento. La investigación permitió ordenar información que se encontraba dispersa y no había sido trabajada desde una misma perspectiva. Al mismo tiempo que se generó claridad sobre aspectos intrincados del tema, también generó numerosos interrogantes que pueden conducir a futuras investigaciones.

A partir del trabajo realizado y presentado se entiende que el objetivo general del proyecto: comprender la posición de Colombia en las cadenas globales de fertilidad, se ha logrado.

A continuación, se presentan las principales consideraciones sobre el estudio realizado, lo que no agota la riqueza de los datos producidos.

Entre los actores identificados destacamos el protagonismo de las clínicas de reproducción asistida, las familias de intención (F.I), las gestantes y las agencias de gestación subrogada. Estos cuatro interactúan intensamente durante todo el proceso. Cabe resaltar el hallazgo etnográfico de las “fundaciones de apoyo a gestantes”, característica única en Colombia, cuya presencia puede entenderse dentro de la lógica de un modelo comercial que debe parecer altruista.

Se observó que durante todo el proceso se priorizan los deseos e intereses de las familias de intención. Pero en el momento concreto del embarazo, cuando el bebé depende totalmente de la gestante, ésta pasa a tener mayor protagonismo y poder de decisión.

La investigación identificó que Colombia se posiciona a nivel global como proveedor de gestantes subrogadas y de donantes de óvulos para el proceso de GS, así como proveedor de servicios médicos especializados en el área de reproducción asistida.

Con relación al flujo de material genético, se identifica la entrada de embriones y gametos masculinos.

Con relación al movimiento de personas, se identifica el ingreso de las familias de intención como turistas y su posterior salida del país ya en compañía de sus bebés. También circulan a través de las fronteras colombianas los proveedores de servicios de agencias y empresas que transportan material genético.

Considerando las entrevistas con mujeres gestantes, se observa que las motivaciones que las llevan a GS son, **simultáneamente**, el factor económico y el deseo de ayudar a una familia. La mayoría entendía la GS como una oportunidad única de ganancia económica que valía el esfuerzo personal y familiar. En general, relataron que hacían un esfuerzo emocional activo para no apegarse al bebé, al que cuidaban mucho durante todo el embarazo. Ninguna informó sentirse explotada, y se sentían seguras con relación al cumplimiento de los contratos de subrogación.

La conclusión a la que se llega con el desarrollo de la investigación es que los elementos que actualmente posicionan a Colombia como uno de los protagonistas de la actividad de GS en el mundo son los siguientes.

En primer lugar, la característica de su (no) regulación. Al permitir GS para todo tipo de configuraciones familiares y nacionalidades, permitir que se realicen diagnósticos genéticos previos a la implantación y la elección del sexo del embrión, y permitir que los bebés nacidos por GS salgan del país con relativa facilidad, Colombia se vuelve bastante atractiva para una amplia variedad de familias interesadas en la gestación subrogada.

En segundo lugar, se destaca la amplia y moderna infraestructura médica, acompañada de precios relativamente bajos. La amplia oferta y calidad de clínicas de reproducción asistida permite que más etapas del proceso de GS, como la elaboración de embriones y el uso de óvulos de donantes locales, sea realizada en el país. Otro elemento destacable es el uso de servicios médicos a partir de la EPS de las gestantes, lo que representa un subsidio indirecto del gobierno colombiano y reduce los costos médicos y hospitalarios de las familias extranjeras.

Finalmente, destacamos la amplia oferta de mujeres dispuestas a actuar como gestantes subrogadas, a un precio equivalente a la mitad de lo que reciben sus pares latinoamericanos en México y Argentina. Las características socioeconómicas actuales de Colombia, como el alto grado de informalidad en la economía, la feminización de la pobreza, la presencia de un elevado número de desplazados internos e inmigrantes, son algunas de las razones que pueden ayudar a explicar esta amplia oferta.

En un mercado global que moviliza millones de dólares cada año, en el que todos los proveedores de servicios son remunerados ¿por qué actuar como si no hubiera mercado? ¿Y por qué son las mujeres las únicas cuya remuneración debe camuflarse?

Urge para Colombia una regulación que tenga en cuenta la situación real de las mujeres gestantes y que tenga como prioridad garantizarles su **plena seguridad y dignidad**.

Bibliografía²⁰

ÁLVAREZ PLAZA, Consuelo; RIVAS, Ana Maria; AYALA, Ariadna. El fenómeno de los nuevos emprendedores en la industria reproductiva transfronteriza: entre la experiencia y la competencia. In: RIVAS RIVAS, Ana María; ÁLVAREZ PLAZA, Consuelo (org.). Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones. Valencia, Tirant Lo Blanch, 2020, pp.343-390.

GEERTZ C. (1997). O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ: Vozes.

GEERTZ C. A (2008.) A interpretação das culturas. - 1.ed., Rio de Janeiro, LTC.

MACHIN, R. (2016). Tecnologias Reprodutivas e material genético de terceiros: reflexões em torno de regulação, mercado e iniquidades. In STRAW, C., VARGAS, E., CHERRO, M.V. e TAMANINI, M. (org.) Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina. Curitiba. Editora CRV. 2016. P. 31-54. ISBN:978-85-444-1225-1

MACHIN, R. (2022). O mercado reprodutivo para além da reprodução assistida: bioeconomias em expansão, crise reprodutiva e crise de cuidados*. Cadernos Pagu, (66), e226620. <https://doi.org/10.1590/18094449202200660020>

MACHIN, R et al. (2023): The reproductive silk route: transnational mobility of oocytes from Europe to Brazil, Mobilities, DOI: 10.1080/17450101.2023.2220976

MARCUS, George (1995) Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-sited Ethnography, Annual Review of Anthropology, vol. 24, pp. 95-117.

OLAVARRÍA, M. E. (2018). La gestación para otros en México: parentesco, tecnología y poder. México: Gedisa/UAM. <http://doi.org/10.4000/books.cemca.4610>

OMS (2010) Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida em 2010 © Organización Mundial de la Salud 2010.

SANTOS, K. D. S., Ribeiro, M. C., Queiroga, D. E. U. D., Silva, I. A. P. D., & Ferreira, S. M. S. (2020). The use of multiple triangulations as a validation strategy in a qualitative study. Ciencia & saude coletiva, 25, 655-664

²⁰ Sólo se hace referencia a la bibliografía citada en el informe.

SHENTON, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.

VERTOMMEN, S et al. (2022). Global Fertility Chains: An Integrative Political Economy Approach to Understanding the Reproductive Bioeconomy. *Science, Technology, & Human Values*, 47(1), 112–145. <https://doi.org/10.1177/0162243921996460>