

GESTACIÓN SUBROGADA: PERSPECTIVAS, DESAFÍOS E IMPLICANCIAS BIOÉTICAS, LEGALES Y EPIGENÉTICAS EN LA SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA

CECILIA BASTON¹, ALEJANDRO RISSO VAZQUEZ²

¹Servicio de Neonatología, Internación Conjunta, ²Dirección Médica, Sanatorio Otamendi, Buenos Aires

Dirección postal: Cecilia Baston, Sanatorio Otamendi, Azcuénaga 870, 1115 Buenos Aires, Argentina

E-mail: bastonc@otamendi.com.ar

Recibido: 30-IV-2025

Aceptado: 15-VII-2025

Resumen

Introducción: La gestación subrogada, entendida como el acto de gestar un embarazo para otra persona, se ha expandido como técnica de reproducción asistida. Su regulación varía: algunos países la permiten, otros la prohíben. En Argentina, no existe una legislación específica, lo que genera inseguridad jurídica. El objetivo es analizar los aspectos éticos, legales, clínicos y sociales de la gestación subrogada en Argentina, a partir de una revisión bibliográfica y la experiencia de un sanatorio privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica y un análisis descriptivo de la experiencia institucional de un sanatorio porteño ante la creciente demanda de gestación subrogada. Se evaluaron protocolos asistenciales, aspectos legales y bioéticos involucrados.

Resultados: Se observó un aumento sostenido de casos, con migración de familias de distintos países con sus respectivas legislaciones y normativas, lo que motivó la creación de protocolos específicos: entrevistas prenatales, consentimiento informado, acompañamiento psicológico y mecanismos para la identificación del recién nacido. Las experiencias clínicas variaron en escenarios complejos: algunas gestantes aportaron calostro, otras solicitaron no tener contacto con el bebé; algunos comitentes implementaron lactancia inducida, en otras situaciones se requirió la internación en unidad de cuidados intensivos neonatales.

Discusión: La gestación subrogada plantea dilemas bioéticos (autonomía, consentimiento, cosificación), legales (vacíos normativos, filiación), y clínicos (impacto emocional, neurodesarrollo infantil). Se destaca la necesidad de una legislación integral que contemple el carácter altruista, impida o normatice la comercialización, garantice derechos, y promueva una mirada intersectorial que involucre al Estado, la justicia y la sociedad civil.

Palabras clave: subrogación, gestante, comitente, consentimiento, derechos, epigenética

Abstract

Surrogacy: Perspectives, challenges, and bioethical, legal, and epigenetic implications in public health in Argentina

Introduction: Surrogacy, understood as the act of carrying a pregnancy on behalf of another person, has expanded as an assisted reproductive technology. Its regulation varies widely: some countries permit it, while others prohibit it altogether. In Argentina, there is no specific legislation regulating surrogacy, leading to significant legal uncertainty. The objective of this work is to analyze the ethical, legal, clinical, and social aspects of surrogacy in Argentina, based on a literature review and the institutional experience of a private hospital in Buenos Aires City.

Materials and methods: A literature review and a descriptive analysis of the institutional experience in response to the increasing demand for surrogacy were conducted. Clinical care protocols, as well as legal and bioethical considerations, were evaluated.

Results: A steady increase in surrogacy cases was observed, including the arrival of families from various countries with differing laws and regulations. This prompted the development of specific institutional protocols, including prenatal interviews, informed consent procedures, psychological support, and newborn identification protocols. Clinical scenarios varied in complexity: some gestational carriers provided colostrum, others requested no contact with the newborn, some intended parents pursued induced lactation, and in certain cases, admission to neonatal intensive care units was required.

Discussion: Surrogacy raises multiple bioethical (autonomy, consent, commodification), legal (regulatory gaps, determination of parentage), and clinical (emotional impact, child neurodevelopment) dilemmas. The need for comprehensive legislation is emphasized –one that ensures altruistic practice, prohibits commercialization, guarantees rights, and fosters an intersectoral approach involving the State, judicial system, healthcare institutions, and civil society.

Key words: surrogacy, gestational carrier, intended parent, consent, rights, epigenetics

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La gestación subrogada es una técnica de reproducción asistida en expansión, con regulación dispar a nivel internacional. En Argentina no existe un marco legal específico, lo que genera inseguridad jurídica. La práctica plantea desafíos bioéticos, legales y clínicos aún poco explorados en el ámbito de la salud pública.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Este estudio analiza la experiencia institucional de un sanatorio privado ante el aumento de casos de gestación subrogada. Se describen protocolos implementados y se destacan dilemas clínicos y éticos observados. El trabajo propone lineamientos para una legislación integral basada en derechos humanos y evidencia científica.

La gestación subrogada, también denominada gestación por sustitución, constituye una práctica compleja y en expansión que ha evolucionado en paralelo con los avances científicos, los cambios sociales y las transformaciones jurídicas. Aunque sus antecedentes pueden documentarse en fuentes antiguas como los relatos bíblicos –en particular la historia de Sara, Abraham y Agar–, su formulación contemporánea emerge con el desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida, en especial la fertilización *in vitro* (FIV), que permite transferir un embrión a una mujer que no tiene vínculo genético con el futuro hijo.

Actualmente, la gestación subrogada es reconocida como una modalidad válida de construcción familiar para parejas heterosexuales con infertilidad estructural, familias monoparentales, parejas del mismo sexo, y personas gestantes imposibilitadas de llevar adelante un embarazo. Esta técnica consiste en la colaboración de una mujer –la gestante– que accede voluntariamente a gestar un embrión conformado con material genético de los comitentes (también denominados padres de intención) y/o de donantes de gametas. Según la modalidad, puede tratarse de subrogación gestacional (sin aporte genético de la gestante) o tradicional (con su óvulo), aunque esta última es menos frecuente debido a sus mayores implicancias legales y afectivas.

A nivel global, se distinguen dos modelos predominantes: el comercial y el altruista. El modelo comercial, como el de California o Nevada (EE. UU.), implica una compensación económica a la gestante y cuenta con marcos legales que protegen a todas las partes bajo acuerdos contractuales supervisados judicialmente. Este modelo ha logrado garantizar seguridad jurídica, pero ha sido objeto de críticas por posibles riesgos de mercantilización del cuerpo femenino. Por su parte, el modelo altruista, vigente en países como el Reino Unido, permite la subrogación sin compensación económica directa, con reembolsos limitados a gastos médicos, priorizando la prevención de la explotación. No obstante, este enfoque ha generado dificultades para acceder a gestantes dispuestas, dada la ausencia de incentivos económicos.

Casos como el de India han reflejado los dilemas éticos de los modelos comerciales desregulados. Durante años, ese país fue un destino de

turismo reproductivo por sus costos reducidos, hasta que múltiples denuncias de explotación y ausencia de controles motivaron la prohibición de la subrogación comercial para extranjeros en 2015 y para nacionales en 2018, autorizando solo su modalidad altruista. Estas experiencias ilustran la necesidad de marcos regulatorios claros que protejan simultáneamente los derechos de la gestante, del recién nacido y de los comitentes.

En América Latina, el panorama es igualmente heterogéneo. Mientras que en algunos países existe legislación específica que habilita o prohíbe la práctica, en otros –como Argentina– predomina un vacío legal. La ley 26.862¹ garantiza el acceso a las técnicas de reproducción asistida, pero el Código Civil y Comercial establece, en su artículo 562, que la filiación se determina por el parto, sin reconocer la voluntad procreacional. Esta disposición ha sido declarada inconstitucional en múltiples fallos desde 2011, lo que ha habilitado cierto reconocimiento judicial de la gestación subrogada, aunque sin producir aún una regulación uniforme ni segura.

Este vacío normativo coloca a las personas involucradas en una situación de inseguridad jurídica, sin procedimientos estandarizados ni protección integral. El marco actual permite que la práctica se realice en el país, pero sin garantías procesales claras, lo que genera desigualdad en el acceso –limitado a quienes cuentan con recursos económicos y asesoría jurídica– y coloca al sistema de salud ante dilemas no resueltos.

Desde una perspectiva bioética, la gestación subrogada interpela principios fundamentales como la autonomía, la beneficencia, la justicia y la no maleficencia. Si bien puede ser considerada una expresión de libertad reproductiva, también plantea interrogantes respecto al consentimiento informado, la posibilidad de revocación, el impacto emocional y físico en la persona gestante, y la relación entre cuerpo, deseo y tecnología. La eventual instrumentalización del cuerpo femenino, especialmente en contextos de vulnerabilidad estructural, exige una reflexión crítica que incluya la perspectiva de género y los derechos humanos.

Asimismo, desde el campo de la salud pública y la medicina perinatal, la gestación subrogada introduce desafíos asistenciales que requieren

una respuesta institucional organizada. La planificación anticipada del nacimiento, la elaboración de protocolos clínicos, el acompañamiento psicológico y el registro legal del recién nacido deben integrarse en dispositivos que garanticen seguridad, respeto y contención para todos los actores. Esto es especialmente importante ante la diversidad de configuraciones familiares, la participación de parejas extranjeras y la necesidad de adaptar los modelos de atención tradicionales a realidades emergentes.

El contexto demográfico y sanitario actual complejiza aún más esta escena. La disminución de la natalidad a nivel mundial –asociada a factores como la postergación de la maternidad, el aumento de enfermedades crónicas, los efectos de la pandemia, y el envejecimiento poblacional– ha intensificado la demanda de técnicas de reproducción asistida. En paralelo, la medicalización del nacimiento, el aumento de cesáreas innecesarias, y las inequidades en el acceso a los servicios de salud, obligan a repensar el rol del sistema sanitario frente a estas nuevas formas de reproducción.

En la Argentina, en particular, el aumento progresivo de los casos de gestación subrogada ha motivado respuestas institucionales en diversos centros de salud. En este sentido, la experiencia de un sanatorio privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que se analiza en este trabajo, ofrece un modelo concreto de abordaje interdisciplinario. A partir de la implementación de entrevistas prenatales, consentimientos informados específicos, protocolos de identificación del recién nacido y estrategias de acompañamiento psicológico, se ha buscado establecer criterios de atención que reconozcan la singularidad de cada situación y que se adecúen a los principios éticos, médicos y legales vigentes.

Este artículo tiene como objetivo principal analizar las implicancias clínicas, legales, bioéticas y socioculturales de la gestación subrogada, tomando como base la experiencia institucional sistematizada en un centro de salud de alta complejidad de CABA. A través de una revisión crítica y comparativa, se exploran los modelos regulatorios existentes, los desafíos asistenciales que surgen en la práctica cotidiana, y las tensiones ético-legales que atraviesan este fenómeno. La finalidad es contribuir a un debate

informado que promueva el diseño de políticas públicas inclusivas, basadas en evidencia, que garanticen derechos y resguarden la dignidad de todas las personas involucradas.

Materiales y métodos

Este estudio se basó en una revisión de la literatura, empleando bases de datos internacionales como PubMed, SciELO, y Google Scholar, así como bases de datos nacionales como Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), asimismo se considera la experiencia de atención de familias en un sanatorio privado de CABA por medio de entrevistas prenatales y consentimientos. La búsqueda se enfocó en artículos publicados entre 2010 y 2023, utilizando los descriptores “gestación subrogante”, “bioética”, “aspectos legales” y “Argentina”. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión basados en la relevancia del contenido para los objetivos del estudio, el tipo de estudios (revisión, casos clínicos, legislación) y el idioma (español e inglés). Las entrevistas se realizaron a profesionales y familias en proceso de gestación subrogante en un sanatorio privado de CABA por medio de metodología cualitativa. La temática fue abordada desde el equipo de salud, Dirección médica, Departamento de legales, Comité de Bioética, Departamento de Calidad y seguridad en la atención del paciente y las entrevistas prenatales con consentimiento de los pacientes.

Resultados

La gestación subrogada es un método de conformación familiar cada vez más extendido a nivel global. Su crecimiento sostenido en las últimas décadas la ha posicionado como una técnica de reproducción humana médicamente asistida que consiste en la transferencia de un embrión, conformado por material genético de los futuros padres –denominados comitentes– y/o de terceros donantes, al útero de una persona gestante, quién accede a llevar adelante el embarazo sin aportar carga genética propia.

Este procedimiento excede la dimensión técnica de la reproducción asistida, ya que implica transformaciones significativas en el cuerpo y la psique de la persona gestante. Según Olza², el embarazo conlleva un proceso de intercambio biológico y una transformación neuroendocrina profunda e irreversible, que trasciende la mera transmisión genética.

Desde una perspectiva holística y centrada en la salud mental, resulta imprescindible consi-

derar los riesgos físicos, emocionales y sociales asociados a esta práctica, los cuales se manifiestan a corto, mediano y largo plazo, en contextos frecuentemente atravesados por desigualdades estructurales. La evidencia disponible sugiere que el embarazo subrogado implica procesos neurobiológicos complejos, como la reorganización cerebral materna, reforzando la noción de que el vínculo afectivo entre la gestante y el feto se construye también a partir de la interacción intrauterina².

En el ámbito clínico, las personas gestantes ya son madres de hijos biológicos, quienes a menudo participan del proceso acompañando a sus madres durante la gestación, e incluso expresan el deseo de ver al bebé tras el nacimiento. Esta dinámica da cuenta de una representación simbólica del embarazo como un “hogar temporal”, en el cual se gesta una vida que luego se vinculará con sus padres comitentes.

Rodríguez Díaz³ señala que la gestación subrogada suele estar indicada en casos de ausencia de útero, imposibilidad biológica de gestar, o en contextos de familias homoparentales y monoparentales. Desde una mirada epigenética, se reconoce que el desarrollo fetal se encuentra altamente influido por el entorno uterino, lo que acentúa la necesidad de considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales involucrados.

Asimismo, la gestación subrogada tiene repercusiones en la salud de las personas gestantes y de los recién nacidos, las cuales deben analizarse desde el modelo bio-psico-social. Esto incluye una evaluación rigurosa de la salud mental de personas gestantes, bebés y familias a lo largo del tiempo, con el fin de garantizar el bienestar integral de todos los actores involucrados.

La separación del recién nacido de la persona gestante y la inhibición de la lactancia materna han demostrado estar asociadas con un aumento del riesgo de trastornos del neurodesarrollo y enfermedades crónicas no transmisibles⁴. El desarrollo del bebé no puede entenderse únicamente como el resultado de la expresión genética, sino como una construcción dinámica derivada de su interacción con el ambiente intrauterino, fenómeno explicado por la epigenética.

Diversas investigaciones han evidenciado que la interrupción del contacto postnatal inmediato y la falta de lactancia, incrementan la inci-

dencia de enfermedades como los trastornos del espectro autista (TEA), trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), síndrome de alcoholismo fetal, alteraciones del vínculo afectivo, trastornos del aprendizaje, trastornos emocionales, y enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, asma, afecciones autoinmunes y ciertos tipos de cáncer⁴.

En la práctica clínica, se observan distintos escenarios: en algunos casos, las personas gestantes expresan desde el inicio el deseo de inhibir la lactancia; en otros, existe la voluntad de los comitentes de proveer calostro como alimento inicial. La recomendación sanitaria se fundamenta en respetar la decisión de la persona gestante, garantizar su derecho a estar acompañada durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, y brindarle información sobre prácticas perinatales basadas en la evidencia, como el contacto piel a piel, la alimentación adecuada y los cuidados neonatales^{2,5}.

Este abordaje se contempla desde la etapa prenatal mediante un consentimiento informado, que autoriza al equipo de salud a proporcionar cuidados e información relevante a la familia comitente. Muchas gestantes acuerdan que los comitentes presencien el nacimiento y establezcan el primer contacto con el recién nacido para favorecer la construcción del vínculo afectivo.

En algunos casos, la madre comitente ha realizado protocolos de lactancia inducida en cuyo seguimiento interviene el equipo de salud⁶. También se han documentado casos en los que, ante un nacimiento prematuro o condiciones clínicas específicas, la persona gestante ofrece calostro para fortalecer la inmunidad del recién nacido. Si se requiere internación en unidad de cuidados intensivos neonatales, se solicita el consentimiento de la gestante, permitiendo el ingreso irrestricto de los padres comitentes.

Durante la gestación, al menos una de cada cinco mujeres experimenta algún tipo de trastorno de salud mental, situación que puede agravarse en contextos de vulnerabilidad social. La transformación neuroendocrina durante el embarazo, conocida como "cerebro maternal", incluye cambios estructurales permanentes en regiones cerebrales relacionadas con la empatía y la interpretación de señales del recién nacido⁶.

Esta reorganización promueve una hipersensibilidad emocional y un estado de alerta que prepara a la madre para la protección y el cuidado del bebé.

En países como EE. UU. o Israel, la gestante es concebida como una colaboradora en la creación de bebés, sin expectativas de establecer vínculos con el neonato, aunque sí con las futuras madres o padres. No obstante, algunas gestantes reportan sentimientos de vacío y duelo ante la interrupción abrupta del contacto postparto, impacto que puede extenderse también a sus parejas y familias⁷. El vínculo afectivo se desplaza hacia los comitentes. Varias gestantes expresaban decepción y vacío cuando se rompe el contacto estrecho tras el nacimiento, lo que conlleva a un duelo.

En encuentros entre colegas y profesionales de la salud mental, psicólogas y psiquiatras que asisten tanto a gestantes como padres procreacionales, se compartieron relatos muy vívidos respecto a mantener un vínculo entre el niño y la gestante, qué sucede con las diferencias culturales y de idiomas, experiencias reales en donde padres comitentes continuaron el vínculo con la gestante a través de videos, mensajes y audios con su voz y canciones, que puedan ser escuchadas por el niño en desarrollo; otras familias que han subrogado con dos gestantes diferentes, pero comparten embriones con mismo origen de gameta, han relatado celebrar los cumpleaños y continuar el vínculo a lo largo de los años con sus respectivas familias.

El proceso de subrogación se realiza a través de acuerdos entre partes privadas (clínica de fertilidad, agencia y escribano), sin participación activa del equipo de salud en la conformación contractual. En muchas experiencias, las gestantes llegan referidas por agencias internacionales. La regulación sobre este tipo de prácticas varía ampliamente según el país. Mientras que en Alemania, España, Francia, Italia y Suecia, está completamente prohibida, incluyendo su forma altruista, en países como India o México la legislación se ha modificado ante situaciones de explotación, derivadas del creciente turismo reproductivo.

Desde una mirada bioética, autores como Guerra Palmero cuestionan el uso del principio de autonomía como justificación para es-

tos acuerdos, argumentando que la firma de un contrato no puede anular el derecho a desistir⁷. El consentimiento debe ser libre, informado y revocable en cualquier momento. Utilizar la autonomía para luego suspenderla mediante un contrato constituye una contradicción ética inadmisibles.

Asimismo, el principio de no maleficencia se ve comprometido cuando se expone a una tercera persona –que no es paciente– a los riesgos inherentes del embarazo y el parto, en beneficio de otra. Esto adquiere especial gravedad en contextos donde la subrogación se convierte en una estrategia sistemática de explotación reproductiva.

En Argentina, la gestación subrogada no está prohibida, pero carece de regulación específica. La ley 26.862¹ autoriza el acceso a técnicas de reproducción asistida, sin contemplar esta modalidad. El artículo 562 del Código Civil y Comercial⁸ establece que la madre es quien da a luz basado en el principio de determinación de la maternidad que proviene del derecho romano, por ello de que “*mater semper certa es*”, aunque ha sido declarado inconstitucional en múltiples fallos desde 2011.

El reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia en el caso “S., I. N. c/ A., C. L.”⁹ marca un hito en la jurisprudencia argentina al abordar la gestación por sustitución, dejando en evidencia la profunda tensión entre el régimen jurídico interno –centrado en el Código Civil y Comercial– y los principios derivados del derecho convencional y constitucional. El Tribunal confirmó la constitucionalidad del artículo 562 del Código Civil y Comercial⁸, que establece que la maternidad se determina por el parto, consolidando una visión clásica del derecho filiatorio, ajena a los avances biomédicos y sociales que han dado lugar a nuevos modelos familiares, basados en la voluntad procreacional y la socioafectividad. Esta decisión impacta negativamente sobre los derechos de quienes, sin haber gestado, asumieron desde un inicio la voluntad de ser padres, limitando su reconocimiento jurídico y proponiendo como alternativa una adopción de integración, que no resuelve plenamente el conflicto ni desvincula a la gestante del niño nacido. A su vez, impone a la persona gestante la maternidad legal contra su voluntad, sin remedios jurídicos

disponibles para modificar ese vínculo, lo que representa una vulneración desde la perspectiva de género. Asimismo, el fallo desatiende el interés superior del niño, su derecho a la identidad y a ser oído, dado que el menor –de nueve años al momento de la sentencia– no participó del proceso pese a que en él se discutía su estado de familia. El niño fue criado por el matrimonio desde su nacimiento, generando un fuerte lazo socioafectivo que la decisión judicial ignoró. La sentencia también expone la grave demora judicial en causas sensibles como esta, que se prolongó por casi una década, comprometiendo la tutela judicial efectiva. El fallo cristaliza una disociación entre derecho y realidad: legalmente, los progenitores son la gestante y uno de los cónyuges, pero en los hechos, la crianza y la función parental fueron asumidas íntegramente por el matrimonio. Finalmente, se destaca que este precedente no resuelve los conflictos estructurales, sino que profundiza la contradicción entre un ordenamiento interno conservador y las normas internacionales de derechos humanos, colocando una vez más en manos del Poder Legislativo la responsabilidad de saldar esta deuda normativa y construir un marco legal acorde a las realidades contemporáneas⁹.

Desde la doctrina jurídica, autores como Rivas y Frassetto proponen un modelo de filiación basado en la intencionalidad procreacional, en contraposición al biogénico¹⁰. Sin embargo, advierten que la participación de terceras personas –donantes o gestantes– suele quedar relegada del debate, especialmente en contextos de desigualdad estructural.

UNICEF¹¹ sostiene que todos los niños nacidos por gestación subrogada tienen derecho a la identidad, nacionalidad, relaciones familiares, acceso a sus orígenes y protección contra la venta o explotación. Para ello, se recomienda establecer la filiación de forma inmediata tras el nacimiento, con marcos legales mínimos, consentimientos informados y registro civil que conserve los datos de identidad del niño y de la gestante.

La cesión del niño como parte de un contrato remunerado puede constituir una forma de venta de personas, especialmente si se falsifica información en los registros. En estos contextos, resulta indispensable garantizar la identifica-

ción del recién nacido en sala de partos mediante procedimientos institucionales estandarizados.

Durante la estancia en internación conjunta, la familia comitente permanece junto al recién nacido en la misma habitación que la persona gestante, en un entorno que garantiza la privacidad de todas las partes y propicia un ambiente seguro para la interacción con el equipo de salud en relación con los cuidados del bebé. El alta médica se realiza de manera conjunta. En los casos en que el recién nacido deba ingresar a la unidad de cuidados intensivos neonatales, se requiere la presencia de la persona gestante al momento del alta, conforme a los protocolos institucionales vigentes.

Discusión

La gestación subrogada configura una práctica compleja que pone en tensión principios jurídicos tradicionales, categorías bioéticas y marcos asistenciales establecidos. En Argentina, su desarrollo en ausencia de legislación específica, ha consolidado un escenario de ambigüedad normativa y disparidad interpretativa, que profundiza la vulnerabilidad de quienes participan del proceso. La falta de previsibilidad legal y de estándares comunes genera una respuesta institucional fragmentada, limitada por la capacidad de adaptación de los equipos de salud y por la inexistencia de una política pública integral.

Desde una perspectiva bioética, resulta indispensable reflexionar sobre el modo en que se construye y ejerce la autonomía en este contexto. La firma de un contrato no puede implicar la renuncia a derechos esenciales ni la cosificación de los cuerpos involucrados. La gestación, aun sin vínculo genético, activa procesos neuroendocrinos y transformaciones afectivas que tienen consecuencias subjetivas y sociales. Considerar estos factores es clave para garantizar un abordaje respetuoso de los derechos de la persona gestante y del recién nacido.

El análisis de la gestación subrogada requiere también incorporar una mirada crítica sobre la justicia reproductiva. Las desigualdades económicas, sociales y culturales inciden de manera directa en el acceso y en las condiciones en que se realiza esta práctica. La posibilidad de gestar para otros o de recurrir a una gestante suele estar atravesada por disparidades estructurales que no pueden ser ignoradas. La transnacionalización del proceso, con modalidades de turismo reproductivo o contratación en contextos de pobreza, agrava esta problemática y obliga a un debate ético profundo.

El actual régimen filiatorio argentino, al centrar la maternidad exclusivamente en el parto, desconoce realidades familiares diversas y contradice principios internacionales como el interés superior del niño, la socioafectividad y el derecho a la identidad. La jurisprudencia nacional ha intentado avanzar en la interpretación de estas situaciones, pero sin una ley que unifique criterios, los vacíos normativos continúan reproduciendo inequidades.

El abordaje institucional de la subrogación debe incorporar un enfoque bio-psico-social, que reconozca la multiplicidad de subjetividades involucradas y promueva la protección integral de todas las personas participantes. La atención en salud no puede limitarse a lo estrictamente clínico, sino que debe integrar dispositivos de acompañamiento emocional, espacios de escucha, traducción cultural cuando sea necesario, y protocolos sensibles al contexto.

Finalmente, legislar sobre gestación subrogada no es únicamente una tarea jurídica. Implica, ante todo, construir un marco ético y sanitario que garantice dignidad, autonomía y justicia para todas las personas implicadas. La realidad ya está planteando escenarios que interpelan nuestras categorías tradicionales; ofrecer una respuesta adecuada es una deuda que el Estado aún no ha saldado.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Ley 26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>; consultado mayo 2025.
2. Olza I. Parir. El poder del parto. Barcelona: Editorial Obstare, 2016.
3. Rodríguez Díaz R. Subrogación Uterina: Aspectos médicos. Dilemata. Revista Internacional de Ética Aplicada, 26, 1-14. En: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000169>; consultado mayo 2025.
4. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11:CD003519.
5. Ley 25.929. Parto Humanizado. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf; consultado mayo 2025.
6. Goldfarb L, Newman J. Protocolos de lactancia inducida. En: Newman J, Goldfarb L. *The Ultimate Breastfeeding Book of Answers*. New York: Three Rivers Press, 2003. 273-284.
7. Guerra Palmero M. La gestación subrogada: ¿autonomía o instrumentalización de la mujer? *Rev Bioét Derecho* 2017; 40: 33-50.
8. Congreso de la Nación Argentina. Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.994. Boletín Oficial de la República Argentina 2014; Suplemento del 8 de octubre. Artículo 562. En: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/actualizacion#15>; consultado mayo 2025.
9. Solari MC. La filiación en la gestación por sustitución. Comentario al fallo CSJN "S. I. N. c/ A., C. L.". En: <https://www.grupoprofesional.com.ar/blog/gestacion-por-subrogacion-en-la-doctrina-de-la-corte-derecho-y-realidad-dr-nessor-e-solari/>; consultado mayo 2025.
10. Frasquet R. La construcción de la maternidad como un proyecto autónomo: el caso de las madres solteras por elección a través de TRHA. Barcelona: Univ. de Barcelona; 2013, 173-81. En: <https://es.scribd.com/document/383214623/Frasquet-2013-La-Construccion-de-La-Maternidad-Como-Un-Proyecto-Autonomo-el-caso-de-las-madres-solteras-por-eleccion-en-Barcelona>; consultado mayo 2025.
11. UNICEF. Children born through surrogacy: A rights-based framework. Geneva: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022, p 1-3.