

Gestar lejos de casa: migración y mediación en la industria de la gestación subrogada en Georgia



Dirección publicación:

Beatriz San Román

Contenidos de este número:

Polina Vlasenko

Coordinación:

Victòria Badia

Maquetación:

Zenaida-Maria Andreica Gheorghe

Noticias y agenda:

Ana Cerezuela

Suscripción y contacto:

gr.afin@uab.cat

ISSN: 2013-2956

La gestación subrogada (también llamada gestación por sustitución) se ha convertido en una práctica que cruza fronteras. Cuando en un país está prohibida, es muy costosa o existen restricciones legales, muchas personas viajan a otros lugares donde la normativa es más permisiva o los precios más bajos. Pero no solo se desplazan quienes desean tener descendencia. En países como Georgia, también viajan las mujeres que van a gestar, reclutadas en otras regiones y trasladadas temporalmente para someterse a los tratamientos y completar el embarazo. Estos traslados no son viajes puntuales, sino estancias de varios meses, en ocasiones de hasta un año, organizadas por clínicas y agentes que gestionan visados, alojamiento y controles médicos. En este sentido, la gestación subrogada implica una forma particular de migración laboral vinculada a la reproducción.

La industria de la gestación subrogada en Georgia está profundamente arraigada en una red de intermediarios que gestionan el proceso de traslado de gestantes desde Asia Central a las clínicas del país. Estos intermediarios —incluidos agentes y personal médico— desempeñan un papel fundamental en la organización y control de la migración de las gestantes, sus procedimientos médicos y su bienestar emocional. Esta industria, marcada por complejas dinámicas de poder, solo puede funcionar con fluidez gracias a estas capas de mediación, que implican tanto trabajo logístico como emocional. Las



Embriólogo trabajando. Tiflis, 2024.

historias de Aissulu y Tamiris, entre otras, muestran cómo mujeres de Kazajistán y otros lugares se incorporan a la gestación subrogada no por altruismo, sino por necesidad económica, y cómo agentes como Valeriy e Indira gestionan y facilitan estos recorridos.

Georgia como nuevo destino reproductivo

El mercado de la gestación subrogada en Georgia experimentó un auge significativo tras la guerra en Ucrania, convirtiéndose en uno de los principales destinos para parejas internacionales que buscan gestantes. Sin embargo, la oferta local no pudo satisfacer la creciente demanda, lo que llevó a las clínicas a reclutar cada vez más mujeres de Asia Central —Kazajistán,



Estantería de la consulta de un médico especialista en fertilidad.
Tiflis, 2024.

Uzbekistán, Tayikistán y Kirguistán. Muchas de estas mujeres quedan excluidas de los programas de subrogación en sus países de origen debido a restricciones de edad, número de embarazos previos o antecedentes médicos como cesáreas. Por ejemplo, en Kazajistán las mujeres mayores de 35 años o con más de tres partos y antecedentes de cesárea no pueden actuar como gestantes, lo que empuja a mujeres como Aissulu a buscar oportunidades en el extranjero, donde la compensación es mayor y las regulaciones más flexibles.

Aissulu, una madre de tres hijos, de 38 años, procedente de Almaty (Kazajistán), es un ejemplo claro. Cuando nos encontramos en Tiflis, llevaba ya dos meses en Georgia, esperando una transferencia embrionaria exitosa tras dos intentos fallidos. “Este es el único trabajo que me permite ganar lo suficiente para mantener a mis hijos”, explicó. Su experiencia previa como gestante en Kazajistán le había permitido comprar una pequeña casa, pero tras el fin de su matrimonio y la acumulación de deudas, la subrogación en el extranjero le pareció la mejor opción. Fue emparejada con una

pareja china, reflejo de la creciente tendencia de clientes internacionales que acuden a Georgia en busca de gestantes.

Una vez aceptadas en el programa, las gestantes reciben una compensación según un sistema estructurado de pagos. El esquema comienza con una asignación diaria de 10 dólares antes de la transferencia embrionaria, y los pagos aumentan a medida que avanza el embarazo. El día de la transferencia, las gestantes reciben 300 dólares, seguidos de otros 300 cuando se detecta latido a las seis semanas, y pagos mensuales de 300 dólares durante el embarazo. La suma final de 17.000 dólares se abona tras el parto, aunque las mujeres mayores de 36 años, como Aissulu, reciben una compensación ligeramente menor. En caso de gemelos, en cambio, se añade una bonificación de 2.000 dólares. Para muchas gestantes, esta compensación supone una tabla de salvación: suficiente para dar la entrada de una vivienda, saldar deudas o iniciar pequeños negocios.



Edificio de apartamentos que proporciona alojamiento a las gestantes. Tiflis, 2024.

Indira, economista kazaja de unos 40 años, también esperaba su transferencia embrionaria en Tiflis. Tenía un hijo de 17 años en su país. Se mostró arrepentida por haber comenzado en la subrogación tan tarde —ya en la treintena—. Como muchas otras mujeres, solo se decidió a hacerlo cuando se encontró en una situación financiera desesperada: “Puedo ver que la subrogación es una mina de oro para Georgia, pero para las gestantes también es muy rentable. Todo el mundo viene aquí porque tiene un problema”. Tras completar dos acuerdos de subrogación para una pareja local en Kazajistán —primero gemelos y luego otro bebé— pasó a dedicarse al reclutamiento, utilizando anuncios en redes sociales para atraer posibles gestantes.

Mientras que agentes como Indira —que se limitan a remitir candidatas a las clínicas— ganan alrededor de 700 dólares por cada gestante que llega a la transferencia embrionaria, agentes como Valeriy (cuyo caso explicaré en la siguiente sección) pueden ganar hasta 2.000 dólares por gestante, dado que organizan el viaje, el alojamiento y la coordinación médica.

La maquinaria de la gestación subrogada

La organización y gestión de los programas de subrogación en Georgia es compleja y cuidadosamente coordinada. Como muchas otras en el país, la clínica donde realicé mis observaciones depende de una red de gestores y agentes para

facilitar el proceso. Cada uno de los seis gestores de la clínica es responsable de aproximadamente cincuenta gestantes, asegurándose de que acudan a sus citas médicas, sigan los protocolos requeridos y permanezcan en Georgia durante el embarazo. Una especialista en fertilidad, Tamila, supervisa a casi doscientas gestantes. La alta demanda ha provocado ocasionales escaseces de gestantes disponibles, dejando a algunas parejas en lista de espera.

Antes de que se produzca la transferencia embrionaria, la clínica debe presentar el contrato de subrogación, el protocolo embrionario y otra información relevante ante las autoridades georgianas. Esto garantiza que las gestantes queden legalmente vinculadas a las madres y padres de intención, que es como se denominan a quienes ponen en marcha el proceso para tener un bebé.

Tras el nacimiento, el certificado de nacimiento incluye únicamente los nombres de la pareja comitente, sin mención de la gestante, asegurando que esta no tenga la posibilidad de reclamar legalmente la filiación. Para que la criatura reciba pasaporte, las familias deben presentar varios documentos, entre ellos, el certificado de nacimiento georgiano con sus nombres, el “formulario 100” del hospital, el protocolo embrionario, el contrato de subrogación y documentación adicional según los requisitos de la embajada de su país.



Té compartido en el apartamento de las gestantes.
Tiflis, 2024

Aunque la ley georgiana no permite la subrogación para parejas homosexuales masculinas ni hombres solteros, algunas clínicas han encontrado formas de sortear estas restricciones. Según el personal médico, hombres homosexuales chinos contraen matrimonios ficticios con mujeres, a menudo de India, para superar los obstáculos legales. Estos matrimonios permiten cumplir el requisito legal de un año de matrimonio, posibilitando así el acceso al programa. Esto muestra cómo las clínicas se adaptan a marcos legales complejos, atendiendo la demanda internacional mientras navegan zonas grises morales y éticas.



Gestante recogiendo sus medicamentos.
Tiflis, 2024.

Lisa, otra agente que trabaja estrechamente con las gestantes, señala tensiones entre la clínica y las mujeres. En su opinión, muchas “esperan ser tratadas como VIP”, lo que incrementa los desafíos emocionales:

“Les explico todo, hablo con ellas, soy amable. Pero llegan y lo quieren todo ahora. No les gusta cómo se las trata —quieren ser tratadas como reyes—. Lo más difícil es comportarse bien con ellas, no perder la paciencia”.

Cuando una gestante quiso regresar a casa pese a sus obligaciones contractuales, recordó: “Dice que debo pedirle comida, taxi, billetes. En un

momento se fue dando portazos. El casero tuvo que enfadarse”.

El rol de Lisa también incluye asegurarse que las gestantes entren en el país sin problemas, pero a menudo surgen obstáculos en la frontera y a algunas mujeres se les deniega el acceso. Para evitarlo, la clínica debe proporcionar cartas oficiales de invitación. Lisa me explicó la siguiente situación:

“Una gestante no pudo entrar en Georgia, olvidó la carta. La enviaron a Turquía, donde pasó una semana, y luego debía volver, pero llegó tarde al vuelo. Es tonta. Tuve que comprarle los billetes otra vez”.

Sus comentarios muestran cómo las facilitadoras moldean las condiciones de la migración y reproducen dinámicas desiguales de poder.

Los contratos de subrogación: mucho que cumplir, poco que decidir

Los contratos de subrogación enumeran claramente las obligaciones de las mujeres, pero ofrecen poca protección frente a los riesgos para la salud o la autonomía en la toma de decisiones. En febrero de 2024 tuve acceso, en Tiflis, a uno de estos contratos, en el que se estipulaban las siguientes condiciones.

Las gestantes deben abstenerse de consumir alcohol, drogas, determinados medicamentos, así como de mantener relaciones sexuales durante el embarazo y realizar trabajos físicos pesados. Además, deben tomar únicamente los

medicamentos recetados, someterse a todas las pruebas y procedimientos necesarios (incluidos los controles de consumo de alcohol y drogas) y acudir a las visitas programadas en la clínica. Si se considera que el empleo supone un riesgo, deben dejar de trabajar, sin derecho a ninguna compensación adicional. Más allá de los términos del contrato, no pueden exigir el reembolso de gastos adicionales ni daños y perjuicios.

Toda la atención médica, incluida la transferencia de embriones, el seguimiento prenatal, el aborto y el parto, debe realizarse en clínicas elegidas por las familias de intención. Las gestantes no pueden decidir por sí mismas interrumpir o reducir un embarazo, a menos que este suponga un riesgo grave para su salud. El aborto a petición de las familias intencionales solo se permite si está legalmente autorizado, si está médicamente indicado o si ha sido acordado explícitamente por escrito por la gestante. Si el equipo médico prevé anomalías fetales, solo las familias intencionales deciden si continuar con el embarazo.

En casos de gestaciones múltiples, las gestantes están obligadas por contrato a dar su consentimiento para una reducción selectiva si así lo recomienda el equipo médico y lo solicitan las familias de intención. A petición de estas y por recomendación médica, están obligadas a someterse a una cesárea. Si se produce una pérdida del embarazo entre las



Ecografía de Indira.
Tiflis, 2024.

semanas 12 y 24, las gestantes reciben 500 dólares estadounidenses, mientras que las pérdidas entre las semanas 24 y 30 se compensan con 2000 dólares estadounidenses, a menos que la pérdida se considere culpa suya. En los casos en que la pérdida o el daño al feto se atribuya al incumplimiento de los términos del contrato por parte de la gestante, esta no solo deberá cubrir los gastos de las familias intencionales, sino también pagar una multa de 20 000 dólares estadounidenses.

Gestionar emociones y secretos

Agentes como Valeriy no solo reclutan gestantes en Asia Central para

trasladarlas a Tiflis: también median los aspectos emocionales y psicológicos del proceso. Así describe el reto de gestionar los estados emocionales de las mujeres:

“La parte más difícil es escuchar sus historias. Para estas mujeres, la subrogación representa un salto a un estrato social diferente. Compran una vivienda, pagan deudas —están sobreviviendo en sus países...—. Siempre tengo que pensar en sus temperamentos —esta tiene buen carácter, aquella otra mal carácter— y en su procedencia, porque eso también importa”.

En este contexto, los agentes no solo garantizan la gestión médica del proceso,

sino que actúan como mediadores emocionales, navegadores culturales y facilitadores empresariales. Equilibran las preocupaciones de las gestantes —muchas de las cuales se sienten aisladas y poco valoradas— con las demandas de clientes internacionales, manteniendo control sobre los movimientos y comportamientos de las gestantes.

Las gestantes suelen sufrir una enorme tensión emocional. Muchas pasan meses lejos de sus familias y algunas, como las dos gestantes que mencionaba Valeriy, huyeron de Tiflis y regresaron a Kazajistán por miedo a que sus familias descubrieran su trabajo. “Sus padres no saben dónde están”, explicaba Valeriy. “Hicieron las maletas, compraron los billetes y se marcharon. Sus transferencias de embriones estaban programadas para esa semana”.

Sin embargo, vivir en otro país también ha ayudado a algunas mujeres a mantener en secreto ante sus familias su trabajo como gestantes. Antes de venir a Georgia para un tercer contrato de subrogación, Dinara, madre soltera de un hijo, había completado dos acuerdos de subrogación en San Petersburgo para una pareja china y otra rusa, lo que le permitió comprar un apartamento en Kazajistán. Ninguno de los miembros de la familia o de las amistades de Dinara sabe que trabaja como gestante: les dijo que estaba empleada como niñera durante su estancia en Georgia. Dado que la migración laboral en el sector doméstico y



Gestantes en un apartamento alquilado por la clínica.
Tiflis, 2024.



Embrióloga trabajando. Tiflis, 2024.

de cuidados es habitual, nadie sospechó de su partida durante un período tan largo. Su hijo ha vivido con sus abuelos desde que nació, por lo que su ausencia de un año no suscitó ninguna preocupación.

Dinara admite que teme que sus familiares varones descubran su trabajo como gestante, ya que en su comunidad se considera religiosamente inadmisibles (*haram*) y moralmente vergonzoso (*uyat*):

“Si supieran la verdad, mi padre y mi hermano me matarían. Mi hermano mayor me repudiaría. Es muy religioso. La gente no lo entendería. En nuestra ciudad musulmana

creen que es un pecado. Piensan que estás vendiendo a tu propio hijo”.

Estas reacciones reflejan el estigma asociado a la subrogación como una violación del honor familiar y de la feminidad normativa, arraigado en el *uyat*, un marco moral central que regula los roles de género, la sexualidad y el comportamiento reproductivo en Kazajistán.

Dinara admitió que al principio sentía vergüenza: “Al principio me daba vergüenza, pero con el tiempo la vergüenza desapareció. Al fin y al cabo, estoy ‘gestando’ un apartamento para mi hijo. Las madres solteras lo necesitan para sus hijos y para la vivienda”. De este modo, Dinara mitigó el estigma al presentar la subrogación no como una transgresión moral, sino como una estrategia económica necesaria para asegurar vivienda y cumplir con sus responsabilidades como madre y principal sustento del hogar.

Vivir bajo supervisión

Además de los retos emocionales, las gestantes también deben lidiar con el estricto control que las clínicas ejercen sobre sus vidas. A la mayoría de ellas, se les exige que permanezcan en Georgia durante todo el embarazo, con la opción de “reubicación parcial”, que les permite regresar a casa entre las semanas 12 y 24-26.

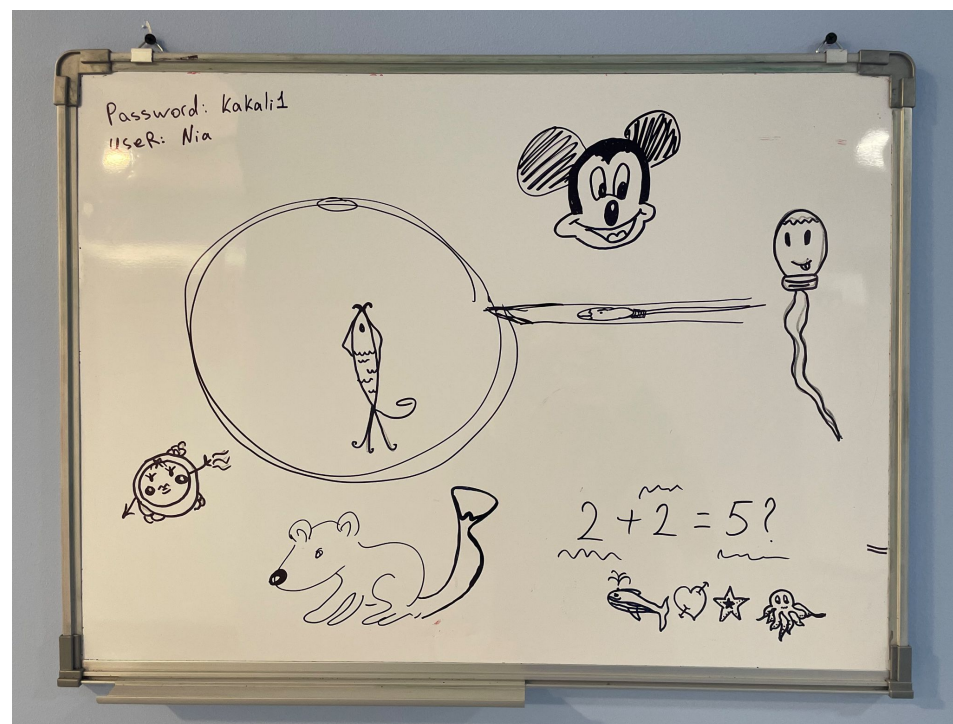
Para intentar que permanezcan en Georgia durante todo el embarazo, la

clínica reduce la compensación de aquellas que eligen la opción de “reubicación parcial”.

Muchas gestantes, a pesar de haber firmado contratos de “reubicación total”, expresan un fuerte deseo de visitar a sus familias durante el embarazo. Los esfuerzos disuasorios de la clínica hacia esta práctica a menudo conduce a conflictos, ya que las gestantes se sienten cada vez más aisladas y emocionalmente tensas por la prolongada separación de sus seres queridos.

Las mujeres que viajan a Georgia suelen vivir en pisos proporcionados por la clínica durante todo el embarazo, a menudo durante meses. Tamiris, por ejemplo, comparte piso con otra gestante de Asia Central en un edificio espacioso y recién renovado a las afueras de Tiflis. Tiene su propia cómoda habitación y comparte una gran cocina y un salón con su compañera de piso. Sin embargo, el aislamiento y el tiempo lejos de su familia les pasan factura. “Realmente parece unas vacaciones... Es muy aburrido. Descansas”, explica Tamiris, “pero también echo de menos a mi hija”.

Por otra parte, vivir juntas en pisos compartidos a menudo genera conflictos. Recibí varios mensajes de una gestante en los que me contaba cómo su compañera de piso le gritaba y daba portazos por desacuerdos sobre los hábitos de limpieza. Otra gestante que conocí tenía moretones y arañazos por



Pizarra en un laboratorio de FIV.
Tiflis, 2024.

una pelea física con su compañera de piso, provocada por una discusión sobre una taza sin lavar. Ambas mujeres temieron que las multaran por ello o las obligaran a seguir viviendo juntas, pero finalmente fueron separadas.

Las gestantes podían recibir una bonificación de 1.000 dólares por denunciar a compañeras de piso que infringieran las normas, incluidas las prohibiciones de fumar, beber o recibir visitas masculinas, lo que se entendía como una alusión a mantener relaciones sexuales. Este sistema de vigilancia fomentaba un clima de desconfianza, ya que las gestantes a veces se acusaban mutuamente de mal comportamiento para intentar forzar un traslado u obtener una recompensa económica.

Algunos agentes y miembros del personal de las clínicas expresan una preferencia por reclutar gestantes de Asia Central, a quienes describen como más fáciles de

gestionar, ya que estas mujeres se alojan en apartamentos alquilados donde pueden ser controladas más estrictamente que las locales. También son presentadas como más comprometidas con lograr un embarazo exitoso.

Esta fiabilidad percibida suele contrastarse con los relatos sobre gestantes georgianas, a quienes el personal describe como mujeres que pueden cambiar de clínica para someterse a múltiples transferencias embrionarias con el fin de cobrar los 300 dólares correspondientes a cada una, sin tomar la medicación necesaria para sostener el embarazo y, en algunos casos, presuntamente cancelando ciclos o incluso provocando la interrupción del embarazo. Como explica Tamila:

“Todas mis gestantes son extranjeras, de Kazajistán o

Kirguistán, porque confiamos más en ellas. Las gestantes locales van de clínica en clínica, cobrando los 300 dólares por la transferencia sin tomar la medicación necesaria para mantener el embarazo o cancelando deliberadamente. Se ha convertido más en una forma de ganar dinero rápido que en un intento de llevar un embarazo adelante. Las mujeres del extranjero están interesadas en el resultado. Saben a lo que vienen”.

Tener que compartir piso, aunque puede ser una fuente de tensión, también facilita la formación de amistades profundas. Muchas gestantes vuelven a conectar con mujeres que habían conocido en programas de subrogación anteriores, en Rusia o en otros lugares, y estos lazos a menudo se extienden más allá de su estancia en Georgia.

Dinara, por ejemplo, fue introducida en su actual programa de subrogación en Tiflis por Rosa, con quien había entablado amistad durante programas anteriores en San Petersburgo. En aquella época, vivían en una gran casa junto a otras cuarenta mujeres y sus hijos e hijas, lo que contrasta con las condiciones de vida más íntimas de Georgia, donde solo dos o cuatro mujeres comparten un apartamento. Actualmente, Rosa vive en Georgia con su hija de siete años y trabaja como gestante, además de como esteticista ofreciendo servicios de manicura y peluquería a otras gestantes en el edificio donde reside.



Mural en la consulta de un médico especialista en fertilidad. Tiflis, 2024.

Gestantes y familias: una distancia diseñada

La comunicación directa entre las gestantes y las familias de intención es poco frecuente, ya que las clínicas y los agentes temen que las gestantes puedan pedir una compensación adicional o que los padres se involucren demasiado en el proceso. La directora de agencia, Nino, relató cómo tradujo deliberadamente la petición de una gestante —que pedía fruta del dragón y caviar— como “tomate” ante la familia de intención para mantener una imagen de modestia:

“Me alegra que no entiendan inglés... decía que el bebé se movía cuando comía fruta del dragón y caviar, y yo simplemente traduje: ‘Tomate’”.

Nino también describió la dificultad de contener las demandas de las gestantes:

“Una vez que llevan tu bebé, empiezan a pedir cosas... intento resolver sus problemas, pero por contrato no podemos solicitar ni un céntimo adicional”.

Esta falta de comunicación a menudo da lugar a malentendidos. Por ejemplo, una pareja estadounidense que recientemente tuvo gemelos mediante subrogación expresó su frustración por no poder agradecer a la gestante, ya que había sido dada de alta antes de que llegaran. Más tarde, la gestante me dijo que pensaba que la pareja era desagradecida. Cuando le dije que

habían intentado ponerse en contacto con ella, no me creyó.

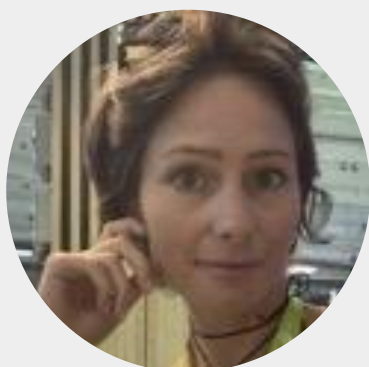
En otro caso, una pareja estadounidense se enteró de que la ecografía de las 20 semanas de su gestante revelaba un latido cardíaco irregular en el feto. Querían hablar con la gestante para ofrecerle su apoyo, pero el agente les prohibió hacerlo, por temor a que el estrés afectara negativamente al embarazo.

Conclusión

La industria de la subrogación en Georgia está profundamente mediada por agentes, clínicas y las propias gestantes, lo que crea una compleja red de poder, control y trabajo emocional. Para gestantes como Aissulu, la industria ofrece una salida a las dificultades económicas, pero también impone cargas físicas y emocionales. Para agentes como Valeriy e Indira, su función no es solo reclutar, sino también gestionar las dificultades personales de las gestantes que se encuentran lejos de sus hogares y familias. En última instancia, el sistema se nutre del trabajo de las mujeres de Asia Central, cuya participación viene determinada por las condiciones socioeconómicas de la migración laboral y la falta de oportunidades en sus países de origen.

Sin embargo, aunque su trabajo está estrictamente disciplinado a través de protocolos médicos, contratos y estrictas expectativas de comportamiento, no son reconocidos plenamente como trabajadores y reciben protecciones limitadas y solo una parte marginal del valor que crean.

Sobre la autora



Polina Vlasenko

Doctora en Antropología Médica por Indiana University, trabaja en la intersección entre la economía política feminista y los estudios de ciencia y tecnología (STS). Su investigación se centra en el trabajo reproductivo transnacional y las tecnologías de reproducción asistida (TRA), analizando cómo la donación de óvulos y la gestación subrogada se organizan y legitiman en contextos postsocialistas. A partir de un trabajo etnográfico de larga duración en Ucrania, Georgia y Kazajistán (2015–2024), que incluye observación participante en clínicas y agencias de fertilidad, así como entrevistas con donantes, gestantes y profesionales médicos, examina cómo los servicios reproductivos se enmarcan como trabajo remunerado más que como altruismo, y cómo las clínicas organizan y gobiernan cadenas de suministro transnacionales que desplazan óvulos, donantes y gestantes a través de paisajes geopolíticos y económicos desiguales. Al centrarse en las perspectivas de las mujeres, su trabajo muestra cómo ellas navegan las responsabilidades de sostén económico, la maternidad y la precariedad laboral en el contexto de la reestructuración postsocialista. Actualmente es Marie Skłodowska-Curie Actions (MSCA) Fellow en la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), donde estudia la valoración y circulación de óvulos de donantes ucranianas en Europa. Previamente, ocupó una posición posdoctoral en la University of Oxford en el proyecto *Reproductive Mobilities in Central Asia*, donde llevó a cabo una investigación sobre cómo las infraestructuras migratorias y los regímenes de gobernanza regulan el trabajo transfronterizo de gestantes móviles en el corredor Asia Central-Georgia. Su trabajo ha sido publicado en *Medical Anthropology*, *Science, Technology & Human Values* in *BioSocieties*. Actualmente desarrolla un libro con *Rutgers University Press* sobre la economía política de la circulación global de óvulos de donantes ucranianas, en el que analiza cómo bancos locales de óvulos se han convertido en proveedores clave de ovocitos vitrificados a nivel mundial y cómo la guerra en Ucrania ha reconfigurado las cadenas transnacionales de suministro reproductivo.

Para ver



Ketevan Vashagashvili (2025)

9-Month Contract

Georgia, 80 min

Un documental ambientado en Georgia que sigue a una madre soltera que trabaja como gestante subrogada, explorando la dignidad, la necesidad económica y las realidades de la industria de la subrogación. La película ofrece un retrato íntimo del trabajo reproductivo en el contexto georgiano y refleja las desigualdades globales que configuran la reproducción transnacional.



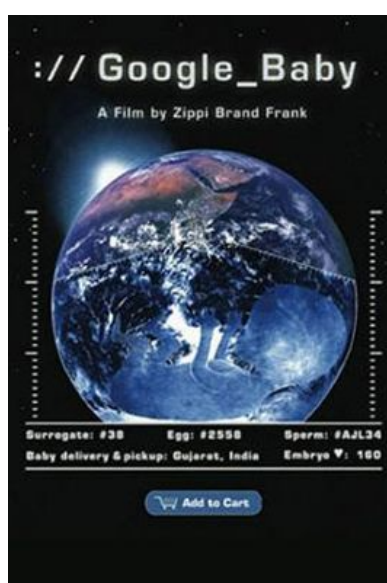
Rebecca Haimowitz y Vaishali Sinha (2010)

Made in India: A Film About Surrogacy

Estados Unidos, 95 min

Esta película sigue a una pareja estadounidense y su gestante india, destacando las dimensiones emocionales, éticas y económicas de la subrogación transnacional. Ofrece una narrativa desde múltiples perspectivas, incluyendo la familia de la gestante y los padres intencionales, mostrando la complejidad de los acuerdos reproductivos globales.

[Ver trailer](#)



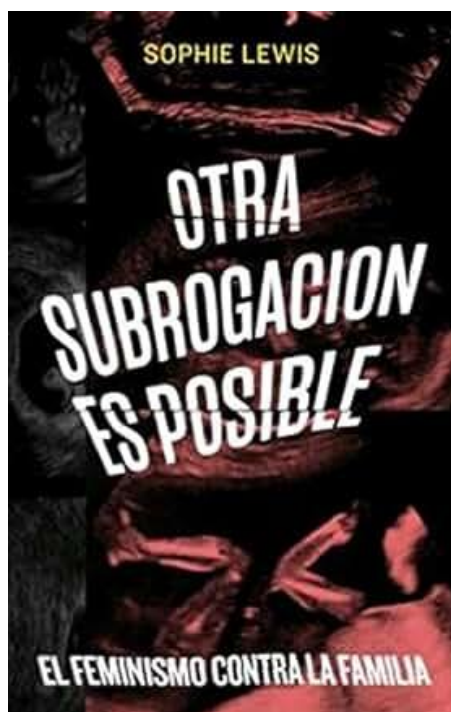
Zippi Brand Frank (2009)

Google Baby

Israel, 59 min

Este documental examina las cadenas globales de subrogación y la comercialización de la reproducción, conectando a padres intencionales, clínicas y gestantes a través de fronteras. Destaca cómo los servicios reproductivos se organizan mediante redes transnacionales y plantea cuestiones sobre externalización, ética y lógicas de mercado.

Para leer

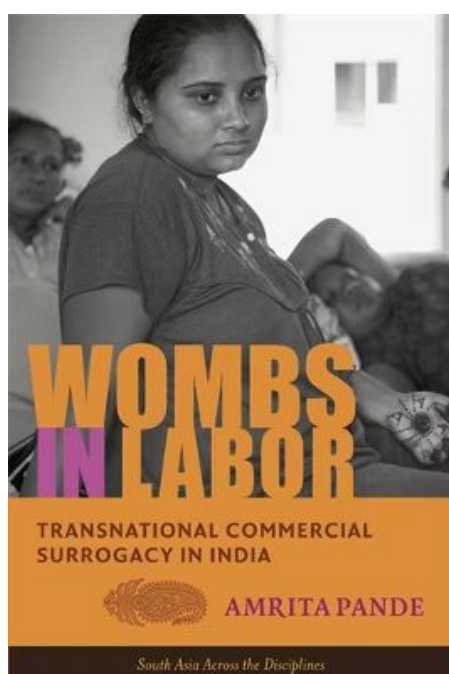


Sophie Lewis (2019)

**Otra subrogación es posible:
El feminismo contra la familia**

Bellaterra Edicions

Una intervención feminista crítica que replantea la subrogación como trabajo reproductivo y cuestiona las ideas tradicionales de familia, parentesco y maternidad biológica. Lewis sitúa la subrogación dentro de debates más amplios sobre la reproducción social y el capitalismo, proponiendo una reinención radical del cuidado y la responsabilidad colectiva.

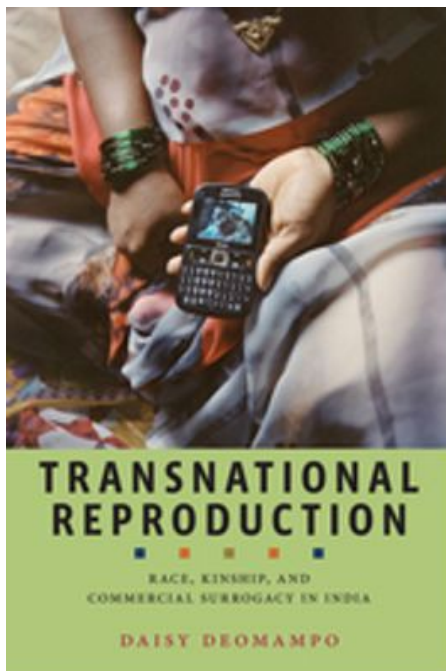


Amrita Pande (2014)

**Wombs in Labor:
Transnational Commercial Surrogacy in India**

Columbia University Press

Una etnografía influyente que examina las condiciones laborales de las gestantes, su agencia y la economía política de la subrogación comercial en la India. Pande muestra cómo las clínicas disciplinan y gestionan a las trabajadoras reproductivas mientras las mujeres reclaman dignidad e identidad profesional a través de su participación.

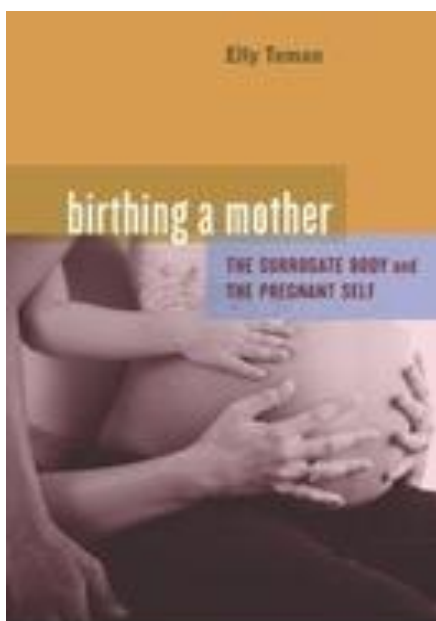


Daisy Deomampo (2016)

**Transnational Reproduction:
Race, Kinship, and Commercial Surrogacy in India**

New York University Press

Un estudio sobre cómo la raza, el parentesco y las desigualdades globales configuran los acuerdos de subrogación comercial y los mercados reproductivos. Deomampo analiza cómo los padres intencionales seleccionan donantes y gestantes, revelando cómo las jerarquías raciales y las expectativas culturales están integradas en las tecnologías reproductivas.



Elly Teman (2010)

**Birthing a Mother:
The Surrogate Body and the Pregnant Self**

University of California Press

Un estudio antropológico de la subrogación gestacional en Israel, centrado en la experiencia corporal y las relaciones entre gestantes y madres intencionales. Teman demuestra cómo los acuerdos de subrogación se estructuran cuidadosamente para separar la maternidad genética, gestacional y social, transformando las ideas de parentesco.

Noticias

AFIN



El riesgo en el inicio del embarazo

Ha salido publicado en la revista *Social Science and Medicine* el artículo:

"Dialogues of obstetric risk in the first trimester of pregnancy: Insights from a hospital ethnography", de Ana Cerezuela González, Carolina Remorini y Diana Marre.

Este trabajo analiza la consulta de cribado de riesgo del primer trimestre como un espacio social complejo donde el riesgo obstétrico no solo se calcula médicamente, sino que se construye y negocia entre profesionales de la salud y mujeres embarazadas.

A través de una etnografía hospitalaria, el estudio explora cómo este momento da forma a la toma de decisiones en obstetricia. La investigación destaca la coexistencia entre la evaluación técnica del riesgo y los significados sociales y

emocionales del primer encuentro con el futuro bebé.

Esta contribución es fruto de los proyectos desarrollados en el Grupo AFIN en el ámbito de la salud reproductiva, en el marco de la red RICORS-SAMID.

El artículo está disponible [en este enlace](#).

Seminarios AFIN 2026:

Riesgo y salud sexual y reproductiva

Empieza el ciclo de Seminarios AFIN 2026, para reflexionar sobre el concepto de riesgo en salud sexual y reproductiva. El ciclo, de carácter presencial, incluye ocho seminarios que combinarán exposiciones de investigadoras nacionales e internacionales con espacios de diálogo con las personas participantes. Además, contempla tres talleres formativos dirigidos específicamente a estudiantes de doctorado del Departamento de Antropología de la UAB.

A lo largo del ciclo se abordarán los retos actuales del concepto de riesgo en distintos ámbitos de la salud sexual y reproductiva, como el embarazo, la edad reproductiva de las mujeres, las intimidades digitales, la alimentación, la comunicación sobre sexualidades y reproducción con infancias y adolescencias y la producción de imágenes fetales.

En el Departamento de Antropología de la UAB tendrán lugar las siguientes ponencias acreditables como actividades formativas del programa de doctorado en Antropología:

**SOCIAL
SCIENCE
&
MEDICINE**
an international journal

- “Escribir para publicar: riesgos, decisiones y estrategias”, de Estel Malgosa (AFIN-UdG), el 5 de marzo de 2026 de 16:00-18:00.
- “El arte de preguntar sin riesgos”, de Alexandra Desy (AFIN-Roma Tre), el 16 de abril de 2026 de 16:00-18:00.
- “Transforming voices: producción audiovisual y transferencia antropológica”, de Miguel Gaggiotti (AFIN-University of Bristol), el 21 de mayo de 2026 de 16:00-18:00.

En el Centro AFIN se celebrarán también:

- “El riesgo a partir de la imagen fetal”, de Giulia Colavolpe (AFIN-UAB), el 19 de marzo de 2026 de 16:00-18:00.
- “La condición crónica del riesgo reproductivo”, de Ana Cerezuela (AFIN-UAB), el 26 de marzo de 2026 de 16:00-18:00.
- “El riesgo de nacer antes de tiempo”, de Carolina Remorini (AFIN-UAB), el 9 de abril de 2026 de 16:00-18:00.
- “¿Qué entendemos por riesgo en salud?”, de Diana Marre (AFIN-UAB), el 30 de abril de 2026 de 16:00-18:00.

El ciclo cuenta con el apoyo del Proyecto RD24/0013/0003 de la red RICORS: *Red Española de investigación en Salud materna, neonatal y desarrollo infantil*, dirigido por la Dra. Elisa Llurba, (Hospital de Sant Pau) y coordinado en la UAB por Diana Marre, así como del programa de Doctorado en Antropología Social y Cultural y de la Facultat de Filosofia i Lletres.

Cine-fórum sobre las pérdidas gestacionales del primer trimestre

El próximo 21 de abril a las 13:00 h, en la Sala de Cine de la UAB (campus de Bellaterra), tendrá lugar “Voces en resonancia: relatos audiovisuales, debate interdisciplinario y reflexión colectiva sobre la pérdida gestacional temprana”, una actividad organizada por el Grupo AFIN.



Se trata de una actividad gratuita y abierta al público general, especialmente dirigida a estudiantes y profesorado de grado, máster y doctorado de disciplinas sociales y de la salud, así como a profesionales sanitarios.

La actividad consistirá en la proyección de tres series de cortometrajes audiovisuales basados en relatos de mujeres que han vivido pérdidas gestacionales tempranas, bajo la dirección artística de Miguel Gaggiotti y producidas en el marco del proyecto *Pérdidas gestacionales tempranas: derribando tabúes, creando puentes, sumando voces*, dirigido por Carolina Remorini y financiado por el Instituto de las Mujeres, y del proyecto *Pérdidas reproductivas precoces: del malestar físico y emocional invisible al posible duelo personal, familiar y social*,

financiado por la Fundación “la Caixa” y dirigido por Diana Marre, María José Rodríguez Jaume y Elisa Llurba.

Junto con la proyección se celebrará una mesa de personas expertas invitadas para comentar y debatir los cortometrajes junto con las investigadoras del proyecto y el director de las series, y se abrirá un espacio de intercambio y debate con el público.

Las series ya están publicadas [en el canal de YouTube de AFIN](#) y cuentan con subtítulos en 10 idiomas.

Esta actividad se lleva a cabo con el apoyo de la Facultat de Filosofia i Lletres de la UAB y de la red RICORS-SAMID, financiada por el Instituto de Salud Carlos III. Próximamente se publicará más información en la web de AFIN.

Nueva serie de *Conversaciones AFINes*, el pódcast de AFIN

Ya está disponible la Serie 7 del pódcast *Conversaciones AFINes*, titulada "Nacer antes de tiempo: una mirada antropológica a la vida, el cuidado y la tecnología", producida por AFIN, en [Spotify](#) e [Ivoox](#).

Esta serie consta de 8 episodios y está coordinada y producida por Carolina Remorini y Paula Martone, investigadoras de AFIN (Universitat Autònoma de Barcelona). Cuenta con la colaboración de BCNatal (Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu) y el apoyo de la red RICORS-SAMID (RD24/0013/0003).



En ella conversamos con antropólogas, trabajadoras sociales, neonatólogas, obstetras, fisioterapeutas, musicoterapeutas y madres de bebés prematuros. A partir de estas entrevistas, proponemos una reflexión desde la antropología de la salud sobre los retos del cuidado y la atención de los bebés prematuros, y en particular, de los prematuros extremos, para comprender la importancia que pueden tener estos cuidados en relación con posibles riesgos para su supervivencia, bienestar y desarrollo posterior. También reflexionamos sobre el impacto que estos cuidados implican en el bienestar de las personas que cuidan a estos bebés durante su gestación y después de su nacimiento, ya sean sus madres, padres, otros familiares o el personal sanitario.

Conversaciones AFINes es un pódcast que busca acercar a la ciudadanía debates e investigaciones científicas que nos ayuden a entender mejor el mundo contemporáneo. Hablamos de salud, reproducción, sexualidad y familias desde la perspectiva de la antropología social y de la salud.

AFIN en el CoCA 2026

El pasado 29 de enero AFIN participó en el 4t Congrés Català d'Antropologia (CoCA) con el simposio “Antropología y salud en Catalunya: sexualidades, reproducción y crianza”, coordinado por Bruna Alvarez y Carolina Remorini.

El simposio reflexionó sobre los retos de la antropología para comprender los cuerpos, las sexualidades y los procesos de reproducción y crianza como ámbitos atravesados por relaciones sociales, económicas y políticas. Ante los desafíos teóricos, metodológicos y éticos actuales, se subrayó la necesidad de incorporar profesionales de la antropología en los equipos sanitarios y de considerar las movilidades reproductivas, las redes de apoyo, los cuidados, la sexualidad, la infancia y la crisis medioambiental en las decisiones y experiencias de las personas gestantes.

Las integrantes del Grupo AFIN participaron en este simposio con las siguientes comunicaciones:

- “Viajar para ser madre ‘tardía’: experiencias de reproducción transfronteriza”, de Alexandra Desy.
- “Què interessa als infants sobre la sexualitat? Una exploració de narratives i preguntes de nens i nenes d'escoles de primària a Catalunya”, de Estel Malgosa Gasol.
- “No hay tal cosa como un ‘niño sano’. Una lectura etnográfica de las revisiones pediátricas en centros de



atención primaria en Catalunya”, de Carolina Remorini y Camille Roperch.

- “Movilidades reproductivas desde el Reino Unido a España”, de Bruna Álvarez.
- “Las pérdidas gestacionales de primer trimestre en el sistema catalán de salud”, de Giulia Colavolpe-Severi y Ana Isabel Sánchez Larrosa.
- “La salud reproductiva a través del género y el cuidado: experiencias urbanas del riesgo ambiental y estrategias maternas de cuidado en Barcelona”, de Ana Cerezuela.

Asimismo, el simposio contó con la participación de investigadoras e investigadores de la Universitat de Barcelona y de la Universitat Rovira i Virgili, y con una audiencia con la que se compartieron preguntas y debates.

Más detalles [en este enlace](#).