

Primer nacimiento por subrogación uterina en Uruguay: reporte de caso, análisis de acceso en Uruguay y principales consideraciones en su asistencia

Lucía Abulafia^{1*} , Liliana Grattarola¹ , Marisa Dellepiane¹ 

¹Centro Esterilidad Montevideo, Montevideo, Uruguay

Recepción: 23-10-2025

Aceptación: 17-03-2026

*Correspondencia: Lucia Abulafia. luciaabulafia@gmail.com

Resumen

Luego de 12 años de aprobación de la Ley de Reproducción Asistida en Uruguay, se concretó con éxito el primer nacimiento por subrogación uterina en el país¹. El caso corresponde a una paciente con agenesia uterina en el contexto de un síndrome de Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser (MRKH)^{2,3}. Al momento de la consulta, tenía 39 años y presentaba baja reserva ovárica, por lo que se realizó el tratamiento con óvulos donados y semen de su pareja.

El embarazo se desarrolló sin complicaciones y nació un niño sano por vía cesárea a las 39 semanas de gestación. La gestación por sustitución es un tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad que, aunque se practica en diferentes países, presenta una gran diversidad en sus condiciones y características⁴. Es un tema que interpela el concepto de maternidad desde los puntos de vista social, religioso, ético y legal.

Este artículo relata el primer caso de nacimiento mediante esta técnica en Uruguay y analiza algunos de los múltiples aspectos de este tema complejo.

Palabras clave: Subrogación uterina. Tratamientos de reproducción humana asistida. Síndrome de Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser. Legislación sanitaria en Uruguay. Fertilización *in vitro*.

Introducción

Los tratamientos de reproducción humana asistida (TRHA) tienen por objetivo ayudar a las y los pacientes a satisfacer sus proyectos familiares, respetando sus creencias e historias individuales. Desde el nacimiento de la primera niña concebida mediante una fertilización *in vitro* en Inglaterra en 1978, pasaron 12 años para que naciera la primera niña concebida mediante estas técnicas en Uruguay en 1990^{5,6}.

En estas últimas décadas, la tecnología involucrada en los tratamientos de reproducción humana asistida ha evolucionado notablemente: desarrollo farmacológico, avances en el laboratorio de embriología,

mejoría en las técnicas de criopreservación de embriones y gametos, estudios genéticos preimplantacionales, estudios endometriales e incorporación de la inteligencia artificial^{7,8}.

Uruguay no se ha quedado atrás en esta carrera tecnológica. Por el contrario, es un país pionero y un ejemplo en la región en cuanto a legislación y accesibilidad universal a los tratamientos de reproducción humana asistida con resultados de excelencia. Desde el 29 de noviembre de 2013 cuenta con la Ley N.º 19.167, que regula las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente, así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realizan¹.

Más de una década después, nació el primer niño por subrogación uterina en el marco de la ley y con subvención económica del Fondo Nacional de Recursos. A continuación, se presenta el caso clínico, su resolución y algunas consideraciones médico-legales y bioéticas.

Se cuenta con el consentimiento de los pacientes para la elaboración del presente manuscrito.

Presentación del caso

En 2021, V.M., mujer de 39 años, en pareja desde el año 2000 con L.M., de 41 años, consultó por deseo reproductivo. Había sido diagnosticada en la adolescencia con síndrome de Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser en el contexto de amenorrea primaria, sin otros antecedentes destacables^{2,3}.

Los estudios al momento de la consulta revelaron elementos de baja reserva ovárica (BRO): hormona antimülleriana de 0,8 ng/ml y recuento folicular antral de 2 microfolículos^{9,10}. El espermograma de la pareja presentaba valores dentro de los parámetros normales. Dados los elementos de BRO, la edad de la paciente y el diagnóstico de MRKH, se planteó realizar un TRHA de alta complejidad. De común acuerdo con los pacientes, se decidió realizar el procedimiento con óvulos donados, semen de la pareja y gestación subrogada.

Tal como establece la Ley N.º 19.167, se solicitó evaluación a la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida del Ministerio de Salud Pública (MSP) para realizar el procedimiento con una de las hermanas de la paciente, y el caso fue aprobado¹.

Se realizó el tratamiento con óvulos donados y espermatozoides del cónyuge en el laboratorio del Centro de Esterilidad Montevideo (CEM). Se generaron cinco blastocistos de excelente calidad, que se vitrificaron para una transferencia en diferido.

Antes de la transferencia embrionaria, por razones personales la hermana candidata a gestar dejó de estar disponible y el tratamiento quedó suspendido.

A comienzos de 2024, otra hermana de la paciente, S.M., de 25 años, aceptó ser candidata a gestante. Se solicitó una nueva evaluación a la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida del MSP para realizar el procedimiento con esta nueva candidata, y fue aprobado.

La candidata presentaba el antecedente de una cesárea cinco años antes y obesidad al momento de la consulta, por lo que inició un plan nutricional para alcanzar un índice de masa corporal de 30, con el cual inició el tratamiento.

En octubre de 2024 se realizó la monitorización ecográfica del desarrollo endometrial en un ciclo natural,

y se constató un endometrio trilaminar de 10 mm en el día 14 del ciclo. Se inició suplementación con progesterona micronizada 400 mg por vía vaginal, mañana y noche, como soporte de fase lútea.

Se realizó la transferencia embrionaria bajo control ecográfico por vía abdominal, sin incidentes. Se mantuvo el soporte de fase lútea y, a los 12 días, se confirmó el embarazo.

El control obstétrico se realizó en el Hospital de Tacuarembó con un equipo multidisciplinario que incluyó a una ginecoobstetra, una partera, una psicóloga y una nutricionista. El embarazo transcurrió sin complicaciones materno-fetales.

Se finalizó la gestación a las 39 semanas por vía cesárea electiva, de común acuerdo entre la gestante y el equipo asistencial ginecoobstétrico y neonatológico. Nació un varón de 3.610 g, con Apgar de 9/10, que permaneció en alojamiento conjunto con sus padres. Si bien se estimuló la lactancia con el objetivo de favorecer el apego, la nutrición del recién nacido se realizó con fórmula.

El puerperio de la gestante transcurrió sin complicaciones. Se alojó en una habitación individual y se indicó supresión farmacológica de la lactancia en el puerperio inmediato. Fue dada de alta a domicilio sin complicaciones a las 48 horas. El seguimiento clínico y psicológico durante las semanas siguientes fue favorable.

Discusión

El síndrome de Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser es una anomalía congénita del tracto genital femenino, con una incidencia estimada de 1 por cada 5.000 mujeres. Se caracteriza por aplasia mülleriana con cariotipo femenino normal (46, XX), genitales externos y caracteres sexuales secundarios normales, con agenesia o aplasia del útero y de los dos tercios superiores de la vagina. El diagnóstico suele realizarse en la adolescencia ante la presencia de amenorrea primaria².

Desde el punto de vista reproductivo, estas pacientes requieren asesoramiento temprano y acompañamiento respecto de las alternativas disponibles. En Uruguay, las opciones se limitan a la gestación subrogada y la adopción¹.

La gestación subrogada implica la gestación de embriones sin vínculo genético con la gestante. Desde una perspectiva evolutiva e inmunológica, los embarazos alogénicos se asocian con un mayor riesgo materno, especialmente de preeclampsia^{4,11}.

En cuanto a los ovocitos, para la toma de decisiones se deberá considerar la edad de la paciente y su reserva ovárica (RO). En este caso, la paciente presentaba

elementos de BRO y edad avanzada, lo cual llevó a la decisión de realizar un TRHA de alta complejidad con óvulos donados. En otros casos en los que la mujer sea más joven y presente buena RO podría usar sus propios óvulos o recurrir a la vitrificación de ovocitos como estrategia si quisiera diferir la maternidad¹².

Se evaluó el factor masculino, y se constataron características suficientes y aptas para la fertilización *in vitro* (FIV).

La candidata a gestante fue evaluada integralmente antes del tratamiento —medicina general, ginecología, nutrición y psicología— para mejorar sus condiciones clínicas con vistas a un desenlace sin complicaciones.

Potenciales riesgos maternofetales en embarazos por subrogación

La medicina reproductiva actual permite que una mujer geste embriones sin vínculo genético, como ocurre en la donación de óvulos y la gestación subrogada. Sin embargo, el embarazo humano evolucionó para sostener embriones parcialmente relacionados con la madre. Desde una perspectiva evolutiva, los embarazos alogénicos presentan un mayor riesgo materno, especialmente de preeclampsia, incluso al controlar factores como la edad, la FIV o la gestación múltiple, y aun en gestantes sanas y fértiles. Este mayor riesgo se atribuye a un desafío inmunológico incrementado por la menor compatibilidad genética maternofetal, que intensifica el conflicto evolutivo entre la madre y el embrión. La evidencia sugiere que cuanto mayor es la cercanía genética, menor es el riesgo. Estos embarazos también se asocian con microquimerismo, con intercambio bidireccional de células genéticamente ajenas⁴.

Se plantea que las gestantes subrogadas presentan un riesgo más alto de morbilidad materna severa (7,8%) comparado con los embarazos por concepción natural (2,3%) y por FIV (4,3%), con mayores tasas de hipertensión, hemorragia posparto y parto pretérmino¹¹.

Para el recién nacido, los embarazos por subrogación se asocian con una mayor incidencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer y necesidad de internación en unidades de cuidados intensivos neonatales, riesgos frecuentemente vinculados con trastornos placentarios y con interrupciones iatrogénicas del embarazo secundarias a complicaciones maternas. Estos resultados adversos han sido descritos tanto en estudios específicos de subrogación como en la literatura sobre embarazos por donación de ovocitos, considerados un modelo biológico comparable¹¹.

En conjunto, la evidencia disponible indica que la gestación subrogada no es un proceso biológicamente

neutro y requiere evaluación, información y seguimiento clínico equivalentes a los de un embarazo de mayor riesgo.

En este caso, se suman otros dos factores de riesgo obstétrico-perinatal específicos en la gestante: el antecedente de cesárea y la obesidad.

La cesárea previa constituye un factor de riesgo relevante en embarazos posteriores, incluida la gestación subrogada. El principal riesgo es la rotura uterina, cuya incidencia durante el trabajo de parto tras una cesárea se estima en el 0,5–0,9%, y aumenta significativamente con un intervalo intergenésico corto, la inducción del trabajo de parto y las cicatrices uterinas no transversas¹³.

La evidencia indica que un intervalo intergenésico <18 meses, especialmente <12 meses, se asocia con un mayor riesgo de rotura uterina, probablemente por cicatrización miometrial incompleta. Un intervalo de ≥ 18–24 meses, como en este caso, en el que fue de 5 años, reduce de forma consistente este riesgo y se asocia con mejores resultados maternos y neonatales. En el contexto de la gestación subrogada, estos factores refuerzan la necesidad de una selección y un seguimiento obstétrico estrictos^{13,14}.

Por último, pero no menos importante, la obesidad en la gestante subrogada se asocia con un aumento significativo del riesgo obstétrico, similar al observado en embarazos no subrogados, pero con implicancias particulares por tratarse de una gestación para terceros. Se ha demostrado una mayor incidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, tromboembolismo venoso, cesárea y complicaciones anestésicas, así como de hemorragia posparto e infecciones en las embarazadas con obesidad. Para el recién nacido, la obesidad materna se vincula a macrosomía, parto traumático, ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales y mayor morbilidad neonatal. En el contexto de la subrogación, la obesidad constituye un criterio clínico relevante de exclusión o restricción, dado que incrementa riesgos prevenibles y potencialmente graves para la gestante y el neonato^{11,14}.

Se informó tanto a los padres intencionales como a la gestante subrogada sobre los potenciales riesgos y la importancia de un control obstétrico cercano y multidisciplinario. El embarazo y el nacimiento transcurrieron sin complicaciones para la embarazada ni para el recién nacido.

Consideraciones religiosas, éticas y legales

Los TRHA y, en particular, la gestación por sustitución parecen ser ideas recientes, pero pueden encontrarse referencias a esta práctica en el Antiguo Testamento, cuando Sarah, esposa de Abraham no logra concebir y pide a su esposo que sea su sierva egipcia Agar¹⁵

quien lleve adelante la gestación, en lo que sería el primer reporte de caso de gestación subrogada tradicional de la historia. Esta no es la única referencia en textos religiosos: según la tradición hindú jainista, Sakra, soberano de los dioses, intervino al constatar que Mahavira había sido concebido por Devananda, de una casta no aceptada, y ordenó transferir el embrión al útero de Trisalá, esposa del rey Siddhartha y miembro de una casta legítima. Este relato ha sido interpretado como una temprana alusión mitológica a la transferencia embrionaria y a la gestación por sustitución¹⁶.

En el terreno religioso contemporáneo, la Iglesia Católica se opone firmemente a todos los TRHA¹⁷. En el judaísmo, la gestación subrogada no está prohibida¹⁸. El islam no acepta la subrogación, ya que considera el embarazo como fruto de un matrimonio legítimo¹⁹. En la religión budista no se prohíbe la gestación subrogada y se tienen en cuenta los lazos familiares y las consideraciones morales para su desarrollo²⁰. Para el hinduismo, los TRHA y la gestación subrogada son aceptados debido a su concepción de la infertilidad como una maldición, y su alivio a través de cualquier medio constituye un esfuerzo divino²¹.

En el caso de Uruguay, al ser un Estado laico, no presentan conflictos respecto de este punto.

El primer reporte de un nacido vivo por subrogación se registró en Estados Unidos en abril de 1986^{22,23} con el caso "Baby M" y la extensión de esta TRHA demoró más de una década en replicarse en el mundo, principalmente por razones éticas, religiosas y legales, que son muy diversas.

El caso "Baby M", ocurrido en Nueva Jersey en 1986, fue el primer gran litigio en Estados Unidos sobre la subrogación uterina y marcó un precedente legal. Involucró a una mujer que aceptó ser inseminada con esperma del padre de intención, en un acuerdo de subrogación tradicional (en el que la subrogante aporta el óvulo y lleva adelante la gestación), y luego entregaría el recién nacido a él y a su esposa. Tras el nacimiento, la gestante cambió de opinión, retuvo a la niña y se desató una disputa judicial. En 1987, un tribunal validó el contrato y otorgó la custodia a los padres intencionales, pero en 1988 la Corte Suprema del estado declaró ilegal e inejecutable la subrogación comercial, restauró los derechos parentales de la gestante y mantuvo la custodia en los padres intencionales, basándose en el interés superior de la menor. Este fallo impulsó un debate nacional sobre la ética y la legalidad de la subrogación y llevó a que varios estados dictaran leyes restrictivas²².

En Uruguay, la subrogación uterina es uno de los TRHA de alta complejidad contemplados en la Ley N.º 19.617, en su capítulo IV, artículo 25 "Serán

*absolutamente nulos los contratos a título oneroso o gratuito entre una pareja o mujer que provea gametos o embriones, sean estos propios o de terceros para la gestación en el útero de otra mujer, obligando a ésta a entregar el nacido a la otra parte o a un tercero. Exceptuase de lo dispuesto precedentemente, únicamente la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio. Entiéndase por embrión propio aquel que es formado como mínimo por un gameto de la pareja o en el caso de la mujer sola por su óvulo"*²¹.

La ley es muy específica respecto de las condiciones en las que puede llevarse a cabo la gestación por sustitución. Si bien brinda un marco legal muy valioso en términos de garantías para todas las partes, reduce considerablemente las posibilidades de acceso. Tal es así que transcurrió más de una década hasta el nacimiento del primer bebé.

Quedan por fuera del acceso a la gestación subrogada las mujeres sin hermanas o cuñadas, o que, de tenerlas, estas no estén disponibles para la gestación; las parejas de hombres homosexuales; los hombres que desean la monoparentalidad y las parejas que requieren doble donación de gametos.

Sin duda, es un tema delicado y requiere una regulación muy cuidada para no caer en un circuito mercantilista que pueda vulnerar los derechos de las gestantes y, a su vez, brindar garantías a los padres intencionales/genéticos y, sobre todo, al recién nacido.

No hay consenso en el derecho internacional respecto de esta modalidad de gestación, por lo que prohibición o aceptación queda a discreción de las diferentes naciones²⁴⁻²⁶.

Hoy existe el "turismo reproductivo", en el que las personas cruzan fronteras para poder llevar adelante sus proyectos familiares, limitándose a aquellos que pueden costearlo. Las garantías de estos procedimientos son variables, porque las realidades son heterogéneas en el mundo e, incluso, entre diferentes estados de un mismo país²⁴⁻²⁶.

Algunos países cuentan con marcos legales que permiten la práctica de forma comercial: Rusia, Ucrania, Georgia y ciertos estados de EE.UU. Otros la permiten únicamente de forma altruista: Reino Unido, Canadá, Australia, Brasil, Uruguay y Sudáfrica^{1,24-26}. En contraste, la subrogación está prohibida en varios países europeos: Francia, Alemania, Italia, España y Suiza, así como en China y en algunas naciones de Medio Oriente^{24,25,27}. Finalmente, existen contextos de vacío normativo o ambigüedad legal: Irlanda,

Polonia, Japón y Corea del Sur, que generan inseguridad jurídica y dificultades para el reconocimiento de la filiación^{25,26}.

Desde la bioética, los TRHA —y la subrogación uterina en especial— continúan siendo un tema de debate, cuestionando principalmente la vulneración de los derechos de las mujeres subrogantes y en la transformación de la maternidad/paternidad en un objeto que puede obtenerse a cualquier costo.

Clásicamente se reconocen dos tipos de gestación subrogada: la gestación subrogada “tradicional” en la que la gestante aporta también el óvulo y la gestación subrogada “gestacional o total” en la que la mujer subrogante gesta un embrión con el que no tiene vínculo genético²⁷⁻²⁹.

En Uruguay, es legal la variedad “gestacional o total”: se explicita que al menos uno de los gametos debe ser de los padres intencionales¹.

Otra clasificación importante es la distinción entre subrogación altruista y comercial. En la primera, la gestante sustituta no percibe ningún pago por su acción, mientras que en la comercial sí median contratos económicos, tanto para la gestante como para las organizaciones que participan en su gestión²⁷⁻²⁹.

En Uruguay la ley especifica que “*serán absolutamente nulos los contratos a título oneroso o gratuito*”. Al ser tan claras las condiciones, se despejan algunas áreas de debate bioético como el riesgo de mercantilización y de vulneración de los derechos de las mujeres gestantes por terceros, pero se abren otros debates, como el impacto psicoemocional y vincular a nivel intrafamiliar, así como la normativa relativa al costo de los requerimientos médicos y no médicos, a los beneficios sociales vinculados a la gestante y a los padres intencionales.

Perspectiva psicológica

Los TRHA han transformado de manera significativa la concepción tradicional de la familia, al permitir nuevas formas de parentalidad. En este contexto, la gestación por sustitución (GS) constituye un paradigma innovador que plantea desafíos tanto médicos como psicológicos y vinculares³⁰.

La gestación por sustitución involucra a múltiples actores —padres intencionales, gestante, niño y entorno familiar— y requiere un abordaje psicológico cuidadoso. El acompañamiento psicológico resulta fundamental para favorecer la comunicación, establecer roles claros y prevenir conflictos^{27,30}.

En Uruguay, la normativa vigente restringe la GS a familiares de segundo grado de consanguinidad¹, lo cual introduce la necesidad de preservar vínculos previos y explicitar acuerdos desde el inicio. Este marco

normativo particular acentúa la relevancia del abordaje interdisciplinario.

Los principales desafíos psicológicos se diferencian según el rol asumido. Para la mujer gestante, supone elaborar que el niño gestado no será su hijo biológico ni social, así como afrontar la separación posnatal. Para los padres intencionales, implica aceptar la imposibilidad de gestar y enfrentar temores sobre el vínculo inicial con el recién nacido, además de procesar eventuales duelos genéticos cuando se recurre a gametos donados. El entorno familiar, por su parte, debe integrar esta modalidad reproductiva para brindar apoyo emocional y validar el proyecto parental³²⁻³⁴.

La GS requiere un abordaje interdisciplinario en el que confluyan la medicina y la psicología, garantizando tanto la seguridad clínica como el bienestar emocional de las partes³²⁻³⁵. El nacimiento del primer niño por GS en Uruguay constituyó un hito clínico tanto desde el punto de vista ginecológico como psicológico, y representó un desafío para los equipos profesionales que acompañaron este proceso, al marcar un precedente para futuras experiencias en el país.

Acompañamiento psicológico de la gestante

En los procesos de gestación por sustitución, el acompañamiento psicológico constituye un pilar fundamental del abordaje interdisciplinario, tanto en la etapa previa a la toma de decisiones como durante el embarazo y el puerperio. Las guías internacionales señalan que no existe un consenso único respecto de la duración óptima del seguimiento postparto; por el contrario, se enfatiza la necesidad de un seguimiento individualizado, basado en una evaluación clínica continua, los recursos psíquicos de la gestante y el contexto vincular en el que se desarrolla la gestación³²⁻³⁵.

En el caso presentado, la gestante contó con acompañamiento psicológico previo al inicio del proceso, durante el embarazo y durante el puerperio. Los padres intencionales también contaron con la misma atención en espacios independientes. Participaron profesionales de forma presencial y virtual con intercambio entre ellos para alinear criterios, asumiendo la responsabilidad de acompañar el primer caso en Uruguay. Los encuentros se ajustaron a las necesidades subjetivas que emergieron a lo largo del proceso, sin identificarse indicadores de riesgo psicopatológico que justificaran una intervención prolongada en el tiempo. Este enfoque es concordante con lo descrito por la literatura, que reporta bajos niveles de psicopatología en gestantes subrogadas cuando existe una adecuada evaluación, contención psicológica y claridad en los acuerdos establecidos³⁶.

Particularmente, al tratarse de una gestación intrafamiliar, con vínculos previos consolidados entre hermanas y un acuerdo explícito entre las partes, el puerperio transcurrió sin la aparición de complicaciones emocionales significativas. Estudios longitudinales han mostrado que la calidad de los vínculos previos y el encuadre relacional del proceso son factores protectores relevantes para el bienestar psicológico de la gestante^{35,36}.

Consideraciones sobre el niño y su origen

El presente trabajo tuvo como objetivo principal describir las consideraciones clínicas y psicológicas de la gestación y el puerperio en el marco del primer caso de gestación por sustitución legal en Uruguay; por este motivo, no se abordaron los aspectos psicológicos y evolutivos del niño.

No obstante, resulta pertinente señalar que el derecho del niño a conocer su origen, así como los posibles efectos psicológicos asociados con el conocimiento de su historia de concepción, gestación y nacimiento, constituyen un eje central en la reflexión ética y clínica sobre la gestación por sustitución.

En este caso se suma el origen por ovodonación. La legislación uruguaya establece que "La donación de gametos se realizará en forma anónima y altruista, debiendo garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes sin perjuicio de lo establecido en el artículo 21 de la presente ley" que establece que la identidad del donante de gametos podrá ser revelada únicamente mediante resolución judicial, a solicitud del nacido o de sus descendientes. El acceso a dicha información es restringido y no produce efectos jurídicos en relación con la filiación, que permanece atribuida a quienes asumieron la voluntad procreativa¹.

La evidencia disponible indica que el impacto psicológico en los niños nacidos mediante gestación por sustitución no depende exclusivamente del modo de concepción, sino fundamentalmente de las modalidades de inscripción simbólica de su origen, de la calidad de los vínculos parentales y de las narrativas familiares que acompañan su historia vital. En este sentido, el hecho de que la gestación haya sido llevada adelante por una tía no constituye en sí mismo un factor patológico, sino una situación que podrá requerir, en el futuro, un abordaje psicológico sensible, progresivo y acorde con las etapas del desarrollo del niño, tal como se describe en estudios de seguimiento a largo plazo^{33,34}.

Conclusiones

La gestación subrogada en Uruguay constituye una realidad desde la reglamentación de la Ley N.º 19.167

y en 2025 se logró el primer nacido vivo. El presente caso representa un hito en la medicina reproductiva del país y demuestra que, bajo un marco normativo estricto y con un abordaje interdisciplinario, es posible lograr resultados clínicos y emocionales favorables.

El desafío futuro será ampliar la accesibilidad sin perder garantías éticas y legales, consolidar el trabajo interdisciplinario y garantizar el bienestar de todas las partes involucradas.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflictos de interés

Las autoras manifiestan que no tienen conflictos de interés financieros, personales ni profesionales que puedan haber influido en la elaboración o publicación de este artículo.

Declaraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado expreso de los pacientes para su publicación, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Para garantizar la confidencialidad, los datos fueron estrictamente anonimizados conforme a la legislación vigente de protección de datos.

Contribución de autoría

Lucía Abulafia: concepción, diseño, redacción original y revisión crítica.

Liliana Grattarola: concepción y redacción original.

Marisa Dellepiane: concepción y redacción original.

Uso de inteligencia artificial

Las autoras declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Ley N.º 19.167. Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida. Uruguay; 2013. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>
2. Herlin MK, Petersen MB, Brännström M. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;15:214. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01491-9>
3. Bean EJ, Mazur T, Robinson AD. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: sexuality, psychological effects, and quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22(6):339-346. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2008.11.006>

4. McCoy DE, Haig D, Kotler J. Egg donation and gestational surrogacy: pregnancy is riskier with an unrelated embryo. *Early Hum Dev.* 2024;196:106072. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2024.106072>
5. Viera Cherro M. Sujetos y cuerpos asistidos: un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata. *Civitas.* 2015;15(2):350-368.
6. Biggers JD. IVF and embryo transfer: historical origin and development. *Reprod Biomed Online.* 2012;25(2):118-127. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.04.011>
7. Rienzi E. Advancements in assisted reproductive technologies: enhancing IVF success with genetic screening and cryopreservation. *Gynecol Reprod Endocrinol.* 2024;8(6):238.
8. Wu YC, Su ECY, Hou JH, Lin CJ, Lin KB, Chen CH. Artificial intelligence and assisted reproductive technology: a comprehensive systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2025;64(1):11-26.
9. Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BCJM, Tarlatzis B, Nargund G, Gianaroli L; ESHRE Working Group on Poor Ovarian Response Definition. ESHRE consensus on the definition of "poor response" to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. *Hum Reprod.* 2011;26(7):1616-1624. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humrep/der092>
10. Alviggi C, Yding Andersen C, Buehler K, Conforti A, De Placido G, Esteves SC, et al. A new more detailed stratification of low responders to ovarian stimulation: from a poor ovarian response to a low prognosis concept. *Fertil Steril.* 2016;105(6):1452-1453. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.02.005>
11. Velez MP, Ivanova M, Shellenberger J, Pudwell J, Ray JG. Severe maternal and neonatal morbidity among gestational carriers: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2024;177(11):1482-1488. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/M24-0417>
12. ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation; Anderson RA, Amant F, Braat D, D'Angelo A, Chuva de Sousa Lopes SM, Demeestere I, et al. ESHRE guideline: female fertility preservation. *Hum Reprod Open.* 2020;2020(4):hoaa052. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa052>
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 205: vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2019;133(2):e110-e127. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003078>
14. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005. Geneva: WHO; 2007. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1>
15. Biblia. Génesis 16:1-2.
16. Biggers JD. IVF and embryo transfer: historical origin and development. *Reprod Biomed Online.* 2012;25(2):118-127. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.04.011>
17. Congregation for the Doctrine of the Faith. Instruction Dignitas personae on certain bioethical questions. Vatican City: Libreria Editrice Vaticana; 2008. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_en.html
18. Loike JD, Tendler MD. Gestational surrogacy. *Hakirah.* 2013;16:115-132.
19. Mujahidah N, Samin S, Djalaluddin S, Hidayatullah MN. The legality of surrogate mothers from the Islamic law perspective. *Al-Risalah J Ilmu Syariah dan Hukum.* 2022;22(1):42-51. Disponible en: <https://doi.org/10.24252/al-risalah.vi.27944>
20. Taniguchi S. Biomedical ethics from a Buddhist perspective. *Pac World New Ser.* 1987;3:75-83.
21. Kalra B, Baruah MP, Kalra S. The Mahabharata and reproductive endocrinology. *Indian J Endocrinol Metab.* 2016;20(3):404-407. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/2230-8210.180004>
22. Utian WH, Sheean L, Goldfarb JM, Kiwi R. Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N Engl J Med.* 1985;313(21):1351-1352. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM198511213132112>
23. Utian WH, Goldfarb JM, Kiwi R, Sheean LA, Auld H, Lisbona H. Preliminary experience with in vitro fertilization-surrogate gestational pregnancy. *Fertil Steril.* 1989;52(4):633-638. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)60977-9](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)60977-9)
24. Brunet L, Carruthers J, Davies M. (2023). International regulation of surrogacy: Current developments and challenges. *Reproductive Biomedicine Online*, 46(1), 1–8.
25. Pennings, G., et al. (2021). Cross-border reproductive care and surrogacy: ethical and legal perspectives. *Human Reproduction*, 36(5), 1164–1172.
26. Stuvøy, I. (2022). Legal geographies of surrogacy: mapping global inequalities. *Globalizations*, 19(7), 1185–1201.
27. Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, de Wert G, Tarlatzis B; ESHRE Task Force on Ethics and Law. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. *Hum Reprod.* 2005;20(10):2705-2707. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humrep/dei147>
28. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Recommendations for practices using gestational carriers: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2022;118(1):65-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.05.001>
29. Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update.* 2003;9(5):483-491. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmg033>
30. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril.* 2023;120(1):42-49.
31. Mendoza-González Y, Santibáñez-Alejos M, Rivero-López CA, Hernández-Carrillo JG, Yap-Campos K. Maternidad subrogada y su impacto en el tema de la infertilidad. *Aten Fam.* 2019;26(4):158-162. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.4.70791>
32. Imrie S, Jadvá V. The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reprod Biomed Online.* 2014;29(4):424-435. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.06.004>
33. Jadvá V, Imrie S, Golombok S. Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Hum Reprod.* 2015;30(2):373-379. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humrep/deu339>
34. Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadvá V. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(6):653-660. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12015>
35. Golombok S, Ilioi E, Blake L, Roman G, Jadvá V. A longitudinal study of psychological adjustment of children conceived by surrogacy. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(12):1303-1310.
36. van den Akker OBA. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update.* 2007;13(1):53-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humupd/dml039>

First birth by uterine surrogacy in Uruguay: case report, analysis of access in Uruguay and main considerations for care

Abstract

Twelve years after the approval of the Assisted Reproduction Law in Uruguay, the first birth by uterine surrogacy in the country was successfully achieved. The case concerns a patient with uterine agenesis in the context of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKH). At the time of consultation, she was 39 years old and had low ovarian reserve; therefore, treatment was performed using donated oocytes and her partner's sperm.

The pregnancy progressed without complications, and a healthy boy was born by caesarean section at 39 weeks of gestation. Gestational surrogacy is a highly complex assisted human reproduction treatment which, although practised in different countries, presents wide variation in its conditions and characteristics. It is an issue that challenges the concept of motherhood from social, religious, ethical and legal perspectives.

This article reports the first case of birth using this technique in Uruguay and analyses some of the multiple aspects of this complex topic.

Keywords: Uterine surrogacy. Assisted human reproduction treatments. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. Health legislation in Uruguay. *in vitro* fertilisation.

Primeiro nascimento por gestação de substituição no Uruguai: relato de caso, análise do acesso no Uruguai e principais considerações para a assistência

Resumo

Doze anos após a aprovação da Lei de Reprodução Assistida no Uruguai, concretizou-se com sucesso o primeiro nascimento por sub-rogção uterina no país. O caso corresponde a uma paciente com agenesia uterina no contexto da síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH). No momento da consulta, tinha 39 anos e apresentava baixa reserva ovariana; por esse motivo, foi realizado tratamento com óvulos doados e sêmen de seu parceiro.

A gestação evoluiu sem complicações, e nasceu um menino saudável por cesariana às 39 semanas de gestação. A gestação por substituição é um tratamento de reprodução humana assistida de alta complexidade que, embora seja praticado em diferentes países, apresenta grande diversidade em suas condições e características. Trata-se de um tema que interpela o conceito de maternidade sob os pontos de vista social, religioso, ético e legal.

Este artigo relata o primeiro caso de nascimento por meio dessa técnica no Uruguai e analisa alguns dos múltiplos aspectos desse tema complexo.

Palavras-chave: Sub-rogção uterina. Tratamentos de reprodução humana assistida. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Legislação sanitária no Uruguai. Fertilização *in vitro*.
