

Universidad de la República

Facultad de Psicología

“Construcción de la Maternidad
en el ámbito de la Reproducción
humana asistida”.

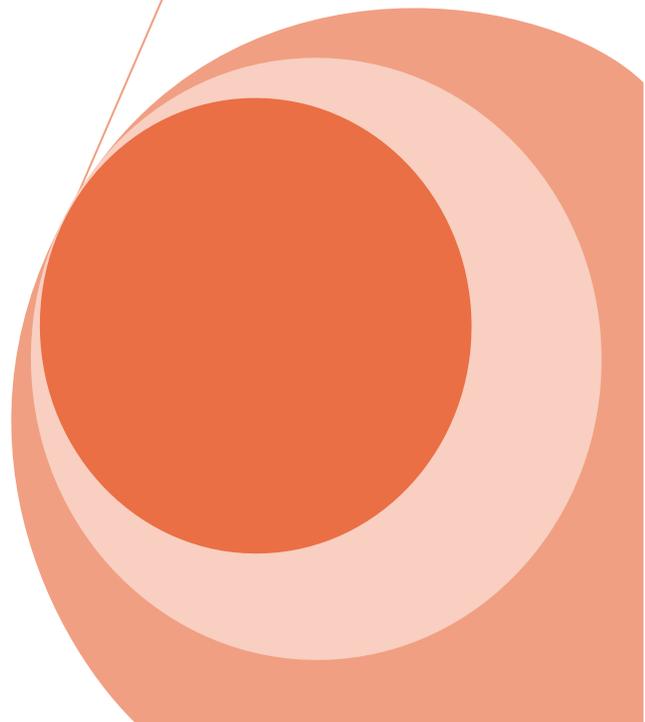
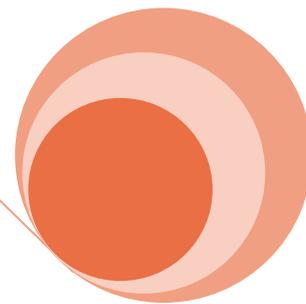
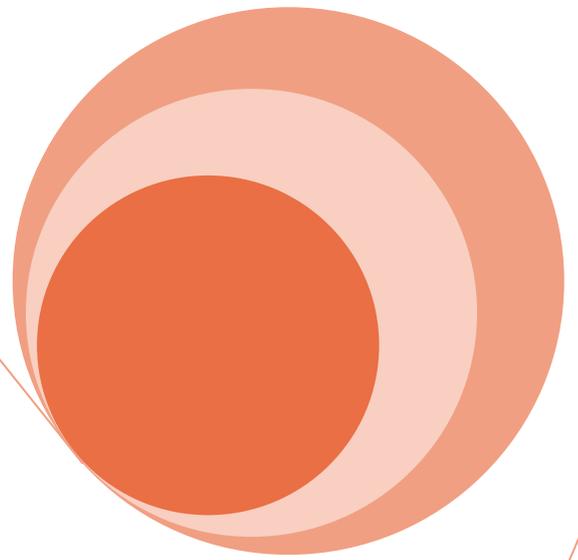
María Soledad Perdomo Fontes

CI 5.127.671-5

Montevideo, 30 de Octubre, año 2015.

Tutor: Carolina Farías

30/10/2015



Índice de contenido

Resumen.....	4
Introducción	5
Cuerpos que no son tierra ni semillas.....	7
Cuando son los cuerpos lo que importan.	13
Vigilancia Médica- Crítica Feminista.	17
Del tratamiento médico al tratamiento legal en el Uruguay	20
Subjetividad/es en pacientes de Reproducción asistida.	24
Conclusiones	28

Agradecimientos

Quisiera que éste espacio los encerrara a todos aquellos que en mi vida han sido importantes, pero estoy rodeada de tanto amor, de tanta gente que me ha ayudado, tantos a quien quisiera agradecer que me es imposible nombrarlos a todos, de todas formas siéntanse comprendidos todos aquellos que han pasado por mi vida en un eterno agradecimiento.

Tras una vida marcada por grandes pérdidas, hoy me encuentro aquí ganando, ganando en conocimientos, en experiencia y sobre todo ganando aún más interés para continuar en una posterior especialización en el área de la Psicología inserta en la Reproducción Asistida.

Debo dar gracias en ésta oportunidad a mi tutora Carolina Farías por el interés puesto desde nuestra primera reunión, interés clave para mi seguridad en elegirla.

A mi familia y a mi novio, gracias porque sin ustedes no habría sido posible, sobre todo a mis tíos Patricia y Juan Luis que oficiaron como grandes pilares en éste tránsito por la carrera y por supuesto mucho más en la vida, a mis abuelos dueños de mi corazón y a quienes siempre soñé con verlos conmigo en éste momento, mis padres y hermanos que acompañaron con orgullo mis logros y a mi tía Blanca heroína inigualable de mi vida, para ti es éste trabajo, en homenaje a ti como símbolo de la Maternidad en persona.

Gracias a la hija que perdí con sólo 16 años y que en sus 5 días de vida logró hacerme ser la persona que soy hoy e inspiró la elección de mi carrera, aquí estoy bebé trabajando para las mujeres que quieren lograr ser madres como yo y no pueden, para que encuentren en el éxito o el fracaso de las técnicas de reproducción motivos para sentirse realizadas independientemente de la concepción de Maternidad que tengan, en esto mi experiencia profesional será importante, pero más importante ha sido esa sensibilidad que tú aportaste a mi vida.

Laura, la tía de 21 años que perdí por una negligencia médica en su parto, víctima de la violencia obstétrica, acá está tú aporte en mi vida también, aquí me han ido llevando ustedes con mi hija.

Andrés, mi hermano amado, me costó hacer éste trabajo en pleno proceso de duelo por tú ausencia, pero me propuse hacerlo para honrar tú memoria y aquí está el resultado: acá estoy Andrés donde siempre quisiste verme, te amo para siempre mitad de mi vida.

Luz, hermana de mi alma, te paso la posta y espero que llegues mucho más lejos que yo, ahora seguís tu mi futura contadora.

Los amo a todos Familia.

Resumen

El siguiente trabajo Monográfico se trata de una evaluación crítica donde se analizan las principales áreas que intervienen en la Construcción de la Maternidad y su significado para la realización de la mujer dentro del ámbito de la Reproducción humana asistida.

Se abordaran la dimensión Médica, Legal y Psicológica dentro de éste campo de problemas desde una perspectiva enmarcada desde el área de la Psicología de la Salud sexual y Reproductiva, utilizando como marco teórico principalmente los conceptos de Género, Construcción Social y diversas nociones de la categoría "Maternidad".

Palabras claves: Maternidad, Género, Reproducción Asistida.

Introducción

El presente trabajo surge del interés por aportar, desde mi tránsito por la Licenciatura en Psicología, una visión desde la Psicología de la Salud y teniendo en cuenta enfoques de Género, a algo tan cargado de otros discursos (sobre todo médico y jurídico) como es la concepción de Maternidad en usuarias de técnicas de Reproducción Asistida.

La Psicología de la Salud sexual y Reproductiva aparece en éste trabajo como conjunto de líneas teóricas para el análisis de un tema tan actual, debido a la implementación reciente de una normativa legal en torno al tema, como lo es la Reproducción Asistida.

El desarrollo que está teniendo el área de la Salud sexual y Reproductiva dentro de la Psicología es muy importante ya que los temas que involucran a la sexualidad y la reproducción son de tal impacto social que generan una amplia gama de subjetividades que como profesionales de la salud debemos analizar e implicarnos en las políticas públicas existentes para el acceso de las personas a la salud sexual y reproductiva que promovemos.

Considero que en éste ámbito el Psicólogo queda un poco relegado por otros profesionales, aun siendo que muchos estudios muestran que un porcentaje muy alto de mujeres no pueden concebir un hijo por causas psicológicas, en Uruguay el Fondo Nacional de recursos solo cubre algunas consultas psicológicas y lo hace con el objetivo de diagnosticar si la mujer y-o pareja se encuentran “aptos” para ser madre o padres en los casos que corresponda. Solo se hace un seguimiento de la o los pacientes en el caso de que un medico sea el que los derive y siempre y cuando ellos puedan pagar las consultas de forma particular.

Para el tratamiento de este campo de problemas se han seleccionado algunos puntos a desarrollar:

En el capítulo 2 “Cuerpos que no son tierra ni semillas” es que se desarrollaran los conceptos de Genero y Maternidad mediante los cuales se procederá al análisis del fenómeno en si mismo, siendo éstos conceptos considerados básicos para darle una perspectiva definida al presente trabajo.

Siguiendo por el capítulo 3 “Cuando son los cuerpos lo que importan” donde se define todo lo que tiene que ver con las definiciones técnicas de los tratamientos existentes.

En el capítulo 4 “Vigilancia Médica- Crítica Feminista” se exponen las criticas que se le hacen al discurso científico en torno al tema.

El capítulo 5 “Del tratamiento médico al tratamiento legal en el Uruguay” es un capítulo donde se intentará dar una visión del proceso por el cual la actual Ley 19167 de Reproducción Asistida en el Uruguay ha debido atravesar para llegar a ser lo que hoy es.

Por último, un capítulo muy importante que tiene que ver con lo afectivo en torno a la concepción de maternidad de las mujeres que mediante la Reproducción Asistida buscan acceder a la maternidad, para esto se desarrollaran antecedentes de Investigaciones previas en torno al tema.

Luego de esto consideramos que estarían sobre la mesa los principales puntos que atraviesan el campo de problemas elegido y es por eso que por último, en el capítulo final se desarrollaran las conclusiones referentes a la temática, articulando todos éstos puntos.

Cuerpos que no son tierra ni semillas.

“La matriz sexo genero reposa sobre un número indefinido de máscaras que giran sin otra fijación que la producida por la ansiedad y el temor político”

(Preciado, 2009, p.5)

Como mencionábamos en la introducción, creemos necesario comenzar este trabajo analizando la noción de Género para poder comprender desde ésta que es la perspectiva que nos interesa la temática eje de ésta monografía que es el proceso de construcción de la Maternidad.

La Organización Mundial de la Salud (2015) que define al género básicamente como un constructo social:

“El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres” (OMS, 2015).

Por otro lado, Harding plantea:

Género es una construcción social sistemática de lo masculino y lo femenino que está poco (o nada) determinada por la biología (por el sexo), presente en todas las sociedades, y que permea todas las dimensiones de la vida social y privada Harding (1989 citado en Castro, 1993).

Es decir que no sólo tiene que ver con lo colectivo, sino con lo individual e íntimo de la persona. Por otro lado hay autores que se aventuran un poco más allá y también incluyen la naturaleza:

Género es una definición cultural que se traduce, entre otras cosas, en una identidad — identidad genérica — que los individuos adquieren a través de la socialización, y que determina la forma en que se relacionan con la naturaleza y el mundo social que los rodea (Lerner; Lamas, 1986).

Para Judith Butler (2004) el Género “es el aparato mediante el cual tienen lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino” (Butler, 2004, p.5), es decir que es algo que se produce, que no es naturalmente dado e incluye lo que es esperable para las categorías tanto de lo femenino como lo masculino.

El género es visto por Butler (2004) como un dispositivo productor de Subjetividad donde además de ser una construcción social podemos decir que es un significante político.

Accedemos al cuerpo que es lo real, lo natural mediante éstas construcciones y no a la inversa, por eso es importante distinguir sexo de género, el sexo si tiene que ver con la materialidad, con lo biológico, mientras que el Género es una producción inmaterial social. Aquí es que entra su definición de Performatividad, el género es de carácter performativo ya que en base a él, a el imaginario social que construye la femineidad y/o masculinidad es que se puede acceder al cuerpo, ese cuerpo es definido, normativizado y regulado en sus funciones de acuerdo al género, ya no se trata de poseer o no poseer pene como el Psicoanálisis

define los sexos, sino que se trata de lo que socialmente está establecido para las diferencias sexuales anatómicas como lo esperable de ellas, es decir que no es un juego de definiciones en torno a lo reproductivo, va más allá de ello, el género es lo que se siente que se es. La performatividad es en definitiva una práctica social, que se logra a través del lenguaje, ese sistema de códigos mediante los cuales logramos crear lo que reproducimos. Butler (2004) plantea que las diferencias anatómicas de los sexos nada tienen que ver con fines políticos, justamente es mediante las atribuciones de género que se entra a jugar en el terreno político, ya que hablar de género es hablar de relaciones de Poder y sobre todo de desigualdad. El género como constructo social cumple función de producir subjetividades.

Por otro creemos interesante tomar en cuenta la noción de Dispositivo de Foucault (1989) ya que desde ella podemos decir que el Género es definido por medio de dispositivos que mediante el Disciplinamiento (Foucault, 1958) de los cuerpos son capaces de invisibilizar u echar luz sobre ciertos discursos y prácticas.

Hablar de subjetividad cuando hablamos de género es inevitable, ya que refiere a procesos de constitución, tanto de objetos como de sujetos, procesos que favorecen a la producción de pensamientos colectivos dominantes. La subjetividad es un fenómeno uniforme, sujetado, sometido, que procura la reproducción de sujetos idénticos o similares. Es producida desde los colectivos en los que nos insertamos, las instituciones, siendo las tecnologías de Poder usadas las que homogenizan, universalizan, reducen, disciplinan, normalizan (Foucault, 1989). El lenguaje traduce al poder (Foucault, 1989) en acciones y movimientos. Bajo éstas lógicas podemos hablar de una separación entre Reproducción y sexualidad, en primer lugar la reproducción no sería vista como el fin propio de la sexualidad, sin caer en binarismos del tipo tener o no tener pene, o en éste caso tener o no tener hijos, sino como una opción que es independiente del sexo biológico que poseamos.

Cabe destacar que las normas de Género son variables de acuerdo a la sociedad y tiempo en el que estén inscritas, no son concepciones fijas, pueden ir variando, transformándose.

Lo social anula lo natural gracias a lo performativo (Butler, 2004) del lenguaje que crea condiciones para la percepción y significación de lo que es esperable de acuerdo a la sociedad y esto genera cierta tendencia a la naturalización de roles y normas adjudicadas a los sujetos que les exigen estar acorde con los ideales planteados para no desencajar como si éstas fueran las únicas realidades posibles.

La nominación crea y aprisiona los cuerpos en roles que invisibilizan la subjetividad de los mismos, los consensos existentes respecto a lo que significa ser hombre o mujer ejercen una presión tal que inscribe cosas en nuestros cuerpos, y que mejor ejemplo que el de aquellas mujeres que al ser catalogadas de "infértiles" acto performativo mediante se sienten infértiles, inútiles, incompletas porque no logran aquello que se espera de ellas, y por más que quieran encajar en las lógicas dominantes quedan automáticamente excluidas, y eso es el género una lucha de poderes y desigualdades, de diferenciaciones, donde en una sociedad Patriarcal la mujer queda relegada a la función reproductiva que le exigirá entonces a todas las mujeres que tengan hijos. Muchas son las veces que escuchamos preguntar a la gente: ¿Para cuándo los hijos?, si una mujer llega a los 40 años soltera y sin hijos se le plantea la posibilidad de inseminarse u

adoptar porque ya el “reloj biológico” no le permite esperar más y anulándose incluso el cuestionamiento o deseo propio por la maternidad.

La división de género se hace desde la diferenciación, desde la base de que existe una desigualdad y es esa la desigualdad que se reproduce cuando las mujeres entienden su femineidad, es por eso que el género es un asunto público y político, porque el funcionamiento social está definido por éstas diferenciaciones y algo tan privado como la sexualidad puede volverse de interés público en cualquier momento.

Maternidad desde una perspectiva de género.

El origen de la familia.

“Se ha construido una ideología de la maternidad que está compuesta por un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir a la femineidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna que queda configurada como el ideal”. (Garay, 2008, pp 31)

Cuando hablamos de una categoría que comprende seres humanos debemos hablar en plural, no es lo más correcto referirse a “la”, sino a “las” mujeres, no existe una única verdad existente acerca de ellas, sino que forman parte de una categoría que mediante el discurso dominante pretende ser homogeneizada.

Hablar de Maternidad tampoco es sinónimo de hablar de mujer, por eso éste trabajo pretende dar cuenta de las lógicas dominantes en las que estamos inmersos, con el fin de desnaturalizar cuestiones como éstas.

Las mujeres como sujetos aptos para la concepción de hijos muchas veces se encuentran en la difícil situación de tener que ser productivas y reproductivas.

Para comenzar, tomamos como disparador a Simone de Beauvoir quien afirma “La conciencia que la mujer adquiere de sí misma no está definida por su sola sexualidad: refleja una situación que depende de la estructura económica de la sociedad”· (De Beauvoir, 1949).

Para De Beauvoir (1949) desde la prehistoria existía una división de los sexos y éstas diferencias anatómicas se reflejaban en las divisiones del trabajo.

La importancia en la estructura económica de la sociedad era provista por ésta división del trabajo.

La aparición de las máquinas en la sociedad moderna fueron una verdadera revolución en la vida de las mujeres, ya no era tan necesaria la fuerza física a la hora de realizar trabajos que antes si lo requerían, abriéndose mediante esto más posibilidades de trabajo para las mujeres que antes habían sido impensadas y por ende más posibilidades en cuanto a sus opciones de vida.

Es la aparición de la familia patriarcal fundada en la propiedad privada es donde surge el concepto de familia en el que la mujer nuevamente queda oprimida, oprimida desde las exigencias sociales, se le exige a las mujeres procrear para darle continuidad a el nuevo bien máspreciado: el capital.

Las mujeres sufren las consecuencias políticas y económicas del establecimiento de la propiedad privada, son consecuencia de la opresión económica y es hasta hoy día que se emprende una lucha por el restablecimiento de aquella igualdad encontrada en su capacidad de trabajo, para eso se comienza un a búsqueda por la igualdad de derechos de ambos sexos.

Por todo esto De Beauvoir (1949) trae el concepto de Materialismo histórico al referirse a la humanidad, esto significa que la misma es vista como una realidad histórica “En el acto sexual, en la maternidad, la mujer no compromete solamente tiempo y energías, sino también valores esenciales.” (De Beauvoir, 1949).

La sociedad Patriarcal Capitalista Moderna exige como principales demandas hacia las mujeres las necesidades inmediatas de producción y de la repoblación, es decir que la mujer no solo debe reproducirse, sino que también se le suma la exigencia de trabajar, una mujer no es sólo una trabajadora, es una potencial productora de futuras manos de obra.

En cuanto a las servidumbres de la maternidad, según las costumbres, adquieren una importancia sumamente variable: son abrumadoras si se impone a la mujer numerosos partos y si tiene que alimentar a sus hijos sin ayuda; si procrea libremente, si la sociedad acude en su ayuda durante el embarazo y se ocupa del niño, las cargas maternas son ligeras y pueden compensarse fácilmente en el dominio del trabajo. (De Beauvoir, 1949, pp 23)

El materialismo racionalista pretende explotar lo individual como lo es la sexualidad usando sus fuerzas de dominación y a esto lo logra mediante diversas reglamentaciones en las que indirectamente se deja a la mujer sin salida.

No se puede obligar a la mujer a dar a luz: todo cuanto se puede hacer es encerrarla en situaciones donde la maternidad sea para ella la única salida; la ley o las costumbres le imponen el matrimonio, se prohíben los procedimientos anticonceptivos y el aborto, se prohíbe el divorcio. Es imposible considerar a la mujer exclusivamente como una fuerza productiva: para el hombre es una compañera sexual, una reproductora, un objeto erótico, una Otra a través de la cual se busca a sí mismo. (De Beauvoir, 1949, pp 26)

Sobre el supuesto instinto maternal de las mujeres existen diversas posturas, Saletti (2008) afirma que existen 2 tendencias: la de aquellas feministas que niegan la existencia de un “instinto maternal” natural en las mujeres y, por otro lado aquellas que conciben la maternidad como algo positivo que otorga a la mujer un poder que solo ellas tienen.

La tendencia feminista que tiende a deconstruir la Maternidad como algo dado como natural, como instinto, afirma que la maternidad es un constructo social e histórico donde se visualizan claramente las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres ya que reducen a la mujer a su función reproductiva como fuente de identidad.

Es desde el Siglo XVIII que el concepto de maternidad toma fuerza debido a una exaltación de la infancia que trae consigo la importancia de concebir y cuidar a los niños, tareas que le son relegadas históricamente exclusivamente a las mujeres donde además se visualiza con esto una lógica de un Sistema que puede ser definido como Patriarcal y que es de carácter dominante.

La maternidad es vigilada y castigada (Foucault, 1989) para mantener éste sistema Patriarcal y son esas fuerzas de dominación las que impactan en el psiquismo de manera tal que las mujeres terminamos por apropiarnos de ellas como si fueran nuestras.

La cultura toma un impulso, el sexual y lo transforma en Maternal, dándole a la pulsión un fin y un objetivo determinado y único. Se le anticipa y preexiste a la biología, creando un nuevo tipo de vínculo y un nuevo mito: la creencia de que toda mujer no sólo es madre en potencia, sino que es madre en deseo y necesidad (Salettii, 2008, p.173)

Se cuestiona esto de un deseo y necesidad intrínseca de ser madre en la mujer, se defiende como opción válida el no desear tener hijos.

La maternidad es una herramienta para ser valorada socialmente, a las madres, por ejemplo, se les cede el asiento en el ómnibus y así como el respeto se manifiesta en éstas pequeñas cosas se reproduce en los planos más macro como lo son lo político y lo laboral, sólo en el ámbito privado e individual la mujer logra ciertos privilegios a los que accede mediante la maternidad, "El rol maternal tiene efectos profundos en la vida de las mujeres, en la ideología sobre las mujeres, en la reproducción de la masculinidad, la 12 desigualdad sexual y en la generación de formas precisas de poder laboral" (Saletti, 2008, p. 176).

Otra corriente feminista descrita por Saletti (2008) es la del feminismo de la diferencia, aquella que resalta la capacidad reproductiva de las mujeres, sintiendo la maternidad como una verdadera experiencia de poder, el cuerpo de las mujeres visto como lugar de conocimiento con una capacidad que las hace únicas. Esta corriente de pensamiento ya no plantea una mujer tan pasiva como la anterior, sino que la toma como sujeto activo en la construcción de la subjetividad.

Por otro lado, la maternidad es considerada para Badinter (2010) una nueva forma de esclavitud "El discurso psicoanalítico contribuyó ampliamente a hacer de la madre el personaje central de la familia...la madre no tardó en aparecer como la causa inmediata, si no la primera, del equilibrio psíquico del niño" (Badinter, 1991, pp249).

Solo vemos un predominio del matriarcado en los hogares, entre las paredes de una casa, no en la sociedad, como si ese fuese el único lugar donde las mujeres pudiesen gobernar. El psicoanálisis aparece en la obra de Badinter visto como el que hereda el discurso médico.

Así que el psicoanálisis no sólo ha acrecentado la importancia otorgada a la madre, sino que además, ha medicalizado el problema de la mala madre, sin lograr anularlas declaraciones moralizantes del siglo XIX. Todavía hoy los dos discursos se superponen hasta el punto de que la mala madre es confusamente percibida como una mujer simultáneamente mala y enferma: el psicoanálisis no ha sido capaz de convencer de que el mal psíquico (de haberlo) sea independiente del mal moral (Badinter, 1991.pp249)

Aquí es que probablemente surja la noción de la infertilidad como enfermedad, la mujer que no logra concebir un hijo por métodos naturales es vista como una mujer enferma que requiere asistencia, y hasta en ellas mismas existe un convencimiento de esto.

Badinter (1991) defiende la idea de que las mujeres no poseen un instinto maternal innato, sino que lo construyen.

Según Kantor (2010) en una entrevista realizada a Elizabeth Badinter en relación a su libro “El conflicto: la mujer y la madre” esta afirma que ésta cuestiona la Lactancia como modelo obligatorio, cuestionándola como otro de los tantos intentos por controlar a las mujeres a no solo llevar adelante la crianza de los hijos, sino ser una “buena madre”, siendo tomada como buena aquella que amamanta a su hijo.

Jamás afirmé que no hay ningún fundamento biológico en la maternidad pero, contrariamente a lo que dicen los que defienden la existencia de un instinto materno yo sigo pensando que el inconsciente y la historia personal de cada mujer son factores mucho más determinantes que las hormonas de la maternidad Badinter (2010, en la República de las mujeres, 2010).

Badinter (2010) afirma que hablar de instinto maternal y del deseo de dar pecho como algo natural es hablar de la primacía de lo biológico frente a lo cultural, pero que sin embargo durante siglos se ha visto que en la práctica sucede lo contrario, siendo lo cultural lo que verdaderamente prima sobre lo biológico.

Para Badinter (2010) “las mujeres pagan mucho más caro que los hombres la procreación. Sea cual fuere la clase social, la responsabilidad moral, material y cotidiana recae enteramente en las mujeres.” (Badinter, 2010).

Para ella desde el discurso médico especializado en la infancia siempre está defendiendo un discurso que descubre cada vez más responsabilidades que recaen sobre las mujeres, y es el mayor ejemplo el ímpetu que se le está dando a la lactancia a demanda y hasta cada vez más tiempo en el niño.

La maternidad como definición cada vez se hace más amplia y abarcativa, exigiéndole más cosas a las mujeres, quienes en la maternidad quedan atrapadas como en una especie de sacrificio necesario para ser valoradas socialmente y bien vistas.

En el caso de la reproducción asistida, el Fondo Nacional de Recursos exige una evaluación de la aptitud psico física de las mujeres para ser madres, sobre si se puede o no saber si se es apto para tener un hijo Badinter afirma:

Quizás, la primera cosa para hacer sea decirse que tener un hijo no es una obligación. Que cuando uno decide tener un hijo tiene que reflexionar. Es por eso que yo les reconozco a las mujeres que deciden no tener hijos, el coraje de haber hecho por lo menos el cálculo de placeres e inconvenientes de la maternidad. Tal vez haya que cesar de pensar que un hijo –y esto sería una revolución extraordinaria– es un evento natural. (Badinter,2010, citado en República de las mujeres)

Para Badinter (2010) la maternidad moderna sigue siendo aún la expresión idealizada de una sexualidad heteronormativa.

Cuando se ejerce la maternidad muchos son los placeres que se encuentran en el camino, pero es verdad que también muchas son las exigencias, los sacrificios y las 14 normas a las que debemos amoldarnos para ser “buenas madres”, por eso es importante reflexionar acerca de que es lo que hace que queramos serlo.

Cuando son los cuerpos lo que importan.

Dentro del ámbito de la Reproducción asistida el deseo de hijo por parte de las mujeres está explícito, es real, las preguntas aquí son genealógicas: ¿cuáles fueron las situaciones que fueron desencadenando ese deseo de hijo que va más allá de la imposibilidad biológica?, ¿tiene algo que ver el hecho de sentirse “infértiles” en la potenciación de éste deseo?, dejamos planteadas éstas interrogantes para más adelante.

Para Saletti (2008) “El mito del instinto maternal es un claro exponente de la utilización de datos biológicos (como el útero, el embarazo o el parto) con fines de opresión y aislamiento de la mujer en la función reproductiva.” (Saletti, 2008, p.174).

En lo que tiene que ver con el cuerpo propiamente dicho, con lo biológico es donde le damos lugar al discurso médico, a sus definiciones con el fin de entender que es la Reproducción asistida para éste discurso que domina el abordaje de las dificultades u imposibilidades de concebir un hijo.

La reproducción asistida está inundada por discursos técnicos que giran todos en torno a la Biología, la sexualidad es convertida en algo de asunto no sólo del llamado “paciente” (término que merece un análisis aparte) sino también del /los médicos y técnicos, porque la sexualidad no es más que una herramienta de la Disciplina (Foucault, 1989).

Es función de nosotros los psicólogos relativizar estos conceptos para que el ámbito privado no sea convertido en un ámbito político.

“Hablamos de Reproducción Medicamente Asistida (RMA) cuando la misma es lograda a través de la Inducción de ovulación de la mujer, mediante una estimulación ovárica controlada, pudiendo ser la misma con semen del esposo/pareja o un donante de esperma”. (OMS, 2010)

Se considera que una mujer o una pareja es infértil cuando, después de tener relaciones sexuales durante un año con fines procreativos, no logra tener un hijo.

La OMS la define además como una “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas” (OMS, 2010).

El centro de Esterilidad de Montevideo (s/f) define que existen diversas técnicas de Reproducción Asistida (TRA), siendo éstas “todos aquellos procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo”.

Esto incluye técnicas como la Fecundación in Vitro (FIV), transferencia de embriones, la transferencia Intratubárica de gametos, la transferencia Intratubárica de cigotos, la transferencia Intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado (Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida, 2010, pp 10).

Cabe resaltar que para la OMS no se incluye dentro del listado de TRA la inseminación Artificial asistida, mientras que en Uruguay esto difiere, ya que en la ley 19167 de Reproducción humana asistida (2013) éstas últimas si están incluidas.

Según el Ministerio de Salud Pública (2014):

La tasa de infertilidad es variable y distintos estudios epidemiológicos las sitúan entre un 14-16%. Se sugiere no hablar de infertilidad absoluta, sino de distintos grados de infertilidad-sub-fertilidad que pueden tener mayor o menor trascendencia en función del tiempo de evolución y la edad de la mujer. (Manual de procedimientos para el manejo sanitario Reproducción Asistida, 2014, pp 7)

Técnicas de Baja Complejidad

Para el Comité Internacional para el Monitoreo de la Asistencia de las tecnologías reproductivas y la OMS (2010) las técnicas de baja complejidad son aquellos procedimientos en los que se trabaja exclusivamente con las células reproductoras masculinas o espermatozoides con el fin de mejorar la muestra espermática mediante técnicas de laboratorio.

Este procedimiento de inseminación debe coincidir con la ovulación de la mujer para aumentar las posibilidades de embarazo por lo tanto además se estimula la ovulación en la mujer mediante medicación inductora de la misma y se controla la evolución de la misma mediante seguimientos foliculares ecográficos transvaginales para establecer el momento oportuno para realizar dicho procedimiento.

Las TRA de baja complejidad comprenden:

1. Inducción de la ovulación con relaciones sexuales programadas.
2. Inseminación artificial con semen de la pareja.
3. Inseminación artificial con semen de donante.

La tasa de embarazo (TE), según la ESHRE, tras un tratamiento de baja complejidad es significativamente mayor en las pacientes más jóvenes, Las European Society of Human Reproduction and Embryology 16 pacientes presentan una TE de 17.6% a edades menores a 30 años, de 13,4% entre los 31 y 38 años, de 10.6% entre 39 y 40 y de 5.4% en mayores de 40 años. Dada la baja tasa de éxito obtenida con los tratamientos de baja complejidad a partir de los 39 años se desaconseja la indicación de los mismos, salvo excepciones. (Manual de procedimientos para el manejo sanitario Reproducción Asistida, 2014, pp 15)

La inseminación artificial intrauterina es indicada por los médicos cuando se piensa que la dificultad para lograr embarazo es secundaria al pasaje de los espermatozoides a nivel del cuello uterino, o a la dificultad de la llegada de la muestra espermática a la cavidad vaginal (física o emocional), por ejemplo esterilidades sin causa diagnosticada o por una disfunción ovulatoria que se corrige con una estimulación folicular de baja complejidad.

Hay dos tipos de inseminaciones:

- inseminaciones homologas (cuando se utiliza el semen de la pareja)
- inseminaciones heterologas (cuando se utiliza semen de donante anónimo)

En estos casos se confía en la fecundación espontánea, la cual en las inseminaciones se produce en forma natural a nivel de las trompas uterinas.

Para indicar este tipo de tratamientos a la pareja, hay elementos fundamentales a tener en cuenta:

- trompas uterinas o por lo menos una trompa uterina permeables o permeable.
- Calidad ovárica adecuada, para generar ovocitos en una estimulación folicular de baja complejidad.
- Cavidad uterina morfológicamente adecuada
- Calidad espermática adecuada de tal forma que se pueda lograr fecundación espontánea una vez preparada la muestra en un Laboratorio.

Técnicas de Alta Complejidad

Las técnicas de alta complejidad son definidas también en el Glosario de Terminología de Reproducción Asistida (2010) y se diferencian de las de baja complejidad por varios elementos, entre ellos porque requieren un equipo multidisciplinario entrenado y un laboratorio de reproducción humana especializado, por lo que sólo pueden ser realizadas en centros de fertilización asistida.

La Fertilización In Vitro (FIV) recibe este nombre porque la unión del óvulo de la mujer con el espermatozoide se realiza fuera del cuerpo de la mujer: in vitro (en un Laboratorio).

Esta técnica se basa en la obtención de más de un óvulo para aumentar las posibilidades de fecundación, para lo cual se induce al ovario a que produzca más de un óvulo y esto se realiza con un tratamiento de estimulación hormonal y tras una posterior punción folicular de los ovarios de la mujer se obtienen los ovocitos generados.

Posteriormente se unen los espermatozoides y los óvulos en una incubadora a una determinada temperatura y así los óvulos fecundados se transforman en embriones. Una vez que se han obtenido los embriones, éstos se introducen en la vagina de la mujer a la espera de que se inicie el embarazo mediante lo que llaman etapa de "Transferencia". En la FIV el espermatozoide que penetra al ovocito se selecciona naturalmente.

ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection)

Consiste en una microinyección espermática en el interior de un ovocito, es decir que el espermatozoide no penetra naturalmente la membrana del ovocito, sino es seleccionado por el embriólogo e inyectado en el interior del mismo.

Es utilizada cuando los pacientes masculinos poseen alteraciones severas en su esperma, por lo cual la técnica de FIV no sería suficiente para lograr la fertilización.

Esta técnica de ICSI permite lograr la fertilización con muy pocos espermatozoides mediante la micromanipulación de gametos.

El embrión deberá implantarse en el endometrio uterino para continuar su desarrollo unido a la madre (día siete luego de la aspiración de ovocitos).

La implantación es un fenómeno que depende de la viabilidad embrionaria y de la calidad del endometrio del útero de la mujer.

Criopreservación de Embriones.

Los embriones que no son transferidos son conservados en nitrógeno líquido, evitando así el descarte de embriones viables.

La técnica actualmente utilizada para la criopreservación de embriones es la vitrificación (enfriamiento ultrarrápido de los embriones que produce la solidificación de las células sin la formación de cristales de hielo usando concentraciones no tóxicas de crioprotectores y tasas de enfriamiento extremadamente veloces).

Por el trabajo y el costo que implica un procedimiento de fertilización asistida de alta complejidad y por las escasas posibilidades de éxito, el Médico tratante buscará obtener el mayor número de ovocitos posible, para lo cual estimulará a la paciente con hormonas inductoras de la ovulación, siendo los medicamentos más usados las gonadotrofinas (FSH y LH) de modo tal que se alcance a lograr que aparezcan varios folículos maduros.

La estimulación ovárica debe controlarse rigurosamente mediante seguimiento folicular ecográfico y mediciones hormonales mediante análisis de sangre. El objetivo es que los ovocitos maduren sin que se rompan los folículos de los ovarios, ya que si eso sucediera no sería posible recuperarlos por la aspiración folicular: etapa de recuperación de los gametos femeninos mediante una punción.

Cuando los folículos están maduros y antes que se rompan, se interna a la paciente para recuperar los ovocitos y se le realiza una punción, mediante anestesia general aspirando el líquido folicular en el que como mencionamos se encontrará un ovocito por folículo.

El líquido folicular es entregado al embriólogo que bajo microscopio recupera los ovocitos y los coloca en cajas de cultivo con un medio apropiado. Las mismas son rigurosamente rotuladas y guardadas en incubadoras en condiciones ideales de temperatura, etc similares a las condiciones fisiológicas.

En las horas siguientes, el ovocito completará su maduración, para luego ser colocado conjuntamente con los espermatozoides del hombre, así es que un espermatozoide penetrará naturalmente dentro del ovocito, produciéndose la fertilización.

La misma se confirma con la observación de dos estructuras llamadas pronúcleos dentro del citoplasma del ovocito.

El ovocito fecundado se transforma así en un pre embrión unicelular (cigoto) y en los días siguientes comenzará su división, transformándose progresivamente en un embrión de varias células. A partir del tercer día post aspiración los embriones pueden ser transferidos a la cavidad uterina.

Vigilancia Médica- Crítica Feminista.

Los discursos de los profesionales de la salud producen y reproducen identidades, así como etiquetas sobre la conducta femenina, mediadas por la moral hegemónica y el orden genérico prevaleciente que controlan y supervisan la conducta sexual y reproductiva.

La crítica feminista hace énfasis en el hecho de que la dominación masculina ha sido reproducida en la ciencia, por tanto es importante lo que puede aportar dicha crítica al campo médico pero también a aquellas mujeres que en la medicina buscan ayuda para lograr su tan deseada maternidad como es el caso de las mujeres que tratamos en el presente trabajo.

La actual diferenciación entre sexo y género, que también desde hace tiempo forma parte del acervo teórico de las ciencias sociales, fue quizás la primera contribución significativa de la teoría feminista al estudio del fenómeno de la dominación masculina.

El feminismo como movimiento, no sólo hace crítica sino que busca transformaciones, cambios, sobre todo en aquellas cosas en las que el común denominador es, sobre todo la presencia de lógicas machistas en temas donde se involucra a las mujeres “(...)el movimiento feminista se concentró en el desarrollo de una agenda política consecuente con este esclarecimiento: la completa transformación del status quo y la creación de una sociedad sin sexismo.”(Castro, Bronfman, 1993, pp 376).

Para Ortner (1976, citado en Castro, Bronfman, 1993, pp 376). En el caso de la Reproducción Asistida puede observarse que la subordinación de las mujeres tiene que ver con el papel que cumplen las mismas en la reproducción, papel visto como más cercano a la “naturaleza”. Es por esto que el mismo considera que la posición secundaria de las mujeres en la sociedad ha sido justamente el resultado de su construcción social como seres más cercanos a la naturaleza que los hombres.

Una de las contribuciones centrales de la teoría feminista en el campo de la sociología médica, es la insistencia en problematizar los conceptos mismos de salud y enfermedad, de tal manera que la diferenciación de estas tres áreas no resulta tan nítida como en primera instancia podría parecer.

La ciencia sexista es en definitiva el resultado de una sociedad sexista, como si fuese un espejo de la misma, es aquí que podemos visualizar que tan vinculada está la producción del conocimiento científico con la estructura social predominante. Los conceptos tanto de salud como de enfermedad son construidos socialmente, existe un sesgo masculino que prevalece en los textos de medicina.

El embarazo y el parto, para poner un ejemplo que viene al caso dejaron de ser una forma común de conducta social para constituirse en fenómenos médicos, fenómenos científicos y manipulables. El cuerpo femenino es percibido como un organismo orientado fundamentalmente hacia la reproducción.

Es en el análisis del saber médico donde la capacidad analítica de la teoría feminista resulta más prometedora, toda vez que dichos análisis tienden a desenmascarar el papel que la ideología y el conocimiento juegan en la creación y recreación de las estructuras de dominación que oprimen a las mujeres. (Castro, Bronfman, 1993, pp 387).

De acuerdo a la Valdes (1988, citado en Castro, Bronfman, 1993, pp 388):

(...)Ser “madre” y “ser dueña de casa” son formas de identidad social que brindan mayores espacios de poder frente a los hombres. “Ser esposa”, por el contrario, supone una relación de sometimiento ante ellos. La alta fecundidad que se observa en muchas mujeres se asocia con las reducidas opciones de acción de que disponen las mujeres en tanto madres. Sin embargo, sometidas como están a una doble dominación (patriarcal y de clase), las mujeres tienden a reproducir las mismas relaciones sociales que las oprimen, generando en sus hijas “el mismo ciclo que ellas vivieron y que muchas rechazan: necesitan que sirvan de dueñas de casa y que cuiden a los hermanos menores cuando salen a trabajar. (Valdes, 1988, citado en Castro, Bronfman, 1993, pp 388).

Mediante la construcción de varios “tipos ideales”, Valdes (1988) explora la multiplicidad de construcciones significativas con que las mujeres explican los papeles que les son impuestos socialmente. Estas construcciones de sentido sirven también para cambiar sus proyectos de comportamiento reproductivo, que con frecuencia deben efectuar como consecuencia de las condiciones objetivas de vida con que cuentan (de pobreza y desamparo). En suma, Valdes (1988) ha mostrado la pertinencia de este tipo de investigaciones para el estudio tanto de las experiencias vividas por los actores sociales (en este caso las mujeres) en relación a ciertos temas significativos (en este caso la reproducción humana), como la interpretación que ellas mismas proveen respecto a tales vivencias.

La reproducción humana es categorizada como un evento biológico, lo cuál establece las bases para excluir los aspectos sociales en su tratamiento. Por ello, aunque la reproducción incluye tanto los aspectos biológicos como los sociales y emocionales de la mujer, los médicos se centran sólo en los primeros y desechan los segundos como irrelevantes sobre los que resulta inapropiados hablar (Castro, Bronfman, 1993, pp 389).

Para López y Carril (2010) la atención que recibimos en los centros de salud responde a un modelo de estilo materno-infantil.

La deconstrucción ideológica y práctica del modelo tradicional materno infantil –que ha reinado la oferta de servicios de salud hacia las mujeres, así como organizado las prácticas profesionales– exige desandar la ecuación mujer = madre como un dato natural para incluir las representaciones del deseo

y del no deseo de hijo, ambas como legítimas producciones subjetivas y sociales (López y Carril, 2010, pp34)

La “imposibilidad” de estas mujeres de volverse sujetos libres, autónomos y razonables parece condenarlas, dentro del orden médico, a una condición permanente de “enfermedad”. El orden médico representa una autoridad científica pero también moral sobre la sociedad.

El círculo paradójico se cierra: a los hospitales públicos las mujeres acceden en su calidad de ciudadanas, porque es su derecho. La atención que ahí reciben, sin embargo, es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (Castro, 2010, pp57)

Para Erviti (2010) existe una especie de vigilancia médica ejercida sobre los cuerpos de las mujeres.

Cuando las mujeres son vistas como “deficitarias” en sus roles tradicionales de género porque no han sido capaces de mantener la armonía familiar, que es una de sus principales tareas, la respuesta más que ciudadana, es terapéutica. Esto las coloca en un lugar de pasividad y sumisión a la autoridad médica: el de las “pacientitas”, una manera muy común entre el personal de salud de referirse a las mujeres que acuden a solicitar sus servicios. (Herrera, 2010, pp77)

Una de las técnicas fundamentales del poder disciplinario (Foucault, 1989) es la sanción normalizadora que establece los límites entre lo normal y lo anormal. La medicina ha jugado un papel central en la construcción de la normalidad “Es necesario el estudio sociológico de los mecanismos que hacen posible los desencuentros que mencionamos más arriba entre prestadores de servicios de salud y usuarias, en el marco de los servicios de salud reproductiva” (castro, 2010, pp 61)

Esto coloca en el centro de la discusión el significado social de la maternidad, vista como un compromiso hacia el orden moral y hacia la sociedad a la que se pertenece. Estos compromisos, al igual que la construcción de las identidades, son mediados por los discursos oficiales y hegemónicos, donde la identidad femenina se ha constituido históricamente a través de la maternidad. (Erviti, 2010, pp 105)

“Los hallazgos muestran que los médicos (varones), situados dentro de una institución de control social como la medicina, juegan un papel central en la producción y reproducción de nociones específicas acerca de la sexualidad y la maternidad.”(Erviti, 2010, pp 105)

Del tratamiento médico al tratamiento legal en el Uruguay

“Una norma no es lo mismo que una regla, y tampoco es lo mismo que una ley. Una norma opera dentro de las prácticas sociales como el estándar implícito de normalización.”
(Butler, 2004, p.10).

El discurso jurídico ha creado categorías que devienen en la apropiación de los sujetos de formas de vida, no solo fundan lo que es legal e ilegal, lo que es permitido y lo que no, dualizan, dividen, clasifican, las normas tienen un papel regulador y productor de los sujetos.

“El género es entonces una norma regulatoria, pero también es producida para servir a otros tipos de regulaciones” (Butler, 2004, p.30).

Desde 1996 en Uruguay comenzó a gestarse el primer proyecto de ley con el que cuenta hoy en día la Reproducción asistida.

Si volvemos al Proyecto de Ley Inicial de Reproducción Humana Asistida de 1996, el concepto de Maternidad que encontramos era un concepto dividido en “Maternidad plena” o “Genética no plena”, siendo la maternidad plena aquella en la que el óvulo fecundado perteneciese a quien lo gestase en su útero, a diferencia de la maternidad Genética (no plena) donde el óvulo sería de una donante (Proyecto de Ley Reproducción Asistida, 1996).

Esto significa que el concepto de maternidad en éste proyecto se reduce a aquella mujer que es capaz de gestar y parir a su hijo, descartando por completo bajo éstas condiciones la maternidad subrogada. Sea con su óvulo o mediante ovo donación, pero la filiación era adjudicada a la mujer que gestaba el embarazo.

Además de cumplir con éste requisito de posibilidad de parir a un hijo para ser considerada madre ante la Ley, las mujeres para obtener el derecho a acceder a estas técnicas que le permitiesen acceder por consiguiente a la maternidad no podían ser solteras o menores de edad, así como tampoco podían acceder aquellas mujeres en las que no pudiera probarse una unión heterosexual con cierta estabilidad temporal (Proyecto de Ley Reproducción Asistida, 1996). No accedían a ellas mujeres solteras, la única salvedad era vivir en concubinato, siempre siendo necesario el consentimiento de su esposo o concubino, es decir que la mujer jamás podía decidir por sí misma, siempre dependía del miembro hombre de la pareja.

Otro aspecto a destacar es que tampoco se abría la posibilidad a parejas homosexuales o aquellas mujeres con esposos fallecidos o divorciadas.

La presencia de un hombre en la pareja era ligada como parte esencial para acceder a la maternidad, aparece aquí el valor del gameto masculino y de la pareja estable y heterosexual como única opción posible para aquellas mujeres que por diversas circunstancias no pudieron acceder a un embarazo por métodos naturales.

Sin embargo a la hora de definir qué hacer con los embriones o pre embriones si importaba el rol de la mujer, ya que éstos eran considerados donados si en el lapso de 6 meses la clínica actuante constataba desinterés de la mujer en los mismos, como si el desinterés fuese sólo de ella, aquí el desinterés no es de la pareja como en el caso del interés, es de la mujer (Proyecto de Ley de Reproducción Asistida, 1996).

Ni siquiera la elección del o la donante era considerado un derecho de la receptora, éste era exclusivamente responsabilidad del equipo médico.

La principal fundamentación por la cual se consideró necesario en 1996 crear una Ley que regule éste tema fue que la legislación en torno a las técnicas permite que se lleve un control tanto en cuanto a las tasas de embarazo como de natalidad, también permite definir, regular y controlar lo que tiene que ver con la ética de los profesionales que trabajan en éste ámbito.

Por ejemplo mediante la definición de los que es considerado un embrión legalmente, (se define al embrión desde el día en el que el óvulo es fecundado y hasta el día 14 de desarrollo), también era necesario regular el tema de si los gametos, óvulos (fecundados o no) podían ser pasibles de ser manipulados y utilizados para fines de investigación, de carácter diagnóstico y/o terapéutico. Esto es importante ya que la Criopreservación de los mismos era algo muy limitado hasta el momento, no se podía criopreservar embriones pasados del día 14, ni embriones aun siendo viables para un posterior ciclo.

Si damos un salto hasta el año 2003, se presenta un nuevo proyecto de Ley donde encontramos que se sigue hablando en términos de pareja, aún no se puede visualizar la maternidad fuera del vínculo heterosexual, mucho menos en mujeres solteras. A esto se le suma que las mujeres además de estar en pareja deben de poseer una reserva ovárica demostrable y ser civilmente capaces.

También comienza aquí a regularse el número de embriones transferibles y se mantiene el hecho de la prohibición de preservar los excedentes. La crio preservación de los mismos sólo podría realizarse en los casos en los que la Transferencia de embriones quede suspendida por razones médicas.

La filiación materna aún seguía estando determinada por el parto. Era considerada madre la que gestara el embarazo, por tanto seguía sin reconocerse la posibilidad de la maternidad subrogada, o la posibilidad de ser madres ambas mujeres de una pareja homosexual por ejemplo

En el año 2013 se aprueba una nueva normativa, es así que nos encontramos con la ley 19.167 actual de Técnicas de Reproducción Asistida.

Por primera vez las técnicas comienzan a ser accesibles para las mujeres independientemente de su estado civil, también comienza a aceptarse la opción de subrogar la maternidad, ósea que ya no se habla de parejas, sino que se habla de "personas" en sentido genérico. En este sentido, el Senador Solari en la

sesión de la Cámara de Senadores del 9 de Octubre del 2013, expresó su desacuerdo con utilizar el término “pareja”, objetando que no sólo la significación tiene importancia para los usuarios de las técnicas, sino que también ésta tiene influencias sobre el nacido, ya que el mismo va a traer consigo derechos inherentes a su persona como lo son el derecho a la identidad, a la filiación entre otros estipulados en el Código de la Niñez y la Adolescencia.

Los únicos limitantes que encontramos son en cuanto a la edad, toda persona de entre 18 hasta 60 años es capaz de acceder a las técnicas siempre y cuando su salud psico física lo permita.

Se trata principalmente de aumentar la accesibilidad mediante la facilitación de la parte económica como en la inclusión de diversidad en cuanto a quienes pueden someterse a las técnicas.

Se abre también la posibilidad de utilizar gametos de personas fallecidas que hubieren dejado su consentimiento por escrito, antes de que hayan pasado 365 días del fallecimiento.

Los embriones excedentes de un primer ciclo podrán ser preservados y utilizarse en un ciclo posterior, por lo cual no se obliga a la mujer a someterse nuevamente a tratamientos de punción folicular para extraer nuevos ovocitos que puedan ser usados para nuevos futuros embriones, teniendo embriones ya preservados la mujer se evita comenzar de cero con el tratamiento de Fecundación In vitro, ya para un segundo intento puede utilizar embriones congelados y sólo recibir estimulación ovárica para ir directo a una transferencia de Embriones luego. También se evita que los embriones sean descartados por la paciente, ya que ellas son las únicas autorizadas para hacerlo personalmente mediante la firma de un consentimiento informado, siendo para las mismas una tarea que puede significar diversas connotaciones, dependiendo de lo que para una signifique el comienzo de la vida. Se puede debatir mucho en torno a éste tema. (Ley N° 19167 de Reproducción Asistida, 2013).

Sobre la maternidad subrogada cabe destacar que si bien se comienza a permitir, sólo se permite contratar a un familiar de segundo grado de consanguineidad de la mujer o de su pareja para la gestación del bebé. El avance más importante aquí está en que ya la maternidad no es sólo la capacidad de gestar un hijo, sino que el vínculo filiatorio está dado también cuando el embrión está conformado por al menos un gameto de la pareja.

Otro aspecto importante a destacar es que en los primeros proyectos de Ley sólo se tomaba en cuenta los procedimientos de Alta Complejidad, mientras que en la Ley actual se incluyeron los de baja Complejidad (Inseminaciones intrauterinas).

Se abre el concepto de política pública, ya que se en la exposición de motivos se pone sobre la mesa el problema del envejecimiento poblacional que sufre el país debido a la baja tasa de natalidad que no permite un reemplazo intergeneracional que renueve la población (Proyecto de Ley sobre técnicas de Reproducción Asistida, 2013. Exposición de Motivos).

Se manejan como datos estadísticos que en el Uruguay, si bien no existen datos oficiales, se estima que la tasa de infertilidad se ubica entre el 15 y el 18 % de las parejas.

En Uruguay hasta el momento se hablaba de un vacío jurídico en torno al tema de la Reproducción Asistida en cuanto a lo que tiene que ver con los criterios y límites de su utilización y ese es otro motivo por el cual en el Parlamento se consideró necesario implementar una Ley que regule éste tema, para equiparar los avances científicos con los del derecho y achicar ese vacío.

El criterio que finalmente siguió la Comisión con respecto a la elaboración de ésta iniciativa ha sido el de intentar hacer una síntesis entre los fundamentos del proyecto legislativo que sirvió como antecedente a las legislaciones comparadas a nivel Internacional, y las diferentes vertientes de opiniones, tanto científicas, como sociales, jurídicas, éticas y administrativas registradas en ambas Comisiones de Salud Pública en este largo proceso. (Senador Gallo Imperiale, 2013)

Subjetividad/es en pacientes de Reproducción asistida.

“El diagnóstico y el tratamiento de los problemas de infertilidad suelen convertirse, en muchas ocasiones, en un acontecimiento vital que puede provocar alteraciones emocionales.” (Arranz Lara et al, 2009, pp119)

Una investigación realizada sobre estrés percibido en mujeres y/o parejas que se hubieran realizado tratamientos de reproducción asistida y sus parejas (Arranz Lara et al,2009) con el objetivo de conocer si las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida tienen mayores niveles de estrés que sus parejas y encontrar las diferencias por género en el estrés percibido obtuvo como resultados:

No hubo diferencias significativas entre el nivel de estrés en mujeres en quienes se realizaría fertilización in Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 14, Núm. 3, julio-septiembre, 2009 119 Estrés percibido en mujeres a quienes se realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas vitro y el obtenido por sus parejas (Arranz Lara et al, 2009, pp119)

También aparecieron dos respuestas comunes: “Dificultad para relajarse” y “Sentirse presionado por los demás”, estos resultados fueron independientes del género. El hecho de sentirse estresado apareció tanto como tensión física como emocional.

Los datos recabados en el grupo femenino sugieren que sus estresores más frecuentes se vinculan con la sensación de soledad y frustración, probablemente debida a la falta de maternidad. Es relevante que otras de las respuestas más frecuentes en el grupo de mujeres sean factores relacionados con la depresión clínica, como la fatiga, el agotamiento mental y el aislamiento social. (Arranz Lara et al,2009, pp119)

La depresión, la ansiedad y el estrés forman parte de los principales fenómenos emocionales asociados tanto a los momentos previos como durante los tratamientos de Reproducción asistida, si bien no todas las personas reaccionan igual, éstos son los que más se repiten.

Estas técnicas, especialmente las de estimulación hormonal y las de reproducción asistida, producen mucho estrés, ansiedad y depresión. La mayor parte de los estudios que se han enfocado en el estrés y la infertilidad han señalado que la infertilidad, en sí, produce niveles elevados de estrés, acompañado frecuentemente por frustración y, a veces, desesperación (Arranz Lara et al, 2009, pp 117)

La estimulación hormonal es subrayada, ya que no es un detalle menor a tener en cuenta, debido a que la misma medicación hormonal propicia éstas reacciones emocionales. Los problemas emocionales son de suma notoriedad “Hay estudios que muestran que sobre todo la población femenina alcanza niveles similares a los de pacientes sometidas a técnicas quirúrgicas ginecológicas graves” (Arranz Lara et al, 2009, pp118)

Sobre el rol del Psicólogo frente a éstos problemas emocionales los autores destacan:

Existe cada vez un mayor consenso entre los profesionales de la salud mental sobre la necesidad de que las parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida obtengan consejo e intervención psicológica antes, durante y después del tratamiento; sobre todo, es necesario prestar atención a la ansiedad y a la sensación de pérdida de control que aparece a lo largo de estos tratamientos, y que suele traducirse en una diversidad de síntomas psicósomáticos en ambos miembros de la pareja. (Arranz Lara et al, 2009, pp118)

Es muy importante trabajar con las pacientes no sólo en lo que tiene que ver con lo reproductivo propiamente dicho, sino con sus recursos adaptativos y de afrontamiento de las técnicas, porque la infertilidad puede ser por causas psicológicas y también porque de todos modos los factores emocionales afectan directamente al cuerpo biológico.

El estrés afecta el eje hipófisis-pituitario-adrenal y altera las hormonas de la fertilidad (FSH, GnRH, LH); así como el cortisol, la melatonina y las citocinas. Al mismo tiempo, el estrés puede tener cierta influencia en la irrigación del útero y el ovario, lo que puede dañar la calidad de los ovocitos que pueden obtenerse. (Arranz Lara et al, 2009, pp118)

En ésta investigación se afirma que la infertilidad y sus tratamientos, se convierten a la larga en “estresores crónicos” que traen consigo consecuencias sobre la conducta de las mujeres y/o parejas. Por lo tanto éstos autores recomiendan una intervención enfocada en la historia personal de la pareja y en las diferencias psicológicas de género, antes de que ambos se sometan a los tratamientos de reproducción asistida.

En otra investigación “Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo” (Arranz Lara et al, 2001) realizada en un hospital público se investigaron la influencia y el contexto en los que se produjo el deseo de maternidad en cien pacientes entrevistadas. El propósito de este estudio fue el de establecer criterios que ayudaran a comprender las causas que llevan a una mujer a someterse reiterada e insistentemente a complicados tratamientos de fertilización, con pocas probabilidades de éxito.

“Se detectaron dos factores básicos que intervienen en la insistencia de ciertas mujeres en permanecer en tratamientos de reproducción asistida, sobre todo en aquellos de alta especialidad tecnológica. A estos factores se les denominó "el imaginario social" y "la estructura psíquica". (Arranz Lara et al, 2001, pp 32)

Estos investigadores plantean que cuando las mujeres y/o parejas no logran adaptarse a su situación entonces se puede desarrollar lo que Morales Carmona (citado en Arranz Lara et al, 2001, pp 31) concibe como “esterilidad de vida” que se manifiesta como el empobrecimiento paulatino de varias áreas de su vida cotidiana, “Se producen reacciones emocionales regresivas en las que se cuestiona su incompetencia como mujer, y su esterilidad se convierte en parte de su autodefinición” (Arranz Lara et al, 2001, pp 31).

Para éstos investigadores existen 2 grandes factores que influyen en las consecuencias emocionales que traen aparejadas los TRA: en primer lugar los imaginarios sociales y en segundo lugar la estructura psíquica del sujeto. Los mitos y creencias propios de los imaginarios sociales donde las mujeres se encuentran

insertas, determinan su posicionamiento, su percepción de sí mismas en relación al género al que pertenecen. De ahí provienen las posibilidades identificatorias acerca del papel de la mujer.

“En un determinado momento de su vida reproductiva, cada mujer tiene que tomar la decisión de si quiere o no ser madre, decisión no del todo consciente, que replantea su identidad genérica que, a su vez, resignifica todo su proyecto identificadorio.” (Arranz Lara ed al, 2001, pp33)

Es decir que la elección de ser madre o no tiene que ver directamente con la identidad.

Por otro lado en ésta investigación se trata y resalta el tema de la pasividad que adoptan las mujeres frente al tratamiento “El tratamiento al que se someten estas mujeres produce una serie de efectos directos e indirectos, no siempre conscientes, que las convierten en agentes pasivos o activos frente a dichos tratamientos.” (Arranz Lara ed al, 2001, pp33)

Los problemas emocionales que vuelven a aparecer destacados en ésta otra investigación, al igual que en la anterior son la tristeza y vacío existencial “Entre los efectos psíquicos que manifiestan encontramos sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza. La identidad es la búsqueda de una imagen narcisista de máxima valoración.” (Arranz Lara ed al, 2001, pp33)

Aquí aparece otro fenómeno que se da en las TRA: la insistencia, la búsqueda incesante de tener un hijo.

Por otra parte, sus actitudes defensivas ayudan a estas mujeres a persistir en los tratamientos como medio para conservar el valor identificadorio que marca su deseo de lograr la maternidad. Entre las defensas más importantes aparecen, en primera instancia, la fantasía sobre el hijo esperado e idealizado (imaginario), ya que Éste colmaría el vacío interior y compensaría todos los sacrificios sufridos. (Arranz Lara ed al, 2001, pp34).

Y el rol del psicólogo vuelve a ser reclamado para estos autores también:

Si no se proporciona a estas mujeres una terapia psicológica que las ayude a elaborar el fracaso del tratamiento, puede aparecer, en primer lugar, la resignificación de los déficits narcisistas estructurales, por lo que se presentaría una severa depresión narcisista, de mecanismos de aislamiento y retraimiento que ya padecían algunas de ellas. (Arranz Lara ed al, 2001, pp34)

Se recomienda en ésta investigación que el tratamiento psicológico sea enfocado en permitirles a las pacientes comprender todas las vicisitudes que esa búsqueda de ser madres puede acarrearles, promoviendo una elección más consciente y elaborada, o nuevas identificaciones que les permitan resignificar sus historias personales.

Viniendo hacia el Río de la Plata, encontramos que se llevó a cabo una Investigación de nombre “Sujetos y cuerpos asistidos. Un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata” (Viera, 2015), en ésta investigación se aborda la dominación que sobre la dimensión corporal impone el desarrollo de las TRA en el Río de la Plata y los sentidos culturales que sostienen este proceso.

El cuerpo femenino es el que carga con la mayoría de los costos de las intervenciones biotecnológicas para lograr el hijo biológicamente vinculado. No solo en términos de una mayor medicalización porque la gestación todavía depende de un útero sino porque el desarrollo biotecnológico se orienta en su investigación y práctica, y es acompañado por una dimensión cultural que avala tal sentido, a intervenir mayormente el cuerpo femenino, y no solamente el de la mujer que busca tener descendencia mediante TRA sino también el de aquellas mujeres que comercian sus óvulos para estos tratamientos. (Viera, 2015, pp 365).

En esta investigación se resalta a la mujer como aquella que sufre mayormente los costos emocionales y físicos de las TRA, ya que es su cuerpo el que se entrega al médico de forma pasiva para ser manipulado con métodos que son invasivos y dolorosos, trayendo consigo muchas reacciones emocionales negativas.

Por otra parte, Leal Herrero (2009) sobre la Psicopatología del aborto espontáneo y trastornos tras las técnicas de reproducción asistida

Las parejas que deciden recurrir a un método de apoyo a la fecundación, suelen atravesar un período de obsesividad o de obsesivización progresiva, que padece uno de los cónyuges o ambos a la vez, y que consiste en la ocupación del campo de la consciencia por ideas fijas y persistentes, cuyo contenido es el propio de los elementos reproductivos: óvulos, espermatozoides, fecundación «in vitro», hormonas, selección de embriones, donantes, características de los donantes, etc. (Leal Herrero, 2009, pp399)

La mujer tiene mayor participación y protagonismo en todo el proceso de reproducción, por su implicación en la implantación del embrión, en el embarazo y en el parto, pero también porque es sobre ella que se debe realizar la medicalización y control de seguimiento previo a la implantación, es por eso que las investigaciones en torno a los factores emocionales que se generan en la utilización de las TRA coinciden en que ellas son las que sufren más las consecuencias, más allá de que se reconoce, por supuesto al hombre con sus padecimientos propios también.

Conclusiones

Llegando al final, es que damos lugar a la reflexión, he aquí el sitio donde se conjugan los aprendizajes y las experiencias personales.

Para comenzar quisiera hacer ciertas consideraciones generales, creo que la sexualidad es en definitiva un asunto de Interés social, y por lo tanto un asunto político que refleja un conjunto de demandas sociales de acceso a un abanico de derechos, accesibilidad a tratamientos que deben poder ser garantizados desde el Estado si se quiere lograr cierta equidad y garantías hacia la ciudadanía, la justicia social desde el Estado debe ser garantizada y desde la Psicología creo que nuestra labor debe partir desde el promover, informar y participar en esas demandas sociales, desde los equipos de Salud.

En cuanto a la Reproducción Asistida considero muy bueno que el Estado garantice y regule el acceso a las técnicas, pero es necesario hacer hincapié en lo importante de que al hacerlo, esos derechos no traigan consigo la idea de que sexualidad y reproducción son sinónimos, que no se promueva la idea de que la procreación debe ser el fin primordial en las mujeres y que aquellas que no logran hacerlo por métodos naturales son “enfermas” “infértiles”, la infertilidad para mí es un término con connotaciones negativas, fuerte, que rotula, patologiza y trae consigo la constitución de ciertas creencias, significados subjetivos que dejan huella no solo en los cuerpos, sino también en la psiquis. La Psicología deberá dar conocimiento de ésta dimensión subjetiva.

La concepción de Maternidad en la Reproducción Asistida es una concepción inundada de discursos técnicos, siendo el discurso Médico, un discurso patriarcal el que tiene mayor influencia, donde se ve claramente la entrega de nuestra femineidad al Capital. Entregamos nuestra femineidad desde el momento que nos dejamos “asistir”, manipular, estimular hormonalmente, siendo manejadas y reguladas por los médicos, pero también entregamos nuestra femineidad cuando como mujeres elegimos ser madres a pesar de todo los costos físicos, emocionales y económicos, sin siquiera saber porque, de donde proviene ese deseo maternal tan fuerte que no podemos controlar, que no queremos callar, que perseguimos sin cesar aún después de varios fracasos y a costa de lo que sea. El Modelo Médico en la Reproducción asistida es un modelo que toma una postura paternalista, centrado en la enfermedad y promotor de un modelo materno-infantil como si ser mujer fuese sinónimo de ser madre.

Desde el Fondo Nacional de Recursos se nos pide a los Psicólogos que evaluemos si las mujeres se encuentran aptas para ser madres, pero ¿bajo qué criterios nosotros podemos definir si lo son o no? Creo que desde la Psicología no podemos evaluar eso, es algo en lo que para mí se corre el riesgo de cometer injusticias, de aventurarnos demasiado en juicios morales y hasta caer en prejuicios.

La pregunta que se intentó analizar en éste trabajo fue que concepción de la Maternidad tienen las mujeres que deciden hacer tratamientos de Reproducción Asistida y todas las explicaciones encontradas nos llevan a pensar en el contexto, en lo social, en lo que ha sido instaurado en nuestro pensamiento durante décadas, a esas concepciones dominantes, a las normativas legales, a los discursos técnicos que nos disciplinan y ejercen su poder sobre nuestros cuerpos, dejándonos sin demasiadas opciones.

El uso de técnicas de Reproducción Asistida es el uso en definitiva de la capacidad de dominación social, de la capacidad que hemos obtenido de controlar y volver una cuestión tan privada como el deseo de tener un hijo en un fenómeno totalmente normativizado y público, controlamos desde el momento en el que se produce la estimulación ovárica en las mujeres como parte de las técnicas, luego elegimos los mejores embriones a implantar, los vitrificamos y crio preservamos en un laboratorio, también podemos elegir el sexo de los mismos, controlar mediante estudios genéticos que no posean defectos genéticos, y controlamos tanto como sociedad que en la actualidad se aprobó toda una legislación en torno al tema.

Desde el inicio, el nombre que le damos es cuestionable, que la Reproducción sea “Asistida” ¿implica un tratamiento o un servicio?, hablamos de salud o de Comercio? y esto me lo cuestiono sobre todo como trabajadora de una clínica privada de Reproducción Asistida y creo importante desde mi lugar no caer en éstas lógicas y naturalizaciones, sino desnaturalizar, criticar e intervenir desde un rol que promueva el cuestionamiento en torno a la concepción de Maternidad en las pacientes.

Por otro lado me cuestiono: podemos hablar de una enfermedad cuando hablamos de Infertilidad?, ¿Podemos hablar de instinto maternal, de algo dado como natural? O estos son posicionamiento esencialistas propios de una sociedad patriarcal, que ignoran las diferencias entre mujeres propias de los factores sociales y culturales en los que éstas están insertas y exigen que la mujer deba ser madre por el simple hecho de que su condición física se lo permite.

Es necesario cuestionar la idea de que las mujeres necesitan ser madres para sentirse satisfechas, analizar si éstas técnicas fomentan el rol reproductor en el que las mujeres muchas veces quedamos atrapadas, ya que los médicos de alguna forma se apropian del control reproductivo de las mujeres y ejercen un control mediante el cual se corre el riesgo de abuso de las técnicas con diversos fines, entre ellos el rédito económico.

El discurso médico es un gran reproductor del discurso Patriarcal, desde el momento que se le llama a la mujer que no puede tener hijos como “paciente” se da por sentado que necesita asistencia y que además el hecho de no poder concebir es visto como una desviación de la normalidad, patologizando el cuerpo de las mismas.

La Maternidad es dividida desde el punto de vista médico en “Genética” o “Gestacional”, siendo la gestación, el parto los cuales definen la misma, se observa aquí como las tecnologías reproductivas afectan el concepto de Maternidad y lo definen de acuerdo a una concepción materialista.

La maternidad puede generarnos mucho placer a las mujeres, pero también corremos el riesgo de reproducir ideologías machistas que nos obligan a renunciar a muchas de nuestras libertades, a logros que han llevado años de luchas feministas, por eso creo que a la hora de elegir ser madres debemos tener la capacidad de cuestionarnos para que y porque queremos serlo fundamentalmente.

En cuanto a lo emocional cabe destacar el componente de ansiedad, estrés y miedos que éstos tratamientos le generan a las mujeres, el riesgo de entrar en un cuadro de Depresión, en Uruguay aún hay mucho por hacer para que el rol del Psicólogo se instale más fuertemente como parte del equipo

multidisciplinario que trabaja en los centros de atención de éste tipo, considero que si bien la ley 19187 es un avance en cuanto a la inclusión del mismo en las evaluaciones previas a los tratamientos, aún le falta contemplar la utilidad e importancia que éste tendría durante todo el tratamiento y en etapas posteriores. Las investigaciones existentes en el tema lo han demostrado: es necesario trabajar con las mujeres y/o parejas en las estrategias de afrontamientos de las TRA, ayudando a las mismas a que en su camino sean conscientes de las vicisitudes que estas acarrearán a su vida, del grado de estrés al que estarán sometidas, hablarles claro acerca de las probabilidades de embarazo que tienen y prepararlas tanto para el acierto como para el error de las técnicas.

La nueva ley ha logrado una mayor justicia social en el acceso a las técnicas, muchas más personas podrán acceder al intento de lograr su deseo de ser padres y madres pero aun hay muchas cosas que ajustar ya que la misma no deja de ser pensada desde la medicina, desde el discurso patriarcal.

Aún falta mucho más terreno para ganar desde la Psicología porque en tratamientos donde está demostrado que los factores emocionales inciden claramente, aún no se nos ha dado el lugar que deberíamos tener, por tanto es deber nuestro buscar esos lugares, desde la promoción y la información de la incidencia de éstos factores en los resultados de las TRA.

Referencias Bibliográficas.

Arranz, Lara, Lilia, Blum Grymberg, Bertha, Ito, Sugiyama, Emily (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo Salud Mental. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252406>

Arranz Lara, Lilia; Ruiz Ornelas, Jaime; Aguirre Rivera Wilfrido; Gaviño Gaviño, Fernando; Gaviño Ambriz, Salvador; Moreno García, Daniel. (2009). Estrés percibido en mujeres a quienes se realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, Julio-Septiembre, 117-120. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312183003>

Badinter (1992) *¿Existe el instinto maternal?: historia del amor maternal*. Barcelona: Paidós Iberica.

Butler, J. (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Síntesis. Recuperado de: <http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Judith%20Butler%20-%20Lenguaje,%20poder%20e%20identidad.pdf>

Butler, Judith. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.

Castro R. y Bronfman, M. (1993) *Teoría feminista y sociología médica. Bases para una discusión*. Cad Saude Publica. Rio de Janeiro.

Castro, R; Carril, E; Dides, C; Erviti, S; Herrera, C; Nussentweig, S (2010) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. Montevideo, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género Facultad de Psicología - Universidad de la República y Universidad Nacional Autónoma de México Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

De Beauvoir, Simone. (1949). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Sudamericana.

Foucault, M (1989) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI*, Buenos Aires.

Garay, F. (2008) El destino de ser madres: ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En M. Tarducci (Ed). *Maternidad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). International Committee for Monitoring; Assisted Reproductive Technology; Organización Mundial de la Salud. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (2010)

Hernández, Yuliuva. (2006). "Acerca del género como categoría analítica ." *Nómadas Revista Crítica De Ciencias Sociales y Jurídicas*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/13/yhgarcia.pdf>

Kantor, R (2010) *Contra la tiranía de la madre perfecta*. Revista de cultura. Recuperado en: http://edant.revistaenie.clarin.com/notas/2010/04/30/_-02189856.htm

Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*, 5(21), 147-178. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202105>

Leal Herrero, F (2009). Psicopatología del aborto espontáneo y trastornos tras las técnicas de reproducción asistida. *Cuadernos de Bioética*, Septiembre-Diciembre, 393-403. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87512342007>

León, M. (2000). Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder. *Revista Estudios Feministas*, 8(2), (s/n). Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11935/11201>

Ley

López Moratalla, Natalia; Palacios Ortega, Sara; Fernández Purón, Marta Lago; Chinchilla Albiol, Nuria; Beunza Santolaria, Mercedes. (2011). N° 3. Retraso de la edad de la procreación e infertilidad. El recurso a la reproducción asistida y selección de embriones. El problema intergeneracional. *Cuadernos de Bioética*, XXII. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87519895012>

López Gómez, A. Güida, C. (2001) Sexualidad, campo de investigación interdisciplinaria. En: Araujo, Behares, Sapriza (comp.) *Género y Sexualidad en Uruguay*. Montevideo: Ed. Trilce - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

Maldonado, L. (2010) El conflicto: la mujer y la madre. *La República de las Mujeres*. Recuperado en: <http://www.republica.com.uy/la-mujer-y-la-madre/519017/>

Marti, G. (2011) Maternidad y Técnicas de Reproducción asistida: Un análisis desde la perspectiva de Género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias. Tesis Doctoral.

Ministerio de Salud Pública (2014) Manual de procedimientos para el manejo sanitario Reproduccion asistida. Según Ley 19167. Recuperado en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20Proc%20RHA%202014.pdf

Poder Legislativo, Uruguay (1996): Proyecto de Ley en Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Recuperado en: <http://www.parlamento.gub.uy/websip/lisficha/fichaap.asp?Asunto=3614>

Poder Legislativo, Uruguay (1999) Ley N° 19167 Técnicas de Reproducción humana asistida. Recuperado en: <http://www.parlamento.gub.uy/websip/lisficha/fichaap.asp?Asunto=3614>

Poder Legislativo, Uruguay (2003): Técnicas de Reproducción humana asistida, Cámara de Representantes repartido N°1357, carpeta N° 3181. Poder Legislativo. Recuperado: <http://www.parlamento.gub.uy/websip/lisficha/fichaap.asp?Asunto=3614> erado en:

Poder Legislativo, Uruguay (2013): Discusión General. 48.ª Sesión Ordinaria, Cámara de Representantes repartido N° 246, Tomo 514. Recuperado en: <http://www.parlamento.gub.uy/websip/lisficha/fichaap.asp?Asunto=3614>

Poder Legislativo, Uruguay (2013): Proyecto de Ley sobre técnicas de Reproducción Asistida. Exposición de Motivos. Recuperado en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/11/msp_512.pdf

Viera Cherro, M (2015). Sujetos y cuerpos asistidos. Un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata. Civitas - Revista de Ciências Sociais, Abril-Junio, 350-368. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74241122014>