



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

Cómo se involucran las Obstetras Parteras en el proceso de reproducción asistida

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera**

Autoras:

Br. Juliana Pereyra Ungo

Br. Aldana Saravia Arévalo

Tutora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farías

Co-tutora: Asist. Clínica Obst. Part. Katerine Sardeña.

Montevideo, Noviembre 2023

Agradecimientos

Al encontrarnos finalizando nuestra etapa de formación, a través del presente trabajo, consideramos necesario y oportuno agradecer a quienes de algún modo formaron parte de este proceso.

A nuestras tutoras Carolina Farías y Katerine Sardeña por su tiempo, entrega y orientación desde un lugar amable y respetuoso.

A las Obstetras Parteras que fueron parte de nuestra formación, motivando e incitando a que hoy podamos plantearnos estas interrogantes.

A nuestras familias por el apoyo continuo, el acompañamiento y paciencia a lo largo de nuestro trayecto.

Resumen

En el presente trabajo monográfico se abordan las diferentes formas en las que se puede involucrar la Obstetra Partera en los procesos de reproducción humana asistida. A lo largo del mismo se profundiza sobre sus competencias haciendo especial énfasis en su vínculo con la salud sexual y reproductiva, destacando su importancia en la planificación familiar.

En el mismo se destaca el funcionamiento del sistema de salud en Uruguay y su principal estrategia basada en la atención primaria en salud, la cual garantiza una atención integral de calidad que parte de la promoción y la prevención llegando en ocasiones hasta el tratamiento y la rehabilitación. En este se destaca la contribución de la Obstetra Partera tanto en la atención de las personas y parejas que buscan concebir como en las acciones de promoción y prevención que hacen al cuidado de su fertilidad.

En la actualidad los nuevos arreglos familiares implican un abordaje de la salud sexual y/o reproductiva que genera un gran desafío debido al proceso de cambio de paradigma en la cultura de los equipos y servicios de salud. Estos desafíos tienen efectos en la accesibilidad de las personas a una atención de calidad, sobre todo en aquellas más vulneradas como lo son las minorías.

A lo largo de este trabajo se revisa el panorama actual de las técnicas de reproducción humana, sus bases conceptuales, y cómo es su funcionamiento en base a la normativa que las respalda. Además se visualiza cómo el equipo de salud se ha ido adaptando, cuestionando su accionar frente a las mismas, resaltando la importancia de la presencia de la Obstetra Partera en equipos interdisciplinarios de salud reproductiva.

En resumen esta monografía ofrece un análisis integral del rol de esta profesión en la intersección entre la salud sexual y reproductiva y los avances tecnológicos en medicina reproductiva, evidenciando la importancia de la relación entre el conocimiento, las políticas públicas, el accionar en la atención de la salud y cómo esto nos interpela.

Palabras clave:

Salud Sexual - Salud Reproductiva - Obstetra Partera - Fertilidad - Reproducción Humana Asistida.

Abstract

In this monographic work, the various ways in which the Obstetric Midwife can be involved in assisted human reproduction processes are addressed. Throughout the work, there is an in-depth exploration of her competencies, with a particular emphasis on her connection to sexual and reproductive health, highlighting her importance in family planning.

The functioning of the healthcare system in Uruguay is emphasized, with its main strategy based on primary health care, ensuring comprehensive quality care that starts from promotion and prevention, sometimes extending to treatment and rehabilitation. The contribution of the Obstetric Midwife is highlighted, both in the care of individuals and couples seeking to conceive and in promotion and prevention actions related to fertility care.

Currently, new family arrangements require an approach to sexual and/or reproductive health that poses a significant challenge due to the paradigm shift in the culture of health teams and services. These challenges have effects on people's accessibility to quality care, especially for those who are more vulnerable, such as minorities.

Throughout this work, the current landscape of human reproduction techniques, their conceptual foundations, and their operation based on supporting regulations are reviewed. Additionally, it is observed how the healthcare team has been adapting, questioning its actions in response to these techniques, and emphasizing the importance of the presence of the Obstetric Midwife in interdisciplinary reproductive health teams.

In summary, this monograph provides a comprehensive analysis of the role of this profession at the intersection of sexual and reproductive health and technological advances in reproductive medicine, highlighting the importance of the relationship between knowledge, public policies, actions in health care, and how this challenges us.

Keywords:

Sexual Health - Reproductive Health - Obstetric Midwife - Fertility - Assisted Human Reproduction.

Índice de Contenido

<u>Agradecimientos</u>	<u>3</u>
<u>Resumen</u>	<u>4</u>
<u>Abstract</u>	<u>5</u>
<u>Índice de Contenido</u>	<u>6</u>
<u>Introducción</u>	<u>7</u>
<u>Capítulo 1: Salud Sexual y Reproductiva</u>	<u>9</u>
<u>1.1 Bases conceptuales de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de equidad de género</u>	<u>9</u>
<u>1.2 Derechos sexuales y reproductivos: leyes que amparan la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay</u>	<u>12</u>
<u>Capítulo 2: Profesión de la Obstetra Partera y sus competencias en salud sexual y reproductiva.</u>	<u>18</u>
<u>2.1 Breve historia de la partería</u>	<u>18</u>
<u>2.2 Profesión de la Obstetra Partera</u>	<u>21</u>
<u>Capítulo 3: Abordaje integral de la infertilidad</u>	<u>26</u>
<u>3.1 Nuevos arreglos familiares y desafíos persistentes</u>	<u>26</u>
<u>3.2 De-construcción de la Maternidad</u>	<u>29</u>
<u>3.3 Técnicas de Reproducción Humana Asistida</u>	<u>35</u>
<u>3.3.1 Infertilidad</u>	<u>35</u>
<u>3.3.2 Sistema de Salud</u>	<u>43</u>
<u>Capítulo 4: ¿Cómo nos involucramos las Obstetras Parteras?</u>	<u>46</u>
<u>4.1 Asesoramiento preconcepcional y planificación familiar</u>	<u>46</u>
<u>4.2 Cuidado de la fertilidad</u>	<u>48</u>
<u>Conclusiones</u>	<u>61</u>
<u>Referencias Bibliográficas</u>	<u>64</u>

Introducción

La presente monografía parte de la pregunta: ¿Cómo nos involucramos las Obstetras Parteras en el proceso de la reproducción asistida? y aspira a reflexionar acerca de nuestro rol, analizando la bibliografía existente y repensando nuestro perfil como Obstetras Parteras haciendo referencia al plan de estudio vigente.

A fines del año 2022, fuimos invitadas a formar parte de un proyecto de investigación, correspondiente al Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil. El mismo, se encuentra conformado por estudiantes de la Facultad de Psicología y dos estudiantes de la Escuela de Partera (quienes suscribimos este trabajo final). El objetivo del mismo, fue abordar las vivencias de mujeres y varones que atravesaron procesos de reproducción humana asistida en los últimos años. Fue así que al formar parte de dicha investigación, nos vimos profundamente interpeladas acerca de nuestra noción sobre esta temática, vinculada indudablemente con la salud sexual y reproductiva.

Nuestro interés parte de revisar nuestros roles y competencias dentro de la profesión que nos involucra, buscamos problematizar las siguientes cuestiones: ¿Estamos las obstetras parteras considerando en la atención clínica las distintas modalidades de familia? ¿Y en nuestra formación académica? Siendo que nuestro rol se lleva a cabo muchas veces en Primer Nivel de Atención, ya sea en promoción de la salud sexual y reproductiva, como en el control de embarazos de bajo riesgo, ¿Deberíamos cuestionar más la forma en la que brindamos información y derivamos? ¿Contamos con las herramientas para ello? ¿Consideramos diferentes formas de reproducción a la hora de hacerlo? ¿Cómo nos involucramos acompañando estos procesos?. Éstas son algunas de las preguntas que nos planteamos en el recorrido del proyecto de investigación del cual formamos parte. Cabe aclarar que no se busca responder a todas estas preguntas, ya que no aspiramos a desarrollar un texto con punto final y acabado, sino que sea una invitación a seguir construyendo y deconstruyendo ideas y concepciones.

Proponemos entonces hablar de la importancia de desempeñar nuestra tarea en la orientación, asesoramiento y planificación familiar, considerando las diferentes formas de reproducción. En la actualidad contamos con diversas leyes y programas que respaldan y apoyan la diversidad sexual y reproductiva, además en materia de derechos se ha visto un gran aumento en la autonomía reproductiva de las personas.

Sumando que nuestra profesión tiene como objetivo el acompañamiento de la mujer en todas las etapas de su vida, promoviendo la salud sexual y reproductiva, es que

consideramos de gran relevancia ser conscientes del impacto que genera en la subjetividad de las personas nuestro asesoramiento, ya sea brindando información o acompañando.

En la extensión de este trabajo final de grado se desarrollarán cuatro capítulos. El primer capítulo parte de las bases conceptuales de la salud sexual y reproductiva, y hace foco en las leyes que en Uruguay amparan el derecho a la misma. El segundo capítulo corresponde a la profesión de la Obstetra Partera, donde se describe una breve historia de la partería hasta la actualidad y cuáles son sus competencias en cuanto a la salud sexual y reproductiva. En el tercer capítulo se aborda la infertilidad de forma integral, partiendo de los nuevos arreglos familiares y la deconstrucción de la maternidad. Se define infertilidad, cómo se llega a tal diagnóstico y qué tratamientos existen en la actualidad. Y por último, el cuarto capítulo corresponde a la planificación familiar y el cuidado de la fertilidad, desde el rol de la Obstetra Partera. Para finalizar, se presentan las reflexiones y conclusiones del trabajo.

Cabe destacar que a lo largo del mismo se utilizará el femenino Obstetra Partera, debido a que históricamente la partería ha sido exclusivamente una profesión de mujeres, y en Uruguay no fue hasta el año 2021 que egresó el primer Obstetra Partero (UNFPA, 2022).

Capítulo 1: Salud Sexual y Reproductiva

Si bien los procesos de la reproducción humana asistida se ven estrechamente vinculados y asociados al rol de el/la ginecólogo/a, la profesión de Obstetra Partera, también lleva a estar en contacto con personas que dentro de la planificación familiar buscan nuestro asesoramiento, haciendo valer sus derechos referentes a la salud sexual y reproductiva. Las diferentes configuraciones y roles familiares que se expresan en la actualidad nos llevan a replantear nuestro conocimiento acerca de la situación legal en Uruguay y las opciones que existen en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Es así que en el siguiente capítulo se desarrollarán algunos conceptos vinculados a esta temática, imprescindibles a la hora de reflexionar y cuestionar nuestro abordaje.

1.1 Bases conceptuales de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de equidad de género

La salud sexual y reproductiva (en adelante SSyR) abarca un amplio y complejo espectro de asuntos que se encuentran intrínsecamente ligados a problemas sociales que a su vez tienen un gran impacto en la formación de nuestras percepciones y experiencias individuales. La SSyR no solo se limita a la atención institucional que se brinda en los servicios de salud, sino que se manifiesta también en la vida cotidiana, es así que la misma busca una atención integral, oportuna y de calidad en temas como: anticoncepción accesible, planificación familiar, atención durante el embarazo, parto y puerperio, la prevención del aborto inseguro y atención en el proceso institucional de la interrupción voluntaria del embarazo. Además se ocupa de la prevención y tratamiento de la infertilidad masculina y femenina como de enfermedades no infecciosas del aparato reproductor, también brinda información prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, a esto suma la educación para la sexualidad y salud sexual, que busca promover la igualdad entre los sexos, el respeto por maternidades y paternidades elegidas y la prevención y atención de la violencia de género, particularmente contra mujeres y niñas (López, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2006), define a la salud sexual como:

(...) un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual

se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (párr. 4).

Podemos destacar como el concepto resalta que no es simplemente la ausencia de la enfermedad, sino que también abarca la capacidad de decisión autónoma en base a nuestras experiencias sexuales, y que para que la misma llegue a lograrse, los derechos de todas las personas deben de ser respetados. Entendemos que para la toma libre de decisiones es necesario el acceso a información certera, debiendo ser aportada ya sea por los servicios de salud, como por la educación formal.

Si bien la misma no menciona explícitamente la capacidad o no de reproducción y las decisiones en base a ella, se entiende que forman parte de los derechos sexuales de las personas y del enfoque respetuoso de la sexualidad, ya que como menciona la OMS (2006), la sexualidad es:

(...) un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. (...). La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (párr. 5).

Por su parte, Alejandra López (2013) menciona en la Conferencia Inaugural Actividades Académicas de la Facultad de Psicología:

(...) la salud sexual y reproductiva remite a temas y problemas que tienen que ver con el cuerpo, la subjetividad y las relaciones sociales, los derechos humanos, las trayectorias y las decisiones sexuales y reproductivas de las personas, sus formas de relacionamiento, sus deseos y anhelos, sus modos de vivir y significar los acontecimientos íntimos que son, a la vez, políticos y sociales. Cuestiones todas relacionadas con el poder, los sistemas de valores, las creencias, las concepciones sobre el ser humano y la sociedad, sobre la vida, la salud y el bienestar (p.12).

Dentro de dicha conferencia se cita a Miller (2001) quien menciona que la sexualidad y la vida reproductiva pueden estar vinculadas o pueden estar desconectadas y que es el Estado quien debe generar las condiciones para que las personas tomen la decisión de conectarlas o no. La misma autora plantea que el abordarlas de manera desconectada permitiría atender de una forma más amplia la diversidad de prácticas y condiciones sexuales que quedan a un lado al tratar los derechos sexuales como subconjunto de los reproductivos.

Teniendo en cuenta que la sexualidad se ve meramente atravesada por diversos factores, es importante destacar que uno de ellos es la perspectiva de género y como menciona UNICEF (2017) “la perspectiva de género es imprescindible como herramienta para entender y contextualizar la información que producimos y difundimos, pero también porque su incorporación puede colaborar en la modificación de estructuras patriarcales” (p.10).

La salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, derechos y diversidad se ha mantenido desde sus comienzos en continuo desarrollo y crecimiento con legitimidad académica, social y política. Este proceso se debe al resultado de un esfuerzo prolongado por parte de movimientos sociales, en especial el movimiento impulsado por mujeres feministas, quienes han llevado al reconocimiento de la importancia de la salud sexual y reproductiva en el desarrollo integral de individuos y comunidades. Este movimiento ha cuestionado lo tradicional entre lo público y lo privado, el mundo público relacionado con la vida social, la política, lo “racional”, al poder, al éxito personal, lo productivo y remunerado, un lugar de privilegio para los hombres y por otra parte se encuentra el mundo de lo privado, haciendo contraste con el anterior, relacionándose con la vida familiar, el amor, la afectividad, la postergación personal, lo reproductivo y el trabajo no remunerado, lugar perteneciente a las mujeres. Este proceso de reconocimiento a la salud sexual y reproductiva como fundamental en el desarrollo de las personas ha desafiado esta dicotomía y ha sido un punto de reflexión que busca promover la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (López, 2013).

Más allá de que últimamente la generalización del uso del concepto ha generado vaciamiento de su sentido original y la naturalización del término “genera un efecto de debilitamiento en eficacia política y analítica”, como menciona López (2013) el concepto de género en su origen, se elabora como “categoría analítica potente y herramienta metodológica y política eficaz para analizar la desigual posición de mujeres y varones posibilitó otorgar carácter cultural e histórico a asuntos considerados hasta entonces como naturales y basados en impulsos biológicos” (p.15).

Otro concepto importante a resaltar para abarcar la salud sexual y reproductiva es la transversalidad de género, la cual implica incorporar la igualdad de género y la no discriminación en todas las áreas, en las oportunidades brindadas y en la creación de políticas públicas desarrolladas para las personas que conviven en una sociedad (UNICEF, 2017).

Abordar la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género implica reconocer que existe la diversidad y desigualdad de género, y esto implica además la responsabilidad

de trabajar para que todas las personas tengan igualdad a la hora de acceder a información, servicios, opciones y asesoramiento.

Si bien entendemos que venimos viviendo grandes procesos de transformación de la sociedad con cambios en la estructura familiar, en las organizaciones sociales, en los lugares construidos socialmente para mujeres y varones, en los patrones de reproducción biológica y social, en esta distinción del significado que se marcó con anterioridad entre el “mundo” público y el privado, hasta en el “surgimiento” de la diversidad de identidades y expresiones de género, se continúa observando la persistencia de desigualdades y de exclusión social. Los nuevos discursos y posibilidades de ejercicio sexual así como los nuevos acuerdos en prácticas sexuales y reproductivas contribuyen y cuestionan los mandatos sociales e históricos ya establecidos, y en ello radica la importancia de seguir fomentándolos, como eje central de cambio político, social y cultural (López, 2013).

1.2 Derechos sexuales y reproductivos: leyes que amparan la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay

Para adentrarnos en este tema será importante partir desde la base y el puntapie principal que lleva al desarrollo de este trabajo: los derechos sexuales y reproductivos, los cuales son definidos por Rodríguez (2015) como: “los derechos y libertades básicas de todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición” (p.1). Se reconoce a los derechos sexuales y reproductivos dentro de los derechos humanos y refiere que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas.

Si bien el término derechos sexuales y reproductivos se considera reciente, se viene debatiendo acerca del mismo hace más de dos siglos. En las últimas décadas este debate se ha basado principalmente en los siguientes puntos (Rodríguez, 2015):

1- El derecho a la integridad personal vinculado con la idea de individualidad, dignidad y seguridad con la dimensión social de los derechos sexuales y reproductivos: si bien se menciona que estos derechos son individuales, su ejercicio no podrá efectuarse de no existir las condiciones sociales que así lo permitan, lo que nos lleva a entender como esencial la consideración del contexto en términos económicos, sociales, culturales y políticos en el que las personas se encuentran.

2- Distinción público/privado y responsabilidad del Estado: se considera la interdependencia entre los derechos individuales y la responsabilidad en el contexto de la sexualidad y la

reproducción. Aunque la sexualidad y la reproducción sean pertenecientes a la “esfera privada”, la capacidad de las personas para ejercer estos derechos está condicionada por factores pertenecientes a la “esfera pública” como la disponibilidad de información adecuada, servicios de salud de calidad, métodos anticonceptivos, etc, en este sentido, el Estado tendrá la responsabilidad de garantizarlos.

3- La sexualidad y reproducción como parte de la vida sexual de las personas, nos lleva a entender que los derechos sexuales y reproductivos involucran el ejercicio de la sexualidad ya sea con fines reproductivos o no.

4- Las decisiones sobre sexualidad y reproducción pueden ser complejas y dependen de diversos factores, muchas veces no son explícitas, no están vinculadas con una pareja y pueden o no ser consensuadas, estas últimas atravesadas por significaciones culturales sobre la maternidad, la identidad de género y las dinámicas de poder.

5- Derechos universales y la importancia de revisarlos, considerando las diferentes interpretaciones que pueden haber de los Derechos Sexuales basadas en la diversidad cultural y social.

6- Principio de igualdad y las relaciones de poder: implica reconocer la desigualdad social, económica y política que existe entre hombres y mujeres a la hora de decidir sobre su sexualidad y reproducción y como la misma se ve influenciada además por las relaciones de poder que surgen en la pareja.

En 1994 fue llevada a cabo en Egipto la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo”, la misma fue organizada por las Naciones Unidas y formaron parte de ella 179 Estados con diversos niveles políticos, económicos, sociales y culturales, todos ellos discutían un plan de acción que debería de ser aprobado por consenso, recomendaciones que se llevaron a cabo y con las cuales se comprometieron cada uno de los Estados para ser aplicadas enmarcadas en el derecho soberano de cada país.

Esta conferencia marcó una diferencia con respecto a las conferencias anteriores donde los temas principales eran la cantidad de población, su localización, los procesos migratorios, y sobrepoblación. La Conferencia del Cairo trató temas sobre derechos sexuales y reproductivos, la situaciones de los/las niñas y adolescentes y la desigualdad de género entre hombres y mujeres, donde se discutieron y elaboraron acciones básicas para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población (Galdos, 2013).

Galdos (2013) menciona importantes definiciones que surgieron a partir de esta conferencia, de la cual se destaca la siguiente:

(...) la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y otorguen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (p.457).

Además agrega la definición de la atención de la salud reproductiva, la cual es un

(...) conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Galdos, 2013, p.457).

Podemos reflexionar entonces, tal como planteaba Rodríguez (2015), que muchos de los puntos planteados dentro de las definiciones pertenecen y forman parte de derechos humanos y agregar además que los mismos están vinculados estrechamente con el concepto de autonomía, definida por Fernández (2006 citado por Magnone 2010) como: "El grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de otros" (p.102). Ello supone la capacidad de instituir proyectos propios, tomando distancia crítica de las estructuras de sometimiento; producir acciones para lograrlos y contar con las condiciones para materializar tales decisiones.

Para Montero (2009, como se citó en Lafaurie, 2009) los derechos sexuales y reproductivos abarcan dos principios, el de la autodeterminación reproductiva y el de la atención en salud reproductiva. El primero se basa en la autonomía decisiva, sin interferencias y el derecho a estar libre de violencia y coerción al momento de elegir cuántos hijos tener, cuándo y el intervalo entre ellos, esto implica tener los medios y la información para poder llevarlos a cabo. El segundo, por su parte, implica la accesibilidad para que estas condiciones se den, y eso conlleva eliminar las barreras que se presentan impidiendo el disfrute de los servicios adecuados a sus necesidades. Lafaurie (2009) señala que estas barreras pueden ser funcionales relacionadas a la disponibilidad y calidad de servicios, o pueden ser culturales o

psicosociales vinculados al temor de ser juzgados, a las decisiones en cuanto a la postergación de la maternidad y a la falta de entendimiento del lenguaje médico.

En el caso de Uruguay, se cuenta con la Ley de Defensa del Derecho a la Sexual y Reproductiva N° 18.426 promulgada en 2008 y donde se desarrollan y mencionan diversas políticas, programas y servicios con el fin de que el Estado garantice las condiciones para que se cumplan los derechos mencionados anteriormente (Artículo 1).

En los Artículos 2 y 3 se mencionan los objetivos a cumplir en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se destacan: promover una maternidad y paternidad deseada, responsable y planificada, asegurar a la población la cobertura de atención, con calidad y privacidad, dar a conocer los derechos de niños, niñas, adolescentes y adultos en materia de información y servicios. Dentro de las acciones que se disponen en el Artículo 4 para llevar a cabo estos objetivos, se encuentran la capacitaciones de los recursos humanos para una atención adecuada, con un trato respetuoso y con correcta comunicación e información, además se menciona como acción el apoyo a las parejas y personas en el cumplimiento de sus metas sexuales y reproductivas, lo que implica pautas en la atención sobre anticoncepción e infertilidad, entre otras.

La ley faculta al Ministerio de Salud Pública, junto con más dependencias del Estado, para la coordinación y realización de las acciones a través de programas, donde todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán de contar con estos servicios de salud sexual y reproductiva. Además establece que deben de abordarse con ciertas características, entre ellas: acceso a todos los usuarios, reduciendo las barreras que lo impidan, que sea inclusivo, y respete la diversidad evitando la discriminación. Que sea ético promoviendo y respetando la autonomía y toma de decisiones libres conscientes e informadas, brindando información completa. El servicio deberá ser calificado de acuerdo a las necesidades de todas las personas, lo que implica considerar las capacidades diferentes y la orientación e identidad sexual, todo ello enmarcado en el acuerdo de la confidencialidad y el secreto profesional (IMPO, 2012).

En el marco de este trabajo es importante destacar otra de las leyes que amparan la salud sexual y reproductiva y que, como se mencionaba anteriormente, buscan reducir barreras en el campo reproductivo, respetándose además la diversidad en la sexualidad y concepción familiar. Entre ellas, se destaca la Ley 19.167 que regula las técnicas de reproducción humana asistida. La misma fue promulgada en el año 2013 y publicada en el 2015, y tiene como fin regular las técnicas y tratamientos de reproducción humana asistida tanto en el ámbito público como en el privado. En su Artículo 1 define a estas técnicas

como: “El conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo”.

Como alcance menciona que podrá aplicarse a parejas con diagnóstico de infertilidad y abarca también a mujeres solas y en pareja homosexual. Además en el año 2022 se suma al Artículo 2, específicamente vinculado a la criopreservación de gametos, a todo paciente oncológico que se encuentre en edad reproductiva y con el aval y el informe de su equipo tratante quien pudiera ver afectada la fertilidad del mismo a consecuencia del tratamiento.

La ley reconoce la infertilidad como una enfermedad y menciona que será el Estado y las instituciones correspondientes (prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud) quienes deberán garantizar la atención en tratamientos y estudios que la misma conlleve. También menciona a la preservación de la fertilidad y a la prevención de patologías que puedan vincularse a la misma (Artículo 3 y 5).

Además nombra a las técnicas que forman parte de esta ley de regulación como lo son la inseminación artificial, la microinyección espermática, el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, cigotos y embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y en casos excepcionales la gestación subrogada.

Más adelante en el Artículo 5 se distinguen las técnicas de baja complejidad de aquellas de alta complejidad basada en donde se realice la unión entre el óvulo y el espermatozoide la cual puede darse dentro o fuera del aparato genital femenino.

La misma establece que cuando se trata de las técnicas de baja complejidad, que suceden dentro del aparato genital femenino, quedarán comprendidas “dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y serán financiados por éste, cuando la mujer no sea mayor de 40 años” (Artículo 5).

Por su parte, las técnicas de alta complejidad, son aquellas donde la fecundación es realizada fuera del aparato genital femenino, para la posterior transferencia de los embriones resultantes al mismo. En este caso las mismas serán “parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos con el alcance y condiciones que establecerá la reglamentación a dictarse por el Poder Ejecutivo” (Artículo 5).

La ley autoriza a realizar los tratamientos hasta los 60 años de cualquiera de los dos integrantes de la pareja, salvo que alguno de ellos haya sido declarado “incapaz para ejercer la paternidad o maternidad” o suponga riesgo grave para la persona gestante o su

descendencia. Si bien se autoriza la realización de estos procedimientos hasta los 60 años, la cobertura del sistema estará limitada hasta los 40 años de la persona gestante.

En cuanto al procedimiento para acceder a la cobertura que otorga la ley, al día de hoy sabemos que las personas que quieran comenzar deberán de ingresar la solicitud al Fondo Nacional de Recursos antes de cumplir 40 años, y en caso de que queden ingresadas y con los trámites completos podrán continuar con el procedimiento más allá de que sean mayores de 40 años. Deberán elegir a un médico perteneciente a alguno de los centros autorizados por el Fondo, más allá de si pertenecen a un prestador de salud público o privado, la elección será libre. El resto del procedimiento será siempre con el profesional médico elegido de intermediario, y quien aprobará el financiamiento con copagos en base a la normativa será el Fondo Nacional de Recursos (Chaquiriand, 2020).

Cabe mencionar que en Uruguay existen otras leyes que amparan la Salud Sexual y Reproductiva, más allá de las mencionadas anteriormente, como lo son la Ley 18.987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, o la Ley Integral para Personas Trans (Nº 19.684), sin embargo fueron desarrolladas aquellas más vinculadas a la temática del trabajo final de grado.

Capítulo 2: Profesión de la Obstetra Partera y sus competencias en salud sexual y reproductiva.

En el presente capítulo se realizará un breve recorrido por la historia de la partería, especialmente en Uruguay, donde se expondrán los cambios que ha transitado la formación profesional hasta llegar a lo que conocemos hoy en día como Obstetra Partera. Además se desarrollarán las competencias y capacidades que conforman su perfil profesional y se hará mención sobre el marco legal que regula su ejercicio profesional a nivel nacional. Será importante destacar, dentro de su rol como profesional de la salud, el estrecho vínculo con la salud sexual y reproductiva, especialmente en la planificación familiar.

2.1 Breve historia de la partería

Para poder adentrarnos en lo que hoy es la Obstetra Partera, y el rol de su profesión, será necesario marcar algunos puntos importantes en su recorrido. Para ello se realizará una especie de línea de tiempo que nos ayudará a destacar los hitos más importantes.

Previo al comienzo de lo que se denominó la medicalización de la partería, se sostenía la visión europea de que “las enfermedades de mujeres, incluyendo el embarazo y el parto, eran secretos, que no debían ser asistidos ni presenciados por varones” (Pou-Ferrari y Pons, 2012, p.107). Las personas de todas las clases sociales se atendían con “la partera de la familia”, y los partos eran asistidos en domicilio por las mismas.

Antes de la existencia de la Escuela de Parteras, en Uruguay, las parteras solían ejercer de una manera libre, sobre todo en zonas rurales y periféricas. La partería tradicional se transmitía de generación en generación entre las mujeres, muchas veces basada en la tradición indígena y en la experiencia empírica (Bordagorry et al, 2020). Las parteras tenían una capacitación sobre todo práctica basada en su propia experiencia al haber tenido partos y también aprendiendo de parteras con más experiencia. La profesionalización de la misma se dio en distintos momentos históricos basados en el contexto cultural y médico de cada lugar (Pou-Ferrari y Pons, 2012).

En el caso de Uruguay, la Escuela de Parteras se estableció en 1877 como parte de la Facultad de Medicina. Las primeras estudiantes que formaron parte de ella fueron inmigrantes italianas, muchas de ellas buscaban complementar y ampliar estudios previos realizados en Europa. La mayoría debían de demostrar su idoneidad rindiendo pruebas de suficiencia ante la autoridad sanitaria (Bordagorry et al, 2020).

Cuatro años después de la formación de la partería de forma profesional, egresa la primera partera Adela Peretti, primera mujer en Uruguay en obtener un título universitario. Concomitante con este hito importante para la partería, se da que la reglamentación de la profesión comienza a ser cada vez más restrictiva. En 1908, con la inauguración del Hospital Pereira Rossell, se proporcionó el ambiente más formal y científico a la práctica de la partería y la obstetricia, ya que pocos años después comienzan a funcionar en el diferentes clínicas obstétricas en conjunto con la Escuela de Parteras. Así es que el Pereira Rossell que hoy conocemos como el Hospital de la Mujer se convirtió en el centro preferencial para la atención y la formación gineco-obstétrica (Bordagorry et al, 2020).

Las parteras de formación académica y profesional fueron ganando territorio uruguayo, y si bien algunas seguían ejerciendo, sobre todo en el interior del país, la imagen de la partera tradicional fue desapareciendo completamente (Lutz 2007, como se citó en Bordagorry et al, 2020). El pasaje de la partera tradicional a la titulada implicó que se reemplazara el conocimiento empírico por conocimiento basado en la ciencia médica, transmitido por médicos. Las parteras no controlaban su propia formación, se volvieron subordinadas a la profesión médica, lo que volvió el ejercicio de la partería limitado, “perdiendo el poder que tenían como referentes de la vida reproductiva de las mujeres” (Magnone, 2023, p.25).

El reglamento de la profesión ha sufrido variadas modificaciones donde el rol de la partera y su importancia muchas veces fue desvalorizado. En 1915 se reglamentó el ejercicio libre de la profesión (Pou-Ferrari y Pons, 2012). Luego, en 1934, se aprobaron reglamentaciones restrictivas para la profesión, donde se exigía la presentación de un certificado de “vida y costumbres honestas” firmado por 2 personas de responsabilidad del Ministerio de Salud Pública. En el artículo 4 de esta reglamentación se habilitaba a la partera: “solo a vigilar y asistir el embarazo, parto y puerperio normales y a la difusión de preceptos de higiene obstétrica y puericultura” (Lutz, 2009, como se citó en Magnone, 2010, p. 51).

En 1979 se revisa la reglamentación anterior, pero su base se mantiene y se restringe aún más a la profesión, ya que en esta reglamentación se resalta que se le permitiría a la partera la atención prenatal en embarazos normales y la asistencia en partos y puerperios normales solo en ausencia o a petición de otro profesional capacitado para ello.

Posteriormente en 1986, el Decreto 351 exime la exigencia de la presencia de parteras si en la institución se contaba con médico ginecólogo y servicio de neonatología de guardia interna. Esta decisión desconoció la formación específica y su importancia lo que generó un gran descontento. Sin embargo en el 2002 se aprobó la Ley 17.565, la cual menciona en su Artículo 1: “Todo establecimiento o institución donde se asistan partos debe contar con

partera interna de guardia, ya sean estos establecimientos o instituciones de carácter estatal, paraestatal o privado”.

En la actualidad la Escuela de Parteras se rige por el plan de estudio modificado por última vez en 1990, con el cual se obtiene el título de Obstetra Partera de carácter nacional. En cuanto a la carrera binacional, la misma surgió en 1992 en convenio entre la Universidad de la República y la Universidad Nacional de Entre Ríos en Argentina, por la cual se obtiene el título de Licenciada en Obstetricia (Pou-Ferrari y Pons, 2012).

En el año 2017, con el objetivo de ampliar las competencias de las Obstetras - Parteras en cuanto a la atención de la gestación, parto y puerperio, en cumplimiento de los objetivos sanitarios en salud sexual y reproductiva, se habilitó a las parteras a contar con un Vademecum propio. El Ministerio de Salud Pública resuelve autorizarlas para la prescripción de anticonceptivos hormonales, DIU, Implantes subdérmicos, preservativos, y suplementos en la mujer de hierro, ácido fólico, calcio vía oral y vitamina C (Ordenanza MSP N° 1261). Luego, en el año 2019, por recomendación del Consejo de Facultad de Medicina, se resuelve autorizar a las Parteras la indicación y administración del tratamiento de la Sífilis en mujeres embarazadas y sus parejas sexuales, dado que la sífilis congénita es un problema de salud pública prevalente (Ordenanza MSP N°688). Finalmente, en el año 2020, en la ampliación del Vademecum se autoriza la prescripción de los siguientes medicamentos: Inmunoglobulina Anti D, estimulantes de la contractilidad uterina en el posparto, corticoides prenatales para inducción de maduración pulmonar fetal y prevención de complicaciones neonatales derivadas de la prematuridad, inhibidores de la contractibilidad uterina, medicación para el tratamiento de las infecciones genitales bajas, antibióticos para infección urinaria baja, antibióticos para el tratamiento de Streptococcus grupo Beta Hemolítico e inhibidores de la lactancia (Ordenanza MSP N°82).

Se considera fundamental continuar ampliando las competencias de las profesionales Obstetras Parteras, debido al rol estratégico que desempeñan en los equipos de salud, y por los beneficios que esto conlleva tanto para las mujeres como para sus familias.

2.2 Profesión de la Obstetra Partera

En Uruguay, el ejercicio de la profesión de Obstetra Partera, está reglamentado por el Decreto N° 445/007 del 19 de noviembre de 2007. La Obstetra Partera recibe el título correspondiente, expedido por la Universidad de la República y habilitado por el Ministerio de Salud Pública, el cual le permite ejercer legalmente la práctica de la partería dentro del

territorio uruguayo, luego de haber egresado de la Escuela de Parteras, perteneciente a la Facultad de Medicina, UdelaR (Artículo 1).

Para adentrarnos en el rol que cumplen las Parteras como profesionales de la salud, primero debemos definir cuales son las competencias que conforman su perfil profesional.

(...) la/el Obstetra-Partera/o es la persona que con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable proporciona una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital en promoción de la salud, prevención de la patología, diagnóstico y rehabilitación de los procesos patológicos, atención dirigida hacia la mujer y al hijo/a, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal, asistencia al recién nacido sano y al lactante (Udelar, sf, párr 3).

Además, es capaz de proporcionar, tanto a la mujer como a la comunidad, orientación, asesoramiento y educación para la salud, incluyendo la preparación para el parto, nacimiento y crianza, enfocado en particular hacia la salud sexual y reproductiva.

Su conocimiento profesional será utilizado en beneficio de la mujer y su familia, respondiendo tanto a las necesidades biológicas como a las psicológicas y socio-ambientales, proporcionando los cuidados en un entorno de respeto hacia la diversidad cultural y con perspectiva de género (Udelar, sf).

En su ejercicio laboral la Partera está habilitada al libre ejercicio profesional y además podrá trabajar en ámbitos públicos o privados. Tiene habilidades y competencias para intervenir tanto en procedimientos normales como en la adopción de medidas de emergencia ante el riesgo vital tanto de la madre como del feto en la ausencia de un ginecólogo, avalado por el decreto N°445/007 (Artículo 14); así como deberá reconocer cuando el caso exceda sus competencias profesionales para lograr una derivación oportuna, consultando con otros profesionales de la salud, en un trabajo interdisciplinario.

La Obstetra Partera tiene un rol fundamental en la asistencia a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su entorno como parte integral de un equipo multidisciplinario (MSP, 2014). Deberá promover una sexualidad saludable y placentera desde la responsabilidad, fomentando el cuidado y autocuidado, brindando información sobre la prevención de Infecciones de transmisión sexual así como también de embarazos no deseados. En referencia a esto último deberá brindar información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, métodos anticonceptivos y planificación familiar. Además realizará diagnóstico y control de embarazo, asistencia al parto y puerperio.

Históricamente las parteras han tenido importante participación en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, incentivando el empoderamiento de las mujeres y sus familias en la toma de decisiones en lo que respecta a su salud, acompañando las transformaciones culturales que han surgido entorno a la maternidad y la sexualidad. Como lo menciona la OPS (2010) en su publicación "*Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional*", el ejercicio de la partería profesional ha evolucionado y se ha extendido más allá de sus implicancias en cuanto a la salud materno infantil y a la planificación familiar, acompañando la evolución del concepto de salud reproductiva.

Para afrontar los nuevos desafíos en la atención sanitaria, que demandan mayor conocimiento, desarrollo de nuevas habilidades y competencias, la profesión se vio obligada a actualizar y mejorar la formación académica, prestar educación continua a las parteras profesionales y a establecer un marco legislativo y normativo para el ejercicio de la partería.

Por necesidad, la partera profesional también se ha convertido, en diferentes épocas y lugares, en gerente, investigadora, educadora y defensora de la causa, a veces incluso en una figura política en el campo de la salud de la mujer, capaz de evaluar una situación, detectar problemas y sus soluciones (...) (OPS, 2010, p.11).

Es reconocido por la OMS que fortalecer los servicios de salud con profesionales de la partería ha logrado mejorar los resultados en el embarazo y el parto, reduciendo la morbilidad materno neonatal, disminuye la tasa de cesáreas y se obtienen experiencias positivas en los nacimientos, por lo que se volvió un componente importante en la Iniciativa Mundial para una Maternidad Segura. Como enfoque estratégico se plantea la promoción de la salud de la mujer desde el principio hasta el final de su vida reproductiva, extendiéndose más allá del embarazo y el nacimiento, abarcando desde la regulación de la fecundidad hasta la menopausia (OPS, 2010).

Actualmente, en casi todos los países, es reconocida la función que desempeñan las parteras, sobre todo en los servicios de salud donde se las considera de primera línea en todo el proceso vinculado a embarazo, parto y puerperio. Se describe su rol como uno de los determinantes en la atención en salud reproductiva, así como Thompson (1996, como se citó en OPS, 2010) asegura que son el eje de la maternidad segura.

Considerando esto último, la OMS reafirma en su definición de Maternidad segura que toda mujer debe tener la opción del embarazo y, si decide concebir y tener hijos, hay que velar porque reciba el control prenatal debido, la atención por personal capacitado durante el nacimiento y el puerperio y por alejarla de situaciones de peligro" (OMS, 1997 como se citó en OPS, 2010, p.12).

Destacando que las parteras son uno de los determinantes en la maternidad segura son las parteras y como se menciona toda mujer debe tener la opción del embarazo, relacionado a la temática del presente trabajo, surge como interrogante ¿qué formación tienen las parteras para acompañar a las mujeres que presentan dificultades para lograr el embarazo?

Revisando la formación académica actual a nivel nacional se encuentra que el plan de estudios de la Escuela de Parteras vigente al día de hoy data del año 1996. Este plan implementa grandes modificaciones al plan de estudios anterior del año 1967, ante la necesidad de profundizar la formación académica debido a que la misma no se ajustaba a las exigencias de los avances tecnológicos y los cambios en las conductas clínicas (Plan de Estudios, 1996).

En este nuevo plan se implementó la enseñanza de la obstetricia basada en la atención integral de la salud, contemplando a la mujer inserta en su medio familiar y comunitario, considerando además aspectos emocionales y psicológicos. Para ello se agregaron nuevos cursos, que abarcan desde lo general a lo particular, pasando tanto por la fisiología como por los procesos patológicos.

Como se menciona en el Reglamento de ejercicio de la profesión, Decreto N° 445/007, la obstetra partera está habilitada para brindar asistencia a embarazos, partos y puerperios de bajo riesgo (Artículo 3), “entendiéndose por embarazo de bajo riesgo el que se desarrolla en una mujer sana, portadora de un huevo normal y cuya evolución está libre de enfermedades propias o concomitantes con la gestación y sin accidentes de clase alguna” (Artículo 6). Pero además, como se menciona en el Artículo 4 “la Partera debe ser capaz de reconocer las patologías asociadas al embarazo que exijan asistencia médica y debe adoptar las medidas de urgencia indispensables (...)”.

Dentro del plan de estudios vigente se destaca que en el curso de Clínica Obstétrica se plantea que los estudiantes rotarán por diversas policlínicas incluyendo una policlínica de esterilidad con el objetivo de adquirir conocimientos sobre métodos de estudio y tratamiento de la pareja estéril, y en el curso de Obstetricia en Comunidad se incluye que en policlínicas obstétricas donde se realizarán actividades de educación y orientación sobre estudios de esterilidad (Escuela de Parteras, 1996).

Si bien se considera que la esterilidad, infertilidad y reproducción humana asistida no son responsabilidad de la partera, es importante que como profesionales que acompañan a las mujeres a lo largo de su ciclo vital, integre conocimientos en esta temática que le permitan identificar cuando es necesario realizar una derivación oportuna con otro profesional (OPS,

2010). Además, si bien los embarazos por medio de técnicas de reproducción asistida se consideran de alto riesgo y son controlados por ginecólogos, muchas veces las parteras son quienes acompañan a las familias ya sea en talleres de preparación para el nacimiento, en los servicios de salud durante la internación y algunas veces en el parto.

Como se ha descrito a lo largo de este capítulo, el perfil de la partera cubre un amplio campo de acción profesional, pudiendo brindar cerca del 90% de las intervenciones esenciales de salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital de la mujer. A pesar de ello representan menos del 10% del personal dedicado a la salud sexual y reproductiva a nivel mundial, evidenciando la necesidad de invertir en más parteras profesionales, como componente básico de los equipos de salud dedicados a la mujer, con el fin de mejorar la salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2021).

En Uruguay, hasta el censo realizado en el año 2021, no se conocían en profundidad las condiciones de trabajo de las parteras a nivel nacional. Como datos relevantes se ha constatado una alta incidencia del multiempleo para lograr alcanzar niveles adecuados de ingreso, encontrándose situaciones laborales estresantes, sin regulación entre las horas de trabajo y descanso. Esto muestra la necesidad de contar con mayor número de parteras para cubrir las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva. Además de constatarse una disparidad hacia la baja en los salarios percibidos respecto a otros integrantes de los equipos de salud sexual y reproductiva, que evidencia una falta de reconocimiento al trabajo de las parteras (UNFPA, 2022).

Transitar todas los campos de acción de la partería profesional es un gran desafío que requiere un constante movimiento de formación continua. Las Parteras han construido historia comprometidas con la salud sexual y reproductiva, acompañando siempre a las mujeres, familias y comunidades, logrando importantes avances en materia de derechos. El reconocimiento a este profesional debe verse reflejado también en mejoras de las condiciones laborales que permitan brindar servicios de calidad en todas las áreas de atención integral de la mujer y la familia.

Capítulo 3: Abordaje integral de la infertilidad

En los últimos veinte años, se han producido cambios significativos en la composición y dinámica de las familias en Uruguay, lo que ha dado lugar a una evolución notoria en sus características y estructuras. Las últimas generaciones se han visto caracterizadas por su vertiginosidad y diversidad, esto mismo requiere que repensemos conceptos que han sido arraigados en la sociedad durante mucho tiempo, especialmente aquellos que tienen un valor simbólico fundamental y que han permanecido inmutables, como es el caso de la institución familiar. De esta manera en el siguiente capítulo analizaremos las bases del concepto de familia tradicional en relación con los nuevos arreglos familiares, los cambios demográficos que se han desarrollado en los últimos años en Uruguay y como los mismos son atravesados por los cambios tecnológicos que han surgido, desafiando al Estado a que acompañe a los mismos con políticas públicas.

En referencia los cambios tecnológicos, se mencionan los avances en el ámbito de la reproducción y como es el manejo actual (diagnóstico, derivaciones y tratamientos) basado en la normativa legal mencionada anteriormente en el Capítulo 1.

3.1 Nuevos arreglos familiares y desafíos persistentes

Si bien no existe un concepto único de “Familia”, una de las generalizaciones más aceptadas por las ciencias sociales es que la familia: “Es una institución que se encuentra en todas las sociedades humanas. Está sintetiza la congruencia entre los cambios económicos, políticos, sociales, culturales y demográficos que tienen lugar en los países” (Benítez, 2017, p.58).

Este concepto está en continuo análisis y revisión y es un reflejo claro de los cambios que menciona Benítez (2017). Pampliega de Quiroga (2006, citado por López y Rodríguez, 2017), plantea que las familias se organizan en base a un sistema económico y social al cual son funcionales, y que estas dimensiones son quienes moldean las interacciones existentes.

López y Rodríguez (2017) citan a Scherzer (1994) quien refiere a la familia como:

una forma particular de grupo, con funciones diferenciadas relacionadas con demandas sociales, que impone tareas y funciones determinadas por la estructura social, que adscribe roles para el cumplimiento de dichas funciones y que está

marcada por un profundo intercambio en su dinámica interna, así como con el resto de la sociedad (p.114).

Esta definición hace referencia a un modelo de familia patriarcal, monogámica, heterosexual en la que se refleja la dependencia económica y relacional entre sus integrantes. Sin embargo en las últimas décadas se ha visto un gran cambio en los modelos de organización y dinámica familiar, lo que nos lleva a reconceptualizar, problematizar y reflexionar acerca de los significados culturales y roles impuestos en estos modelos tradicionales organizados en base a la procreación, la sexualidad y la convivencia (López y Rodríguez, 2017).

Si bien alrededor de los setenta ya se visualizaban transformaciones a nivel de la dinámica familiar y conyugal, fue a mitad de los ochenta donde se vio un giro en las dinámicas de las familias uruguayas del siglo XX (UNFPA, 2007).

Paredes (2003) menciona el término “segunda transición demográfica” el cual se utiliza para marcar esas nuevas tendencias de comportamiento familiar que se empiezan a registrar, fundamentalmente en los países desarrollados, en la segunda mitad del siglo XX. Esta transición describe el pasaje entre una sociedad tradicional con altos niveles de mortalidad y natalidad, a una moderna donde los niveles de natalidad bajan y se mantienen.

Estas nuevas tendencias que caracterizan a la segunda transición demográfica:

refieren básicamente a los niveles de fecundidad, que descienden (...) (llegando a ubicarse por debajo del nivel de reemplazo poblacional) y a las transformaciones familiares que se operan en función del incremento de divorcios, de la menor durabilidad del vínculo matrimonial, de la aparición y extensión de la cohabitación pre-matrimonial y del aumento de los nacimientos fuera del matrimonio. La conjunción de estos factores genera nuevos modelos de convivencia y nuevos arreglos en la conformación de las familias (Solsona, 1996 como se citó en Paredes, 2003, p.73)

Los cambios que se dieron en la segunda mitad del siglo XX se reflejaron en las concepciones generalmente aceptadas y reguladas, ya sea de manera explícita o implícita en las normas matrimoniales. En la planificación familiar y la cantidad de hijos a tener en consonancia con la etapa demográfica del país, el auge de los movimientos feministas y la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres, el cambio en el rol del hombre como el único que aporta lo económico y de la mujer como quien tiene obligaciones para con sus hijos, todo ello acompañado de nuevas tecnologías de comunicación e información, generando grandes cambios visibles en la organización tradicional de la familia (Benítez, 2017).

Sandra López y Ana Carina Rodríguez (2017), mencionan en su artículo *“Lo familiar en la cultura del Uruguay actual”* que:

La sociedad uruguaya, como gran parte de las sociedades latinoamericanas, se ha originado y organizado sobre la base de pautas colonizadoras en las que ha primado la cultura europeo-occidental. Los valores y principios transmitidos fundamentalmente por la Iglesia Católica han impregnado la vida de las personas, moldeando una forma de sentir y pensar que se ha mantenido a través de los siglos. Si bien es posible en este proceso reconocer empujes que promueven otras formas de vínculos, entendidos como aparentes formas de transgresión, transformación, cambios, consideramos que la estructura básica de la familia, denominada por algunos autores como familia intacta (Cabella y Nathan, 2014), sigue operando como telón de fondo en las ideas que como hombres y mujeres uruguayos tenemos acerca de ella. Es decir, continúa vigente un modelo que parece permanecer inalterado visible o invisiblemente en todos los sectores de la población y en las diferentes configuraciones definidas a lo largo de los siglos XX y XXI (pp. 112-113).

En un reportaje para el diario *“La diaria”* Fernando Filgueira (2021) menciona que en Uruguay se vienen dando cambios profundos desde antes de los años ochenta, los más notorios han sido la caída en la tasa de nupcialidad, y el aumento de los divorcios y mayor número de hijos nacidos fuera del matrimonio, además se ha visto un evidente descenso en la fecundidad y la postergación de la edad en la que se tiene el primer hijo. Se ha visto un cambio en los roles antes instalados donde el hombre se encargaba del aporte económico y la mujer de las tareas de cuidado y hogar, también se han visto más hogares monoparentales con *“jefatura”* femenina. No tan notorios pero sí con presencia estadística se han visto aumentos en hogares con parejas estables sin hijos, hogares con parejas homosexuales y en descenso se visualizan los hogares multigeneracionales.

El Estado ha ido adaptándose de forma lenta a estos cambios en las dinámicas y estructuras familiares, que se ha visto reflejado en el reconocimiento de uniones libre y del matrimonio igualitario, en reformas en las leyes que regulan ingresos entre excónyuges, en la flexibilización horaria y en las licencias, entre otros. Como menciona Filgueira (2021):

(...) el mercado y el Estado reconocen, aunque en forma tardía e imperfecta, que el modelo de familia nuclear con división del trabajo tradicional entre los sexos, y que se imaginaba estable de por vida, es hoy un animal en extinción, o es al menos uno más pero no el dominante, con presencia minoritaria en el universo de arreglos familiares posibles (...) (párr. 9).

Filgueira (2021), también reflexiona acerca de la responsabilidad del Estado y la importancia que tiene que se reconozcan los diversos cambios que ha tenido la dinámica familiar, apoyando aquellas medidas que contribuyan a formar familias donde los adultos se puedan corresponsabilizar de los cuidados y de los ingresos, apoyando también las cambiantes formas de familia y la fluidez con la que se forman, deshacen y rehacen.

Agrega además que:

No es mediante un irreal retorno a un ideal tradicional de familia, que nunca existió y que cada vez tiene menos adhesión, la forma en que haremos más familia. Es mediante la capacidad de los estados y los mercados de reconocer la variedad intra e interfamiliar que lograremos forjar unidades familiares flexibles y robustas que apoyen la dura lucha de ganar el pan en la intemperie de los mercados, y la trabajosa pero hermosa tarea de cuidar y contener en el calor del hogar. También debemos reconocer que son las familias de los sectores de menores ingresos –en todas sus formas y variantes– las que hoy cargan con el grueso de la reproducción biológica y la crianza de las nuevas generaciones. (...) También serán parte de sus ingredientes las garantías de acceso a todos los mecanismos de planificación familiar, junto al más amplio reconocimiento de las diversas y hermosas formas que nos damos como familias (Filgueira, 2021, párr.17).

3.2 De-construcción de la Maternidad

En capítulos anteriores hemos mencionado cómo el feminismo viene cuestionando hace años la dicotomía entre el mundo público y el privado, el público asociado al éxito personal, a la política, el poder y lo racional como un lugar correspondiente al hombre, y el mundo privado relacionado al amor, lo reproductivo, lo afectivo, perteneciente a la mujer.

El rol de la mujer fue durante años el materno, donde como menciona Thomas (2003) “el deseo de procrear era para ellas el único posible y legítimo” (p. 51), de esta forma es que la mujer queda por fuera del mundo del saber, del placer y del poder, y su sexualidad unida de forma inherente a la reproducción.

El famoso y tenaz instinto materno completaba el cuadro de una maternidad-destino-fatalidad que se encontraba reforzada por múltiples narrativas e imágenes culturales como la de María, virgen y madre, que en las sociedades occidentales se iba a imponer como un verdadero ideario familiar que resiste y marca todavía los imaginarios colectivos de la femineidad latinoamericana. Sacralizar y fetichizar la maternidad demostró ser la mejor manera de negar a la

mujer en su femineidad, su eroticidad, su alteridad y, por ende, su peligrosidad. Y, sin embargo, ni siquiera la maternidad en estas condiciones perteneció a las mujeres (Thomas, 2003, p.51).

En el siglo XVIII surgió el concepto de amor maternal y desde la lógica patriarcal aparece el instinto maternal como fundamental en la identidad femenina (Saletti, 2008). El instinto maternal no es propio de la naturaleza femenina. Diversos estudios indican que el amor maternal no es innato, sino que incluye varios componentes: corporales y psíquicos, conscientes e inconscientes.

La crítica feminista ha contribuido a interpelar los discursos sobre las mujeres y las maternidades, ayudando a deconstruir y desnaturalizar las estructuras y bases del sistema social, como lo son la dominación, destino, funciones y roles de las mujeres, según el sistema biologista patriarcal. Ha servido además para cuestionar y/o elaborar estrategias políticas de transformación (Giallorenzi, 2017).

Simone de Beauvoir en su libro *“El segundo Sexo”* publicado en el año 1949, reflexionó sobre la configuración histórico-social de la maternidad como destino ineludible para todas las mujeres:

En virtud de la maternidad es como la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico; ésa es su vocación “natural”, puesto que todo el organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie. Pero ya se ha dicho que la sociedad humana no está jamás abandonada a la Naturaleza. Y, en particular, desde hace aproximadamente un siglo, la función reproductora ya no está determinada por el solo azar biológico, sino que está controlada por la voluntad (p.263).

Para esta autora, desde la infancia las mujeres son condicionadas por discursos que refuerzan la idea de estar hechas para engendrar, apelando a los sentimientos conmovedores producidos en y por la maternidad.

Los movimientos feministas generaron desde mediados de siglo XX grandes avances en articulación con otros movimientos políticos, científicos y tecnológicos, esto llevó a que la condición social de la mujer comenzara paulatinamente a cambiar promoviendo una revolución sexual y reproductiva (Costas, 2022).

Por su parte Kassalian (2019), menciona que parte de esa naturalización de la imagen de la mujer- madre continúa reproduciendo hasta hoy en día y además agrega:

(...) se consideran esperables determinados comportamientos y normas para las mujeres que son madres -y las que no, también quedan bajo determinadas etiquetas-

si bien se reconoce que en las últimas décadas ciertos cambios sociales como la entrada masiva al mercado laboral, la anticoncepción en un alcance general, la formación profesional y otros factores, han modificado en algunos aspectos la identidad de la mujer y su relación con la maternidad, dejando de lado los mandatos que la estiman como un objetivo biológico, contemplándolo cada una como una posibilidad en sus vidas (...) (p.12).

Sumando a los cambios sociales y tecnológicos mencionados con anterioridad, comienzan a desarrollarse distintas terapéuticas para la infertilidad, destacando entre ellas las técnicas de reproducción asistida. Este cambio, sumado al previo desarrollo de métodos anticonceptivos como la píldora, habilita la posibilidad de pensar a la maternidad como una elección de la mujer, tomada desde la autonomía y libertad, desligando la sexualidad de la reproducción, con la posibilidad de la planificación y de nuevos parámetros de salud sexual que constituyen hoy a la sexualidad en un campo de legitimidad y autonomía propios. Además terminan planteando una problemática para las estructuras jurídicas establecidas, sirviendo de impulso para nuevos cambios (Costas, 2022).

Esto lleva a que se deje de ver a la reproducción como un acto de dos personas y se convierta en un proceso que puede estar constituido de tanta variedad de etapas como de personas, cuestionando lo que además han sido históricamente considerados los cimientos de las relaciones "(...) dado que actualmente el tener sexo, dar a luz, o transmitir genes no determina el vínculo filial (...)” (Costas, 2022, p.10).

De esta manera: “lo actual es lo múltiple, lo diverso, lo complejo, lo no único. Hay muchas maneras de ser familia, de ser madre, de ser padre. Hay varias y legítimas formas de concebir un hijo también” (Blumenthal y Marín, 2019 citado por Costa, 2022, p.10).

En cuanto a la maternidad institucionalizada, Kassalian (2019) toma las palabras de Adrienne Rich (1986) quien menciona que la misma es un ejemplo claro del poder patriarcal que se establece en nuestra sociedad, donde se continúa pre-determinando las actitudes y formas del rol de la mujer. La autora expresa que este poder oprime a las mismas, entendiendo a la maternidad como el único suceso importante de sus vidas, ya que las expresiones de “estéril” o “sin hijos” alude a las mujeres y en contraparte no existe una categoría lingüística que haga referencia al hombre que no es padre.

La maternidad se vuelve un ideal a alcanzar para la mujer y si bien se ha comenzado a derribar aún sigue vigente, ya que se cree que con ella se alcanzaría una completud y realización total. Basado en lo anterior es que cuando existe el deseo de maternidad pero la misma no puede cumplirse por la imposibilidad de procrear el cuerpo pasa de ser una fuente

de placer a una de frustración, hostilidad e inutilidad (Cincunegui et. al 2004, citado por Costas 2022). En este momento: "todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes que se despliegan ante una determinada pérdida" (Bowlby, 1993 citado por Costas, 2022, p.15) se hacen presentes con el nombre de "duelo genético". Costas (2022) dedica un capítulo a este concepto en su Trabajo final de Grado, aclarando que lo que se duela no necesariamente tuvo que haber existido, o sea que la misma no estará dada por la pérdida en sí, sino por la carga afectiva que se le atribuya.

La autora menciona además que la mayoría de las veces este duelo se da en personas que recurren a las técnicas de reproducción humana asistida y las agrupa en tres grandes categorías para diferenciar sus procesos de duelo: por un lado las parejas homosexuales que se encuentran imposibilitadas a concebir de manera "natural" y genéticamente vinculado a ambos, en el caso de estas parejas previamente tuvieron que romper con la heteronorma lo que desde el principio ya se considera un obstáculo mayor. A su vez dentro de las parejas homosexuales se pueden ver diferencias dependiendo de las carácter de sus integrantes, las parejas homosexuales conformadas por dos mujeres cis tienen la posibilidad de que por ejemplo una de ellas sea quien geste y la otra quien sea la donante de óvulo. En el caso de las parejas homosexuales conformadas por dos varones cis el proceso de duelo suele tornarse más complejo dado que uno de ellos no podrá aportar su material genético.

Si bien la autora no lo menciona en su análisis, cabe destacar que en aquellas mujeres trans o varones trans el proceso puede verse aún más obstaculizado, ya que además de tener que lidiar con la heteronormativa instalada, muchas veces no son informados e informadas de sus posibilidades reproductivas previo a realizar un tratamiento hormonal o quirúrgico (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Por otro lado se encuentran las personas que desean tener un hijo solas, en este caso será necesaria la donación de gametos, en su caso el duelo suele basarse en los sentidos hegemónicos sobre lo familiar. La tercer categoría que marcó la autora fue la de las parejas heterosexuales, las cuales llegan a las técnicas de reproducción asistida luego de un diagnóstico, o luego de mucho tiempo de búsqueda de un embarazo, en este proceso muchas veces se ven presentes el miedo, la angustia, la frustración, suelen experimentarse tensiones ya que se sienten fuera de la norma.

Es así que "un mismo procedimiento reproductivo, puede dar lugar a diversas configuraciones familiares, radicando la diferencia en el valor y sentido que se le es asignado a lo biológico, así como también a la técnica utilizada en el procedimiento". (Costas, 2022, pp 17-18).

Viera (2014) habla de cómo el deseo se ve habilitado o no dependiendo de las características de quienes llegan en busca de estas técnicas. El deseo es quien guía y da sentido a las decisiones y las acciones de las personas, sobre todo aquellas que acuden a la medicina reproductiva en busca de “materializarlo”, Viera (2014) dice:

En la construcción del deseo por parte de las TRA [Técnicas de Reproducción Asistida] juega un rol fundamental el concepto de infertilidad, categoría-diagnóstico a partir de la cual tales tecnologías fundamentan su actuación. La infertilidad alude a un deseo que se presenta natural, pero que no puede ser satisfecho de forma natural (p.11).

La autora plantea la interrogante: ¿dónde se sitúan las fronteras entre lo que se entiende como natural y lo que se tiene por artificial en la práctica de la medicina reproductiva en el Río de la Plata? Para la autora la idea de natural alude a un deseo heterocentrado, ya que es el que se habilita por parte de la medicina reproductiva como deseo natural, siendo aquel que responde a lo que se define infertilidad, y que por tanto de manera biológica podrá ser diagnóstico únicamente en una pareja heterosexual cisgénero.

Más adelante, haciendo referencia a Latorre y Woolgar (1995), Viera (2014) menciona “cualquier tipo de desarrollo tecnológico debe estar necesariamente acompañado de transformaciones culturales que lo habiliten” (p.13).

En este sentido aquí la cultura habilita herramientas mientras que rechaza otras, estableciendo cuáles pueden ser aplicadas y quienes pueden acceder a ellas. Esto lleva a que se cuestione si realmente se validan todos los deseos de las personas y parejas en la actuación de las tecnologías de medicina reproductiva. En tal punto es que la autora plantea que interpelar el deseo como parte de una trama cultural implica interpelar el discurso médico y su accionar, que muchas veces apelando a este deseo, se justifica cualquier intervención, y por otro lado supone atender al sentido que guía las decisiones y acciones, donde pueden verse formas de dominación que atraviesan la posibilidad misma del deseo (Viera, 2014).

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción la dominación hacia las mujeres se materializa en mayor medida, también de quienes ocupan el espacio social de lo “femenino”, estas denominaciones pueden expresarse de manera discursiva, no sólo limitando el accionar sino también promoviéndolo, tomando por último las palabras de Viera (2014) “La maternidad no puede ser una expresión de libertad si se desconoce qué nos lleva a desear, y qué deseo intentamos satisfacer, y si se desconoce el precio que pagaremos por satisfacer el deseo, y las renuncias que comporta” (p 14).

Es aquí donde cobra importancia nuestro rol, como profesionales de la salud que planifican, gestionan y/o brindan la atención en salud reproductiva es clave que reconozcamos que estas prestaciones estuvieron dirigidas a mujeres cis como destinatarias centrales de quienes además se suele esperar que estén en pareja con varones cis. Esta forma de pensar se verá reflejada no solo en la forma en la que se organizan los servicios de salud sino en la atención (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Ampliar los modos de comprender quiénes y en qué situaciones pueden desear procrear, resulta central para garantizar los derechos reproductivos.

Construir una mirada en la atención de la salud reproductiva con perspectiva de género, de diversidad y de derechos de las personas con discapacidad, implica cuestionar los mandatos y estereotipos sobre quién puede ser madre o padre, quién puede tener hijas/os/es y sobre cómo debe ser una familia. Resulta central reconocer que las ideas sobre las maternidades/paternidades/xaternidades" y sobre las familias son construcciones culturales, que cambian a lo largo del tiempo y que no deben ser juzgadas por los equipos de salud (Ministerio de Salud Argentina, 2022 p. 24).

3.3 Técnicas de Reproducción Humana Asistida

3.3.1 Infertilidad

Actualmente la infertilidad es un problema de salud mundial, que afecta a millones de personas, estimándose que 1 de cada 6 parejas en edad reproductiva presentan la incapacidad de lograr un embarazo de forma natural (Brugo-Olmedo et. al, 2003).

Los términos de infertilidad y esterilidad suelen ser utilizados indistintamente para referirse a esta problemática. En la literatura hispana, la palabra esterilidad se refiere a la dificultad para lograr un embarazo, mientras que la infertilidad es utilizada cuando el embarazo se logra pero no culmina con el nacimiento de un recién nacido vivo (Brugo-Olmedo et. al, 2003).

La OMS (2023), en la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, define que "la esterilidad o infertilidad es un trastorno del aparato reproductor (masculino o femenino) consistente en la incapacidad para lograr el embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección" (párr. 1), utilizando estos términos como

sinónimos, estandarizando la información para que los profesionales de la salud utilicen un lenguaje en común.

En los últimos años, si bien no hay evidencia que sugiera un incremento en la prevalencia de la infertilidad, sí ha habido un aumento en las consultas a las clínicas de infertilidad, que podría relacionarse a los cambios socioculturales respecto a la maternidad y la sexualidad. Actualmente las mujeres han postergado la decisión de tener hijos por su educación y el avance profesional, volviéndose la edad promedio de deseo gestacional a los 35 años, cuando la fertilidad comienza a declinar. La probabilidad de éxito a esta edad es baja, cerca de un 50%, mientras que la incidencia de pérdidas gestacionales se duplica, relacionado a una disminución de la calidad ovocitaria. Pero la edad no solo afecta a las mujeres, en los hombres hay una disminución de la calidad del espermatozoides relacionado a la edad (Brugo-Olmedo et.al., 2003).

Son múltiples los factores que pueden afectar el aparato reproductor, tanto femenino como masculino, y causar la infertilidad, pero no siempre es posible identificarlos. Las consultas que se tienen sobre fertilidad no siempre están vinculadas a problemas o dificultades de salud, las causas son múltiples y es importante conocerlas para poder establecer acciones para prevenir, informar, diagnosticar y/o tratar oportunamente.

En base a estudios científicos podemos conocer que en parejas en edad reproductiva óptima, sin problemas de fertilidad y que mantiene coitos vaginales de manera regular sin uso de métodos anticonceptivos, la posibilidad de un embarazo es del 85% en el primer año, en los primeros 6 meses el porcentaje se reduce a la mitad, y en el segundo año se suma un 5%. De esta manera se puede llegar a la conclusión de que “la mayoría de las personas que no han logrado una gestación tras un año de relaciones sexuales en las condiciones mencionadas probablemente presentes una limitación en su capacidad reproductiva” (Schwartz y Mayaux, 1982 como citó Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.39).

Si hablamos de posibilidades, la fecundidad es la posibilidad que tiene la persona con aparato reproductor femenino en quedar embarazada en un ciclo específico, siendo del 20%. Este porcentaje se verá afectado por múltiples factores, uno de ellos es la edad:

La máxima fecundidad de las personas con posibilidad de gestar se observa entre los 20 y los 30 años. A partir de los 30 años, la fecundidad comienza a disminuir progresivamente, especialmente luego de los 35 años. A los 40 años, la probabilidad de lograr un embarazo disminuye hasta ser inferior al 5% en cada ciclo (Sociedad española de fertilidad, 2011 como citó Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.39).

Como mencionamos anteriormente, el número de consultas sobre fertilidad ha aumentado en los últimos años. A modo de ejemplo, en un artículo del Ministerio de Salud Pública (2023) se informa que “entre 2015 y 2022, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) autorizó la cobertura financiera de 5.015 procedimientos de reproducción humana asistida de alta complejidad”. Además, desde mediados de 2015 hasta fines de 2016 fueron aprobados 579 solicitudes, en cambio el año pasado (2022) se aprobaron 624 solicitudes.

Si bien es un artículo con varios años de publicación, nos parece oportuno mencionar que Olmedo (2003) sugiere que el aumento del uso de las técnicas de reproducción asistida puede deberse, en parte, por al menos los siguientes 4 factores:

- Edad: la edad, ya antes mencionada, con la que una mujer decide tener un embarazo suele ser en promedio a los 35 años y forma parte de los factores causales ya que la fecundidad disminuye a medida que la edad aumenta.
- Calidad del semen: se ha demostrado que el tabaquismo y el alcohol influyen directamente en su calidad, en el caso del alcohol relacionado con la alteración que genera en la síntesis y secreción de testosterona y la espermatogénesis.
- Incidencia de las infecciones de transmisión sexual: las ITS pueden ser vinculadas a su vez con infecciones tubárico-peritoneales, que terminan afectando la fertilidad.
- Tabúes sobre la fertilidad: se han eliminado, aunque aún quedan muchos, tabúes sobre la fertilidad, y la mayor difusión hace que más personas accedan a consultas médicas con este interés.

Sabemos que para que se produzca el embarazo, se tienen que dar una serie de procesos, que requieren de ciertas condiciones para llevarse a cabo (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.40):

- Una adecuada concentración y movilidad de los espermatozoides.
- Que el semen alcance el cuello del útero en la etapa periovulatoria.
- Que el moco cervical presente características favorables para la migración y capacitación espermática.
- Al menos una de las trompas tiene que ser permeable para que el óvulo liberado por el folículo dominante sea captado por las fimbrias tubáricas.
- Que la fecundación ocurra en la trompa y el producto llegue a la cavidad uterina para, finalmente, implantarse en el endometrio.

Cuando alguno de estos procesos se ve afectado es que puede causarse la infertilidad. A estos posibles trastornos que pueden generar dificultades en la fertilidad se les llama factores causales.

La infertilidad en un 35% aproximado se debe a alteraciones seminales, y el otro 35% a alteraciones en las personas con vulva-vagina-útero- ovarios, donde los más comunes son los factores ovulatorios y los tubo-peritoneales. Un 20% corresponde a causas mixtas y el porcentaje restante hace referencia a aquellos casos en los que no hay una causa identificada denominada “esterilidad sin causa aparente”.

En el manual de procedimientos para el manejo sanitario de reproducción asistida (MSP, 2014) se menciona que:

la tasa de infertilidad es variable y distintos estudios epidemiológicos la sitúa entre un 14-16%. Se sugiere no hablar de infertilidad absoluta, sino de distintos grados de infertilidad-subfertilidad que pueden tener mayor o menor trascendencia en función del tiempo de evolución y la edad de la mujer (p.7).

Según la guía “*Cuidados de la Fertilidad y Promoción de la Salud Reproductiva*” (Ministerio de Salud Argentina, 2022), algunos de los factores causales pueden ser:

- Factor endócrino-ovárico u ovulatorio: Incluyen trastornos que alteran la ovulación muchas veces generando la anovulación que pueden ser de origen endocrino, por síndrome de ovario poliquístico o edad avanzada.
- Factor tubo-peritoneal: Hace referencia a alteraciones en la estructura y función de las trompas uterinas, en este caso están más relacionadas a causas infecciosas, infecciones de transmisión sexual sin tratamiento, enfermedad inflamatoria pélvica, complicaciones infecciosas postparto o post aborto, o cirugías abdominales o pélvicas.
- Factor uterino: las alteraciones uterinas pueden darse de manera congénita por variaciones en la anatomía del útero (tabiques, útero didelfo o bicorne), de naturaleza inflamatoria (endometriosis), o vincularse a alteraciones benignas como en el caso de algunos miomas y/o pólipos).
- Factor cervical: vinculado principalmente a ciertas infecciones de transmisión sexual, miomas, pólipos incluso desgarros que puedan haberse producido que generen alteraciones en el moco cervical quien termine afectando la interacción con los espermatozoides.

- Factor seminal o espermático: también puede darse debido a infecciones del tracto genital o lesiones a nivel del mismo. Por otra parte puede estar dado por obstrucción a lo largo del tracto reproductivo o por trastornos hormonales que afecten la glándula pituitaria o hipofisaria.

Si bien estas causas son las más directas, existen muchos más factores que afectan negativamente a la fertilidad, entre ellos: hábitos tóxicos (alcohol, cafeína, tabaquismo), Índice de masa corporal mayor o igual a 40 o menor 18.5, sedentarismo, enfermedades hepáticas, renales, diabetes mellitus, factores emocionales (estrés, ansiedad), medicamentos que puedan estar afectando el eje hormonal.

Como vemos, gran parte de estos factores pueden ser prevenibles y modificables desde consultas con un abordaje integral y oportuno.

Existen dentro de las técnicas de reproducción humana asistida dos grandes niveles de procedimientos para lograr un embarazo y como menciona el artículo 5 de la Ley de reproducción humana asistida (Ley N° 19.167) estos pueden diferenciarse en técnicas de baja complejidad y técnicas de alta complejidad.

Las técnicas de baja complejidad

(...) tienen por objeto la unión entre óvulo y espermatozoide en el interior de la persona con capacidad de gestar, lograda a través de la inducción de la ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, relaciones programadas o inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o de una persona donante (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p. 20).

En el caso de las relaciones programadas, las mismas pueden darse con ciclos naturales en donde mediante estudios hormonales a partir del día 10 del ciclo se realiza la medición de la hormona luteinizante (LH), y en algunos casos se pueden realizar ecografías ginecológicas para el seguimiento folicular y así determinar el día idóneo para sincronizar el momento de la ovulación con el de las relaciones sexuales. Muchas veces las relaciones programadas pueden estar acompañadas de una estimulación ovárica, en este caso se busca a través de la administración de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) aumentar la calidad y número de ovocitos maduros disponibles (Rodrigo et al., 2021).

Por su parte la inseminación artificial consta de varias fases, y dependerá, de si se realizará en una persona con capacidad de gestar y el semen de su pareja, o con una persona con capacidad de gestar y un donante, en la primera de ellas, se realiza una evaluación de la fertilidad, donde se harán análisis hormonales, se evaluará la calidad del semen y de las

trompas de falopio, en algunos casos se requerirá también de la estimulación ovárica. Luego de esta etapa se da la obtención del semen, donde se recoleciona la muestra, se evalúa, se escogen y preparan los espermatozoides de mejor calidad, en el caso de que sea por parte de un donante se obtendrán espermatozoides que ya fueron evaluados por parte médica y genética. Posterior a ello se realiza la inseminación propiamente dicha donde a través de un catéter se guía y deposita la muestra de semen en el útero. El paso final de esta técnica es el seguimiento y la monitorización (Chaquiriand, 2023b).

Las técnicas de alta complejidad corresponden a aquellas donde la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del cuerpo de la persona con capacidad de gestar, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no. Incluyendo la fecundación in vitro, la inyección intracitoplasmática de espermatozoide, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y útero subrogado (Ley N°19.167, 2013).

La fecundación in vitro (FIV) ofrece una alternativa para aquellas personas que presentan desafíos o trastornos reproductivos como la obstrucción en las trompas de falopio, las fallas recurrentes en la implantación, problemas en los espermatozoides. Esta técnica además permite poder hacer una evaluación genética previa del embrión antes de la transferencia. La FIV comparte las primeras fases con las técnicas ya mencionadas hasta la estimulación ovárica, en este momento se realiza un procedimiento quirúrgico llamado aspiración folicular transvaginal, bajo anestesia donde se extraen óvulos de los folículos. Luego de la recolección de los óvulos y de la preparación del esperma, se produce la fertilización en el laboratorio donde se unen óvulos y esperma en una placa de cultivo proporcionando un ambiente adecuado. Posterior a la fertilización los embriones son monitorizados en su desarrollo para ser luego seleccionados aquellos que hayan alcanzado un desarrollo óptimo y viable para la transferencia, también realizada a través de un catéter, colocando el embrión en el útero, semanas después se realiza una prueba de embarazo para confirmar el éxito del procedimiento (Chaquiriand, 2023a).

Con el objetivo de mejorar el éxito de la FIV, partiendo de la base original que consiste en la unión de óvulos y espermatozoides en un laboratorio, surgieron una gama de posibilidades para conseguir un embrión, de acuerdo a cada caso en particular, según los estudios y antecedentes clínicos, así como los valores y creencias de cada pareja.

Entre las alternativas surge la técnica de Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI), conocida también como FIV-ICSI, que consiste en “introducir o microinyectar a través de una micropipeta un solo espermatozoide en el interior de un solo ovocito” (MSP, 2014, p.57). Ésta técnica es utilizada sobre todo en casos de infertilidad masculina severa, cuando

se encuentran muy pocos espermatozoides normales o cuando la capacidad de fertilización de los mismos está disminuida.

La donación de gametos, tanto de óvulos como espermatozoides, es otra de las alternativas. La donación de semen ya fue descrita en el la técnica de inseminación artificial. Por su parte, la ovodonación es “la técnica de reproducción asistida en la cual el óvulo es aportado por una persona que no es la misma que recibirá el embrión” (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.89). La misma puede ser indicada en casos de calidad de óvulos deficiente, insuficiencia ovárica prematura e historial de fracasos en tratamientos de fertilidad (Chaquiriand, 2023c).

La donación se realizará de forma voluntaria, anónima y altruista. Las donantes deben cumplir con ciertas características físicas y de salud que se asemejen con las de la receptora, y deberán pasar una serie de evaluaciones para garantizar su idoneidad, incluyendo pruebas psicológicas, ginecológicas y genéticas. Además, las donantes

deberán firmar un consentimiento informado, donde conste toda la información que han recibido, que le permita tomar la decisión libre y voluntaria de llevar a cabo la donación de sus gametos con el propósito de obtener un embarazo y consciente de no tener derecho a reclamar con respecto a la persona nacida (MSP, 2014, p.25).

Además de la donación de gametos, también está la posibilidad de donación de embriones. La misma implica recibir embriones que no son utilizados por una pareja que haya tenido éxito en un tratamiento de FIV, y que decida donarlos de forma anónima y altruista a receptores que los acepten.

Por otro lado está la criopreservación de gametos o embriones, que consiste en el almacenamiento de los mismos, mediante vitrificación. Esta técnica puede ser utilizada para preservación de la fertilidad por tratamiento por cáncer, o por motivos sociales, o para acumular ovocitos para luego ponerlos todos juntos a fertilizar y poder optimizar los resultados del ciclo de fecundación, además los embriones que no son utilizados en un ciclo de FIV se pueden conservar para su uso posterior. Los gametos podrán ser conservados todo el tiempo que el usuario desee, dependiendo del motivo por el cual decidió realizarlo. Con respecto a los embriones, si fueron criopreservados luego de una FIV exitosa se aconseja la transferencia a los dos años, y si el tratamiento no fue exitoso, lo antes posible teniendo en cuenta el tiempo necesario para la evaluación médica y la recuperación psicológica (MSP, 2014).

Otra de las técnicas realizadas por fertilización in vitro es el método ROPA (acrónimo de recepción de óvulos u ovocitos de la pareja), utilizado por parejas de mujeres, permitiendo

que ambas participen de forma activa en el proceso de búsqueda de embarazo. Consiste en la transferencia de óvulos de una de las mujeres, denominada “madre genética”, a la otra, quien los recepciona y lleva adelante el embarazo, denominada “madre gestante” (Abellán-García et al., 2023). En Uruguay este procedimiento no está comprendido en la normativa de cobertura vigente, por lo que de realizarse es a costo completo por parte de la familia, limitando así su acceso.

Dentro de las técnicas de alta complejidad, se encuentra también la gestación subrogada. En este procedimiento, la gestación del embrión propio (formado por al menos un gameto de la pareja), será llevada a cabo por un tercero, quien deberá ser un familiar de segundo grado de consanguinidad, acordado por la pareja. Esta técnica sólo será habilitada en los casos donde la mujer no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, diagnosticadas por el equipo tratante, quien deberá elevar un informe a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida para su habilitación (Ley 19.167, 2013).

Las técnicas de baja complejidad serán cubiertas dentro de las instituciones de asistencia pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud y financiadas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). En cambio las de alta complejidad, son llevadas a cabo en clínicas de fertilidad con infraestructura más adecuada, y laboratorios con equipamiento específico. En este caso, son cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) en un sistema de copago, es decir las personas deben pagar una parte en base a sus ingresos anuales.

En un reportaje para La diaria (Pérez, 2023), la Dra. Chaquiriand, presidenta de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (SURH) habló del cambio radical que generó la Ley de reproducción humana asistida, sin embargo destacó la importancia de que se llegue a todas las mujeres por igual y que las condiciones se vuelvan más flexibles. La misma menciona que el “85% de las mujeres a las que el FNR brinda cobertura son del ámbito privado y sólo cerca de 16% proviene de la atención pública; a su vez, sólo 6,44 mujeres cada 1.000 hacen uso de las técnicas disponibles” (párr. 1).

La misma relata que por ejemplo:

(...) en los casos en los que el FNR solicita un estudio genético de los embriones se le cubra a la paciente, ya que es muy caro y si no se cumple no se puede continuar con el procedimiento. También sería bueno que los copagos tengan montos menores, porque si bien se ajustan a los ingresos, muchas veces son una limitante y no está bien que la usuaria deba pedir créditos para poder pagar. Entre otras cosas, sugirió que la pérdida recurrente de embarazos se contemple dentro de las

prestaciones y que la preservación de la fertilidad se amplíe para otras patologías complejas y no sólo para el cáncer (Chaquiriand, citado por Pérez, 2023, párr. 8).

En este artículo también cuenta su relato Inés Hernández, autora del libro “*Si valdrá la pena*” quien cuenta como fue su proceso en el transcurso de varios intentos de ser madre, la misma remarcó la importancia de que los profesionales de la salud que se ven involucrados tengan empatía con las familias que se acercan en busca de información o ayuda, ya que menciona que cuando empezó: “no tenía a nadie que me guiara bien y ni siquiera sabía que existían médicos especializados en reproducción asistida” (citado por Pérez, 2023, párr. 3).

3.3.2 Sistema de Salud

El sistema de salud de Uruguay se fundamenta en la base de salud como derecho humano universal, donde el Estado es responsable de que se cumpla y se acceda a él de forma pública. En el año 2007 fue creado el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por la Ley 18.211 e integra prestadores públicos y privados. Tal como menciona en su Artículo 34:

El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Estos niveles de atención se crean con el objetivo de organizar los recursos con los que se cuenta para satisfacer las necesidades de la población, los mismos se dividen en tres grandes grupos: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel (Vignolo et al., 2011).

El primer nivel es la puerta de entrada al sistema de salud, permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes, éstas se resuelven en su mayoría con actividades de promoción de salud, prevención de enfermedad, procedimientos de recuperación y rehabilitación. Los establecimientos que forman parte de los sistemas de salud suelen ser policlínicas y centros de salud, en los que se resuelve el 85% de los problemas prevalentes. “Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz” (Vignolo et al., 2011, p.12).

El segundo nivel de atención pertenece a hospitales que prestan servicios de atención relacionadas con medicina interna, cirugía general, psiquiatría y gineco-obstetricia. Por último se encuentra el tercer nivel de atención donde se refieren a las patologías poco prevalentes, y complejas que requieren de procedimientos especializados y alta tecnología.

El sistema de salud de Uruguay trabaja desde una estrategia de Atención Primaria en Salud, esta estrategia fue establecida en la Conferencia de Alma Ata en 1978, la misma buscó desplazar la atención basada en establecimientos de segundo y tercer nivel centrados en la enfermedad y en servicios curativos, trayendo a la atención basada en promoción de salud y prevención de enfermedad, entendiendo a la prevención como : “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Vignolo et al., 2011, p.11)

Por su parte la promoción como estrategia establecida en Ottawa 1986 es definida como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (Vignolo et al., 2011, p.11).

Quienes trabajan en primer nivel de atención son quienes reciben a las personas cuando las mismas acuden en busca de asesoramiento integral en salud sexual reproductiva, realizando prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, promoviendo hábitos saludables, entre muchas otras acciones. Además suelen ser los primeros en tener contacto con las personas o parejas que consultan por temas de fertilidad, por ejemplo para recibir orientación para suspender un método anticonceptivo, cuando desean tener una consulta preconcepcional buscando controles previos a un embarazo, incluso si están atravesando dificultades para alcanzarlo (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Se recomienda que en el primer nivel de atención se realice el estudio básico de infertilidad, la solicitud podrá ser realizada por parte de un/a ginecólogo/a o urólogo/a, luego las personas serán derivadas con profesionales especializados en medicina reproductiva. El objetivo es que cuando se llegue a segundo nivel, la persona ya se encuentre con este estudio realizado o en vías de ser realizado (MSP, 2014).

Aquí es donde se ve el rol primordial de quienes tienen el primer contacto con estas personas, ya que es podrá detectar que luego de 12 meses de relaciones sexuales no protegidas, se puede estar hablando de infertilidad (MSP, 2014). Además como se ha destacado con anterioridad, la edad de la persona con capacidad de gestar será un factor clave en el proceso, lo que nos lleva a entender que el no retrasar el inicio de los estudios forma parte de un abordaje con derivación oportuna.

“Los equipos de salud pueden identificar en los procesos de atención situaciones o hábitos de las personas que pueden afectar su fertilidad futura. Estas serán oportunidades para desarrollar un trabajo preventivo y constructor de cuidados. (...)” (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.30).

El espacio que se genera con el equipo de salud y las personas usuarias permite que desde un lugar de confidencialidad y confianza se posibilite a que las personas puedan manifestar sus deseos y/o proyectos reproductivos, además permite prevenir problemas de fertilidad, promover la salud reproductiva, orientar y derivar para el acceso a las técnicas de reproducción asistida con el personal de salud adecuado para ello.

Si bien la gran mayoría de las dificultades reproductivas requieren ser evaluados y tratados en el segundo o tercer nivel de atención, también hay situaciones que pueden ser tratadas desde el primer nivel de atención. Es fundamental el trabajo en equipo con el fin de brindar una atención interdisciplinaria y generar espacios de discusión e interconsultas cuando sea necesario (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.14).

En un artículo de La Diaria (Pérez, 2023), Gabriel de la Fuente, ginecólogo y especialista en reproducción asistida menciona la importancia de informar a tiempo a las personas que deseen pasar por el proceso de la gestación, el mismo destaca sobre todo asuntos relacionados a la edad y la fertilidad. En esta entrevista, el Dr. de la Fuente comenta que *“aún hay muchas mujeres que no conocen la realidad de la reproducción asistida en el país”*, además explica la importancia de derribar los mitos en cuanto al éxito positivo de las técnicas de reproducción asistida luego de los 40 años, aclara que a la hora de buscar un embarazo hay muchos factores involucrados, entre ellos *“la prevalencia de esterilidad, la calidad ovocitaria, la reserva ovárica, lo que hace que se sobreestime “la tasa de embarazo con reproducción asistida”* (párr.11).

En la entrevista se exhorta a los profesionales de salud a que en las consultas se pueda “tocar el tema de la reproducción y preguntar: “¿Tiene pensado tener hijos el próximo año?”. Con base en esa respuesta, luego “hay que asesorar”, porque “informadas deciden mejor”, resumió” (de la Fuente, citado por Pérez, 2023, párr. 15).

Esto implica además como hemos mencionado en capítulos anteriores, reconocer desde una mirada amplia las distintas situaciones en las que se puede desear procrear para así garantizar todos los derechos reproductivos.

Capítulo 4: ¿Cómo nos involucramos las Obstetras Parteras?

Las obstetras parteras desempeñan un papel integral que va más allá de la asistencia durante el parto. Muchas de ellas dedican su labor al acompañamiento de familias y personas que acuden a consultas en primer nivel de atención buscando un seguimiento y asesoramiento para la toma de decisiones con respecto a sus proyectos reproductivos. En este capítulo se presentan algunas de las recomendaciones que existen y que suman a una atención de calidad frente a los desafíos que presenta como integrante del equipo de salud, no solo frente a la evolución de su profesión sino también frente a los avances sociales y tecnológicos.

4.1 Asesoramiento preconcepcional y planificación familiar

A lo largo del Capítulo 2 se fueron desarrollando muchas de las competencias que hacen a la profesión de la Obstetra Partera y como la misma ha ido evolucionando en base a los avances y cambios sociales, culturales y tecnológicos, ya no solo se vincula a la partera con la salud materno infantil, sino que cumple un rol fundamental en el acompañamiento de la planificación familiar y en la promoción de la salud reproductiva.

En el punto 2.2, se menciona que el perfil de la partera cubre hasta el 90% de las intervenciones esenciales de salud sexual y reproductiva, y esto además fomenta la estrategia de Atención Primaria en Salud, donde la mayoría de estos servicios son prestados el Primer Nivel de Atención.

A mitad del año 2022 fue publicado el Primer Censo Nacional de Obstetras Parteras en Uruguay. En el mismo se dieron a conocer, entre muchos otros puntos, la actuación profesional y laboral de la Obstetra Partera, de la misma destacamos que de un total de 801 Obstetras Parteras censadas, con un total de menciones en base a un máximo de 5 respuestas por cada una, 1079 concentran sus actividades en guardias de maternidad y 971 a la atención en policlínicas (UNFPA, 2022).

Muchas de estas policlínicas están señalizadas o “separadas” en base a diversas temáticas, por ejemplo: policlínica de salud sexual y reproductiva, o policlínica de consejería y provisión de métodos anticonceptivos (o planificación familiar) (UNFPA, 2022). Sin embargo

sabemos que muchas veces en las consultas se busca generar un espacio seguro y confidencial donde surgen diferentes dudas, deseos, necesidades, y es una oportunidad para fomentar la autonomía de las personas para que puedan tomar decisiones sobre su salud sexual y (no) reproductiva: “Todo encuentro en el ámbito del sistema de salud es una buena oportunidad para promover hábitos y realizar intervenciones oportunas sobre cuidados de la fertilidad” (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.43).

Por su parte Uruguay, como signatario del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo (1994), está “comprometido a promover la Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), respetando los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) de todas las personas, hombres y mujeres, sin ninguna discriminación” (MSP, 2013, p17).

Parte de este compromiso incluye ofrecer servicios para todas y todos en todos los aspectos de la salud sexual y/o reproductiva, incluyendo los servicios de planificación familiar. El servicio de planificación familiar implica el reconocimiento de que:

todas las personas tienen el derecho de decidir tener o no tener hijos y a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos (...) conlleva la obligación de proveer toda la información y los recursos necesarios para que las personas puedan ejercer ese derecho (MSP, 2013, p.17).

Además “incluye información sobre el embarazo voluntario, así como sobre el tratamiento de la infertilidad” (UNFPA, 2022b, párr. 2).

En este proceso se le ofrece a la persona una explicación del uso del método anticonceptivo que elija, además de realizar un seguimiento y que sea ella quien determine cuándo es el mejor momento para tener su hijo/a, esto lleva además a que se prevenga el embarazo no deseado (UNFPA, 2016). Se destaca que “el acceso a una planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano” (UNFPA, 2022b, párr.1).

Como menciona en el manual *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional*:

Las parteras profesionales están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar, para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos (OPS, 2010, p.68).

Puede ocurrir que en estas consultas se indague sobre el deseo concepcional en el próximo año, o que la persona comparta su intención de buscar un embarazo en ese lapso de

tiempo, muchas veces pueden venir acompañados, ya sea o no de sus parejas, y con la decisión tomada o no (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Dentro de las consultas preconcepcionales se puede brindar asesoramiento sobre cómo es el ciclo reproductivo, cómo identificar los días fértiles y cuáles son los plazos esperables para lograr el embarazo. Todo ello teniendo en cuenta que muchas veces las personas que se acercan pueden no tener una pareja heterosexual conformada por un hombre cis y una mujer cis, y que será nuestra responsabilidad poder abordar la consulta de forma que se haga uso de su derecho al acceso de esta información.

Este espacio será imprescindible para poder asesorar a la persona con capacidad de gestar sobre la importancia de que se pueda encontrar en las mejores condiciones posibles de salud de acuerdo a su situación y contexto, para lograr luego los mejores resultados obstétricos y reproductivos, además en la misma podrán identificarse o abordarse dificultades reproductivas en caso de que existan, pudiendo hacer estudios y derivaciones pertinentes y oportunas. Como se ha mencionado anteriormente

incluir la perspectiva de género, de diversidad y de discapacidad implicará, al menos, desarmar las ideas tradicionales de familia, reconocer que todas las personas, más allá de su identidad de género, su orientación sexual o su condición de discapacidad, estén en pareja o no, pueden desear y decidir procrear (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.31).

4.2 Cuidado de la fertilidad

Muchos de los factores causales de la infertilidad son prevenibles y modificables si se realiza un asesoramiento oportuno en cambios de hábitos basados en el contexto de cada persona (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

En el caso de las parteras que trabajan en el primer nivel de atención, son quienes suelen tener la oportunidad de realizar tales acciones, disminuyendo la incidencia de dichos factores, lo que llevaría a evitar tratamientos más complejos y costosos en un futuro, además del desgaste físico y emocional que eso conlleva.

Como señala el Ministerio de Salud Pública (2014): “Se deberán implementar políticas de prevención primaria y secundaria de las disfunciones reproductivas. Se sugiere el trabajo en conjunto con los servicios de salud sexual y reproductiva para fortalecer la labor preventiva y educativa en fertilidad” (p.14). Por esta razón es importante que los equipos de salud cuenten con información adecuada y herramientas para el cuidado de la fertilidad.

A continuación se plantean algunos de los factores que las Obstetras Parteras pueden abordar en el marco de la consulta en primer nivel de atención:

Edad

Es importante al momento de la asesoría reconocer la implicancia de la decisión de un embarazo teniendo en cuenta la edad. No es la misma para una mujer cis y otras personas con capacidad de gestar que para quienes no gestan, debido al costo social personal que implica relegar proyectos vitales, (laborales, personales, etc) (Ministerio de Salud Argentina, 2022) y como plantea Viera (2014) “la maternidad no podra considerarse libre si se desconoce que nos lleva a deseirla, que intentamos satisfacer o a que se renunciara por hacerlo” (p. 14).

Se ha mencionado múltiples veces a lo largo de este trabajo, que la edad disminuye gradualmente la fertilidad a medida que la misma aumenta. El Ministerio de Salud Argentina (2022), en su guía cita ciertas recomendaciones que realiza la ACOG en 2014 para que el equipo de salud pueda brindar en cuanto a la edad de las personas:

- Brindar asesoramiento a las personas jóvenes, especialmente entre 20 y 30 años, sobre el riesgo de infertilidad relacionado con la edad cuando se abordan otros temas de salud de atención primaria, como la salud sexual o la anticoncepción. Las personas en edad reproductiva deben ser conscientes de que la fertilidad natural y el éxito de la tecnología de reproducción asistida (excepto con la donación de óvulos) es significativamente menor para las mujeres cis y personas con capacidad de gestar de entre 30 y 40 años.
- Informar a las personas con capacidad de gestar que el riesgo de pérdida espontánea del embarazo y anomalías cromosómicas aumenta con la edad.
- Derivar a las personas con capacidad de gestar mayores de 35 años para un estudio de infertilidad después de 6 meses de intentar concebir o antes, si se indica clínicamente.
- En personas con capacidad de gestar mayores de 40 años y con deseo de hacerlo, garantizar una evaluación y tratamiento inmediatos, destacando que en este caso no será cubierto su financiamiento por parte del Fondo Nacional de Recursos, correspondiéndole el costo a las personas o familias que deseen acceder en base a la reglamentación de financiamiento que se establezca (Ley 19.167, 2013) (p. 44).

Obesidad y Bajo Peso

Tanto niveles de Índice de Masa Corporal (en adelante IMC) mayores a 30 o menores de 18, pueden hacer referencia a mayor dificultad en la reproducción, o a una alteración de la fertilidad (Moreno, 2012).

La presencia de un IMC igual o mayor a 30 se correlaciona con una mayor acumulación de masa grasa, esto lleva a condicionar la salud de la persona, además del riesgo de padecer múltiples enfermedades se puede ver alterada la capacidad fértil de la persona, alterando factores psicosociales, libido, ovulación, parámetros hormonales y bioquímicos (Enríquez, 2021). Esto no quiere decir que la persona no pueda lograr un embarazo sin asistencia, sin embargo sí puede verse afectada su función reproductiva.

El IMC mayor o igual a 40 se asocia con un mayor riesgo a que la persona gestante y/o el feto desarrollen complicaciones durante el embarazo, como diabetes, hipertensión gestacional, preeclampsia, parto prematuro, muerte fetal, parto por cesárea o instrumental, distocia de hombros, sufrimiento fetal, muerte neonatal temprana y personas recién nacidas pequeñas o grandes para la edad gestacional (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p. 45).

En el caso del peso excesivamente bajo de la persona con capacidad de gestar también puede generar dificultades y complicaciones. Cuando el peso suele estar por debajo del límite crítico se asocia a anovulación y para que la persona reanude sus ciclos ovulatorios debe alcanzar el nivel mínimo de grasa corporal (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

El espacio de asesoramiento puede generar un debate donde además se pueda aportar información y pensar riesgos y beneficios de cada alternativa que tiene la persona en base a sus deseos y preferencias. Se debe tener en cuenta que a pesar de que la mejora en el estilo de vida de la persona pueden mejorar la fertilidad de la misma, muchas veces la postergación del embarazo para lograr dichos cambios hace que la edad avance, lo cual termina generando otro factor causal posible.

Es importante que en el espacio de la consulta se permita la escucha de los deseos y preferencias de las personas, aquellas con sobrepeso u obesidad

manifiestan de manera recurrente haber sido maltratadas por parte del personal de salud. Muchas refieren que no se sintieron escuchadas ni atendidas en sus demandas y necesidades y, por el contrario, que se sintieron discriminadas, volcándose el eje de la consulta en el peso. Estas prácticas alejan a las personas del sistema de salud, obstaculizan el acceso y afectan la garantía del derecho a la salud (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.46).

Por esta razón es importante indagar sobre la red de contención, las posibilidades y herramientas con las que cuenta esta persona, teniendo en cuenta claramente la derivación con los especialistas correspondientes para que la acompañen en dicho proceso.

En el caso de las personas con bajo peso también es necesario conocer su contexto y situación, además de poder asesorar en base a las dificultades y riesgos que pueden presentarse, se podrá lograr a partir de un intercambio la búsqueda y elección de estrategias de acompañamiento.

Tabaquismo

Este factor de riesgo es uno de los principales modificables, los compuestos químicos del humo de tabaco se ven relacionados con

alteraciones de los parámetros hormonales, de la reserva y calidad ovárica, de la espermatogénesis, de la receptividad del endometrio y de la placentación precoz. En el contexto de la reproducción asistida, el consumo de tabaco se asocia a una peor respuesta a la estimulación ovárica, a la disminución de la tasa de fecundación y de implantación, lo cual reduce a la mitad del número embarazos y produce un aumento del doble de abortos espontáneos (Maris et al., 2017, párr. 1).

Además de que es importante que el equipo de salud conozca estos riesgos para la persona fumadora, también es necesario que se aclare que aquellas personas que no fuman pero están expuestas al humo de tabaco (fumadoras pasivas) pueden tener consecuencias, tanto como quienes lo hacen de forma activa (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

El embarazo o el deseo del mismo es una gran oportunidad de motivación para que las personas dejen de fumar, este proceso puede resultar muy complejo y muchas personas se desalientan por no lograrlo inmediatamente, por eso es importante el acompañamiento apropiado y empático en estos casos.

Ofrecer acompañamiento y opciones de tratamiento para dejar de fumar es central. Muchas personas con deseos de cesar el consumo de tabaco no encuentran en las consultas médicas la oportunidad para intentarlo. El equipo de salud puede facilitar el abandono del hábito de fumar proporcionando educación, seguimiento y apoyo individualizado constante (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.48).

Consumo de alcohol

Se estima que el consumo de 2-3 bebidas alcohólicas por día multiplica por 1,6 el riesgo de infertilidad, se relaciona con problemas de ovulación debido a que altera la regulación

hormonal de un ciclo ovárico normal, se ha asociado con alteraciones en la maduración ovocitaria (Luque, sf) y en la producción de testosterona lo que genera un impacto en la maduración espermática y en la calidad cantidad y morfología de los espermatozoides (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Consumir alcohol durante el embarazo se ha visto relacionado con defectos físicos y psíquicos al nacer, el mismo puede atravesar la placenta y mantenerse en altas concentraciones en la sangre del feto siendo un efecto teratogénico (OPS, 2019).

Es importante recordarle a la persona con capacidad de gestar que apenas sospeche de un embarazo suspenda el consumo de bebidas alcohólicas. En el caso de que la persona tenga un consumo problemático, se le podrá ofrecer acompañamiento previo al embarazo (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Factores ambientales y ocupacionales

En los últimos años se ha demostrado que la exposición preconcepcional y prenatal a agentes tóxicos ambientales puede tener efectos en la salud reproductiva. Cada vez hay más evidencia que indica que ciertas sustancias químicas industriales y ambientales podrían afectar negativamente a la fertilidad y al embarazo (Ma et al., 2019).

Se cree que una proporción de los casos de esterilidad que no tienen una causa definida podrían relacionarse con estas exposiciones ambientales a tóxicos: “el individuo se vería sometido a un estrés oxidativo elevado y a un perjuicio a nivel genético y epigenético en sus células reproductivas” (Ten, sf, párr. 3).

Los agentes tóxicos pueden ser ambientales ya que pueden encontrarse en el aire, en el agua, en el suelo, o puede ser ocupacional, en actividades laborales donde se está en contacto. Muchas veces se pueden tomar medidas preventivas y de seguridad para reducirla al mínimo, para ello será importante que el equipo de salud se informa y conozca cuales pueden ser las actividades de la zona donde exista esa exposición laboral o ambiental a agentes tóxicos, para de forma conjunta e interdisciplinaria promover acciones que permitan mejorar dichas condiciones (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causadas por múltiples microorganismos que pueden adquirirse o transmitirse principalmente por contacto piel/mucosas o intercambio de fluidos a través de las relaciones o actividad sexual (Fuentes et al, 2018).

Según los datos disponibles “más de 30 bacterias, virus y parásitos que se transmiten por contacto sexual, incluido el coito vaginal, anal o bucal” (OMS, 2023b, párr.8). Algunas pueden transmitirse durante el embarazo, parto y lactancia. Cuatro de los ocho patógenos de mayor incidencia se pueden curar actualmente: la sífilis, la gonorrea, la chlamydia y la trichomonas, el resto (hepatitis B, herpes simple, Virus de la inmunodeficiencia humana, y la infección por virus del papiloma humano) son infecciones víricas incurables.

Muchas de estas infecciones están relacionadas con alteraciones de la fertilidad, en el caso de la Chlamydia y Gonorrea son los principales agentes etiológicos de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), la cual por una serie de acontecimientos puede producir una distorsión pelviana y/u obstrucción de las trompas uterinas. También pueden provocar alteraciones en el epidídimo lo cual puede alterar la espermatogénesis (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

El primer nivel de atención es fundamental para la prevención y tratamiento de las ITS, dentro de las medidas que se pueden tomar por parte del equipo de salud, la Guía de Planificación Familiar realizada por la OPS (2019b) recomienda:

- Aliente a los usuarios a consultar en cuanto crean que podrían tener una ITS o que podrían haber estado expuestos.
- Tratar o derivar a las usuarias con signos y síntomas de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica clínica.
- Evitar causar infecciones adoptando las prácticas correctas de prevención de infecciones cuando realice procedimientos médicos que impliquen el paso de instrumentos desde la vagina hasta el interior del útero, como la inserción del DIU.
- Tratar o derivar a las usuarias con signos o síntomas de infección postparto o postaborto.
- Ayudar a los usuarios con problemas de fertilidad a tomar conciencia de los riesgos para la fertilidad, no solo de las infecciones, sino también del modo de vida y de factores ambientales.
- Asesorar a los usuarios sobre las opciones disponibles para su futura procreación es decir, técnicas de preservación de la fertilidad como la congelación de espermatozoides en el caso de los hombres y la fecundación in vitro o la congelación de óvulos en el caso de las mujeres—si están recibiendo tratamiento o se están sometiendo a intervenciones quirúrgicas para un cáncer u otras enfermedades que puedan afectar a los tejidos u órganos reproductores (p. 366).

Además se suman a ello otras estrategias como lo pueden ser ofrecer el testeo para VIH y sífilis, Hepatitis B y A, o incluso se puede ofrecer la opción de los test rápidos en consulta, además de un asesoramiento posterior a las pruebas. También se podrá asesorar sobre

prácticas de cuidado, ofrecer preservativos y gel lubricante. Es importante contemplar en las consultas que “las desigualdades de género hacen más vulnerables a las mujeres cis, mujeres trans, travestis y personas con otras identidades porque muchas veces no pueden negociar el uso del preservativo” (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p.51). Se deberá tener en cuenta las circunstancias y el contexto en el que se encuentra cada persona.

Dificultades en el coito

Muchas veces existe una dificultad para mantener el coito vaginal, y esto puede deberse a diversas situaciones vinculadas a causas orgánicas y/o emocionales. En el espacio de la consulta pueden darse a conocer algún tipo de dificultad tales como vaginismo, dificultades en la erección, eyaculación precoz, entre otras. En ocasiones se comparten experiencias de la vida de la persona, sucesos complejos como abusos o violencia sexual, pero otras veces estas razones no son compartidas y pueden identificarse indicios de abuso o violencia. En ese caso se deberá actuar de forma urgente, de aquí la importancia de contar con redes, y un equipo preparado para el abordaje adecuado (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Métodos anticonceptivos y fertilidad

Existen muchos mitos y creencias cuando se habla de métodos anticonceptivos (MAC), resulta de suma importancia que a la hora de realizar consejería en MAC aclarar estas dudas y creencias. Tener en cuenta el proyecto de vida de la persona, su orientación sexual y en caso de que existan problemas de salud verificar los criterios médicos de elegibilidad para el método solicitado o de preferencia (MSP, 2013).

Uno de los mitos más comunes es el de la afectación de la fertilidad luego de la utilización de los métodos anticonceptivos reversibles, tales como lo son: los anticonceptivos orales combinados o de progestágeno, píldora de emergencia, el implante subdérmico, parches combinados, anillos vaginales, dispositivo intrauterino con cobre, Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel, Inyectable mensuales combinados o solo de progestágeno (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Pero tal como lo señala la guía del Ministerio de Salud Pública (2013), los métodos anticonceptivos reversibles no afectan la fertilidad, a modo de ejemplo, en el caso de la píldoras anticonceptivas la fertilidad retorna sin demoras, a su nivel normal, tras la interrupción de su uso:

Una publicación reciente muestra que entre 79,4 a 96% de las usuarias que dejaron de tomar las píldoras para embarazarse, lo consiguen en el primer año, cifra similar a la fertilidad de mujeres que no han usado anticonceptivos o después de suspender el uso de métodos de barrera (Mansour et al., 2011, como citó MSP 2013, p.28).

El único método reversible que puede no recuperar la fertilidad de inmediato es el Inyectable solo de progestágeno (AMPD) , en este caso:

Las usuarias que dejan de utilizar la AMPD se demoran, en promedio, aproximadamente 4 meses más en embarazarse que las que utilizaron otros métodos hormonales. Esto significa que se embarazan, en promedio, 10 meses después de su última inyección. La mujer no debería preocuparse si no se ha embarazado incluso 12 meses después de dejar de usarlas. Es importante advertir que, posterior a la última inyección, podría embarazarse antes de haber tenido alguna menstruación (MSP, 2013, p. 58).

Será importante que el equipo remarque que no se verá afectada la fertilidad futura, pero aclarando que la suspensión de los mismos tampoco produce un aumento de la fertilidad. “Tomar anticonceptivos hormonales no preserva óvulos para la fertilidad futura. El paso del tiempo tiene su efecto, más allá de la anovulación producida por estos métodos” (Ministerio de Salud Argentina, 2022, p. 60).

En cuanto a los métodos anticonceptivos permanentes, “la persona deja de ser capaz de concebir en forma natural el resto de la vida” (MSP, 2013, p.104). En caso de desear un embarazo luego de una ligadura tubaria, se deberá realizar una fecundación in vitro. Este procedimiento no está comprendido en la normativa de cobertura por el Fondo Nacional de Recursos, por lo que deberá ser a costo completo por parte de la familia.

Entendemos que muchos de los factores causales pueden ser abordados desde el labor de la Obstetra Partera, pero a su vez la personas pueden requerir de asistencia y acompañamiento para llevar a cabo diferentes proyectos reproductivos, por ejemplo puede tratarse de personas que desean gestar sin estar en pareja, parejas del mismo sexo, persons trans, con discapacidad o diversidad funcional, entre otras, y también será responsabilidad del equipo formarse y capacitarse para ello.

En el caso de personas con problemas de fertilidad, la guía de planificación familiar realizada por parte de la OPS (2019b), recomienda que se asesora a las personas en conjunto, muchas veces suele ocurrir que un posible diagnóstico de infertilidad genera un impacto en la pareja, donde se suele culpar al otro de la incapacidad de lograr un embarazo, sobre todo esto se da hacia la mujer. Es importante explicar que muchas veces los factores son mixtos, y que incluso a veces no es posible encontrar la causa.

En el caso de la pareja compuesta con una mujer cis o persona con capacidad de gestar y un varon cis o persona con pene-testículos acude a consulta con el deseo concepcional, la guía de planificación menciona que se recomienda a la pareja mantener relaciones sexuales sin protección durante al menos 12 meses, proporcionando material didáctico y educativo

sobre el momento más fértil del ciclo menstrual, el cual va desde varios días antes de la ovulación al momento de la ovulación, incluso el conocimiento de ello puede “ayudar a la pareja a identificar el período más fértil de cada ciclo” (OPS, 2019b, p.24).

Más allá de estas recomendaciones, se deberá de tener en cuenta la derivación de la pareja a un especialista en fertilidad, como plantea la guía:

Si al cabo de un año siguiendo estas indicaciones la pareja no ha conseguido que la mujer [o persona con capacidad de gestar] se quede embarazada o haya dado a luz a un niño vivo, derive a ambos miembros de la pareja para que sean evaluados por un proveedor de atención de salud especializado en fertilidad, si existe esta posibilidad (OPS, 2019b, p. 24).

También será oportuna la derivación a un especialista en fertilidad cuando sumado a lo anterior: alguna de las personas tenga VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana) cuando la persona gestante es mayor de 35 años, tenga un síndrome de ovario poliquístico o diagnóstico de endometriosis, cuando hay sospecha de una ITS sin tratamiento o cuando alguna de las personas ha recibido tratamiento oncológico o se haya sometido a una intervención quirúrgica que pueda haber afectado a los tejidos u órganos reproductores (OPS, 2019b).

Las personas que están viviendo el proceso de las técnicas de reproducción asistida requieren de un equipo multidisciplinario que pueda brindar el tratamiento y acompañamiento correspondiente. Este proceso “genera un alto nivel de estrés, ansiedad y frustración por la importante carga emocional, alto impacto económico y escasa cobertura económica de los sistemas de salud” (Elevancini et al., 2021, p. 222).

En lo que respecta a Latinoamérica:

Aún se encuentra en desarrollo el apoyo psicológico a parejas infértiles y específicamente en Uruguay, el trabajo del psicólogo no ha sido incorporado de forma universal en el proceso desde la detección de la disfunción hasta el tratamiento o no de la misma (Márquez, 2014, p.7).

Como menciona Rosset et al. (2009):

Por las características del proceso psicológico en infertilidad, es recomendable realizar la evaluación psicológica de la pareja a la vez que se realizan las pruebas médicas para el diagnóstico de la infertilidad. De esta forma, se obtiene una evaluación inicial de su estado tanto físico y psíquico, y permite detectar las parejas más vulnerables a desarrollar alteraciones emocionales, siendo la ansiedad, depresión y los trastornos obsesivos compulsivos los más frecuentes a lo largo del

tiempo que conlleva el proceso de diagnóstico y tratamiento médico de la reproducción asistida (p.88).

Las autoras consideran que a favor de beneficiar a las personas que atraviesan este proceso, tanto en la asistencia, como en el bienestar y equilibrio emocional “es imprescindible incluir la figura del psicólogo en las URH [Unidades de Reproducción Humana] como parte del equipo sanitario” (Rosset et al., 2009, p.88).

A su vez las autoras López y Garrido (2023) mencionan en su artículo “*Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos*”, que “la presencia de matronas especialistas es importante para brindar atención integral y resolver dudas durante todo el proceso” (p.36). Las mismas plantean que la matrona es la profesional sanitaria mejor preparada para prestar atención y apoyo a las familias en sus proyectos reproductivos, desde lo preconcepcional y la atención de la gestación, hasta el parto y postparto. Refiriendo que además de ejercer su profesión en la asistencia clínica, suelen ser las parteras quienes se mantienen en interacción constante con las personas, o parejas, acompañándolas en todo su proceso reproductivo, este contacto de forma continua lleva a que se conviertan en referentes “generando relaciones más estrechas, de confianza y empatía, logrando una mejor adherencia a los tratamientos y entregando habilidades para resolución de problemas” (p.223).

Al igual que en Uruguay, en España la capacitación en el manejo de esta temática no forma parte de la preparación universitaria de las escuelas de obstetricia, sin embargo se considera fundamental poder adquirir estas habilidades para poder brindar una atención de mayor calidad. Además se sugiere el hecho de contar con matronas que brinden asistencia clínica, educación, acompañamiento y contacto más cercano con las personas que están viviendo este proceso, siendo un nexo, cubriendo necesidades de información y despejando dudas (López y Garrido, 2023).

Tomando las palabras de la Dra. Maite Moldes: “El control de un embarazo logrado por técnicas de reproducción asistida es esencialmente idéntico al de un embarazo espontáneo” (Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana, 2023, 1h7m50s), sin embargo la misma menciona que existen ciertas peculiaridades de los embarazos logrados mediante reproducción asistida que hacen que precise de ciertas acciones adicionales, sobre todo en el primer trimestre.

En dicha conferencia la misma define que el embarazo de alto riesgo “es aquel en que la probabilidad de enfermedad durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño” (Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana, 2023, 1h8m38s)

y afirma que efectivamente quienes logran embarazos a través de estos procedimientos asocia mayor riesgo de complicaciones obstétricas comparados a los embarazos espontáneos.

Plantea que

existe evidencia desde hace algunos años que los niños nacidos como consecuencia de Técnicas de reproducción asistida tienen mayor riesgo neonatal y los embarazos por fertilización in vitro se asocian a mayor riesgo de complicaciones obstétricas comparados con embarazos espontáneos (Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana, 2023, 1h8m50s).

Moldes asocia el alto riesgo con comorbilidades preexistentes en la mayoría de las personas que acuden a estas técnicas como lo pueden ser: el sobrepeso, la edad, la hipertensión, entre otros factores.

En el caso de Uruguay, surgieron hace más de treinta años las Policlínicas de Alto Riesgo Obstétrico (PARO) a partir de la conformación de un grupo de internistas que se incorporó a una policlínica de ginecología, donde se controlaban personas embarazadas con patologías que requerían de Medicina interna para su asistencia. “Desde esa policlínica se fue generando un espacio permanente para la asistencia de estas pacientes y para la formación de nuevas generaciones de internistas y ginecólogos, al que fueron incorporándose luego otros especialistas” (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, sf, párr. 2).

Estas policlínicas actualmente están compuestas por: ginecólogos internistas, neonatólogos, neurólogos y psicólogos. Asimismo, este grupo trabaja en estrecha relación con otras especialidades y servicios como nefrología, cardiología, anestesiología, gastroenterología, endocrinología y psiquiatría, entre otras. Las Obstetras Parteras muchas veces son quienes derivan a las personas gestantes a estas policlínicas, perdiendo el seguimiento continuo con la persona.

Alma Virginia Camacho, Asesora Regional del UNFPA sobre Salud Sexual y Reproductiva para la América Latina y el Caribe, señala:

“Hay evidencia que demuestra que en los lugares donde tenemos la presencia de una partera competente, desciende la mortalidad materna, ya que la partera hace un acompañamiento y provee atención de calidad de todo el proceso reproductivo normal, detecta complicaciones y refiere e incide en que la mujer la tenga como referente, se empodere con la información adecuada que le permita el autocuidado y tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva” (UNFPA, 2016, párr.4).

Sumando a lo mencionado anteriormente sobre lo fundamental que sería la capacitación de la Obstetra Partera en la temática de la reproducción asistida, Ana Labandera, presidenta de la Federación Latinoamericana de Obstetras considera de gran importancia que

la partera profesional en nuestra región eleve cada vez más sus estándares de calidad, porque es un recurso humano que está disponible y está comprometido con su par, la mujer en lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2016, párr. 5).

Labandera destaca la importancia de formación de parteras líderes que se encuentren preparadas para todo proceso de acompañamiento, promoción y prevención en el primer nivel de atención donde se proveen gran parte de los servicios de salud sexual y reproductiva:

Es desde ese espacio donde se puede prevenir el riesgo y el daño que ocasiona la desinformación y aumentar el acceso de la mujer a los cuidados de calidad en salud sexual y reproductiva. Es importante que la mujer conozca y acceda a una atención de calidad (UNFPA, 2016, párr.7).

Conclusiones

La exploración bibliográfica realizada en el presente trabajo permitió recorrer distintas dimensiones interconectadas que definen y moldean a lo que es hoy la salud sexual y la salud reproductiva. A lo largo del mismo se comprendió la importancia del abordaje individual de cada una de ellas, entendiendo de todos modos que gran parte de sus aspectos se podrán ver involucrados.

A lo largo de este análisis hemos observado la evolución constante y la complejidad de la temática abordada, las sexualidades pueden comprenderse como procesos de construcción y producción social, histórica, cultural, política y subjetiva profundamente atravesada por las relaciones sociales, como plantea De Barbieri (1993): “son las tramas de relaciones sociales que determinan las relaciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas” (p.157).

Esto implicó que a lo largo de la producción de este trabajo se hiciera un análisis de las diferentes dimensiones implicadas, y la adecuada contextualización e historización.

Entendemos que la reproducción no constituye territorio exclusivo de la medicina reproductiva, sino que es campo de múltiples atravesamientos y disciplinas. Si bien la inclusión de las técnicas de reproducción humana asistida ha ampliado las posibilidades reproductivas también ha planteado interrogantes que debieron de ser analizadas crítica y reflexivamente, deconstruyendo y reconstruyendo su supuesta ética e ideología y las condiciones tanto socio-históricas como políticas que requieren no solo de un análisis continuo sino también de un marco normativo sólido.

En lo que respecta a la profesión de la Obstetra Partera, durante la búsqueda ha quedado en evidencia el escaso material que vincula a la misma con las técnicas de reproducción asistida y los cuidados de la fertilidad a nivel nacional.

Realizando esta revisión se halló material acerca del accionar del equipo una vez están hechos los diagnósticos de infertilidad, o una vez que se ha determinado la técnica a utilizar. En el caso de Uruguay, se cuenta con *el Manual de procedimientos para el manejo sanitario en reproducción asistida*, realizado en 2013, con el objetivo de guiar a los profesionales (Ginecólogos/as y especialistas en medicina reproductiva) en el correcto diagnóstico, indicación de las técnicas de baja complejidad y el manejo de las mismas posteriormente. Por su parte, para las técnicas de alta complejidad se cuenta con el documento de la *Normativa: Tratamiento de la infertilidad humana y infertilidad mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad*, creado por el Fondo Nacional de Recursos,

actualizado por última vez en 2023, donde se explican las diferentes técnicas y procedimientos junto con los posteriores controles y seguimientos correspondientes.

Los objetivos y el contenido de dichos documentos notan la escasa información sobre prevención y promoción de cuidado de la fertilidad, ya que están enfocados sobre todo al manejo de la infertilidad ya establecida. Además en la mayoría de las recomendaciones se excluye o ignora el hecho de que existen distintos modelos familiares que podrán acudir en busca de atención y orientación en el uso de su derecho reproductivo.

Es por ello que se considera clave a la hora del abordaje cambiar las perspectivas usuales y hegemónicas que comprenden a la temática, por una toma de posición de los equipos de salud en garantía de derechos. Aún cuando el peso de la reproducción (embarazo, aborto, cuidados, lactancia, etc) siga recayendo de manera mayoritaria en mujeres cis y sobre todo en aquellas con medios socio económicos bajos, la experiencias de la procreación incluyen a mas personas con capacidad de gestar como lesbianas, varones trans, personas no binarias, personas con discapacidad funcional, corporal o psicosocial, es necesario entonces ampliar la población destinaria de las acciones en salud reproductiva.

Por otro lado destacamos que como se mencionó en dicho trabajo, la estrategia principal del sistema de salud de Uruguay es la Atención Primaria en Salud, por lo cual creemos sumamente necesario reforzar las herramientas y el abordaje de quienes desempeñan su atención en el Primer Nivel de Atención, no solo por el hecho económico, sino también por los múltiples beneficios que se han demostrado al contar con Obstetras Parteras en el acompañamiento y seguimiento continuo, evitando también desgastes emocionales.

Uno de los obstáculos que se identifica es el hecho de que el embarazo logrado a partir de técnicas de reproducción asistida (TRA) es considerado de alto riesgo en base a evidencias científicas y esto lleva a que su control no se realice en las policlínicas donde habitualmente desempeña su trabajo la Obstetra Partera, sino que lo haga en policlínicas de alto riesgo obstétrico, lo que además de relacionar directamente al embarazo logrado por TRA con una patología subyacente, produce un seguimiento discontinuo por parte de la misma.

En este contexto, la figura de la partera ha emergido como una pieza clave en el cuidado de la fertilidad, se ve involucrada directamente con acciones vinculadas a la promoción de la salud reproductiva y prevención de factores causales de infertilidad, generando un espacio de confianza y debate con las personas que accedan al servicio de atención.

Lo anterior implica que el posicionamiento de la Obstetra Partera no debe perder de vista los componentes sociales que atraviesan la subjetividad de quien consulta, y será parte de

su responsabilidad contar con un amplio abanico de herramientas, de manera desprejuiciada, la cual se entiende que en muchas ocasiones es una tarea compleja, dado que la teoría que sustenta la práctica también se ve atravesada por mecanismos de poder patriarcal y heteronormativos.

El propósito será fomentar las prácticas que aseguren un trato digno y con calidad de atención, promoviendo principalmente instancias destinadas a la prevención de patologías que puedan llevar a la fertilidad, o realizando un correcto asesoramiento en aquellas personas que deciden buscar un embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.

En este sentido, los cambios en los avances tecnológicos relacionados con la reproducción no solo requieren de un acompañamiento por parte de la sociedad y las normativas, sino que también se lo exige al ámbito académico, por ello es importante revisar cómo los profesionales involucrados atraviesan dichos cambios y como recrean sus modos de intervención, como operan sus sistemas de valores y su formación profesional, considerando que las técnicas de reproducción no serán solamente llevadas a cabo en aquellos casos donde existe un diagnóstico de infertilidad entendido como “enfermedad”.

El haber realizado este trabajo denoto en nosotras, como mujeres, futuras profesionales involucradas e intentando de ser conscientes de nuestros privilegios, la necesidad de asumir el compromiso ético y político de continuar aportando no solo al reconocimiento sino a la reflexión acerca del ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Estamos frente a un desafío y es parte de nuestra responsabilidad no quedarnos quietas, ya que lejos de contribuir, seríamos productoras de nuevas formas de vulneración, aunque nuestras intenciones apuntan lo contrario.

Proponemos entonces poder apostar a una atención que se encuentre a la altura de las demandas ciudadanas, abierta al debate, a la reflexión, al diálogo, a la crítica y sobre todo a aquella atención que no sea contemplativa ni tolerante con las diferentes formas de desigualdad y discriminación.

Referencias Bibliográficas

- Abellán-García. F, Ander. J, León. J, Barranquero. M, Reus. R, Rogel. S, y Azaña. S. (2023). *¿Qué es el método ROPA? – FIV con recepción de óvulos de la pareja*. Reproducción Asistida ORG. Recuperado el 18 de noviembre de 2023. <https://www.reproduccionasistida.org/metodo-ropa/#caracteristicas-legales>
- Benítez, M. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58-68. Recuperado en 04 de noviembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005&lng=es&tlng=es#_edn1
- Bordagorry, V. Conde, B. Ramos, M y Vila, T. (2020). *Las Obstetras Parteras y el asesoramiento sobre relaciones sexuales en gestantes y puérperas: un abordaje integral*. [Trabajo Final de Grado, Escuela de Parteras]. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36340/1/TFGEP_BordagorryV_CondeB_RamosM_VilaT.pdf
- Brugo-Olmedo. S, Chillik. C y Kopelman. S, (2003). Definición y causas de Infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 54 (4) 227-248 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342003000400003
- Chaquiriand, V. (4 de abril de 2020). *¿A qué pacientes comprende la ley de Reproducción Asistida en Uruguay?*. Dra. Virginia Chaquiriand. <https://www.virginiachaquiriand.com/post/how-can-healthy-lifestyle-keep-your-heart-beat>
- Chaquiriand, V. (15 de septiembre de 2023a). *¿Qué es la Fecundación In Vitro?* Dra. Virginia Chaquiriand. Recuperado el 15 de noviembre de 2023 de <https://www.virginiachaquiriand.com/post/qu%C3%A9-es-la-fecundaci%C3%B3n-in-vitro>
- Chaquiriand, V. (9 de noviembre de 2023b). *¿Cómo son los pasos de una inseminación artificial? ¿De qué se trata y cuándo está indicado?*. Dra. Virginia Chaquiriand. <https://www.virginiachaquiriand.com/post/c%C3%B3mo-son-los-pasos-de-una-inseminaci%C3%B3n-artificial-de-qu%C3%A9-se-trata-y-cu%C3%A1ndo-est%C3%A1-indicado>
- Chaquiriand, V. (12 de noviembre de 2023c). *¿Qué es la ovodonación? ¿Cuándo se hace?*. Dra. Virginia Chaquiriand. Recuperado el 15 de noviembre de 2023 <https://www.virginiachaquiriand.com/post/qu%C3%A9-es-la-ovodonaci%C3%B3n-cu%C3%A1ndo-se-hace>
- Costas, L. (2022). *Mater semper certa est. Resignificando lo biológico en las técnicas de reproducción humana asistida*. [Trabajo Final de Grado, Facultad de psicología]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/34814>
- De Barbieri, T (1993). *Sobre la categoría género. Una introducción teórico - metodológica*. Debates en Sociología N° 18. pp 145 - 169. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/6680/6784>

- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo. Los hechos y los mitos*. Recuperado de <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/comyddhlic/wp-content/uploads/sites/152/2020/08/7-De-Beauvoir-Simone-El-segundo-sexo.pdf>
- Decreto 445/007 de 2007. Reglamentación del ejercicio de la profesión de Partera. 19 de noviembre de 2007. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/445-2007>
- Escuela de Parteras (2 de diciembre de 1996). *Plan de Estudios*. <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/PLAN%20DE%20ESTUDIOS%20Aprobado%20por%20CDC%202%20de%20diciembre%20de%201996.pdf>
- Elevancinia, M, Díaz, C, Aliaga, C. (2021). Nuevos desafíos en el rol de matronas/matrones en Medicina Reproductiva. *Revista Médica Clínica las Condes*. 32(2) 221-225. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864021000262>
- Enríquez, R. (2021). Obesidad: epidemia del siglo XXI y su relación con la fertilidad. *Revista Médica Clínica las Condes*. 32(2) 161-165. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864021000201>
- Filgueira, F. (2 de octubre de 2021). Las revoluciones de las familias en Uruguay y su profunda desigualdad. *La diaria*. <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2021/10/las-revoluciones-de-las-familias-en-uruguay-y-su-profunda-desigualdad/>
- Fuertes, I, Alsina, M, Blanco, J, Borrell, N. (2018). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Clinic Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/infecciones-de-transmision-sexual>
- Galdos, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 30(3), 455-460. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a14v30n3.pdf>
- Giallorenzi, M. (2017). Crítica feminista sobre la noción de la buena madre. *Revista Reflexiones* 96(1): 87-95. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/30634/30509>
- Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela (sf). *Alto Riesgo Obstétrico*. <https://www.medicab.hc.edu.uy/index.php/alto-riesgo-obstetrico/>
- IMPO (Marzo de 2012). *Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*. <https://www.impo.com.uy/saludsexual/>
- Kassalian, A. (2019). *La idealización de la maternidad y su impacto en el psiquismo ante la muerte perinatal*. [Trabajo Final de Grado, Facultad de psicología]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22998/1/Kassalian%2C%20Anush.pdf>

- Lafaurie, M. (2009). Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander*. Médicas UIS, 22(2), 176-82. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/367/608>
- Ley 17.565 de 2002. Establecimientos o Instituciones donde se asistan partos deberán contar con Partera interna de guardia. 08 de octubre de 2002. D.O. No. 26.114. <http://impo.com.uy/bases/leyes/17565-2002>
- Ley 18.211 de 2007. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 13 de diciembre de 2013. D.O. No. 27.384. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Ley 18.426 de 2008. Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. 1 de diciembre de 2008. D. O. No. 27.630. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Ley 19.167 de 2013. Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. 22 de noviembre de 2013. D.O. No. 28.854. <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>
- López, A. (2013). Conferencia Inaugural Actividades Académicas. Salud Sexual y Reproductiva en la agenda de investigación y formación en psicología en Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8010/1/CONFERENCIA-2013.pdf>
- López, S. Rodríguez, A. (2017). Lo familiar en la cultura del Uruguay actual. Reflexiones desde la psicología social comunitaria. *Revista de Ciencias Sociales*. 30(41), 111-126. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rcs/v30n41/1688-4981-rcs-30-41-00111.pdf>
- López. V, Garrido. F. (2023). Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos. *Matronas Hoy*. 11(1). 32-38. https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2023/05/matronas_11_11.pdf
- Luque, L. (s/f). *Los efectos del alcohol en la fertilidad, el embarazo y los tratamientos de reproducción asistida*. Instituto Bernabeu. Medicina Reproductiva <https://www.institutobernabeu.com/es/foro/los-efectos-del-alcohol-en-la-fertilidad/>
- Ma. Y, He. X, Qi. K, Wang. T, Qi. Y, Cui. L, Wang.F, Song. M. (2019). Efectos de los contaminantes ambientales sobre la fertilidad y la salud reproductiva. *Revista de Ciencias Ambientales*. 77(1). 210-217. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1001074218313007#preview-section-abstract>
- Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. [Tesis Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales]. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS_MagnoneAImaNatalia.pdf
- Magnone, N. (2023). Gobernanza reproductiva en la asistencia al parto en el Uruguay. Una mirada en perspectiva histórica. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. 8(1), 1-29. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruae/v8n1/2393-6886-ruae-8-01-e831.pdf>

- Maris. E, Huberlant. S, Torrea. A (2017). Tabaco y fertilidad. Embarazo patológico. *EMC Ginecología y Obstetricia*. 53 (1), 1-5. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X16824224>
- Márquez, M. (2014). *Función de la consulta psicológica en los casos de esterilidad y/o infertilidad humana por causas psicológicas*. [Trabajo Final de Grado, Facultad de psicología]. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5323/1/MARQ_UEZ.pdf
- Ministerio de Salud Argentina. (2022). *Cuidados de la fertilidad y promoción de la salud reproductiva*. Guía para Equipos de Salud en el Primer Nivel de Atención. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/cuidados-de-la-fertilidad-2023.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2013). *Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes*. Guía en Salud Sexual y Reproductiva. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_metodos_anticonceptivos_2014.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Manual de Procedimientos para el manejo sanitario Reproducción Asistida según Ley 19.167 / 2013*. <https://surh.org.uy/documentos/Manual-Procedimiento-RHA-MPS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2023). *Semana de la Fertilidad. Fondo Nacional de Recursos financió más de 5.000 procedimientos de reproducción asistida*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/fondo-nacional-recursos-financio-5000-procedimientos-reproduccion-asistida>
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica las Condes*. 23 (2); 124-128. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-definicion-clasificacion-obesidad-S0716864012702882>
- Ordenanza N°82/020 de 2020 [Ministerio de Salud Pública] Se autoriza a las profesionales Obstetras Parteras la prescripción de medicamentos. 23 de enero de 2020. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-82020-se-autoriza-profesionales-obstetras-parteras-prescripcion>
- Ordenanza N° 688/019 de 2019 [Ministerio de Salud Pública] Autorizar a las Profesionales Obstetras Parteras a la indicación y administración del tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas y su pareja/s sexual/sexuales, una vez que la misma es detectada. 12 de junio de 2019. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-688019-ordenanza-6882019>
- Ordenanza N° 1261/017 de 2017 [Ministerio de Salud Pública] Ampliación de competencias de Obstetras parteras. 29 de noviembre de 2017. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1261017-ampliacion-competencias-obstetras-parteras>

- Organización Mundial de la Salud (2006). *Salud sexual*.
https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Esterilidad*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Organización Mundial de la Salud (2023b). *Infecciones de transmisión sexual*.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49344/CLAP1578-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido*. Cuarta edición.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51740/9789275321355_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (2019b). *Planificación familiar*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Pérez, Federica. (8 de junio de 2023). La ley de reproducción humana asistida generó “un cambio radical”, pero hay que flexibilizar condiciones y llegar por igual a las mujeres de todo el país. *La diaria*.
<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2023/6/la-ley-de-reproduccion-humana-asistida-genero-un-cambio-radical-pero-hay-que-flexibilizar-condiciones-y-llegar-por-igual-a-las-mujeres-de-todo-el-pais/>
- Pou-Ferrari, R; Pons, J. (2012). Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. 50(1). 103-169. Número especial Aniversario.
<https://ago.uy/descargar/adjunto/39-3lq5fm-ago-2012-50-1-historia-sgu.pdf>
- Rodrigo, A. Pérez, A. Marbán, E. Ballesteros, M. Chávez, M. Barranquero, M. (04 de octubre de 2021). *El coito programado: qué es, cómo funciona y sus resultados*. Reproducción Asistida ORG. Recuperado el 15 de noviembre de 2023 de
<https://www.reproduccionasistida.org/coito-programado/#coito-programado-en-ciclo-natural>
- Rodríguez, L. (2015). *Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los Derechos Humanos*. [Archivo PDF].
<https://redinterquorum.org/dsr/wp-content/uploads/sites/2/2021/03/2-Derechos-sexuales-y-reproductivos-en-el-marco-de-los-derechos-humanos.pdf>

- Rosset. C, Antequera. R, Jenaro. C & Gómez. Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud* 20 (1). 79-90 <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n1/v20n1a07.pdf>
- Saletti, L. (2008). *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*. Universidad de Granada. pp 169-183. [Archivo PDF]. https://digibug.ugr.es/flexpaper/handle/10481/14802/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf
- Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (28 de junio de 2023). *Charlas informativas: 5ta Semana de la Fertilidad - Jueves 08 de junio*. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/pkhoXWx5gbc>
- Ten, J. (s/f). *Tóxicos ambientales, disruptores endócrinos y fertilidad*. Instituto Bernabeu. <https://www.institutobernabeu.com/es/foro/toxicos-ambientales-y-fertilidad-disruptores-endocrinos/>
- Thomas, F (2003). *La píldora anticonceptiva: Piedra angular de una revolución*. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53273/lapildora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- UNFPA (2007). *El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes*. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7_file1.pdf
- UNFPA (2016). *Parteras Profesionales: defensoras de la autonomía de la mujer*. <https://lac.unfpa.org/es/noticias/parteras-profesionales-defensoras-de-la-autonom%C3%ADa-de-la>
- UNFPA (2021). *El estado de las Matronas en el Mundo*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-ExecSumweb-ESv542.pdf>
- UNFPA (2022). *Primer Censo Nacional de Obstetras Parteras*. Perfil sociodemográfico, formación y desempeño profesional. Uruguay 2021. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_-_libros_informe_primer_censo_nacional_final_-_web.pdf
- UNFPA (2022b). *Planificación familiar*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#readmore-expand>
- UNICEF (2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=51
- UNICEF (2017). *Perspectiva de género*. [Archivo PDF]. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
- Universidad de la República. (s.f). *Obstetra Partera/o. Perfil del egresado*. <https://udelar.edu.uy/portal/2021/02/obstetra-partera/#:~:text=prevenci%C3%B3n%20de%20la%20patolog%C3%ADa%2C,nacido%20sano%20y%20al%20lactante>

- Viera, M. (2014). *Lejos de París Tecnologías de reproducción asistida y deseo del hijo en el Río de la Plata*. Universidad de la República. Biblioteca Plural. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/11004/1/viera_lejos_de_p_ar%c3%ads.pdf
- Vignolo. J, Vacarezza. M, Álvarez. C, Sosa. A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

Título: Cómo se involucran las Obstetras Parteras en el proceso de reproducción asistida

Modalidad: Monografía

Autoras: Br. Juliana Pereyra Ungo, Br. Aldana Saravia Arévalo

Tutora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farías

Co Tutora: Asist. Clínica Obst. Part. Katerine Sardeña.

Carrera: Obstetra Partera/o

Calificación:



Prof. Adj. Mag. Carolina Farías



Asist. Obst. Part. Katerine Sardeña



Prof. Adj. Mag. Sofía Ramos



Asist. Obst. Part. Leticia Ricci

Fecha 04/03/2024