

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura
Campus de la Salud Reñaca

Existe discriminación al acceso a Técnicas de Reproducción Asistida hacia mujeres sin pareja que desean optar por la Maternidad en Chile

Revisión bibliográfica para optar al grado de Licenciada/o en
Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía: Alejandra Muñoz Moya

Estudiantes: Catalina Becerra Maldonado

Francisco Cantillana Guerrero

Macarena Castro Muñoz

Javiera De la Barra Espinoza

Catalina Rojas Soto

Valparaíso Chile, 2016

*“No se trata de tener derecho a ser iguales,
sino de tener igual derecho a ser diferentes”*

Pablo Pineda

Agradecimientos

A nuestras familias por ser el pilar fundamental en nuestras vidas. Gracias por su apoyo, amor y paciencia durante todos estos años, por contribuir a nuestra formación profesional y personal y por darnos la oportunidad de cumplir nuestras metas.

A todas aquellas personas que nos apoyaron y confiaron en nosotros durante esta aventura. Gracias por brindarnos los tan importantes momentos de distracción los cuales fueron gratificantes e inolvidables.

A nuestra profesora guía Alejandra Muñoz Moya por su entrega, confianza y dedicación hacia nosotros. Gracias por no sólo ser una guía académica sino también por ser alguien fiel e incondicional en este camino. Gracias por siempre demostrarnos que es mejor ver el vaso medio lleno.

A la Fundación Iguales Valparaíso por su cooperación y asesoría en la búsqueda de información relevante para la realización de nuestra revisión.

A aquellas personas que inspiraron nuestra investigación, sean fuertes y sigan adelante. Continúen luchando por sus derechos y siendo ejemplo de convicción. Juntos podemos lograr un cambio y crear una realidad donde al fin podamos vivir tal cual somos.

A nosotros, que más que un grupo de trabajo fuimos un grupo de amigos y que pese a los altos y bajos, logramos seguir unidos hasta el final.

Constancia, perseverancia, compromiso y dedicación fueron la base de nuestro trabajo juntos.

Gracias por estos cuatro años de amistad.

Existe discriminación al acceso a Técnicas de Reproducción Asistida hacia mujeres sin pareja que desean optar por la Maternidad en Chile

Autores:

Profesora Guía:

- Alejandra Muñoz Moya
Universidad de Valparaíso
alejandra.munoz@uv.cl
56-9-81591623
Viña del Mar, Chile
- Macarena Castro Muñoz
Universidad de Valparaíso
macarenacastromunoz@gmail.com
56-9-95353023
Viña del Mar, Chile

Estudiantes:

- Catalina Becerra Maldonado
Universidad de Valparaíso
cata.becerram@gmail.com
56-9-93339737
Limache, Chile
- Francisco Cantillana Guerrero
Universidad de Valparaíso
fcantillanaguerrero@gmail.com
56-9-95559460
Limache, Chile
- Javiera De la Barra Espinoza
Universidad de Valparaíso
delabarra.jp@gmail.com
56-9-81501069
Quilpué, Chile
- Catalina Rojas Soto
Universidad de Valparaíso
catalina.rojass94@gmail.com
56-9-95516329
Punta Arenas, Chile

Contenido

Resumen	2
Abstract	3
Glosario	4
Introducción	7
Pregunta de investigación	11
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Metodología	12
Operacionalización de las variables	13
Mapa conceptual de variables	14
.....	14
Contextualización	15
Rol de la mujer y maternidad	15
Concepto de familia	17
Diversidad sexual	21
Discriminación	22
Panorama Mundial	23
Ámbito legal	23
Bioético	29
Económico	33
Panorama Nacional	35
Ámbito legal	35
Ámbito bioético	37
Ámbito económico	38
Conclusiones	40
Referencias	43

Resumen

Últimamente, el empoderamiento femenino ha sido tema de discusión. La idea que el género femenino es inferior al masculino ha quedado obsoleta, y ha llevado a mujeres en búsqueda de nuevos horizontes. La maternidad y formación de familia han sido uno de ellos. Los nuevos conceptos de familia y formas de convertirse en madres han irrumpido a nivel mundial, ya sea a través de la adopción o gracias a las técnicas de reproducción asistida (TRA). Es por esto, la necesidad de reconocer la realidad Chilena de las TRA en mujeres sin pareja.

Para determinar la existencia de discriminación en el acceso de las técnicas en Chile, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de 29 estudios, que cumplen criterios de selección, fue realizada para comparar a nivel nacional y mundial el acceso de TRA en los ámbitos legal, bioéticos y económicos.

Se observó en Chile un menor desarrollo de estas áreas al compararlas con el resto del mundo, permitiendo determinar la presencia de discriminación en el país al acceso de TRA en mujeres sin pareja que se han decidido por la maternidad. Esto implica un gran desafío para nuestra sociedad en aceptar la diversidad sexual, el nuevo rol femenino y tipos de familiar, y la necesidad de políticas públicas que garanticen derechos reproductivos a toda nuestra población.

Palabras Claves: Discriminación. Técnicas de reproducción asistida (TRA). Rol de la mujer. Mujer sin pareja. Diversidad sexual.

Abstract

Lately, women empowerment has been a topic of discussion. The idea that the female gender is inferior than male has become obsolete, and has taken women to look for new horizons. Maternity and family establishment has been one of them. The new concepts of families and ways to become mothers has irrupted worldwide, either through adoption or thanks to assisted reproduction technology (ART). Because of that, is necessary to acknowledge the Chilean reality of ART in women without partners.

To determine the existence of discrimination in the access to the technology in Chile, a literature review of 29 studies, within the selection criteria, was done to compare at a national and worldwide scales the access to ART on the legal, bioethics and economic levels.

It was observed in Chile a lesser development in these areas when compared to the rest of the world, allowing to determine the presence of discrimination in the country to the access of ART in women without partners that have decided on motherhood. This implicates a great challenge for our society in the acceptance of sexual diversity, the new female role and types of families, and the need of public policies that guaranteed reproductive rights to our whole population.

Keywords: Discrimination. Assisted reproduction technology (ART). Role of women. Women without partners. Sexual diversity.

Glosario

RMA: La reproducción médicamente asistida, se define como la reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante. (1)

TRA: Definiremos TRA como todos los tratamientos o procedimientos destinados a facilitar, transformar o sustituir procesos que ocurren de manera fisiológica en el aparato reproductor femenino para permitir la concepción. Esto incluirá la manipulación médica de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos ya sea dentro o fuera del cuerpo humano con el fin de lograr la gestación. (2) (3) (1)

Estimulación ovárica: Tratamiento farmacológico/hormonal utilizado en varias técnicas de reproducción asistida con el fin de obtener el número de ovocitos necesarios para realizar un determinado procedimiento. (1)

Transferencia de embriones: Procedimiento utilizado en determinadas técnicas de reproducción asistida en donde la fecundación es extracorpórea, por ejemplo la FIV. Consiste en transferir uno o más embriones al aparato reproductor femenino (útero-trompas de Falopio). (1)

Tipos de TRA

IA: “La inseminación artificial (IA) se define como la introducción de espermatozoides de manera no natural en el aparato reproductor femenino con el objetivo de lograr una gestación” (2). Dependiendo del origen del semen, la IA se puede clasificar en:

homóloga, también conocida como inseminación artificial de marido (IAM), entendiéndose ésta a aquella donde el que aporta el semen es el que será padre del niño; y la heterónoma también denominada inseminación artificial con Donante (IAD), que es aquella cuando el padre del niño es conocido o desconocido, y no es el que será padre del menor por nacer. (4)

FIV: Fertilización In Vitro. Técnica de reproducción asistida más utilizada, la cual involucra una fecundación extracorpórea. Este procedimiento consiste en la aspiración transvaginal de ovocitos para inseminarse fuera del aparato reproductor femenino con espermatozoides previamente preparados. Estos ovocitos fecundados en laboratorio iniciarán por tanto la división celular, exactamente igual que lo harían en el interior del tracto genital femenino, transformándose en embriones, los cuales serán finalmente transferidos al útero materno. (2) (1)

ICSI: La micro inyección espermática intracitoplasmática (*intracytoplasmic sperm injection*) es una de las técnicas más novedosas y con mayor repercusión en el tratamiento de la infertilidad por ejemplo. Básicamente, la técnica consiste en la inyección de un solo espermatozoide dentro del ovocito el cual se realiza fuera del cuerpo de la mujer. (2)

GIFT: Transferencia Intrafalopiana de Gametos (Gamete Intrafallopian Transfer) “Procedimiento de TRA en el cual ambos gametos (ovocitos y espermatozoides), son transferidos a la trompa de Falopio” (1)

DONACIÓN DE GAMETOS:

Donación de semen: Se define como la Técnica de reproducción asistida en la cual el gameto masculino es aportado por un hombre que será o no el que va a tomar el rol de padre. (2) (1)

Donación de ovocitos: “La donación de ovocitos se ha definido clásicamente como la técnica de reproducción asistida en la cual el gameto femenino es aportado por una mujer distinta a la que recibirá este o el embrión resultante.” (2)

Donación de embriones: Se define como la transferencia de embriones resultantes de gametos (espermatozoides y ovocitos) que no se originaron de la receptora y su pareja. (1)

Criopreservación de cigotos y embriones: La criopreservación es el procedimiento por el cual se congelan o se vitrifican los gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal con un posterior almacenamiento. Relacionado a esto, está la transferencia de embriones criopreservados-descongelados (TEC/D), el cual es un procedimiento de las técnicas de reproducción asistida que consiste en transferir embriones criopreservados-descongelados al aparato reproductor femenino (útero o trompas de Falopio). (1)

Mujer sin pareja: Para la siguiente investigación la definición de mujer sin pareja incluirá a toda mujer heterosexual sin pareja y mujeres homosexuales.

Infertilidad: Definiremos infertilidad como “la incapacidad de completar un embarazo después de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. Este plazo razonable consta de un mínimo de doce meses a dos años para desarrollar el embarazo; si éste no ocurre después de ese tiempo, la pareja es considerada infértil.” (5) (1)

LGTBI: Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales.

Introducción

El concepto de mujer ha cambiado constantemente a través del tiempo, conforme pasan los años las mujeres se sienten cada vez más seguras de sí mismas, lo que las ha llevado a indagar nuevos horizontes. Lejos quedó la idea de que las mujeres son incapaces de realizar las mismas tareas que los hombres y de considerarlas inferiores, ideas que se sustentaban en una relación de poder donde el hombre es el dominante mientras que la mujer, su papel y tareas, son devaluados socialmente. (6) Este cambio comenzó a evidenciarse a través de la corriente de la Ilustración en Europa, sin embargo la primera conferencia mundial de la Mujer que la ONU convocó en la ciudad de México en 1975 en respuesta a las demandas de las mujeres, significó la mundialización del movimiento feminista. (7)

A medida que las mujeres empiezan a incorporarse al mundo laboral y educacional comenzó a existir una mayor exigencia en cuanto al deseo de igualdad de derechos, expresándose mayoritariamente a través de acciones que reflejaban esta nueva visión femenina; a la determinación de empoderarse de nuevos roles que antes eran impensados, como por ejemplo, tomar nuevas funciones dentro de la misma familia, siendo independientes y no necesitando la compañía de un hombre para criar a los hijos, pues la maternidad ha ido cambiando conforme pasan los años, como muchos estudios antropológicos lo sustentan “el concepto de maternidad a lo largo de la historia, aparece como un conjunto de creencias y significados en permanente evolución, influidos por factores culturales y sociales, que han ido apoyándose en ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza, como vertientes que se encuentran y entrecruzan en la interpretación. Siendo la maternidad un concepto que se intercambia en el espacio social, su interpretación y repercusión en la experiencia individual es muy significativa, siendo por largo tiempo tal vez la investidura más poderosa para la autodefinition y autoevaluación de cada mujer, aún de aquellas que no son madres.” (8) Tanto se

evidencia el cambio, que incluso se aventuran a la maternidad de manera autónoma, obviando la figura paterna en la crianza, siendo ellas padre, madre, proveedora del hogar, entre otras, para así tener el control completo de la planificación familiar, pudiendo incluso acceder a técnicas de reproducción asistida (TRA).

La evolución de la maternidad a lo largo de tiempo, se relaciona estrechamente con los cambios demográficos que ocurren en los países, como el aumento de esperanza de vida y envejecimiento de la población, lo que lleva a una maternidad más tardía y mayor dificultad biológica para concebir un hijo en circunstancias normales, es por esto que las TRA entregan la posibilidad no sólo a mujeres homosexuales, sino también a mujeres heterosexuales que por motivos circunstanciales o electivos han postergado la maternidad, no han encontrado pareja para procrear o tomaron la decisión de ser madres solteras y así poder dar a luz a un hijo de forma natural, llevando a cabo su propio valor reproductivo dentro de la sociedad.

A lo largo del tiempo los tratamientos de reproducción asistida han ido en aumento, lo que se puede ver retratado en el registro latinoamericano de reproducción asistida (RLA) que manifiesta: “En 1990 se reportaron 19 centros, cifra que aumentó progresivamente, llegando en el 2007 a 138 centros. Paralelamente ha aumentado el número de ciclos de TRA, la suma de ciclos iniciados para FIV/ICSI; transferencia de embriones descongelados/congelados; y transferencia de embriones producto de ovodonación. Es así, como el número GIFT de TRA ha aumentado más de trece veces desde el primer registro de 1990, llegando en el 2007 a 34.102 ciclos” (9)

Si bien es cierto, la mayor cantidad de personas que optan por estas terapias son parejas heterosexuales establecidas que poseen problemas de infertilidad, es importante reconocer la existencia de un grupo, cuya magnitud no se encuentra cuantificada, que no corresponden a parejas heterosexuales y que de igual manera desean optar por la maternidad ya que poseen algún problema de fertilidad o se ven imposibilitados de concebir de la manera habitual.

Entendemos a la infertilidad como “la incapacidad de completar un embarazo después de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas, este plazo razonable consta de un mínimo de dos años para desarrollar el embarazo; si éste no ocurre después de ese tiempo, la pareja es considerada infértil.” (5)

“Las técnicas de reproducción asistida (TRA) posibilitan el nacimiento de unos 100.000 niños al año en todo el mundo.” (2) En países desarrollados de Europa y América del Norte se estima que entre un 1% y un 4% de los niños nacidos anualmente son resultado de la aplicación de estos tratamientos. (2) En Chile, según una investigación comenzada el 2011 data de un total de 5.500 personas nacidas por este medio. (3)

Para efectos de este trabajo definiremos TRA como *todos los tratamientos o procedimientos destinados a facilitar, transformar o sustituir procesos que ocurren de manera fisiológica en el aparato reproductor femenino para permitir la concepción. Esto incluirá la manipulación médica de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos ya sea dentro o fuera del cuerpo humano con el fin de lograr la gestación.* (2) (3) (1)

Aunque el concepto de mujer sin pareja, puede abarcar a un gran número de mujeres, para la siguiente investigación se considerará como *toda mujer heterosexual sin pareja y a las mujeres homosexuales.*

Hoy en día es posible evidenciar discriminación en varios ámbitos: respecto a los roles de género, las familias distintas de la “nuclear clásica” y la diversidad sexual, entre otros; es relevante tener presente la realidad actual de la comunidad LGTBI en nuestro país, la cual ha llevado a la implementación de políticas públicas, tales como el Acuerdo de Unión Civil y Ley Zamudio, en pos de la protección e inclusión de un grupo históricamente marginado.

Tomando todo esto en consideración, el objetivo de nuestra investigación es conocer la realidad Chilena en relación al acceso a técnicas de reproducción asistida en mujeres sin pareja heterosexual y/o mujeres homosexuales. Además se pretenderá comparar, a nivel mundial, la aceptabilidad que tiene la sociedad frente a este grupo en relación al acceso de los tratamientos de reproducción asistida.

Pregunta de investigación

¿Existe discriminación en Chile respecto al acceso a técnicas de reproducción asistida hacia mujeres sin pareja que desean optar por la maternidad?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la existencia de discriminación en Chile, respecto al panorama mundial, en relación al acceso de Técnicas de Reproducción Asistida hacia mujeres sin pareja que desean optar por la maternidad.

Objetivos Específicos

- 1.- Describir la situación a nivel mundial respecto al acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida y la realidad de mujeres sin pareja que deseen optar por la maternidad a través de este medio.
- 2.- Describir la situación a nivel nacional respecto al acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida y la realidad de mujeres sin pareja que deseen optar por la maternidad a través de este medio.
- 3.- Comparar la realidad Chilena respecto al panorama mundial en relación a la existencia de discriminación en el acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida hacia mujeres sin pareja que desean optar por la maternidad.

Metodología

El presente estudio corresponde a una revisión bibliográfica que pretende evidenciar el estado del arte de los últimos 16 años con respecto al acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida en Chile y el Mundo.

Para esta revisión bibliográfica han sido considerados estudios escritos en español e inglés publicados entre los años 2000 - 2016. Estos se han obtenido de internet, gracias a los motores de búsqueda como LILACS, Scielo.cl, Bireme.org, Proxymu, google académico y estudios facilitados por la Fundación Iguales Valparaíso.

La metodología de la revisión consideró el análisis sistemático de 32 estudios con una posterior realización de fichas bibliográficas por cada estudio revisado, la que se llevó a cabo según criterios previamente determinados. Los criterios que se utilizaron para valorar la consistencia de los estudios y para la posterior confección de las fichas son:

- Metodología y tipo de estudio
- Enfoque y diseño del estudio
- Lugar y población
- Tamaño muestral
- Técnicas de recolección de datos y análisis de datos

Los artículos revisados que serán considerados para este estudio, tienen que cumplir con a lo menos 3 o más de los criterios seleccionados para su lectura y revisión sistemática.

Finalmente, fueron revisados 32 estudios según criterios determinados y se realizaron 32 fichas bibliográficas. Para esta investigación sólo se utilizaron 29 estudios, ya que 3 de ellos no cumplieron con los criterios de selección.

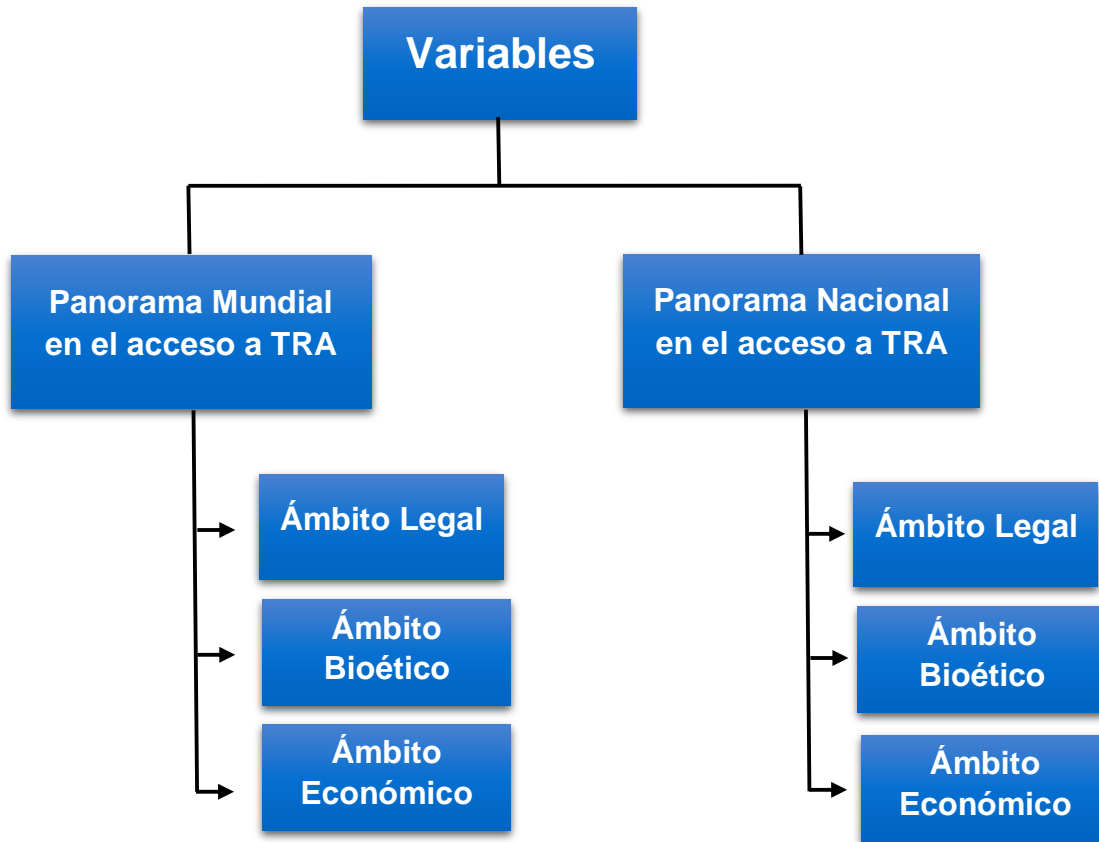
Sesgos: Se ha incluido un estudio “*Consenso latinoamericano en aspectos ético-legales relativos a las técnicas de reproducción asistida*” que sale del rango de años establecidos para la realización de esta revisión. Se consideró de todas maneras ya que aporta información relevante y precisa para esta revisión.

Operacionalización de las variables

Las variables a analizar en este estudio son el “Panorama mundial en el acceso a TRA” y el “Panorama nacional en el acceso a TRA”. Ambas variables presentan 3 dimensiones las cuales son el ámbito legal, bioético y económico.

Entenderemos como Panorama Mundial a todas las medidas legales, bioéticas y económicas existentes en diversos países del mundo respecto al acceso a las TRA a través de los años. Y como Panorama Nacional a todas las medidas legales, bioéticas y económicas existentes en Chile respecto al acceso a las TRA a través de los años.

Mapa conceptual de variables



Contextualización

Rol de la mujer y maternidad

La mujer es una parte fundamental dentro de lo que son las técnicas de reproducción asistida, pues es ella quien se somete a los procedimientos y es quien tiene el deseo de ser madre de forma natural. El Rol de la mujer dentro de la sociedad ha ido evolucionando a medida que pasan los años, y esta evolución ha estado relacionada estrechamente con la maternidad, es así como a partir de esta relación podemos distinguir un tiempo pre-moderno relacionado a regiones y zonas rurales donde era evidente la feminización de la pobreza, el tiempo moderno que se caracteriza por la incorporación de las mujeres a la educación y al trabajo remunerado y finalmente el tiempo post moderno que corresponde al caso de las mujeres que se someten a las técnicas de fertilización asistida. (10)

Cada día son más y más las mujeres que buscan ser madres a través de métodos alternativos, “las mujeres que acceden a la maternidad mediante técnicas de reproducción asistida refieren querer “vivir la experiencia” de la maternidad en su totalidad, embarazo, parto, lactancia y crianza, como razón fundamental para elegir este camino hacia la meta de convertirse en madre” (11)

La maternidad es un tema clave cuando nos referimos a la mujer, ya que ha sido objeto de grandes avances y críticas, de hecho ya el decidir ser madre sola es motivo de prejuicios y de denostación pública, ya que la “maternidad se ha relacionado con una especie de mandato que el sistema patriarcal le ha asignado a las mujeres, en la que su cumplimiento le otorga reconocimiento, inclusión y estatus social” (10) y en base a esto las mujeres han vivido durante años pensando que esta es su única función para ser aceptadas socialmente y la que reniega era víctima de marginación social. El cambio en la concepción de la maternidad, está asociado a las transformaciones en los roles de género y como consecuencia en las relaciones de los sistemas de parentesco. La mujer deja de estar relegada sólo al ámbito doméstico y al rol de madre para incorporarse al trabajo, y la maternidad deja de ser el único fin de la existencia femenina. Ser madre se convierte en la mayoría de los casos en un proyecto deseado y planificado. (11) A pesar

de ello, a medida que van pasando los años las madres solteras han sido reconocidas de mejor forma por la importante labor que realizan ya que además de la crianza de los hijos se han transformado en jefas y proveedoras del hogar, labor que era característica de los hombres. A pesar que es sabido que ha aumentado el número de mujeres que han decidido llevar una maternidad solitaria, aún es “difícil de cuantificar con los sistemas estadísticos disponibles en Chile y su presencia todavía puede parecer minoritaria”. (10)

En las últimas décadas la construcción cultural de la maternidad y la idealización de esta han sufrido modificaciones. La concepción, la esterilidad, el embarazo, el parto y nacimiento de un nuevo hijo han sido tradicionalmente considerados por la psicología como momentos de crisis evolutivas en la vida de las personas. Actualmente la maternidad significa sólo una posibilidad más entre otras en la vida de la mujer, esto relacionado a la incorporación al mundo laboral que ha ido en aumento y que conlleva a una mayor autonomía económica, al deseo de cumplir una serie de hitos tanto profesionales como personales, lo que permite a la mujer poder decidir el momento en que considera adecuado ser madre. En relación a esto último es de relevancia señalar la importancia del uso de métodos anticonceptivos, lo que permite también una separación de la sexualidad y la reproducción, facilitando la postergación de la maternidad a edades superiores a 35 años, momento en el que la fertilidad comienza a declinar y es de mayor dificultad que la concepción se dé de manera natural, por lo que las TRA pasan a significar una gran ayuda al momento de concebir.

De la mano a esta razón por la que las mujeres están accediendo aún más a las TRA es posible encontrar un nuevo modo de convertirse en madre: el de las mujeres solas que han optado por convertirse en madres de manera planificada y voluntaria, sin la presencia de una pareja que las acompañe en su proyecto de vida. (5) (4) (11) (12)

Concepto de familia

La familia es considerada la base de la estructura social y unidad básica de la organización económica para todos los contextos sociales humanos. La cual se ha visto sometida a una importante modificación con un trasfondo social e incluso ideológico, esencialmente en la cultura occidental.

El análisis del cambio en el modelo de familia se entiende como consecuencia de los cambios en los roles de género tanto femenino como masculino, y en el cambio de las relaciones de pareja (permanencia, compromiso, hetero-homosexualidad) traerá como consecuencia cambios en el proceso de construcción de la maternidad y paternidad. (11)

A su vez conlleva un cambio asociado a esto, ideas como las configuraciones de parentesco, la distribución de roles y tareas y las concepciones parentales y filiatorias también han sido percibidas de distinta manera con el paso del tiempo.

Hasta hace algunos años una familia “tradicional” consistía en un hombre casado con una mujer y sus hijos, concebidos fisiológicamente. La distribución de roles y tareas estaba claramente establecida: el padre era proveedor mientras que la madre era quien debía quedarse en casa al cuidado de los niños y las tareas del hogar. Este fue un concepto de mucha idealización que nunca fue realizado de manera completa y que durante los últimos años ha cambiado producto de las altas tasas de divorcio, de nacimientos fuera del matrimonio, la adopción, la reproducción asistida, el reconocimiento de los derechos femeninos, el movimiento homosexual, la legalización del matrimonio del mismo sexo y variados factores sociales y legales.

Si nos enfocamos en la situación a nivel latinoamericano es posible encontrar evidenciado estos cambios en la amplia diversidad familiar existente, donde destaca el aumento de los hogares con jefatura femenina y la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral, constatando además, según datos entregados por la Encuesta CASEN (2011), la notable reducción que sufrieron los hogares biparentales respecto a los monoparentales, donde la gran mayoría de estos últimos se encuentran encabezados por una mujer.

En Chile el modelo ideal de familia, y en el que se legaliza la procreación de los hijos e hijas, ha sido establecido como una pareja heterosexual unida por el vínculo matrimonial y que convive en un mismo lugar. Esta denominada familia nuclear es la base de la normativa de las políticas públicas nacionales, además de significar parte importante de la definición de índole jurídica otorgado a la familia. Esto se entiende al revisar la historia chilena, ya que la familia española pasó de estar sustentada por las normas de una sociedad de corte católico, una familia nuclear formada por el padre, la madre y los hijos (11) a lo concebido en la actualidad como concepto de familia. En este contexto tanto las familias monoparentales como las homosexuales presentan un desafío político e ideológico para nuestra sociedad ya que corresponden a familias que no son aceptadas por el Estado y a las cuales este no contempla dentro de sus leyes. (10) (13)

Actualmente a esta mirada se ha integrado, de manera progresiva, una nueva visión que permite el desarrollo de distintos conceptos de familia, esto ha podido verse representado a través de la reciente implementación de la Ley del Acuerdo de Unión Civil (AUC), la cual se desarrollaran más adelante.

Pero además existe un cambio de paradigma en torno a la concepción de familia, pues hace veinte años atrás se consideraba que las personas que se casaban debían tener hijos para consumir su unión; hoy en día, en cambio, empieza a aceptarse socialmente que una pareja decida no tenerlos y esto supone un importante cambio de valores. “El sentido fundamental de la unión entre hombre y mujer ya no es la procreación, sino la relación afectiva entre dos adultos en situación de plena igualdad que, voluntariamente, se plantean un proyecto de vida en común.” (12)

Aun así, muchas parejas se plantean como proyecto de vida tener hijos y por razones tanto médicas, biológicas o sociales, no pueden llegar a concretarlo por la vía sexual, por lo que el surgimiento de nuevas técnicas médicas, como la reproducción asistida, “ha podido facilitar el surgimiento de nuevas formas de familia, tal es el caso de la homoparental, o mejor aún, ha puesto a disposición de la diversa gama de deseos una vía para concretarlos.” (12)

También se debe considerar el factor social que puede llevar a una mujer a optar por las TRA, “existen mujeres que solicitan una IAD porque prefieren que su futuro hijo no tenga

ningún vínculo biológico con un posible padre conocido que no desempeñaría el rol de padre.” (12)

Según nuestras revisiones, varios autores han planteado la interrogante de cuál sería la real influencia en el niño de que mujeres sin pareja pudiesen optar por la maternidad, y siendo que no existen estudios empíricos que desaconsejen el uso de IAD en mujeres sin pareja. “Según los estudios existe una proporción de mujeres sin pareja a las que se les rechaza su solicitud por motivos de psicopatología o pobre ajuste social.” (12) Debemos tener en cuenta que “existen varias modalidades para que una mujer homosexual tenga un hijo. La forma más reiterada a lo largo del tiempo ha sido la de haber tenido un hijo dentro de un matrimonio heterosexual anterior. Ahora bien, si esa mujer ya se encuentra dentro de una pareja homosexual, se le presentarán solo dos vías para tener un hijo: la adopción o la utilización de una técnica de reproducción asistida.” (12)

Posibilidad que antes no tenían, ya que en tales casos, las mujeres homosexuales “O bien buscaban la cooperación de un conocido o tenían relaciones sexuales sin protección con una pareja esporádica. En la actualidad y con la ayuda de las técnicas de reproducción asistida la tendencia ha cambiado hacia la utilización de TRA.” (12)

Sin embargo el conflicto no queda ahí, pues para las parejas homosexuales, el conflicto más recurrente que manifiestan es un mayor miedo en la crianza del niño. Aun siendo que los roles parentales en una familia homoparental “no se encuentra diferenciado por el sexo de cada uno de los padres, ni por lo tradicionalmente estipulado como madre nutricia o padre protector, por el simple hecho de que son dos madres o dos padres. A este respecto, consideramos que los roles de género son simplemente una construcción heterosexual para diferenciar las funciones estipuladas socialmente para cada sexo” (12)

Además de todo el proceso engorroso y lleno de limitantes existen factores sociales que llegan a complicar la situación de la pareja homosexual, “En España, concretamente, gran parte de estas parejas tienen dificultades al momento de comunicar a sus familias la decisión de tener un hijo. Recordemos, que todo les ha sido más difícil: comunicar su elección sexual, informar que conviven en pareja con otra mujer y, por último, anunciar

la decisión de tener un hijo, transmitirle sus valores, su forma de ver el mundo y en última instancia, darle a conocer un nuevo tipo de familia en la que se puede crecer.” (12)

En consecuencia del cambio cultural y la mayor apertura social hacia la comunidad LGTBI, hay una mayor visibilidad de los problemas que los aquejan, siendo la maternidad una arista relevante para su desarrollo personal para muchos de ellos: “Actualmente, el número de mujeres lesbianas que deciden tener un hijo dentro de una pareja homosexual o solas, está en aumento” (12)

Por ejemplo según la National Health Interview Survey (NHIS), “se estima que hay 690.000 parejas del mismo sexo que viven en Estados Unidos y que el 19% de estas parejas, incluidas personas bisexuales/lesbianas/gays, están criando niños menores de 18 años.” (14)

Esto ha significado un gran aumento en el número de niños que crecen en hogares homoparentales, como consecuencia de esto se ha acrecentado el debate sobre el impacto de la estructura familiar en el bienestar de la salud del niño. (14) Esto ha motivado a que se realicen diversas investigaciones orientadas a determinar la real influencia que pudiese tener una familia con padres del mismo sexo femenino en el desarrollo de sus hijos.

“Estas investigaciones han encontrado que los niños criados en familias de padres del mismo sexo femenino fueron comparables en el bienestar y en los problemas de comportamiento con respecto a la crianza por parte de padres heterosexuales; y el ajuste psicosocial del niño se asocia más con el calidad de la crianza que con la orientación sexual de los padres.” (14)

Y pese a que no hay diferencias significativas que puedan relacionarse directamente con el tipo de familia, si se observa que los hijos de madres lesbianas tienden a tener mayores niveles de autoestima y menos problemas de comportamiento, desmitificando la creencia de que los hijos de padres de distinto sexo tienen un desarrollo ideal. Puesto que, se ha concluido que es la crianza y la calidad de la misma, el factor preponderante en el desarrollo normal de los niños. Con respecto a la identidad de género, la cual es un tema de gran interés en este debate, no hubo evidencia de confusión por parte de ninguno de los hijos estudiados, y en términos de comportamiento de rol de género, no se encontró

diferencias entre hijos con madres lesbianas y heterosexuales, ya sea niños o niñas. (15)
(16) (17)

Por ende es importante fortalecer la relación con las redes de apoyo, promover encuentros entre familias homoparentales y parejas que estén pasando por esta etapa de búsqueda de un hijo, promover instancias de información sobre lo que sucede con estas familias en otras partes del mundo llevará a fomentar sentimientos de seguridad y afianzamiento en las tomas de decisiones venideras. “La importancia de profundizar en la motivación, tanto en parejas heterosexuales como homosexuales, está dada por el hecho de que el deseo y la motivación para tener un hijo son características esenciales que afectan tanto la parentalidad, como la relación padre-hijo” (12)

Diversidad sexual

La diversidad sexual es un concepto que se ha insertado en nuestra sociedad de manera relativamente reciente; antes y a través de los años ha existido una concepción binaria de la sexualidad que comprende a hombre y a mujer sin considerar a la compleja diversidad que significa la sexualidad en sí, es por esta razón que a través de la historia ha existido una evidente exclusión tanto política como social hacia individuos cuya sexualidad no concuerda con la determinación anatómica y/o biológica del sexo que presentaron al momento de nacer, o a quienes no cumplen con la orientación sexual “correspondiente” a su género, lo que fácilmente conlleva a la vulneración de derechos como la igualdad y el trato digno que todo individuo posee. (18)

Es desde estos parámetros donde se establece la necesidad de generar un profundo cambio a nivel de la sociedad, que erradique de una vez por todas los estigmas y juicios de valor hacia quienes deciden hacer caso a su orientación sexual, a su identidad de género y a todo lo relativo a la libertad de expresión en este ámbito, esto en busca de la aceptación y la igualdad de derechos sociales y políticos de estos individuos en la sociedad.

Discriminación

Es posible establecer que de manera global existe un consenso en que las técnicas de reproducción asistida no corresponden a la primera alternativa para lograr la concepción, sino que se entienden como una opción cuando la reproducción mediada por el coito se ve imposibilitada. Es por esta percepción que existe mucha diversidad de interpretaciones al momento de determinar el acceso a la asistencia reproductiva en el sistema político y legal de una nación, dejando espacio a la no consideración de individuos solteros, principalmente mujeres, a las parejas del mismo sexo y en algunos países hasta a las heterosexuales que no se encuentren unidas por un vínculo matrimonial. Desde este punto es que se establece la discriminación

“Los constituyentes del sexo que nos determinan como seres sexuados son tres: el Sexo anatómico (biológico), el género que es de orden psicológico y se expresa en un sentimiento de pertenencia social y cultural y el erotismo. La identidad erótica (orientación sexual) es relacional y se define en razón de las atracciones sexuales” (18)

Teniendo en cuenta estos conceptos es posible identificar la ausencia de consideración existente hacia los grupos, cada vez menos minoritarios, que no encajan en la binaria “hombre - mujer” instaurada en la sociedad, por lo que existe una búsqueda constante del establecimiento de nuevas referencias para la identidad fuera de esta binaria.

“La ciencia, la religión y el Estado o las agrupaciones ideológicas o sociales quieren obligar a que tanto hombres como mujeres se conformen con los modelos de sexo, de género y erotismo. Esto conduce a una forma de violencia, en varios planos (simbólico, psíquico y físico) contra quienes quedan por fuera de la norma impuesta.

La exclusión que genera la homofobia lleva a que se les prive a gays y lesbianas del derecho al matrimonio, a la filiación, a los derechos patrimoniales de las parejas y, a las técnicas de procreación asistidas médicamente, y a la adopción.” (18)

Panorama Mundial

Ámbito legal

En el mundo los centros de reproducción asistida son una realidad, en ellos se busca principalmente una solución a los problemas de fertilidad que afectan a miles de parejas. Desde que se concibió al primer niño por medio de la fecundación *in vitro* en 1978 en el Reino Unido, las técnicas de reproducción asistida permiten el nacimiento de unos 100.000 niños al año en todo el mundo. (2)

En Europa y Estados Unidos, el desarrollo de las TRA y su acceso está mucho más avanzado con respecto a América Latina, pues tanto las leyes como la tecnología disponible abarcan todas las posibles terapias, dependiendo de las necesidades de los usuarios. Tanto es así que “Se estima que entre un 1% y un 4% de los niños nacidos anualmente en Estados Unidos y Europa son resultado de aplicar estos tratamientos.” (2)

Diversos estudios han tratado de cuantificar el número de registros por continentes, haciendo un hincapié en la comparación al acceso y la seguridad del método. International committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), ha publicado al año 2003 un registro global recopilando información desde la base de datos disponibles en el cual destaca “De un total estimado de 932.415 ciclos, siendo 232.380 con resultado de nacimiento, se produjo un aumento del 13,7% en relación al año 2002. La disponibilidad de TRA varió de 5 tratamientos por millón de habitantes en la República Dominicana a 4.916 por millón en Jordania. EE.UU. informó el mayor número de aspiraciones, seguido de Alemania y Francia. En forma continental, Europa tuvo el mayor número de aspiraciones, con la realización de un 60,9% del total mundial.” (19)

Pese a que los países europeos con mayor número de técnicas de reproducción asistida realizadas son Alemania, Francia y España, Suecia ha mostrado un gran avance en el área legal y de inclusión, pues su legislación ha permitido durante décadas que parejas heterosexuales se sometieran a la inseminación intrauterina con semen donado en clínicas de fertilidad, sin embargo desde el año 2003 se incluye además la fertilización *in vitro* con

donación de espermatozoides. En el año 2005, se abrió de manera igualitaria el acceso a las parejas lesbianas al tratamiento, pese a no tener razones médicas involucradas, ya que ellas no califican como infértiles, sino que se someten a los TRA por motivos sociales.

Aun así, la donación de gametos está permitida solamente en clínicas universitarias en Suecia y sólo acceden a la donación de espermatozoides las parejas que se encuentren en una relación estable y luego de atravesar una evaluación con un consejero y un médico. (20) No es el caso en Alemania e Italia, pues ahí la inseminación a mujeres solteras no está permitida, otro caso es el de Grecia, en las mujeres solteras pueden tener hijos a través de la reproducción asistida pero requieren de un acta notarial que las avale. (21)

En Estados Unidos en cambio, y en relación a su política federal, no en todos los estados está legislado el acceso a mujeres lesbianas a los tratamientos, y actualmente solo 15 estados de EEUU prohíben la discriminación en base de la orientación sexual en servicios públicos. (13) Aun así, un número creciente de mujeres profesionales sin pareja masculina han elegido tener hijos, a veces con la ayuda de donantes de semen. En 2007, cerca del 40% de todos los partos en EEUU fueron de mujeres no casadas. (13)

En México existe una situación similar a la de EEUU, puesto que existe “una posición heterogénea acerca de regular la reproducción asistida; algunos estados no la regulan mientras que otros establecen condiciones y tipos de reproducción asistida permitida” (4)

En países asiáticos muchas veces tiene mayor incidencia la religión a la hora de tomar las decisiones, por ejemplo, en Irán, Arabia Saudita y Jordania el matrimonio era el requisito primordial. Pese a las complicaciones, los interesados en las técnicas de reproducción asistida y que no estaban casados pudieron encontrar una solución en otros países de Asia, como India y China, quienes permitían los procedimientos en parejas que convivían. (21)

En Latinoamérica la reproducción asistida no se ha manifestado con la misma magnitud que en países europeos, los procesos se han iniciado años después que en países desarrollados y aún existen vacíos legales y bioéticos con respecto a quienes podrían optar por estas técnicas, reconocen solamente a problemas relacionados por la

infertilidad. Sin embargo “En 1990 se estableció el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), el primer registro voluntario y multinacional del mundo”... “se reportaron 19 centros, cifra que aumentó progresivamente, llegando en el 2007 a 138 centros”. (9) Se observa un crecimiento de números de TRA realizados de más de trece veces desde el primer registro de 1990, llegando en el 2007 a 34.102 ciclos registrados en RLA. Por lo que se dice: “De los cerca de 5.000.000 de personas nacidas en el mundo producto de las nuevas tecnologías reproductivas, aproximadamente 100.000 han nacido en Latinoamérica y 5.500 en Chile”, aunque aún existe carencia de estudios sobre la opinión pública respecto a estas técnicas. (3) A pesar de este sostenido crecimiento, tanto de avances científicos como de acceso a las técnicas, en el año 2002 los ciclos iniciados de FIV/ICSI en Latinoamérica representaron solo el 3% de ciclos realizados a nivel mundial (9), lo que evidencia que la región aún no provee de estos servicios a la totalidad de población que los requiere.

La red LARA ha aportado documentos que son utilizados por las clínicas asociadas, a pesar de esto aún no existe un documento legal que garantice el servicio por el Estado y proteja a quienes se sometan a los tratamientos.

Tal vez el documento más importante a nivel mundial es el Warnock Committe que se creó en 1984, encabezado por filósofos y juristas, y cuyas recomendaciones ayudaron a construir un primer documento jurídico, el Human Fertilisation and Embryology Act de 1990 (HFEA).

En este documento se propone dentro de sus recomendaciones el proponer una autoridad que regulase los desarrollos que se realicen en la fertilización humana y embriología, autoridad que adoptó el nombre de Human Fertilisation and Embryology Authority. Esto permite de entrada observar qué tanto requerimos para poder avanzar en este tema, el problema no sólo es generar una ley, sino al contrario, pensar por medio de qué tipo de personas podemos empezar a confiar el desarrollo de una ley para este tipo de problemas.

Un tema excluyente es el caso del acceso a TRA de mujeres solteras, por ejemplo en Reino Unido está determinado por la “HFEA 1990 (Human Fertilisation and Embryology Act 1990) modificado por la HFEA 2008, el que regula la provisión de los servicios de asistencia reproductiva. A pesar de comunes conceptos erróneos, estudios empíricos y teóricos a menudo han señalado que la original HFEA 1990 no contiene estatutos explícitos que prohíban tratamientos de fertilidad a cualquier paciente competente. Por lo tanto, solteras, lesbianas o mujeres mayores eran todas capaces de recibir legalmente servicios de TRA incluso antes de las modificaciones del 2008.” (22)

En el mundo aún existe discordancia a la hora de legislar el acceso a TRA, junto con los avances científicos los países desarrollados han ido implementando paralelamente políticas que regulen los procedimientos realizados en los centros que brindan este servicio, por ejemplo, el Reino Unido ha regulado el servicio de reproducción asistida, mismos que son dignos de observar, mientras que en Latinoamérica, “En la mente del legislador parece estar sólo el derecho que tienen las personas a acudir a un tipo de servicio, pero es poco claro cómo tener en mente los derechos de los menores a crecer en un entorno viable.” (4)

En el caso de los países Europeos existe una mayor regulación y legislación en materia de reproducción humana. Por ejemplo, la legislación de España ha ido evolucionando a través del tiempo. Desde un primer momento se promulgó la “Ley 21/1987 que modificó el Código Civil en materia de adopción” y “la Ley 35/1988 que reguló por primera vez las Técnicas de Reproducción Asistida.” Por ende ambas “leyes permitían a las mujeres acceder en solitario a la maternidad, por lo que, desde hace veinte años, las mujeres españolas han podido ser madres en solitario, tanto a través de la adopción, como mediante técnicas de reproducción asistida”. (11)

Actualmente la legislación Española en materia de reproducción asistida se rige por la Ley 14/2006 del 26 de mayo, en donde “se reconoce el derecho de toda mujer mayor de

18 años, con plena capacidad de obrar, independientemente de su estado y orientación sexual a ser receptora o usuaria de la técnicas reguladas en la ley” (11)

El artículo 6 de esta ley, hace referencia a los usuarios de estas técnicas; artículo 6.1. “Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya presentado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual” (23). El inciso 6.2 estipula que “Entre la información proporcionada a la mujer, de manera previa a la firma de su consentimiento, para la aplicación de estas técnicas se incluirá, en todo caso, la de los posibles riesgos, para ella misma durante el tratamiento y el embarazo y para la descendencia, que se pueden derivar a la maternidad a una edad clínicamente adecuado”. (23)

En el 2004 el parlamento italiano promulgó una ley que regula la reproducción asistida y sus técnicas en tres niveles. Para cada grupo de tratamientos se establecen guías que indican los procedimientos médicos, así como los procedimientos técnicos y administrativos. Pero a pesar de ello no resuelve el problema de la discriminación, pues a decir de ésta sólo será aplicada para resolver los problemas de reproducción causados por la esterilidad o infertilidad humana, creyendo que con esta definición puede evadir la demanda de otro tipo de personas que no sean parejas heterosexuales.

Además, “existe otra posibilidad en la que una pareja heterosexual no estéril opte por la reproducción asistida, es el caso de que el niño que vayan a tener juntos tenga un alto porcentaje de riesgo de padecer una enfermedad hereditaria, en dicho caso se pueden crear en laboratorio varios embriones y sólo los que no estén afectados por la enfermedad pueden ser implantados en el útero de la madre. En Inglaterra esta posibilidad de optar por un hijo que no padezca una enfermedad hereditaria dio pie a uno de los principales casos de investigación en el área de la reproducción asistida: el caso de los Designer Babys”. (4)

Pese a lo anterior ha sido ampliamente discutido definiéndolo como “muy intrincado y confuso y, por ello, difícil de resolver, relacionada con el “bienestar del niño”, principalmente apuntado en el HFEA 1990, el que hace obligatorio para las clínicas de

fertilidad considerar la “necesidad de un padre” cuando consideren a pacientes para tratamientos. Como se demostró en los primeros debates parlamentarios sobre la HFEA 1990, había una clara expectativa de que las clínicas de fertilidad eran para desalentar a las mujeres, que no tienen una pareja masculina, de buscar servicios de reproducción asistida.” (22) Por ende se entienden las correcciones al 2008, argumentando que las distinciones entre gay y heterosexual eran injustificadas o parejas casadas o no casadas podrían constituir un incumplimiento al derecho de respetar la vida privada sin discriminación (protegidos por los artículos 8 y el 14 de la Convención Europea de Derechos Humanos) “Por lo tanto, la eliminación de referencias de género específicas para la “necesidad de un padre” fue considerada como un derecho humano y una medida de mejoría.” (22)

Aún con todos los cambios establecidos “el número de mujeres solteras sometidas a tratamientos públicos permanece desconocido, entre otras cosas porque las ambigüedades continúan definiéndola como “mujer soltera”. No está claro por qué el Código de Práctica del HFEA posterior no ha sido exitoso en cambiar las actitudes profesionales frente a las mujeres solteras. A pesar de numerosos estudios de las prácticas regulatorias del NICE, la implementación de la guía continúa poniendo significantes obstáculos.” (22)

En conclusión podemos afirmar en base a datos recopilados alrededor del mundo que cada año existe un mayor acceso a los TRA, tanto para mujeres con pareja o solteras, heterosexuales o lesbianas, pero lamentablemente este no es equitativo, ya que existen grandes diferencias que obedecen a la geografía, siendo Europa el continente que más posibilidades brinda. Esta diferencia no se expresa tan solo en el acceso, pues en el número de embriones transferidos, los que tienen como consecuencia embarazos múltiples, pudiendo ser estos más riesgosos y menos efectivos.

Bioético

Sin lugar a dudas la medicina ha sido una constante disyuntiva y tema controversial, pues las variables morales y religiosas de cada persona intervienen en la discusión de cuál es límite de la vida y hasta dónde puede llegar a interferir la tecnología en los procesos vitales. La reproducción no ha quedado exenta de esta discusión, pues actualmente surge una nueva interrogante: “Si bien las Técnicas de Reproducción Humana Asistida surgen con el objetivo principal de maximizar las posibilidades de fertilización y de embarazo viable, ya no se trata solo del estudio y tratamiento de la esterilidad o la infertilidad (la esterilidad se refiere a la incapacidad para concebir y la infertilidad a la incapacidad para tener un hijo vivo).” (24)

El debate ético sobre si un programa puede asistir a un hombre o una mujer solteros, al igual que a parejas gays/lesbianas a tener un hijo depende de tres valores importantes. El primero es el *interés reproductivo de personas homosexuales y no casadas*. El segundo es la *protección del bienestar de la descendencia*. El tercero es sobrellevar la autonomía profesional, combinado con las leyes vigentes, lo que provee *límites en cuanto al deber de no discriminar en base al estado marital o la orientación sexual*. (13)

Esto se ha evidenciado en: “La creciente capacidad de intervenir en los inicios de la vida humana mediante el uso de técnicas de reproducción asistida (TRA) ha permitido que parejas infértiles, mujeres mayores, parejas homosexuales y personas sin pareja accedan a la posibilidad de concebir hijos”. (3) Esto ha llevado a grandes dilemas, pues en la mayoría de los centros de reproducción asistida de Latinoamérica consideran como requisito tener una pareja estable del sexo opuesto, por lo que mujeres solteras y parejas lesbianas son discriminadas y marginada de estos procedimientos. Lo que ha llevado a dos posturas contrarias respecto a la reproducción asistida, una liberal y una conservadora.

“La postura liberal se enfoca en la decisión de los individuos, en las virtudes de la libertad reproductiva, en el proyecto individual o de pareja. Esta postura defiende el acceso justo a las nuevas formas de reproducción, sugiere que deben estar abiertas a todos y que debería eliminarse cualquier restricción en su acceso, como, por ejemplo, limitarlo a parejas legalmente casadas. Dicha posición sostiene también que la gente que ejercita su autonomía y derecho a la libertad de procreación utilizando formas alternativas, no debería estar en una posición peor o en desventaja respecto de los matrimonios tradicionales”...”Apoya todas las posibilidades de formatos de pareja, ya que apela al libre ejercicio de los personas para formar una familia y el derecho reproductivo de mujeres y hombres, sin importar cuál sea su preferencia sexual”. (25)

En cambio, “la postura conservadora se centra en los riesgos para la mujer gestante y para los nacidos. Esta postura argumenta en contra de la posible manipulación genética de los embriones a implantar, la ausencia de confidencialidad que pudiera darse en los tratamientos de reproducción asistida, entre otros problemas que pueden surgir por el uso de tecnologías reproductivas”. (25)

Por ejemplo, “León Kass, un bioeticista conservador, critica fuertemente las tecnologías de reproducción asistida. Argumenta que nos hemos acostumbrado a las nuevas prácticas de reproducción humana; no solo a la FIV, sino también a la manipulación, donación de embriones y al alquiler de úteros. Afirma que la bioética se ha contentado con analizar argumentos morales, reaccionando frente a los nuevos desarrollos tecnológicos e incorporando los problemas emergentes de política pública; todo esto realizado con la fe ingenua de que nuestros males pueden evitarse mediante la compasión, la regulación y el respeto por la autonomía.” (25) Además “plantea que con el uso de las tecnologías reproductivas, además de jugar a ser Dios, posiblemente nos deshumanizamos”. (25)

Según los derechos reproductivos, es una responsabilidad bioética en la reproducción asistida: defender la dignidad de las personas vulnerables, cuidar la seguridad de los tratamientos de fertilidad, establecer con claridad los lineamientos para su aplicación y contar con la infraestructura adecuada para el almacenamiento de gametos y embriones. Asimismo, contar con guías clínicas y protocolos para el manejo del paciente de la FIV,

evaluar psicológicamente a la pareja o persona individual que solicita tal tratamiento y dar seguimiento durante la gestación y después del nacimiento. (25) Por lo que excluir a mujeres por su orientación sexual y/o estado civil sería una vulnerabilidad a los derechos reproductivos, los cuales deben ser promovidos por el estado.

“El Estado tiene la responsabilidad de: promulgar leyes que protejan a los usuarios y nacidos con estas tecnologías, brindar educación sexual, contar con programas sociales para apoyar a las mujeres en pobreza extrema, incluso establecer un organismo que gestione el almacenamiento de células germinales y embriones sobrantes de la reproducción asistida. Esto no quiere decir que, al existir todo esto, el Estado controle la libertad reproductiva; por el contrario, esto solo garantizaría que se protejan derechos y libertades, se asegure el acceso a la salud, y principalmente se vigile la seguridad de los tratamientos de reproducción en los sistemas público y privado”. (25)

Debemos tener en cuenta que las mujeres lesbianas y/o solteras prefieren optar por técnicas de reproducción asistida por sobre la adopción debido a la posibilidad de ser madres en forma natural, pero sin ser fecundadas sexualmente, para evitar el riesgo de que el progenitor reclame paternidad. (10)

Entendemos también, que otro problema ético que presentan las TRA, especialmente en lo que se refiere a los embriones congelados, es a la experimentación con embriones “sobrantes”, a su utilización para obtener “células madre” embrionarias. Para algunos, la manipulación técnica del proceso de reproducción es legítima por la finalidad terapéutica que pretende; para otros, es inmoral por “cosificar” la vida humana embrionaria.

La corriente conservadora califica la maternidad subrogada como ilícita y perjudicial para el orden público, el interés del niño y los valores propios de la dignidad de la mujer; y ya en el ámbito puramente privado argumenta la nulidad absoluta del contrato de gestación por cuenta ajena que conlleva en el fondo la posibilidad de adquirir un niño, por lo que hace pensar que el bien de la vida humana (bien humano básico) no puede ponerse en juego para conseguir otros bienes como la paternidad o la maternidad. La cuestión de la maternidad subrogada que no solo plantea problemas legales (como la determinación de

la filiación del nacido) sino además éticos vinculados a su aplicación con fines comerciales”. (24)

En Latinoamérica y en consenso de profesionales de centros de reproducción asistida asociados a la Red LARA llegaron a un acuerdo el año 1998, documento del cual no se observa una actualización y en este documento oficial se lee: “Se recomienda la adopción de gametos femeninos en parejas heterosexuales en que la edad cronológica de la mujer equivale en esa población o grupo étnico a una edad reproductiva. Se recomienda, por lo tanto circunscribir la donación de gametos femeninos sólo a mujeres en edad reproductiva, cuyo límite superior no debiera exceder la edad media en que naturalmente ocurre la menopausia.” (26) Es evidente que la realidad era otra, no se consideraba por ningún motivo la reproducción asistida en casos en que no haya problemas comprobados de fertilidad. Hoy en día la población ha mutado y existen nuevos usuarios que desean someterse a estos procedimientos por una situación no médica.

Actualmente podemos evidenciar un cambio en la mentalidad de las personas, esencialmente en las mujeres, quienes se sienten, y se saben como las responsables de su propia sexualidad, por lo que muchos autores refieren: “Hoy en día, el arte de fabricar un niño ya no se limita a sustituir la reproducción entre una varón y una mujer, sino que abre infinitas posibilidades impactando fuertemente los modos de determinación del parentesco”. (10)

Económico

La aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida involucra no sólo problemas bioéticos y legales, sino también al mencionar acceso nos involucramos en un tema económico del cual también es parte de discusión en la aplicación de estos procedimientos.

Es sabido que acceder a una técnica de reproducción asistida no es barato, de hecho se piensa de inmediato en altas cifras por lo que las parejas deben planificarse con anterioridad con el objetivo de ahorrar todo el dinero necesario para obtener una atención óptima y obtener los resultados esperados.

A nivel mundial, “existe sólo un conocimiento limitado en cuanto a cómo actúan las disparidades en relación a los tratamientos de TRA”. De hecho, en los Estados Unidos las investigaciones realizadas sobre el acceso a los TRA se han basado en las desigualdades étnicas, por lo que no apuntan a las desigualdades socioeconómicas. (27)

En Australia, existe el Seguro Médico del Estado que corresponde a un seguro de salud financiado públicamente para otorgar apoyo a los tratamientos de TRA. De hecho “desde el 2001, las mujeres han sido elegibles para un reembolso parcial de casi todo los TRA e inseminación intrauterina, los ciclos no tienen límites financieros en relación al número previo de ciclos, edad materna, duración de la infertilidad, IMC, tabaquismo, etc. Sin embargo, todos los ciclos financiados por el Sistema Médico del Estado traen consigo un copago fuera de su propio bolsillo”. (27)

Investigaciones realizadas en Australia arrojaron que mujeres del quintil socioeconómico más alto eran dos veces más propensas a realizar TRA que aquellas del quintil más bajo, como también que la proporción de madres de 35 años o mayores primerizas de entre

todas era cada vez mayor en los quintiles más altos, esto hace reflexionar que existe un factor determinante entre una población y otra en cuanto al acceso a los TRA y corresponde a la economía del grupo interesado y que la necesidad de acceder a los tratamientos de fertilidad se encuentra en los estratos económicos más altos y esto se refleja en la gran cantidad de personas que se realizan estas técnicas. (27)

Panorama Nacional

Ámbito legal

Respecto a este tema, Chile posee vacíos legales en lo que refiere a regulación de acceso a TRA, *“en nuestro país no existe una Ley que regule las TRA, la Ley 20.120 de 2006, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana y su reglamento nº 114 de 2010, recientemente modificado en enero de este año, no se acercan a conformar una regulación de estas técnicas; sin embargo, en la práctica las TRA se aplican. Este asincronismo entre la ciencia y el derecho origina un vacío jurídico respecto de temas concretos”*. (24) En nuestro código civil se establece, según el artículo 182 que los padres del hijo concebido mediante reproducción asistida son aquellos que se sometieron al tratamiento, de esta forma se excluye de forma total a aquellas mujeres que no poseen una pareja (sea hombre o mujer) ya que la posibilidad de un donante conlleva necesariamente a que esa persona sea el padre del niño/a. De esta forma *“esta mirada transdisciplinaria es especialmente relevante en un terreno donde la mirada exclusivamente jurídica sólo ofrece soluciones parciales.”*. (24) Considerando esto, aquellas mujeres sin pareja heterosexual están fuera del amparo de la ley en su intento de concebir un hijo.

Con respecto a los nuevos tipos de familia, como ya lo habíamos mencionado Chile ha avanzado progresivamente en este campo permitiendo que parejas del mismo sexo tengan la posibilidad de ser reconocidas como familia legalmente, esto gracias a la Ley 20.830 promulgada el 21 de Abril del año 2015 la cual estipula en su artículo 1 “El acuerdo de unión civil es un contrato celebrado entre dos personas que comparten un hogar, con el propósito de regular los efectos jurídicos derivados de su vida afectiva en común, de carácter estable y permanente. Los contrayentes se denominarán convivientes civiles y serán considerados parientes para los efectos previstos en el artículo 42 del Código Civil.” (28)

Si bien es cierto esta ley permite que parejas homosexuales sean consideradas familias y soluciona problemas de carácter económico y legal, deja grandes vacíos en cuanto a

lo que planificación familiar se refiere, ya que no menciona la posibilidad de formar familia ya sea a través de adopción o TRA.

Si nos centramos en Chile es posible evidenciar una precaria realidad en cuanto a leyes que protegen sus derechos, para efectos de nuestro estudio los derechos reproductivos significan una gran forma de discriminación hacia las comunidades homosexuales y hacia todo individuo que desee acceder a las técnicas de reproducción asistida que no cumplan con los requisitos establecidos por el Estado. (18)

Ámbito bioético

Según una encuesta realizada en Santiago de Chile la aceptabilidad del acceso a TRA en mujeres solteras en estado fértil es relativamente alto, un 70,4% considera que sí deberían tener acceso a estas técnicas de reproducción, pero las cifras varían de gran manera en cuanto a mujeres postmenopáusicas en donde la aprobación fue de un 35,1% y en parejas homosexuales un 26,6%, estos resultados hacen referencia a la técnica de fertilización *in vitro*. (3) Haciendo un análisis de las respuestas recolectadas en la encuesta antes mencionada podemos evidenciar que en su mayoría son las personas con más edad o pertenecientes a alguna religión quienes no están de acuerdo con la posibilidad de que estas mujeres accedan a una forma alternativa de reproducción. Dicho esto es necesario mencionar que en nuestro país un 70,0% de los habitantes son católicos y un 15,1% son evangélicos, juntos abarcan un 85% de la población chilena aproximadamente en donde sus ideologías y el significado del concepto de familia no son compatibles con este grupo de mujeres. (29)

Lo anterior puede ser considerado contradictorio al resultado general de la encuesta en donde se conviene que *“en relación al aceptabilidad al uso de los TRA, en las afirmaciones sobre reproducción y asistencia médica, el 89,2% de los encuestados está de acuerdo con la afirmación que dice que toda persona tiene derecho a hacer uso de los avances de la medicina para concebir un hijo.”* (3), de esta forma podemos evidenciar que al momento de incluir aquellos casos que salen de lo convencional la población chilena aún se muestra reacia a cambiar la idea de familia nuclear que predomina en nuestro país.

Ámbito económico

Hoy en día *“la mayor parte de los tratamientos son financiados en forma privada por las propias parejas o individuos con escasa o nula cobertura por parte de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y solo una mínima proporción es financiada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que asigna un número determinado de ciclos a cada servicio de salud, los que son realizados en centros designados previamente y cuyos beneficiarios pueden ser cónyuges o parejas de hecho”*. (10) De esta forma se excluye en cuanto al financiamiento a aquellas mujeres solteras y/o con pareja homosexual lo que es el fiel reflejo de los resultados de la encuesta previamente mencionada, *“en nuestro país no hay ley que regule la materia, ante lo cual la mayoría de las clínicas que realizan ovodonación han establecido como límite máximo para el acceso a las TRA mediante donación de gametos la edad aproximada de 50 años por corresponder al término absoluto de la fertilidad de la mujer. Se trata de un límite al derecho reproductivo de la mujer, fundado en el conocimiento científico sobre los riesgos que el ejercicio desmedido en mujeres de edad avanzada puede acarrear para ella misma y para el hijo: la protección de la vida e integridad constituyen un límite estructural al derecho reproductivo”* (10), es sabido que desde el ingreso de la mujer al mundo laboral, la posibilidad de acceso a métodos anticonceptivos es una realidad la postergación de la maternidad a nivel mundial y Chile no se escapa de esta realidad. En relación a los tipos de técnicas los habitantes de Santiago consideran lo siguiente: *“En relación al apoyo de la FIV, el 71,8% de los encuestados, apoya a que este método sea utilizado para concebir hijos” “En relación al uso de gametos de donantes, un 71,5% de los encuestados están de acuerdo que mujeres solas tengan hijos con espermios de un donante.” “Un 32% de los encuestados está de acuerdo a que parejas constituidas por dos mujeres (lesbianas) tengan hijos con espermios de un donante.”* (3)

Por otra parte *“en Chile, existen siete centros de Reproducción Asistida, cinco de los cuales están localizados en Santiago y otros dos en regiones. Asimismo, cinco son privados y dos están asociados al sistema público de salud”*. (9) Estas clínicas se encuentran en Santiago, Viña del Mar y Concepción. En cuanto a acceso físico de estos centros la posibilidad de que mujeres realicen estas técnicas disminuye debido a la

lejanía de aquellas que viven en regiones y aún más en lo que respecta a la parte económica, para poder optar a la reproducción asistida en su mayoría las mujeres deben costear el 100% del tratamiento, el Estado solo cubre a aquellas parejas con problemas de infertilidad y según la opinión de la población chilena *“un 47,8% de los encuestados está de acuerdo a que el Estado debe financiar los TRA pero sólo a las personas que no pueden pagar los tratamientos, mientras que un 43,5 % de los encuestados están de acuerdo que el estado debe financiar a todos los individuos por igual.”* (3) Mientras que para aquellas mujeres consideradas en esta revisión el panorama es aún peor *“los encuestados mayoritariamente desaprobaron el financiamiento estatal para las mujeres mayores de 50 años (62,9%) y para parejas lesbianas (66,6%).”* (3)

Conclusiones

La mujer actual está cada día más informada y empoderada, lejos queda la idea de la necesidad de un hombre para mantener un hogar, ser madre soltera está lejos de ser castigado por la sociedad, por el contrario, a diario vemos cómo se premia el valor de aquellas que han sacado adelante a familias completas por sí solas. Comprendiendo el nuevo contexto social se entiende el por qué se han ampliado las posibilidades para las mujeres, hoy es generalmente aceptado que puedan formar familia con quienes ellas lo deseen, ya sea hombre, mujer, o de forma individual. Siendo las terapias de reproducción asistida una vía válida para lograrlo, sin embargo que no todas pueden costear, nace entonces una nueva injusticia social, las oportunidades deben estar abiertas a todos, el dinero no puede ser limitante a la hora de querer formar una familia, es en este sentido que creemos que el primer paso es la visualización del problema, los resultados están a la vista, los países del primer mundo han desarrollado una gran cantidad de políticas públicas que defienden los derechos de todos los ciudadanos en materias reproductivas, en Chile esto es un tema aún en pañales, que se debe solucionar para que formemos una sociedad más justa.

Al analizar los temas desde una visión más amplia y externa podemos comparar ambos panoramas, Mundial y Nacional. En relación a la cantidad de estudios revisados podemos observar una diferencia abismante en la cuantía de investigaciones, lo que refleja el poco interés y/o desconocimiento que existe en Chile frente a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) y la igualdad de los Derechos Reproductivos.

Siguiendo la estructura de la revisión, podemos comparar los temas en los tres ámbitos que se desarrollaron a lo largo de nuestro estudio, los cuales son el legal, bioético y económico.

Según el análisis realizado se puede concluir que Chile en el ámbito legal ha progresado muy lentamente en materia de reproducción respecto a la realidad mundial, pues no considera las transformaciones culturales que la sociedad ha ido sufriendo. A pesar de lo anterior cabe decir que Chile ya ha dado un paso frente a la diversidad y formación de la familia al implementar el Acuerdo de Unión Civil. Si bien es cierto esta Ley permite

que parejas homosexuales sean consideradas familias y soluciona problemas de carácter económico y legal, deja grandes vacíos en cuanto a lo que planificación familiar se refiere, ya que no menciona la posibilidad de formar familia ya sea a través de la adopción o las TRA. Estos vacíos legales podrían ser utilizados como base para nuevas líneas investigativas en un futuro, esperando que sus resultados sean de gran aporte para mejorar la aceptabilidad de las nuevas formas de familia.

Por otra parte la realidad Chilena en cuanto a la aceptación del libre acceso a las TRA se encuentra muy lejana de la mundial debido a que existen variados factores que influyen, observándose un predominio de la postura conservadora. Aún falta mucho en cuanto a la aceptación de la diversidad y la orientación sexual, pero día a día y con las nuevas generaciones se ha propiciado un ambiente de aceptación y tolerancia respecto a este tema.

Chile a lo largo de su historia ha seguido las tradiciones socio-culturales impuestas por los españoles, siendo el matrimonio la base fundamental de la familia y donde predomina la nuclear clásica.

Actualmente España es uno de los países líderes en relación al desarrollo de las TRA y en lo que respecta a la diversidad de género. Entonces surge una pregunta ¿será sólo la postura conservadora, altamente influenciada por la religión, el impedimento para la implementación de las TRA y lo que gatilla el rechazo a la diversidad sexual? o ¿existen otros factores que influyen notoriamente en su aceptabilidad?

Todo esto nos hace preguntarnos qué está sucediendo con la sociedad chilena, hacia donde nos estamos dirigiendo. Chile siempre se ha intentado comparar con países desarrollados, principalmente a lo que economía se refiere, sin embargo ¿qué es lo que hace que como país se esté tan atrás en cuanto al desarrollo social respecto a esta materia? los derechos sexuales y reproductivos en Chile se ven mermados por la Constitución, es uno de los 6 países que prohíben el aborto en cualquier situación, el matrimonio igualitario como tal no es una opción, la adopción por parejas gays y lesbianas no es posible y la crianza homoparental no es una realidad aceptada dentro de los chilenos. Durante nuestra revisión pudimos evidenciar y rescatar un alto número de investigaciones y estudios que avalan estos tipos de familia, dejando claro que no hay

diferencia en cuanto a la crianza dentro de una familia con padres heterosexuales u homosexuales, es por eso que nos preguntamos ¿dónde está el miedo?, ¿por qué se niega la oportunidad de reproducción y crianza a estas personas?, ¿qué los detiene como sociedad a abrirse a nuevos tipos de familia?

En cuanto al acceso, la escasa cantidad de clínicas públicas en donde se realizan terapias de fertilidad genera que no todas las personas pueden optar por la paternidad, ya sea por motivos económicos más la lejanía que en muchas ocasiones se asocia al gasto extra que implica el viaje, sobre todo en regiones extremas. Además podemos evidenciar que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) entrega la cobertura de cierto número de ciclos, los cuales son acotados y no ofrecen la oportunidad ilimitada a las parejas hasta que estas puedan concretar una gestación, a diferencia de otros países en los que sí se proporciona ayuda financiera y no existen límites predeterminados en cuanto al límite de ciclos, por lo que en definitiva, podemos decir que en Chile no se asegura la efectividad del tratamiento y la posibilidad de lograr un embarazo.

En conclusión, tras la exhaustiva revisión llevada a cabo, es posible determinar que existe una situación de desigualdad en Chile que conlleva a la discriminación, lo que confirma nuestra pregunta de investigación inicial.

Para hacer frente a esta desigualdad es necesario que se generen múltiples cambios a nivel social, legal y económico en donde la protección a este nuevo concepto de familia debiese ser otorgada por el Estado, garantizando así el derecho a toda mujer de elegir libremente el camino hacia la maternidad.

A medida de que fuimos avanzando con nuestro estudio surgía la urgente necesidad de indagar más allá, pues no sólo las mujeres solas u homosexuales ven limitados sus derechos reproductivos, de hecho aún más crítica es la situación para los hombres, ya sea sin pareja o con una de su mismo sexo, ya que ni siquiera se plantea como una posibilidad real el optar a la paternidad por medio de terapias de reproducción asistida o de la adopción, de esta forma se evidencia la carencia de legislación que mejore las condiciones que se dan en Chile.

Referencias

1. *Glosario de terminología en Técnicas de reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).* **ZERGERS-HOCHSCHILD F., ADAMSON G.D., DE MOUZON J., ISHIHARA O., MANSOUR R., NYGREN K., SULLIVAN E., VAN DER POEL S., ON BEHALF OF ICMART AND WHO.** Noviembre de 2009, págs. 1-5.
2. *Reproducción Asistida y Salud Infantil.* **ORTIZ R., ACEVEDO B.** 48, Madrid : s.n., 2010, Revista Pediátrica de Atención Primaria, Vol. XII, págs. 651-671.
3. *Encuesta de opinión pública sobre reproducción humana y uso de tecnología de reproducción asistida en habitantes de Santiago, Chile.* **HERRERA F., TEITELBOM B., RUSSO M., SALAS S., ZEGERS F.** Santiago : s.n., 2013, Revista Médica Chile, Vol. 141, págs. 853-860.
4. **A., OCHOA.** *El derecho a tener hijos, consideraciones éticas y morales.* 2012.
5. *Definición y Causas de la Infertilidad.* **BRUGO-OLMEDO S., CHILLIK C., KOPELMAN S.** 4, Bogotá : s.n., Noviembre de 2003, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 54, págs. 229-248.
6. *Rol de género y funcionamiento familiar.* **P., HERRERA.** 6, Ciudad de la Habana : s.n., 2000, Ciencias Médicas, Vol. 16.
7. *La mujer es puro cuento: La cultura del género.* **V., STOLKE.** 2, Barcelona : s.n., 2004, Estudios Feministas, Vol. 12.
8. *Transformaciones históricas culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer.* **M., MOLINA.** 2, Santiago : s.n., 2006, Psykhe, Vol. 15.

9. *Reproducción asistida en Latinoamérica y Chile.* **SCHWARZE J., ZEGERS-HOSCHILD F., GALDAMES V.** Santiago : s.n., 2010, Revista Médica Clínica las Condes, págs. 451-456.
10. *Monoparentalidades electivas en Chile: Emergencias, tensiones y perspectivas.* **SALVO I., GONZALVEZ H.** 14, Chile : s.n., 2014, págs. 40-50.
11. **GONZÁLEZ A., PENA M., MORO L.** *Análisis de las Vivencias, Necesidades y Recursos de las Madres Solteras por Elección. Propuesta de Actuación.* Universidad de Salamanca. Salamanca : s.n., 2012. págs. 1-143.
12. *Guía de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida.* **MORENO A., GUERRA D., BACCIO G., GIMÉNEZ V., DOLZ P., TIRADO M., GUTIERREZ K., GIL M.** España : s.n., Revista Iberoamericana de Fertilidad.
13. *Access to fertility treatment by gays, lesbian and unmarried person.* **Medicine, The Ethics Committee of the American Society for Reproductive.** 4, USA : s.n., 2009, Fertility and Sterility, Vol. 92.
14. *Same-Sex and Different-Sex Parent Households and Child Health Outcomes: Findings from the National Survey of Children's Health.* **BOS H.W., KNOX J.R., GELDEREN L., GASTRELL N.K.** 3, EE.UU : s.n., Abril de 2016, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, Vol. 37, págs. 179-187.
15. *Children With Lesbian Parents: A Community Study.* **GOLOMBOK S., PERRY B., BURSTON A., MURRAY C., MOONEY-SOMERS J., STEVENS M., CITY UNIVERSITY LONGON & GOLDING UNIVERSITY OF BRISTOL.** London, England : s.n., 2003, Developmental Psychology, Vol. 39, págs. 20-33.
16. *Lesbian and Heterosexual Two-Parent Families: Adolescent– Parent Relationship Quality and Adolescent Well-Being.* **BOS H., VAN GELDEREN L., GARTRELL N. & SPRINGER SCIENCE+BUSINESS MEDIA NEW YORK.** Holanda : s.n., 5 de Febrero de 2014, Springer , págs. 1-16.
17. *Quality of Life of Adolescents Raised from Birth by Lesbian Mothers: The US National Longitudinal Family Study.* **VAN GELDEREN L., BOS H., GARTRELL N., HERMANN S.**

J., **PERRIN E.C.** 1, EE.UU : s.n., Enero de 2012, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, Vol. 33, págs. 1-7.

18. *Diversidad sexual y exclusión.* J., **ESCOBAR.** 2, Colombia : s.n., Julio-Diciembre de 2007, Revista Colombiana de Bioética , Vol. 2, págs. 77-94.

19. *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) world report: assisted reproductive technology 2003.* **NYGREN K., SULLIVAN E., ZEGERS-HOCHSCHILD F., MANSOUR R., ISHIHARA O., ADAMSON G., DE MOUZON J.** 7, Junio de 2011, Fertility and Sterility, Vol. 95.

20. *Sexual orientation of women does not affect outcome of fertility treatment with donated sperm.* **NORDQVIST S., SYDSJO G., LAMPIC C., KERUD H., ELENIS E., SKOOG SVANBERG A.** 4, Estocolmo : s.n., 2014, Human Reproduction, Vol. 29, págs. 704-711.

21. *Assisted reproduction: What factors interfere in the professional's decisions? Are single women an issue?* **ZÁCHIA S., KNAUTH D., FELBERBAUM R., GOLDIM J., CROSIGNANI P.G., CHACHAMOVICH J., PAZ A., TARLATZIS B., PASSOS E., CHACHAMOVICH E.** 2011, Bio Med Central: Women's Health.

22. *Access of single woman to fertility treatment: a case of incidental discrimination?* **A., KRAJEWSKA.** 0, Inglaterra : s.n., 3 de Agosto de 2015, Medical Law Review Advance, Vol. 0, págs. 1-26.

23. *Ley 14/2006 Sobre técnicas de reproducción humana.* **Boletín, Oficial del Estado.** España : s.n., 27 de Mayo de 2006.

24. *Técnicas de reproducción humana asistida, desafíos del siglo XXI: una mirada transdisciplinaria.* **GOMEZ M., PERROT A.** 1, Santiago : s.n., 2013, Revista de derecho Universidad Católica del Norte, págs. 413-419.

25. *Dilemas bioéticos en torno a la fertilización IN VITRO (FIV) y la mujer gestante: Hacia la figura de un consejero reproductivo.* **A., TREVEZIO.** México : s.n., 2014, Acta Bioethica, Vol. 20, págs. 148-187.

26. *Consenso latinoamericano en aspectos ético-legales.* **ZEGERS-HOSCHILD F., BALMACEDA J.P., GUTIERREZ-NAJAR A., BORRERO C., FRANCO J.G., NEUSPILLER N.** Río de Janeiro : s.n., 1998, Cad. Saúde Públ, Vol. 14, págs. 140-146.
27. *Socioeconomic disparities in access to ART treatment and the differential impact of a policy that increased consumer costs.* **CHAMBERS G., HOANG V., ILLINGWORTH P.** 11, Australia : s.n., 2013, Human Reproduction, Vol. 28, págs. 3111-3117.
28. *Ley 20.830 Acuerdo de Unión Civil.* **Civil, Código.** Chile : s.n., 21 de Abril de 2015.
29. *CENSO. INE, Chile.* Santiago : s.n., 2002.