



Sistemas de salud, trayectorias recorridas en reproducción asistida y demandas al Estado: vinculaciones conflictivas para las mujeres de sectores populares del Área Metropolitana de Buenos Aires

Cecilia Straw

Instituto Gino Germani,
Facultad de Ciencias
Sociales, Universidad de
Buenos Aires

cecilia.straw@gmail.com
<http://iigg.sociales.uba.ar/>

Mónica Petracci

Instituto Gino Germani,
Facultad de Ciencias
Sociales, Universidad de
Buenos Aires

petracci@retina.ar
<http://iigg.sociales.uba.ar/>

Recepción: Sept. 2012.

Aprobado para publicación:
Dic. 2012.

Resumen

En este artículo se presenta el análisis de las vinculaciones entre los rasgos asignados a los sistemas de salud ligados a cuestiones reproductivas y no reproductivas por mujeres de sectores populares residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, y las trayectorias recorridas en la reproducción asistida. También se exponen las respectivas demandas al Estado en materia de reproducción asistida.

La investigación consistió en un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo en base a diez entrevistas en profundidad realizadas con una guía de pautas semiestructurada.

Los criterios para ingresar a la muestra, no probabilística, fueron: sexo/género (mujeres); sexualidad (heterosexual); situación ante los tratamientos de reproducción asistida (tener la necesidad de un tratamiento); el estado de realización del tratamiento (concluido, estar a la espera, o estar realizándolo) y nivel educativo (hasta secundario completo). Los datos se recolectaron entre julio y noviembre de 2011.

Palabras clave

Sistemas de salud, reproducción asistida, trayectoria, demandas al Estado, sectores populares.

Healthcare systems, trajectories in assisted reproduction and demands to the state: conflictive relations for women in the working sector of the Metropolitan Area of Buenos Aires

Abstract

In this article we analyze the relations between the features assigned to the healthcare systems in terms of reproductive and non-reproductive issues by women in working sectors residing in the Metropolitan Area of Buenos Aires and the trajectories of assisted reproduction. The demands to the State regarding assisted reproduction are also presented in the analysis.

The research consisted in a qualitative, exploratory and descriptive study based on ten in-depth interviews using a semi-structured set of guidelines.

The non-probability sampling criteria were: sex/gender (women); sexuality (heterosexual); interest in assisted reproduction treatments (having the need of a treatment); status of treatment (concluded, in line for or in the process of); and level of education (secondary level education completed).

Data was collected between July and November, 2011.

Key words

Healthcare systems, assisted reproduction, trajectories, demands to the state, working sectors.

Introducción

La medicina moderna ha recurrido a la explicación científica para argumentar el origen de las enfermedades. Desde esa perspectiva, la infertilidad es considerada una enfermedad y definida como "la incapacidad de la pareja de lograr una gestación que lleve al nacimiento de un hijo-a, después de un año de mantener relaciones sexuales sin prevención".¹ Para superarla, durante el siglo XX, la ciencia y la técnica "asistieron" a la reproducción. Stanworth (1987), citado por Giddens (1989), distingue cuatro tipos de intervención médica en la reproducción humana: la prevención de la concepción, la extensión de los servicios de obstetricia en el embarazo, el "control" de los dolores en el parto y el alumbramiento, y el cambio en las formas de procreación. A este último tipo pertenece el desarrollo de la reproducción asistida.

El nacimiento de la primer ser humano/a, Louise Joy Brown, producto de la fertilización *in vitro* el 25 de julio de 1978 abrió una puerta en la historia de la reproducción humana que con el correr del tiempo se fue desplegando –cada vez más– de par en par. Despertó expectativas en mujeres y varones, hetero- y homosexuales. La oferta, acompañada por un afianzamiento del saber médico, fue prolífica y creciente la demanda. Provocó el pasaje por experiencias novedosas para convertirse en madre y padre. Desató debates sociales sobre el origen de la vida, la definición de la maternidad y la paternidad y logró visibilidad en la agenda pública, mediática y en Internet.

Algunos hallazgos acerca de la implementación (por ejemplo, el número de ciclos concluidos²) de reproducción asistida y la presencia en la agenda pública bosquejan los logros y las carencias del panorama en la Argentina.

Respecto del número de ciclos de reproducción asistida realizados, nuestro país ocupa el segundo lugar (25.7%) después de Brasil (41.6%), según el análisis de los ciclos en 135 centros de la región del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida³ (REDLARA, 2009). Si bien, de acuerdo

¹ Se trata de una definición típica que reúne aspectos de diversas definiciones circulantes. Según la Organización Mundial de la Salud (2010), la infertilidad es una "enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas".

² Se entiende como ciclos de reproducción asistida realizados a la suma de los ciclos iniciados de FIV/ICSI/GIFT/TOMI, más las transferencias de embriones congelados/descongelados y las de embriones producto de ovodonación frescos y congelados/descongelados (REDLARA, 2009, p. 24).

³ La distribución de los ciclos de reproducción asistida en América Latina es la siguiente: Brasil (41.6%), Argentina (25.7%), México (12.1%), Chile (5%), Venezuela (4.6%), Perú (4.3%), Colombia (4.0%), Ecuador (1.1%), Uruguay (1.1%).

al indicador anterior, la Argentina se ubica en un lugar destacado en América Latina, a semejanza de otras situaciones de salud persisten problemas de acceso. Según Cuberli, Lois y Palopoli (2011, p.189)

[...] El surgimiento de los servicios privados en tecnología reproductiva en la Argentina durante la década de los años ochenta coincidió con el debilitamiento en la gestión pública del sistema de salud [...] no se alentaron iniciativas que permitieran que los servicios de fertilización asistida fueran ofrecidos en hospitales públicos ni considerados en las entidades de medicina prepaga.

La visibilidad del tema es múltiple: desde la oferta de servicios de reproducción asistida en numerosos sitios web hasta la priorización del tema en la agenda de la opinión pública. De acuerdo a los resultados de una encuesta realizada en 2010⁴, el 67% de la población entrevistada en el Área Metropolitana de Buenos Aires lo considera un tema muy o bastante importante (Petracci, 2011). En un estudio cualitativo, el tema surgió espontáneamente en un grupo focal de mujeres de nivel socioeconómico bajo residentes en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, quienes consideraron que “[...] la fertilización asistida fue incorporada a la agenda político institucional como consecuencia del ingreso de mujeres a la política” (Petracci, Mattioli & Straw, 2011, p. 125). Respecto de la presencia en los medios de comunicación, en 2008, último dato disponible, se publicaron sesenta y dos notas tomando en conjunto los diarios *Clarín*, *Página 12* y *La Nación* (Cuberli et al., 2011, p. 219). En esa discursividad social se discuten tanto dilemas morales, como el del estatuto del embrión, cuanto apelaciones comerciales, a veces solapadas con mensajes de comunicación para la salud, del mercado reproductivo.

Cuberli et al. (2011, p.190-192) analizan las disputas por la construcción del sentido en este campo a partir de tres regímenes de verdad. El primero, de doble rechazo, sostenido por los sectores católicos, asocia a la fertilización asistida con

⁴ Ficha técnica:

2010: Petracci, M. UBACyT CS025.

Ámbito: Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Técnica: encuesta telefónica con consentimiento informado.

Universo: población de 18 años y más.

Muestra: 204 casos.

Muestreo: El entrevistado/a final fue seleccionado según cuotas de sexo y edad de manera proporcional a la distribución de la población. Márgenes de error: +/- 6.9% para un nivel de confianza del 95% y p=q=50% en estimaciones globales.

Trabajo de campo: 19 al 28 de julio al 16 de agosto de 2010.

[...] aborto/manipulación de embriones, bajo la creencia de que el embrión es ya un ser humano con derechos. A partir de ella, opera otra creencia que indica que la FA debe ser, sino eliminada, al menos restringida. Allí circula una segunda creencia, la de "efecto dominó", por medio de la cual esta práctica llevaría a la disolución del tejido social en su conjunto. [...] En contraposición al primer régimen, tanto en el segundo como en el tercero, la práctica de FA es admitida y se sostiene bajo la asociación de la infertilidad como enfermedad.

Sin embargo, se observan matices diferenciales que van a modificar esa relación, en tanto ambos regímenes batallan el sentido sobre la prestación del servicio. Mientras uno sostiene tintes tecnologista y de mercado, el otro pondera el rol del Estado en la salud de la población. En el segundo régimen de verdad, la práctica de FA es constituida bajo la creencia de que la técnica es neutral y, por lo tanto, no es problemática (inclusive es deseable) la autorregulación de la práctica desde el mismo campo [...]. Esta discursividad circula, con distinto alcance, entre actores que representan a las clínicas de fertilidad, algunos investigadores y académicos del campo reproductivo en general. También contribuyen discursivamente organizaciones no gubernamentales de pacientes, sobre todo con el reclamo por la inclusión en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en términos de accesibilidad económica, pero sin cuestionar la regulación de las prácticas mismas ni quién las regula. [...]

El tercer régimen de verdad asume que la prestación del servicio es un asunto de salud pública que debe ser regulado y garantizado desde el Estado, como parte de los derechos reproductivos. Aquí la demanda de una legislación sobre FA advierte sobre cuidados y riesgos para la salud, además del acceso económico.

Los logros de la medicina reproductiva en nuestro país, como también en la región excepto Brasil, Costa Rica y México que regulan algunos aspectos⁵ (Luna, 2008), resultan empañados por la ausencia normativa, si bien es cierto que algunas resoluciones y leyes fueron aprobadas a nivel provincial⁶ (Cuberli et al., 2011; Straw, 2011) y que la sanción de una ley nacional está a pasos de ser debatida en la Cámara de Senadores. En junio de 2012, impulsado por el oficialismo y con el respaldo de la mayoría de los bloques parlamentarios, la Cámara de Diputados aprobó y por una amplia mayoría el proyecto que incluye el tratamiento de la infertilidad en el Plan Médico Obligatorio (PMO), en las entidades de medicina prepaga y el sistema público de salud. Las parejas del mismo sexo también podrán acceder a ese servicio.

⁵ Principalmente en Brasil y México, se reconoce el acceso a tratamientos de reproducción asistida a matrimonios y parejas y se regula la criopreservación de embriones. En Brasil, particularmente, se contempla la maternidad subrogada. En Costa Rica se permite la inseminación homóloga y se prohíbe la fertilización *in vitro*.

⁶ Las siguientes provincias argentinas cuentan con legislación: Buenos Aires (Ley 14208/10 y Decretos 2980/10 y 564/11); Córdoba (Ley 9625/09 y Resolución, 168/09); Entre Ríos (Resolución 206/09); La Pampa (Resolución 450/09); Neuquén, (Ley 2258/98); Río Negro (Ley 4557/10); Santa Cruz (Ley 3225/11).

Si la salud y la enfermedad están influidas por la estructura social, las parejas de escasos recursos económicos, muy especialmente las mujeres que encaran este tipo de tratamientos, padecen dificultades de acceso. Ellas cargan con un doble peso: el del diagnóstico de la "enfermedad" (que, inclusive, puede ser del varón y no de ellas), el del tratamiento que cae sobre sus cuerpos y, finalmente, el peso de la barrera que le baja el sistema de salud para que, una vez diagnosticada, pueda recibir un tratamiento que la cuide integralmente. También la reproducción asistida atraviesa la subjetividad de las mujeres de formas e intensidades variables: interviene sobre el cuerpo, la sexualidad –tanto en la reproducción (o no), como en el goce–, involucra los ideales de femineidad, maternidad, conyugalidad y parentalidad y, a la vez, la franquean un entramado de sentimientos, emociones, creencias y mandatos sociales entre los que despuntan el deseo y la necesidad de ser madres (Arihã, 1996; Ariza, 2008; Bestard, 2009; Diniz y Gomes Costa, 2006; Garay, 2008; Jadur y Duhalde, 2005; Luna, 2002; Nari, 2004; Samrslá, 2007; Santi, 2007; Silva & Lopes, 2009; Sommer, 1994; Strathern, 1995; 2009; Tarducci, 2008; 2011; Tubert, 1991; Vargas, 1999; Vargas, Russo y Heilborn, 2010).

En este artículo se presenta el análisis de las vinculaciones entre los rasgos asignados a los sistemas de salud ligados a cuestiones reproductivas y no reproductivas por mujeres de sectores populares residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, con necesidad de un tratamiento reproductivo, y las trayectorias de salud enfermedad recorridas. También se presentan las respectivas demandas al Estado en materia reproductiva.

La noción de trayectoria (Bourdieu, 1990, p. 384) es entendida como "[...] una manera singular de recorrer el espacio social, donde se expresan las disposiciones del *habitus*". En este artículo, escrito en un momento aun provisorio de reflexión sobre el tema por parte de las autoras, se la denomina "trayectoria de salud enfermedad" porque la mujer que transita por la reproducción asistida pivotea entre ambos estados, el de la consulta por un embarazo que no se produce (que no plantea como enfermedad) y el de la salida de la consulta e inicio del tratamiento con un rótulo (que le es planteado como enfermedad y que acepta casi sin cuestionamientos).

Esa trayectoria transcurre en un contexto de limitado reconocimiento de derechos. El propósito de las autoras es contribuir al debate de las tecnologías reproductivas en la Argentina y en contextos similares, con una evidencia empírica surgida de los relatos de mujeres pobres que transitaron la búsqueda de un tratamiento con una esperanza a costas durante años, mujeres con las que la sociedad y el Estado tienen más de una deuda pendiente.

A partir de este inicio, el artículo se estructuró en tres secciones: un primer apartado metodológico, un capítulo analítico titulado "Sistema de salud reproductivo y no reproductivo, público y privado, trayectorias recorridas y demandas al Estado: vinculaciones conflictivas de mujeres de sectores populares" y, finalmente, una última sección con conclusiones.

Metodología

La investigación empírica consistió en un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, en base a entrevistas en profundidad realizadas con una guía de pautas semiestructurada, con consentimiento informado.

Fueron entrevistadas diez mujeres de sectores populares. Los criterios para ingresar a la muestra, no probabilística, fueron: sexo/género (mujeres), sexualidad (heterosexual), nivel educativo (hasta secundario completo), situación ante los tratamientos de reproducción asistida (tener la necesidad de un tratamiento) y el estado de realización del tratamiento (concluido, estar a la espera, o estar realizándolo). La edad promedio es 39.7, con una edad mínima de 35 y una máxima de 44 años.

La pertenencia socioeconómica fue controlada por el nivel educativo. Adicionalmente, para precisar esa pertenencia y evitar la aplicación de una única variable, se consideró el tipo de inserción laboral. Cuatro entrevistadas completaron el nivel secundario y seis el nivel primario. Entre las primeras, tres son trabajadoras informales, de las cuales dos trabajan por horas en el servicio doméstico, y la cuarta es ama de casa. Entre las segundas, dos son amas de casa y cuatro son trabajadoras informales por horas en el servicio doméstico o cuidan niños.

Los datos se recolectaron entre julio y noviembre de 2011. El ámbito de estudio fue el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).⁷

Sistema de salud reproductivo y no reproductivo, público y privado, trayectorias recorridas y demandas al Estado: vinculaciones conflictivas para las mujeres de sectores populares

Esta sección se divide en tres partes. En primer lugar se analizan los rasgos asignados por las entrevistadas al sistema de salud ligado a cuestiones reproductivas y no reproductivas, público y privado, a nivel nacional, en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires. En segundo lugar se describen y analizan las trayectorias transitadas por las mujeres entrevistadas en la búsqueda del hijo/a. Finalmente, se presentan las demandas solicitadas al Estado en materia reproductiva.

⁷ El AMBA se integra por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos que conforman el Gran Buenos Aires. Definiciones INDEC: <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/1/folleto%20gba.pdf>

Los rasgos asignados a los sistemas de salud reproductivo y no reproductivo, público y privado: descripción y evaluación

Las mujeres entrevistadas al referirse a la situación de la reproducción asistida en la Argentina hicieron escasas referencias al contexto nacional. Destacaron dos características: la existencia de servicios de medicina reproductiva puesta en evidencia por “la cantidad de niños nacidos” por medio de las tecnologías reproductivas y la actitud despreocupada de las autoridades nacionales —sin distinguir si se referían al Poder Ejecutivo, al Ministerio de Salud de la Nación o, eventualmente, a los legisladores nacionales— de “no dar importancia” o mostrar “falta de compromiso” con la problemática reproductiva.

En cambio describieron un escenario detallado en el cual, simultáneamente resaltaron las similitudes y las diferencias entre los sistemas de salud ligados a cuestiones reproductivas y no reproductivas, públicos y privados, en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires.⁸ Cuatro características fueron asignadas para describir estos sistemas: el costo económico de los tratamientos, el tipo de cobertura, el acceso de la población a los servicios de reproducción asistida y la magnitud de las personas que necesitan recurrir a las tecnologías reproductivas. Además, a partir de estos rasgos, realizaron tres evaluaciones: sobre la reproducción asistida como actividad, sobre la existencia e implementación de la política pública de reproducción asistida bonaerense y sobre la situación particular en la que se encuentran algunas mujeres de sectores populares que quieren ser madres pero carecen de recursos económicos.

La principal diferencia en materia de reproducción asistida entre la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires fue atribuida a la legislación: en la primera, en comparación con la segunda, no existe una legislación que contemple la cobertura gratuita de los tratamientos de reproducción asistida. Esa diferencia ocasiona, para las entrevistadas, desigualdades en el acceso y en la cobertura a los servicios públicos de reproducción asistida.

La principal similitud mencionada fue el alto costo económico de los tratamientos a valores de mercado y la gran magnitud de las personas que necesitan recurrir a las tecnologías reproductivas.

⁸ Para las autoras de este artículo, la descripción comparada de los sistemas de salud reproductivos y no reproductivos, públicos y privados se puede deber a que en el pasado las entrevistadas fueron usuarias de dichos sistemas en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires y, en la actualidad, casi la totalidad es usuaria en hospitales públicos bonaerenses, o conocen a alguna persona que se encuentra en esta situación. Este conocimiento del sistema de salud reproductivo y no reproductivo público bonaerense también puede explicar la descripción pormenorizada realizada por las entrevistadas, que presentamos en el apartado correspondiente.

A continuación presentamos en dos apartados separados los rasgos asignados a los sistemas de salud reproductivos y no reproductivos, públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires, con la evaluación correspondiente, para luego exponer las restantes evaluaciones.

Los rasgos asignados a los sistemas de salud ligados a cuestiones reproductivas y no reproductivas, públicos y privados en la Ciudad de Buenos Aires

El costo económico de los tratamientos de reproducción asistida de acuerdo a los valores de mercado fue descrito, en forma unánime, como excesivo. La cobertura de los tratamientos en los hospitales públicos fue mencionada como muy restringida, debido a que se concentraba en los tratamientos de baja complejidad. Sin embargo, el grado de cobertura como la gratuidad era relativo, pudiendo variar de acuerdo a la institución médica y a la disponibilidad de recursos, en el momento en el que alguien acudía para atender los problemas reproductivos. Los tratamientos de alta complejidad se instrumentaban por medio de convenios con centros privados especializados en reproducción asistida donde todos los procedimientos, aunque con aranceles reducidos, eran solventados en efectivo por los pacientes, los que continuaban resultándoles sumamente onerosos. La cobertura de los tratamientos por las obras sociales que inclusive podían negarse a cubrir medicamentos o estudios médicos por estar vinculados a un tratamiento reproductivo fue considerada inexistente, al igual que la del sector de la medicina prepaga, que obtuvo una única mención.

Sobre el acceso de la población a los tratamientos reproductivos, las entrevistadas identificaron tres tipos definidos por la disponibilidad de recursos económicos para pagar por los tratamientos individualmente. En el caso de los sectores populares, la combinación del excesivo costo económico de los tratamientos en los establecimientos médicos privados, la muy limitada cobertura pública de los tratamientos y la escasa o nula disponibilidad de dinero personal provocaba que el acceso resultara restringido y, en ocasiones, imposible. En contraste con esta situación, se reconocía a un numeroso grupo de personas que poseía recursos económicos propios y disponibles que les garantizaba el acceso sin dificultades, en múltiples oportunidades y de forma inmediata a los tratamientos en instituciones médicas privadas, totalmente equipadas donde se ofrecían tratamientos de baja y alta complejidad. Finalmente con un acceso intermedio se distinguió a un grupo de personas que no teniendo recursos económicos disponibles, asumía conductas riesgosas como endeudarse sin respaldo o extremas, como vender bienes esenciales para pagar y acceder a un tratamiento en centros médicos privados.

[...] Era inaccesible hacer fertilización *in vitro* para mí, ¿no? El nivel de vida nuestro es bajo y nos era imposible juntar la plata.

Emilia, 37 años

[...] Hicimos dos intentos, pero hay mucha gente que no pudieron hacer ni uno [...] Lamentablemente está primero lo económico para estos tratamientos. [...] somos gente humilde que trabajamos para el día a día. Es mucho sacrificio. Hay mucha gente que tiene efectivo, que pueden hacer todo el intento que quieran.

Carla, 41 años

Pero uno por más que diga lo que sea, la plata que tenga que ser, es tanto el deseo que uno tiene que, no sé, vende hasta lo que no tiene para poder lograr su sueño.

Vanina, 36 años

[...] Hay mucha gente que lo hace en forma particular, pero hay gente que hasta vende la casa [...] es medio una locura.

Micaela, 42 años

[...] Estos tratamientos son muy caros. [...] Yo tenía [una prepaga], y solo cubrían los análisis de sangre, el electrocardiograma para el riesgo quirúrgico. No cubrían absolutamente nada. Ni un porcentaje.

Inés, 44 años

Finalmente, la magnitud de personas que tenían necesidad de recurrir a las tecnologías reproductivas para intentar la búsqueda del hijo/a fue repetidamente calificada como "muchos" o "muchas".

Los relatos de las mujeres entrevistadas sobre los rasgos asignados a los sistemas de salud reproductivos y no reproductivos, públicos y privados, en la Ciudad de Buenos Aires no presentaron matices: ni en el contenido ni en la forma de enunciación.

Los rasgos asignados al sistema de salud reproductivo y no reproductivo, público en la Provincia de Buenos Aires

La situación del sistema de salud reproductivo y no reproductivo, público, bonaerense es diferente porque legalmente se reconoce

la infertilidad humana como una enfermedad y la cobertura médica de los tratamientos reproductivos homólogos (los que utilizan gametas de los pacientes), a las parejas donde la edad de la mujer se encuentre entre los treinta y cuarenta años y, prioritariamente no tengan hijos de esa unión. Se brinda un tratamiento de alta complejidad por año y hasta un máximo de dos. Tienen derecho los habitantes de la Provincia con dos años de residencia, y preferencia quienes carecen de cobertura médica. [...] Se incorpora la cobertura de los tratamientos por el Instituto de Obra Médico Asistencial —IOMA, dependiente del Estado provincial—, por las obras sociales y la medicina prepaga con actuación en el ámbito bonaerense. (Straw, 2011, p.8)

Frente a este marco normativo se destacó la importancia de la cobertura pública de los tratamientos reproductivos. Precisamente, la provisión pública de los tratamientos fue “bien” o muy bien evaluada y continuaba siendo buena para quienes mencionaron que la ley de reproducción asistida bonaerense cubre preferentemente a las madres “primerizas”. Además para algunas entrevistadas, la cobertura legal de los tratamientos reproductivos, resultó de profunda trascendencia en sus vidas y en sus parejas porque significó “una gran esperanza” al recuperar el proyecto de tener hijos, abandonado por no tener recursos económicos propios, ni servicios de salud pública que contemplaran la problemática no reproductiva de los sectores populares.

[...] Y si no la hubiesen hecho en los hospitales públicos, nadie podría, es muy importante.

Graciela, 35 años

Re bien. Re bien. Lo que salió ahora está bien. [...] Si no hubiera sido por el Estado, no hubiéramos estado acá. [...] Fue como un milagro este programa [...] tocó Dios con las manos. Porque si no hubiera estado esto, mucha gente seguiría sin nada. [...] la alegría más grande.

Marcela, 41 años

[...] De soltera, tuve a los 17 años. Y después nunca más pude tener. Ni pensaba tener tampoco.
[...] Buscamos alternativas hasta que salió la ley. [...] Hasta este momento era nada. [...] Para mí fue la mejor noticia que pude recibir en mi vida.

Emilia, 37 años

[...] Me bajonié hasta que escuché la ley, mi hermana me mandó un mensajito "felicidades, salió la ley".

Vanina, 36 años

[...] Y tanto oraba a Dios, a Dios oraba, oraba, que salga esta ley, [...] salió la ley, bueno...

Roberta, 40 años

Sin embargo, otras entrevistadas aún reconociendo lo positivo de la existencia de la cobertura pública, asumieron una posición crítica y mencionaron cinco cuestionamientos sobre la implementación: dudaron de la gratuidad de los tratamientos por la compra de medicación por pacientes ante la falta de provisión pública, y advirtieron sobre la insuficiencia del presupuesto asignado. Las prolongadas esperas para acceder a los turnos de atención médica, a los estudios y los controles médicos, y a los tratamientos reproductivos son los ejemplos citados para fundamentar el limitado presupuesto. También las esperas fueron señaladas para sospechar de la efectiva disponibilidad de los tratamientos de alta complejidad. Igualmente, frente a estas evaluaciones negativas se mencionaron como atenuantes la gran demanda y los excesivos costos económicos de los tratamientos reproductivos, como para que el estado provincial haga frente en un contexto socioeconómico, en donde también tenía que dar respuesta a otros problemas sociales. Por último, otras entrevistadas reprobaron que las pacientes deban tener entre 30 y 40 años para acceder a un tratamiento y que no se cubrieran los tratamientos de alta complejidad heterólogos (los que utilizan donación de óvulos o compra de espermatozoides). En estos casos, no encontraban razones que les explicaran las restricciones de la cobertura pública.

Otros dos rasgos generales fueron mencionados sobre el presente y el futuro de la provisión pública de los tratamientos reproductivos que se encuadraron dentro de las opiniones de quienes percibieron inconvenientes. En el primer caso, consideraron que la oferta se encontraba en un estado inicial y que, de avanzar y permanecer en el tiempo, el acceso a los tratamientos reproductivos se vería facilitado. Sobre el futuro pusieron en duda la continuidad de la política pública de reproducción asistida bonaerense porque asociaron tres factores: los elevados costos económicos de los tratamientos a valores de mercado, la falta de cobertura de las obras sociales y que el financiamiento del hospital público no es ilimitado.

En particular la cobertura de los tratamientos reproductivos por las obras sociales recibió valoraciones positivas: haberla establecido por ley y cierta efectividad a partir de la sanción legislativa. No obstante, se mencionaron múltiples casos en donde las obras sociales niegan la cobertura independientemente del costo del tratamiento o ponen trabas para reconocerla, lo que obligaba a las parejas a comenzar acciones legales para reclamar sus derechos.

Supuestamente si la ley es gratuita tiene que abarcar todo. [...] pero si cuando te están haciendo la inseminación, tenés que salir corriendo a comprar medicación y no tenés ¿qué hacés? Hubo chicas que les pasó. [...] ¿Qué es lo que la ley abarca? No me digas que el tratamiento es gratuito.

Vanina, 36 años

[...] Pienso, perdón, que tendría que ser menos largo todo. [...] hacerte un estudio de sangre, un mes y medio, [...] te tienen que tomar el tema de los folículos, tenés que esperar otra vez. [...] que está bien, lo veo bien, antes que nada es una gran esperanza que tienen las mujeres.

Inés, 44 años

La verdad que si estos casos van a avanzar o van a ser buenos más adelante o va a ser más fácil. No sé si en algún momento caerá, porque es mucha plata y hay que sostener los hospitales públicos que pusieron [...] que están como gratuitos, que no es así tampoco. Porque si la obra social no acepta cubrir una parte, los hospital no pueden estar todos los equipos. [...] cuando tuvimos que pedir a la obra social, nos dijo no. [Ahora] tienen que pelear a la obra social para ver si ponen una parte. Es terrible porque no toda obra social cubre.

Carla, 41 años

[...] Ahora con la ley es como que es más fácil, parece más fácil llegar, pero parece que no tienen tantos recursos. [...] hay mucha demanda, y lo único que siguen haciendo es de baja complejidad, las que tenemos alta complejidad no estamos ni en las listas. [...] Y las obras sociales no cubren nada tampoco. [...] Está hecha como ahí nomás, la ley [...] no se entiende todavía muy bien.

Micaela, 42 años

Antes las obras sociales no cubrían nada, [...] los hospitales no hacían tampoco, [el gobernador] puso la ley y las obras sociales no cubren el tratamiento, a veces cubren porque es baja complejidad, pero los que tienen problema con los óvulo, o del banco de esperma, no saben cómo seguir [...] tuve que poner abogado.

Camila, 41 años

[...] Yo adoro al [gobernador], yo quisiera que él no hubiera puesto hasta 40 años.

Roberta, 40 años

Las entrevistadas coincidieron en evaluar positivamente la existencia de la política pública de reproducción asistida bonaerense, calificada como "muy importante". En algunos relatos mujeres con problemas reproductivos de sectores populares mencionaron la significación en sus vidas y la definieron como "una gran esperanza". También destacaron el sentimiento de profunda felicidad ante la sanción de ley que dio inicio a la oferta pública. Sin embargo, el marco de referencia de quienes realizaron las valoraciones más positivas fue "la nada", en otras palabras la inexistencia de cualquier posibilidad para intentar ser madres (naturalmente, con asistencia de la ciencia y la técnica, o socialmente). De todas formas, este dato no resta mérito a la política de reproducción asistida de la Provincia de Buenos Aires que representa un antes y un después en la vida de algunas mujeres de escasos recursos que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

En cambio, los relatos mostraron matices tanto positivos como negativos cuando se examinaron distintos aspectos de la implementación de la oferta pública en materia de reproducción asistida. Entre los primeros, los servicios de salud fueron calificados como buenos o muy buenos. Entre los segundos, los servicios de salud fueron evaluados como limitados o inexistentes, si no se encontraban contemplados dentro de la oferta pública. Las críticas se concentraron en tres aspectos: por un lado, en el insuficiente presupuesto asignado que ocasionaba prolongadas esperas para acceder a los servicios médicos, que llevaron a dudar de la gratuidad de los tratamientos, de la disponibilidad de los tratamientos de alta complejidad y de la continuidad de la política pública de reproducción asistida bonaerense. Por otro lado, en las restricciones de la cobertura pública establecidas por el requisito de edad de la mujer para acceder a un tratamiento (entre 30 y 40 años) y por sólo proveer tratamientos de alta complejidad homólogos, dejando sin cobertura los tratamientos de alta complejidad heterólogos. Por último, en la falta de decisión política para hacer cumplir a las obras sociales, la provisión de servicios de salud en materia reproductiva. En otras palabras, las entrevistadas críticas cuestionaron el incumplimiento de los derechos reconocidos por la ley de reproducción asistida de la Provincia de Buenos Aires y lo que puede considerarse la negación de los derechos reproductivos para las personas cuyas problemáticas no reproductivas no se encuentran contempladas entre las de los beneficiarios de la legislación provincial.⁹

La evaluación de la reproducción asistida como actividad, conformada por múltiples actores (médicos, laboratorios farmacéuticos, instituciones de salud, pacientes, entre otros) que intervienen a

⁹ Para una evaluación de la legislación de la Provincia de Buenos Aires a partir de los principios éticos propuestos por Corrêa & Petchesky (1996), ver Straw (2011, p. 10-12).

lo largo del complejo proceso de provisión de servicios de salud, fue descripta como profundamente comercial. El calificativo de "comerciantes" se mencionó tanto para las instituciones de salud pública y privada como para los profesionales médicos.

En relación con este afán lucrativo, algunas entrevistadas mencionaron percibir a las prácticas médicas como actividades sin reglas donde a veces les resultó dudosa la cantidad de los tratamientos recomendados, o la necesidad de algunos estudios médicos. Las opiniones más severas surgieron entre quienes enfrentaron tratamientos fallidos, o insuficientes explicaciones sobre los resultados de los tratamientos. Ambas circunstancias retroalimentaron la idea de que por detrás de la provisión de los tratamientos de reproducción asistida existe un gran "negocio" donde se "lucra" con la necesidad de las mujeres por ser madres. Sin embargo, los testimonios de las entrevistadas también reflejaron la diferenciación entre los establecimientos y los médicos que no encuadraban con esta evaluación negativa, haciendo reiteradas menciones al compromiso, honradez y confianza que los podía caracterizar.

Y según el lugar. [...] Mucho comercio vi. Más en el hospital. [...] me hicieron sentir muy mal, que todo pasaba por la plata. Me enojé mucho y desistí. En otros centros, me atendieron bien.

Emilia, 37 años

[...] Me tocó un médico bueno. [...] Después tenés el otro médico que se descompromete de todo. Donde vos sos un número. Un negocio. Vas, te hacés la inseminación, y "si no es esta, intentá otra". [...] lucran. Lucran y lucran y lucran ¿con qué? Con tu necesidad de ser mamá. Con tu desesperación.

Inés, 44 años

Hay gente que hace siete, ocho inseminaciones, hay un límite que el médico te tendría que guiar, es como medio negociar con la gente. Yo acá, gracias a Dios, no percibo que sean comerciantes.

Micaela, 42 años

[...] Me sacaron los óvulos y le sacaron el esperma [...] Llamé y el doctor me dijo "no pasó nada". No me explicó ni por qué, ni nada. [...] Nos querían volver a hacer pero salía el doble. [...] había estudios que supuestamente no eran los que teníamos que hacernos. [...] chocamos contra una pared, me quedé sin remedio y sin plata.

Cristina, 40 años

La descripción de la situación particular en la que se encontraban algunas mujeres de sectores populares con problemas reproductivos que quieren ser madres pero carecen de recursos económicos fue la de un callejón sin salida: "si no tenés dinero, no podés hacer" un tratamiento de reproducción asistida. La escasez económica fue identificada como la causa que continúa determinando la imposibilidad para comenzar un tratamiento. Frente a estos relatos que también significaban la vivencia de no tener ninguna posibilidad para intentar convertirse en madres, se expresaron sentimientos de infelicidad, angustia, dolor y también emociones de llanto.

Adicionalmente, otras mujeres consultadas mencionaron que la situación de las mujeres descrita, podía agravarse porque la adopción que era otra vía para intentar ser madres se encontraba mal organizada en el sistema público. Esta última opinión resultó compartida por otras entrevistadas que resaltaron, que personalmente se sentían excluidas o no elegibles como madres adoptivas por pertenecer a la "clase baja". Además se mencionó que escenarios en donde se combinaban la necesidad de ser madres, las imposibilidades económicas para intentarlo, la inexistencia de caminos legales (adopción), la pobreza extrema y la "miserabilidad" humana de lucrar en cualquier circunstancia, favorecían el comercio de un bebé, proveniente de sectores populares del interior del país. Por último, dentro de estas reflexiones más complejas, se recordó que en el pasado, con una inexistente oferta pública de los tratamientos de reproducción asistida, las mujeres con dificultades reproductivas solo tenían como única alternativa recurrir a los servicios de salud privados que eran los que se brindaban de forma eficaz y eficiente. En consecuencia, la falta de intervención pública en materia de reproducción asistida y la ineficiencia pública en materia de adopción, terminaban favoreciendo al sistema de salud privado especializado en reproducción asistida.

[...] Solamente la gente que tiene plata puede tener hijos, [...] por qué, porque tiene plata. [...] hay que ser realista, si tú no tienes plata no tienes nada, no eres nada.

Roberta, 40 años

Lo malo es que si no tenés dinero, no lo podés hacer. Lamentablemente mucha gente cae en salir a las provincias [...] y terminan comprando criaturas, donde se lucra, con la necesidad de los padres y las miserias humanas [...] Nos hemos anotado en la adopción [...] y pasaron ocho años y nunca me llegó una carta diciéndome "mirá...". [...] Está todo mal hecho el sistema, entonces conlleva a un montón de cosas. [...] lo que es del Estado, no. Y caés porque no te queda otra en los médicos privados, [...] voy, saco un turno, y te dan para hacerte los estudios. Todo más rápido.

Inés, 44 años

Son muchísimos los que no pueden ser feliz, tener su bebé. [...] Es que no es fácil adoptar. Yo hubiera adoptado. Pero no me lo van a dar a mí.

PREGUNTA: ¿Por qué decís que no te lo dan a vos?

Porque eligen. Tenés que tener chalet, auto. [...] Yo vivo bien. Tengo mi casa, un autito, no tengo un cero kilómetro. Tengo mi moto. Tengo dos piezas, cocina, dormitorio. Pero no nos dan a nosotros. A gente de clase baja. [...] Hace mal las cosas. Muy mal. Tiene que cambiar todo el Estado.

Marcela, 41 años

Las descripciones y evaluaciones de las entrevistadas muestran un doble contexto: por un lado, el de desigualdad acceso y cobertura de los servicios de salud reproductivos y no reproductivos, públicos y privados, en las jurisdicciones analizadas y, por otro lado, el contexto emocional que acompañaron a las trayectorias que presentamos a continuación.

Las trayectorias recorridas

Seis dimensiones emergieron del relato de las mujeres de sectores populares entrevistadas para describir la variable trayectorias de salud enfermedad: comienzo, tiempo de duración, recorrido médico institucional, motivos para el cambio en el lugar de atención, etapas y tratamientos reproductivos.

Una característica común de las mujeres consultadas que atravesaba las trayectorias fue que hasta el momento de la entrevista ninguna pudo convertirse en madre por medio de un tratamiento de reproducción asistida, con lo cual describiremos experiencias fallidas en este aspecto.

Invariablemente, el comienzo de las trayectorias fue la consecuencia del involuntario hecho de no lograr un embarazo o de no conseguir llevarlo a término, luego de intentar meses o años. Así las trayectorias se iniciaron con la visita médica a un ginecólogo, a un médico especialista en fertilidad, o con la atención paralela de ambos profesionales. A lo largo de las trayectorias, algunas entrevistadas interrumpieron la atención médica cuando conocieron el costo económico que implicaba realizar un tratamiento de alta complejidad y la imposibilidad para solventarlo individualmente.

El análisis mostró que el tiempo que las entrevistadas llevaban intentando ser madres se medía en años. La duración promedio de las trayectorias era nueve años (hasta el momento de la entrevista

entre julio y noviembre de 2011). Ninguna era inferior a cuatro años, la más prolongada registraba quince años.

El recorrido médico institucional en todas las trayectorias transcurrió en varias instituciones (hospitales públicos, centros privados especializados en reproducción humana asistida o clínicas seleccionadas de la nómina de las obras sociales) y con diferentes profesionales. Las entrevistadas consideraron haberse atendido en "muchos" como en "pocos" establecimientos. Fueron aisladas las menciones sobre recomendaciones de profesionales o instituciones médicas por parte de personas allegadas.

Los motivos mencionados para el cambio en el lugar de atención fueron la búsqueda de hospitales con mayor especialización en reproducción asistida o centros privados donde desarrollaran tratamientos con técnicas de alta complejidad. Cuando las mujeres consultadas recurrieron como primera opción a atenderse en instituciones privadas fue porque hace años era la única oferta médica disponible y podía solventar el costo económico de los tratamientos o porque tenía un dinero ahorrado durante años que utilizó para pagar un único tratamiento. En otros casos, las entrevistadas se atendieron en centros privados para realizar tratamientos de alta complejidad derivadas del hospital público donde eran pacientes y pagaron aranceles reducidos por los tratamientos reproductivos.

Las etapas en las trayectorias de salud enfermedad en líneas generales son tres: diagnóstico, posibles cirugías y los tratamientos con técnicas de baja y/o alta complejidad.

El diagnóstico suele realizarse a la mujer y el marido o pareja en forma simultánea o en períodos cercanos en el tiempo. Sin embargo, una de las entrevistadas mencionó que comenzó un tratamiento sin tener el diagnóstico de su pareja. También relató dos cuestiones relacionadas: que de haberse hecho el diagnóstico a la pareja se hubiera sabido las razones por las cuales el tratamiento fracasaba y que en la atención médica de las problemáticas reproductivas existían sesgos de género, que llevaron a que no se evaluara que los problemas reproductivos de la pareja podían deberse al factor masculino (Santi, 2007, p. 69).

La etapa diagnóstica puede culminar con el conocimiento de alguna razón física, masculina o femenina que explique el por qué no se logra un embarazo o llevarlo a término o, ideopática, es decir sin ninguna causa aparente que explique la no reproducción. Casi la totalidad de las entrevistadas se encontraban en la primera categoría.

Independientemente de tener un diagnóstico conclusivo que explicara la dificultad reproductiva, algunas entrevistadas mencionaron que lo que ellas padecían era una enfermedad o un problema de salud. Además les resultaba controvertido que el Estado nacional o quienes no lo sufrían, consideraran que no era una enfermedad y que esta opinión lograra —a veces— visibilidad en algunos medios de comunicación.

Equivocados en el sentido de cómo que no es enfermedad. Cuando sí. Lo que nosotros pasamos, sabemos que es una enfermedad. En ese sentido para mí se equivocan.

Emilia, 37 años

[...] Que no lo toman como una enfermedad sino como algo estético. [...] para mí es un tema de salud, porque el no poder tener hijos implica que tenés algo realmente.

Inés, 44 años

Las cirugías mencionadas con mayor frecuencia son genéricamente para reparar en las mujeres "las trompas" de Falopio, y en los varones para curar de "Varicocele".

Respecto de los tratamientos reproductivos hemos analizado cinco elementos: por una parte, las características, el tipo y la cantidad, y, por otra parte, la categorización del tipo de intento y el estado de realización.

En cuanto a los tres primeros elementos, se analizaron nueve experiencias, porque una de las entrevistadas no había comenzado ningún tratamiento. Las mujeres consultadas se hicieron una mayor cantidad de tratamientos con técnicas de baja complejidad y se practicaron estimulaciones ováricas e inseminaciones artificiales. Dentro de los tratamientos con técnicas de alta complejidad se realizaron fertilizaciones *in vitro*, homólogas, y también en los tratamientos *in vitro* se utilizó la técnica de inyección intracitoplasmática de espermatozoides —ICSI— con gametas propias de la pareja y con la donación de óvulos.

Sobre los restantes elementos, se analizaron las situaciones de nueve mujeres con necesidad de un tratamiento de alta complejidad, dado que la décima entrevistada concluyó con los tratamientos. El análisis mostró que teniendo en cuenta el tipo de intento del tratamiento (primero o sucesivo), las entrevistadas se encontraban frente a un primero, segundo o tercer intento de un tratamiento a lo largo de las trayectorias. En cambio se encontraban frente al primer intento de un tratamiento, si se consideraban las trayectorias que se encontraban realizando en los hospitales públicos bonaerenses. En cuanto al estado de realización del tratamiento (en ejecución o en espera) quedó en evidencia los diferentes rasgos que podía asumir la cobertura para las entrevistadas. En el primer caso, la cobertura era efectiva porque las entrevistadas se encontraban realizando un tratamiento. En el segundo caso, la cobertura podía ser expectante, si las mujeres consultadas tenían la seguridad de que se les iba a realizar el tratamiento, porque tenían asignado un lugar dentro del orden de la planificación médica para realizar los tratamientos reproductivos. En cambio, la cobertura comenzaba a tornarse restringida e incierta, si las entrevistadas esperaban un tratamiento sin tener asignado un lugar en dicha planificación. Por último, la cobertura podía ser inexistente si las

entrevistadas necesitaban tratamientos de alta complejidad heterólogos, los que no se encontraban cubiertos por el sistema de salud público, ni por las obras sociales.

A partir de las descripciones y los análisis presentados se puede advertir que el Estado (tanto el sistema público de salud como el sector de las obras sociales) está llamado a cumplir un rol en términos del acceso y la cobertura de los tratamientos de reproducción asistida de los sectores populares. A continuación presentamos, las demandas que las mujeres entrevistadas dirigieron hacia estos actores.

Las demandas al Estado en materia de reproducción asistida

Frente al panorama descrito, algunas entrevistadas demandaron al Estado nacional una ley que garantice la cobertura universal de los tratamientos de reproducción asistida, tema considerado como "fundamental" o "muy importante". También manifestaron escepticismo respecto de la sanción de esta ley.

En cuanto al rol que la Provincia de Buenos Aires debería cumplir, todas las entrevistadas expresaron demandas que significan el mejoramiento de la oferta de los servicios de reproducción asistida o el establecimiento de nuevos servicios médicos.

En relación a las mejoras de la oferta pública se solicitaron seis demandas: la reducción de los tiempos de espera para recibir los diferentes servicios médicos; en segundo lugar, la disponibilidad de hospitales públicos especializados en reproducción asistida equipados con la tecnología adecuada para brindar todos los tipos de tratamientos y organizados de forma centralizada, para no obligar a los pacientes a traslados para recibir la atención médica, realizar los estudios y los tratamientos médicos. En tercer lugar, demandaron el control de la ejecución de la política pública de reproducción asistida para transparentar la gratuidad de los tratamientos, la disponibilidad y la entrega de los medicamentos y la selección de los lugares de atención. También reclamaron la intervención de la autoridad pública para que las obras sociales cumplan con la cobertura que establece la normativa vigente. Finalmente, las mujeres entrevistadas demandaron al Estado provincial mayor presupuesto y la continuidad de la política pública en materia de reproducción asistida. En relación con el reducido presupuesto, algunas entrevistadas mencionaron mecanismos para que los pacientes contribuyeran económicamente en la implementación de los tratamientos reproductivos.

[...] Ya tengo 40 años, no puedo esperar más, si me va a decir espera cuatro o cinco meses, te dan el turno ¿y la edad?, más los estudios, y después voy a llegar a los 42, y me va a decir, "no, sabes qué, pasaste la edad".

Roberta, 40 años

[...] Que los hospitales tengan un lugar especializado para hacer la inseminación ahí. [...] es fundamental que los hospitales estuviesen equipados [...] Más allá de los turnos.

Inés, 44 años

Tendría que haber más control del Ministerio de Salud, que estén dando los medicamentos y los tratamientos [...] todo transparente, que no haya, vas a este laboratorio sí o sí, y que la orden diga "libre de costo". No digo no pagar nada, yo siempre colaboro con la cooperadora.

Vanina, 36 años

Tienen que poner más plata, [...] hay muchas que necesitan de alta complejidad.

Micaela, 42 años

Seguir y hacer más rápido. Mucho hay que esperar. [...] Yo he visto jovencitas que no pueden ser mamá. [...] Que el Estado no se lo corte porque hay mucha esperanza atrás.

Marcela, 41 años

[...] Tendría que ponerse un poco más en el lugar de la gente que realmente lo necesita [...] si cubriría la obra social la mitad del medicamento, por ahí podría hacer de vuelta pero eso no va a suceder.

Carla, 41 años

[...] Que todos los meses pusiéramos cien pesos al hospital para ir comprando la medicación, como pagando a crédito. [...] lo que sale más caro es la medicación y que siga por más que quedo embarazada [...] Muchas van a estar a favor porque es más rápido. Dicen que es carísimo cada frasco, vale como 1500 y es chiquitísimo. Por eso no entramos todas de un solo saque.

Marcela, 41 años

Entre las innovaciones, las entrevistadas mencionaron cuatro demandas: la cobertura universal a todas las parejas de los tratamientos de reproducción asistida y la gratuidad de los mismos. También reclamaron que se amplíe el rango de edad de la mujer para acceder a un tratamiento dado que la infertilidad afecta tanto a las mujeres más jóvenes de los treinta años establecidos y, a su vez, el límite de los cuarenta años no representa el final de la edad reproductiva femenina. Por último requirieron la inclusión de la cobertura de los tratamientos heterólogos, dado que negar este tipo de tratamientos significaba cerrar la única oportunidad a muchas mujeres para ser madres. Además sostuvieron que realizar los tratamientos con donación de óvulos no implicaría mayores costos económicos para el Estado provincial.

Creo que por eso salió la ley, porque le tienen que dar la posibilidad a todos pero la tendrían que hacer un poquito más amplia, [...] yo voy con donante de óvulos y la ley no cubre. [...] dicen que no hay presupuesto, pero la ovodonación el presupuesto es lo mismo.

Micaela, 42 años

[...] Porque falta un poco más, que haya una ley de ovodonación y de banco de esperma ¿no?, [...] porque es la única manera que yo pueda ser mamá.

Camila, 41 años

[...] Estoy desesperada, quiero que alguien me ayude [...] hubiera puesto hasta 45 años, hasta que una mujer se sienta mal. [...] Y hubiera puesto la ley de donación de óvulos.

Roberta, 40 años

Al mencionar las demandas al Estado algunas mujeres consultadas expresaron matices: fueron más fuertes, urgentes y se enunciaron de forma más dolorosa y desesperada entre las mujeres de mayor edad, que necesitaban tratamientos de alta complejidad heterólogos. La situación de estas entrevistadas era la de excluidas de la cobertura de los tratamientos de reproducción asistida en todos los sistemas de salud y en todas las jurisdicciones. Además al tener mayor edad, sentían que el tiempo biológico de la reproducción se les estaba terminando, y que las posibilidades para intentar convertirse en madres, cada día que pasaba, eran menores. Este mismo sentimiento fue repetido por otras entrevistadas de mayor edad que necesitaban tratamientos de alta complejidad homólogos, quienes manifestaron escepticismo porque no solo descreían que el Estado fuera a satisfacer sus demandas sino que lo hiciera en el corto plazo, tiempo en el cual, por "el reloj biológico", las chances de tener un hijo/a son menores.

Conclusiones

Se puede advertir que las mujeres entrevistadas con problemas reproductivos y profundos deseos de ser madres se enfrentaron a una realidad adversa. Hoy esa realidad puede ser auspiciosa si han logrado acceder a un tratamiento de reproducción asistida en el sistema de salud público, pero también puede seguir siendo dolorosa e, inclusive en ocasiones desesperante, si ese acceso continúa denegado.

Las experiencias vividas han estado delineadas, básicamente, por dos restricciones: la escasez de recursos económicos propios y la ausencia o insuficiencia de una política pública de reproducción asistida. Son esas restricciones las que permiten apreciar las vinculaciones entre los rasgos asignados a los sistemas de salud ligados a cuestiones reproductivas y no reproductivas, públicos y privados, y las características que asumen las trayectorias, por la fuerte dependencia de las mujeres de sectores populares de los servicios públicos de salud y por la reducida o nula capacidad económica para pagar por los servicios de salud privados. Así, las demandas solicitadas al Estado se refieren a las carencias detectadas en los sistemas de salud.

De esta forma, los principales rasgos asignados a los sistemas de salud públicos ligados a cuestiones reproductivas y no reproductivas, en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires fueron que el acceso a los servicios es muy restrictivo o limitado y la cobertura de los diferentes tipos de tratamientos podía ser limitada, muy restringida o inexistente. Frente a estas barreras de acceso y a la escasa o falta de cobertura, las trayectorias recorridas por las entrevistadas se caracterizaron por ser prolongadas en el tiempo, concentrarse en tratamientos de baja complejidad, en lugar de en los tratamientos de alta complejidad requeridos y por constituir experiencias fallidas, debido a que ninguna de las mujeres consultadas había logrado convertirse en madre por medio de las tecnologías reproductivas. Finalmente las demandas al Estado fueron la cobertura universal y gratuita de todos los tipos de tratamientos de reproducción asistida, en hospitales públicos equipados y especializados en tecnologías reproductivas, y la intervención de la autoridad pública para que las obras sociales cumplieran con la provisión de los servicios de salud en materia reproductiva.

Dos cuestiones tienen relevancia para el debate de las tecnologías reproductivas en la Argentina y en contextos similares y para el diseño de las políticas públicas. En primer lugar, que la reproducción asistida como actividad, tiene la particularidad de estar constantemente atravesada por intereses económicos. El peligro es que si se distorsionan los aspectos comerciales que acompañan al complejo proceso de provisión de los servicios de salud de reproducción asistida, se desvirtúa la relación médico paciente y se desdibuja el vínculo salud enfermedad. En el primer caso, porque el paciente pierde confianza en el médico al percibir que es considerado un consumidor y no un paciente. En el segundo caso, porque los pacientes desconfían de las prescripciones médicas y consideran que pueden estar

más en función de aumentar las ganancias económicas, que del mejoramiento de los problemas reproductivos. Estos riesgos latentes, dejan al descubierto la necesidad de regulación y control estatal de los aspectos médicos y comerciales presentes en el campo reproductivo, en cumplimiento de la obligación de tutelar por el derecho a la salud de la población. En segundo lugar, que la insuficiencia y, aún más, la ausencia de una política pública de reproducción asistida, niega a los/as ciudadanos/as de sectores populares, precisamente el derecho a la salud y los/as anula como sujetos de derechos, lo que muestra la grave falencia del Estado en materia de reproducción asistida. En otras palabras, una legislación precisa, que compatibilice la provisión de servicios médicos reproductivos y la profundización del desarrollo del campo científico tecnológico de la reproducción asistida en el país, continúa siendo el gran desafío por resolver.

Bibliografía

- Arilha, M. (1996). Infertilidade, práticas conceptivas e políticas públicas. Entre desejos y direitos. En Barbosa, R. y Parker, R. (Eds.), *Sexualidades Brasileiras*. Río de Janeiro: Relume Dumará.
- Ariza, L. (2008). *El recurso a las tecnologías reproductivas en la Ciudad de Buenos Aires y AMBA: una aproximación cultural*. Tesis de Maestría sin publicar, Universidad Nacional de General San Martín, Buenos Aires.
- Bestard, J. (2009). Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social. *Revista de Antropología Social* (18), 83-95.
- Bourdieu, P. (1990). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Cuberli, M., Lois, M. y Palopoli, A. (2011). Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida. En M. Petracci (Comp.), *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Diniz, D. y Gomes Costa, R. (2006). Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías de reproducción asistida. *Perspectivas Bioéticas*, 11 (21), 29-44.
- Garay, R. (2008). El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En M. Tarducci (Org.), *Maternidades en el S. XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Jadur, S. y Duhalde, C. (2005) Aspectos emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. Obtenida 1 de agosto 2010 de http://revista.samer.org.ar/numeros/samer2005/n2/7_aspectos_emocionales.pdf
- Luna, F. (2008). *Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina*. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Luna, N. (2002). Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Caderno Pagu* (19), 233-278.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2010). *Glosario de terminología en términos de reproducción asistida*. Obtenida 8 de marzo 2011 de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

- Petracci, M. (2011). Opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos. En M. Petracci (Comp.), *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M., Mattioli, M. y Straw, C. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires. En M. Petracci (Comp.), *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida [REDLARA] (2009). Obtenida 1 de agosto 2010 de <http://www.redlara.com/images/arq/Registro2009.pdf>
- Samrsla, M.(2007). Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 53 (1), 47-52.
- Santi, M.F. (2007). Cuerpos normales, cuerpos femeninos: técnicas de reproducción asistida. *Perspectivas Bioéticas*, 12 (22), 61-76.
- Silva, I. & Lopes, R. (2009). Reprodução assistida e relação conjugal durante a gravidez e após o nascimento do bebê: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, vol. 14 (3), 223-230.
- Sommer, S. (1994). *De la cigüeña a la probeta: los peligros de la aventura científica*. Buenos Aires: Planeta.
- Stanworth, P. (Ed.). (1987). *Reproductive Technologies*. Cambridge: Polity Press. Citado en Giddens, A. (1989). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Strathern, M. (1995). Necesidade de país, necessidade de mães. *Revista Estudos Feministas*, vol. 3 (2), 303-329.
- Strathern, M. (2009). A Antropologia e o advento da Fertilização *In Vitro* no Reino Unido: uma história curta. *Cadernos Pagu* (33), 9-55.
- Straw, C. (2011). ¿Nuevo derecho a la reproducción asistida?: lo público, lo privado y la noción de derechos reproductivos en la legislación de la Provincia de Buenos Aires. *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Buenos Aires, 10, 11 y 12 de agosto de 2011. Área Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php?resumenid=82>
- Tarducci, M. (Org.). (2008). *Maternidades en el S. XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Tarducci, M. (2011). *La Adopción. Una aproximación desde la Antropología del Parentesco*. Buenos Aires: Librería de las Mujeres Editoras.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Vargas, E. (1999). A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina: os reveses da identidade femenina. *Revista Estudos Feministas*, vol. 7 (1 y 2), 89-108.
- Vargas, E., Russo, J. & Heilborn, M.L. (2010). Sexualidade e reprodução: usos e valores relativos ao desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, vol. 26 (1), 153-162.

Notas

En este artículo se presenta el análisis de datos que forman parte del capítulo empírico de la tesis de doctorado en elaboración: "La procreación asistida como derecho: lo público, lo privado y lo íntimo en el discurso de las mujeres" de Cecilia Straw, bajo la dirección de la Dra. Mónica Petracci, en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Para el desarrollo de la tesis, la autora cuenta con la Beca Culminación de Doctorado de la Universidad de Buenos Aires.

Las mujeres entrevistadas para esta investigación firmaron un consentimiento informado donde se les especificó los objetivos, procedimientos, potenciales usos de la información recabada y criterios éticos que orientaban la investigación. Por respeto a dichos criterios éticos se preserva en forma confidencial, la identidad de las personas entrevistadas, de las personas aludidas y los nombres de los establecimientos médicos, obras sociales y las entidades de medicina prepaga mencionados. Los nombres consignados en los relatos citados son ficticios.

Las autoras desean expresar la inexistencia de conflictos de interés que pudieran afectar la remisión del artículo.

Una versión preliminar del presente artículo integra la ponencia "Reproducción asistida: trayectorias de salud enfermedad en mujeres de sectores populares, AMBA, Argentina", presentada en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad: "Sociedades, Cuerpos y Saberes Biomédicos", organizado por el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Quilmes, la Universidad Torcuato Di Tella y la Universidad Nacional de Tres Febrero. Buenos Aires, del 3 al 5 de octubre de 2012.