

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PROVISIÓN DE TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CIUDAD DE BUENOS AIRES

Factors that Affect the Provision of Assisted Reproductive Treatment in a Public Hospital of the Buenos Aires City

Lucía Ariza¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La Ley 26862 garantiza el acceso gratuito a las técnicas de reproducción asistida (TRA) sin restricciones por orientación sexual o situación conyugal. OBJETIVOS: Conocer los factores subjetivos que inciden en la provisión de TRA en el ámbito público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. MÉTODOS: Dada la escasez de antecedentes sobre el tema, se utilizó una metodología cualitativa exploratoria, con entrevistas semiestructuradas a profesionales y encargados de diagnosticar, proporcionar y garantizar las condiciones de provisión de TRA en un hospital público. RESULTADOS: En los entrevistados de este hospital no existen reticencias a la provisión de inseminación artificial, fertilización in vitro e inyección intracitoplasmática de espermatozoide. A la vez, la mayoría de los participantes coincidió en implementar la donación de gametos y embriones, aunque se abogó fuertemente por un sistema altruista sin pago de gametos. La mayoría de los entrevistados coincidió también en el acceso por parte de parejas del mismo sexo y mujeres sin pareja. CONCLUSIONES: Se observan en general actitudes facilitadoras de lo estipulado en la Ley.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Law 26862 guarantees free access to assisted reproductive technologies (ARTs) without restrictions based on sexual orientation or marital status. OBJECTIVES: To understand the subjective factors that affect ART provision in the public health system of the Autonomous City of Buenos Aires. METHODS: Given the lack of previous studies on the topic, the project used an exploratory qualitative methodology, with semistructured interviews to professionals and employees in charge of diagnosing, facilitating and guaranteeing the conditions for provision of ARTs in a public hospital. RESULTS: Interviewees of this public hospital did not show reservations about providing artificial insemination, in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection. Most of them agreed also with the implementation of a gamete and embryo donation system, although they strongly advocated for an altruistic system without payment for gametes. Finally, most interviewees supported the provision to same-sex couples and women without partners. CONCLUSIONS: There are in general positive attitudes towards the implementation of the new legislation.

PALABRAS CLAVE: Técnicas Reproductivas Asistidas; Provisión y Distribución; Personal de Salud

KEY WORDS: Assisted Reproductive Techniques; Supply and Distribution; Health Personnel

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca de perfeccionamiento "Carrillo-Oñativia", categoría Individual, otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 21 de diciembre de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 21 de diciembre de 2017

CORRESPONDENCIA A: Lucía Ariza

Correo electrónico: lucia.ariza@gmail.com

Registro RENIS N°: IS000981

INTRODUCCIÓN

Desde 2013, Argentina posee una de las legislaciones más avanzadas del mundo en materia de cobertura de tratamientos de reproducción asistida. La Ley 26862 garantiza el acceso integral a las técnicas de reproducción asistida (TRA) sin restricciones por orientación sexual, edad (salvo la mayoría de edad) o estado civil. Se articula así el derecho a la salud con el derecho a formar una familia y a gozar del avance científico, en consonancia con los principios de igualdad y no discriminación¹.

Las TRA están constituidas por las técnicas de baja complejidad (donde la fecundación tiene lugar dentro del cuerpo de la mujer, y que contemplan la inseminación intrauterina,

intracervical o intravaginal con semen de la pareja o donante) y por las de alta complejidad (aquellas en las cuales la unión entre el espermatozoide y el óvulo tiene lugar fuera del cuerpo de la mujer, como la fertilización in vitro [FIV], la inyección intracitoplasmática de espermatozoide [ICSI], la criopreservación de ovocitos o embriones, la donación de gametos o embriones, y la vitrificación de tejidos reproductivos).

Como resultado de la aprobación de la Ley, durante 2013 y 2014 las empresas de medicina prepaga, obras sociales y el sistema público comenzaron a cubrir el acceso a las TRA en las provincias adherentes a la disposición.

En este estudio, los factores subjetivos (FS) refieren a opiniones, valores y actitudes de quienes se desempeñan en el ámbito de la salud pública. Por razones de espacio, no se analizaron aquí las opiniones sobre la ausencia de restricción legal de la edad máxima de las mujeres para acceder a TRA. El artículo se organizó en base a la presentación de resultados de los dos aspectos indagados dentro de los FS: por un lado, las opiniones, valores y actitudes de carácter político, ético, ideológico y religioso (lo que se denomina posicionamiento) sobre los distintos tipos de tratamiento; por el otro, las opiniones, valores y actitudes sobre el acceso de los sujetos beneficiarios establecidos en la Ley.

En cuanto a las opiniones, valores y actitudes sobre los distintos tipos de tratamiento, cabe indicar que el hospital no provee donación de gametos y de embriones. Esto supone la dación de un gameto o embrión desde una persona o pareja que no lo utilizará hacia un/a paciente que lo necesita. En el caso de la donación de gametos, las clínicas privadas la implementan a través de un sistema de compensación económica de los donantes, mientras que no existe en el ámbito público. Respecto de los sujetos beneficiarios, no se consideró aquí el caso de parejas gays y varones heterosexuales y gays sin pareja, ya que ellos no necesitan (sólo) una donación de óvulos, sino también la surrogación de vientre. Esta quedó excluida en 2014 del Nuevo Código Civil y Comercial de Argentina, aunque estaba prevista en el anteproyecto de reforma. Por lo tanto, aquí sólo se contempló el caso de lesbianas y de mujeres sin pareja.

En cuanto a los antecedentes de esta investigación, un estudio de Straw² y otro de la presente autora³, en el cual se basó en parte este proyecto, indican la existencia de inquietudes de tipo moral, resistencias, rechazos y dudas frente a algunas de las técnicas ofrecidas. Straw evidenció que entre las usuarias de TRA el uso de óvulos donados provocaba *"dudas y (...) rechazo [y] provenía de las implicancias para la definición del vínculo materno-filial (...) y las dificultades para procesar ese vínculo conyugalmente"*. Por su parte, la presente autora registró que en la historia de la provisión de TRA en Argentina hubo casos de resistencia a la implementación de determinados tratamientos (como la donación de gametos o la realización del diagnóstico genético preimplantatorio). Williamson, Long, Peterson y Daar⁴⁻⁷, entre otros, mostraron también que había actitudes de profesionales médicos que actuaban como barreras de

acceso a servicios determinados por la Ley. Los estudios de Peterson y Daar investigaron específicamente cómo esas actitudes afectan el acceso a la reproducción asistida en ciertos contextos culturales (por ejemplo, para mujeres sin pareja, mujeres de mayor edad, lesbianas y parejas del mismo sexo) y marcaron, a su vez, que es posible superar esas barreras a través de programas de capacitación.

Las investigaciones sobre TRA en Argentina han sido muy escasas y de corte normativo-legal (cómo debe legislarse la reproducción asistida)^{1,8,9} bioético (cuáles son los principios éticos que deberían sustentar la medicina reproductiva)¹⁰⁻¹³ o feminista (reflexiones sobre las implicancias para las mujeres de su involucramiento con las TRA)¹⁴⁻¹⁶, en muchos casos con un carácter marcadamente teórico (sin realización de investigación empírica). Dentro de los trabajos empíricos, dos abordaron la demanda política de acceso a las TRA^{17,18} y otros cuatro investigaron las prácticas, valores y actitudes de los profesionales médicos que proveen tratamientos de reproducción asistida¹⁹⁻²².

El eje central de este proyecto son los conceptos de derecho a la salud, equidad en salud y derechos reproductivos, y su relación con la justicia social, la equidad, la ética y los derechos humanos^{23,24}. Estos se entienden en continuidad con la definición provista por la Organización Mundial de la Salud, que indica que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es un derecho fundamental de todo ser humano²⁵. Se abona una visión amplia de la equidad en salud, que destaque su papel "en la vida y la libertad humanas"²³, y que considere que aquella "no concierne únicamente a la salud (...), sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales"²³. La equidad en salud se define como la ausencia de disparidades sistemáticas en salud, entre grupos con diferentes niveles de ventajas y desventajas subyacentes en relación con la riqueza, el poder o el prestigio²⁴. Una dimensión esencial de la equidad en la salud es la existencia de servicios de salud y de acceso a ellos²⁴, lo que potencia la inclusión social y reduce las desigualdades. La equidad en el acceso a la salud es una condición estructural de las sociedades y no debe verse como un aspecto individual de la vida de las personas (por ejemplo, como una decisión, o como un elemento justificado por las particularidades de la persona). A partir de esta definición, y teniendo en cuenta que, como derecho humano, el acceso a la salud se articula con los derechos reproductivos, se considera que la provisión de TRA sin restricciones por la orientación sexual, el estado civil o la edad de las personas está fundamentada en el derecho y la equidad en salud.

En este marco, el objetivo general de la investigación fue explorar los factores subjetivos (FS) que inciden, como barreras o facilitadores, en la provisión de tratamientos de reproducción asistida en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), indagando entre los profesionales y encargados de diagnosticar, proporcionar y garantizar las condiciones de provisión de TRA.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo con entrevistas semiestructuradas entre la población blanco: personal empleado en un hospital público de CABA encargado de diagnosticar la necesidad de y proveer tratamiento, y personal encargado de garantizar las condiciones de provisión de TRA en dicho establecimiento. El hospital fue elegido por su sistema bien implementado de reproducción asistida. La muestra se dividió en dos segmentos: por un lado, profesionales y técnicos con especialización en reproducción asistida (PRA), incluidos andrólogos, ginecólogos, embriólogos y enfermeros; por el otro, personal encargado de garantizar las condiciones institucionales (PCI) de provisión de tratamientos reproductivos, incluido tanto el personal directivo del hospital (médico y no médico) como el personal administrativo.

Las unidades de análisis fueron cada una de las personas entrevistadas. Estas fueron abordadas durante las horas de servicio para establecer si eran PRA o PCI, en cuyo caso se les ofreció realizar una entrevista. Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron: ser empleado en el hospital público donde se realizó el estudio e identificarse como PRA o PCI.

Los FS refieren a las opiniones, valores y actitudes de carácter político, ético, ideológico o religioso de quienes se desempeñan en el ámbito de la salud pública. Estas opiniones o posicionamientos pueden presentarse de forma asertiva (*"estoy de acuerdo/no estoy de acuerdo con"*) o más ambivalente, y de forma más explícita o implícita. En este último caso, el trabajo de análisis del posicionamiento como postura global de la persona en relación con determinado tema permitió atribuir un valor (como los indicados más arriba) a las respuestas. Se prestó especial atención a las opiniones ideológico-políticas, éticas o religiosas del personal responsable. Se supuso que ese conjunto de opiniones, valores y actitudes podría tener una influencia positiva o negativa sobre la provisión de TRA. Esto es, cuando son favorables hacia los diferentes tratamientos y hacia la atención de los sujetos beneficiarios contemplados en la Ley, aumenta la predisposición a proveer las prestaciones previstas, y viceversa. Se buscó aportar elementos concretos para mejorar la implementación de la Ley y sugerir criterios futuros de monitoreo y evaluación de la política pública de ampliación del acceso para quienes lo necesiten, sin distinción de su orientación sexual, edad o estado civil.

La técnica de recolección de datos favorece la inmersión en los temas y ahonda en los dichos de las personas, apuntando a la comprensión del sentido de la acción de los actores (incluida la acción discursiva). Permite identificar sistemas de pensamiento-acción, que se presentan de manera más o menos explícita en el discurso y las prácticas cotidianas de las personas estudiadas^{26,27}, indagados en los FS. La técnica resulta idónea para conocer las maneras de pensar de los actores, y especialmente, de qué forma estos esquemas más o menos fluidos se manifiestan en acciones concretas de la práctica médica (por ejemplo, al desaconsejar

la atención a una mujer sin pareja o resistir la implementación de un tratamiento con donación de embriones).

En cuanto a las variables que permiten conocer los FS, se tomaron en cuenta dos variables complejas, compuestas a su vez por otras más simples. El objetivo de esta operacionalización fue ordenar el abordaje cualitativo de las temáticas a indagar dentro de los FS:

- Posicionamiento sobre los diferentes tipos de tratamiento: Referido a la posición de los entrevistados sobre los distintos tipos de tratamiento y compuesto por opiniones, valores y actitudes sobre provisión de inseminación artificial (IA), FIV, ICSI, donación de gametos y donación de embriones. Se asignaron tres opciones a cada una de estas variables: *"considera que debe proveerse"*; *"considera que no debe proveerse"*; *"duda de si debe proveerse"*.

- Posicionamiento sobre los sujetos beneficiarios: Referido a la posición de los entrevistados sobre el acceso de los sujetos previstos por la Ley y estructurado como una variable compleja, compuesta por opiniones, valores y actitudes sobre acceso de mujeres sin pareja; parejas del mismo sexo; parejas no casadas; y mujeres en edad no reproductiva. Se asignaron tres opciones a cada una de estas variables: *"considera que debe proveerse TRA"*; *"considera que no debe proveerse TRA"*; *"duda de si debe proveerse"*.

La muestra fue de tipo discrecional (seleccionada de acuerdo con los criterios considerados útiles para el estudio). Se obtuvo la distribución presentada en la Tabla 1.

La totalidad de las entrevistas fue transcrita y codificada utilizando un *software* especializado de análisis cualitativo (Atlas-Ti). Se crearon 46 códigos de análisis, que cubrieron todos los temas de los objetivos específicos. También se crearon códigos para temas emergentes. El análisis del carácter de "barrera" o "facilitador" fue realizado sobre este material sin ayuda de software.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, y se garantizó el anonimato de los entrevistados. El proyecto fue avalado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Se encuentra en trámite el registro de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales.

TABLA 1. Muestra de entrevistados/as.

Tipo de entrevistado/a	Cantidad	
PRA*		
Clínica	Ginecólogo/a	7
	Andrólogo/a	2
	Enfermero/a	1
Laboratorio	Embriólogo/a	2
	Subtotal	12
PCI†		
	Personal directivo	1
	Personal administrativo	3
	Subtotal	4
	Total	16

*Profesionales y técnicos con especialización en reproducción asistida; † Personal encargado de garantizar las condiciones institucionales de provisión de tratamientos reproductivos.

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Se observó entre los entrevistados una actitud positiva sobre la provisión de IA, FIV e ICSI, con nula presencia de cuestionamientos respecto de la implementación de los diferentes tipos de tratamientos. Todos los entrevistados consideraron que las tres intervenciones deben proveerse para dar respuestas en materia reproductiva.

Sin embargo, dado que la donación de gametos y embriones no se brinda en el hospital y sólo se proporciona a través de un sistema pago en clínicas privadas, entre la mayoría de los participantes se registró cierta aprensión respecto del desarrollo en el ámbito público de tratamientos donde medie una retribución monetaria a cambio del otorgamiento de gametos o embriones:

• E2 (entrevistado n° 2): *Pero la ovodonación también es un tema, y en el ámbito público sería algo no sé si tan fácil de lograr.*

• I (investigador/a): *¿Por qué?*

• E2: *Porque como en todos lados se habla y se conoce sobre ovodonación, que es un mecanismo, un método altruista. Bien se sabe que son contadas con una mano las pacientes que de manera altruista van a donar sus gametos. Siempre hay intereses de por medio, hay resarcimientos económicos, muchas pacientes acuden a este tipo de tratamiento por necesidad económica. Esa es la realidad le pese a quien le pese. Y que un hospital público o una entidad gubernamental esté accediendo a resarcir económicamente a gente para que venga y done sus gametos me parece algo, desde el punto de vista ético, repudiable. (PRA)*

Ya que se adhiere a un sistema altruista, y dada la progresiva consolidación de los esquemas de compensación económica de los gametos en el ámbito privado, la mayoría de los participantes consideraron que sería muy difícil implementar un servicio público de donación de óvulos o embriones regido por el principio de la solidaridad (sin intercambio monetario). Además, según varios entrevistados, existen aspectos bioéticos de la donación de gametos y embriones (régimen de propiedad, confidencialidad, evaluación médica de los donantes) que suponen una gran complejidad, por lo que evaluaron como difícil la implementación inmediata de tal servicio. En unos pocos casos se planteó también cuál sería la prioridad de crear un banco de gametos de cara a otras necesidades.

Pero pese a los temores a la comercialización, las dudas sobre su posible implementación y su relativización como prioridad de salud pública, la mayoría de los consultados consideraron que un servicio hospitalario de donación de gametos permitiría ampliar el universo de sujetos que acceden actualmente a TRA y consolidaría lo previsto en la Ley, es decir, el acceso sin limitación por orientación sexual o situación conyugal. Así, se articuló una noción de derecho reproductivo y equidad de la salud:

• E2: *No solamente tenemos este impedimento, sino también en las parejas homosexuales. Nosotros no podemos garantizar un tratamiento a una pareja homosexual porque (...) un banco de gametos es impensable para un tratamiento así (...) Yo creo que sería bastante beneficioso. Hoy*

por hoy no podemos dar respuestas a aquellos pacientes que requieren ovodonación (PRA)

Como se señaló anteriormente, la Ley no establece el requisito de situación de pareja, convivencia ni casamiento para el acceso a las técnicas de reproducción. Para el acceso de mujeres sin pareja, sin embargo, es necesario contar con la donación de gametos, única manera en la cual estas pueden ser tratadas. A pesar de no contar con tal servicio, los participantes fueron consultados sobre la posibilidad de que el hospital proveyera asistencia reproductiva a este grupo. En general se mostró una buena predisposición hacia la inclusión en la Ley de la cobertura del tratamiento de mujeres sin pareja. En algunos casos, surgió entre algunos entrevistados una visión anclada en experiencias personales o expresada en forma de sentimientos, calificados como individuales, respecto del potencial acceso de mujeres sin pareja. Algunos de estos participantes utilizaron su propia experiencia (por ejemplo, haberse criado sin madre o padre) para argumentar a favor de la crianza por parte de un solo progenitor. En otros casos, prevaleció una apelación a sentimientos de admiración hacia aquellas mujeres que buscan la maternidad incluso estando sin pareja, en una visión que destacó la primacía del instinto y el deseo maternal por encima de otras condiciones objetivas.

La mayoría de los participantes mostraron una actitud de respeto hacia la opción de la búsqueda de maternidad sin pareja. Así, un buen número de entrevistados pusieron de manifiesto la noción de un mundo cultural en movimiento, donde las diferencias en materia de constitución familiar se visibilizan cada vez más y deben respetarse. La maternidad sin pareja fue vista como una forma más de diversidad cultural, un estilo de vida:

• E7: *Yo no puedo opinar sobre tu condición, si son homosexuales o madre soltera, eso tiene que ver con un estilo de vida que va llevando el mundo ¿no es cierto? (PRA)*

Entre quienes se manifestaron a favor, pocos lograron abordar la cuestión del acceso de mujeres sin pareja como una cuestión de derechos más que desde un punto de vista sentimental:

• I: *¿(...) qué te parece esta apertura en la Ley, en estos temas?*

• E7: *A mí me parece que está bien.*

• I: *¿(...) que mujeres sin pareja accedan?*

• E7: *Yo estoy de acuerdo. Tiene que ser, no sé, como un derecho para todos ¿no? (PRA).*

Otro grupo de participantes, sin embargo, no se mostró tan proclive a la inclusión en la Ley de la maternidad sin pareja. Quienes así piensan, tendieron a desarrollar tres tipos de argumentos. En el primero de los casos, se consideró que la búsqueda de procreación por parte de una mujer sin cónyuge obedece a razones individualistas, un egoísmo que parece casi anticipar una mala crianza. En otros casos, la renuencia a un posible acceso a las TRA por parte de mujeres sin pareja fue fundamentada en términos de recursos escasos, y en que ese tipo de cobertura no sería una prioridad de salud pública. La discusión sobre la escasez de recursos públicos vino atada al tercer tipo de argumentación, que opuso la

maternidad sin pareja en tanto estilo/opción de vida a la idea de patología o enfermedad, donde estas últimas deberían ser destino prioritario de los fondos públicos para la salud, y no otras situaciones de carácter "social":

• E9: *Si me parece bien que cubra a la gente que no puede tener hijos porque es una patología. Que las obras sociales tengan que cubrir un tratamiento de fertilidad a alguien que no tiene hijos porque es una elección de vida, eso a mí me parece que las obras sociales no lo tienen que cubrir.*

• I: *¿Como alguien que ...?*

• E9: *Y, por ejemplo, que una mujer sola quiera hacerse una inseminación porque no tiene pareja, o qué sé yo. (PRA)*

Aunque de carácter minoritario, estas percepciones forman parte del conjunto de opiniones, valores y actitudes, y constituyen un aspecto de la trama de sentido a través de la cual los informantes evalúan el acceso por parte de los sujetos previstos por la Ley.

Los participantes de esta investigación también fueron consultados acerca de sus opiniones, valores y actitudes sobre la eventual implementación de tratamientos para parejas del mismo sexo. En general, hubo actitudes positivas respecto de la atención. En algunos casos, se planteó espontáneamente como una falencia en términos de derechos el hecho de que la Ley y el propio hospital no hayan previsto la atención de parejas gays de manera más adecuada:

En otros casos, la actitud positiva fue explicitada —al igual que en el acceso por parte de mujeres sin pareja— a través del reconocimiento de una cultura sexual y conyugal en transformación y de la identificación de personas con diferentes "perfiles":

• E4: *Lo de la amplitud me parece que está bien, la amplitud de si se puede casar una pareja gay, que me parece bien que cada uno tenga su perfil, me parecería bien también que pueda llevar a cabo de tener su familia (...) Con respecto a la orientación sexual y todo eso, a mí me parece que, es más, la ley de adopción también tendría que ser como más amplia en ese sentido. Si dejamos que se casen, tenemos que dejar que formen su familia también. (PRA).*

Entre algunos de los entrevistados surgieron, sin embargo, posicionamientos ambivalentes, que si bien estaban en términos generales a favor del acceso de parejas del mismo sexo, sostenían al mismo tiempo argumentos tales como que la reproducción humana involucraba "óvulo y espermatozoide", implicando —al menos a nivel biológico— la mutua necesidad de lo femenino y lo masculino:

• E3: *(...) si me baso en la realidad única, que para mí es engendrar una criatura desde un hombre y una mujer. Se necesita un óvulo y un espermatozoide, y para mí eso es suficiente (...) Y por más que seas una pareja de homosexuales, vas a necesitar un óvulo. Entonces, necesitamos unos de los otros. (PCI)*

Unos pocos entrevistados consideraron que la atención de parejas del mismo sexo no era una prioridad de salud pública, especialmente en un contexto de escasos recursos. Sus argumentos fueron semejantes a los utilizados para discordar con el acceso de mujeres sin pareja:

• E9: *(...) o porque tiene una pareja del mismo sexo. Eso no es una patología. No tendría que cubrirlo la obra social. Tomar la decisión de tener un hijo con tu pareja del mismo sexo, me parece que si te vas a pagar una inseminación, te la tenés que pagar vos. A mí me parece mal que todos, o que nosotros... todos con los impuestos tengamos que pagar cosas que no son patología. (PRA)*

Al igual que en el caso del acceso por parte de mujeres sin pareja, estas opiniones son minoritarias pero forman parte del entramado semántico a través del cual se da sentido a la atención de estos sujetos en el hospital.

DISCUSIÓN

Los entrevistados (sin distinción entre los profesionales con especialización en TRA o el personal encargado de garantizar las condiciones de provisión) mostraron una actitud positiva respecto a IA, FIV e ICSI, sin cuestionar la implementación de ninguna de estas técnicas. La mayoría de los participantes respaldó la provisión de tratamientos con donación de gametos, como forma de contribuir a la procreación de aquellas personas que no pueden reproducirse con los propios. Sin embargo, dudaron de las posibilidades de su implementación, ya que a) desconfiaron de un esquema público en el que medie dinero a cambio de gametos (debido al riesgo de comercialización); b) descreyeron de que hubiera suficientes donantes sin retribución económica; c) consideraron que las cuestiones bioéticas eran demasiado complejas como para resolverse próximamente; d) no estimaron que fuera un objetivo de salud pública de cara a otras necesidades del sector, lo que evidencia una noción de derechos reproductivos y a la salud restringida por una lógica económica de administración de recursos. Un porcentaje menor de consultados se mostró de acuerdo con la donación de embriones, aunque vio muy difícil su implementación.

La mayoría de los participantes de esta investigación, de manera independiente al segmento, tuvo una actitud favorable a la reproducción por parte de mujeres solas (contemplada en la Ley, aunque actualmente irrealizable en el hospital). Si bien esta actitud fue poco planteada en términos de derechos de los sujetos involucrados, se registró en general una actitud de respeto hacia formas de organización familiar diferente, formulada (de manera semejante a lo hallado por Ariza³ en tanto argumento para recurrir a las TRA) a través del tópico de la admiración y la primacía del instinto y el deseo. Sólo unos pocos de los consultados pensaban que la maternidad sin pareja no debía ser solventada por el sistema público.

En cuanto al acceso a las TRA por parte de parejas del mismo sexo, la mayoría de los entrevistados (nuevamente sin diferencias por segmento) manifestó su acuerdo con la inclusión en la Ley de la cobertura del tratamiento. En general, este acuerdo se viabilizó como una actitud de respeto hacia estilos de vida distintos, lo que habla de una buena predisposición a colaborar con la potencial implementación de un servicio de este tipo, pero revela asimismo un desconocimiento de las discusiones sobre orientación sexual,

en tanto definición identitaria y política de la persona. En algunos casos surgieron, sin embargo, argumentaciones ambivalentes, que estaban en términos generales a favor del acceso de parejas del mismo sexo, aunque usaban también un discurso de cierto corte biologicista (en el cual la reproducción humana involucra óvulo y espermatozoide) y, en cierta medida, parecían extrapolar esos conceptos a la necesidad de una familia con padre y madre.

Pocos participantes se manifestaron en contra de la cobertura pública de las TRA para parejas del mismo sexo. Sin embargo, el peso de esas opiniones podría llegar a ser importante: profesadas por los entrevistados de mayor trayectoria, tendría un mayor potencial para efectivamente bloquear la implementación de un servicio de donación de gametos.

Los resultados de este estudio muestran que la letra de la Ley es apropiada no tanto en el lenguaje de los derechos, sino en el de la simpatía, la admiración y la identificación con la condición de personas con historias y trayectorias diversas. A la vez, varios consultados no parecieron considerar que estas personas tengan un derecho de acceso a TRA, aun cuando está estipulado en la Ley. Si bien aquellos son factores importantes, como estructura de sentimientos facilitadora de la implementación de la Ley, muy pocos consultados aludieron a la ausencia de respuesta para las mujeres sin pareja y parejas de lesbianas que se da en el hospital entendiéndola como la lesión a un derecho. Esta postura se basa más en el respeto a otros estilos de vida que en la efectivización de un derecho, así como en la consideración de que el acceso de los sujetos contemplados en la Ley no es tan prioritario como otras necesidades de salud pública. Sin embargo, la presencia de un discurso explícito en torno a los derechos es un aspecto importante para poder implementar los tratamientos necesarios. La falta de referencias a los derechos podría ser subsanada a través de esquemas de formación.

Este estudio también muestra la ausencia de relación con el segmento de desempeño de los entrevistados (PRA y PCI). Más allá de la necesidad de realizar estudios sucesivos, todo indica que el área de desempeño hospitalario no incide en las opiniones, valores y actitudes respecto a los tipos de tratamiento de reproducción asistida disponibles y al acceso de los sujetos beneficiarios definidos por la Ley. Asimismo, cabe notar que los segmentos fueron aquí definidos en términos de formación y no de pertenencia a un determinado estamento jerárquico, por lo que cada uno se compone de un conjunto heterogéneo de participantes con distinta responsabilidad y pertenencia al escalafón laboral. Los diferentes posicionamientos de los participantes en torno a las cuestiones indagadas tienen mayor o menor capacidad de incidencia en la provisión de TRA según el nivel de jerarquía y autoridad detentado por los entrevistados.

Es necesario destacar que la realización de este estudio en un hospital público de CABA, donde ya ha sido implementado un servicio de TRA, podría originar sesgos en las percepciones de los consultados, dado que la población entrevistada ya provee desde hace tiempo los tratamien-

tos en cuestión. Existe la posibilidad de que un equipo de salud con otra trayectoria (de menos tiempo, por ejemplo) arroje resultados globales distintos a los hallados en esta investigación.

Por último, cabe aclarar que aunque las consideraciones económicas son fundamentales para el efectivo ejercicio de los derechos a la salud y a la reproducción, estas no deberían ser utilizadas para sostener la exclusión de determinados sujetos del acceso a TRA. La importancia de los aspectos económicos debe apuntar en todo caso a una efectiva administración de los recursos sobre la base de los principios de igualdad y no discriminación.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Dado que la Ley 26862 establece el acceso a las TRA sin distinciones de situación conyugal ni orientación sexual y que en el hospital estudiado no se ofrece donación de gametos, necesaria para el acceso de las mujeres sin pareja y parejas lesbianas, el sistema público se beneficiaría al atender las especificidades de la Ley, garantizando que aquellos tratamientos que no han sido aún implementados comiencen a serlo a la brevedad, de forma de dar acceso a las poblaciones que hoy no pueden ser asistidas. Debe atenderse específicamente la consideración de los entrevistados respecto de la preferencia por un sistema altruista.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los resultados de este estudio muestran ciertas falencias en la formación de los recursos humanos respecto a TRA y la plena aprehensión de los conceptos que sustentan la Ley 26862, como el derecho a la salud, a formar una familia y a la procreación. Se observó una escasa apropiación del lenguaje y comprensión de los derechos implicados, especialmente en su articulación con la aceptación de arreglos familiares ahora más visibilizados y posibilitados por las TRA. Esta investigación contribuye a identificar esas lagunas, que podrían ser subsanadas en esquemas de formación. Parece especialmente relevante proveer instancias de formación sobre las nociones de género, orientación sexual, diversidad sexual, derechos de género, sexuales y reproductivos. Asimismo, es importante promover el conocimiento de leyes necesariamente articuladas con la que da marco a este estudio, principalmente la Ley de Matrimonio Igualitario, que iguala a las parejas heterosexuales y del mismo sexo en sus derechos al matrimonio y a la descendencia. Cada uno de estos conceptos y leyes podría abordarse durante la formación de forma singular (por ejemplo, a través de definiciones consensuadas y del análisis de su contenido, en el caso de la Ley); luego podrían proveerse instancias de debate y de expresión de las dudas o falta de acuerdo por parte de los consultados. Adicionalmente, podrían sugerirse ejercicios, como el diseño hipotético de servicios médicos que articulen las definiciones y leyes provistas, en contraste con otros que no lo hacen. Esto permitiría observar las

diferencias entre ambos esquemas y promover una plena sensibilización hacia las nociones y leyes estudiadas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La aprobación y el sustento de la Ley 26.862 en los principios de igualdad y discriminación son consonantes con los de otras leyes con las cuales aquella forma un sistema, como la Ley de Matrimonio Igualitario y la Ley de Identidad de Género. La investigación realizada a nivel mundial junto con dos investigaciones argentinas muestra la relevancia de producir datos que revelen actitudes, valores y opiniones (FS) de las personas y, especialmente, de los proveedores de salud respecto a la reproducción asistida. Dada la creciente demanda de TRA desde diferentes grupos sociales, sería recomendable realizar estudios sobre las percepciones

del acceso a TRA por parte de personas cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer, es decir, personas trans. Adicionalmente, sería provechoso realizar investigaciones específicas para conocer los significados atribuidos por los consultados al embrión in vitro, e indagar en profundidad cómo esos significados afectan las percepciones sobre prácticas como la criopreservación de embriones y la donación.

Este estudio mostró la relevancia de indagar en las percepciones de los profesionales y personal de la salud en torno a la Ley. Habida cuenta de la falta de relación existente entre el segmento de desempeño (PRA y PCI) y las opiniones mantenidas, es necesario profundizar el tema de los condicionantes de las valoraciones profesionales en sucesivas investigaciones.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Ariza L. Factores que inciden en la provisión de tratamientos de reproducción asistida en un hospital público de ciudad de Buenos Aires. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Dic;8(33):28-34.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kemelmajer de Carlucci A, Herrera M, Lamm E. Hacia la ley especial de reproducción asistida. Cuando la nación prima. *La Ley*. 2014;LXXVIII(224):1-4.
- Straw C. La reproducción asistida: similitudes y diferencias en mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires. *I Congreso de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*. Córdoba. 2014.
- Ariza L. La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisivos acerca del recurso a la reproducción asistida en parejas infértiles de Buenos Aires. *Ea Revista de humanidades médicas y estudios sociales de la ciencia y la tecnología*. 2010;2(1):1-47.
- Williamson I. Internalized Homophobia and Health Issues Affecting Lesbians and Gay Men. *Health Educ Res*. 2000;15(1):97-107.
- Long J, Serovich J. Incorporating Sexual Orientation into MFT Training Programs: Infusion and Inclusion. *J Marital Fam Ther*. 2007;29(1):59-67.
- Peterson M. Assisted Reproductive Technologies and Equity of Access Issues. *J Med Ethics*. 2005;31(5):280-285.
- Daar J. Accessing Reproductive Technologies: Invisible Barriers, Indelible Harm. *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice*. 2013;23(1):18-82.
- Kemelmajer de Carlucci A, Herrera M, Lamm E. La reproducción médicamente asistida. Mérito, oportunidad y conveniencia de su regulación. *La Ley Uruguay*. 2011;1304:1-12.
- Calise SG. El derecho observando a los embriones: el caso argentino. *Nómaditas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 2011;29:1-21.
- Luna F, Salles A. Introducción: Problemas en Torno a Nuevas Formas de Procrear. En: Luna F, Salles A (ed.). Decisiones de vida y de muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Buenos Aires: *Sudamericana*; 1995.
- Luna F. Bioethics and Vulnerability: A Latin American View. *Ámsterdam: Rodopi*; 2006.
- Luna F. Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*. 2013;28:33-47.
- Lloveras N, Sapena J. El Diagnóstico Genético Preimplantacional. *Revista de Bioética y Derecho*. 2010;18:10-16.
- Bacín G, Gemetro F. Comaternidad: Experiencias, definiciones y derechos. En: Felitti K (ed.). Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina actual. Buenos Aires: *Ciccus*; 2011.
- Ariza L, Libson M. Biología, maternidad y derechos. Experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas con la procreación asistida. En: Geldstein RN, Schufer

ML (ed.). Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad. Buenos Aires: *UNFPA/Biblos*; 2011.

¹⁶ Garay R. El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En: Tarducci M (ed.). Maternidades en el siglo XXI. Buenos Aires: *Espacio Editorial*; 2008.

¹⁷ Ariza L. Dar vida: de torno al derecho a la cobertura médica del tratamiento de la infertilidad. En: Felitti K (ed.). Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina actual. Buenos Aires: *Ciccus*; 2011.

¹⁸ Cuberli M, Lois M, Palopoli A. Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida. En: Petracci M (ed.). Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público. Buenos Aires: *Teseo*; 2011.

¹⁹ Ariza L. Gestión poblacional del parentesco y normatividad: la producción de variabilidad biológica en el intercambio de gametas de la reproducción asistida. En: Jones D, Figari C, Barrón López S (ed.). La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina. Buenos Aires: *Biblos*; 2012a.

²⁰ Ariza L. La "coordinación fenotípica" en los tratamientos de reproducción asistida: parentesco, inscripción e interacción humana-no humana. En: Ibáñez Martín R, Pérez Sedeño E (ed.). Cuerpos y diferencias. Madrid: *Plaza y Valdes*; 2012b.

²¹ Ariza L. Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En: Cepeda A, Rustoyburu C (ed.). De las hormonas sexuales al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil. Mar del Plata: *EUDEM*; 2014.

²² Raspberry KA. The Genesis of Embryos and Ethics In Vitro: An Ethnographic Analysis of Assisted Reproduction Practices in Argentina [Tesis]. Chapel Hill: *Center for Genomics and Society, University of North Carolina*; 2008.

²³ Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5/6):302-209.

²⁴ Braverman P, Gruskin S. Defining Equity in Health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:254-258.

²⁵ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. OMS. 2006. [Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1] [Último acceso: 26/12/2017]

²⁶ David M, Sutton CD. The Qualitative and the Quantitative in Social Research. En: David M, Sutton CD (ed.). *Social Research, the Basics*. Londres: *Sage*; 2004.

²⁷ Hammersley M. *Reading Ethnographic Research: A Critical Guide*. Londres/ Nueva York: Longman; 1998.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Compartir igual – Si se realizan obras derivadas deben distribuirse bajo la misma licencia del original.