

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Spring 2020

Las perspectivas y experiencias de los profesionales del campo de la reproducción asistida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Bahía Blanca en el año 2020. / The perspectives and experiences of the professionals in the field of assisted reproduction in the Autonomous City of Buenos Aires and Bahía Blanca in 2020.

Calder Hollond
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Health Law and Policy Commons](#), [Health Policy Commons](#), [Latin American Languages and Societies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), [Obstetrics and Gynecology Commons](#), [Reproductive and Urinary Physiology Commons](#), [Social and Cultural Anthropology Commons](#), and the [Women's Health Commons](#)

Recommended Citation

Hollond, Calder, "Las perspectivas y experiencias de los profesionales del campo de la reproducción asistida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Bahía Blanca en el año 2020. / The perspectives and experiences of the professionals in the field of assisted reproduction in the Autonomous City of Buenos Aires and Bahía Blanca in 2020." (2020). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3302.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3302

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

**Las perspectivas y experiencias de los profesionales del campo de la reproducción asistida
en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Bahía Blanca en el año 2020.**

**The perspectives and experiences of the professionals in the field of assisted reproduction
in the Autonomous City of Buenos Aires and Bahía Blanca in 2020.**

Calder Hollond

Tutora: Lucía Ariza

Spring 2020

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

29 de mayo, 2020

School for International Training, Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos

RESUMEN

En este informe se realiza una exploración del campo de la reproducción asistida en Argentina en 2020 a través de entrevistas personales con seis profesionales en el campo. Estos profesionales vienen de Capital Federal y Bahía Blanca y ofrecen perspectivas diversas en el estado del campo en este momento, los cambios que han pasado en los últimos años, y una mirada hacia el futuro. Este informe utiliza una metodología cualitativa y exploratoria, y un diseño observacional transversal. Además, emplea una muestra no probabilística y un diseño descriptivo para introducir el tema de reproducción asistida en Argentina y después analizarlo a través de las experiencias de los profesionales entrevistados.

El campo de la reproducción asistida en Argentina se ubica en un momento único – la ley nacional 26.862 que se promulgó en 2013 garantiza la cobertura de técnicas de reproducción asistida (TRA) dentro del sistema público y las Obras Sociales es una de las leyes de cobertura de TRA más progresista en el mundo. Además, la visión hacia la infertilidad y la reproducción asistida ha evolucionado mucho en los últimos años con la popularización de un tema históricamente más escondido, y la evolución de la visión social y de la tecnología hace que este campo sea un campo muy dinámico.

Este informe explora estos aspectos complejos del tema a través de un análisis de seis entrevistas personales y la literatura existente. Después de un marco teórico que da un contexto sobre la infertilidad y reproducción asistida en Argentina, se desarrolla un análisis de las perspectivas y experiencias de estos profesionales. Este análisis concluye que la ley nacional 26.862 y los cambios sociales impactaron y cambiaron el campo mucho, que los pacientes con infecundidad involuntaria son un grupo aumentando e importante, y que hay varias barreras que todavía existen que complican la idea de la ley de “cobertura universal” de las técnicas de reproducción asistida.

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Introducción	5
Metodología	9
Marco Teórico-Conceptual	
Un acercamiento a la infertilidad y la reproducción asistida	13
La influencia de la iglesia Católica en la reproducción asistida en Argentina	16
Las teorías feministas y bioéticas sobre la reproducción asistida	18
Ciudadanía reproductiva y derechos	20
Análisis	
Un acercamiento a los entrevistados y sus pacientes	23
Las perspectivas sobre los cambios y la legislación del campo	27
Las barreras al acceso a las técnicas de reproducción asistida	34
Mirando hacia el futuro: los cambios que a los entrevistados les gustaría ver	38
Conclusiones	42
Apéndice	
Apéndice A: Consentimientos informados	45
Apéndice B: Guías de preguntas	47
Referencias	50

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mis entrevistados por compartir su tiempo y sus historias, perspectivas y conocimientos conmigo, especialmente durante el tiempo difícil y ocupado de una pandemia global. Este informe no habría sido posible sin su ayuda, y aprendí mucho de nuestras conversaciones.

Gracias a mi tutora, Lucía Ariza, por trabajar conmigo en el desarrollo y ejecución de este proyecto y por todo su consejo y dirección. Gracias también a mi profesor de español, Agustín Arispe, por su instrucción en el idioma durante todo el semestre, aún después de la transición a clases virtuales, y por su ayuda con la redacción y gramática de mi informe final.

Por toda su ayuda y apoyo general durante un semestre muy único, le agradezco muchísimo al equipo de mi programa de SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos: Ana Rita Díaz-Muñoz, Valeria Lliubaroff, Dana Merwaiss, Pilar Neira, y todos los profesores y profesionales médicos que nos enseñaron durante el semestre. Este semestre fue muy atípico para todo el mundo, por lo que le agradezco a este grupo por su flexibilidad y ayuda continua. Muchísimas gracias también a mi madre anfitriona, Claudia, por invitarme en su casa y apoyarme a distancia después de mi vuelta a los Estados Unidos. Me hubiera gustado haberme quedado más tiempo, y con suerte voy a volver a Argentina algún día.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad en Argentina se encuentra en un contexto socio-histórico único e importante. En 2013, se promulgó la ley nacional 26.862, que garantizaba el acceso completo y gratuito a los procedimientos y técnicas de reproducción asistida médicamente en el sistema público (Ley 26862, 2013). Esta ley establece que “tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que...haya explicitado su consentimiento informado.” Con la inclusión de no sólo parejas heterosexuales, sino también mujeres solteras y parejas lesbianas en esta legislación, Argentina se convirtió en líder en el campo de la legislación de los derechos reproductivos, especialmente en comparación con el resto de Latinoamérica (Stern, 2013, p. 2).

Sin embargo, la implementación y los impactos de esta legislación merecen investigación para averiguar cómo esta ley ha impactado en el campo de la reproducción asistida durante los últimos 7 años. Hay muchos factores que pueden impactar en la implementación y utilización de esta legislación. Por ejemplo, un estudio del año 2012 muestra que de las 15 clínicas que proporcionaron las técnicas de reproducción asistida (TRA) durante ese año, 12 se ubicaron en CABA, Gran Buenos Aires o Córdoba (Morente, 2012, p. 6). Este desequilibrio geográfico, y el hecho que algunos pacientes tengan que viajar para acceder a los tratamientos, complica la idea de accesibilidad a este derecho fundamental. Además, existen diferencias entre la calidad, disponibilidad y precio de TRA en los diferentes sistemas de salud (público, privado y de Obras Sociales). Aunque la ley brinda TRA gratuita para todos, se explora en este informe la utilización actual de estos tratamientos y los cambios que han sucedido en el campo a través de entrevistas con profesionales de la salud que trabajan en clínicas de reproducción asistida..

En este informe, se explora este tema a través de un análisis de varias clínicas de fertilidad que se ubican en dos partes del país: la primera, Capital Federal y el Conurbano, y la segunda, el resto de la Provincia de Buenos Aires. Se explica esta división en más profundidad en la sección de Metodología. Para ello, se llevó a cabo cinco entrevistas en profundidad: tres con profesionales de clínicas en Capital Federal y dos con profesionales de clínicas en la Provincia de Buenos Aires. Se buscó profesionales que habían trabajado en el campo de la reproducción asistida en Argentina desde antes de 2013, para que tuvieran una perspectiva más profunda sobre cómo la ley ha cambiado la accesibilidad y el modo de llevar a cabo este tipo de técnicas. En estas entrevistas, la información que se recolectó fue la siguiente: a) el perfil general de las personas que acceden a tratamientos en las clínicas, según medidas de nivel socioeconómico, área de residencia y tipo de paciente (pareja heterosexual, mujer soltera o pareja lesbiana); b) actitudes de los profesionales sobre los diferentes grupos de pacientes y los cambios en el campo de TRA en los últimos años; c) el proceso de acceso a estos servicios (fuentes de información, precios en el sistema privado, tiempos de espera, tasas de éxito). Esta información permitió crear una imagen detallada de la utilización actual de los servicios prestados por la ley nacional 26.862.

El objetivo general fue explorar cómo los profesionales médicos en el campo de la reproducción asistida perciben los efectos de la ley nacional 26.862 durante los últimos 7 años y cómo ha cambiado la reproducción asistida en Argentina, con respecto a la accesibilidad a servicios. Para llevar a cabo este objetivo general, los objetivos específicos fueron los siguientes: a) describir cuál es el perfil de mujeres que con mayor frecuencia utilizan tecnologías de reproducción asistida en Argentina, con respecto a nivel socioeconómico, sector de salud, y área

de residencia; b) conocer las actitudes de los profesionales médicos sobre los diferentes grupos de pacientes y la utilización de estos servicios; c) conocer desde la perspectiva de los profesionales de la salud cómo la ley ha cambiado el acceso a las técnicas de reproducción asistida para varios grupos de pacientes.

Ha habido estudios relacionados sobre las actitudes de los profesionales médicos en el campo de la reproducción asistida Argentina, pero estos tienen diferencias fundamentales en relación a este informe. En 2017, la investigadora Lucía Ariza realizó un estudio sobre la provisión de TRA en un hospital público de Ciudad de Buenos Aires, y en este informe ella exploró las actitudes de varios profesionales médicos sobre temas como la provisión de servicios a parejas lesbianas y mujeres solteras, la provisión de diferentes técnicas de alta complejidad y el pago de gametos (Ariza, 2017). Sus conclusiones fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo, pero solamente enfocaron en un único hospital público en Capital Federal. En este informe, se intenta expandir este entendimiento de las experiencias y actitudes de profesionales médicos para cubrir más clínicas privadas y un área geográfica más grande.

Además, en un estudio biográfico del año 2016 sobre parejas lesbianas que han buscado tratamientos de reproducción asistida para hacerse comadres, se exploró desde la perspectiva de los pacientes la percepción del sistema de reproducción asistida. Por ejemplo, todas las entrevistadas reportaron que un motivo de desconfianza y crítica fue el aspecto comercial de las clínicas de reproducción asistida, pero nadie reportó discriminación ni estigmatización de parte de los profesionales de la salud durante los tratamientos (Trupa, 2016, p. 48). Mientras ese estudio de 2016 exploró este tema desde la perspectiva de los usuarios, este informe intenta explorar las actitudes y experiencias de los profesionales de la salud que brindan las TRA. El

propósito de este informe es responder a las siguientes preguntas de investigación: primero, ¿cuál es el perfil de pacientes que generalmente utilizan técnicas de reproducción asistida?; segundo, ¿cuáles han sido los efectos de la ley nacional 26.862 en el campo de la reproducción asistida?; y por último, ¿cuáles son las actitudes de los profesionales médicos hacia el desarrollo del campo?

Estamos ubicados en un tiempo crucial para la expansión de los derechos reproductivos, el feminismo, y la tecnología de reproducción asistida. Por ello, un trabajo de investigación que dé cuenta y analice la legislación y cómo ésta funciona se torna muy pertinente. Argentina, en varios sentidos, es pionera en el campo de la salud reproductiva debido a su sistema de salud universal y su garantía del tratamiento de la infertilidad como un derecho garantizado, mientras que hay muchos países desarrollados que aún no tienen este tipo de sistema. En el futuro, es muy posible que otros países adopten leyes similares para ampliar los derechos reproductivos de todos. Una comprensión amplia de los impactos de la implementación de esta ley, vista a través de los profesionales médicos y analizada a través de varios ejes sociales, creará una perspectiva que será crucial para entender la implementación de este tipo de leyes y para guiar la posible implementación futura.

En este informe se desarrolla una exploración de este campo a través de seis entrevistas personales y una revisión literaria. Primero, se explica la metodología de la estructura de la investigación y la recolección de datos. A continuación, se desarrolla un marco teórico-conceptual sobre los antecedentes de la infertilidad en Argentina a través de varios ejes teóricos. Luego, se explica los resultados de las entrevistas y se analiza los descubrimientos y las conexiones entre ellos, y por último, se explica las conclusiones principales de este informe.

METODOLOGÍA

El universo de estudio de este informe fue las clínicas de reproducción asistida en CABA y Provincia de Buenos Aires en el año 2020, y los profesionales médicos que brindan los tratamientos. Debido a esto, la fuente de información principal fue los profesionales médicos que brindan las técnicas de reproducción asistida. Este enfoque permitió conocer sobre una sección diversa de pacientes entre diferentes barrios y niveles socioeconómicos. Se exploró las diferencias entre dos áreas: Capital Federal y Bahía Blanca, una ciudad en el sur de la Provincia de Buenos Aires. Esta separación permitió ver las diferencias geográficas entre estas dos áreas de residencia. Además, se examinó las diferencias entre los hospitales públicos y las clínicas privadas.

Debido a las restricciones temporales y de la pandemia, el abordaje metodológico fue cualitativo, para poder abordar las investigaciones en la manera más entendible y razonable al final del tiempo de investigación. Además, la investigación la llevó a cabo desde un abordaje exploratorio, y se detectó que se quería investigar los aspectos y dimensiones de las diferencias en acceso y utilización de la TRA según perfil de pacientes y área geográfica. Se descubrió estas interacciones a través de entrevistas con profesionales médicos. Se utilizó un diseño observacional transversal, que permitió observar el campo de la TRA en Argentina a través de fuentes primarias y secundarias sin realizar un experimento más clínico. Con este diseño, se pudo captar las actitudes de profesionales médicos en diferentes clínicas al mismo momento, en mayo de 2020. Además, dado que se usó un abordaje cualitativo, no cuantitativo, se utilizó una muestra no probabilística y un diseño descriptivo, porque no importaban los márgenes de error ni la probabilidad.

Para la investigación, se usó fuentes de información primarias y secundarias. Se entrevistó a profesionales de la salud que trabajan en clínicas de fertilidad, porque brindaron un punto de vista amplio sobre los grupos de pacientes que usan las TRA. Las fuentes secundarias fueron la literatura preexistente sobre el campo de estudio. Se hizo una revisión bibliográfica sobre los informes preexistentes y relevantes, y se basó el marco teórico en esta base de conocimiento. Además, se analizó los datos existentes del Ministerio de Salud y otras organizaciones sobre la TRA en Argentina, y se incorporó teoría sobre el género y la infertilidad para crear una base teórica para este informe. Después de esta primera revisión literaria, se trabajó con Lucía Ariza, quien sirvió como una tutora para este informe y ayudó a guiar su desarrollo. Se desarrolló guías de preguntas para las entrevistas y se tuvo contactos con varios profesionales médicos de clínicas en las áreas de interés.

Debido a la logística del coronavirus, se realizó varias entrevistas remotas con profesionales que trabajan en las clínicas de infertilidad y los hospitales en que brindan las TRA. Se hizo entrevistas con cuatro profesionales de Capital Federal y dos profesionales de Bahía Blanca, en un total de seis entrevistas. En estas entrevistas, se preguntó sobre el proceso de acceso a estos servicios, el perfil de los pacientes que utilizaron las TRA con más frecuencia, y las actitudes de los profesionales sobre aspectos del campo de la reproducción asistida. Estas entrevistas fueron de entre 20 y 60 minutos, y se realizaron de una manera virtual a través de una videollamada. Después de las entrevistas, se hizo desgrabaciones de las conversaciones y se implementó una teoría fundamentada para comparar y analizar los datos. Se empezó con la codificación abierta, en la cual se identificó temas comunes y se categorizó todos los datos en estos códigos comunes. Luego, se los examinó y se identificó conceptos claves y temas

generales, identificando similitudes y diferencias entre las perspectivas y experiencias de los entrevistados. Se determinó los temas y descubrimientos más relevantes, y con estos se organizó la discusión de este informe.

Consideraciones Éticas

Antes de hacer las entrevistas, se les dio una copia del formulario de consentimiento informado para este informe a los participantes para que entendieran el formato de la entrevista y sus derechos. Este formulario se puede encontrar en el Apéndice. En este formulario, se explicó la estructura de este proyecto y que los participantes tenían el derecho a parar la entrevista en cualquier momento o decidir no responder a cualquier pregunta. Además, se mostró cuáles eran los propósitos de las entrevistas y que se quería grabar la conversación, si el participante estaba de acuerdo. Por último, se les ofreció una copia del informe final.

Se reconoció que el tema de reproducción asistida puede ser sensible. Aunque es legal en Argentina hoy en día, algunos grupos tienen objeciones sobre estas prácticas. Para mitigar los problemas éticos que podrían venir de este tema, se practicó el anonimato completo con los participantes en este informe. No se usó los nombres reales de las personas, los nombres de las clínicas, ni ningún otro tipo de información de identificación. Además, se compartió esta política de anonimato en el formulario de consentimiento informado.

Otra cuestión ética surge debido a la situación global de coronavirus. Se estuvo en los EE.UU., por lo que no era posible hacer entrevistas en persona. Debido a esto, se tomó medidas para asegurar la seguridad y confidencialidad de los datos y grabaciones, y se compartió esta información en el formulario de consentimiento informado también. Este plan de metodología y

consideraciones éticas fue aprobado por un Comité de Ética de SIT/ISALUD el 14 de mayo de 2020.

Reflexiones y Limitaciones

Inicialmente, el plan para la recolección de datos involucró entrevistas en persona ubicadas en Argentina. Desafortunadamente, debido a las circunstancias de la pandemia del coronavirus, la investigadora de este informe se volvió a los Estados Unidos y se llevó a cabo las entrevistas de manera remota. Esta condición causó diferencias y dificultades en la recolección de datos. Por una parte, el formato remoto fue mucho más flexible que un formato en persona que habría requerido viaje y más coordinación de horarios. Los horarios de las entrevistas remotas fueron mucho más flexibles y fáciles coordinar. Por otra parte, el formato remoto perdió mucha de la dimensión personal. No se pudo observar los ambientes de las clínicas, y el grado de conexión personal a través de una pantalla o una llamada por teléfono no es el mismo que una conversación en persona. No obstante, las circunstancias de la pandemia fueron completamente incontrolables, y fue necesario adaptarse. La habilidad de hacer entrevistas a la larga distancia de 9000 kilómetros fue invaluable.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

A. Un acercamiento a la infertilidad y la reproducción asistida

La infertilidad, o la condición médica de no poder tener hijos de forma natural, ha sido históricamente un tema muy escondido, pero la realidad es que es más común de lo que pensamos. Según estudios cuantitativos, aproximadamente el 10% de las mujeres en todo el mundo tienen problemas con la fertilidad. La ONG Observatorio de la Maternidad ha estimado a partir de tasas mundiales que aproximadamente 1 millón de mujeres en Argentina tienen problemas con la infertilidad (Mantero, 2017, p. 2). Para entender esta condición y también las condiciones relacionadas, es importante entender la diferencia entre la infertilidad y la infecundidad. Estos dos conceptos están relacionados, pero no son los mismos. La infecundidad refiere a la condición de no tener hijos, pero esta puede ser voluntaria o involuntaria.

La infecundidad involuntaria usualmente se piensa como la infertilidad, pero estos dos términos son diferentes. La infertilidad es una condición médica; por el contrario, la infecundidad involuntaria no siempre tiene una causa médica. Por ejemplo, una de las principales causas de la infecundidad involuntaria es ser una pareja homosexual que quiere tener hijos, pero no puede hacerlo sin asistencia médica. Diniz y Gomes Acosta describen en detalle el papel de la medicina reproductiva en este campo:

A pesar de que la Medicina Reproductiva se postula como un campo de tratamiento de la infertilidad, su principal garantía es la de solucionar por medio de las tecnologías reproductivas la infecundidad involuntaria mediante la producción de bebés. Esa frontera entre infecundidad e infertilidad es de especial importancia para la comprensión del fenómeno moral que está siendo protegido por las leyes, normas y protocolos médicos en diferentes países latinoamericanos. (Diniz, 2005, p. 13).

La diferencia entre la infecundidad involuntaria y la infertilidad es especialmente relevante en el análisis de las diversas leyes que rodean la provisión de tratamientos médicos.

A.1. La infertilidad secundaria

A menudo, se piensa que la infertilidad es un problema que solamente afecta a las mujeres de clase alta, quienes han retrasado tener hijos para hacer carrera y ahora necesitan ayuda médica para quedar embarazadas. Se cree que la infertilidad y sus tratamientos son un problema de las áreas de clase alta en los países desarrollados, y este acto de obtener ayuda médica se considera un poco egoísta (Luna, 2014, p. 7). Este estereotipo no es la verdad: sabemos que la infertilidad puede afectar a mujeres de todas las clases socioeconómicas, de todos los países y de todas las edades. De hecho, la infertilidad en la actualidad es más común en comunidades de bajos ingresos debido a un fenómeno que se llama “la infertilidad secundaria” – infertilidad causada por VIH, ETS y otras cosas influenciadas por factores socioeconómicos como la educación, la falta de acceso a la atención médica y otros. Por ejemplo, la clamidia y la gonorrea son enfermedades de transmisión sexual que se pueden tratar fácilmente. Sin embargo, si una mujer no es tratada, la enfermedad puede invadir la zona pélvica, causando infertilidad permanente en casos graves (Luna, 2014, p. 5). La infertilidad es una enfermedad que puede ser congénita y afectar a todo tipo de mujeres, pero también se puede causar por razones externas que se agravan por determinantes sociales de la salud. La contradicción entre la idea que la

infertilidad es una condición solamente de la clase alta y la realidad de que afecta más a la clase baja se puede ver en las actitudes hacia el sistema público y privado en Argentina.

A.2. Las técnicas de reproducción asistida

En el pasado, las personas que fueron afectadas por la infertilidad no podían cambiar nada. Hoy en día, los avances tecnológicos han modificado significativamente el estado de ser estéril a través del desarrollo de técnicas de la reproducción asistida (TRA), o la utilización de técnicas no coitales para concebir un hijo. Estas técnicas incluyen la FIV, transferencia embrionaria, transferencia intrauterina de gametos, transferencia intrauterina de cigotos, e inseminación artificial, y se pueden dividir en de baja complejidad y de alta complejidad. Como explica la investigadora Lucía Ariza en su informe sobre los factores en la provisión de TRA en CABA, las técnicas de baja complejidad son aquellas en las cuales “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.” Las técnicas de alta complejidad son “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” (Ariza, 2017, p. 29).

Sin embargo, estas técnicas pueden ser muy caras, y su costo puede ser un obstáculo que las personas estériles tienen que superar para realizar sus sueños de tener hijos. En los países donde una persona tiene que pagar por estos tratamientos con su propio dinero, como los

EE.UU., la infertilidad es efectivamente una enfermedad en la que solamente las personas con recursos financieros, educativos y sociales pueden ser tratadas. En los EE.UU., una ronda de FIV puede costar \$10,000-20,000 USD, y a menudo una persona tiene que hacer más de una ronda. Por esto, las mujeres con mayores niveles de ingresos y educación son mucho más propensas a buscar TRA (Scholl, 2017, p. 79). De esta manera, la infertilidad se convierte no solamente en una condición médica sino también en una condición social en la que la habilidad de superar esta condición depende de la clase, educación, y privilegio de la paciente. La ley nacional 26.862 de 2013 ha tratado de eliminar el factor económico y aumenta la accesibilidad en Argentina, pero todavía hay barreras que existen.

B. La influencia de la iglesia Católica en la reproducción asistida

La teoría bioética y las opiniones circundantes a la TRA y su cobertura son variadas y complicadas. Existe un indudable dominio de la Iglesia católica en Argentina, que influye tanto en la legislación como en las actitudes individuales de los profesionales médicos y las personas estériles. Hasta el 90% de los argentinos se identifican como católico, aunque no todos practican su fe regularmente. (College, 2007, p. 16). Como explica Gabriela Irrazábal en su investigación de bioeticistas católicas, “Una amplia cantidad de trabajos sostiene que el principal actor que obstaculiza y se opone a la utilización de estas técnicas es la Iglesia católica, según el análisis de los documentos de la doctrina de esta institución, que se manifiestan claramente en contra de la utilización de estas técnicas” (Irrazábal, 2012, p. 116). La concepción de los derechos reproductivos ha cambiado con los años, pero una encuesta de Argentina del año 1994 encontró

que, en Argentina en ese momento, los derechos reproductivos no se consideraron generalmente como derechos humanos básicos debidos en gran parte a la oposición de la Iglesia católica. Debido a esto, los políticos no apoyaban las leyes a favor de los derechos reproductivos por temor a perder fondos y apoyo político de la Iglesia (International, 1994, p. 3).

Una etnografía de actitudes de estos profesionales hacia la reproducción asistida en 2007, antes de la promulgación de la ley de 2013, reveló una interacción entre las ideas de “naturaleza” y los derechos reproductivos. Algunos médicos reconciliaron sus creencias religiosas con su trabajo considerando la reproducción asistida como “echar una mano” a las personas que no podían tener hijos naturalmente, en lugar de una concepción católica de que la TRA es antinatural o inmoral (College, 2007, p. 18). Sin embargo, algunas de estas personas solamente aprobaron estas prácticas para las parejas heterosexuales, quienes las vieron como naturales, y no para las parejas homosexuales ni las mujeres solteras. Además, esta etnografía cuenta las historias de varias pacientes de TRA que fueron practicantes católicas. Una pareja heterosexual, por ejemplo, reconcilió sus creencias religiosas con su deseo de crear una familia a través de la creencia de que estaban manteniendo el valor tradicional de familia y maternidad (p. 47). Esta reconciliación también refuerza la heteronormatividad. La iglesia Católica ha tenido una influencia fuerte en el campo de derechos reproductivos y reproducción asistida en Argentina, tanto en los aspectos políticos como en los sociales y personales, y su impacto en la opinión social circundante las parejas igualitarias, la gestación por sustitución, y otras técnicas de alta complejidad tiene que ser considerado en el análisis del campo de la reproducción asistida.

C. Las teorías feministas y bioéticas sobre la reproducción asistida

Aunque esa línea de criticismo de la TRA proviene de una fuente más conservadora, además hay preocupaciones que se basan en el feminismo bioético. Por ejemplo, el razonamiento detrás de gran parte de la legislación sobre la TRA todavía se basa en la ideología de que la maternidad es esencial para la vida de una mujer, una idea que refuerza el bio-esencialismo y los papeles de género (Ariza, 2017, p. 15). Las mujeres estériles pueden ser presionadas para convertirse en madres al someterse a tratamientos que son física y psicológicamente difíciles y que no se garantiza que funcionen (Luna, 2014, p. 10). Mariana Cherro habla sobre esta “urgencia reproductiva que ... obliga a las parejas pero fundamentalmente a las mujeres a acudir a la medicina reproductiva” (p. 361) en su análisis de reproducción asistida en La Plata, y plantea que hay tres condiciones sociales que han producido este sentido de urgencia que afecta a las mujeres:

La creciente advertencia sobre las consecuencias negativa que sobre la capacidad reproductiva de las mujeres tiene el aplazamiento de la maternidad, el énfasis de las políticas reproductivas en la planificación familiar, y la maternidad en tanto condición simbólicamente central para la construcción de la femineidad (Cherro, 2015, p. 361).

Ella postula que una expansión del campo de la reproducción asistida ha ocurrido como resultado de esta urgencia reproductiva, y que el cuerpo femenino carga la mayoría de los costos de estos procedimientos, tanto en un sentido médico como en un sentido cultural, especialmente cuando se considera no solamente a las mujeres estériles sino también a las mujeres que dan sus óvulos para tratamientos (p. 365).

Para los procedimientos que ocurren con óvulos donados, la existencia de bancos de gametos oscurece la realidad de que la mayoría de los óvulos son proporcionados por mujeres de bajo nivel socioeconómico a cambio de pago oculto, a pesar de que este pago técnicamente no se permite. El concepto de “ovo donación” construye el proceso como altruista y voluntario, cuando la realidad es que la fertilidad de las mujeres ricas y estériles se mantiene por los óvulos de las mujeres pobres (Ariza, 2016, p. 242). Además, hay preocupaciones similares circundante al tema de gestación por sustitución en Argentina, que existe en un vacío legal. En el pasado, legislación, que habría requerido que una gestante ya tuviera hijos o que solamente pudiera ser gestante por un máximo de dos veces, fue propuesta pero rechazada (Torres, 2019, p. 5). Estas propuestas trataron de abordar algunas de las preocupaciones sobre la explotación posible de mujeres de bajo nivel socioeconómico.

Sin embargo, a pesar de estas preocupaciones, la TRA también puede ser una oportunidad increíble para que una persona o pareja con problemas de fertilidad tenga la habilidad de superar su condición y realizar su deseo de ser padre. La creación, expansión y accesibilidad aumentada de estas técnicas han dado una oportunidad de crear una familia a millones de personas que no tuvieron la posibilidad antes. Desde otro punto de vista feminista, las técnicas de reproducción asistida no son solamente una herramienta para mercantilizar el cuerpo femenino. En cambio, estas feministas liberales piensan que la disponibilidad de técnicas de reproducción asistida libera a las mujeres al ofrecerles más autonomía con sus cuerpos (Luna, 2014, p. 11). Las consideraciones éticas de la reproducción asistida son variadas y complejas, y siguen desarrollándose con la expansión e innovación de estas técnicas. En Argentina en este momento, esta discusión entre la autonomía de las mujeres y la explotación posible del cuerpo

femenino se puede ver especialmente en la conversación sobre la gestación por sustitución y la ovo donación.

D. Ciudadanía reproductiva y derechos

En el año 2010, la infertilidad fue legislada en Argentina por primera vez con la Ley 14.208/2011, que reconoció la infertilidad como una enfermedad y estableció el derecho a procrear como un derecho humano fundamental. Sin embargo, esta ley solamente se aplicaba a la Provincia de Buenos Aires. Además, para acceder a los tratamientos, un paciente tenía que probar infertilidad médica, lo que significa que las personas que sufrían de la infecundidad involuntaria, como las parejas homosexuales o las mujeres solteras por elección, no eran elegibles (Torres, 2019, p. 5).

En el año 2013, esto cambió cuando se promulgó la ley nacional 26.862, en la que se garantiza el acceso integral y gratuito a los procedimientos y técnicas de reproducción asistida médicamente en el sistema público en toda la Argentina (Ley 26862, 2013). El artículo 7º de la ley dice que “Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, haya explicitado su consentimiento informado.” La redacción de “toda persona de mayor edad” quita las restricciones previas que requirieron condiciones médicas para acceder a los tratamientos y amplía la definición de quién puede acceder a TRA para incluir no solamente personas con infertilidad sino también algunos pacientes con la infecundidad involuntaria. En

este sentido, abarca a mujeres solteras y parejas lesbianas en lugar de solamente las parejas heterosexuales y reforzó una concepción del derecho de crear una familia como un derecho fundamental.

El aspecto de las parejas igualitarias de hombres y los hombres solteros por elección todavía tiene complicaciones, porque estos pacientes necesitan la gestación por sustitución por razones biológicas, y esta técnica de reproducción asistida no está cubierta por la ley nacional 26.862. De hecho, la gestación por sustitución en Argentina en este momento existe en un vacío legal. A pesar de varios esfuerzos por regularla, incluyendo artículos propuestos y rechazados en la orden ejecutiva 191/2011 de Cristina Fernández y el proyecto de ley 2574/15, que no fue aprobado pero que habría regulado la gestación por sustitución altruista con requisitos de que la gestante ya tuviera un hijo, estuviera bien de salud, y que los padres deseados hubieran vivido en Argentina por al menos tres años antes (Torres, 2019, p. 5). Ambos de estos esfuerzos para regular la gestación por sustitución fallaron, por lo que hoy en día, el procedimiento existe en algunas clínicas privadas pero no es regulado por el estado ni cubierto por el sistema público u Obras Sociales.

Aun así, la provisión de tratamientos en el sistema público y de las Obras Sociales, y la inclusión de ciertos casos de infecundidad involuntaria, convirtió a Argentina en un líder mundial en un aspecto del campo de los derechos reproductivos, especialmente en comparación con el resto de Latinoamérica. En un estudio que midió la cantidad de ciclos de tratamientos de reproducción asistida por millón habitantes en todos los países latinoamericanos en 2014,

Argentina tuvo la razón más grande de todos los países, con 348.8 ciclos por millón habitantes (Zegers-Hochschild, 2014, p. 165). Los avances tecnológicos de las técnicas de reproducción asistida han empoderado a millones de personas en todo el mundo, y la legislación en Argentina ha abierto este campo a una gran cantidad de personas. Sin embargo, la implementación de esta ley y la provisión de estas técnicas en Argentina merecen investigación para averiguar cómo diferentes determinantes impactan en la capacidad de una mujer para acceder a estos servicios. Por ejemplo, en un estudio del año 2012, de las 15 clínicas que respondieron al estudio y brindaron las TRA durante ese año, 12 se ubicaron en CABA, Gran Buenos Aires o Córdoba, mientras había muy pocas (o ninguna) clínicas en la mayoría de las provincias (Morente, 2012, p. 6). Con este desequilibrio geográfico, la idea de accesibilidad universal se complica.

Además, hay cuestiones sobre el acceso a estos servicios a lo largo de quintiles de nivel socioeconómico y tipo de pareja. Aunque la ley brinda cobertura universal, un análisis de aquellos que en realidad utilizan estos servicios es crucial para entender la implementación y la eficacia de esta ley. Argentina parece ser un líder en los derechos de las personas estériles, pero si es o no este el efecto concreto para la ciudadanía de Argentina es una pregunta importante, especialmente mientras legislación relacionada con las TRA sigue desarrollándose en muchos países. A medida que la salud reproductiva continúa expandiéndose y la infertilidad se está transformando de algo de lo que nadie habla en una condición más visible y tratable, una comprensión profunda de la infertilidad, las TRA, y la legislación que la regula es crucial para guiar la expansión de estas tecnologías.

ANÁLISIS

A. Un acercamiento a los entrevistados y sus pacientes

Se realizó seis entrevistas con profesionales quienes trabajan en el campo de reproducción asistida en Argentina. De estos seis, dos son médicos, dos son psicólogas, y dos son biólogas. En este informe, se los refiere como el Médico 1, el Médico 2, la Psicóloga 1, la Psicóloga 2, la Bióloga 1, y la Bióloga 2 para mantener su privacidad y anonimato, de acuerdo con los términos del formulario de consentimiento informado (Apéndice A). Estos entrevistados tienen experiencias diversas. Cuatro de ellos trabajan en Capital Federal: el Médico 1, el Médico 2, la Bióloga 2, y la Psicóloga 2. Capital Federal, o la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), es la capital y también la ciudad más poblada en Argentina, con una población estimada de más de 3 millones de habitantes y un área metropolitana de más de 13 millones de habitantes. Además, las otras dos trabajan en Bahía Blanca, una ciudad media que se ubica en el suroeste de la Provincia de Buenos Aires. A diferencia de Capital Federal, Bahía Blanca tiene una población de aproximadamente 300.000 habitantes (Population, 2020). Mientras las ciudades en la Provincia de Buenos Aires que se ubican próximas a Capital Federal, en el área conurbana de Gran Buenos Aires, tienen acceso fácil a los servicios de Capital Federal y usualmente los usan, Bahía Blanca está tan lejos de Capital que sus habitantes efectivamente no tienen acceso fácil a los servicios allá. Esta diferencia geográfica permitió el análisis de las diferencias en la reproducción asistida en estos distintos lugares.

De los entrevistados, solamente una trabaja en el sector público: la Bióloga 1, quien trabaja tanto en una clínica privada como en un hospital público en Bahía Blanca. Todos los demás trabajan exclusivamente en clínicas privadas. El Médico 1 y el Médico 2 trabajan en

clínicas establecidas en Capital Federal, y trabajan exclusivamente en estas clínicas. Sus clínicas son más grandes, comparadas con las demás; por ejemplo, la clínica del Médico 1 realiza aproximadamente 5000 procedimientos de alta complejidad por año y tiene un banco de semen y un banco de óvulos. Él dice que en su clínica, “Hacemos todos los tratamientos que se hacen en reproducción asistida ... Somos la institución que tiene más cantidad de casos por año” (Médico 1, 2020). La clínica del Médico 2 tiene muchas similitudes a la del Médico 1. También se ubica en Buenos Aires, y hace 1500 tratamientos en total por año. Tiene tres unidades: un centro de fertilidad, un laboratorio para investigaciones genéticas, y un banco de gametos. Aquí, ofrecen todos los tratamientos de alta complejidad, incluyendo gestación por sustitución. Él explica que su clínica es única porque se mantuvo su estatus privado. “La mayoría de las clínicas tienen un modelo del 80-90% de cobertura y el 10% privado ... Tenemos el 70-80% privado y el 20% cobertura” (Médico 2, 2020). Él usó el frase “cobertura” para referir a los tratamientos para los cuales pagan las Obras Sociales, mientras usó “privado” para referir a las personas que pagan con otros seguros privados o con su propio dinero.

La Bióloga 2 también trabaja en Capital Federal, y es directora de una clínica privada más pequeña y también de un banco de gametos grande. Dice que la cantidad reducida de pacientes les permite ofrecer una calidad de atención más personalizada, en la que el paciente puede estar más involucrado en su propio tratamiento. En su clínica, trabaja solamente con pacientes privados y no tienen muchos pacientes de Obras Sociales, de una manera similar al Médico 2.

En contraste con las clínicas de los dos médicos, la clínica de la Psicóloga 1 en Bahía Blanca realiza solamente 120 tratamientos por año. Como explica la Psicóloga 1, “Esta clínica es

una clínica chica en realidad ... Es algo diferente a una clínica, por ejemplo, como [la clínica del Médico 1] en Buenos Aires, con 5 pisos, que es solamente fertilidad.” Su clínica provee tratamientos de baja (inseminación artificial) y alta complejidad, incluso FIV con gametas propias y donadas, pero no ofrecen ICSI. La otra entrevistada de Bahía Blanca, la Bióloga 1, trabaja en la misma clínica privada que la Psicóloga 1 y también en un hospital público que hace 30-40 tratamientos de baja complejidad y 50-60 de alta complejidad por año. En el hospital público, ofrecen tratamientos de baja complejidad (como inseminación intrauterinas) y de alta complejidad (FIV y ICSI), pero no tiene donantes públicos de gametos en el sistema público, por lo que no pueden hacer tratamientos con gametos donados, solamente gametos propios. A diferencia de los demás, la Psicóloga 2 trabaja en su propio consultorio en Capital Federal y no se afilia con ninguna clínica específica, pero todos sus pacientes se atienden a clínicas privadas.

A.1. La composición de pacientes según nivel socioeconómico y área geográfica

Debido a los perfiles diversos de las clínicas y hospitales de los seis entrevistados, todos ellos tienen composiciones distintas de pacientes, con algunas similitudes y algunas diferencias. Con respecto a nivel socioeconómico, casi todos los entrevistados de clínicas privadas respondieron que la mayoría de sus pacientes vinieron de la clase media. El Médico 1 y la Psicóloga 1 explicaron que esta composición fue debido a la gran cantidad de pacientes con Obras Sociales. Por ejemplo, la Psicóloga 1 dijo que aproximadamente el 90% de sus pacientes vinieron de estas Obras y de la clase media. Para los profesionales cuyas clínicas sirven a una clientela más privada y menos con cobertura de Obras Sociales, como el Médico 2 y la Bióloga 2, sus pacientes son más de clase media-alta. Por el contrario, los usuarios en el hospital público de la Bióloga 1 viene mayormente de clase baja, aunque también hay personas de clase

trabajadora que no tienen Obras Sociales. Ella explicó que en el sistema público, hay más de un enfoque en la situación social de los pacientes:

Por esto hacemos consulta con asistente social, con psicóloga porque en general, hay veces que se necesita saber dónde uno está, o a quién está ayudando tener un bebé, o a dónde va a traer ese bebé, si hay problemas en la situación de violencia, de drogadicción... todo eso, se evalúa también con el nivel más bajo (Bióloga 1, 2020).

El Médico 2 tuvo sentimientos similares sobre el sistema público, diciendo que los hospitales públicos, en vez de reproducción asistida y tratamientos de fertilidad, hacen más con el contrario: la anticoncepción y la educación sexual. Estas dos opiniones sobre el sistema público muestran un punto de vista de acuerdo con la creencia más anticuada que la infertilidad es solamente un problema para la clase alta y una cultura en la que hay más escrutinio de las personas de clase baja. Sin embargo, la escritura de Florencia Luna sobre la infertilidad secundaria ha mostrado que en actualidad, la infertilidad es más común en la clase baja debida a las enfermedades de transmisión sexual u otras determinantes sociales de salud (Luna, 2014, p. 5).

Con respecto a ubicación geográfica, las clínicas en Capital Federal trabajan más con pacientes de todo el país que las de Bahía Blanca. Las dos de Bahía Blanca tienen pacientes mayormente de Bahía Blanca y de su zona de influencia – “los pueblos más cercanos” (la Psicóloga 1). Describieron tener pacientes hasta de Bariloche. Los profesionales de Capital Federal tienen usualmente pacientes de Capital y Gran Buenos Aires – el 75% de esta área, estimó el Médico 2 – pero también de otras provincias en todo el país.

El tema de turismo de fertilidad ha sido un tema de discusión en Argentina, debido a las leyes relativamente progresistas y costos relativamente bajos. Algunas fuentes han reportado tasas altas de pacientes extranjeros que buscan los tratamientos más permitidos y baratos en los años siguientes a la promulgación de la ley nacional 26.862 (Torres, 2019, p. 5). “Es

principalmente por el tipo de cambio a nivel económico, les conviene viajar a Argentina,” explica la Bióloga 2. Todos los profesionales, a excepción de la Psicóloga 1, reportaron que tuvieron pacientes extranjeros en alguna forma. En general, estos pacientes vinieron de países limítrofes, y el consenso fue que Uruguay es el país de donde viene la mayoría de los extranjeros. Algunos de ellos son argentinos que residen fuera del país y vuelven para buscar tratamiento más accesible. “Muchas veces, el hecho de que vengan de otros países tienen que ver con la posibilidad del acceso económico ... Lo que vemos con alguna frecuencia es que pacientes que son argentinos residentes en el exterior, por razones económicas, vienen” (Médico 1, 2020). Además, esta práctica se motiva por consideraciones de aceptación de las parejas igualitarias. La Psicóloga 2, que trabaja mucho con parejas igualitarias, dijo que ella ha tenido especialmente parejas igualitarias de Chile, “un país un poco más heteronormativo” (Psicóloga 2, 2020), buscando tratamientos que habrían sido difíciles de obtener en su propio país. Aunque esta práctica de turismo de fertilidad existe para estos profesionales, nadie lo señaló como una práctica grande ni bastante significativa.

B. Las perspectivas sobre los cambios y la legislación del campo

En el marco teórico, se desarrolló una explicación de la promulgación y redacción de la ley nacional 26.862 sobre la cobertura de TRA en Argentina. “Todos las personas que desean formar su familia deben tener un acceso directo y gratuito,” sumó la Bióloga 2 como una explicación de la ley, aunque después añadió que hay un vacío legal circundante a la gestación por sustitución. Los demás compartieron el sentimiento de que la ley ha abierto el campo de reproducción asistida en Argentina. “Desde que existe la ley, prácticamente no hay restricciones.

La ley es muy amplia en este sentido, y permite que cualquier individuo puede acceder” (Médico 1, 2020). Aunque el acceso a la TRA históricamente ha estado muy conectado con la clase y los privilegios (como todavía pasa en muchos países), ahora “la gente que, digamos, a la clase alta no sólo sea la que accede a las técnicas, sino que también puede acceder el trabajador. La clase media, la clase obrera” (Psicóloga 2, 2020). Además, ellos introdujeron la idea de derechos humanos, diciendo que la ley tiene “un concepto más de derechos reproductivos” porque cubre no solamente a las personas estériles médicamente sino “cualquier persona que desea tener una familia. Ya no termina de pareja infértil” (Médico 2, 2020).

Muchos de los profesionales hablaron sobre el cambio social que la ley ha causado sobre los temas de infertilidad y reproducción asistida. Un tema que históricamente había estado más escondido se convirtió en más popularizado, y la idea de que las TRA solamente fueron accesible a la clase alta empezó a cambiar.

“La gente se anima más a preguntar. Esta cuestión que por ahí estaba, como de clase, de pensamiento, de preconcepción de que sólo puedo hacer un tratamiento si tengo dinero, se corrió. Se hizo mucha, mucha publicidad de esto en todos lados, y también ayudó mucho el hecho de que los famosos empezaron a contar sus historias de fertilidad, sus dificultades y cómo lograban, entonces esto fue como un boom, ha hecho que la gente se anima consultar más, y que también, reduzca un poco el tabú” (Psicóloga 1, 2020).

Este “boom” que mencionó la Psicóloga 1 fue mencionado por los demás también. Había un consenso general en que la promulgación e implementación de la ley nacional 26.862 causó un gran aumento de la cantidad de pacientes, no solamente para las parejas igualitarias y mujeres solteras por elección sino también para las parejas heterosexuales que antes no tenían suficiente dinero o información. A un nivel nacional, se duplicó el número de tratamientos “de 250 ciclos por millón habitantes se pasó a 500 ciclos por millón habitantes” de los años antes de la ley hasta

ahora (Médico 2, 2020). El Médico 2 dijo que hay un objetivo de 1000 ciclos por millón habitantes, y creía que esto sería imposible debido a la crisis económica.

Sin embargo, este aumento de pacientes no fue construido simplemente como un desarrollo totalmente positivo. En la opinión del Médico 2, “Lo que la ley permite es un aumento de la cantidad de pacientes pero una disminución de la calidad de los resultados” (2020). Su clínica perdió un poco de negocio como resultado de la ley, debido al hecho de que quisieron mantener una clientela entre el 70-80% privada y también al hecho de que algunos pacientes de otras provincias tienen Obras Sociales Provinciales que requieren que el paciente acceda a su tratamiento en las clínicas de esa provincia. A pesar de esto, “bajó el trabajo pero mantuvimos los resultados, y por eso nos refieren pacientes” (Médico 2, 2020). En su clínica, dijo que su ideología es tener más calidad, números razonables, y atención personalizada. La Bióloga 2 tuvo sentimientos similares sobre su clínica, una clínica similar a la clínica del Médico 2 en que no tiene muchos pacientes de Obras Sociales y tiene números más bajos de pacientes. “Nosotros somos un lugar pequeño, no somos una clínica masiva que trabaja con grandes volúmenes de pacientes. Somos un centro que se ha dedicado principalmente al trabajo mucho más personalizado ... Somos una clínica que permite al paciente involucrarse en su propio tratamiento” (Bióloga 2, 2020). Estos dos profesionales son los directores de sus clínicas y tienen un papel fuerte en la gestión de su trabajo. A través de sus perspectivas, se puede ver la ideología de un enfoque más personalizado y más privado.

B.1. “La ley cambió... entre comillas”

Como se explicó en el marco teórico, la ley nacional 26.862 de 2013 implementó una política de acceso a técnicas de reproducción asistida para cualquier persona que las quiera, para

que “todos las personas que desean formar su familia deben tener un acceso directo y gratuito” (Bióloga 2, 2020). Especialmente después de la promulgación de esta ley, empezó a haber más diversidad en los tipos de pacientes. “Nosotros hacemos y aceptamos de tratamientos todos tipos de pacientes. Hoy en día está cubierto por la seguridad social,” explicó el Médico 1. Los entrevistados generalmente separaron sus pacientes en tres grupos distintos: a) las parejas heterosexuales, que son usualmente las más estandarizadas (Psicóloga 2, 2020); b) las mujeres solteras por elección y parejas igualitarias con dos mujeres, que solamente necesitan espermatozoides donado pero que usualmente pueden quedar embarazada con un procedimiento de implantación; y c) los hombres solteros por elección y parejas igualitarias con dos hombres, que son un tema un poco más complicado en Argentina porque necesitan usar la gestación por sustitución, que no está cubierta por la ley.

“La ley cambió, entre comillas,” explicó la Psicóloga 2. “Avala a todas las personas a tener hijos, lo cual garantiza en alguna manera el derecho al acceso a una familia, a formar una familia, que es un derecho universal. Pero por otro lado, la gestación por sustitución no está legalizada” (Psicóloga 2, 2020). Debido al hecho que la gestación por sustitución no tiene regulaciones del estado, es menos común y solamente disponible en el sector privado. Por ejemplo, las clínicas de los Médicos 1 y 2 la ofrecen, y la Psicóloga 2 trabaja con muchos pacientes de subrogación en su consultorio de psicología privado, pero las clínicas de la Psicóloga 1 y las Biólogas 1 y 2 no la tienen. Todavía es un tema muy controversial y dividido, y se relaciona con concepciones sociales de sexualidad y género. “Es como más permitida entre comillas con la pareja heterosexual,” dijo la Psicóloga 2, y esto tiene que ver con la cultura. “Se

piensa en dos hombres y pensamos ‘Ay, no, porque no hay una madre, el chico va a ser gay’” (Psicóloga 2, 2020).

Además, hay cuestiones sobre la ética del procedimiento. Históricamente, la iglesia Católica ha estado muy opuesta al tema. Aún cuando médicos y pacientes católicos han resuelto los procedimientos de FIV para parejas heterosexuales con sus creencias religiosas a través de la idea de que están simplemente ayudando a la naturaleza, la gestación por sustitución sigue siendo un tema controversial (College, 2007). Por el lado feminista, hay dos campos principales de pensamiento. La Psicóloga 2 explicó que por un lado, hay teóricas como Eleonora Lamm y Marisa Herrera que piensan que “la mujer tiene posibilidad de decidir con su propio cuerpo” (Psicóloga 2, 2020) y ser gestante, e igualmente piensan que una mujer debe poder decidir si sí o no tener un aborto. Por otro lado, existe la opinión opuesta de que “la mujer es utilizada, se está en servicio al patriarcado” (Psicóloga 2, 2020). La opinión personal de la Psicóloga 2, quien trabaja mucho con parejas igualitarias de hombres, está de acuerdo con el primer grupo, reflejando un punto de vista de la autonomía del cuerpo. “A mí me parece que lo fundamental es que la mujer decida, y la misma manera que decidir por el aborto” (Psicóloga 2, 2020).

Además, en el sector público, surge el problema de gametos donados. En contraste con las clínicas que sirven a personas de Obras Sociales, que pueden servir a parejas igualitarias de mujeres y mujeres solteras por elección pero no a las parejas de dos hombres, los hospitales públicos tampoco pueden ofrecer servicios a personas que necesitan gametos donados, como las parejas igualitarias de mujeres, mujeres solteras por elección, y también parejas heterosexuales con ciertos tipos de infertilidad biológica. “Estos pacientes necesitan donantes, y los hospitales públicos no tienen la capacidad en este momento de hacerlo” (la Bióloga 1). Ella explicó que

aunque están abiertos a estos tipos de pacientes y no tienen prejuicios, la realidad es que no pueden ayudarles mucho. La dificultad en regular la provisión de gametos donados en el sector público representa una inconsistencia en la implementación de la ley nacional 26.862, porque los tipos de pacientes ya mencionados que son de clase baja y no tienen seguro no pueden acceder a estos tratamientos.

B.2. Las perspectivas hacia los pacientes con infertilidad involuntaria

Para los profesionales que fueron capaces de trabajar con parejas igualitarias y solteras por elección en sus trabajos, había en general una actitud muy positiva y abierta hacia estos tipos de pacientes que tienen infertilidad involuntaria y no condiciones genéticas.

“No hay diferencias en el tratamiento. En absoluto, la verdad que en ese sentido la clínica es muy abierta y el médico que me contrató a mí también es un ser humano muy especial que tiene muy en cuenta todas estas cuestiones y eso me parece que es bastante importante porque no sucede en todas partes. Sí, es verdad que nosotros tenemos un camino allanado con respecto a otros países en relación a los derechos reproductivos. Entonces, como tenemos una ley que ampara y demás, eso ha hecho que en razón de pocos años eso se haya ido aclimatando y que no haya estas cuestiones de diferencias o de prejuicios, o de discriminación” (Psicóloga 1, 2020).

El Médico 1 también demostró una vista favorable sobre este tema y habló sobre el tratamiento igual para estos distintos grupos. Por el lado mental, la Psicóloga 2 explicó que a ella, le gusta más trabajar con las parejas igualitarias, especialmente con gestación por sustitución, porque cree que sus situaciones no son tan “estandarizadas” como las parejas heterosexuales. Había muchos estudios sobre las presiones en la pareja heterosexual, ella dijo, pero no mucho en los otros tipos de pacientes. “La información que traen es otra a la pareja heterosexual. El grado de ansiedad es otro, el grado de angustia es otro. Igualmente, hay muchas cosas que son comunes,” incluyendo preguntas sobre el donante, el rol del donante, el temor de la gestante, y preguntas generales

sobre la gestación por sustitución (Psicóloga 2, 2020).

Aunque la mayoría de los profesionales entrevistados dijeron que no había problemas con el acceso para tipos de pacientes en la ley (a excepción del grupo de pacientes que necesitan gestación por sustitución), la Psicóloga 2 no estaba de acuerdo.

“Las Obras Sociales suelen ser más permeables, benevolentes con las parejas heterosexuales. Las mujeres que están en parejas con otras mujeres se les dificultan mucho el acceso, porque empiezan con las vueltas, las Obras Sociales. ¿Logran los tratamientos? Sí, pero tienen que hacer una pelea con la Obra Social” (Psicóloga 2, 2020).

La perspectiva de la Psicóloga 2 es única porque ella no trabaja en una clínica sola sino que trabaja en su consultorio privado con pacientes que vienen a muchas diferentes clínicas, por lo que tiene una perspectiva un poco más amplia sobre la experiencia de la paciente en situaciones diferentes. Aunque las actitudes hacia estos pacientes fueron muy positivas, y la ley ha ampliado mucho la habilidad de acceder estos tipos de tratamientos sin una razón específicamente biológica, todavía existen problemas de acceso.

B.3. El efecto simultáneo de otros cambios sociales

Para algunos cambios en el campo de reproducción asistida, algunos de los entrevistados tuvieron opiniones de que estos cambios no fueron sólo debidos a la ley sino también a otros factores sociales que iban cambiando al mismo tiempo. Varios de los profesionales mencionaron la ley nacional que legalizó el matrimonio igualitario en 2010 como otro factor que había tenido mucha influencia en el aumento de pacientes de parejas igualitarias, aún antes de la promulgación de la ley nacional 26.862 en 2013. Dijeron que esta ley abrió la percepción social de estos tipos de parejas, y que por esto la composición de pacientes empezó a cambiar hacia esta tendencia. “Los cambios en la composición de pacientes vienen más de cambios sociales”

(Médico 2, 2020). Él dijo que las nuevas formas de crear una familia tiene que ver más con cambios sociales y de legislación como la ley de matrimonio igualitario. Además, este efecto de otros aspectos sociales no solamente se relega a la composición de pacientes sino también a los procedimientos que ocurren. El Médico 2 también reportó que había habido más congelación de óvulos por motivos sociales en los últimos años, pero según él, esto no está conectado con la ley sino más bien con las normas sociales cambiantes sobre la edad reproductiva, las trayectorias profesionales de las mujeres, entre otros.

C. Las barreras al acceso a las técnicas de reproducción asistida

La ley nacional 26.862 ha abierto el campo de reproducción asistida en Argentina para más pacientes y aumentado la accesibilidad de estos procedimientos considerablemente. La Psicóloga 1 ilustró este impacto de la ley con una historia sobre una de sus pacientes en 2011.

“Yo en el 2011 tuve las primeras pacientes que por ejemplo, en ese caso, era una chica que se estaba atendiendo en la clínica donde yo después terminé trabajando y que, bueno, ella sí contaba su experiencia en relación al costo, ¿no? A esta cuestión de que dejaban la vida ahí, que dejaban departamentos, un montón de cosas, de proyectos, porque lo económico era un factor, y lo mismo, eso no mermaba en su deseo. Seguían y veían la manera, y sacaban un préstamo. Me resuena ese caso, porque ... fue un caso que yo acompañé, finalmente terminó logrando el embarazo, y ya después como yo estuve en España viviendo unos años, ya cuando volví ya estaba la ley vigente” (Psicóloga 1, 2020).

La ley ha hecho posible que una cantidad más grande de personas puedan acceder a la TRA y poder realizar sus deseos de crear una familia. Sin embargo, las dificultades y barreras que todavía existen al acceso de TRA merecen investigación y análisis. Por un lado, algunos de los profesionales entrevistados dijeron que realmente no hay barreras considerables al acceso a reproducción asistida. “Yo creo que a la información, y a la posibilidad de tener una de baja

complejidad, como una inseminación, todos tienen la posibilidad. La gran mayoría” (Psicóloga 1, 2020). El Médico 1 afirmó que “no hay muchas” barreras al acceso, y que cuando existe, “las barreras son muy fáciles de resolver” (Médico 1, 2020). Estas opiniones parecían aplicar más para los tratamientos de baja complejidad en el sistema privado.

Por otro lado, ya se mencionó algunos de los problemas con la implementación de acceso igualitario para algunos tipos de pacientes, como la inhabilidad de acceder a tratamientos para las parejas igualitarias de hombres en el sistema público o de Obras Sociales o las dificultades con la provisión de gametos donados en el sistema público. Con relación al tema de las parejas igualitarias en general, también compartió la Psicóloga 2 sus afirmaciones de que las Obras Sociales son más benevolentes con las parejas heterosexuales. En la opinión de la Bióloga 1, la imposibilidad de proveer gametos donados en este momento en el sistema público complica la implementación y la igualdad de la ley. “No puede proveer los gametos donados, entonces no hay igualdad en este sentido” (Bióloga 1, 2020).

C.1. “Hay personas que sí o sí se tienen que trasladar a Buenos Aires, a la Capital”

Las clínicas de fertilidad generalmente se concentran en las ciudades grandes – “La mayoría de las clínicas están en CABA” (Médico 1, 2020). Algunos entrevistados, como el Médico 2, compartieron que dentro del sistema público, no hay muchas barreras geográficas, pero que hay ciertas áreas del país en las que es muy difícil acceder, específicamente en la Zona Sur. “Hasta Bariloche, Neuquén, hasta Bahía Blanca hay centros, pero allí para abajo no. El Sur suele ser más complicado del punto de vista de la distancia” (Médico 2, 2020). Este desequilibrio geográfico puede ser un problema, como explicó la Psicóloga 1, porque es cierto que hay personas en esas áreas que tienen problemas de fertilidad.

“Hay personas que sí o sí se tienen que trasladar a Buenos Aires, a la Capital, por ejemplo, en La Pampa. En La Pampa no hay clínicas de fertilidad. En zonas del sur no hay. Y lo más paradójico de esto es que, en realidad, una de cada seis parejas tiene problemas para concebir en el mundo, y eso no es ajeno en nuestro país, entonces, si pensamos en una población o en un pueblo, suponte, tanto de la Provincia de Buenos Aires mismo, como de Formosa, de Chaco, que es lo que está en el norte, no... esa población no estaría cubierta porque una de cada seis parejas en esa población también sería mucha gente.” (Psicóloga 1, 2020).

El sistema público es un poco más complicado debido a su relativa falta de recursos y centros. la Psicóloga 2 proveyó un esquema de la red de hospitales con servicios de fertilidad en el sistema público, diciendo que “en casi toda la Argentina, hay personas que tienen que viajar para acceder los tratamientos” (Psicóloga 2, 2020).

Ella explicó que hay centros de referencia provinciales que proveen el 2º nivel de atención con estudios básicos y algunos estudios complementarios de baja complejidad que por lo menos se ubican en las capitales de varias provincias. Además, para los tratamientos de alta complejidad, hay centros de atención especializados de 3º nivel que forman una red de 3 centros en todo el país, ubicados en Córdoba, Tucumán, y Bahía Blanca. Cada uno de estos hospitales especializados sirven a una zona de influencia: para el hospital en la Provincia de Buenos Aires (en Bahía Blanca), esta zona incluye La Pampa, Santa Cruz, Río Negro, Chubut, y Neuquén; para Córdoba, estas son San Luis, San Juan, Santa Fe, Misiones, Corrientes, y Mendoza; y para el hospital en Tucumán, sirve a Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Catamarca, Formosa, La Rioja, y Chaco (Psicóloga 2, 2020). Aunque la formación de la red fue importante, ella explicó que la realidad de la situación y la accesibilidad de estas técnicas “es una locura” porque, por ejemplo, el hospital Córdoba se supone que sirve ambos Misiones y Mendoza – pero Misiones se ubica en el noreste, mientras Mendoza se ubica en el opuesto lado del país en el oeste. La provincia de

Misiones se ubica más que 1100 kilómetros de Córdoba, complicando el tema de acceso realista a todos con la ley.

Sin embargo, hay algunos métodos que han sido implementados para aliviar estos desequilibrios. Como explicó la Bióloga 1, que trabaja en el hospital público en Bahía Blanca antes mencionado, hay algunos programas en los que las personas que viven en provincias que no tienen hospitales públicos y pueden ir a clínicas privadas que trabajan con el Ministerio de Salud, donde la Obra Social paga los tratamientos para estos pacientes que no tienen seguros. En el sector privado, además hay unas redes en las cuales los bancos de gametos de Capital Federal pueden mandar gametos a otras clínicas en el país. “Al trabajar como banco, tenemos la posibilidad de tener asociación con varias empresas, y podemos enviar, como banco, material a todo el país. Trabajamos de manera coordinada con más de 20 clínicas en todo el país. La distancia de esta manera se acorta” (Bióloga 2, 2020). Aunque existen dificultades geográficas que impiden la accesibilidad igualitaria de TRA, especialmente en áreas más aisladas, además hay esfuerzos por combatir este problema.

C.2. “El sector público es inviable”

Sólo uno de los entrevistados tiene experiencia en el sector público – la Bióloga 1 – y las diferencias entre este trabajo y las clínicas privadas de los demás fueron evidentes. La Bióloga 1 trabaja tanto en una clínica privada como en un hospital público en Bahía Blanca, por lo que tiene un punto de vista muy informado sobre las diferencias y similitudes entre los dos. Todos los entrevistados estaban de acuerdo en que existen varias deficiencias en el sector público de reproducción asistida. Ya se mencionó las dificultades con tener gametos donados y la falta de

cantidades adecuadas de centros, pero como dijo el Médico 2, además existen barreras “económicas, geográficas, tecnología, y de formación y capacitación” (Médico 2, 2020).

La Bióloga 1 explicó simplemente que “hay un montón de barreras al acceso” (Bióloga 1, 2020). Específicamente, hay menos insumos en el sistema público, no con las personas sino con los materiales. Este fue un punto de vista que fue corroborado por la Psicóloga 1 también. Para obtener más insumos en el sistema público, tiene que pasar por muchos sistemas complicados.

“El privado, es más fácil para acceder todo lo que es insumos. Llama por teléfono y pide un material, y lo tiene en poco tiempo. En el hospital, es mucho el trámite que hay que hacer, tiene que pasar por muchos sistemas de aprobación para poder tener los insumos, entonces hay que programar con mucho tiempo. No siempre se aprueban. En el personal no, porque el personal está disponible para hacer los tratamientos, muchas veces lo que pasa son los materiales. Esta es una de las desventajas [del sistema público]” (Psicóloga 1, 2020).

El acceso a los insumos se complica por la disponibilidad baja de insumos de Argentina. “Estos insumos son todos importados, y hay muy poquitos proveedores para el estado, entonces es todo muy difícil de conseguir. Por eso, que se pueden hacer pocos tratamientos” (Psicóloga 2, 2020).

El Médico 2 también habló sobre los desafíos en el sector público. “El sector público es inviable ... La verdad es que el sector público está mal en la reproducción asistida. Digo que es inviable, porque se necesita invertir, formar, capacitar” (Médico 2, 2020). Otros de los entrevistados también expresaron la necesidad para una revisión del sector público para aumentar la capacitación, los insumos y la disponibilidad de servicios para poder actualmente cumplir con la ley y su idea de cobertura total.

D. Mirando hacia el futuro: los cambios que a los entrevistados les gustaría ver

El campo de reproducción asistida en Argentina se ha desarrollado sustancialmente en los

últimos años, debido en parte a legislación como la ley nacional 26.862 y sus modificaciones subsiguientes y en parte a los puntos de vista cambiantes de la sociedad en general. Hoy en día, “en la televisión, se habla de fertilidad, los grupos del Facebook hablan de fertilidad todo el tiempo, entonces se piensa ser más popular este tema” (Psicóloga 1, 2020). “Siempre hay un amigo, un tío, un primo” que ha experimentado lo mismo y que está empezando a compartir sus experiencias (Psicóloga 1, 2020). Este campo en el año 2020 se ve muy diferente de lo que parecía hace diez años, y seguramente va a parecer todavía más diferente diez años a partir de ahora. Se preguntó sobre algunas de las modificaciones que implementarían los entrevistados si tuvieran el poder para ver qué cambios podrían suceder después.

D.1. “Hay mucho que hacer en cuestión de toda la gestación por sustitución”

El tema de cambio posible más mencionado fue la gestación por sustitución – “Creo que hay mucho que hacer en cuestión de toda la gestación por sustitución” (Psicóloga 1, 2020) – y casi todos los entrevistados hablaron sobre el vacío legal para este tema y los beneficios posibles de un esquema más cohesivo sobre las técnicas de reproducción asistida. La idea de una ley nacional que regularía la gestación por sustitución e impondría pautas claras para los médicos, las gestantes, y los comitentes fue popular entre los profesionales. La Psicóloga 2 detalló algunas de las restricciones que existen en otros países, como los Estados Unidos, y la idea de que la gestante tiene que cumplir con ciertos requisitos, incluyendo cierto nivel de educación, hijos previos, y una buena posición económica para que lo económico no pueda ser la motivación principal por el compromiso.

Ella dio un ejemplo que usa en su trabajo con pacientes que quieren buscar una gestación por sustitución – ¿qué pasa si la gestante no cree en el aborto y no quiere tener un aborto en

ninguna circunstancia, pero una prueba revela una condición congénita como el Síndrome de Down y los padres no quieren continuar con el embarazo? Ella describió cómo esta situación sería muy compleja, especialmente sin regulación, y que por esto tiene que haber reglas claras para que la gestante y los comitentes entiendan completamente las condiciones de su compromiso, para evitar situaciones difíciles y casi imposibles como lo descrito. Con este tema, también existen los conflictos ideológicos antes mencionados entre las ideas de libertad y autonomía del cuerpo y las preocupaciones sobre la mercantilización del cuerpo femenino y explotación de mujeres pobres, y quizás una regulación clara podría resolver algunas de las diferencias entre estos puntos de vista.

D.2. Qué tratamientos deben estar cubiertos

La ley nacional 26.862 implementó la cobertura de todas las técnicas de reproducción asistida, excepto la gestación por sustitución, pero todavía hay una dinámica compleja entre cuáles tratamientos deben ser cubiertos y cuáles no. Con las Obras Sociales, que son responsables de cubrir los costos de los tratamientos con sus planes de seguro, hay una discusión sobre qué cuenta como “un tratamiento.” Algunas de estas Obras Sociales solamente cubren un tratamiento por persona por año, y después empieza una lucha sobre qué es un tratamiento. Por ejemplo, la Psicóloga 2 cree que un tratamiento empieza con la consulta con un médico y termina con la tercera transferencia. Lo estándar es una transferencia cada tres meses, por lo que un tratamiento con esta definición concluiría en aproximadamente un año. Sin embargo, ella dijo, las Obras Sociales usualmente dicen que un tratamiento es solamente una transferencia, una definición que causa problemas para la cantidad sustancial de pacientes cuya primera transferencia no tiene éxito.

Por otro lado, hay opiniones de que la ley necesita más restricciones en los tratamientos cubiertos, especialmente para los tratamientos que tienen tasas de éxito muy bajas, por ejemplo, cuando la mujer tiene una edad reproductiva relativamente avanzada.

“La ley es muy amplia, muy abarcativa y en nuestra opinión debería ser con un poco más de restricciones para evitar excesos. Me refiero a los pacientes que quieren acceder a los tratamientos y desde el punto de vista médico uno debe informarles que las chances son muy pero muy bajas, teniendo en cuenta algunas condiciones de salud. Pero la ley, en ese sentido, no restringe prácticamente ningún tipo de tratamiento a ninguna paciente. Pensamos que eso debería cambiarse pero todavía, hoy en día, es muy amplia y es muy abarcativa” (Médico 1, 2020).

En la opinión del Médico 1, la falta de restricciones en casos que son médicamente no aconsejables causa una reducción de recursos económicos en buena parte pagada por el Estado. Con este tema, hay un conflicto entre la idea de derechos reproductivos totales y el aspecto económico y pragmático de la atención médica.

D.3. “Un organismo independiente del estado...”

Una idea compartida por varios de los entrevistados fue la idea de un esquema de regulación y legislación más fuerte y claro, que establecería pautas claras para varias situaciones comunes. La Bióloga 2 señaló que la ley principal sobre la reproducción asistida en este momento, la ley nacional 26.862, es una ley simplemente de cobertura, no una ley amplia sobre reproducción asistida. “Los centros deben tener una ley que nos rija de una manera para establecer exactamente cómo deben ser los procedimientos, qué limitaciones tienen que tener, cómo se debe trabajar ... protocolos” (Bióloga 2, 2020). El Médico 1 habló elogiosamente sobre el sistema del Reino Unido, donde tienen una autoridad que se llama el Human Fertility and Embryology Authority (HFEA) que regula el campo de reproducción asistida y es independiente

de las clínicas y del Estado. Él habló sobre la idea de tener una autoridad similar en Argentina, una organización autónoma e independiente del Estado para decir “qué cosas pueden hacer y qué cosas no pueden hacer” y asegurar “que los pacientes no sean aprovechados por los médicos” (Médico 1, 2020). Entre todos los entrevistados, la idea de regulación aumentada y más clara fue popular. Aunque la legislación existente ha abierto el campo considerablemente y empezado a cambiar la cultura sobre la infertilidad en Argentina, el punto de vista prevalente fue que hay una necesidad de pautas claras para la gestación por sustitución, los tratamientos que deben ser cubierto, y la autoridad que va a hacer cumplir estas pautas.

CONCLUSIONES

Esta exploración amplia del campo de la reproducción asistida en Argentina en 2020, con enfoque especial en las actitudes, experiencias, y perspectivas de los profesionales médicos, ha revelado un campo complejo, diverso, y constantemente cambiante. Los profesionales entrevistados vienen de lugares, trabajos, y clínicas muy diversos – de Bahía Blanca a Capital Federal, de psicóloga a bióloga a director de clínica, del sistema público al privado. Sus historias y opiniones sobre varios aspectos de este campo han ayudado en la exploración de una amplia variedad de temas.

Siete años después de la promulgación de una ley muy progresista sobre la cobertura de técnicas de reproducción asistida, esta legislación y también las cambiantes actitudes sociales han hecho que el campo de reproducción asistida en Argentina sea muy único. Desde la perspectiva de los entrevistados, el campo de la reproducción asistida ha crecido y cambiado mucho en los últimos años, con un aumento en la cantidad de pacientes y también de los tipos de

pacientes, especialmente las parejas igualitarias y las personas solteras por elección. El tema se ha popularizado y ahora está menos escondido, y las personas con problemas de fertilidad son más propensas a buscar tratamientos. En general, los profesionales tuvieron una vista muy positiva sobre la amplificación de estos tipos de pacientes, y lo vieron con mucho respeto. Los profesionales hablaron sobre el placer de poder ayudar estos pacientes diversos a realizar sus deseos de crear una familia.

A la vez, hay varias dificultades con la implementación de la ley. Hay varias áreas en Argentina, especialmente en el sur, donde todavía es difícil acceder a estos tratamientos sin hacer un viaje largo. Además, existen problemas con la falta de disponibilidad de servicios para ciertos tipos de pacientes, que se mostró en mayor parte con la gestación por sustitución y los servicios de alta complejidad en el sector público. Sin un sistema público fuerte, con insumos y profesionales suficientes, la idea de cobertura disponible y gratuita para todos se complica mucho. Además, sin regulación clara para la gestación por sustitución, hay situaciones complicadas que pueden pasar con la gestante y los comitentes y hay una falta de acceso para los pacientes que no pueden llevar un embarazo. A la larga, para las personas de clase media, que tienen Obras Sociales o seguros privados, y que viven en Capital Federal u otra ciudad grande, y no necesitan la gestación por sustitución, parece que las barreras son muy pocas y que hay mucho acceso a los tratamientos de reproducción asistida. Sin embargo, para las personas que no cumplen con esta categoría, especialmente las personas de clase baja, existen barreras de complejidad variable, algunas de las cuales pueden ser vencidas fácilmente y otras de las cuales son más difíciles de vencer.

Este campo ha cambiado mucho en la última década, y es probable que en la próxima década, cambie aún más. Los profesionales entrevistados ofrecieron sus historias sobre este momento y también una mirada hacia el futuro de reproducción asistida en Argentina, que tal vez contendrá un camino hacia la regulación de gestación por sustitución, una revisión y extensión del sistema público, y aún más de una concepción cambiante de la infertilidad en la sociedad argentina. Mientras otros países en todo el mundo experimentan un cambio similar hacia la popularización de las técnicas de reproducción asistida, estos asuntos complicados serán importantes a tener en cuenta para la regulación y expansión futura de este campo, en Argentina y en todo el mundo.

APÉNDICE A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me llamo Calder Hollond, y soy una estudiante en Pomona College en los Estados Unidos. Este semestre, de febrero a mayo de 2020, estoy estudiando en un programa de salud pública en el programa de SIT, que se ubica en la universidad ISALUD en la ciudad de Buenos Aires. Muchas gracias por tomar el tiempo para hablar conmigo, hacer esta entrevista, y contribuir a mi proyecto. En este proyecto, estoy investigando el campo de reproducción asistida en Argentina, y quiero explorar este campo y conocer las actitudes y experiencias de los profesionales médicos hacia componentes diferentes de este tema.

Para que pueda hablar cómodamente, voy a proteger su anonimato. En mi informe, su identidad va a ser completamente anónima. Voy a utilizar un seudónimo, quedar información de identificación, y no usar el nombre de la clínica en mi informe final. Además, su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. En cualquier momento, usted puede decidir retirar su participación. También, si hay alguna pregunta que no quiere contestar, no se obliga.

Si es posible, me gustaría hacer la entrevista en un formato audiovisual. Si prefiere, podemos simplemente hacer una entrevista con audio. Para que yo pueda entender y analizar esta entrevista mejor, me ayudaría mucho grabar el audio de esta entrevista, si usted está de acuerdo. Sólo voy a acceder a esta grabación durante el proceso de análisis y escritura de mi informe. Estas grabaciones van a ser aseguradas en una computadora que es protegida con contraseña.

El proyecto final para mi programa con SIT va a ser finalizado en el 31 de mayo. Además, es posible que voy a usar estos análisis para mi tesis final de mis estudios en mi universidad estadounidense (Pomona College), el cual va a ser realizado durante el año de estudios de 2020-2021. Si no quiere que su entrevista sea parte de este tesis, puede decidir solamente participar en el proyecto de informe final para SIT.

Muchas gracias por brindar su tiempo y ayudarme con este proyecto. Su experiencia y sus pensamientos van a ser muy útiles para mi comprensión de este sujeto. Presentaré mi informe final en junio de 2020, y, si quiere, podría compartir una copia de este informe final con usted.

- He leído este formulario, y estoy de acuerdo con las condiciones de esta entrevista.
- Doy permiso para que esta entrevista sea utilizada en un informe para ISALUD/SIT y en una tesis para Pomona College.
 - No quiero que esta entrevista sea utilizada para una tesis de Pomona College, solamente quiero que esta entrevista sea utilizada para el informe de ISALUD.
- Doy permiso para que se grabe el audio de esta entrevista (opcional).

Nombre y apellido

Firma

Fecha

APÉNDICE B: GUÍA DE PREGUNTAS

Información básica

¿Podría decirme cuál es su especialización, y cuál es su formación?

¿Cuántos años ha trabajado en este campo?

Desde cuándo se desempeñan en este sector?

Usted trabaja solamente en el sector privado, o ¿también en el sector público?

A continuación, voy a hacerle unas preguntas sobre su trabajo en la clínica...

Tratamientos

¿Podría decirme que tipo de tratamientos se realizan en su clínica? Y qué es su trabajo puntual?

- ¿Cuántos tratamientos brindan por año?
- ¿Qué es el precio de estos servicios?
- ¿Qué es la tasa de éxito?
- ¿Cuáles son los más populares?

¿Cómo un paciente obtiene la información sobre estas técnicas?

¿Qué partes de su trabajo le gustan más, y cuáles le gustan menos?

Yendo un poco a los pacientes...

Pacientes

¿Hay áreas en Argentina en que es muy difícil encontrar estos tratamientos? ¿Se concentran las clínicas en las ciudades grandes o se ubican en cada provincia?

¿De qué área vienen sus pacientes? Todo de la provincia en que se ubica la clínica, o ¿hay personas que viajan?

¿Tienen pacientes quienes no son ciudadanos de Argentina? ¿Es común?

- ¿Qué usted piensa sobre este fenómeno? ¿Hay diferencias entre estos pacientes y los pacientes argentinos?

¿Qué tipo de pacientes tienen? ¿Atienden pacientes de diferentes orientaciones sexuales? ¿De todos los estados de conyugalidad? ¿Cuál grupo es lo más común?

¿Hay diferencias entre estos diferentes grupos? ¿Cómo caracteriza a estos diferentes grupos?

- ¿Hay diferencias en los tipos de procedimientos que se da a estos diferentes grupos?

¿De qué nivel socioeconómico aproximado vienen sus pacientes? ¿Son la mayoría de los pacientes de nivel alta, o es una mezcla uniforme?

¿Hay diferencias en los procedimientos que se ofrece según tipo de seguro?

Ahora, vamos a hablar un poquito sobre los cambios en el sector de reproducción asistida debido a modificaciones legales...

Cambios / la ley

¿Trabajaba antes de la implementación de la ley? Si es así, ¿cómo ha cambiado la ley su campo de trabajo?

¿Ha notado cambios en la composición de pacientes en los últimos años después de esta ley?

- ¿En qué maneras?
- ¿Qué piensa sobre estos cambios?

¿Qué tiempos de acceso se manejan? Si una persona llega por primera vez a la clínica, hasta cuándo recibe su tratamiento?

- ¿Todos los pacientes esperan lo mismo?
- ¿Hay diferencias ... a que se deben estas diferencias?
- Orientación sexual, origen, Obra Social vs. prepago...

¿Pueden todos los pacientes acceder estos servicios o hay algunos que se les niega?

¿Qué son las ventajas y desventajas de su clínica? (debido a locación, sistema de salud, etc.)

¿Cómo es su clínica diferente de las otras clínicas privadas, y de las clínicas públicas?

Cree usted que la ley hace que toda la población que los necesita accede a estos servicios, o ¿hay personas que todavía tienen problemas de acceso? ¿Cuáles son las barreras que todavía existen a acceder estos servicios?

Si usted pudiera cambiar algo sobre su trabajo o sobre el campo de la reproducción asistida, ¿qué cambiaría?

Si desea agregar algo?

Por último, me gustaría saber algunos datos sociodemográficos...

1. ¿Podría por favor decirme su edad?
2. ¿Con qué género se identifica?
3. ¿Cuál es su profesión?
4. ¿Cuál es su nacionalidad?
5. Y su lugar de residencia, ¿Cuál es?

REFERENCIAS

A. Referencias bibliográficas

Adamson, G. D. (2009). Global cultural and socioeconomic factors that influence access to assisted reproductive technologies. *Women's Health*, 5(4), 351-8.
doi:<http://dx.doi.org.ccl.idm.oclc.org/10.2217/whe.09.28>

Anderson, K., Nisenblat, V., & Norman, R. (2010). Lifestyle factors in people seeking infertility treatment - A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50(1), 8-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01119.x>

Ariza, Lucía. (2016). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva* [online]. 2016, v. 12, n. 3 [Accedido 14 abril 2020], pp. 361-382. Disponible en:
<<https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>>. ISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>.

Ariza, Lucía. (2017). Factores que inciden en la provisión de tratamientos de reproducción asistida en un hospital público de Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(33), 28-34. Recuperado en 25 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2017000400005&lng=es&tlng=es.

Ariza, Lucía. (2017). La regulación de las tecnologías reproductivas y genéticas en Argentina: análisis del debate parlamentario. *Cadernos Pagu*, (50), e175005. Epub July 06, 2017. <https://doi.org/10.1590/18094449201700500005>

Ariza, Lucía. (2016). “No pagarás”: el Consentimiento Informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia. Docencia y Tecnología*. 27. 240-268.

Assisted reproductive technologies in Latin America: The Latin American Registry, 2010. *BRA Assist. Reprod.* | V. 16 | no6 | Nov-Dec / 2012

Cherro, M. V. (2015). Sujetos y cuerpos asistidos. Un análisis de la reproducción asistida en El Río de La Plata. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 15(2), 350-368.

College, O., Estroff, S., & Raspberry, K. (2007). *Conflicted conceptions: An ethnography of assisted reproduction practices in Argentina* (Unpublished doctoral dissertation).

Diniz, D., & Gomes Costa, R. (2005). Infertilidad e Infecundidad: Acceso a las Nuevas ... Retrieved from <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r24191.pdf>

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x

International survey on laws and policies affecting women's reproductive health. (1994, Sep 30). *Women in Action*, , 43. Retrieved from <http://ccl.idm.oclc.org/login?url=https://search-proquest-com.ccl.idm.oclc.org/docview/233370703?accountid=10141>

Irrazábal, G. (2012). Bioeticistas católicos en contra de las técnicas de reproducción asistida. Implicancias para la futura Reforma del Código Civil Argentino. *Revista de Derecho de Familia*, (57), 113-134.

Irrazábal, G., & Johnson, M. C. (2019). Reproducción asistida, gestación por sustitución y creencias. Un análisis desde las usuarias de tecnologías, los expertos religiosos y las regulaciones estatales en Argentina. *Política y Sociedad*, 56(2), 317.

Lavalle, M., & Robba, M. (2015). Reflections on the Issue of Reproductive Health in Argentina: Challenges for Egalitarian Access. *Legal Information Management*, 15(2), 121–131. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/s1472669615000316>

Ley 26862. (n.d.). Retrieved from <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700>

Luna, F., & Wolf, A. B. (2014). Challenges for assisted reproduction and secondary infertility in Latin America. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 7(1), 3–27. Retrieved from <https://doi.org/10.3138/ijfab.7.1.3>

Luna, F. (2016). Entre el tabú y el doble estándar: aborto, derechos de las personas LGBT y técnicas de reproducción asistida en Argentina. *Revista de bioética y derecho*, (36), 5-22.

Morente, C. (2012). Registro Argentino de Fertilización. *Sociedad Argentina De Medicina Reproductiva*, (27), 6–18.

Scholl, A. E. (2017). Managing the conflict of infertility: Understanding the utilization of medical treatment using a secondary analysis of a dataset (Order No. 10258390). Available from GenderWatch. (1879377834). Retrieved from

<http://ccl.idm.oclc.org/login?url=https://search-proquest-com.ccl.idm.oclc.org/docview/1879377834?accountid=10141>

Schwarze, M. J. E., Zegers-Hosghild, F. F., & Galdames, V. V. (2010). Reproducción asistida en Latinoamérica y Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 451-456.

Straw, C., Scardino, M., & Pérez, A. (2017). La mirada de usuarios de técnicas de reproducción asistida con donante o gestante en relación con los embriones. *Revista IUS*, 11(39), 0-0.

Sudhinaraset, A., Pan, D., Alexander, C., & Khorram, O. (2014). Inequalities in Infertility Service Utilization: A Comparison of Latina and Caucasian Women with Impaired Fecundity Who Seek and Do Not Seek Care. *Journal of Health Disparities Research & Practice*, 7(5), 90-104.

Torres, Gloria & Shapiro, Anne & Mackey, Tim. (2019). A review of surrogate motherhood regulation in south American countries: Pointing to a need for an international legal framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 19. 10.1186/s12884-019-2182-1.

Trupa, N. S. (2016). Familias comaternales usuarias de tecnologías de reproducción asistida en Argentina. *Boletín Científico Sapiens Research*, 6(2), 40-49.

Zegers-Hochschild, F., Schwarze, J. E., Crosby, J. A., Musri, C., & Urbina, M. T. (2017). Assisted reproductive techniques in Latin America: The Latin American Registry, 2014. *JBRA assisted reproduction*, 21(3), 164–175. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20170034>

B. Fuentes no académicas

Barrionuevo, A. (2010, July 15). Argentina Approves Gay Marriage, in a First for Region. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2010/07/16/world/americas/16argentina.html>

Mantero, L. (2017, August 15). No estás sola: un millón de mujeres tienen problemas de fertilidad. Retrieved from <https://borderperiodismo.com/2016/04/06/cerca-de-un-millon-de-mujeres-tienen-problemas-para-concebir/>

Population of Cities in Argentina (2020). (2020). Retrieved from <https://worldpopulationreview.com/countries/argentina-population/cities/>

Stern, A. (2013, August 20). 'More Rights, More Inclusion, Better Country': Argentina Approves IVF for All. Retrieved from

https://www.huffpost.com/entry/more-rights-more-inclusio_b_3461113

C. Entrevistas personales

1. Médico 1. (2020, mayo 15). Entrevista Personal. Hombre argentino de 67 años, trabaja como médico de obstetricia y ginecología en una clínica privada en Capital Federal.
2. Psicóloga 1. (2020, mayo 15). Entrevista Personal. Mujer argentina de 36 años, trabaja como psicóloga formada en la reproducción humana en una clínica privada en Bahía Blanca.
3. Psicóloga 2. (2020, mayo 19). Entrevista Personal. Mujer argentina de 50 años, trabaja como psicóloga especializada en la reproducción asistida en un consultorio privado en Capital Federal.
4. Bióloga 1. (2020, mayo 19). Entrevista Personal. Mujer argentina de 54 años, trabaja como bióloga, específicamente embrióloga, tanto en una clínica privada como en un hospital público en Bahía Blanca.
5. Médico 2. (2020, mayo 20). Entrevista Personal. Hombre argentino de 56 años, trabaja como médico y director de su clínica privada en Capital Federal.
6. Bióloga 2. (2020, mayo 25). Entrevista Personal. Mujer argentina de 49 años, trabaja como doctora, bióloga, y directora de su clínica privada en Capital Federal.