

Cuando las demandas al Estado permanecen en el ámbito privado, íntimo y personal: el caso de la reproducción asistida para mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

Cecilia Straw.

Cita:

Cecilia Straw (2013). *Cuando las demandas al Estado permanecen en el ámbito privado, íntimo y personal: el caso de la reproducción asistida para mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/748>

X JORNADAS DE SOCIOLOGIA

Cuando las demandas al Estado permanecen en el ámbito privado, íntimo y personal: el caso de la reproducción asistida en mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina

Cecilia Straw, UBA-IIGG, FCS-UBA, cecilia.straw@gmail.com

Resumen

En la Argentina, la reproducción asistida carece de un marco normativo a nivel nacional. La falta de reconocimiento legal, junto a las principales características de la medicina reproductiva —oferta mayoritaria de servicios médicos privada, excesivo costo de los tratamientos a precios de mercado, escasa cobertura pública de los mismos—, expone a las personas con problemas reproductivos a situaciones de desigualdad (y discriminación si se pertenece a sectores populares) en el acceso, y a peligros de salud por el escaso control público del ejercicio médico.

El objetivo de la ponencia es reflexionar sobre un tema de salud y (no) derechos como es atravesar dificultades para tener un hijo, a partir del análisis y la interpretación de datos primarios.

Mujeres entrevistadas de sectores populares y medios residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)¹ expresaron demandas al Estado para que garantice una política pública que establezca la cobertura y el acceso universal a todos los tipos de tratamientos de reproducción asistida en los hospitales públicos. Paralelamente, expusieron la preferencia predominante de mantener los problemas reproductivos en el ámbito privado, íntimo, personal y rodeado de secreto. Y no se constituían como sujetos activos en el ámbito público político para demandar por esta problemática.

Los hallazgos de la investigación permiten sostener que para quienes atraviesan esa problemática, la reproducción asistida queda en un estadio prepolítico, y que las chances para que se convierta en un derecho normativo o en una política pública se juegan en acciones que emprendan quienes no sean los beneficiarios directos.

La investigación consistió en un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo en base a veinticinco entrevistas en profundidad realizadas con una guía de pautas semiestructurada, y con consentimiento informado. Los criterios para ingresar a la muestra, no probabilística, fueron: sexo/género (mujeres); sexualidad (heterosexual); situación ante los tratamientos de reproducción asistida (tener la necesidad de un tratamiento, y el estado de realización del tratamiento —concluido, estar a la espera, o estar realizándolo—); nivel educativo (hasta secundario completo, y terciario y más), y nivel socioeconómico (sectores populares y medios). Los datos se recolectaron entre julio y noviembre, 2011.

PALABRAS CLAVE: REPRODUCCIÓN ASISTIDA, DEMANDAS, PÚBLICO, PRIVADO, SECTORES POPULARES Y MEDIOS.

¹ Los relatos que se presentan forman parte de la investigación realizada para la Tesis de Doctorado, en elaboración, "LO PÚBLICO Y LO PRIVADO EN LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA: UNA OPOSICIÓN PERMANENTE EN MUJERES CON DIFICULTADES REPRODUCTIVAS. ESTUDIO CUALITATIVO EN MUJERES DE SECTORES POPULARES Y MEDIOS RESIDENTES EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES", Doctorado en Ciencias Sociales, FCS, UBA. La autora cuenta con la Beca Culminación de Doctorado de la Universidad de Buenos Aires para el desarrollo del mismo.

Cuando las demandas al Estado permanecen en el ámbito privado, íntimo y personal: el caso de la reproducción asistida en mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina

Cecilia Straw, UBA-IIGG, cecilia.straw@gmail.com

Un rasgo distintivo en las sociedades occidentales actuales es la generación de procesos que comienzan a partir de cambios en el campo científico, seguidos por el desarrollo de aplicaciones médicas o clínicas, que por lo general finalizan teniendo impacto social (Strathern, 2009), cuando las aplicaciones son legitimadas en las prácticas cotidianas por las personas. A esta tendencia no escapa el campo de la medicina reproductiva en la Argentina.

Dos características sobresalen a nivel nacional en ese campo: carecer de un marco normativo que establezca los derechos y las obligaciones de las personas que participan del mismo, y tener el reconocimiento de quienes en forma creciente recurren a la utilización de los tratamientos de reproducción asistida para intentar tener un hijo. En el año 2000, los centros argentinos adscriptos a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida —REDLARA— reportaron un total de 3696 ciclos de reproducción asistida iniciados² y, en 2010, la cifra ascendió a 8336 (RLA, 2000 y 2010). Estas cifras muestran cómo se viene legitimando otra forma de reproducción humana, acompañada de múltiples incertidumbres que las personas seguirán transitando —guiados y protegidos por las certezas de los propios deseos—, hasta que se decida poner fin al status a-legal de la medicina reproductiva.

En cuanto al tratamiento legislativo nacional, recientemente se debatió y modificó en la Cámara de Senadores, un proyecto impulsado por el oficialismo (Frente para la Victoria) aprobado con el consenso de la mayoría de los bloques parlamentarios de la Cámara de Diputados³, que contempla el tratamiento de la infertilidad en el Plan Médico Obligatorio (PMO), en el sistema público de salud, las entidades de medicina prepaga y las obras sociales, y la cobertura para personas mayores de 18 años y menores con enfermedades que afecten la capacidad futura de procrear. Con las modificaciones introducidas —que el Ministerio de Salud establezca anualmente la partida presupuestaria a destinar, la capacitación permanente de especialistas en fertilidad y hacer público los centros médicos habilitados—, el proyecto de ley retornó a la cámara de origen. Para las asociaciones de pacientes Concebir y Sumate a Dar Vida, como para el presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva —SAMER—, dichas modificaciones constituyen una maniobra de dilación en el reconocimiento del derecho a la cobertura de los tratamientos por considerarlas poco relevantes.⁴ Recordemos que otro proyecto de ley que había llegado a ser votado en general en la Cámara de Diputados de la Nación perdió estado parlamentario en diciembre de 2011.⁵

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

³ Cámara de Diputados de la Nación. Sesiones Ordinarias 2012. Orden del Día N° 469. 27 de junio, 2012.

⁴ “El proyecto de Ley de Fertilización Asistida vuelve a Diputados”, Perfil, 24 de abril de 2013.

“Ley de fertilización asistida: dicen que el Gobierno dilata la aplicación”, Clarín, 24 de abril de 2013.

“Vuelven a dilatar la sanción de la ley de fertilización asistida”, La Nación, 25 de abril de 2013.

“La fertilización avanza, pero no es ley”, Página 12, 25 de abril de 2013.

⁵ Cámara de Diputados de la Nación. Sesiones Ordinarias 2011. Orden del Día N° 3018. 30 de noviembre, 2011.

En cuanto a las normas y los principales aspectos legislados sobre la reproducción asistida a nivel provincial, el panorama es disímil: un grupo de provincias —Corrientes, Catamarca, Formosa, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán— carecen de normas sobre la provisión de información y la cobertura de los servicios médicos. Otro grupo de provincias, que se detallan a continuación, registran tres niveles de previsiones.

En el nivel de menor injerencia, las leyes en materia de salud sexual y procreación responsable establecen, brindar información y asesoramiento sobre infertilidad y esterilidad, —Ciudad de Buenos Aires⁶, Chubut⁷, La Rioja⁸, Mendoza⁹, Salta¹⁰ y Tierra del Fuego¹¹—.

En el nivel intermedio, las regulaciones provinciales mencionan la realización de exámenes especializados relacionados con el estudio y tratamiento de la infertilidad femenina y/o masculina, y facilitar la información y la accesibilidad para el tratamiento de la infertilidad y esterilidad, excluyendo la clonación y otras formas reñidas con la ética, —Misiones¹² y Jujuy¹³, respectivamente—.

En el nivel de mayor reconocimiento, las provincias garantizan diferentes grados de cobertura de los tratamientos de baja y alta complejidad, y una dispar reglamentación de la actividad médica, —Buenos Aires¹⁴ ¹⁵, Córdoba¹⁶, Chaco¹⁷, Entre Ríos¹⁸, La Pampa¹⁹, Neuquén²⁰, Río Negro²¹ y Santa Cruz²²—.

Por su parte, la práctica médica se autorregula por criterios producto del consenso entre profesionales a nivel latinoamericano²³, y médicos argentinos, miembros de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva.²⁴

El objetivo de la ponencia es reflexionar sobre un tema de salud y (no) derechos como es atravesar dificultades para tener un hijo, a partir del análisis y la interpretación de datos primarios. El propósito es contribuir al debate sobre las tecnologías reproductivas desde una perspectiva de derechos y de género que aporte al desarrollo de políticas públicas.

La investigación consistió en un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo en

⁶ Ley 418/00 de Salud Sexual y Procreación Responsable.

⁷ Ley 4545/99 de Salud Sexual y Reproductiva.

⁸ Ley 7049/00 Educación Sexual y Reproductiva.

⁹ Ley 6433/96 de Salud Reproductiva.

¹⁰ Ley 7311/04 de Sexualidad Responsable.

¹¹ Ley 509/01 de Salud Sexual y Reproductiva.

¹² Decreto 92/98.

¹³ Ley 5133/99 de Maternidad y Paternidad Responsable.

¹⁴ Ley 14208/10 de Reproducción Asistida, y Decretos 2980/10 y 564/11.

¹⁵ En la provincia de Buenos Aires existía la Ley 11028/90, sin referencia en la normativa vigente, que establecía que las prácticas médicas de fecundación asistida de técnicas comprobadas en seres humanos, siempre que haya manejo extracorpóreo de gametos masculinos y/o femeninos o de embriones, sólo podía ser desarrollada en servicios o establecimientos oficiales y/o privados que dispongan de una adecuada infraestructura física e instrumental y cuenten con el personal calificado necesario para este tipo de prácticas médicas, previa autorización formal de la autoridad sanitaria competente.

¹⁶ Ley 9695/09 de Administración Provincial del Seguro de Salud, y Resolución, 168/09.

¹⁷ Ley 4276/96 de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable.

¹⁸ Resolución 206/09 y Ley 9501/03 de de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual.

¹⁹ Resolución 450/09.

²⁰ Ley 2258/98 de Salud Sexual y Reproductiva.

²¹ Ley 4557/10 de Derecho a la Descendencia.

²² Ley 3225/11 de Fertilidad Asistida.

²³ Para indagar en el contenido de lo acordado, véase Consenso Latinoamericano en aspectos éticos-legales relativos a las Técnicas de Reproducción Asistida, 1995.

²⁴ Para conocer el contenido de las regulaciones médicas, véase Código de Ética de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, 2012.

base a veinticinco entrevistas en profundidad realizadas con una guía de pautas semiestructurada, y con consentimiento informado. Los criterios para ingresar a la muestra, no probabilística, fueron: sexo/género (mujeres); sexualidad (heterosexual); situación ante los tratamientos de reproducción asistida (tener la necesidad de un tratamiento, y el estado de realización del tratamiento —concluido, estar a la espera o estar realizándolo—); nivel educativo (hasta secundario completo, y terciario y más), y nivel socioeconómico (sectores populares y medios). Los datos se recolectaron entre julio y noviembre, 2011.

Utilizaremos el término reproducción asistida por ser de uso más frecuente que técnicas o tecnologías de reproducción humana asistida para referirnos a “[...] los diferentes procedimientos que, en mayor o menor medida, pueden reemplazar o colaborar en uno o más pasos naturales del proceso de reproducción” (Luna, 2008:12). Por su parte, los tratamientos de reproducción asistida se clasifican en baja o alta complejidad. La Inseminación Artificial (IA) corresponde a los primeros y puede incluir la donación de esperma (IAD). Entre los segundos se encuentra la Fertilización *in vitro* (FIV) que puede combinarse con la técnica de Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), por medio de la cual la célula germinativa masculina se introduce en la respectiva femenina, y puede recurrirse también a la donación de óvulos y/o esperma. Además los tratamientos se clasifican en homólogos (si utilizan gametos o pre embriones de la pareja que realiza el tratamiento), o heterólogos (si los gametos o pre embriones empleados provienen de donantes).

La ponencia se estructura en cuatro apartados. A esta introducción contextual y metodológica le sigue el apartado sobre la situación personal de las entrevistadas frente a la medicina reproductiva, la evaluación de los sistemas de salud especializados en problemas de fertilidad, y las demandas al Estado. En el tercer apartado se presenta la estrategia de exploración del tema de lo público y lo privado en la reproducción asistida. Se concluye reflexionando sobre los temas presentados previamente.

Situación personal, evaluación y demandas en relación a reproducción asistida

Las mujeres entrevistadas de sectores populares describieron su situación personal frente al sistema de salud privado de medicina reproductiva muy cercana a la exclusión. El excesivo costo de los tratamientos a precios de mercado, los convierte en inaccesibles: “si no tenés dinero, no podés hacer” un tratamiento. Este dato resulta no menor si se considera que la oferta mayoritaria de servicios médicos se encuentra en el mismo. De los sistemas de salud públicos de la Ciudad y de la provincia de Buenos Aires reconocieron barreras de acceso y ausencia o escasa cobertura de los tratamientos de alta complejidad.

Las demandas al Estado en materia de reproducción asistida fueron la cobertura universal y gratuita de todos los tratamientos, en hospitales públicos equipados y especializados, y la intervención de la autoridad pública para que las obras sociales provean estos servicios médicos.²⁵

²⁵ Para un análisis pormenorizado de las demandas al Estado de las entrevistadas de sectores populares, véase Straw, C. y Petraci, M. 2012.

Por su parte, las entrevistadas de sectores medios quienes se atendían casi en exclusividad en centros médicos privados destacaron el desarrollo, la expansión, y la trayectoria en investigación científica sobre problemas de fertilidad en el campo privado de la medicina reproductiva. En cuanto a los servicios médicos resaltaron la amplia disponibilidad, los altos niveles de calidad y contar con equipamiento tecnológico de avanzada para realizar los tratamientos más complejos. También subrayaron el elevado costo de los tratamientos a precios de mercado, que podía provocar la realización de un número limitado de tratamientos.

Estas entrevistadas definieron las demandas en materia de reproducción asistida al Estado en relación al rol que le asignaban. Desde una perspectiva restrictiva mencionada aisladamente, el Estado debía garantizar el acceso a los tratamientos a las personas que no tuvieran recursos económicos, y, por tratarse de una cuestión de salud, aplicar lo reglamentado sobre mala praxis médica. Desde la perspectiva amplia que resultó predominante, el Estado debía legislar, regular, controlar y proveer los tratamientos reproductivos.

Así las demandas coincidieron en cuanto a la urgente sanción de una ley nacional. Y se diferenciaron en cuanto al alcance al reclamar la cobertura universal, gratuita, e integral de la reproducción asistida por ser una actividad compleja que involucraba aspectos económico-sociales, ético-culturales, científico-tecnológicos, médicos y por sobre todo humanos.

Lo público y lo privado en la reproducción asistida

La estrategia para explorar el tema de lo público y lo privado en las tecnologías reproductivas consistió en indagar en las formas de socialización en las comunicaciones interpersonales. Se buscó conocer si las mujeres entrevistadas hacían público (o no) que atravesaban dificultades para tener un hijo. El objetivo fue entender si un problema personal era definido como un problema político, en el sentido que una cuestión que además es íntima de una pareja y que involucra a la sexualidad —que a priori se las define como privadas— era interpretada por las mujeres que las padecen como un asunto público, a compartir interpersonalmente, y a expresar en la arena pública para obtener una respuesta política.

El análisis de los relatos mostró, de forma predominante, que hablar de los problemas para tener un hijo era difícil. Esta problemática producía un profundo sufrimiento en quienes la experimentaban y en los entornos afectivos. Además complicaba la expresión privada y pública, los sentimientos de vergüenza y la pérdida de autoestima de quienes las transitaban. Las actitudes de las entrevistadas podían ser no hablar, negar, ocultar, o hablar limitadamente de los problemas reproductivos. Por ello preferían mantener la existencia de las dificultades reproductivas en reserva en el ámbito privado. Otra preferencia de quienes las concebían como asuntos personales o individuales fue mantener conversaciones con personas con quienes tuvieran vínculos de afecto y confianza, intensos. Además se manifestó como una pauta de socialización privilegiada, la comunicación con otras mujeres, sean estas familiares, amigas íntimas y con iguales padecimientos. Por último fue considerado muy común en las trayectorias de otras personas con dificultades para tener un hijo, sostener el ocultamiento y la reserva, inclusive con personas con vínculos afectivos intensos. Así los problemas para tener un hijo emergieron como una realidad

donde sobresale la homogeneidad de la privacidad y el secreto, seguido por la duda sobre si hablar o no hablar, y con quién.

“Con nadie. Es que me da vergüenza. No sé. Yo sola. Yo con mi marido hablo pero hasta ciertos temas. [...] yo hablaba con mi mamá porque era mi amiga. A mi hija me da vergüenza contarle. Yo este tema lo esquivo. Yo sola me lo como. A mí me preguntan ¿a qué vas al hospital?, vecinos, y digo, “por la cintura”. No le digo ¿entendés? [...] yo siempre decía que el psicólogo era para los locos pero he visto gente que ha venido a los psicólogos y se tranquilizó. Tenés a quien contarle, confiarle que no te va a divulgar nunca, por ahí una amiga si te peleás, lo grita, qué sé yo”.

Marcela, 41 años, 1 hijo sin tratamiento, sector popular

“[...] nos entendemos, yo sé que decir a una persona que no tuvo un hijo. Otra te puede decir “ya vas a tener”, pero no sabe lo que yo siento, no entiende el dolor o la necesidad porque ya lo tiene, no le costó como nos cuesta a nosotras. La persona que desea tener un hijo y que está sufriendo y que lucha sabe lo que siente, hablamos de lo mismo. [...] te ponés a hablar y por más que quieras ser dura, de decir “no, yo no lloro”, te desahogás y te escuchan.

PREGUNTA: ¿Es difícil hablar?

Sí. Vos hablas del tema y ya se te hace un nudito en la garganta... estás muy sensible. Y cuando empieza la otra chica que le pasa lo mismo que a vos, y llorás por la otra chica, por vos...”.

Vanina, 36 años, sin hijos, sector popular

“A veces bien, a veces mal, no poder tener un bebé es muy duro, pero acá estamos, no quiero llorar. [...] hablo mucho con mi mamá, con mi marido, con mis más amigas, simplemente digo qué es lo que me pasa, le pido a Dios que me ayude, (llora). Yo no me enojé con Dios, simplemente le pregunté por qué”.

Graciela, 35 años, sin hijos, sector popular

“Hay ámbitos en que no me cuesta nada hablar porque lo comparto con gente de mi mundo personal, íntimo, y porque tengo amigas en la misma situación. Sí me ha costado en el laburo. Antes de la *in vitro*, me hice ochocientas mil inseminaciones y cuando sabía que tenía una, empezaba en mi agenda a poner la gente, mis compañeros me miraban como diciendo “a esta chica qué le pasa”. [...] no podía franquear ese tema porque es de mi mundo personal, me cuesta en un ámbito más ajeno a lo afectivo [...] es mío y de mi pareja. [...] cuando vas teniendo una cierta problemática, uno hasta donde puede va hablando [...]. La gente no va hablando de esto y cuando puede se va diciendo a media voz, como muchas cosas”.

Lorena, 44 años, sin hijos, sector medio

“La gente se avergüenza de tener que hacer un tratamiento. Si están en pareja, no lo dicen, no es algo que se hable. En los círculos cercanos sí, con un amigo, pero no es algo que se ande desparramando a los cuatro vientos. A mí porque no me queda otra, de qué modo puedo tener un bebé yo que no estoy en pareja”.

Pilar, 41 años, sin hijos, sector medio

“Me ha pasado que me enteré de gente que se hizo tratamientos, una vez que yo conté que me había hecho uno. Amigos que nunca me enteré que habían tenido un hijo por tratamiento. [...] Vínculos que frente a cualquier otro problema uno se entera, y que en este no”.

Marina, 34 años, 1 hijo, sector medio

Las demandas al Estado y lo público y lo privado en la reproducción asistida

Del análisis de los relatos de las entrevistadas surge como coincidencia la obligación del Estado en la provisión de los servicios de medicina reproductiva. Sin embargo se manifestó una diferencia en cuanto a la utilización de los servicios médicos públicos de acuerdo al nivel socioeconómico.

Las mujeres consultadas de sectores medios expresaron que se autoexclúan de la atención de las problemáticas reproductivas en el sistema de salud público, de esta forma no pusieron en evidencia ninguna oposición entre las opiniones sobre la obligación de la cobertura estatal de los tratamientos de reproducción asistida, y la preferencia por mantener las dificultades reproductivas en el ámbito privado, íntimo, personal y rodeado de secreto. Más aún, la cobertura estatal podría ser entendida como una solidaridad de género

con las mujeres que no poseían recursos económicos para acceder a un tratamiento, y como un sentimiento de empatía al compartir el mismo padecimiento. Inclusive algunas entrevistadas justificaron no demandar al Estado, servicios de reproducción asistida por el desgaste emocional que atraviesan las parejas, y por el desgaste físico y la dedicación intensiva que implica a las mujeres realizar un tratamiento de este tipo.

“[...] cuando estás en esta problemática estás tan mal, encontrás puertas cerradas que te quitan las fuerzas, tu energía y el deseo está puesto en tener un hijo. Si ponés energía en poder reproducir, no tenés la fuerza para ir a golpear al Estado. [...] si a mí me hubieran dicho en el medio de toda esta movida, tenemos que ir a hacer una sentada, ir a la plaza, ir a luchar, yo no tenía ganas de movilizarse. [...] Psicológicamente se movilizan tantas situaciones [...] En el caso de la infertilidad puntualmente es algo muy doloroso. [...] no hay esa fuerza que decís vamos a levantar el estandarte”.

Karina, 40 años, mellizos, sector medio

En cambio, las entrevistadas de sectores populares manifestaron un doble registro, por un lado, que el Estado garantice la provisión de servicios de reproducción asistida en los hospitales públicos que es donde atienden sus problemáticas de salud, y, por otro lado, la mencionada preferencia de mantener las dificultades reproductivas en la privacidad. Frente a esta situación pensamos que las entrevistadas reconocían en el Estado, la única posibilidad que tenían de realizar un tratamiento que por la propia situación económica les resultaba inaccesible, pero preferían que la intervención estatal no requiera ni de una acción participativa y colectiva, ni que se produzca como consecuencia de haber expresado una demanda en el ámbito público. Inclusive en los testimonios recolectados no se registraron reflexiones respecto de que el mantenimiento de la privacidad significaba asumirse como sujetos pasivos en el ámbito público político, y con ello la desvalorización de la propia demanda de intervención estatal en la reproducción asistida. En los sectores populares, el acceso a los tratamientos puede ser limitado, muy restrictivo o imposible, de ahí que entendemos que podría ser el desgaste emocional producto de las dificultades reproductivas, lo que les impedía la realización de un análisis estratégico que considerara los posibles beneficios que podrían obtener, de exponer las dificultades reproductivas en la arena público política.

“Sola, con Dios nada más, me voy a la iglesia, soy evangélica, me arrodillo, le miro a Dios, que él me ayude, que haga su milagro, que me ponga gente en el camino que me pueda pagar el tratamiento, no quiero plata, que me ponga doctores, [...] que alguien pueda mandar una carta [a una autoridad] de mi parte para tocar el corazón, estoy desesperada (llora); [...] yo le digo a mi marido, averiguá, quizá alguien te puede ayudar, por mi tratamiento, y él me dice “pero reina, quién te va a ayudar, nadie”; pero qué me va a decir, si el problema soy yo”.

Roberta, 40 años, sin hijos, sector popular

En definitiva, la reproducción asistida a nivel nacional, es un tema de salud porque las personas que tienen dificultades para tener hijo realizan tratamientos médicos utilizando las tecnologías disponibles para lograrlo; y de (no) derechos porque no tiene status legal en ese nivel de gobierno. A nivel provincial el alcance de lo reglamentado es dispar. Además la reproducción asistida es una cuestión de género porque sobre los cuerpos de las mujeres es donde se interviene, por más que las causas no reproductivas puedan corresponder al varón y no a ellas.

Esta falta de reconocimiento legal, junto a las principales características de la medicina reproductiva —oferta mayoritaria de servicios médicos privada, excesivo costo de los tratamientos a precios de mercado, escasa cobertura pública de los mismos—, expone a las personas con problemas reproductivos a

situaciones de desigualdad (y discriminación si se pertenece a sectores populares) en el acceso, y a peligros de salud por el escaso control público del ejercicio médico.

Además resulta difícil atravesar esta problemática dado que genera de forma sobresaliente sufrimiento, pérdida de autoestima, frustración y vergüenza que puede derivar en situaciones de angustia o desesperación, si las posibilidades de realizar un tratamiento son limitadas o se tornan inexistentes.

Inclusive la situación puede resultar poco auspiciosa para el reconocimiento de la reproducción asistida como un derecho porque, sin distinciones fuertes respecto de la situación económica, las mujeres entrevistadas manifestaron una triple preferencia predominante: mantener los problemas reproductivos en el ámbito privado, íntimo, personal y rodeado de secreto, excluirse como sujetos activas en el ámbito público político para demandar por esta problemática, y esperar que el Estado legisle sobre ella.

Estos hallazgos permiten sostener que para quienes transitan dificultades para tener un hijo, la reproducción asistida se ubica en un estadio prepolítico. Por ello, las chances para que la reproducción asistida se convierta en un derecho normativo o en una política pública se juegan en acciones que emprendan quienes no sean los beneficiarios directos.

Bibliografía

Código de Ética de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, 2012.
http://www.samer.org.ar/docs/codigo_de_etica_de_reproduccion.pdf

Consenso Latinoamericano en aspectos éticos-legales relativos a las Técnicas de Reproducción Asistida, 1995, Reñaca, Chile.
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1352.pdf>

Luna, F. 2008. *Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina*. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

RLA. 2000. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida.
<http://www.redlara.com/images/arq/Registro2000.pdf/Registro2010.pdf>

RLA. 2009. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida.
<http://www.redlara.com/images/arq/Registro2009.pdf>

RLA. 2010. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida.
<http://www.redlara.com/images/arq/Registro2010.pdf>

Strathern, M. 2009. "A Antropologia e o advento da Fertilização *In Vitro* no Reino Unido: uma história curta". *Cadernos Pagu*, Dez. 2009, n°33, pags. 9-55.

Straw, C. y Petracci, M. 2012. "Sistemas de salud, trayectorias recorridas en reproducción asistida y demandas al Estado: vinculaciones conflictivas para las mujeres de sectores populares del Área Metropolitana de Buenos Aires". *Revista Eä*, Julio 2012, vol. 4, n°1.