

Reflexiones sobre el aporte de la triangulación en una investigación sobre técnicas de reproducción asistida (TRA) y género.

Graciela Infesta Domínguez¹

Resumen

La OMS reconoce a los tratamientos que involucran técnicas de reproducción asistida (TRA) como práctica establecida y reconocida que necesita un seguimiento por parte de los estados (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008). En Argentina, sólo existían en esta etapa, lineamientos y normas auto-impuestas por el propio campo reproductivo (Ariza, 2008). Recién el 5 de junio del año 2013, se sancionó la Ley Nacional N° 26.862 (reglamentada en julio de ese mismo año mediante el decreto 956/2013) cuyo objetivo consiste en garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. A partir de esta ley, toda persona mayor de edad sin importar su orientación sexual o estado civil, puede acceder de forma gratuita a las técnicas y procedimientos de reproducción asistida. Esto es válido tanto para aquellos que se

¹ Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Cátedra de Metodología de la Investigación I, II y III, (Infesta Domínguez), ginfesta@gmail.com

atienden en el sistema de salud pública como para quienes tienen obra social o medicina prepaga.

Es en este contexto que encaramos una investigación que, en términos generales, se propone, por un lado, analizar el desarrollo y aplicación de las TRA como proceso sociotécnico (en el que se conjugan factores, actores e interés diversos, y cuya interacción está atravesado por relaciones de poder), indagando específicamente las implicancias y/o consecuencias que sobre aquél pueda tener la aplicación de la Ley Nacional de Fertilización Asistida N° 26.862. Por otro lado, la investigación se propone explorar y analizar las prácticas, actitudes y representaciones en torno a diversos procesos asociados reproducción, la salud y la familia, de las y los usuarios que hayan acudido a servicios para realizar tratamientos de fertilización médicamente asistida.

En esta oportunidad, presentamos algunos resultados preliminares de la investigación mencionada. Y, en este sentido, el presente trabajo se propone, por un lado, analizar cuál es la situación actual de la reproducción asistida, cómo ha evolucionado con el transcurso de los años y qué especificidades tiene la demanda de TRA (características de las usuarias, cantidad de procedimientos realizados, las técnicas de reproducción asistida más frecuentemente utilizadas así como el éxito obtenido con las mismas, etc). Por otro lado, realizamos una aproximación –desde una perspectiva cualitativa- a las opiniones, actitudes y representaciones de la población de mujeres en general respecto de las TRA (más específicamente: cómo visualizan el acceso a los tratamientos; el tipo de técnicas que consideran que son las más utilizadas y a las que ellas recurrieron o potencialmente estarían dispuestas a recurrir; sus representaciones sobre los usuarios/beneficiarios de las TRA; etc.). Finalmente, reflexionamos sobre el aporte que distintos tipos de triangulación pueden realizar a una investigación sobre TRA desde una perspectiva de género, analizando las potencialidades y limitaciones de las fuentes y técnicas de datos utilizadas.

En este sentido, vale señalar que la estrategia metodológica de nuestro estudio incluye una aproximación etnográfica que combina la aplicación de diferentes técnicas para la generación de datos primarios de corte cualitativo (triangulación intrametodológica): entrevistas en profundidad a proveedores de salud y a usuarias;

observaciones (no participantes) de las situaciones de consulta en las que los profesionales realicen la entrevista de admisión a las/os nuevas usuarias/os que demanden TRA y grupos de discusión con usuarias. Complementariamente, la estrategia metodológica también contempló la recolección de algunos datos secundarios de tipo cuantitativo (lo que nos permite realizar una triangulación intermetodológica). Finalmente, vale señalar que también llevamos a cabo una triangulación de investigadores ya que el equipo de investigación quedó constituido por sociólogos, médicos ginecólogos (con inserción en el sector público pero también uno que trabaja en el sector privado) y biólogos.

Específicamente, en esta oportunidad, adelantamos el análisis de una parte de los datos cuantitativos así como algunos de los datos cualitativos con que contamos a la fecha y que son netamente exploratorios. A tales fines, en el presente trabajo analizamos datos provenientes del Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA) -que se encuentra a cargo de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) y sistematiza información de los centros de reproducción asistida que la integran desde el 2004- y del Registro Latinoamericana de Reproducción Asistida (RLA) a cargo de la Red Latinoamericana de Medicina Reproductiva (REDLARA). Asimismo, en esta oportunidad también analizamos datos cualitativos obtenidos en un grupo de discusión, cuyo objetivo consistió en explorar las opiniones, actitudes y representaciones de la población de mujeres en general respecto de las TRA (más específicamente: las opiniones y actitudes de las mujeres sobre los procedimientos implicados en las técnicas reproductivas; cómo visualizan el acceso a los tratamientos; el tipo de técnicas que consideran que son las más utilizadas y a las que ellas recurrieron o potencialmente estarían dispuestas a recurrir; sus representaciones sobre los usuarios/beneficiarios de las TRA; etc.).

Introducción

Tanto en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, en 1994, como en la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, en Beijing en 1995, se insiste que la definición de la

salud reproductiva no se reduce a garantizar embarazos y partos libres de riesgo y a proteger la libre elección vinculada a la procreación y la sexualidad, sino que incluye los métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva, así como también el acceso a los métodos reproductivos médicamente asistidos (Luna, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente entre el 15 y el 20% de las parejas en edad fértil padecen algún problema de infertilidad, lo que equivale a que una de cada cinco parejas tiene problemas para lograr el embarazo. En el 2003 se calculaba que más de 186 millones de parejas de países en desarrollo (excluyendo China) padecían problemas de fertilidad. Un 40% de los casos de infertilidad tiene causa masculina, otro 40% es de origen femenino y el 20% restante tiene causas desconocidas. Es decir que, pese a que generalmente se asocian los problemas de infertilidad con la mujer -ya que ésta es la que "pone" el cuerpo- éstos no son problemas únicamente femeninos. Otra creencia común es que la infertilidad se trata de un problema que afecta a los países industrializados pues existe la fantasía que en los países en desarrollo las mujeres son madres en la adolescencia y tienen muchos hijos. Asimismo, estos países tienen una mayor proporción de población joven y, en muchos casos, se considera que están superpoblados (Luna, 2013). Sin embargo, el porcentaje más alto de este padecimiento puede encontrarse en países de ingresos bajos y medios, los cuales están afectados, principalmente, por altas tasas de infertilidad secundaria². En este sentido, "... a nivel mundial se puede atribuir el 38% de la infertilidad a ETS anteriores (cuando no son curadas adecuadamente). Después de un episodio de una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) hay una probabilidad del 15% de infertilidad luego de un segundo episodio de EPI ésta asciende a un 38% y después de un tercer episodio llega casi al 75%" (Luna, 2013:35).

Además de las ETS mal curadas, los abortos inseguros también tienen gran incidencia en la ocurrencia de la infertilidad. En este sentido, la OMS señala que los abortos inseguros causan hasta 5 millones de hospitalizaciones anuales a nivel

² Se suele distinguir entre infertilidad primaria y secundaria. Esta última -en contraposición a la infertilidad primaria- alude a la infertilidad causada por enfermedades de transmisión sexual (ETS) mal curadas, infecciones o lesiones por abortos inseguros e ilegales así como también a la falta de un buen tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, del HIV y sepsis materna (Luna, 2008).

mundial, son responsables aproximadamente de un 13% de las muertes maternas y causan infertilidad secundaria en cerca de 24 millones de mujeres (Luna, 2013). **Sin embargo, pese a lo contundente de estos datos en Latinoamérica, todavía no se reconoce que la infertilidad esté tan profundamente ligada a una baja calidad en el cuidado de la salud sexual.**

Más allá de lo dicho hasta aquí, es importante considerar que la utilidad de las TRA no se limita a la problemática de la infertilidad. La Ley de Matrimonio Igualitario (que, en Argentina, se promulgó en 2010) aceleraron profundos cambios en la sociedad e incrementaron exponencialmente las demandas de los/las usuarios/as por TRA. En las parejas homosexuales, el deseo de tener un hijo está marcado por la imposibilidad de procreación de un niño entre ambos, siendo necesario adoptar o recurrir a otros participantes (TRA). Asimismo, hoy en día son cada vez más frecuentes las familias monoparentales. No llama la atención, por lo tanto, que cada vez más mujeres y hombres (más allá de su orientación sexual) decidan encarar su maternidad/paternidad sin una pareja. En todos estos casos, las TRA vienen a cubrir las necesidades reproductivas de estos grupos sociales. Las TRA, en definitiva, están diseñadas para permitirles a las personas/parejas -infértiles o no- tener hijos y, por tales motivo, estos tratamientos se insertan en el campo específico de la salud sexual y reproductiva.

La OMS reconoce a los tratamientos que involucran TRA como práctica establecida y reconocida que necesita un seguimiento por parte de los estados (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008). **Se denomina “tecnologías reproductivas” al conjunto de técnicas que desde el campo interdisciplinario de la medicina terapéutica o clínica y la biología y la medicina experimental, se propone como una respuesta a la ausencia involuntaria de descendencia”** (Ariza, 2010)³. La medicalización de las prácticas y los métodos del control de la reproducción se ha constituido históricamente como

3 Las Técnicas de Reproducción Asistida se pueden clasificar en: a) Técnicas de Baja Complejidad: cuando la unión entre óvulo y espermatozoide se realiza dentro de la trompa de Falopio. Las técnicas utilizadas son las de Coito programado e Inseminación Intrauterina o Artificial (IIU); y b) Técnicas de Alta Complejidad: son aquellas que tienen como objetivo la unión entre el óvulo y el espermatozoide por fuera del sistema reproductor femenino a saber: Fertilización in Vitro y Transferencia Embrionaria (FIV_ET), Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), Criopreservación de embriones, Cultivo o Blastocito, Cocultivo, Eclosión Asistida (Assisted Hatching) y Donación de Ovulos.

procesos mediante los cuales la biomedicina ha conseguido la autoridad para redefinir y tratar un panorama de eventos de la vida personal y de carácter social como problemas médicos. En este sentido, las disciplinas, y en especial, la medicina opera biopolíticamente, dictando parámetros de normalidad (Foucault, 1974). El cuerpo se inserta en el blanco de estos procesos (Georges, 2008) y, particularmente, el cuerpo de las mujeres se constituye en una herramienta de control social.

Por todo lo expuesto, la reproducción humana asistida (en adelante, RHA) "... es, sin duda, uno de los temas bioéticos de la medicina actual más debatidos a nivel internacional debido a que van en aumento las implicaciones como el número de óvulos fecundados y de embriones congelados, la manipulación de los embriones humanos sobrantes, la salud de la mujer, la salud del futuro bebé, e incluso si es lícito utilizar estas técnicas después de los 45 años de edad" (Huerta Zepeda, s.f.: 2). Estos y otros aspectos pueden plantear conflictos que alrededor de la manipulación que sufren las mujeres.

Hasta 2013, en Argentina, sólo existían lineamientos y normas auto-impuestas por el propio campo reproductivo (Ariza, 2008). Recién el 5 de junio del año 2013, se sancionó la Ley Nacional N° 26.862 (reglamentada en julio de ese mismo año mediante el decreto 956/20134) cuyo objetivo consiste en garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. A partir de esta ley, toda persona mayor de edad sin importar su orientación sexual o estado civil, puede acceder de forma gratuita a las técnicas y procedimientos de reproducción asistida. Esto es válido tanto para aquellos que se

⁴ La provincia de Buenos Aires fue el primer Estado en contar con legislación y tratamientos universales para parejas con problemas de fertilidad. Así la Ley de Fertilización Asistida de la provincia fue pionera en el país ya que se puso en marcha en enero de 2010 pero, en cuanto a sus alcances, inicialmente era más limitada que la Ley Nacional 26.862, sancionada en 2013. Es por esto que el 16 de julio de 2014, la Cámara de Diputados bonaerense convirtió en ley la adecuación de la normativa provincial sobre fertilización asistida a la legislación nacional. A partir de ese momento, se eliminaron los límites de edad para acceder a los tratamientos (hasta la readecuación de la norma, se cubrían tratamientos para mujeres de 30 a 40 años) y contemplará la donación de óvulos y espermatozoides para la fecundación in vitro en caso de ser necesario y tanto la [salud](#) pública como privada cubre la donación de óvulos y espermatozoides. "La reglamentada ley de fertilización asistida es "inclusiva" y "amplía derechos" (22 de julio de 2013). Telam. Recuperado de <http://www.telam.com.ar/notas/201307/25836-la-reglamentada-ley-de-fertilizacion-asistida-es-inclusiva-y-amplia-derechos.html>

atienden en el sistema de salud pública como para quienes tienen obra social o medicina prepaga⁵.

Es en este contexto que encaramos una investigación que se propuso los siguientes objetivos generales: 1) Analizar el desarrollo y aplicación de las TRA como proceso sociotécnico (en el que se conjugan factores, actores e interés diversos, y cuya interacción está atravesado por relaciones de poder) en el marco de la División de Ginecología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires⁶, indagando específicamente las implicancias y/o consecuencias que sobre aquél pueda tener la aplicación de la Ley Nacional de Fertilización Asistida N° 26.862; y 2) Explorar y analizar las prácticas, actitudes y representaciones en torno a diversos procesos asociados a la reproducción, la salud y la familia, de las y los usuarios de salud del Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" que hayan acudido a esta división para realizar tratamientos de fertilización médicamente asistida. Se trata así de establecer los principales factores –materiales y simbólicos- que puedan dar cuenta de distintas formas de construir y ejercer de la maternidad/paternidad (Infesta Domínguez, 2015).

En esta oportunidad, presentamos algunos resultados preliminares de la investigación mencionada. Y, en este sentido, el presente trabajo se propone, por un lado, analizar cuál es la situación actual de la reproducción asistida, cómo ha evolucionado con el transcurso de los años y qué especificidades tiene la demanda de TRA (características de las usuarias, cantidad de procedimientos realizados, las técnicas de reproducción asistida más frecuentemente utilizadas así como el éxito obtenido con las mismas, etc). Por otro lado, realizaremos una aproximación –desde una perspectiva cualitativa- a las opiniones, actitudes y representaciones de la población de mujeres en general respecto de las TRA (más específicamente: cómo

⁵ Además, la Ley 26.862 de reproducción médicamente asistida establece que una persona podrá acceder a un máximo de cuatro (4) tratamientos anuales de baja complejidad y hasta tres (3) tratamientos de reproducción de alta complejidad, con intervalos mínimos de tres (3) meses entre cada uno de ellos. Se deberá comenzar siempre con técnicas de baja complejidad, al menos tres intentos, antes de acceder a las de alta complejidad. La única excepción será la existencia de causas médicas debidamente documentadas, que justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad. Los establecimientos sanitarios para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida y los bancos de gametos y/o embriones deberán estar habilitados por el Registro Federal de Establecimientos de Salud.

⁶ Hasta el presente es el único Centro en Hospital Público de Fertilización Asistida de Alta Complejidad en todo el país.

visualizan el acceso a los tratamientos; el tipo de técnicas que consideran que son las más utilizadas y a las que ellas recurrieron o potencialmente estarían dispuestas a recurrir; sus representaciones sobre los usuarios/beneficiarios de las TRA; etc.). Finalmente, reflexionaremos sobre el aporte que distintos tipos de triangulación pueden realizar a una investigación sobre TRA desde una perspectiva de género, analizando las potencialidades y limitaciones de las fuentes y técnicas de datos utilizadas.

Metodología

La estrategia metodológica de nuestro estudio incluye una aproximación etnográfica que combina la aplicación de diferentes técnicas para la generación de datos primarios de corte cualitativo (triangulación intrametodológica): entrevistas en profundidad a proveedores de salud y a usuarias; observaciones (no participantes) de las situaciones de consulta en las que los profesionales realicen la entrevista de admisión a las/os nuevas usuarias/os que demanden TRA y grupos de discusión con usuarias. Adicionalmente, la estrategia metodológica también contempló la recolección de algunos datos secundarios de tipo cuantitativo (lo que nos permitirá realizar una triangulación intermetodológica) (Vasilachis, 1992). Finalmente, vale señalar que también llevamos a cabo una triangulación de investigadores (Vasilachis, 1992) ya que el equipo de investigación quedó constituido por sociólogos, médicos ginecólogos (con inserción en el sector público pero también uno que trabaja en el sector privado) y biólogos⁷.

Específicamente, en esta oportunidad, adelantamos el análisis de una parte de los datos cuantitativos así como algunos de los datos cualitativos con que contamos

⁷ Según Vasilachis (1992:37), "hay cuatro tipos básicos de Triangulación: 1) Triangulación de datos, que comprende a su vez tres subtipos: a) de tiempo -en la que se exploran influencias temporales para diseños longitudinales y cross-seccionales, b) de espacio -que toma la forma de investigación comparativa- y c) de personas. El análisis de la personas, a su vez, comprende tres niveles: a') grupos, b') interacción y c') colectividad. 2) Triangulación de investigadores, que consiste en la observación por más de una persona del mismo fenómeno o situación. 3) Triangulación teórica que implica el uso de múltiples perspectivas teóricas en relación con la misma situación o el mismo conjunto de objetos. 4) Triangulación metodológica, que puede ser: a) intrametodológica, o dentro del método, cuando el mismo método o distintas estrategias pertenecientes a éste son utilizadas en diferentes ocasiones, y b) intermetodológica cuando diversos métodos en una relación mutua explícita son aplicados a los mismos objetos, fenómenos o situaciones (Denzin, 1978 y Fielding, 1986)".

a la fecha y que son netamente exploratorios. En relación con los datos cuantitativos, nuestro plan original incluye, por un lado, el análisis de la información correspondiente al *Programa de Fertilización Asistida de Alta Complejidad* del Hospital de Clínicas José de San Martín, el cual se puso en marcha el 3 de marzo de 2007 con la realización del primer procedimiento de RHA. Nuestro principal interés aquí es contar con información (especialmente para los años 2012 y 2013) que nos permita analizar si se han registrado cambios en la demanda de tratamientos de fertilización asistida (tanto en su magnitud como en su composición) que recibe el Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas, a partir de la sanción y reglamentación de la Ley Nacional N° 26.862. Esta información, a su vez, permitirá contextualizar mejor nuestro objeto de estudio a partir de contar con información cuantitativa básica sobre los tratamientos con TRA que se realizan en el servicio y las características principales de los usuarios/as que recurren a los mismos. Por otro lado, nuestro plan también incluye el análisis de datos provenientes del Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA) -que se encuentra a cargo de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR)⁸ y sistematiza información de los centros de reproducción asistida que la integran desde el 2004- y del Registro Latinoamericana de Reproducción Asistida (RLA) a cargo de la Red Latinoamericana de Medicina Reproductiva (REDLARA)⁹. Lamentablemente, a la hora de elaborar el

⁸ La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) es una Asociación Civil sin fines de lucro, fundada el 10 de junio de 1947 y dedicada a: fomentar el estudio de la Fertilidad humana en sus diversos aspectos, facilitando las discusiones científicas y las publicaciones de sus trabajos; crear y fomentar los vínculos intelectuales y culturales con las sociedades similares y afines del país y del extranjero. SAMeR es la Sociedad Científica del área que representa a la República Argentina ante la IFFS (International Federation of Fertility Societies), ALMER (Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva), REDLARA (Red Latinoamericana de Medicina Reproductiva), ASRM (American Society of Reproductive Medicine) y otras, tanto en el plano nacional como internacional. Desde 1995, SAMeR otorga el Certificado de Acreditación de Centro de Medicina Reproductiva para el establecimiento de un Programa de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos para acceder al mismo. También desde esa misma fecha, SAMeR otorga, previo examen de antecedentes y/u oposición, el Título de Especialista en Medicina Reproductiva y el de Cirujano Ginecológico Endoscópico. Dichos Títulos son conferidos de acuerdo con las disposiciones de los respectivos reglamentos de Especialidad. Desde 2011 un Comité de Acreditaciones y equipo de acreditadores externos auditan los centros que por propia voluntad lo solicitan. Actualmente, SAMeR cuenta con un Comité de Formación y Evaluación Profesional (COFEP) encargado específicamente de la certificación y recertificación de especialistas. Para más información, visitar: <http://www.samer.org.ar>.

⁹ La Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) es una institución científica y educacional que reúne más del 90% de los centros que realizan técnicas de reproducción asistida en Latinoamérica. REDLARA se formó en 1995, con la participación de 50 centros y, actualmente, 184 centros están adscritos a la misma. Posee el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida

presente trabajo, recién logramos acceder a las bases de datos correspondientes al *Programa de Fertilización Asistida de Alta Complejidad* del Hospital de Clínicas José de San Martín, razón por la cual aquí no nos fue posible presentar el análisis de la información correspondiente al mismo, tal como inicialmente habíamos planeado. Respecto de las bases de datos del RAFA y de la REDLARA, aún no logramos acceder a las mismas (sobre lo que nos referiremos más adelante en otro apartado) pero trabajamos con información publicada por ambos. En el caso del RAFA, elaboramos una base de datos a partir de los datos publicados con la intención de poder realizar algunos tabulados propios. Con la información descripta hemos podido analizar cuál es la situación actual de la reproducción asistida, cómo ha evolucionado con el transcurso de los años y qué características tiene la demanda de TRA en América Latina, en general, y en Argentina, en particular. Asimismo, hemos podido analizar algunas características de las usuarias, cantidad de procedimientos realizados, tipos de tratamientos desarrollados, tasa de embarazos, etc.).

La etapa cualitativa –y exploratoria- de la investigación la iniciamos con la realización de un grupo de discusión conformado por mujeres (sean o no usuarias de TRA) que se encontraban en pareja al momento del encuentro¹⁰. Para la realización del mismo, diseñamos una encuesta para relevar información sociodemográfica básica de cada participante (que recolectamos antes del inicio del grupo) la cual consideramos de vital importancia a la hora de interpretar las diversas posiciones que podrían plantearse en el grupo respecto de las temáticas indagadas. En este contexto, el propósito de este grupo de discusión consistió en explorar las opiniones, actitudes y representaciones de la población de mujeres en general respecto de las

(RLA), que anualmente cataloga todos los resultados de las técnicas de reproducción asistida reportados por sus centros miembros. Con el objetivo de promover especialización a la comunidad científica, la REDLARA ofrece el Programa de Educación Continuada, el cual está compuesto por talleres anuales, y el Programa de Educación Continuada Online –PEC Online, que está compuesto por curso de actualización online. Para más información, visitar: http://redlara.com/aa_espanhol/default.asp.

¹⁰ Idealmente hubiera sido conveniente contar con al menos dos grupos diferenciados: uno de usuarias y otro de no usuarias (sin contar que, además, también hubiera resultado necesario incluir a los varones como lo habíamos inicialmente planeado) pero debido a múltiples dificultades del momento (que ahora hemos logrado superar), en el inicio de la investigación, solo pudimos solventar la realización de un único grupo de discusión así que optamos por ajustar los objetivos que perseguiríamos con el mismo y así garantizar que los criterios de selección de las participantes no introdujera un sesgo en los resultados. En la actualidad, ya estamos planeando la realización de un trabajo de campo de mayor alcance en base a las técnicas de grupos de discusión y entrevistas en profundidad.

TRA, con el objetivo de comparar al interior del grupo posibles distintas perspectivas y posturas entre las participantes. Más específicamente, nos propusimos indagar los conocimientos, las opiniones y actitudes de las mujeres sobre los procedimientos implicados en las técnicas reproductivas; cómo visualizan el acceso a los tratamientos; el tipo de técnicas que consideran que son las más utilizadas y a las que ellas recurrieron o potencialmente estarían dispuestas a recurrir; sus representaciones sobre los usuarios/beneficiarios de las TRA; los motivos por los cuales ellas consideran que algunos usuarios/as priorizan las TRA sobre otras alternativas como la adopción, así como las limitaciones y potencialidades de las mismas; la cobertura y disponibilidad actual de los servicios de salud y todos aquellos aspectos vinculados a la ley 26.862 y su reglamentación, etc. Asimismo, se exploraron las representaciones de las mujeres sobre temas centrales tales como la paternidad, la maternidad, la pareja, los hijos, la familia, la tecnología, la reproducción, la salud/enfermedad y el cuerpo.¹¹ El reclutamiento estuvo a cargo de los miembros del equipo de investigación a través de distintas redes de contactos. El grupo, finalmente, quedó conformado por ocho mujeres heterosexuales en pareja, usuarias y no usuarias de TRA, con nivel educativo medio alto, de 24 a 50 años de edad. La desgrabación y procesamiento de la información estuvo a cargo de los miembros del equipo de investigación a través del Software Atlas.ti.

En esta oportunidad presentamos una síntesis de los principales resultados obtenidos con las fuentes utilizadas (primarias y secundarias, cualitativas y cuantitativas) ya que parte importante de objetivo que perseguimos con este trabajo consiste en reflexionar sobre las características de los datos con los que hemos trabajado y las dificultades con las que nos hemos encontrado en relación con los mismos, así como sobre el aporte de los distintos tipos de triangulación que aplicamos a fin de analizar los desafíos que enfrenta la investigación social en el campo de la reproducción humana asistida en cuanto a la producción, sistematización y análisis tanto de datos existentes como otros que se puedan generar.

¹¹ A tales fines, se diseñó una guía con disparadores para cada uno de los ejes temáticos mencionados, a los fines de estimular la discusión grupal y el encuentro fue moderado por la directora del proyecto. También participaron de la sesión otros dos miembros del equipo en calidad de observadores, los que fueron presentados como tales a las participantes.

Situación actual de la reproducción asistida. Características de la demanda de TRA

A la fecha, la REDLARA informa que está integrada por 184 centros, encontrándose la mayoría de los mismos en Argentina y Brasil. Esta información surge de la página web institucional ya que en las publicaciones de REDLARA consultadas se presenta información global, a lo sumo desagregada por país pero no desagregando nunca al nivel de centro de reproducción asistida.

Durante el período 1990-2012, en Latinoamérica han nacido 128.245 niños gestados con TRA (RLA, s.f.). El 20,3% de dichos nacimientos han tenido lugar en Argentina, siendo el segundo país de Latinoamérica con mayor cantidad nacimientos de este tipo en el período en cuestión (ver, Cuadro 1)

Cuadro 1. Niños nacidos (a partir de su gestación mediante TRA) por país de nacimiento, 1990-2012

País de nacimiento	Niños nacidos	%
Brasil	56674	44,2
Argentina	26085	20,3
México	17238	13,5
Chile	7227	5,6
Perú	5767	4,5
Colombia	5697	4,4
Venezuela	5212	4,1
Ecuador	1514	1,2
Uruguay	1385	1,1
Bolivia	467	0,4
Guatemala	369	0,3
Panamá	309	0,2
Nicaragua	125	0,1
Rep. Dominicana	121	0,1
Costa Rica	15	0,01
Paraguay	12	0,01
Total	128,217	100,00

Fuente: Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2008.
http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_RED/LARA_no_mundo.pdf.
 Elaboración propia.

Nota: En la fuente publicada se declara un total de **128,245** nacidos vivos. Sin embargo, si consideramos las cifras consignadas por país, el total de nacidos vivos en Latinoamérica da un total distinto del publicado (128,217, tal como se consigna en el presente cuadro). Al no tener acceso a las bases originales es imposible establecer qué factores explican esta diferencia en el total de nacidos vivos (un error en el ingreso de los nacidos vivos por país, la posible eliminación de la categoría "otros países", etc., etc.).

A nivel regional, según la información disponible hasta 2008, la edad de las mujeres que se someten a procedimientos de reproducción asistida en la región continúa aumentando. Así, en dicho año, "... un 43.3% de las transferencias embrionarias de FIV/ICSI fue en mujeres ≤ 34 años, 38.7% en mujeres de 35-39 y 18.0 % en mujeres de 40 años o más. La inyección intracitoplasmática de

espermatozoides (ICSI) sigue siendo preferida a la fecundación in vitro (FIV) con una proporción relativa de 85.4% y 14.1%, respectivamente” (Zegers-Hochschild, s.f.).¹².

Según datos agregados para el todo el período 1990-2012, la ICSI (inyección intracitoplasmática del espermatozoide) representa la técnica a la que se le atribuyen más de la mitad de los nacidos vivos (53,4%), seguida bastante lejos por la OD (transferencia del embrión proveniente de la donación de óvulos) y la IVF (fecundación in vitro). A estas dos últimas técnicas les corresponde, entre ambas, el 35% de los nacidos vivos (ver Cuadro 2). Sin embargo, vale aclarar que la OD se hace como parte de un tratamiento de IVF o ICSI. Estos datos son similares a los que se observan actualmente en EE.UU, donde la ICSI se realiza en aproximadamente el 60% de los ciclos de TRA (ASRM, 2012:9) y la GIFT comprende menos del 1% de los casos (ASRM, 2012:13)¹³.

Cuadro 2. Niños nacidos en Latinoamérica según técnica de reproducción asistida (TRA) utilizada, 1990-2012

TRA	Niños nacidos	%
ICSI	68,509	53,4
OD	22,626	17,6
IVF	22,429	17,5
FET	12,973	10,1
GIFT	1,257	1,0

¹² En esta publicación se informa que los procedimientos descritos corresponden a aquellos realizados entre enero y diciembre del año 2008, y los respectivos embarazos, partos y bebés nacidos hasta Septiembre del 2009. Asimismo, también se manifiesta que “no todos los centros de medicina reproductiva de Latinoamérica están acreditados o asociados a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, de modo que este reporte no incluye todos los casos realizados en Latinoamérica. Pensamos que más del 80% de los procedimientos realizados en la región son reportados a través del Registro Latinoamericano. En relación a la capacidad de incluir la información perinatal, muchos centros miembros no están asociados a servicios de obstetricia lo que a veces dificulta tener la información perinatal. Así, la información relativa a estos resultados no incluye todos los partos generados” (Zegers-Hochschild, s.f.).

¹³ Según la ASRM (2012:13), “la transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT) es similar a la IVF, pero los gametos (óvulo y espermatozoide) se transfieren a las trompas de Falopio de la mujer en lugar de hacerlo a su útero, y la fertilización ocurre en las trompas y no en el laboratorio. Otra diferencia es que es necesario realizar una laparoscopia, una intervención quirúrgica, para transferir el espermatozoide y el óvulo a las trompas. La GIFT es una opción solo para las mujeres que tienen trompas de Falopio normales. Algunas parejas pueden considerar la GIFT por razones religiosas, ya que los óvulos no son fertilizados fuera del cuerpo. Una limitación de la GIFT es que la fertilización no se puede confirmar como con la FIV”.

Otras técnicas	451	0,4
Total	128.245	100,00

Fuente: Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2008.

http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_REDLARA_no_mundo.pdf

Nota: A nivel clínico se conocen más de 20 técnicas de reproducción humana asistida y las utilizadas con mayor frecuencia son las cinco mencionadas en este cuadro. En el mismo, las TRA se mencionan con sus siglas en inglés ya que así son más conocidas: ICSI = intracytoplasmic sperm injection (inyección intracitoplasmática del esperma), OD = ovum donation (transferencia del embrión proveniente de la donación de óvulos). IVF = in vitro fertilization (fecundación in vitro), FET = Frozen embryo transfer (transferencia de embriones congelados), y GIFT = Gametes intra-falopio transfer (transferencia de los gametos a las trompas de falopio). Las técnicas de baja complejidad son aquellas que tienen como objetivo la unión del óvulo con el espermatozoide dentro del aparato de reproducción femenino (la estimulación ovárica y la inseminación intrauterina). En todos estos procedimientos la mujer se somete a un tratamiento a base de gonadotropinas para estimular el ovario y obtener el mayor número de óvulos, que luego son fecundados in vitro, a excepción de la técnica GIFT, en la que la fecundación se lleva a cabo en las trompas de falopio.

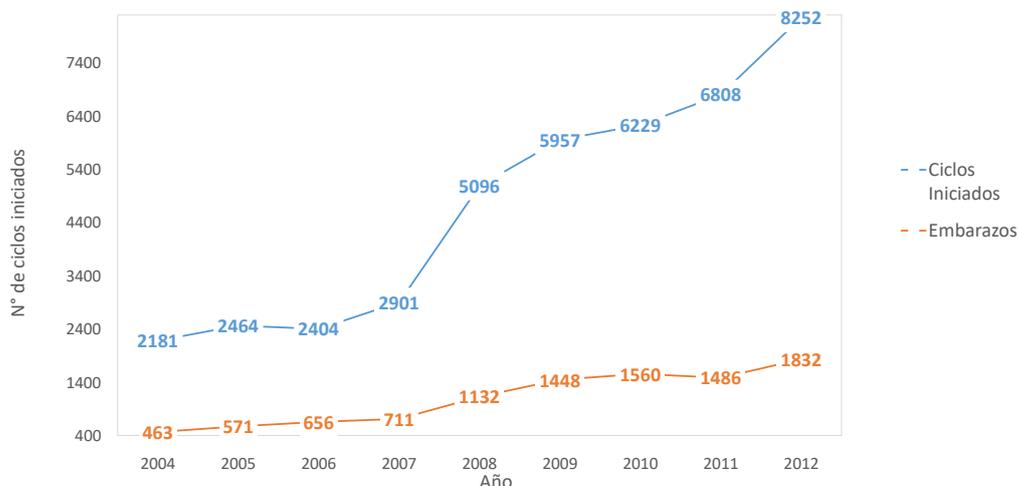
En lo que respecta específicamente a Argentina, los datos disponibles indican que entre 2004 y 2007, sólo existían 11 centros de reproducción asistida. A partir de 2008 el número de centros comienza a crecer año a año (16, en 2008; 23, en 2009; 27, en 2010 y 30, en 2011) hasta llegar en el 2012 a contar con 35 centros. En los últimos años para los que contamos con información (2013 y 2014) ese número no ha sufrido cambios (Mackey, 2016). Es decir que el mayor crecimiento del sector se produjo entre 2008 y 2009, cuando se duplicó la cantidad de centros existentes en un solo año. **En ningún caso fue posible encontrar información que permitiera distinguir entre centros pertenecientes a los sectores público y privado, y centros de distinto tamaño.** Más adelante nos referiremos a la importancia de contar con estos datos.

En Argentina, en 2014, se realizaron 11.655 tratamientos de fertilización medicamente asistida¹⁴, duplicando los desarrollados en 2009 (5957 ciclos iniciados). Sólo el año anterior, en 2013, el total de ciclos iniciados fue de 9.014, lo que implica que en 2014 se produjo un incremento de 2641ciclos, valor que supera al total de tratamientos iniciados en 2004 (que sólo fueron 2181). A pesar de que los ciclos iniciados fueron en claro aumento a lo largo de los años, la tasa de embarazo por

¹⁴ Técnicamente nos estamos refiriendo a "ciclos iniciados", entendiéndolo por tales todos los ciclos que se comienzan del tratamiento en cuestión. Algunos de estos tratamientos no se completan, ya que se cancelan por mala respuesta a la estimulación ovárica, o porque no se obtienen óvulos, no se fertilizan correctamente esos óvulos, o no se desarrollan embriones.

ciclos iniciados¹⁵ se mantuvo relativamente estable durante período analizado (2004-2014) (ver Gráfico 1). Es más, en 2014 la tasa de embarazo por ciclos iniciados fue de 20,09%, siendo la más baja del período, en tanto que en 2004 dicha tasa fue de 21,23%. La tasa de embarazo por ciclos iniciados más alto se registró en 2006 (27,29%), siendo de 24,49% la tasa para el total del período 2004-2014 (Mackey, 2016).

Gráfico 1. Argentina. N° de ciclos (tratamientos) iniciados y embarazos logrados 2004 - 2012

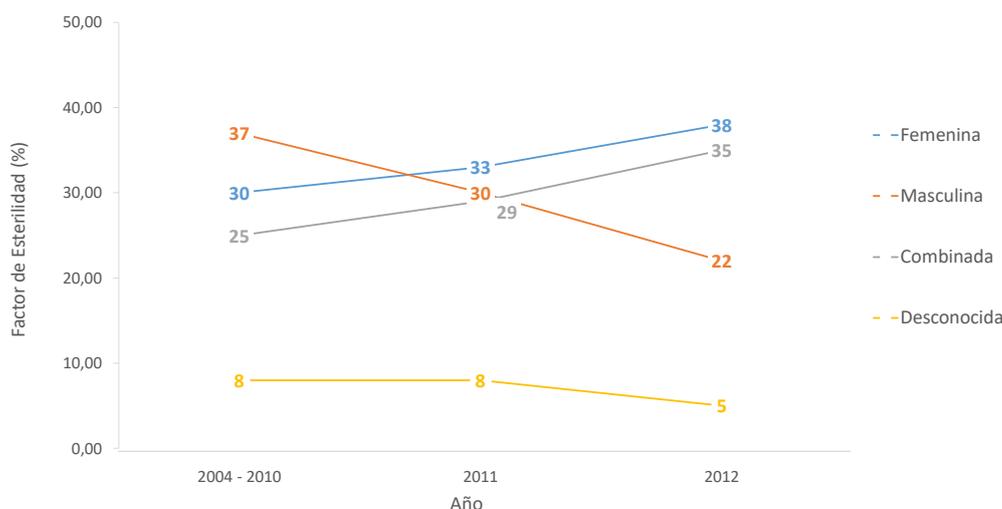


Fuente: RAFA - Registro Argentino de Fertilización Asistida 2004-2012. Elaboración propia.

Los datos indican que la esterilidad femenina evoluciona de manera inversamente proporcional a la masculina y la combinada (ver Gráfico 2). En los últimos años crece la primera, muy probablemente a partir de los cambios en las trayectorias profesionales/laborales de las mujeres y su decisión de postergar la llegada de los hijos. La reducción de las causas desconocidas puede comprenderse en un contexto de constante avances científicos médicos respecto de la temática.

¹⁵ Tasa de embarazo por ciclos iniciados = el número de embarazos clínicos expresados por 100 ciclos iniciados. Por "embarazos" se entiende los embarazos comprobados ecográficamente, independientemente de su destino (es decir de si los mismos terminan en parto o no. Los partos son los nacidos, ya sean vivos o muertos)

Gráfico 2. Argentina. Esterilidad según sexo
2004 - 2012



Fuente: RAFA - Registro Argentino de Fertilización Asistida 2004-2012. Elaboración propia..

Coincidentemente con la hipótesis de postergación de la maternidad, observamos que, nuevamente desde el 2008, empieza a crecer el número de mujeres entre 35-39 años que inician tratamientos de fertilidad (ver Gráfico 3). Esta situación podría también estar vinculada con el bajo "éxito" de los tratamientos. La eficiencia de los procedimientos de reproducción asistida está, en gran parte, determinada por la edad de la mujer, el número de embriones que se transfieren al útero y la calidad de éstos. Dicha eficacia también depende de la calidad de los profesionales y equipamiento del centro¹⁶.

Según un estudio realizado por Huerta Zepeda (s.f.), el Comité Internacional para el monitoreo de las técnicas de reproducción asistida (ICMART, por sus siglas en inglés) para elevar la probabilidad de éxito de las técnicas, ha aumentado el

¹⁶ Sobre este último aspecto, según SAMeR (2015:6), "... analizando el aumento súbito de la cantidad de casos por centro se experimenta una disminución proporcional de los recursos instalados. El ejemplo más claro se da con el uso de las incubadoras, en las que se tendrán que colocar más casos en cada una, provocando una mayor apertura y cierre de las mismas, lo cual, está comprobado, baja la tasa de éxito de los tratamientos. Además el personal se ve sobrecargado de trabajo, disminuyendo la calidad del mismo. Resumiendo, un centro que recibe un aumento abrupto de casos sufrirá un aumento en la necesidad de incubadoras, personal, medios de cultivo y descartables, y, obviamente de espacio. Todos estos ítems son de difícil incorporación al sistema debido al alto costo, la demora de los proveedores en realizar la importación, las trabas aduaneras y el tiempo que lleva entrenar al personal. Puntualmente, la formación de un médico especialista en medicina reproductiva o un embriólogo que puedan hacerse cargo de un caso de fecundación in vitro de alta complejidad requiere un período no menor a dos años".

número de ciclos de tratamiento de las mujeres, para incrementar el número de posibilidades de que la mujer quede embarazada. Por otro lado, ha prohibido la implantación de más de dos embriones en el útero, y por lo tanto, aumenta el número de embriones sobrantes y criopreservados. Según la autora, esto **“nos indica claramente que la técnica, lejos de ser un procedimiento exitoso, sólo ha aumentado el número de ciclos y por lo tanto de embriones fecundados, para elevar el número de nacidos vivos”** (Huerta Zepeda, s.f.:6) (el resaltado es nuestro). Asimismo, la autora señala que “además del gran desgaste físico y emocional que sufren las mujeres, hay varias evidencias que confirman que la superestimulación ovárica produce una asincronía en el endometrio afectando la implantación (Huerta Zepeda, s.f.:8)

Estos aspectos nos llevan a reflexionar sobre los intereses económicos de los centros privados (a mayor edad, menos probabilidades de embarazo, más intentos, más inversión por parte de las mujeres). Y nos referimos específicamente a los centros privados porque los centros públicos no cuentan con bancos de semen/óvulos, los que resultan imprescindibles para realizar los tipos de tratamientos que se requieren especialmente en las mujeres de más de 40 años. En este grupo etario de mujeres, aumentan los costos por los tratamientos realizados y disminuyen las probabilidades de tener un hijo (Huerta Zepeda, s.f).

En relación al aspecto económico que involucra las TRA, llama mucho la atención que la propia SAMER (2015:5) manifieste públicamente y por escrito su preocupación por la situación planteada, lo cual es indicador evidente de la gravedad de la misma.

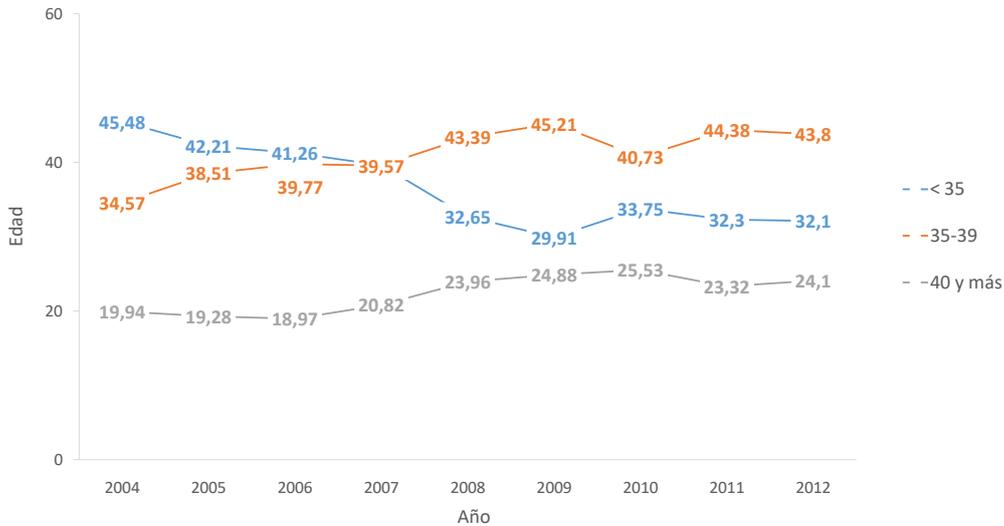
“El objetivo de esta carta es mostrar nuestra preocupación en lo que afecta al tratamiento de la fertilidad. Nuestra Sociedad se encuentra comprometida con la calidad de los tratamientos de fertilidad, y desea expresar que al establecer un modelo de negocio como el que proponen algunas empresas de medicina prepaga - el cual incluye el acto médico junto con la gestión de la medicación para la estimulación ovárica-, pone en riesgo la eficacia de los mismos. Este tipo de tratamientos requiere para asegurar la calidad del mismo separar el acto médico de la medicación, ya que al juntarlos se está produciendo un conflicto de interés, el cual pone en riesgo el asegurar la mejor práctica médica y lograr un uso racional de la medicación.

A partir de este nuevo escenario nuestra Sociedad como representante de los profesionales que hacen fertilidad de la Argentina ve con preocupación la evolución de la prestación que están brindando los centros de fertilidad. Vemos como algunos financiadores han limitado el ingreso económico de los mismos y la concentración de casos en un número limitado de institutos, con el consiguiente aumento abrupto de la cantidad de casos. Esto, para nuestra Sociedad, implica dos riesgos que son motivo de preocupación: disminución de la calidad de la prestación y disminución de la tasa de éxito de los tratamientos. [...]

La tendencia es administrar menos gonadotrofinas lo cual redundará en una disminución de la cantidad y calidad de los ovocitos. Esto tiene un efecto directo sobre la tasa de éxito, cómo lo demuestra en forma contundente un trabajo reciente utilizando una de las mayores bases de datos mundiales al respecto, la autoridad HFEA del Reino Unido (ver Sunkara y colaboradores, 2001). Esto ya fue observado en programas de cobertura de tratamientos de fertilidad donde IOMA y algunas obras sociales provinciales limitaban la cantidad de hormona suministrada, obteniendo bajas tasas de éxito. Obviamente el efecto final de esto será que en promedio las pacientes deberán realizar más intentos para lograr el embarazo ya que la utilización de dosis menores de gonadotrofinas conducirá a un menor número de ovocitos captados, con menores tasas de embarazo, y la necesidad por lo tanto de un mayor número de intentos con ciclos en fresco para lograr el embarazo, ya que dispondremos de menos embriones excedentes para criopreservar.” (SAMER, 2015:5-6)

Vale la pena destacar que los grupos etarios de 35-39 años y las de 40 y más son los que han venido creciendo en los últimos años, mientras que, paralelamente, disminuye el grupo etario de mujeres de < 35 que inician un ciclo y/o más (ver Gráfico 3). Como ya mencionamos anteriormente, esta situación podría estar vinculada a los cambios en la trayectoria profesional de las mujeres y la consecuente planificación familiar de las familias, que posponen la llegada de los hijos.

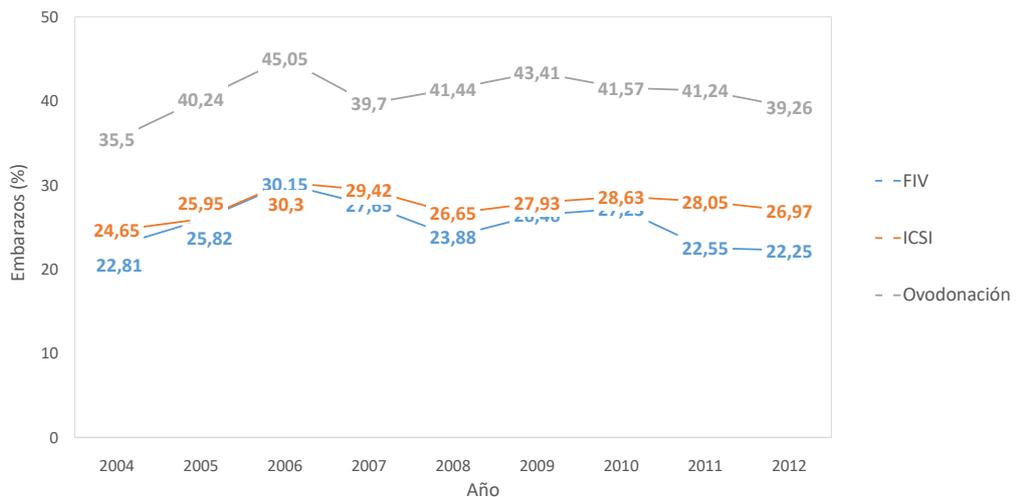
Gráfico 3. Argentina. Edad de las mujeres que inician un ciclo y/o más
2004 - 2012



Fuente: RAFA - Registro Argentino de Fertilización Asistida 2004-2012. Elaboración propia

En Argentina, la técnica más "exitosa" es la ovodonación. La segunda técnica más exitosa es la ICSI, más compleja que la FIV (ver Gráfico 4). Sería conveniente analizar esta información desagregando por centro público y privado. De todos modos, como ya señalamos, la ovodonación no es posible al menos en los centros públicos sobre los que tenemos información.

Gráfico 4. Argentina. Embarazo concretado según tipo de técnica
2004 - 2012



Fuente: RAFA - Registro Argentino de Fertilización Asistida 2004-2012. Elaboración propia.

La perspectiva de las mujeres sobre las TRA

Como mencionamos en el apartado metodológico, la etapa cualitativa de la investigación la iniciamos con la realización de un grupo de discusión conformado por mujeres (fueran o no usuarias de TRA) que se encontraban en pareja al momento del encuentro. El objetivo general de este grupo de discusión consistió en explorar las opiniones, actitudes y representaciones de estas mujeres respecto de las TRA, con el objetivo de comparar al interior del grupo posibles distintas perspectivas y posiciones de las participantes.

Con la información relevada por la encuesta que aplicamos a las participantes antes de la realización de la reunión grupal, pudimos contar con información sociodemográfica básica importante para la interpretación de los datos que recabaríamos a posteriori, durante la realización del grupo. A continuación presentamos un cuadro que sintetiza las principales características sociodemográficas de las participantes:

Participante	Edad	Máximo nivel educativo alcanzado	Hijos	Experiencia con TRA
1	38	Secundario completo	No	Si
2	34	Universitario completo (Ciencias de la Comunicación)	No	No
3	32	Universitario completo (Sociología)	No	No
4	47	Terciario incompleto (en curso, Prof. En Ciencias de la Educación)	Si (3)	No
5	25	Terciario incompleto (abandonó Prof. En Historia; en curso, Prof. En Educación Primaria)	No	No
6	24	Universitario completo (Ciencias Políticas)	No	No
7	59	Universitario completo	Si (2)	No
8	54	Universitario incompleto	Si (3)	No

Entre las principales conclusiones obtenidas del grupo de discusión se destacan las siguientes:

- En las mujeres, la maternidad y la paternidad aparece fuertemente ligada al vínculo biológico entre padres e hijos, lo cual, para algunas participantes se debe

a los valores imperantes en nuestra sociedad. Algunas mujeres piensan **la** maternidad/paternidad desde la perspectiva de los roles que se despliegan, independientemente, de la modalidad de entrada a la parentalidad elegida. Sin embargo, hay un amplio consenso entre las participantes respecto de que la mujer que quiere ser madre desea pasar por la experiencia corporal de parir un hijo.

- Todas las mujeres coinciden en señalar una suerte de ruta de acceso a la parentalidad deseada que implica una sucesión de etapas a las que se llega por descarte. Así, en primer lugar se opta por la maternidad biológica y, en caso de que esta no se concrete, se pasa a un segundo estadio que implica el uso de TRA. Finalmente, estas mujeres consideran que la adopción constituye la última opción para acceder a la maternidad deseada.

P5: ... Decidí por ahora no ser madre pero bueno [ser madre es diferente de ser padre]... puede ser el padre biológico o no, pero el rol (*énfasis*) ponele que es diferente [al de la madre] en ese sentido, como sentir el momento de la relación con el bebé, el parto y demás, o sea hay un ser adentro tuyo, ya es diferente me parece desde lo biológico, lo psicológico, pero bueno...

P6: De hecho creo que por eso mucha gente si no puede quedar embarazada -no sé tu caso (*señala a P1*)- pero prefiere primero intentar... primero hacer una inseminación para que sea propio y, en segunda instancia, la adopción...

M: A ver si entendí...

P6: El vínculo este de maternidad... También por los casos que yo conozco... O sea, la primera opción de la mujer si puede es tener el hijo de manera natural; la segunda instancia, si no se puede quedar embarazada, es recurrir a la ciencia y que permita la inseminación para que siga gestándose en su cuerpo. Y en tercera instancia es la adopción... Por los casos que yo conozco... No sé si es la generalidad, pero digo que también hay algo en ese vínculo...

P5: se busca generar ese vínculo, se busca generar ese vínculo... pero bueh, igual es relativo, yo también tengo experiencias más parecidas a la tuya...

M: Por lo que vos planteas y la sensación que tenés, es como si el vínculo biológico fuera muy fuerte en la construcción del vínculo con el hijo... No sé qué piensan las demás...

P8: No, no necesariamente... Hay mujeres que matan a sus hijos (*pero nadie la escucha*)

P6: No, no digo... Como que la mujer que desea ser madre busca tener esa experiencia..

M: La mujer que quiere ser madre busca un hijo biológico, quiere pasar por la experiencia corporal de parir un hijo.

P5: Y tiene que ver con esa concepción de ser madre...

P6: Yo todavía no soy madre, no está en mis planes... pero no sé si vos podés comentarme (*se refiere a P1*)

P1: No, si, si, en mi caso particular, es lo mismo... La búsqueda natural, hoy en día la búsqueda a través de la ciencia y bueno y tampoco descarto la idea de la adopción pero si, tal cual como dicen ustedes, en mi caso también se dio en esos niveles... Ahora si me preguntan si es porque una madre se es porque va a parir al chico, para mí no es así (*contundente*) (*P2 asiente*). No te puedo explicar (*P2 dice "sí, sí"*) la idea pasa por, no sé, por ahí es cultural, la verdad no sé... si es por el hecho de decir, bueno, formar una familia digamos con tu sangre, tus genes, y bueno como base, no sé si sería lo ideal o qué, porque hay gente que por ahí decide no ser madre biológicamente y adopta...

P5: Y construye un vínculo, obviamente...

P1: Sí, totalmente. De hecho también tengo una conocida que es mamá por adopción del corazón como yo digo (*murmullo general de asentimiento*) y ha creado un vínculo que ella misma me cuenta... en el momento cuando lo vio... Es algo que debe ser ese instinto maternal que tenemos...

P2: Si, me parece que si hay necesidad de dar amor, como ese deseo... de dar amor... ese deseo, biológicamente o por adopción (*P1 asiente enfáticamente*), el vínculo se construye y se genera por esa necesidad de dar amor que aparece en algún momento de la vida, tanto para el padre como la madre, me parece...

- Varias participantes coinciden en señalar que, en las parejas homosexuales, el ejercicio de la maternidad/paternidad adquiere características diferentes a las que identifican en las parejas heterosexuales.

P3: [Ser madre o ser padre] es un rol diferente... No sólo en las parejas heterosexuales. Cuando hay dos padres o dos madres, funcione o no la inseminación... También en dos mujeres, el rol que quieren llevar y cómo lo desarrollan [es diferente]... También depende de cada sociedad. Acá es como muy el rol... Hay otras sociedades donde no están tan estigmatizados los dos roles (*P1 y P2 asienten*)

M: ¿Qué opinan sobre esto que vos planteas, que el ser padre y ser madre puede ser diferente en una pareja homosexual que en una heterosexual?

P3: Y no pienso en hombre o mujer... Hay parejas heterosexuales donde la mujer tiene un rol mucho más masculino y el hombre, más femenino. Y puede pasar que haya dos personas muy fuertes. Más que roles son personalidades donde se desarrollan esas características que no tienen que ver, no sé...

- Entre las no usuarias de TRA, el desconocimiento de las características e implicancias de la ley que regula el acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida es generalizado. Sin embargo –una vez informadas de la existencia de la ley nacional que regula las TRA- cuestionan y dudan acerca de la capacidad del sistema de salud para cumplir con la normativa y sostienen que estos procedimientos constituyen opciones los grupos sociales más favorecidos.

M: Por lo que mencionaron, me parece que todas conocen o escucharon hablar sobre las técnicas de reproducción asistida porque las mencionaron alguna vez, ¿O hay alguna que no escucho ese tema? ¿Qué es lo que saben de las técnicas?

P6: Yo sé, pero poco...

P7: Sé nombres o cosas que se pueden hacer, pero no...

(La mayoría dice que algo sabe pero poco, hablan, se superponen)

P3: La ley menciona tres intentos, no? *(preguntándole a P1)*

P1: Sí, bueno, igual son más...

P3: O la ley o sobre la cobertura de salud... No sé mucho en realidad...

P1: En realidad sí, yo también se muy poco pero un compañero de trabajo es quien me acercó el tema de la ley, y gracias a eso, fue un empujón para que intentara.

- Respecto a sus opiniones sobre las TRA, las participantes manifestaron un consentimiento generalizado a favor de los procedimientos. Sin embargo, se observan distintas posturas cuando indagamos sobre el nivel de aceptación a los diferentes tipos de TRA, sobre todo en cuanto a las técnicas que incluyen donantes externos y a la maternidad subrogada. Asimismo, se desprenden diversas opiniones en cuanto al acceso a las TRA por parte de personas no heterosexuales.

El aporte de la triangulación a la investigación sobre TRA y género. Reflexiones sobre las fuentes y técnicas utilizadas.

Tal como señala Vasilachis (1992:36), "la estrategia fundamental del abordaje multimétodo es atacar el problema a investigar con un arsenal de métodos que no superpongan sus debilidades y que, además, agreguen sus propias ventajas complementarias". Consideramos que una de las principales utilidades de la

triangulación es que "...ubica al investigador en una posición que le permite observar su propio material críticamente, testarlo, identificar sus debilidades y establecer dónde hay que realizar un testeo adicional" Vasilachis (1992:38).

Tal como señalamos en el apartado sobre Metodología, en nuestra investigación realizamos una múltiple triangulación (Vasilachis, 1992). Coincidimos con Vasilachis (1992-.37), en que "... estos distintos tipos de Triangulación no son de igual nivel, lo que determina que algunas clases estén determinadas dentro de las otras, o que la elección de algunos de estos tipos de Triangulación conlleve, necesariamente, a la utilización de algún otro". Por este motivo, a continuación reflexionaremos sobre cada uno de los tipos de triangulación utilizados, respetando la jerarquización que hicimos de los mismos a partir de un criterio derivado de la reflexión epistemológica (Vasilachis, 1992).

1. Triangulación intermetodológica

La temática que abordamos está atravesada por procesos macro sociales, políticos y culturales, así como vivencias de las mujeres que recurren a las TRA (nivel micro de análisis). Recurrimos a métodos cuantitativos y cualitativos convencidos "... de que cada uno provee información que no sólo es diferente de la provista por el otro, sino que, además, es esencial para interpretar a la otra" (Vasilachis, 1992:36). No cabe duda que los métodos cuantitativos resultan esenciales para poder dar cuenta de la magnitud y características del objeto bajo estudio. Creemos que hemos mostrado en este trabajo que conocer aspectos tales como cuántas usuarias/os recurren a las TRA, qué tipo de técnicas son las más utilizadas, cuál es la tasa de embarazos, cuál es el éxito obtenido con estas técnicas y qué relación guarda el mismo con las características de las/os usuarias/os, entre otras cuestiones, resultan claramente imprescindibles. Pero esta información sólo puede ser interpretada en su justa medida, cuando, además, podemos dar cuenta de cuáles fueron las trayectorias de las mujeres en su camino a ser madres, cuáles fueron sus sentimientos, sus miedos, sus inquietudes en cada etapa de ese camino, qué pasó con ellas mientras recorrían el mismo, si en algún momento desistieron de avanzar por el rumbo que proponen las TRA y, en caso de que así fuera, qué motivos las llevaron a ello, etc. Para abordar estos últimos aspectos y otros similares, requerimos utilizar métodos

cualitativos. Creemos que la única forma de abordar de manera holística la temática que nos planteamos fue, por lo tanto, diseñar una estrategia integrara ambos métodos. En este sentido, vale señalar que nos encontramos en el inicio de nuestra investigación y por este motivo aún no hemos avanzado lo suficiente en la etapa cualitativa de la misma de modo de contar con la información que consideramos más relevante para confrontar con los datos cuantitativos relevados (los cuales también, en estos momentos, estamos profundizando en lo que a su sistematización y análisis se refiere).

2. Triangulación intrametodológica

Este tipo de triangulación tuvo lugar tanto en lo que respecta a los métodos cuantitativos como a los cualitativos, así que nos referiremos, en ese orden, a los aportes de dicha estrategia a una investigación como la aquí planteada.

En lo que respecta a la etapa cuantitativa, como ya mencionamos con anterioridad, recurrimos a distinto tipo de fuentes secundarias porque consideramos adecuado caracterizar la problemática en Argentina y comparar la misma con la situación a nivel regional. Es por esto que recurrimos, como ya explicamos, a las dos principales fuentes de datos existentes para estos fines: el RAFA y la REDLARA, respectivamente. Sin embargo, a la fecha, aún no pudimos acceder las bases de ninguno de los dos registros mencionados. Esta información dista mucho de ser pública y las restricciones para acceder a la misma son muy importantes, aún para los centros miembros que integran estas redes y que aportan la información con las que se conforman las bases en cuestión. En el caso del RAFA, este cuenta en la actualidad con un aplicativo web el cual permite, entre otras ventajas, acceder directamente a las bases de datos de 2012 en adelante. Pero, tal como se indica en su página web, "para su utilización, cada centro deberá contactar a SAMER y solicitar la

autorización correspondiente. Luego nuestro equipo técnico estará contactándolo desde registrorafa@gmail.com indicándole el nombre de usuario y contraseña, la cual no deberá ser divulgada a personas que no están involucradas al procesamiento de datos de su centro". En el caso de la REDLARA, en su página web puede encontrarse una "Guía para el uso de

información del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA)”¹⁷, en la cual se dejan constancia de varios aspectos muy importantes respecto del acceso a su base de datos. En caso de ser entregada la información solicitada, debe pagarse un arancel por la misma de lo que se deduce que no entregan la base ya que justifican dicho arancel “será proporcional al trabajo que el personal de RLA destine a la obtención y preparación de la información”. En caso de acceder a la información, REDLARA exige firmar un acuerdo de confidencialidad a los investigadores que sean autorizados para utilizar la información suministrada y esta “... no podrá ser copiada ni transmitida en ninguna forma a uno o más individuos que no estén dentro de la lista de investigadores autorizados y que no haya firmado un Acuerdo de

¹⁷ “Guía para el uso de información del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA): El Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA) es el encargado de reunir, analizar y publicar la información referente a los ciclos de reproducción asistida realizados por los centros miembros de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA). Esta información puede ser compartida, con fines científicos, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. La información entregada será anónima y no identificará de forma alguna a los centros que proporcionan los datos.

2. Toda información entregada debe estar salvaguardada por un acuerdo de confidencialidad que proporcionará el RLA.

3. Toda propuesta deberá presentarse a la oficina del registro (registro@redlara.com) y debe incluir, pero no estar limitada a: nombre y vínculo institucional del investigador responsable, colaboradores y todas las personas que tendrán acceso a la información, fuente de financiamiento del estudio, objetivo, marco teórico, y tipo de análisis propuesto,

4. El Comité Científico del RLA, compuesto por dos miembros del RLA, dos miembros del consejo directivo, nombrados por el director ejecutivo de REDLARA y en caso necesario, uno o más profesionales externos, nombrados ad. hoc., pero perteneciente a un centro acreditado de la REDLARA, revisarán esta propuesta y enviarán una respuesta por escrito al investigador responsable. Ningún proyecto puede ser cursado sin autorización por escrito del director ejecutivo y el director del RLA.

5. Para cada propuesta, la oficina del RLA asignará un arancel por el acceso a la base de datos y a la validación de la información extraída. Este arancel será proporcional al tiempo que el personal del RLA destine a la obtención y preparación de dicha información. Este arancel deberá depositarse en la cuenta de REDLARA previo a la recepción de la información solicitada. El acceso a esta información será gratuita para los centros acreditados por REDLARA.

6. El acceso a la información será permitido solamente para el proyecto autorizado. Análisis ulteriores deberán someterse a evaluación como nuevas propuestas de investigación.

7. Todos los sujetos involucrados en el estudio, con acceso a la información proporcionada por el RLA, deberán firmar un Acuerdo de Confidencialidad.

8. La información entregada no podrá ser copiada ni transmitida en ninguna forma a uno o más individuos que no estén dentro de la lista de investigadores autorizados y que no haya firmado un Acuerdo de Confidencialidad.

9. El RLA retiene el derecho a revisar cualquier manuscrito o presentación resultante del uso de información proporcionada por el RLA, y a aprobar su publicación. La información proporcionada por el RLA no puede ser publicada ni presentada sin el consentimiento del RLA, que también recibirá reconocimiento por su participación.” (el resaltado es nuestro).

Guía RLA (esp) - 03 jul 09, disponible en: http://redlara.com/images/arg/Guia_RLA_esp_03-jul-09.pdf.
Ultimo acceso: octubre 2016.

Confidencialidad... [Además], el RLA retiene el derecho a revisar cualquier manuscrito o presentación resultante del uso de información proporcionada por el RLA, y a aprobar su publicación". Es decir que tal tipo de restricciones, somete a los investigadores a una supervisión y evaluación de su trabajo por parte del RLA, aún cuando el anonimato de las fuentes esté totalmente garantizado. Es claro que tal tipo de restricciones garantizan que sólo RLA pueda ser uso libre de la información recolectada. En muchos casos, además, los centros que participan de dicha red son públicos, razón por la cual menos se entiende aún que las restricciones que ponen al acceso a los datos.

Debido a todas las dificultades planteadas con RAFA y REDLARA es que tuvimos que trabajar a partir de datos publicados por los mismos (tal como se explicó en el apartado metodológico). En este caso, si bien la triangulación de fuentes no garantiza la validez de las mismas, es muy necesaria ya que permite algún tipo de análisis de consistencia de la información disponible (de hecho, en otro apartado hemos señalado alguna inconsistencia detectada).

Por su parte, en lo que hace a la etapa cualitativa de la investigación, hemos propuesto utilizar varias técnicas de recolección de datos que se aplicarán en etapas sucesivas de la investigación: observaciones no participantes, grupos de discusión y entrevistas en profundidad. A continuación nos referiremos a cada una de ellas para poner de manifiesto el aporte específico que la aplicación de cada una de ellas realizará a nuestra investigación, justificando de esta forma nuestra decisión de realizar esta triangulación intrametodológica.

- a) Decidimos realizar observaciones (no participantes) de las situaciones de consulta en las que los profesionales realicen la entrevista de admisión a las/os nuevas usuarias/os que demanden TRA durante el período de ejecución de la investigación (por supuesto, previa conformidad del usuario/a y del proveedor de salud). A diferencia de otras técnicas de recolección de datos "... que se marginan de la dinámica social, la observación permanece muy insertada en ésta..." (Blanchet, 1989). Específicamente, para la realización de estas observaciones, nuestro foco de análisis se basará en las siguientes dimensiones de análisis que son de interés para el proyecto, a saber:

- Las prácticas médicas en relación con las TRA. Especialmente, se tratará identificar si y cómo operan los sesgos androcéntricos en la implementación de las TRA, así como la existencia de planteamientos y prácticas diversas entre los/as profesionales de la salud.
 - Las relaciones médico-paciente, abordando las mismas desde una perspectiva de género.
 - El manejo de la información sobre TRA en distintos niveles: a) la información que los proveedores de salud proveen a los/as usuarios/as; b) el conocimiento sobre TRA que los/as usuarios/as parecen detentar previo a la situación de consulta de admisión; c) interés de los/as usuarios/as en adquirir mayor información sobre las TRA.
 - Demandas de los usuarios/as hacia el profesional de la salud y el tipo de respuestas que ellos dan a las mismas.
 - Actitudes de las/os usuarios respecto de las alternativas que les planteen los proveedores de salud en relación con el tratamiento a encarar.
- b) A través de los grupos de discusión esperamos detectar nuevas dimensiones significativas presentes en el imaginario colectivo sobre la sexualidad y la salud reproductiva (con especial referencia a las TRA) de los/as usuarias. Los grupos de discusión se caracterizan por situar "... a las personas en situaciones naturales, de la vida real, a diferencia de las situaciones experimentales controladas, típicas de los estudios cuantitativos" (Krueger, 1991). Por otro lado, dado que las inhibiciones a menudo se relajan en situaciones grupales, los grupos de discusión crean un clima de mayor naturalidad que las entrevistas individuales lo cual induce un aumento en la espontaneidad de los participantes (Krueger, 1991). Si bien los discursos particulares de cada grupo son localizaciones y especificaciones del discurso general de la sociedad sobre dichos temas, el conocimiento y comprensión de dichos discursos particulares hace posible, luego, el acceso al discurso general. Esto es así pues si bien el grupo existe objetivamente, existe porque determinados individuos han dado un significado a un determinado colectivo, lo que necesariamente comporta una

definición de la realidad del entorno sociocultural y un proceso de autodefinición de los actores que componen dicha agrupación (Clemente Díaz, 1992). De esta forma, los resultados obtenidos a través de los grupos de discusión nos permitirán detectar representaciones socialmente dominantes entre los grupos sociales bajo estudio. Así, a través de los grupos de discusión podremos abordar las siguientes dimensiones de análisis:

- Las representaciones que poseen las/os usuarias/os que recurren al mismo demandando TRA sobre temas tales como la paternidad, la maternidad, la pareja, los hijos, la tecnología, la reproducción, la salud/enfermedad y el cuerpo.
 - Las opiniones, expectativas y actitudes de las/os usuarias/os respecto de las TRA.
 - Los motivos que llevan a estas/os usuarias/os a recurrir a las TRA
 - Los factores que propician o no la reiteración de los tratamientos a la luz de los intentos fallidos que en ocasiones se producen.
- c) Finalmente, realizaremos entrevistas en profundidad con las/los usuarias/os con la finalidad de obtener información relevante para la investigación vinculada a las siguientes dimensiones de análisis, a saber:
- Las distintas carreras/trayectorias de las y los pacientes (desde que comienzan la búsqueda de un hijo)
 - Las opiniones, expectativas y actitudes de las/os usuarias/os sobre las TRA. (especialmente, los motivos que llevan a recurrir a las TRA y los factores que propician o no la reiteración de los tratamientos a la luz de los intentos fallidos que en ocasiones se producen).
 - La diversidad de experiencias de tratamiento de las/os usuarias/os, en las distintas etapas del proceso, teniendo en cuenta los procesos de toma de decisión y los factores que pudieran vincularse a este proceso: número de intentos, tipo de técnica utilizada, resultado y perfil social y actitudinal de las mujeres.

- Las representaciones que poseen las/os usuarias/os de este servicio que recurren al mismo demandando TRA sobre temas tales como la paternidad, la maternidad, la pareja, los hijos, la tecnología, la reproducción, la salud/enfermedad y el cuerpo.
- Las características de los vínculos con los proveedores de salud durante las dinámicas de tratamiento tal como son percibidas y experimentadas por las/os usuarias/os de este servicio, prestando especial atención a la presencia de trazos sexistas y las formas en que se manifiestan las relaciones de poder.

3. Triangulación de investigadores

Como ya señalamos nuestro equipo está integrado por sociólogos, médicos ginecólogos y biólogos, entre los cuales hay mujeres y varones que, a su vez, están atravesando diferentes experiencias vitales y poseen historias de vida y laborales muy diferentes. La triangulación de investigadores consiste en la observación por más de una persona del mismo fenómeno o situación (Vasilachis, 1992) y esto resulta enriquecedor para la investigación porque se trata de diversos investigadores que se caractericen por tener estilos cognitivos, con conocimientos y prácticas diferentes, lo cual genera interesantes interacciones entre ellos. En este caso en particular, esta interacción entre científicos sociales y biomédicos está marcada por diferencias en la formación académica, por los paradigmas de conocimiento, por la disponibilidad de unos y otros para trabajar juntos, y por la manera como son vistos por otros actores del mundo científico y del no científico.

Por las características de la temática que nos propusimos abordar, por los desafíos que plantean los avances científico-tecnológicos, y las nuevas realidades, pero también como producto de la compleja relación de fuerzas entre las disciplinas y las profesiones que intervienen, el campo en la que se inscribe nuestra investigación -el de la salud sexual y reproductiva- es, actualmente, un campo eminentemente multidisciplinario. Necesitamos de "otros" para mejorar el conocimiento sobre los problemas en este campo. Actualmente con poderes relativos diferentes y con mayor o menor pertinencia según la problemática, una larga lista de disciplinas y de profesiones tienen algo que decir en este campo (médicos,

enfermeros, demógrafos, epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, biólogos, farmacéuticos, gestores, etc.).

Por otro lado, la triangulación de investigadores es particularmente útil cuando se trabaja en instituciones en la que participan muy diversos actores (ej.: hospitales, escuelas, institutos correccionales, etc.) (Schwartz et. al, 1984), como sucede en nuestra investigación.

Referencias bibliográficas

American Society For Reproductive Medicine (ASRM) (2012). *Tecnologías de Reproducción Asistida. Guía para pacientes*, American Society for Reproductive Medicine, Disponible en: http://reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET_ART_spanish_rev110712.pdf. Ultimo acceso: octubre 2016

Ariza, L. (2008). "El recurso a las tecnologías de reproducción asistida en la Ciudad de Buenos Aires y AMBA: una aproximación cultural". Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, Instituto de Altos Estudios Sociales – Universidad Nacional de General San Martín.

Ariza, L. (2010). "La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires", en *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, vol. 2 (1).

Blanchet, A.; Ghiglione, R.; Massonnat, J. y Trognon, A. (1989). *Técnicas de investigación en ciencias sociales. Datos. Observación. Entrevista. Cuestionario*, Madrid, Narcea.

Clemente Díaz, M. (1992). *Psicología social. Métodos y técnicas de investigación*, Madrid, Eudema Universidad.

Foucault, M. (1974) "El nacimiento de la medicina social" (trad. de F. Álvarez Uría y J. Varela) en *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Barcelona, Paidós, 1999.

García Testa, V. (2015, Agosto 15). "Buenos Aires: Las nuevas familias". *Noticias*, Año XXXIII, 2016, 54-57.

Georges, E. (2008). *Bodies of knowledge. The medicalization of reproduction in Greece*. Nashville, Vanderbilt University Press.

Huerta Zepeda, A. (s.f.) *Reproducción Humana Asistida. Comunicación rápida*, Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM. Disponible en: <http://plataformacientifica.org/Documentos/Doc-6-RepHumAsist.pdf>, (fecha de acceso: octubre 2016).

Infesta Domínguez, G. (2015). *Técnicas de reproducción asistida (TRA): ¿nuevas parentalidades? Prácticas, actitudes y representaciones de usuarios/as y proveedores de salud del sistema público y privado*, Proyecto UBACYT Programación 2016, Buenos Aires, UBA.

Infesta Domínguez, G. y A. Vicente (2007). "Etnometodología: del abordaje teórico a las estrategias investigativas. Parte I", en: *Antología de ponencias del XXVI Congreso Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS) "Latinoamérica en y desde el mundo. Sociología y ciencias sociales ante el cambio de época: legitimidades en debate"*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara (Jalisco, México), agosto, publicación en formato digital: CD). También disponible en: <http://www.aacademica.com/000-066/1123.pdf>. Último acceso: 28/7/15.

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). *Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina / Instituto Interamericano de Derechos Humanos*. – San José, C.R.: IIDH/UNFPA.

Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*, Madrid, Ediciones Pirámide

Luna, F. (2013). "Infertilidad en Latinoamérica. En búsqueda de un nuevo modelo", en: *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 28, mayo 2013, pp. 33-47.

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

Mackey, Ma. E. (2016). *RAFA. Registro Argentino de Fertilización Asistida 2004-2012*, XVII Congreso Argentino de Medicina Reproductiva, SAMeR 2016, Tucumán, 31 de agosto, 1 y 2 de septiembre de 2016.

RLA (s.f.). *Estado actual de la reproducción asistida en Latinoamérica y el mundo*, Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), <http://redlara.com/PDF RED/Situacao atual REDLARA no mundo.pdf>, (fecha de acceso: octubre 2016).

SAMeR (2015). *Problemática actual de la fertilidad en la República Argentina. Calidad y buenas prácticas en medicina reproductiva*. Disponible en: <http://www.samer.org.ar/pdf/problematica actual fertilidad.pdf>, (fecha de acceso: octubre 2016).

Schwartz, H. y J. Jacobs (1984). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*, México D. F., Editorial Trillas.

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Zegers-Hochschild, F. , J. Schwarze y V. Galdames (Eds.) (s.f). *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA) 2008*, Santiago de Chile, Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA).