

Ponencia 1

ACCESIBILIDAD A LAS TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA EN PAREJAS DE MUJERES EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Federico Batiz y Mariela Soledad Pántano

marielapantano84@live.com.ar

Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

Resumen

El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro del proyecto de investigación "INVESTIGACIONES ACERCA DE LAS PRESENTACIONES ACTUALES DE PARENTALIDAD Y PAREJA EN PAREJAS DEL MISMO SEXO", perteneciente a la cátedra de Psicología Institucional de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), el cual se aborda desde una perspectiva pos patriarcal y pos heteronormativa y se encuentra dirigido por la Licenciada Iara Vidal.

Considerando a las leyes como productoras de subjetividad, posibilitadoras de extensión de derechos y reguladoras a nivel social tomaremos, como eje fundamental para nuestro análisis, la Ley 26862 de "Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida" sancionada en 2013 y de carácter nacional. Esta Ley, precursora en Latinoamérica, es calificada como de avanzada y abarcativa, ya que contempla la mayoría de los tratamientos, no fija restricciones de edad máxima ni orientación sexual, así como tampoco estado civil. Además, reconoce la infertilidad como una enfermedad, considerando así el derecho reproductivo e incluyendo a parejas infértiles con gametas propias o donadas. Sin embargo, nuestro punto de interés será visualizar si realmente resulta tan inclusiva como pretende serlo.

A partir de la sanción de esta Ley, Argentina se convirtió en el primer país de América Latina en contemplar la financiación de las prácticas de fertilización asistida tanto en el sector público, como en obras sociales y empresas de medicina prepaga.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, centraremos nuestro análisis en el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida propiciadas por dicha Ley en instituciones hospitalarias públicas de la provincia de Buenos Aires, por parejas de mujeres que no cuenten con obra social ni cobertura prepaga.

Dicha investigación, propone un enfoque cualitativo que, en un primer momento, llevaría a cabo entrevistas en profundidad a parejas de mujeres que estén en proceso o hayan

[357]

llevado a cabo tratamientos de reproducción humana asistida en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires sin obra social. Pero debido a la ausencia de casos y la poca - o casi nula- información empírica con la que cuenta este recorte, la metodología debió ser modificada. Nos vimos obligados a hacer un acercamiento teórico práctico sobre la situación comentada, por lo cual en el presente trabajo utilizaremos una entrevista realizada a profesionales de la Federación Argentina LGBT (FALGBT) y diverso material bibliográfico.

Nos encontramos en un momento de la investigación que requiere de profundización teórica que nos permita arrimarnos a conocer mejor la verdadera dimensión de esta problemática. Pudimos diferenciar ciertas falencias que las identificamos como: estructurales del sistema de salud, prejuicios a nivel de los profesionales de la salud, comunicación y acceso a la información y escasos recursos económicos.

A pesar de las falencias enumeradas anteriormente, observamos que las parejas de mujeres acceden a la parentalidad utilizando diferentes métodos alternativos y diversas vías, lo cual genera nuevas problemáticas a nivel legal, particularmente respecto de la filiación, ya que estos métodos no están contemplados en la Ley.

A raíz de estas problemáticas resulta pertinente preguntarse ¿Qué política pública será necesario implementar para que la información llegue a todos los sectores de la sociedad por igual? A su vez, ¿Cuáles son los cambios necesarios a realizarse dentro del sistema de salud para que realmente sea gratuito en su totalidad el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida? ¿Cómo sería la filiación en los casos que acceden a través de métodos y vías alternativas, no contemplados por las leyes? Consideramos importante investigar sobre el proceso de construcción de la subjetividad a partir de la historia familiar, que ocurre tanto en los/as niños/as como en las madres. Preguntas que nos servirán para orientarnos en futuros trabajos.

Palabras clave: Ley de Fertilización Asistida, parentalidad, parejas de mujeres, accesibilidad

Abstract

The present work is framed within the Research Project "Research on current presentations of parenting and couples in same sex couples". Pertaining to the chair of Institutional Psychology, Faculty of Psychology, National University of La Plata, Buenos

Aires, Argentina. This is addressed from a post-patriarchal and post-heteronormative perspective, and is directed by Lic. Iara Vidal.

Considering the laws as producers of subjectivity, enabling rights extension and social regulation, we will take, as the fundamental axis for our analysis, Law No. 26.862 of "Comprehensive access to sanitary procedures and techniques of medical-assisted reproduction techniques" In the year 2013 and of national character. This precursor Law in Latin America is classified as advanced and comprehensive, since it contemplates most of the treatments, does not set restrictions of maximum age, nor sexual orientation, nor civil status. It also recognizes infertility as a disease, thus considering reproductive rights and including infertile couples with own or donated gametes. However our point of interest will be aimed at verifying if it really is as inclusive as it claims to be.

Following the enactment of this Law, Argentina became the first Latin American country to contemplate the financing of assisted fertilization practices in the public sector, social works and prepaid medicine companies.

Taking into account the aforementioned, we will focus our analysis on the access to the techniques of assisted human reproduction promoted by said law, in public hospitals of the province of Buenos Aires, by pairs of women who do not have social work or prepaid coverage.

This research proposes a qualitative approach, which in the first instance would conduct in-depth interviews with pairs of women who are in process or have carried out assisted human reproduction treatments in public hospitals in the province of Buenos Aires, without social work. But due to the absence of cases and the little or almost null empirical information with this cut, the methodology had to be modified. We were forced to make a theoretical and practical approach on the situation discussed, whereby in the present work we will use an interview with professionals from the Argentine Federation LGBT (FALGBT) and diverse bibliographic material.

We are in a moment of the investigation that requires theoretical deepening, that allow us to get closer to know better the true dimension of this problematic. We were able to differentiate certain flaws that we identified as structural health system, prejudices at the level of health professionals, communication and access to information and scarce economic resources.

In spite of the failures listed above, we observe that women's couples access to parenting using different alternative methods (op.name) and various avenues, which generates new legal problems, particularly with respect to filiation, since these methods Are not contemplated in the Law.

As a result of these problems, it is pertinent to ask what public policy will be necessary to ensure that information reaches all sectors of society equally? In turn, what are the necessary changes to be made within the health system so that access to human assisted reproduction techniques is totally free? What would filiation be like in cases that access through alternative methods and ways, not contemplated by the laws? We consider it important to investigate the process of constructing subjectivity based on family history, which occurs in both children and mothers. Questions that will guide us in future work.

Keywords: Law on Assisted Fertilization, Parenting, Women's Couples, Accessibility

Introducción

Considerando a las leyes como productoras de subjetividad, posibilitadoras de extensión de derechos y reguladoras a nivel social tomaremos, como eje fundamental para nuestro análisis, la Ley 26862 de "Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida" sancionada en 2013 y de carácter nacional. Esta Ley precursora en Latinoamérica, es calificada como de avanzada y abarcativa, ya que contempla la mayoría de los tratamientos, no fija restricciones de edad máxima, ni orientación sexual, así como tampoco estado civil. Además, reconoce la infertilidad como una enfermedad, considerando así el derecho reproductivo e incluyendo a parejas infértiles con gametas propias o donadas.

Las técnicas de reproducción humana asistida aparecen como una herramienta que permite dar solución a la infertilidad como problema de salud, pero, en muchos casos, esta problemática no existe. En este punto coincidimos con Mariana Viera Cherro (2014) que destaca a quienes afirman que el objetivo de las técnicas de reproducción humana asistida no es atender la infertilidad sino lograr una descendencia biológicamente vinculada (Diniz & Gómez Costa, 2006).

La construcción de un proyecto familiar común que legitiman las recientes leyes no hace más ni menos que otorgar carácter jurídico a una condición que, desde siempre, operó en la constitución de un sujeto: poco tiene que ver el lazo biológico con la función parental, cuyo nudo consiste en la identificación que habilita a conformar un cuerpo de deseo orientado hacia el lazo social. Y posibilita su estructuración psíquica, su historia singular y su lugar en el mundo.

Cuando se hace referencia a que las técnicas de reproducción humana asistida permiten avanzar en el derecho de las parejas, tanto en relación heterosexual como homosexual, a

[360]

tener un hijo cuando deseen, se está desconociendo que tales tecnologías se implementan en sociedades con lógicas de dominación de género fuertemente arraigadas además de profundamente desiguales en términos socio económicos (Vlera Cherro, 2014)

Desde nuestro marco teórico, consideramos que la organización familiar hace referencia a la constitución del conjunto familiar y a los modos de funcionamiento de quienes la integran. No puede hablarse de una correspondencia entre función y sexo, sino que hacemos referencia a las funciones familiares: función de amparo y simbólica, las cuales pueden ser llevadas a cabo sin distinción de géneros. Consideramos que es importante dejar de pensar a las cuestiones de género como aquellas que organizan y garantizan el buen desarrollo subjetivo de un/a niño/a.

Por lo tanto, cuando hablamos de parentalidad, nos referimos a una operatoria suplementaria, a un plus que produce una transformación en la pareja ante la llegada de un hijo, que incluye algún sector al menos de construcción conjunta que hemos llamado "trabajo psíquico y vincular de la novedad". La diferenciación de estos dos regímenes vinculares es importante, en tanto diferenciación del vínculo sexual/erótico de pareja, del vínculo de filiación.

Nos parece importante mencionar que el acceso a las técnicas de fertilización asistida pueden ser vividas e inscriptas de diferente forma y debe ser evaluado en cada caso particular.

El problema

A partir de la sanción de la Ley 26862 de "Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida", Argentina se convirtió en el primer país de América Latina en contemplar la financiación de las prácticas de fertilización asistida tanto en el sector público, como en obras sociales y empresas de medicina prepaga.

Sin embargo, nuestro punto de interés estará enfocado en comprobar si realmente resulta tan inclusiva como pretende serlo.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, centraremos nuestro análisis en el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida propiciadas por dicha Ley en instituciones hospitalarias públicas de la provincia de Buenos Aires por parejas de mujeres que no cuenten con obra social ni cobertura prepaga

Dicha investigación propone un enfoque cualitativo, que en un primer momento llevaría a cabo entrevistas en profundidad a parejas de mujeres que estén en proceso o hayan

llevado a cabo tratamientos de reproducción humana asistida en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, sin obra social.

Debido a la ausencia de casos y la poca -o casi nula- información empírica con la que cuenta este recorte, la metodología debió ser modificada. Nos vimos obligados a hacer un acercamiento teórico-práctico sobre la situación comentada, por lo cual en el presente trabajo utilizaremos una entrevista realizada a profesionales de la Federación Argentina LGBT (FALGBT) y diverso material bibliográfico.

Consideramos pertinente retomar algunos fragmentos de la mencionada entrevista que nos permiten visualizar la problemática en torno al acceso a las técnicas de reproducción humana asistida.

Entrevistada A: Mira, por lo menos en este año y pico que yo estoy, tuvimos una sola consulta que lo hicieron como modo de experimento. Nos contaron, "mirá llamamos..." y era el Hospital de Clínicas, no en provincia [...] Yo creo que hay tantas dificultades que no existen casos...

Nos encontramos en un momento de la investigación que requiere de profundización teórica que nos permita arrimarnos a conocer mejor la verdadera dimensión de esta problemática. Pudimos diferenciar ciertas falencias que las identificamos como: estructurales del sistema de salud, prejuicios a nivel de los profesionales de la salud, comunicación y acceso a la información y escasos recursos económicos.

Estructurales del sistema de salud

Una de las profesionales nos comenta respecto del acceso a las técnicas, mediante obras sociales:

Entrevistada B: [...] Lo que pasa es que, como estas prácticas se incluyen dentro del Plan Médico Obligatorio las obras sociales en sí, no son las que terminan costando los tratamientos. Pero entran en un sistema de reintegros que son un poco complicado, entonces no quieren ellos perder mucho dentro de ese sistema de reintegro. No perder económicamente, sino quizá se desbalancea un poco las cuestiones económicas de las empresas porque le reintegran recién el año que viene esa plata.

Este fragmento nos permite comenzar a visualizar la problemática que se genera cuando se intenta acceder a las técnicas mediante las obras sociales. Esto genera que en muchos casos sea necesario apelar a recursos legales para que las parejas de mujeres logren llevar adelante el tratamiento. Problemática que también afecta a parejas heterosexuales o mujeres solteras, lo que hace que no sea nada fácil llevar a cabo un tratamiento.

Si bien las leyes no delimitan prácticas, son éstas las que habilitarán y permitirán que las personas puedan reclamarlas y hacer uso de ellas.

Cuando consultamos respecto del acceso en los hospitales públicos:

Entrevistada A: Mirá, como hospital público habilitado para el tratamiento, cualquiera [...] Público creo que no hay ningún banco registrado en el REFES, que es de donde se toman las muestras. Eso sí tiene que estar habilitado [...] Bancos públicos no hay. Hay privados, pero volviendo a lo anterior, el Estado debería garantizar que, si él no tiene propios, puedan acceder igualmente al tratamiento haciéndose cargo del costo de un banco privado.

Entrevistador/a: Entonces ese no sería un problema supuestamente, porque si el Estado no tiene su banco propio debería garantizar igual el acceso. Porque sabemos que se estuvo utilizando eso como excusa, de que no tenían banco para llevar adelante el tratamiento. No sabíamos esta otra vuelta.

Como se puede observar, si bien la Ley habilita las prácticas, el sistema de salud no se encuentra en condiciones de llevar adelante los tratamientos, ya que no se cuenta con un banco de esperma que sea público, esto genera que quienes desean llevar adelante las técnicas en hospitales públicos se vean obligadas a pagar a un banco de esperma privado por una muestra. Por otra parte, como bien plantea la profesional, el Estado debe hacerse cargo de la totalidad del tratamiento, esto nuevamente lleva a la necesidad de comenzar un litigio legal.

Prejuicios a nivel de los profesionales de la salud

En relación a los prejuicios que portan los profesionales de la salud, consideramos oportuno ampliar la viñeta citada anteriormente sobre el conocimiento de algún caso con las particularidades recortadas a lo cual nos comentan que solo conocían de uno y fue solo a *modo de experimento*.

Entrevistada A: [...] Nos contaron que llamaron al Clínicas, de acá, una de ellas empezó a comentarles que quería averiguar para iniciar el tratamiento de reproducción, que necesitaban y, bueno, en el momento que le preguntan por si tenía marido o era con donante le dijo "no, mi pareja es una mujer", a lo que del otro lado recibió el "nosotros de esas cosas no hacemos, no, bueno no, solo para parejas heterosexuales, casadas". Esa fue la respuesta del Hospital de Clínicas.

Es importante resaltar que la Ley especifica con claridad que no hay ningún tipo de restricción respecto a la orientación sexual, ni el estado civil. Por lo tanto, en este punto queda evidenciado cómo los prejuicios que poseen los profesionales de la salud delimitan quienes pueden acceder a las prácticas y quiénes no. Prejuicios que operan más allá de lo que habilita una Ley Nacional.

En esta misma línea, retomaremos una entrevista realizada por miembros de nuestro equipo de investigación a algunos profesionales del equipo de un hospital público de la provincia de Buenos Aires, quienes comentaron su desacuerdo con la Ley: "de hecho hasta muy enojada, porque decía, no es un problema de salud pública, es más grave la tuberculosis, la diabetes, como problema de salud pública", "...me preocupa que se gaste el presupuesto en estos tratamientos".

La trabajadora social del Programa del mismo hospital, cuando le preguntamos cómo se desarrolló la entrevista con las parejas arriba mencionadas, dice:

Yo los traté como una pareja normal, yo los tomé como una pareja normal. Me contaron un poco como había sido el proceso entre ellas [...] yo no hice ninguna discriminación, no se allá (señala en dirección donde se encuentran los médicos).

Respecto de esto, Iara Vidal (2015) sostiene que:

El hecho de enunciarlas como una "pareja normal" remite aquello que sostiene Tajer D. (2012) cuando afirma que a nivel social y de los académicos a veces se está a favor de la diversidad pero con el dogma paterno colándose como modelo de normalidad por todos lados (2015: s/p).

En la misma investigación de Vidal, puede observarse como otro profesional entrevistado comenta que existen tanto médicos que no acuerdan argumentando valores morales, otros que lo hacen solo por el rédito económico que reciben a pesar de no estar de

acuerdo, y por último otros quienes creen que todas las personas tienen derecho a tener hijos y el acceso a las diferentes técnicas.

Cabe destacar que desde el proyecto de investigación se ha intentado comunicar con médicas del equipo reiteradas veces, todas sin éxito, más allá de haberse expresado que aceptaría ser entrevistada.

Comunicación y acceso a la información

Se consulta sobre el acceso a la información en los sectores populares, si las entrevistadas consideran que existe este acceso o no.

Entrevistada B: [...] las leyes son públicas en el sentido que son de público conocimiento más allá de que son emitidas por un órgano público [...] Entonces es muy difícil llegar a sectores más populares si no es a través de la educación tendría que ser a través de campañas públicas. Lo que pasa es que no se si al Estado tampoco le conviene andar difundiendo que la gente pueda acceder a algo que después tampoco puede cumplirlo en el Hospital Público. Yo creo que a veces si está la necesidad, como decía una figura muy importante, "nace un derecho". Pero bueno ese derecho también hay que saber cómo ejercerlo, dónde, cuándo, esas herramientas tiene que garantizarlas el Estado también, acercar esos derechos a los sectores donde más se les hace difícil alcanzarlos o ejercerlos.

Acá se puede observar cómo las diferentes falencias visualizadas están en completa relación una con otra, la falta de comunicación y acceso a la información a su vez impide que se haga cumplir efectivamente la Ley y esto a su vez favorece al Estado, ya que no lo obliga a disponer de los recursos necesarios para poder garantizar la accesibilidad a las prácticas.

Entrevistada A: "Y porque también creo que es un problema más profundo que es la Educación Sexual Integral que, la planificación familiar no puede no ir de la mano con una educación sexual integral [...] No hay una enseñanza de la planificación familiar, menos van a saber las pibas que tienen derecho a ser madres. Entonces es más profundo y las leyes no son conocidas por los sectores más populares.

Entrevistada B: Y no están escritas para ellos (sectores populares), ni para la gente que no es abogada, porque ese es todo un tema también.

En esta viñeta podemos evidenciar como la problemática se torna cada vez más compleja y se articula con otras problemáticas sociales. No es solo la falta de comunicación y acceso a la información, sino que entran en juego otras leyes que muchas veces no se conocen o en una gran cantidad de casos no se implementan. Se trata de un problema más profundo que está entrelazado con cuestiones referidas a desigualdades sociales.

Escasos recursos económicos

Al consultar respecto a los costos de llevar adelante un tratamiento:

Entrevistada A: Muuuy costosos, muuuy costosos. Y más que el tratamiento la medicación que se toma. La medicación es casi más cara que el tratamiento en sí. Más cuando las parejas de mujeres por ejemplo que no tienen problemas de infertilidad, que simplemente bueno, no hay un hombre en esa pareja, por ahí no necesita mayor tratamiento que la muestra de semen. Pero parejas que están conformadas por dos mujeres que una si tiene bajo conteo ovárico o ya tienen una edad que empieza a ser más complejo, necesita la donación de óvulos de la otra compañera, ahí ya tenés que vender la casa más o menos. Es imposible, muy caro, muy caro.

Este factor claramente excluye a muchas parejas de mujeres, ya que no todas poseen los recursos económicos necesarios para afrontar los gastos requeridos para llevar adelante el tratamiento. En algunos casos pueden acceder mediante obras sociales o prepagas, pero en los casos donde no se poseen ninguno de esos recursos y además los Hospitales Públicos no garantizan la totalidad del tratamiento se torna prácticamente imposible acceder a las técnicas de reproducción humana asistida.

Entrevistada A: [...] hay muchas parejas que acceden por obras sociales que se terminan hartando porque no lo cubren. Y estás cuatro años peleando con la obra social, cuatro años que intentaste, pagaste porque en el medio te cansaste, estas nerviosa, no te funciona la técnica, vendiste la casa para poder pagarla, un montón de cosas. Porque no es solo el sistema público, a el sistema privado no le

[366]

conviene, entonces no lo cubre, no le importa que tengan veinticinco juicios porque son una empresa más allá de que brindan un servicio de salud.

En este punto queda evidenciado como, no solo las falencias a nivel estructural en el sistema de Salud Pública impiden que se lleven adelante las técnicas de reproducción humana asistida en Hospitales Públicos, sino que, además, el acceso mediante las obras sociales es realmente dificultoso y desgastante. La Ley Nacional 26862 de reproducción médicamente asistida, es ciertamente una Ley de avanzada y muy inclusiva, pero en la práctica esa inclusión es dejada de lado, tanto por las obras sociales y prepagas como por el mismo Estado Nacional.

Conclusión

Para finalizar y en concordancia con las palabras de Gabriela Bravetti y Marcela Costantino:

Las transformaciones en la organización como en el funcionamiento familiar que se vienen produciendo en las últimas décadas, en articulación con la revolución tecnológica y las mutaciones socio históricas, han conmovido el horizonte de la cultura occidental y plantean interrogantes a la hora de pensar en la filiación, etc. El marco legal y simbólico en nuestro país ha producido efectos inéditos, un hito, que posiciona nuestro contexto social y cultural como propiciador para pensar los efectos constituyentes de estas transformaciones en el plano de la subjetividad (2015, s/p).

Retomando los aportes de Viera Cherro:

Lo que prometía ser una transformación sustantiva en las maneras de establecer el parentesco encuentra trabas culturales en su práctica y cada vez más el desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida y su aplicación se nutre al tiempo que profundiza las desigualdades de género y socioeconómicas imperantes en el contexto social.

La labor teórica que queda por delante, anuncia Guemez (2005), es buscar interpretar la autonomía dentro de estos contextos de desigualdad y discriminación (2014: s/p).

Referencias bibliográficas

Bravetti, G y Constantino, M (2015). "Diferencia y función simbólica en la parentalidad en familias con parejas del mismo sexo". En Memoria del *5to Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*.

Diniz, D. y Gómez Costa, R. (2006). "Infertilidad e infecundidad: acceso a nuevas tecnologías reproductivas". En Cáceres, Carlos F. y otros (Orgs.). *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH.

Güemez, A. (2005). "Las tecnologías de reproducción asistida. Una aproximación desde la ética y las fugas feministas", En *SeriAs para el debate*, 4, pp. 24-51.

Vidal, I. (2015). "Los profesionales de la salud y sus significaciones imaginarias sociales acerca de la parentalidad en parejas del mismo sexo". En Memoria del *5to Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*.

Viera Cherro, M. (2014). "Los límites de la ciudadanía para las mujeres. Un análisis sobre la reproducción asistida en el Río de la Plata". En *Revista de Antropología Experimental*, 14, pp. 207-224.

Leyes, resoluciones y decretos

Ley 26862 (Ley Nacional de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida)

Ley 14208 (provincia Buenos Aires)