



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

“La familia al alcance: Desigualdad en el acceso de Técnicas de Reproducción Asistida en la Ciudad de México”

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

Trabajo de Investigación Etnográfica Aprox. Explicativa y Análisis Explicativo III

y obtener el título de

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Esperanza Libertad López Olivera

Matrícula No. 2123048468

Comité de Investigación:

Directora: Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois

Asesoras: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño

Dr. Héctor Daniel Guillén Rauda

México, D.F.

Septiembre 2016

Esta tesis se realizó en el marco del proyecto *Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo* UAM/CEMCA bajo la responsabilidad de M. Eugenia Olavarría y Françoise Lestage con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (proyecto CONACyT núm. CB - 2014 - 236622).

Índice

Agradecimientos	6
Introducción	7
Metodología	12

Capítulo 1

1. La reproducción como lección y derecho	14
1.1 La reproducción elegida en los tratados internacionales y derechos universales	14
1.2 El contexto mexicano para la reproducción elegida	15
2. La reproducción médicamente asistida y sus técnicas	18
2.1 Técnicas de Reproducción Asistida	18
2.2 ¿Para quienes?	20
3. Servicios de Salud que ofrecen la reproducción asistida.	21
3.1 El servicio médico privado	21
3.2 Servicio médico público	22
4. El encuentro con los servicios médicos	22
4.1 Instituto Nacional de Perinatología	23
4.2 Observación directa	24
5. Historia de pacientes	25
6. Historia de donantes	31

Capítulo 2

7. Notas teóricas	34
8. Requisitos para acceder a los servicios de medicina reproductiva.	37

8.1 Requisitos en Servicios públicos para TRA	37
8.2 Requisitos en el Servicio Privado para TRA	44
8.2.1 La donación de gametos	46
9. La carrera económica de los usuarios	48
10. La otra búsqueda	56
11. Constituirse como familia	60
12. Conclusiones	65
Bibliografía	70
Videografía	71
Anexos	72

Agradecimientos

Mi sincero agradecimiento a todas las personas que apoyaron y guiaron este proceso de investigación y creación de conocimiento.

Este trabajo no hubiese sido posible sin la contribución de las parejas usuarias que aceptaron apoyar esta investigación. Agradezco a esas mujeres y hombres que confiaron en mí y compartieron sus historias y sus emociones.

Agradezco a los doctores, y administrativos del área de Infertilidad del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, por brindarme las facilidades para realizar mi investigación en tan prestigiada Institución.

A David Zafra Gatica le tengo un profundo agradecimiento por las intensas pláticas que me ayudaron a reflexionar mi quehacer, por su paciente cariño, escuchar mis ideas, y por ceder a leer en voz alta mis párrafos.

A Andrea Burguete por animar el camino y siempre recordarme el objetivo.

Mi profundo agradecimiento a Héctor Guillen, por la disposición a ofrecer observaciones, a María Eugenia Olavarría por compartir sus conocimientos y ser una firme guía. A Mayra Chávez por toda la paciencia, por brindarme la oportunidad de conocer el INPer y a sus colegas, por hacer de este trabajo una agradable experiencia. Gracias a su ayuda este proceso tuvo un grandioso soporte y las mejores facilidades.

Y principalmente agradezco a mi familia por apoyar mis objetivos, sobre todo a Adán López Santiago, mi padre, por sus consejos necesarios, permanecer a mi lado a pesar de los tropiezos, y ser el más grande apoyo durante estos cuatro años, aunque en realidad han sido muchos más.

Introducción

En años recientes se ha ido formado un escenario social de debate ante el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), aunque su práctica lleva varias décadas en los servicios de salud, el tema ha sido recientemente discutido en los ámbitos legislativo y médico. Desde la parte del estudio social la antropología tiene una amplia trayectoria investigando las TRA, pero al ser un tema con muchas divergentes su estudio aun tiene mucho por recorrer, sobre todo ahora que el debate ha arrojado opiniones y posturas diferentes ante su práctica. Para el lector que no está familiarizado con las técnicas de reproducción asistida, cabe aclarar que nos referimos a una práctica de la medicina reproductiva que ayuda a personas que no han tenido descendencia, a conseguir un hijo o hija de forma biológica.

En este estudio partimos de la idea que la investigación de las nuevas tecnologías reproductivas recae especialmente en una institución social muy importante, la familia. Por lo anterior, resulta evidente que nuestra investigación se ubica en el campo de la antropología del parentesco, en este punto retomamos con una mirada analítica a Emilia Perujo (2013: 135) quien menciona que uno de los puntos centrales para la construcción de los sistemas de parentesco es la filiación, por ello los grupos crean estrategias para garantizar su reproducción, las TRA son una herramienta para lograr esas estrategias de reconocimiento de la filiación.

Nos preguntamos ahora, ¿cuál es el aporte de esta investigación a la antropología, y específicamente a la antropología del parentesco? Desde la antropología del parentesco analizaremos la búsqueda de la formación de una familia a través de las nuevas tecnologías científicas. También es importante cuestionar la idea de que las TRA modifican el concepto y los contenidos del parentesco, específicamente las definiciones de maternidad y paternidad. Nuestra investigación que se centra en el análisis de la búsqueda y obtención de las tecnologías reproductivas incluye conceptos clave como accesibilidad y desigualdad, por lo tanto, también entra en el ámbito de la antropología de la desigualdad, y desde este punto es un estudio que no sólo atañe a las ciencias sociales, en general es una invitación a la reflexión de un aspecto de la sociedad en la que vivimos.

Este trabajo es parte del proyecto de Investigación *Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo*, bajo la responsabilidad de la Dra. María Eugenia Olavarría Patiño, con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT-236622, que busca fundamentalmente comprender algunas de las particularidades de los sistemas de parentesco en el escenario urbano contemporáneo, bajo el contexto diverso de las nuevas tecnologías reproductivas y la diversidad de parentescos.

Nuestros sujetos de estudio son los hombres y mujeres que buscan las TRA para tener descendencia, sin importar sus motivaciones, condiciones o técnicas de las que harán uso. El estudio está limitado a la Ciudad de México y el Área Metropolitana, lugares muy importantes para este tipo de servicios médicos. En este espacio existen muchas clínicas registradas con permisos de sanidad para TRA, además de otras clínicas y hospitales donde se practican en menor medida y por lo tanto no necesitan de permisos de sanidad específicos. Es importante mencionar que en abril de 2010 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal discutió una propuesta de ley de salud para técnicas de reproducción asistida, específicamente sobre la maternidad y gestación subrogada, con ella se pretendía regular los derechos reproductivos y los servicios que ofrecen distintas instituciones en materia de salud reproductiva. A pesar de ser aceptada, la propuesta de ley no se ha puesto en marcha, debido a la falta de una revisión detallada y una asesoría especializada.

Posteriormente han surgido muchas otras propuestas desde diferentes niveles legislativos, pero el tema sigue sin esclarecer los términos necesarios para que las TRA regulen sus prácticas. Aunque se ha hecho hincapié en regular legislativamente la maternidad subrogada, es importante mencionar que esta técnica es solo una de las muchas que ya se han utilizado en nuestro país desde hace más de 20 años, y que hasta el día de hoy se encuentran en incertidumbre jurídica. Cuestiones como la donación de óvulos y esperma o incluso las inseminaciones artificiales son técnicas que se realizan día a día en muchas ciudades del país y que en la mayoría no se tienen previstas las medidas para evitar conflictos que eventualmente se presentan en el derecho civil, derechos reproductivos y en general en los derechos humanos.

A lo largo de este texto trabajamos con algunos de los estudios sociales más importantes que se han realizado sobre el tema en México, y me parece pertinente mencionar tres trabajos que ilustran desde diferentes ámbitos el contexto de la reproducción asistida, los cuales han sido un punto inicial para esta investigación. En primer lugar, puede consultarse la investigación de Dora Cardaci y Ángeles Sánchez (2009) “‘Hasta que lo alcancemos...’ Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas”, en este artículo se puede conocer los principales trabajos y ejes de investigación en cuanto a TRA en el contexto mexicano, además de datos estadísticos globales. Nuestro tema y parte de nuestra área de investigación ha sido estudiada por Mayra Chávez (2008), con su libro “Infertilidad y Reproducción Asistida: Una mirada antropológica. Dimensiones de cuerpo, género y parentesco.”, tuvimos un primer acercamiento y guía para realizar este estudio. Sin duda el trabajo de Emilia Perujo (2013) “La búsqueda de la descendencia, parejas usuarias de las TRA en la práctica médica privada” proporciona información muy útil para conocer el panorama del uso de TRA en un sector del que no mucho se ha hablado, y que ha sido para esta investigación un punto de vista muy importante.

Si bien el tema de la medicina reproductiva se ha estudiado ampliamente desde un enfoque social, tenemos que reconocer que aun faltan muchos otros aspectos por discutir. Por ello este trabajo se propuso realizar un análisis a profundidad, que por nuestro contexto y nuestros sujetos de estudio, implica conocer todo el ámbito de los servicios que ofrecen TRA en la Ciudad, es decir, servicios médicos públicos y privados. También es indispensable conocer la gran red de personas involucradas en la implementación y uso de las técnicas de reproducción humana asistida, como médicos, solicitantes del servicio y donadores de gametos; es importante tener sus puntos de vista para lograr una comprensión más adecuada de los problemas en torno a las TRA.

En un principio, el presente trabajo pretendió hacer énfasis solo en las cuestiones económicas que permean las TRA y sus usuarios, entre las primeras interrogantes que sirvieron para guiar la misma nos preguntábamos, ¿la efectividad de los tratamientos de técnicas de reproducción asistida queda sujeta a los recursos

económicos que disponen las parejas para el procedimiento? No pudimos tampoco dejar a un lado algunas primeras impresiones que tuvimos, planteadas a modo de cuestionamiento; ¿los diferentes requisitos clínicos, legales y económicos a los usuarios de las TRA en instituciones privadas o públicas están sujetos a distintas valorizaciones sociales que derivan de su condición económica y su contexto social? Con esta simple pregunta estaríamos pretendiendo comprender los impactos sociales y los cambios culturales derivados del acceso a la reproducción médicamente asistida en los contextos en los cuales existen usuarios de estos servicios.

En medida en que la investigación avanzó se pudo distinguir que el factor económico en el que están inmersas las TRA no están aisladas de otros factores sociales, por lo que al final quedó más bien limitado a los factores que condicionan la accesibilidad. Por ello, este estudio tiene como objetivo prioritario comparar la accesibilidad que tienen las parejas a las técnicas de reproducción asistida en el sector público y privado en la Ciudad de México. En este contexto es importante conocer cuáles son las implicaciones económicas que permean en las TRA, en su creciente demanda, la variabilidad de casos y las preferencias de los usuarios, y por ende analizar las diferencias y desigualdades económicas que conlleva el acceso a las TRA en las clínicas privadas, las cuales tienen una mayor oferta respecto al sector público.

Este trabajo consta de dos capítulos divididos entre apartados, en el primer capítulo encontrarán la información básica sobre el contexto del estudio, el panorama de los derechos humanos y el trato legislativo del tema, posteriormente se exponen los conceptos clave para entender el funcionamiento de las técnicas de reproducción asistida. En el tercer apartado de este capítulo se detalla el lugar en dónde se realizó la investigación, y donde se encontraron la mayor parte de nuestros informantes. En un cuarto apartado conoceremos a los sujetos de estudio; pacientes de TRA de servicio públicos y privados, y mujeres donadoras de óvulos que ofrecieron su testimonio sobre su vivencia como pacientes. La presentación de los informantes contiene datos importantes para conocer su caso, como su edad, religión, estado civil y diagnóstico clínico, ellos mismos se presentan a través de

una breve narrativa, que corresponde a algún comentario o respuesta a la entrevista que se les realizó.

Para el Capítulo 2 se introduce un marco teórico que guía el análisis antropológico de esta investigación, a través de conceptos clave pudimos entender cómo se visibiliza la accesibilidad en el contexto social que dispone de las TRA, de éstos los más importantes corresponden al trabajo de Pierre Bourdieu (1992) sobre el capital social, cultural, económico y simbólico. Lo anterior apoyó a desgajar aspecto por aspecto los objetivos de esta investigación, se revisó también cuestiones importantes como interpretaciones simbólicas que intervienen en la creación de familias y en el uso de las TRA, pero lo más importante sin duda, es conocer cuáles son las limitantes que se encuentran las personas que desean hacer uso de éstas, con base en su perfil social. Esto abarca dos grandes apartados, en el apartado nombrado “Requisitos para acceder a los servicios de medicina reproductiva” retomamos los conceptos de capital social y capital cultural para comprender cuáles son las restricciones para ser atendidos y por qué existen tanto en servicios públicos como privados; además de reconocer cuáles son las consecuencias que las restricciones provocan en el sujeto social. El siguiente apartado “La carrera económica de los usuarios” es sustancial para reconocer la importancia que el capital económico tiene para los pacientes de las técnicas de reproducción asistida, aquí conoceremos para quiénes y a qué costo está disponible la medicina reproductiva. El análisis propone dos apartados más para hablar sobre prácticas a las que recurren las personas cuando la reproducción médicamente asistida no está disponible para ellas o no son satisfactorias, y por último factores importantes para la constitución de la familia.

Finalmente, en las conclusiones se realiza un ejercicio de reflexividad, que resumen los hallazgos encontrados en la investigación. Éstos enmarcan el panorama que sigue abierto a nuevas interpretaciones, desde muchos otros aspectos sociales, como una forma de reconocer que el tema seguirá dando mucho de qué hablar, porque la eventualidad nos está alcanzando.

Metodología

El presente trabajo se trata de un estudio comparativo, y su método de investigación conjuga aspectos explicativos y cuantitativos. La naturaleza de esta investigación es contar con un objeto y sujetos de estudio, que dentro del contexto de nuestra cultura manejan información íntima y confidencial, esto provocó diferentes limitantes en el campo, sin embargo, logramos tener información precisa y llena de hallazgos. La hipótesis central de esta investigación avistaba que la accesibilidad a las técnicas de reproducción asistida en la Ciudad de México está condicionada por diversos factores sociales; uno de los más importantes sería el económico, pues en este se apuesta a qué tipo de servicio puede acceder, al público o al privado, y por ende a las diferentes técnicas que se realizan en cada uno. En ese sentido considero que si existiera una regulación legal sobre las TRA, obligaría a las clínicas privadas a bajar los precios de sus servicios, y por ende mayor población tendría acceso a dichos servicios.

Las herramientas utilizadas para adentrarnos en el trabajo de campo son básicas en la etnografía. La observación fue fundamental para comprender la dinámica actual entre los servicios que implantan las TRA y los usuarios de las mismas. El lugar clave donde se realizó fue el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), uno de los servicios médicos públicos de la Ciudad de México donde se ofrecen las TRA. Gracias a la gestión de las asesoras de la presente investigación acudí al INPer en calidad de investigadora, lo que me permitió tener acceso a consultorios, pacientes e información relevante. Los coordinadores encargados de brindarnos acceso en el área de las consultas fueron muy accesibles, el equipo de trabajo tuvo en todo momento oportunidad de entrar a las consultas de manera ordenada y discreta. También se presentaron ocasionalmente conversaciones que aunaron en la investigación etnográfica con doctores titulares y residentes que dan consultas en el área de Infertilidad del Instituto. Por parte de los servicios médicos privados fue más complicado, pero se pudo resolver al contactar directamente a los usuarios y no a los directivos de los hospitales.

Como el tema es actual y mediáticamente relevante existen muchos foros, conferencias y talleres respecto a varios temas que tienen que ver con las TRA, así que no se perdió la oportunidad de asistir a un par de ellos para conocer lo que personas de distintas ramas de especialización opinan sobre el tema.

La información más extensa fue indudablemente a través de las entrevistas a profundidad, las cuales fueron planeadas y practicadas adaptándose a cada paciente y su caso en particular. Éstas se realizaron bajo un consentimiento informado en donde nos comprometíamos a compartir su testimonio a través de un seudónimo con fines de protección. Cabe aclarar que solo algunas entrevistas fueron realizadas con la pareja usuaria presente al mismo tiempo, sin embargo, se conoce los datos básicos de los cónyuges de cada usuaria. Los datos cualitativos fueron sistematizados a través del software Atlas.Ti con base en códigos y definiciones operacionales que se definieron a través de un balance de la información que se buscaba y el tema al que corresponde, éstos y otros instrumentos utilizados en la etnografía podrán ser consultados en la parte de anexos.

Capítulo 1

1. La reproducción como elección y derecho

El deseo individual y social de tener descendencia y no poder lograrlo por diversas razones, es la problemática general en esta investigación, con sus implicaciones sociales que permiten o limitan el acceso a la medicina reproductiva. En términos sociales y legales se reconoce la capacidad de todas las personas a elegir sobre su reproducción o su no reproducción, sin embargo, la práctica debería contemplar el acceso, la regulación y la implementación de las políticas públicas que respalden sus garantías. En este apartado hablaremos del respaldo legal que tiene el acceso a programas de Reproducción Asistida (RA), en apoyo al cumplimiento de la autonomía reproductiva.

1.1 La reproducción elegida en los tratados internacionales y derechos universales

Existen muchas razones por las cuales una persona no tiene descendencia biológica, una de las más comunes suele ser la infertilidad, al respecto la Organización Mundial de la Salud dio el título de enfermedad a la infertilidad desde el 2008 (AMMR, 2014: 63), la misma OMS declara que una de cada cuatro parejas en México presenta un problema relacionado con la fertilidad, por lo tanto podemos empezar a pensar la situación como un problema de salud pública (Forbes, 2015).

Algunas declaraciones que apoyan el derecho a la reproducción elegida son conferencias internacionales que respaldan derechos universales, tal es el caso de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, llevada a cabo en Egipto en 1994, en la cual se discutieron temas referentes a los derechos sexuales y reproductivos;

En el párrafo 7.3 se indica que los derechos de reproducción "se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, el espaciamiento de

los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a disfrutar del más elevado posible nivel de salud sexual y de salud de la reproducción. También incluyen el derecho de todos a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, con arreglo a lo expresado en los documentos de derechos humanos" (traducción no oficial). (POPIN, 1994)

La conferencia del Cairo, en la que participaron decenas de países incluido México, sirvió para agendar nuevos encuentros y propósitos específicos para los países participantes. Dentro de los objetivos y programas fijados en cuanto salud reproductiva se recomendó "Permitir antes de 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual" (POPIN, 1994).

El marco de los derechos internacionales también respalda una parte muy importante en la creación de la familia, hablamos del derecho al respeto y reconocimiento de la dignidad, reconocido en el artículo 11 de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos (Brena, 2012). Este artículo que consta de dos partes expresa: "nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia y de la correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación". (Brena, 2012: 32). Desde esta misma perspectiva la Corte Europea de Derechos Humanos, respecto a la protección a la vida privada se posiciona por el respeto tanto a la decisión individual de convertirse en padre o madre, así como a la decisión de la pareja de convertirse en padres genéticos, esta elección corresponde a una faceta particularmente importante de la existencia individual y de la identidad de una persona (Brena, 2012: 32).

1.2 El contexto mexicano para la reproducción elegida

El panorama del derecho constitucional en México también tiene contenido que defiende la libre decisión de las ciudadanas y ciudadanos que desean tener descendencia, la Constitución Política Mexicana en su cuarto artículo referente a la protección de garantías del hombre y la mujer menciona:

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.” (Const. Mex., art. 4to)

En esta perspectiva aparecen las técnicas de reproducción asistida, las cuales se han encargado de brindar soluciones a hombres y mujeres a través de biotecnologías. Las técnicas de reproducción humana asistida tienen ya una trayectoria de más de veinte años en México, desde 1989 se incorporaron en los servicios de un hospital público y a inicios de la década de los noventa comenzaron a proliferar las clínicas privadas, desde entonces la medicina reproductiva se ha innovado rápidamente y mejorando tecnológicamente. Mientras estos avances ocurren, la regulación legal que es el eje principal que garantiza el pleno uso de dichos tratamientos no ha rendido frutos. Pero no solo basta con tener un marco que cubra el acceso a las biotecnologías de la medicina reproductiva, este marco debe cubrir el cuidado de la integridad física y la seguridad, incluida en esta una verificación sanitaria a fin de proteger a todos los involucrados en tratamientos de TRA.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) aclara puntos importantes para regular las TRA en el contexto legal mexicano:

El artículo 3° de la Ley General de Salud establece que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y células es materia exclusiva federal de salubridad general. Por lo tanto, la emisión de la normatividad aplicable a los servicios de reproducción asistida es competencia federal y, con fundamento en el artículo 73 constitucional, corresponde a la Ley General de Salud establecer las bases para su regulación (GIRE, 2015: 226).

Cuando el Estado no garantiza este derecho reproductivo tan importante, no existen las condiciones para que su ejercicio sea más equitativo, informado y accesible a todo aquel que requiera de los servicios, pero ¿por qué es importante reconocer los

derechos y establecer el ambiente para que las TRA sean practicadas de manera digna? El avance tecnológico es innegable, desde hace más de 38 años que la medicina reproductiva estuvo disponible con la primer Fecundación In Vitro, desde entonces no hay marcha atrás en los avances tecnológicos, el Estado debe garantizar el derecho de la población a beneficiarse de los mismos. Sin embargo en el panorama mexicano no existe esa regulación que permita a los ciudadanos tener un control sobre los procedimientos que ellos pueden elegir, pero esto no ha detenido a nadie, observamos ante nuestros ojos como controversia tras controversia se van armando escenarios sobre la reproducción asistida que cambian los estándares sociales.

Algunos de los responsables de definir las formas de regulación en la materia, senadores y diputados, no han ignorado este tema, pero tampoco han dado una solución favorable. Desde 2010 se han realizado propuestas de regulación sobre reproducción asistida y maternidad subrogada, ¿por qué tras todos estos años ninguna ha sido puesta en marcha?, las propuestas a la regulación han tenido errores y aciertos, este no es un tema fácil, mucho de lo que se debiera regular se limita ante éticas personales e inestables condiciones sociales.

A continuación una lista de algunas de las propuestas legislativas en materia de reproducción asistida:

- Grupo parlamentario del PAN, 21 de Marzo de 2013.
Cámara de Diputados.
- Grupo parlamentario del PRD, 30 de Abril de 2013.
Cámara de Senadores.
- Diputados de la Comisión e Igualdad de Género, 30 de Abril de 2013.
Cámara de Diputados.
- Grupo parlamentario del PRI, 21 de Noviembre de 2013.
Cámara de Senadores.
- Maricela Contreras, Grupo parlamentario del PRD. 4 de Noviembre de 2015.
Cámara de Diputados
- Mely Romero, Grupo parlamentario del PRI. 8 de Diciembre de 2015.
Cámara de Senadores.

Como podemos observar es un tema recientemente discutido en materia legal local y federal. Parece ser una cuestión en la que todos tienen reservas, pero la regulación del marco legal para el uso de reproducción asistida no es el único ámbito que tiene problemas, la investigación científica social también se ve limitada ante este escenario con muchas restricciones, sobre todo de información por parte de doctores, administrativos y pacientes.

2. La reproducción médicamente asistida y sus técnicas

La Organización Mundial de Salud propone la definición de *reproducción médicamente asistida* como “reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante.” (OMS, 2009). A través de esta primera definición podemos dividir la reproducción médica asistida en dos ramas: la homóloga y la heteróloga.

- 1) **La forma homóloga** se refiere al proceso que involucra los gametos de la pareja o cónyuges para lograr un ovulo fecundado.
- 2) **La forma heteróloga** ocurre con la obtención de óvulos o espermatozoides de un donante a fin de lograr el embarazo.

2.1 Técnicas de Reproducción Asistida

Gracias a la investigación científica de los médicos especializados en la salud reproductiva se cuentan con varias técnicas de reproducción asistida, suelen agruparse por la complejidad que representan, algunos médicos las dividen en dos o hasta en tres grupos. Explicaremos en qué consisten a través de tres grupos, que son básicamente los de baja, moderada y alta complejidad.

- a) En las **técnicas de baja complejidad** la unión del óvulo con el espermatozoide ocurre dentro de las Trompas de Falopio; por ejemplo el coito programado, que consiste en encontrar con ayuda del doctor el

momento indicado de ovulación para que el ovulo se encuentre con el esperma fácilmente. En esta existe el ciclo natural o el ciclo con estimulación ovárica, es decir con ayuda de medicamentos que aceleran el proceso de ovulación.

De baja complejidad también es la Inseminación Artificial (IA), en la cual a través de una cánula depositan cerca de las Trompas de Falopio el esperma para fecundar el óvulo. (AMMR, 2015: 6)

- b) En las **técnicas de moderada complejidad** se encuentran todos los métodos por Fertilización In Vitro (FIV); esta consiste en tomar un óvulo y un espermatozoide para unirlos en un laboratorio. De este procedimiento se desprenden otras cuatro que solo varían en la implementación, es decir algunas son más complejas porque requieren mayor precisión e instrumentos para unir el óvulo y el esperma, pero básicamente se logra el mismo resultado, un óvulo fecundado que será trasplantado al útero. (Instituto Vida, 2013)
- c) Las **técnicas de alta complejidad** son básicamente la donación de óvulos y la donación de esperma. Por estas técnicas obtendrán todos los procedimientos heterólogos (Instituto Vida, 2013).

Aquí se incluye la gestación subrogada o gestación para otros, en esta una persona o pareja que no puede llevar el embarazo biológico busca la disponibilidad de una mujer que pueda llevar el embarazo, pero sin compartir gametos genéticos, y posteriormente entregar al nacido a los padres genéticos.

Otro procedimiento de alta complejidad es el método ROPA, por sus siglas Recepción de Ovocitos de la Pareja, es recomendado a parejas de mujeres que buscan compartir el embarazo. Consiste en fecundar In Vitro el óvulo de una de ellas e implantarlo en el útero de la otra, de tal modo que una pueda ser la madre biológica y la otra la madre genética.

Además de estas tres clasificaciones, algunas clínicas ofrecen otras técnicas denominadas complementarias, que son procedimientos de laboratorio que ayudan a mejorar la efectividad de las técnicas anteriormente explicadas, por ejemplo

ayudan a detectar problemas genéticos de los óvulos fecundados, y así elegir los embriones más aptos para ser implantados. Poco se habla del tema, porque tienen muchas restricciones en la práctica, pero también existe la opción de elegir con un porcentaje limitado de éxito, el sexo del futuro feto.

2.2 ¿Para quienes?

Las TRA pueden ayudar a toda persona a tener descendencia, independientemente de su sexo, su variedad y la precisión de sus técnicas permiten contemplar todo tipo de casos mientras pueda haber disposición de gametos y disposición de una mujer que lleve el embarazo. Con esta información podríamos deducir que las TRA se tratan de un asunto sencillo, pero el problema no radica en la tecnología directamente, en México existen restricciones diversas para acceder a este servicio de salud, muchas tienen que ver con los servicios de salud que las ofrecen.

Es un hecho que no todo el que desea el servicio lo tienen asegurado, por distintas razones que comentaré más adelante. Aunado a esto, el acceso a un tratamiento no asegura el éxito del mismo, pues hablamos de organismos naturales que tienen diferentes reacciones, a veces impredecibles. Muchas de las personas que requieren la ayuda de la reproducción asistida son parejas con problemas de fertilidad que no han podido concebir. Al respecto GIRE informa que

De acuerdo con el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida del año 2012, 66% de los tratamientos de reproducción asistida en América Latina no concluyeron con un embarazo, 7% terminaron en abortos involuntarios y tan sólo 27% en embarazos exitosos. En total, de todos los procedimientos mediante TRA reportados por parte de las 155 clínicas que conforman el estudio, 52% correspondió a tratamientos de inseminación artificial, 22% a la transferencia de embriones congelados y 10% a procedimientos de Fertilización In Vitro. (GIRE 2015: 222)

Sin embargo no se tiene una estimación sobre cuántas parejas homosexuales o personas sin pareja que acceden a estos servicios, básicamente porque al menos en México estas personas no reciben atención en los servicios públicos, espacios que tienen la obligación de rendir cuentas a la población.

No podemos pasar por alto que en la práctica de las TRA de alta complejidad es muy importante hablar de los y las donantes, ya que ellos no son usuarios beneficiados directamente de las técnicas de reproducción, pero si son una parte muy importante para que estas funcionen y provean las necesidades de cada pareja, o individuo. Es decir, los donantes ya sean de óvulos, esperma y hasta embriones son uno de los ejes principales de las TRA, y en ellos también se refleja la accesibilidad que cada persona pueda tener a las mismas.

3. Servicios de salud que ofrecen la reproducción asistida en la Ciudad de México

A continuación se muestran datos sobre las instituciones médicas públicas y privadas que ofrecen servicios de RA.

3.1 Servicio médico privado

En el sector privado se tienen registradas al menos 28 clínicas y bancos de células para reproducción asistida con permisos legales, y solo existe un banco de esperma que tiene el debido permiso (COFEPRIS, 2015). Si bien es cierto que éstas son cifras oficiales, no hay que olvidar que pueden existir muchas más que operan sin permisos.

Algunas de estas clínicas privadas se localizan en delegaciones como Gustavo A. Madero y Miguel Hidalgo, principalmente en colonias como Polanco, Lomas de Chapultepec y zonas aledañas a Santa Fe, además de distinguidos hospitales privados. El gremio de doctores especializados en biología de la reproducción es bastante pequeño, podríamos hablar de una élite entre doctores, varios de ellos trabajan en hospitales públicos y/o privados y cuentan adicionalmente con sus propios consultorios personales. Su profesión no es fácil, además de requerir muchos estudios y preparación para ejercer, podrían enfrentarse a problemas legales por realizar un procedimiento de RA en un contexto donde no se protegen los derechos de todos los involucrados.

3.2 El servicio médico público

Los centros médicos públicos que ofrecen las técnicas en la Ciudad de México solo son tres instituciones: el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” perteneciente al IMSS, la Clínica de Especialidades de la Mujer y el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPer). De estos tres servicios médicos, el más concurrido y mejor posicionado es el INPer, ya que desde 1989 el Instituto Nacional de Perinatología agregó estas biotecnologías a sus servicios, convirtiéndose en el primer servicio médico público que brindaba esta opción.

Cabe mencionar que las tres instituciones solo ofrecen técnicas homólogas, y la Clínica de Especialidades de la Mujer solo ofrece TRA de baja complejidad. Los requisitos para entrar a estas instituciones son muy parecidos, las tres instituciones requieren:

- a) Edad específica: mujeres que no tengan más de 35 años a 40 años como máximo. En hombres menos de 55 años.
- b) Parejas heterosexuales “estables” bajo cualquier régimen de convivencia
- c) Máximo un hijo vivo previo
- d) Un año de relaciones sexuales sin protección sin lograr embarazo
- e) Usuarios emocionalmente estables sin enfermedades que pongan en riesgo su embarazo o que puedan transmitirse. (GIRE, 2015: 219)

Es importante afirmar que si bien se tratan de servicios médicos públicos, en el caso del hospital del IMSS y el INPer existen cuotas de recuperación que se establecen a partir de un estudio socioeconómico al usuario.

4. El encuentro con los servicios médicos

Uno de los propósitos de esta investigación fue comparar el acceso a los servicios públicos y privados a través de casos de usuarios, objetivo que se vio afectado al tener dificultades al acceder a convenios directos con las clínicas privadas, esto no limitó la investigación, porque se contactó en otros espacios a personas que habían

sido usuarias del servicio privado, o incluso usuarios del servicio público que inicialmente se trataron en el privado.

En el servicio público hubo respuesta y muchas facilidades para la investigación por parte del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” en el que se elaboró por seis meses observación directa y entrevistas a profundidad a sus usuarios.

4.1 Instituto Nacional de Perinatología

El trabajo de campo realizado en el INPer fue muy acertado, ya que ha demostrado en todos sus años de servicio ser una Institución muy bien posicionada. Se trata de una Institución de Salud Federal de tercer nivel de atención, perteneciente a la Coordinación Nacional de los Institutos de Salud y Hospitales de Alta especialidad de la Secretaría de Salud. Está ubicado en Montes Urales 800, Lomas Virreyes en la delegación Miguel Hidalgo.



Atiende y busca la resolución de los problemas nacionales de salud reproductiva, perinatal y neonatal de alta complejidad, como embarazos de riesgo elevado, riesgo pre-gestacional, infertilidad, problemas ginecológicos y climaterio. (INPer, 2012).

Además de dar seguimiento médico práctico a los problemas de salud de sus pacientes, el INPer se desarrolla como una institución de investigación y educación, en el área clínica, epidemiológica y social.

El Instituto informa que las técnicas que más utilizan son la Inseminación Artificial, Fertilización In Vitro, la Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) que es una técnica de FIV, y la Manipulación microquirúrgica de embriones o gametos, entre otros. Para ilustrar estos procesos sabemos que durante el primer semestre de 2015 iniciaron 118 ciclos de inducción de ovulación. Se practicaron 83 capturas ovulares y 69 transferencias obteniéndose un total de 22 embarazos. (CARDONA, 2015)

4.2 Observación directa

Con apoyo de los directores del área de Infertilidad del INPer, tuve la oportunidad de asistir al servicio de consulta externa, donde acuden todos los pacientes que buscan un embarazo, desde personas que van por primera vez a citas de valoración, hasta aquellos que ya han pasado por un tratamiento específico y no han obtenido buenos resultados.



Asistir a consulta me fue de gran utilidad, ya que me permitió conocer de primera mano los servicios, los conceptos médicos, los diagnósticos y procedimientos, el trato médico, y por supuesto a los usuarios.

Para captar a los usuarios primero pude escuchar en las consultas su historial médico y el seguimiento a su caso, posteriormente abordé a las pacientes al salir del consultorio, de esta manera podía conocer y seleccionar los casos más relevantes para esta investigación.

Los precios que establece el Instituto para los servicios se dividen en 6 grupos que se determinan por un examen socioeconómico, siendo el nivel 1 el que ofrece la total gratuidad y el nivel 6 el más costoso, no obstante, este nivel es visiblemente más barato que cualquier tratamiento o consulta en las clínicas privadas. Diariamente el INPer ofrece al menos 50 consultas a sus pacientes del área de Infertilidad. Las consultas y la frecuencia con la que se programan dependen del área en que se traten los pacientes, ya que el área de Infertilidad trabaja de la mano con el área de Andrología, y Laboratorio.

En el INPer antes de acceder a un tratamiento médico para lograr el embarazo, los usuarios deben pasar por una serie de estudios que determinarán el diagnóstico del padecimiento, esta etapa dura en promedio un año. Cuando los primeros pormenores están resueltos muchas mujeres no logran concebir, y entonces se recurre a las Inseminaciones Artificiales o a la Fertilización In Vitro. La lista de espera para realizarse una FIV en el INPer es de al menos un año y es importante saber que las IA y FIV tienen solo un 30% de éxito para un embarazo viable, el protocolo del hospital indica que deben intentarse al menos tres Inseminaciones Artificiales antes de probar con una FIV. Esto resulta en que los pacientes tardan al menos tres años de procedimientos, el mayor número de años que escuche de una de mis entrevistadas fue de seis años.

5. Historia de pacientes

En consulta se abordó a 16 personas, algunas mujeres asistían solas y otras acompañadas por sus parejas. Se contactaron fuera del INPer a tres mujeres; la

primera de ellas fue usuaria de un servicio privado hace ya tres años, y las siguientes dos son una pareja lésbica. Adicionalmente se presentó la oportunidad de entrevistar a dos mujeres que pasaron por un ciclo de donación de óvulos. Del total de personas contactadas, solo se entrevistaron a 13 en un total de 10 entrevistas, la entrevista tuvo una duración aproximada de 40 minutos.

Mariana

Mariana tiene 36 años, se dedica al cuidado del hogar y su esposo es carpintero, ambos católicos. Llevan 15 años de matrimonio, en todo este tiempo nunca han usado anticonceptivos. Ella me platica “un tratamiento formal vamos para seis años ya. Intentamos por fuera antes de entrar a perinatología un año pero nunca concluimos así como hemos estado en perinatología, desde que empezamos no le hemos parado” (Mariana, 2015). Su primer diagnóstico fue endometriosis, la cual se trató al entrar al INPer. Ha tenido tres inseminaciones artificiales, y le han cancelado una FIV, al momento de la entrevista esperaba ser llamada para el procedimiento de transferencia de embriones. Para ella lo más difícil del procedimiento es la parte emocional. No se ha planteado la posibilidad de adopción, ella dice “yo sé que puedo, todavía puedo [tener un embarazo]” (Mariana, 2015). Sigue esperando un embarazo con mucho empeño y con un fiel seguimiento a las indicaciones de sus doctores.

Gabriela

Gabriela de 32 años se dedica al hogar, su esposo es electricista, son católicos y tienen 13 años de casados, en su relación no han utilizado anticonceptivos. Llevaba tres años en el Instituto intentando quedar embarazada, había tenido tres intentos a través de inseminación artificial las cuales no funcionaron. Tuvo un embarazo ectópico en 2005 y fue sometida a un procedimiento quirúrgico donde le aseguraron que le quitaron la Trompa de Falopio izquierda, sin embargo en el INPer no encontraron la razón de no lograr un embarazo, ya que sus dos trompas se encontraban bien. Tras un diagnóstico un poco confuso le realizaron la

histeroscopia porque su trompa derecha estaba obstruida, según sus médicos aún con una sola trompa no debió haber tenido tantas complicaciones para embarazarse; el diagnóstico fue infertilidad secundaria, que significa que no encuentran una razón evidente del porqué no ocurre un embarazo. Se sometió a 3 inseminaciones sin éxito, y luego de una FIV consiguió el embarazo, al momento de la entrevista tenía 13 semanas de gestación. Gabriela relata:

“... a lo mejor desde el principio anhelaba un bebé pero lo iba sobrellevado, pero hubo un tiempo en el que dices ‘ay ya, ya estoy en una edad, como que ya anhelo algo más’, digo estoy bien con él [su esposo], estamos bien los dos, pero fue una decisión de los dos el buscar tener un hijo, y ahora que gracias a dios nos dio la dicha de ya concebir un bebé, pues te digo es felicidad, o sea nosotros pasamos por inseminaciones que no se lograron y es muy doloroso, pero llegamos hasta acá y estamos felices” (Gabriela, 2015).

Cuando Gabriela entró al INPer no buscó ninguna otra opción, ya que otras clínicas especializadas son muy caras.

Marisol

Marisol de 35 años se ha estado tratando en el INPer por un año, es profesora de música en educación superior, su esposo trabaja en administración escolar, son católicos. Llevan 15 años de relación y 5 de casados, Marisol comenzó su vida sexual cuando se casó y nunca utilizó anticonceptivos. Ella tiene diversos problemas de salud en distintas áreas como ginecología, genética, dermatología, etcétera. Por sus anteriores tratamientos y con ayuda de sus médicos ella buscó un tratamiento, relata:

“estoy en la búsqueda del hijo hace dos años, pero realmente así que tú digas quiero un hijo hace aproximadamente 8 meses, a mí me dijeron ‘por los problemas que tú tienes no esperes a que tengas ganas de tener un hijo [...] yo diría que desde ahorita aunque no quieras tener hijo ya ve haciendo los tramites y los estudios y todo porque en uno o dos años ya vas a tener ganas’, y efectivamente” (Marisol, 2016).

Actualmente espera una cirugía en el INPer que le ayudará a tratar su endometriosis.

Amanda y Gerardo

Amanda tiene 32 años y es psicóloga, su esposo Gerardo tiene 33 y es fotógrafo, son católicos. Se han planteado tener un hijo desde poco antes de casarse hace dos años, mismo tiempo en el que recibieron un diagnóstico, aunque hace tres años que ella recibe algún tipo de atención médica, ya que padece de miomas y endometriosis. Los primeros malestares que ella tuvo los trataron en un hospital privado en el sur de la ciudad, y ahí continuó con su tratamiento de reproducción asistida, tuvo la oportunidad de entrar al Instituto Nacional de Perinatología y no lo dejó pasar, acuden al INPer desde agosto de 2015. Adicionalmente a estos servicios de salud se trató en otra institución privada, han cubierto sus necesidades a través de tres instituciones donde se tratan al mismo tiempo, y no representa ningún problema para ellos porque sus doctores tienen un buen seguimiento médico, además lo prefieren así porque no quieren “perder tiempo”.

Elena

Elena es comerciante ocasional, tiene 34 años y está casada con Pedro hace siete años, mismos que ha buscado un embarazo, son católicos y llevan de relación 20 años. Ella también comenzó tratándose en hospitales privados, sin embargo ha tenido experiencias malas con sus anteriores doctores. Hace poco más de un año que se trata en el INPer, con los doctores de esta institución pudo tener éxito en el procedimiento médico para destapar sus Trompas de Falopio, pues anteriormente se había sometido a tratamientos sin resultados positivos. Elena relata:

“afortunadamente bendito dios si se lograron destapar, pero no se ha logrado el embarazo, [...] pues ahorita el médico me dice, ‘ya pues lo tuyo ya es In Vitro, ya no te voy a hacer gasta, ni te voy a exponer más’, o sea pues porque si ha sido un tiempo, casi siete años de tratar y de no lograr nada [...], aparte ya por la edad, yo creo que ya es el tiempo indicado.” (Elena, 2015)

Compartió la experiencia con su familia y sus amigas. Tiene dos amigas de la infancia que luego de reencontrarse supieron que las tres tienen problemas para embarazarse.

Ana

Ana tiene 36 años es maestra de preescolar y está casada desde hace 6 años con Antonio que es ingeniero, ambos son católicos. Durante 2 años tuvo tratamientos de baja complejidad en el estado donde ella vive, todos sin éxito. Hace tres años y después de muchos altibajos emocionales intentó su última opción, una clínica privada en la Ciudad de México en donde le realizaron dos transferencias de embriones, la segunda tuvo éxito y actualmente su hija tiene dos años. Su proceso fue complicado porque tenía que transportarse constantemente a realizarse todos los estudios y procedimientos, pero no desistió, en la clínica fueron atentos con ella. Ana comenta “cuando yo ya recibí la notificación [del embarazo] fue de felicidad, de que por fin después de tantos años había yo logrado y pues la decisión que tomé fue la correcta” (Ana, 2015). Al igual que otros entrevistados, esta pareja no se planteó la adopción.

Roberto y Sandra

Roberto de 33 años y Sandra de 34, son originarios de un pueblo del Estado de México, ella se dedica al cuidado del hogar y él es albañil, ambos católicos. La idea de tener hijos vino después de casarse hace poco más de 10 años, pero no habían buscado un tratamiento formal hace aproximadamente cuatro años. Roberto tiene azoospermia, lo cual significa que no produce espermatozoides suficientes para que puedan fecundar un óvulo, su diagnóstico no tiene tratamiento, ellos necesitan de un donador de semen. Después de que a Roberto lo diagnosticara un urólogo, acudieron a un servicio privado especializado, pero decidieron no continuar tratándose en la clínica ya que los costos eran excesivos y no podían costearlos. Cuando les pregunto sobre su decisión de tener el semen de un donante ellos comentan:

“Sandra: Pues más o menos que tenga los rasgos de él (de Roberto)

Roberto: un poquito, ya ve como son luego los niños es que ya cuando están más grandes, o la familia tantito que empiezan a preguntar ¿y por qué no se parece...?

Sandra: porque de hecho solo él y yo, bueno, solo nosotros sabemos que va a ser por ese medio.” (Roberto y Sandra, 2015)

Actualmente en el INPer llevan tres inseminaciones sin éxito, en esta pareja se pueden observar los distintos procedimientos y limitantes que se encuentran las personas que buscan adquirir semen de un donador.

Carmen y Paola

Carmen tiene 29 años y es pareja de Paola que tiene 40 años, Carmen tiene negocio informal de venta de dulces para fiestas, Paola es maestra de educación física. Llevan un año casadas y cuatro de ser pareja, ambas son cristianas. A las dos las conocí en una reunión de la Red de Madres Lesbianas de México, a la cual asistí esperando encontrar casos de reproducción asistida. En ese momento Carmen ya estaba embarazada, en la entrevista pude enterarme que la reproducción asistida no fue supervisada por un doctor, ella tuvo una inseminación artificial casera, con semen donado por un amigo de ambas, también homosexual. La realización de inseminaciones en casa no es una novedad, en internet puedes conseguir la información necesaria para realizártela, sin embargo esta pareja sí tuvo el apoyo de un doctor especialista; él trabaja en una clínica privada, y de manera abierta les dio una consulta donde respondió todas las dudas del procedimiento. El discurso del doctor fue que este método no era “recomendable y efectivo”, probablemente con esta idea tomó la decisión de ayudarlas e incluso no cobrarles el servicio completo. La decisión de optar por este método fue de Carmen quien quería algo “más natural”, algo que no fuera “excesivamente caro”, y además tomaron la idea de unas amigas lesbianas que anteriormente ya habían conseguido un embarazo a través de este método. Carmen solo tuvo que intentar este procedimiento una vez para lograr el embarazo, sobre los pasos a seguir Paola comenta:

“él nos dijo todo [el doctor], de qué tamaño la cánula, nos pidió los exámenes del chico y todo, y ya fue como lo hicimos y le dijo a Carmen bien cuál eran sus días fértiles, en qué momento, cuánto tiempo teníamos que esperarnos para que el semen se licuara, cuánto tiempo teníamos para poderlos meter, introducir y todo. Entonces así como nos dijo lo hicimos, sobre todo Carmen, estaba como muy al pendiente” (Paola, 2015)

Su relato es un parteaguas en esta investigación, su caso revela muchos datos importantes para la reproducción asistida en el país, no solo en materia médica, también en materia legal y lo más importante en nuestra investigación, la parte social. En un primer momento el donador propuso tener una copaternidad, sin embargo la pareja no aceptó.

A continuación se muestra los datos básicos de los usuarios ordenados por casos y parejas que fueron entrevistados simultáneamente.

NOMBRE	EDAD	NIVEL SOCIOECONÓMICO	DURACIÓN DE TRATAMIENTOS	TIPO DE SERVICIO MÉDICO
Mariana	36 años	Bajo	6 años	Público
Gabriela	32 años	Bajo	3 años	Público
Roberto y Sandra	33 años 34 años	Bajo	3 años	Público
Marisol	35 años	Medio	2 años	Público
Carmen y Paola	28 años 40 años	Medio Bajo	Medio año	Otro
Ana	36 años	Medio Alto	3 años	Privado
Amanda y Gerardo	32 años 33 años	Medio Alto	3 años	Público y privado
Elena	35 años	Medio Alto	7 años	Público y privado

6. Historia de donantes

A continuación conoceremos a dos candidatas a donación de óvulos, asistieron a una clínica privada que acepta la donación para complementar el proceso de otros de sus pacientes que buscan un embarazo.

Adriana

Adriana tiene 26 años, es soltera y católica, cuando se sometió al tratamiento para donar óvulos tendría aproximadamente 20 años, en ese entonces trabajaba como edecán. La primera vez que fue a la clínica donde se sometió el tratamiento no tenía intenciones de ser donadora, sin embargo aceptó después de escuchar la información y valorar en qué consistía el procedimiento y la cantidad que le remunerarían como agradecimiento. En sus palabras el proceso fue bueno y lo que ella esperaba, a no ser por los malestares que tuvo en una ocasión que fueron dolor muy intenso, inflamación y estreñimiento.

Para ella la donación nunca significó un proceso que tuviera relación con su vida reproductiva o la implicación de tener descendencia, ella dice “nunca me dio la sensación de que fuera mamá, que estuviera regalando a mi hijo, me da risa porque no, yo no lo veo así” (Adriana, Marzo 2016), sin embargo había en ella un miedo a sentirse juzgada por sus familiares y amigos. Actualmente luego de seis años ella volvería a donar óvulos, esta vez de manera totalmente altruista, de hecho quiso volverlo a hacer después de la primera vez, sin embargo un descuido en las indicaciones médicas hizo que no produjera los óvulos necesarios y el procedimiento no fuera completado.

Alejandra

Alejandra tiene 25 años, es soltera y no tiene religión, al momento del procedimiento tendría 19 años. Para ella el procedimiento no fue fácil, todo lo contrario; fue doloroso y algo por lo que nunca debió pasar. No concluyó con la donación, cuando acudió a la cita para extraer los óvulos dijeron que ella tenía solo tres disponibles y que necesitaban al menos cinco, después de esto ella no volvió a la clínica, pues

pensó “¿para qué quieren tantos?”, ahora piensa que esa decisión fue la adecuada y se siente aliviada de no hacerlo. El testimonio de Alejandra deja entrever que para ella sus óvulos tienen presente una carga simbólica de filiación, es decir, tienen que ver directamente con su propia descendencia aunque no exista un embarazo propio de por medio.

NOMBRE	EDAD	NIVEL SOCIOECONÓMICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE SERVICIO MÉDICO
Adriana	20 años (al procedimiento)	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción a la ovulación • Extracción y donación de óvulos 	Privado
Alejandra	19 años (al procedimiento)	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción a la ovulación. 	Privado

Capítulo 2

7. Notas teóricas

Para guiar la investigación es importante exponer conceptos clave que den contexto y objetividad al texto, anteriormente presentamos algunos de los derechos que respaldan el acceso a las técnicas de reproducción asistida, ahora es importante hablar de los factores sociales que permiten o restringen el acceso a estas. Primeramente hablaremos de la accesibilidad, en específico de los servicios médicos, generalmente “se considera la accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención a la salud” (Peña y González, 2011: 505), la combinación de ellos harán posible una atención precisa al usuario que lo necesite.

Para la Organización Mundial de la Salud, la accesibilidad debe presentar cuatro dimensiones superpuestas, la de no discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información, éstas son básicas para lograr un servicio de salud apegado a los derechos humanos. La accesibilidad es un proceso que articula la demanda y la oferta de salud, apegadas a las diferentes dimensiones sociales de cada individuo.

Lograr la accesibilidad a los servicios de salud es un objetivo difícil, en la Ciudad de México sigue siendo un reto, nuestro contexto nos da muestras de lo que sucede cuando la expectativa no se cumple: la desigualdad. Desde este punto tomamos como referente a la desigualdad desde un aspecto simbólico, Luis Reygadas aclara que:

los símbolos pueden ser, y de hecho son, utilizados tanto para crear distinciones como para disiparlas, y que la dimensión cultural es fundamental para la constitución de las asimetrías sociales. Éstas no se agotan en sus aspectos significativos, están fundadas también en realidades materiales, económicas, biológicas, geográficas y políticas. Pero estas realidades no operan al margen de lo simbólico, y por ello vale la pena indagar la incidencia de la cultura sobre la estratificación social. (Reygadas, 2008: 9)

La desigualdad social tiene muchos factores, cada uno depende de la situación e

interacción del entorno en el que se encuentre el individuo, la marcada diferencia entre los sectores que pueden ser atendidos y los que no evidencia la obtención asimétrica de recursos. Las relaciones de desigualdad están marcadas por límites jerárquicos que crean diferentes grupos en un mismo medio, observamos que existe una relación de exclusión entre los que se creen aventajados y los que no. Pero además como Erving Goffman explica

Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos apetecible [...] De este modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un desacredito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja. (Goffman, 1963: 12)

Es sustancial para esta investigación conocer estos efectos sociales, porque hablamos de dos medios de obtención de atención que son muy diferentes, los servicios médicos públicos y los privados, mismos que se rigen bajo diferentes normas.

En este sentido, observamos que las técnicas de reproducción asistida se ven inmersas en dinámicas que solo aquellos que tienen los recursos necesarios pueden acceder, y estas mismas exigen a quienes intentan servirse de ellas conseguir las capacidades para recibir los servicios de la medicina reproductiva. También percibimos que la accesibilidad a las TRA tienen que ver con otros factores sociales, es posible explicar este punto con los conceptos que Pierre Bourdieu aplica para los diferentes tipos de capital, en tanto que las personas cumplen con un rol de intercambio de servicios con todo lo que ello implica, es decir, donde los actores sociales se involucran en prácticas que buscan las capacidades o instrumentos para conseguir sus intereses. La posesión de un gran capital cultural es percibida como una base para posteriores beneficios materiales y simbólicos, quien dispone de una competencia cultural determinada puede alcanzar los provechos específicos que están en el contexto (Bourdieu, 1992: 142).

Para Bourdieu existen diferentes tipos de capital de alguna manera intercambiables, básicamente cuatro, el capital cultural, capital social, capital económico y capital simbólico, el autor explica:

el *capital económico* es directa e inmediatamente convertible en dinero, y resulta especialmente indicado para la institucionalización en forma de derechos de propiedad; el *capital cultural* puede convertirse bajo ciertas condiciones en capital económico y resulta apropiado para la institucionalización, sobre todo, en forma de títulos académicos; el *capital social*, que es un capital de obligaciones, y "relaciones" sociales, resulta igualmente convertible, bajo ciertas condiciones, en capital económico (Bourdieu, 1992: 136)

En nuestra investigación es importante dimensionarlos todos; el capital social y el cultural se exploran en el apartado donde explicamos los requisitos que solicitan los servicios de salud para ofrecer sus servicios a nuevos pacientes, mismos que reflejan la acotación de un perfil culturalmente aceptable para conformar familias. El tema del capital económico, y las posibilidades que contar con él puede brindar a los usuarios de las técnicas de reproducción asistida, se expone en el apartado de la carrera económica del paciente.

Los tres capitales mencionados no son cuestiones aisladas pues su interacción es de yuxtaposición, no olvidemos que cada uno puede convertirse o dar la posibilidad de alcanzar otro. Esta fórmula de análisis social puede ser guiada también por otro tipo de capital muy importante que no dejaremos pasar, y que además nos servirá para articular la investigación; el capital simbólico, "toda especie de capital (económico, cultural, social) tiende (en diferentes grados) a funcionar como capital simbólico (de modo que tal vez valdría más hablar, en rigor, de efectos simbólicos del capital) cuando obtiene un reconocimiento explícito o práctico". (Bourdieu, 1992: 8). El capital simbólico otorga valor e importancia a los capitales en sí, por lo tanto se encuentra en todos los aspectos que permiten el acceso a las TRA y las prácticas que se realizan en la búsqueda de la creación de una familia.

En el campo específico que señalamos como el medio de obtención y atención de la medicina reproductiva, existe un capital dominante que incluso puede ser una percibida como barrera simbólica de desigualdad. Para conocerlo es importante

primero percibir de fondo el contexto y las relaciones de los capitales que determinan el acceso de las personas a las TRA.

8. Requisitos para acceder a los servicios de medicina reproductiva.

8.1 Requisitos en Servicios públicos para TRA

En este apartado revisaremos los requisitos que los hospitales públicos y privados solicitan para brindar sus servicios, anteriormente ya se habían señalado varios de éstos. La pregunta central de éste apartado es ¿en qué afectan los requisitos solicitados en los servicios de salud a las personas que requieren de las técnicas de reproducción asistida? Cabe señalar que los requisitos dependen de dos cosas, el tipo de servicio -si es público o privado-, y el tipo de técnicas que cada servicio ofrece.

Comenzaremos detallando los requerimientos de los servicios públicos, específicamente en el caso del Instituto Nacional de Perinatología. En primer lugar se pide no ser derechohabiente del IMSS o ISSSTE, de contar con alguna de estas los administrativos recomiendan renunciarle para darse de alta en el INPer. Los usuarios manifestaron diferentes reacciones respecto a esta restricción, mientras a algunos les parecía un requisito fácil de cubrir, otros se vieron obligados a renunciar a sus anteriores servicios de salud generales. Para Marisol el trámite de comprobación de ser o no derechohabiente de algún servicio médico fue difícil e incluso discriminador, ella tiene por derecho laboral el acceso al ISSSTE y no puede renunciar a éste, ella comenta,

Fue tremendo, me entrevisté con un doctor sumamente agresivo, pero finalmente me aguante todas sus groserías y me dijo “bueno ándale pues” y ya me dio chance de entrar, pero si me costó mucho trabajo. [...] me dice “no, no y más de ISSSTE, nosotros no queremos esa gente tan grosera, esa es la gente que siempre se viene a pelear y que mete mucha cizaña y muchos problemas, esa gente es horrible, esa no la queremos aquí en el Instituto”. (Marisol, 2016)

Por otra parte el INPer también requiere de la pareja un estudio previo de esterilidad, además del resumen médico y estudios de laboratorio y gabinete que sean expedidos por otro servicio médico que apoyen el diagnóstico de esterilidad, el Instituto solo prevé una valoración médica. Amanda comenta sobre este requisito: “nos pidieron un informe médico, el informe debe ser externo y anterior. Tardaron 6 meses en darnos respuesta para tener consulta” (Amanda, 2015), señala que para ser parte del INPer debes ser un caso extraño o difícil. El estudio previo también es necesario para descartar diagnósticos de infertilidad definitivos, tal es el caso de la azoospermia, el Instituto especifica que no se atenderán a pacientes con este diagnóstico.

Uno de los requisitos más inquietantes para la aceptación de casos en el hospital es que hay un rango de edad máximo específico para hombres y mujeres, de los primeros aceptan hasta la edad de 55 años, y para las mujeres una edad máxima de 35 años. También piden asegurar un año de relaciones sexuales sin haber logrado un embarazo. Tomemos en cuenta que una mujer, que no tiene síntomas evidentes de padecimientos que tengan que ver con su reproducción, puede tardar en promedio 5 años para decidir buscar ayuda, a partir de aquí comenzará a recorrer campos médicos en los que ella pueda ser tratada, pero no siempre se llega directamente a buscar un servicio de TRA, básicamente porque no existe la suficiente información sobre en qué consisten las mismas. Limitar la edad máxima de acceso a las mujeres sin tomar en cuenta el contexto de ella es una medida dura.

En este sentido, es una afirmación común de escuchar que las mujeres que llegan a requerir servicios de reproducción asistida son frecuentemente mujeres que han pospuesto el embarazo en sus mejores años fértiles por el desempeño personal y laboral. Durante el programa televisivo “Diálogos en Confianza” (XEIPN Canal Once, 2006), en el episodio titulado “Maternidad ¿a qué costo?”, pudo escucharse comentarios respecto al trato que dan los servicios a mujeres que han pospuesto la maternidad por proyectos profesionales, una mujer en la audiencia cuenta sobre su embarazo a los 39 años, “me dio diabetes gestacional, y entonces también había muchos comentarios en la familia de ‘es que tu te esperaste mucho, es que ya estás muy grande para tener hijos’”, la conductora opina en tono irónico “claro, estas

pagando, porque no fuiste buena mujer para la sociedad”. Ésta investigación revela otro punto de vista, al menos dentro de los servicios públicos, y es que ninguno de los relatos de las mujeres que entrevisté afirman haber pospuesto la maternidad por voluntad propia o por proyectos personales, todas concuerdan en que nunca negaron el embarazo inmediato al matrimonio. Ana comenta,

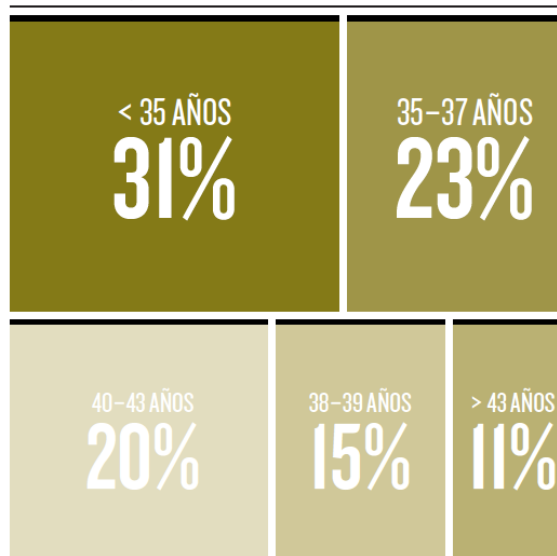
pues fijate que yo pensaba de que cuando yo me iba a casar pues me iba a embarazar ¿no?, entonces yo en ningún momento dije ya, ya quiero, sino simplemente tuvimos relaciones y nunca me cuidé, nunca tomé pastillas ni nada, y pues yo sabía que para poder concebir un hijo por la mayoría de las familias tarda. (Ana, 2015)

La siguiente información muestra la edad de las mujeres que se someten a procedimientos de reproducción asistida en América Latina.

Esta gráfica se encuentra en el informe de GIRE del 2015, dónde además se pueden conocer datos importantes como el número de procedimientos y el éxito de los mismos. La organización informa:

“vale la pena resaltar que en América Latina esta exclusión no es un criterio generalizado: de acuerdo con el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 69% de las mujeres que accedieron a alguna TRA en 2012 eran mayores de 35 años”. (GIRE, 2015: 214)

MUJERES QUE UTILIZARON TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN AMÉRICA LATINA, 2012



Fuente: Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 2012.

La mayoría de mis entrevistados, especialmente los que entraron en primera estancia al INPer, esperaban tener un embarazo después de casarse, desde entonces ellos no usaron métodos anticonceptivos, a excepción de dos mujeres, quienes solo lo usaron por recomendación de sus doctores para regular su ciclo menstrual. Se registró solo un caso en el que la mujer pospuso el deseo de tener hijo por su situación sentimental; Paola de 40 años quiso tener un embarazo a los

29 años de edad, dice “en ese momento no tenía una pareja estable, entonces si fue así como que sola no, no me hubiera gustado aventarme ese paquete sola y dije no” (Paola, 2015). Pero las condiciones de Paola fueron diferentes, incluso ahora, pues no es ella quien gesta el embarazo de su futura hija sino su esposa, su tratamiento fue diferente y ninguna de las dos tuvo problemas de infertilidad. Respecto a su esposa, Paola comenta: “ella está en una buena edad donde puede tener hijos, de echo ya hasta me gustó la idea en el sentido de decir ‘yo no lo voy a tener ¿no?’ [...] ¡Ay que bueno! porque si luego da miedito ¿no?” (Paola, 2015).

Gestar después de los 35 años implica según el conocimiento médico, un embarazo de riesgo, a pesar de esto una mujer que desea ser madre biológica no encontrará en este conocimiento un obstáculo, por ellas nos preguntamos ¿no es válida la libre decisión de una mujer que es informada responsablemente sobre estos riesgos? Los riesgos que puede tener una mujer al someterse a tratamientos de TRA se encuentran al tomar medicamentos, tener cirugías ambulatorias y en general el embarazo, los riesgos dependen de cada mujer y que no solo tienen que ver con su edad. Sabemos que someterse a tratamientos que buscan la reproducción son una carga intensa a nivel corporal que conlleva riesgos, los procedimientos de este tipo son particularmente difíciles para las mujeres porque en ellas ocurren los procesos biológicos más complejos.

Ante el anterior dilema, encontramos que en los servicios médicos públicos la línea entre el cuidado y la discriminación es muy delgada. Otro ejemplo de ello, se observa en una práctica que ocurre dentro de los consultorios médicos del Instituto; a las mujeres con sobrepeso y obesidad les piden regular su peso, porque una mujer con estos trastornos alimenticios tiene menos probabilidades médicas de tener un embarazo, esto es totalmente válido pues gestar en éstas condiciones podría desembocar en enfermedades de cuidado como la diabetes gestacional. Sin embargo observé que algunos doctores residentes hacían firmar a sus pacientes un compromiso donde les condicionaban que si no bajaban de peso en un tiempo determinado el servicio para ellas sería dado de baja. Aquí nos permitimos cuestionar ¿no es la tarea de un servicio de salud público apoyar y dar seguimiento a los problemas médicos que presenten sus pacientes, en lugar de solo privarlos

del mismo? La intención en las formas de hablar de las personas que atienden los procesos es un constante problema que soportan las mujeres, pues algunos de estos pueden convertirse en una forma de violencia.

Otro de los requisitos es presentar el documento que compruebe el matrimonio o concubinato de los solicitantes, esto a fin de comprobar que la técnica a la que se recurrirá será homóloga, pero ¿qué pasa con las parejas que no han contraído matrimonio, o incluso personas solteras por elección? Las parejas que planean ser padres no tienen ningún problema en contraer nupcias, las parejas que buscaban la reproducción asistida porque no han podido obtener un embarazo de forma natural se han propuesto casarse antes de buscar el hijo, sin importar su contexto o sus perfiles individuales, Paola lo representa muy bien en su comentario:

De hecho cuando Carmen me dijo de esto de tener un hijo, entonces yo le dije 'bueno pues vamos a casarnos porque si lo vamos a hacer pues prepárame más psicológicamente y también preparemos las cosas para que de una u otra forma la sociedad como que lo...' no estaba pensando que la sociedad nos avale, pero sí para que la sociedad como que se vaya... entendiendo que este tipo de cosas pasan, entonces si lo quise hacer como formal, y le dije 'bueno, pues vamos a casarnos para que eso sea como que más formal'. (Paola, 2015)

El caso de Paola y Carmen es interesante porque son lesbianas y desde su posición social y su meta de constituir una familia no solo intervienen limitantes biológicos, sin embargo no son diferentes de alguna otra pareja porque guarda los mismos deseos e intentan cumplir con actos de legitimación como lo es el matrimonio.

El matrimonio funciona como un tipo de rito de institucionalización, al respecto Bourdieu describe, "este trabajo de institucionalización resulta necesario para producir y reproducir, conexiones útiles y duraderas que aseguren el acceso a beneficios simbólicos y materiales" (1992: 151). El requisito del estado civil específico puede interpretarse como una forma de legitimación social, que incita a las personas a seguir los contratos sociales por los cuales se afirma la constitución de una nueva familia, por ello Ana comenta "fíjate que también es la presión de la sociedad, a veces la sociedad te dice '¿y no tienes novio? ¡Ay, no tienes novio!' y ya tienes novio; '¿y cuándo te vas a casar?', bueno te casas, '¿y cuándo el hijo

pues?” (Ana, 2015). Las ideas sobre el matrimonio y la familia son constructos sociales que influyen en nuestras decisiones y mueven recursos para satisfacer aquello que necesitamos probar. Los comentarios de Ana coinciden con otros de los usuarios, testimonio tras testimonio se escuchan comentarios como el de Roberto: “Bueno así como somos desde que nos casamos ya somos una familia, pero si nos haría falta lo que es un hijo para completar lo que es la familia” (Roberto, 2015). Estos pensamientos cambian frente a todas las condiciones a las que se enfrentan en su recorrido tras la búsqueda de su progenie.

Cada requisito cumple una función, para mis contactos que ya son usuarios en el INPer hay opiniones divididas; para unos es muy difícil acceder, para otros todo fue fácil y rápido, pero al final lo han conseguido y se sienten satisfechos de ello, todos opinan lo mismo: es una de las mejores instituciones en las que puedan tratarse. Sobre los requisitos Mariana dice “te mandan a hacer todo tipo de estudios, [...] pero creo que hacen bien porque hay que cuidar a los bebés y todo, entonces si me sorprendió, tantos requisitos para que me puedan aceptar.” (Mariana, 2015).

Como vemos algunos de estos requisitos pueden ser excluyentes e incluso discriminadores, cada uno tiene su propia justificación, por ejemplo en el caso de la azoospermia, ya que para obtener un procedimiento deberían recurrirse a las técnicas heterólogas y de alta complejidad, es decir, a la donación de esperma para poder fecundar los óvulos de la pareja del solicitante. Recordemos ahora que la donación de gametos no es una práctica totalmente regulada en el país, lo cual significa que tiene muchos vacíos legales y pocas garantías y protección para quienes hagan uso de ella, por tanto realizar prácticas heterólogas podría resultar en problemas particulares que afecten directamente al Instituto.

Es evidente que las instituciones de salud públicas del país no tienen los servicios completos e incluso la capacidad para atender todos los casos de esterilidad e infertilidad de las personas que buscan descendencia, hablamos de las mismas instituciones que tampoco tienen la capacidad para atender otros problemas de salud nacionales como enfermedades crónicas o terminales. Al final es necesario poner filtros que puedan asegurar no saturar el servicio que ofrecen, pero esto no

puede justificar los requisitos que excluyen a personas homosexuales, solteras o incluso a mujeres mayores que buscan un embarazo. Si no existe la capacidad tecnológica, de infraestructura e incluso de atención digna e imparcial, no significa que sea un problema donde el responsable es solo el Instituto, el problema es más grande, acapara todo un sistema de salud incluyendo a todos los poderes implicados en la regulación de éste.

Podrían cuestionarme justamente ¿por qué ocuparnos de las TRA, en su acceso libre e informado cuando hay otros problemas de salud pública que necesitan de gestión rápida y de calidad? El sistema de salud en México deja mucho que desear en varias áreas, al final es nuestra propia conciencia ética la que decide el lugar en el que posicionamos a las técnicas de producción asistida con respecto a otros asuntos y enfermedades de salud públicos. Al respecto Ana Güzmes nos da un pensamiento firme y necesario

No puedo dejar tampoco de señalar la doble moral de una sociedad en la que se paga mucho dinero por una criatura que no existe mientras dejamos morir millones que ya existen; o una concepción a la salud que quiere hacer más sanas a las personas que ya lo son mientras que no cura a las otras personas enfermas. Esto no es una propuesta para detener el avance científico, pero sí un intento de integrar la visión de las TRA con las circunstancias que la originan. (Güzmes, 2005: 48)

Es innegable, las TRA no dan marcha atrás en la ciencia y tecnología médica, el conocimiento médico es importante en muchos aspectos y no quisiéramos que se detuviera, sea cual sea la importancia de las TRA en la agenda de salud pública es necesario regularlas. Y no solo se trata de regular vagamente o sin una organicidad como se ha hecho en otros lugares del país, porque eso solo empeoraría la desigualdad social que ahora mismo rodea el acceso a la reproducción asistida. Su regulación debe ser en el marco de un Estado Laico, debe asegurarse que ningún pensamiento religioso interponga limitantes de tipo ideológico, solo de esta manera se garantiza un acceso imparcial y se asegurará que todo aquel que considere a esas tecnologías como una opción viable pueda utilizarlas, y quien se oponga a estas siempre tendrá la opción de no hacer uso de ellas.

8.2 Requisitos en el Servicio Privado para TRA

Una persona que ha optado por la medicina reproductiva como su aliada en el objetivo de tener descendencia no se rinde fácil ante todos los contratiempos con los que se encuentre. Para aquellos a los que el servicio público no les atiende siempre tendrán el respaldo de contar con el servicio privado porque estos no se limitan fácilmente, su variedad de tecnología y técnicas permite llegar a más personas sin importar su edad, preferencia sexual e incluso su diagnóstico, por supuesto, todo esto a un mayor costo.

¿Los requisitos para acceder a los servicios privados? Una cita. Según el lugar y sus servicios ellos se encargarán de diagnosticar y presentar la mejor opción con base en sus características. Muchas cosas son posibles en este servicio, pero no todo, porque por supuesto se acatan a un Código Internacional de Ética y a otras restricciones legales, sin embargo hay que tomar en cuenta que, si algo no está regulado no significa necesariamente que entre en el campo de la ilegalidad.

La publicidad de las clínicas privadas en la Ciudad de México se encuentra en programas de radio y principalmente en la televisión donde tienen una mayor audiencia, ya que no solo cubre el área metropolitana, sino que abarca todo el país. Ser atendido en este servicio es relativamente fácil, no necesitas pasar por filtros para ser aceptado, pero el llegar ahí no te asegura la permanencia ¿por qué?, para algunas personas la opción privada es incosteable. Este es el caso de Roberto y Sandra, de recursos económicos limitados y él con diagnóstico de azoospermia, narran que antes de llegar al INPer acudieron a una clínica, en donde solo la consulta de valoración tiene un costo de 1200, y alrededor de 200 mil pesos por el tratamiento que incluía el semen de donante pero sin cubrir con costos de medicamentos, preocupados por los precios abandonaron el servicio. Muchas de éstas clínicas cobran por separado las citas, los procesos médicos y seguro médico, de estos los más caros resultan los dos últimos.

Hay pros y contras en este servicio, en los primeros Ana relata, “la calidad de atenciones que te dan ahí ¡jújule!, no se comparan con las públicas” (Ana, 2016). Además el servicio médico privado guarda algunas facilidades a las parejas que

trata, por ejemplo el congelamiento e incubación de embriones, óvulos y esperma, al respecto nos comentan:

Cuando me hice el tratamiento los demás óvulos que quedaron libres se quedaron encubados y me dijeron que si después de dos años – ah, porque pagas por esos dos años, o sea que si yo hubiera ido al año para que me implantaran otro, [...] pero me dijeron que a los dos años yo renunciaba a ellos, y yo le dije que sí. Entonces eso puede ser de que alguien no puede tener hijo porque sus óvulos ya están viejos, y como yo ya renuncié a los míos que se los pongan a alguien más. (Ana, 2015)

El congelamiento de óvulos también es una opción para las mujeres que planean embarazos futuros. Otras facilidades incluyen el control de nacimientos, ya que suele ocurrir en la reproducción asistida embarazos múltiples, sin embargo los padres pueden decidir si quiere o no a todos los embriones que se hayan implantado.

Pero en los centros privados también se escuchan historias de abusos, la cuestión es que a mayor número de consultas, mayor ingreso para los médicos y sus hospitales. En su primer contacto con las TRA Elena se trató más de un año con un doctor que no realizó estudios médicos, relata: “me la manejó por ese lado que era puro estrés lo mío, que me relajara, que pronto iba a llegar y que él me veía todo muy bien” (Elena, 2015), cuando por fin exigió al doctor realizar estudios estos revelaron sus Trompas de Falopio obstruidas.

Con esta información encontrada no buscamos denunciar algún tipo de servicio en particular, tan solo analizar el contexto a fin de comparar la accesibilidad que tienen las parejas a las técnicas de reproducción asistida en el sector público y privado, y las diversas complicaciones que se encuentran.

A continuación muestro un cuadro comparativo entre los dos tipos de servicios de salud y los requisitos que solicitan para prestar sus servicios:

Requisitos	Servicio Público (INPer)	Servicio Privado
Edad	Mujeres de hasta 35 años Hombres de hasta 55 años	Sin límite de edad
Estado civil	Parejas constituidas: Casadas o en concubinato.	Cualquier estado civil.
Preferencia sexual	Solo heterosexuales	Cualquier preferencia sexual
Diagnóstico	Anterior respaldado por un diferente servicio de salud	Los diagnósticos se realizan en el mismo lugar
Pagos adicionales en sus tratamientos	Solo medicamentos	Medicamentos y seguro médico

8.2.1 La donación de gametos

Para hablar de las implicaciones que conlleva la accesibilidad a los servicios privados es necesario comenzar a visualizar a los servicios de TRA no solo como un negocio o servicio de la tecnología médica, sino como un sistema recíproco donde existen muchos implicados y cada uno tiene diferente función social. Por eso este apartado lo dedico a las donantes, piezas fundamentales en las técnicas de reproducción humana asistida, personas con diferentes motivaciones que movilizan el circuito biogénético que hace posible la reproducción asistida. Existen diferentes tipos de donantes, de óvulos, espermatozoides y óvulos fertilizados, discutiremos principalmente el tema de las ovodonantes.

El primer caso es el de Adriana, quien llegó a ser donadora por una oferta, mientras trabajaba como edecán promocionando un producto una enfermera de una clínica de RA se acercó a ella y todas sus compañeras, fue en la clínica donde le explicaron el proceso, le dijeron por agradecimiento ella recibiría 10 mil pesos. Esto ocurrió hace seis años aproximadamente, cuando Adriana tendría 20 años. Decidió ser donante y firmó un contrato no muy explícito y tampoco muy largo, en él se hablaba sobre sus responsabilidades y sobre su compensación económica, la cual era firmemente nombrada como gratificación, pero nunca se especificó sus derechos o las implicaciones médicas que conllevaba el procedimiento. La

medicación que busca madurar rápidamente los óvulos para ser extraídos fue por aproximadamente un mes, fueron 6 óvulos los que extrajeron de ella.

El caso de Alejandra es muy parecido, sin embargo su testimonio es un poco crudo y muy cuestionador. Ella habla de un deficiente examen psicológico y médico, es sabido que este filtro se realiza a las mujeres no solo para conocer un poco sobre su salud mental, sino también para conocer sus percepciones sobre el procedimiento, ella mencionó a su doctor que en su familia había historial de cáncer y diabetes pero esto no pareció ser una preocupación para él. Tanto para donadores de esperma, como para donadoras de óvulos el examen médico es fundamental pues garantiza la información genética, pero en el caso del examen psicológico solo se aplica para mujeres. Entendemos que la parte biológica es diferente entre los hombres y las mujeres, incluso aceptamos que existe una construcción del género diferente, pero ¿por qué debiera existir una marcada diferencia en los exámenes médicos psicológicos de los donantes?, esto tiene que ver con la percepción simbólica de nuestros genes y el valor que damos a nuestras células reproductivas. El proceso biológico para conseguir este tipo de gametos es diferente en los cuerpos femeninos y masculinos, para los segundos es un método más simple, de ahí pudiéramos pensar que para los hombres el desprendimiento de su esperma es más sencillo que para las mujeres sus óvulos, sin embargo un análisis más completo tomaría en cuenta la percepción de los gametos con la directa filiación independientemente del sexo del donador.

Algo interesante de su relato son los datos que dan sobre el tratamiento y contrato de la clínica, y es que hablan en primer lugar de un tipo de selección discriminatoria; buscan mujeres de un perfil específico que incluye tez clara, ojos claros, altas y delgadas, no es casualidad que se acercaran a Adriana siendo modelo.

Ambas dicen que cuando intentaron el proceso tenían alrededor de 19 años y que en ese momento no se cuestionaron muchas de las cosas por las que pasaron. Un año después de que Alejandra se sometiera a inyecciones para estimulación ovárica, experimento todo un año de sangrado constante, además de

fibromas mamarios. Para Adriana el personal médico siempre estuvo al pendiente de ella, y creía que le dieron la información necesaria, pero para Alejandra los filtros médicos para ser candidata no fueron rigurosos o adecuados; ella relata que consumían alcohol y otras drogas antes del proceso y a pesar de las pruebas de sangre que le realizaron nunca la detuvieron.

El proceso que siguieron es muy parecido en técnica, pero a la vez es muy diferente, porque tiene que ver con la percepción que cada una tiene respecto al tema, y lo que significa para ellas el proceso que viven en sus propios cuerpos. En mi investigación el proceso de selección de las mujeres no parece ser un procedimiento riguroso, por supuesto que esto dependerá de la clínica y su profesionalismo.

9. Carrera económica de los usuarios

Sabemos que el INPer es para muchas personas una opción accesible, pero es importante analizar ¿Cómo llegan al Instituto las parejas que desean el servicio de reproducción asistida?, ¿Qué otros servicios han utilizado anterior al INPer? y ¿Qué costos han tenido que pagar en su carrera para acceder a servicios de RA?

Pocas personas que han tenido problemas para lograr un embarazo acuden directamente a un servicio de reproducción asistida y sus técnicas, porque la información sobre estos servicios es escasa, y en el caso de las instituciones públicas son aún menos conocidos sus servicios. Los medios por los que llegan a las TRA los hombres y mujeres son diversos pero existe un patrón visible, primeramente acuden a algún médico especialista, la mayoría de las veces es la mujer la que acude al ginecólogo, a veces para tratar algún padecimiento que se cree asociado a la infertilidad como ser irregular en el periodo menstrual. No podemos pasar por alto este hecho; la causa de la infertilidad se asocia directamente a la mujer, y tiene que ver con construcciones socioculturales. Al respecto Elena comenta “pues yo soy la que me estreso, o sea el problema es realmente mío, pero pues si te digo he tenido el apoyo de mi pareja y no ha sido tan complicado, se ha hecho más ligero” (Elena, 2015)

Cuando se busca un embarazo, el coito programado ya sea de manera natural o con estimulación, podrá lograrlo bajo ciertas condiciones, el proceso puede ser recomendado por ginecólogos, sin embargo mis sujetos de estudio son casos asociados con infertilidad que requieren de técnicas más complejas y doctores especializados, por eso después de ser tratados por médicos más accesibles como los ginecólogos, obstetras e incluso urólogos, buscan un tipo de servicio más especializado y un diagnóstico en el que puedan valerse para buscar la ayuda adecuada.

En el caso del INPer, la mayoría de los usuarios llega por recomendación de algún conocido, amigo o familiar que atendió algún tipo de padecimiento o que conoció a alguien que lo hizo, solo ocasionalmente los transfieren de médicos o centros médicos. En el Instituto después de haber sido aceptados, deben pasar nuevamente por una serie de estudios que determinarán el diagnóstico del padecimiento, ésta etapa dura en promedio un año y se valen de otros especialistas del hospital como Andrología, donde revisarán la calidad del espermatozoides del esposo y de ser necesario se recetarán vitaminas que ayuden a mejorarlo. Otra área es Laboratorio, donde a través de cultivos vaginales determinarán si existe algún tipo de enfermedad o virus. La tercer área no menos importante es Ultrasonido, en donde se observará el estado del útero. Los estudios médicos también se cobran según el nivel al que corresponda cada paciente, y muchos de éstos solo tienen vigencia de 6 meses. Después de los estudios se puede dar un diagnóstico, y de requerirse deberán realizarse intervenciones quirúrgicas si existen en la mujer padecimientos. Todos los servicios se cobran por separado.

Las intervenciones quirúrgicas más comunes se enfocan en destapar las trompas de Falopio si están obstruidas, eliminar quistes, pólipos o miomas, no se continuará con el tratamiento hasta controlar estas irregularidades. Cualquier tipo de cirugía y hospitalización también corre a cuenta de los pacientes y se cobra según el nivel al que correspondan. Todo ocurre bajo la supervisión de sus doctores asignados y con un consentimiento informado debidamente firmado por el paciente.

Ningún paciente puede saber con certeza cuáles y cuántos procedimientos menores tendrá, y tampoco el tiempo en el que pueda permanecer en el servicio médico hasta lograr el embarazo, por lo tanto tampoco saben cuánto dinero tendrán que invertir en todo su proceso. Lo cierto es que muy pocos tienen un plan de destinación de gastos, mientras unos buscan conseguir dinero al día, otros reservan una cantidad aproximada de sus sueldos para sus gastos médicos. Marisol comentó que ella solía destinar su sueldo para tratarse medicamente, y ocupar el sueldo de su esposo para los gastos cotidianos de la pareja. Pero no es así para todos, en especial en los matrimonios donde solo el hombre aporta económicamente y sus ganancias son básicas. El acudir a citas cuando se requiere la asistencia de la pareja también puede repercutir en el trabajo, Roberto que es albañil comenta que cuando falta al trabajo le descuentan el día.

Para los gastos económicos es curioso observar qué persona aporta más en los procesos, en el INPer normalmente nos encontramos con la figura de “el hombre proveedor”, que se encarga de cubrir todos los gastos de la búsqueda de la familia. Pero en el caso del servicios privado las parejas entrevistadas coincidían en dividir los gastos de sus tratamientos y gastos generales.

El costo de las Inseminaciones e In Vitro tienen diferentes precios según el lugar, en el caso del INPer cada Inseminación Artificial tiene un costo de alrededor de 10 mil pesos, y las FIV y transferencias de embriones cuestan alrededor de 30 mil pesos, de nuevo haciendo énfasis que esto dependerá del nivel que tenga cada usuario. Para el servicio privado las IA tienen un costo aproximado de 30 mil pesos, y las FIV un aproximado de 70 mil. Los doctores advierten que los procedimientos solo tienen un porcentaje de éxito en IA de 15% por ciclo, y FIV de 30% por procedimiento, un nuevo procedimiento significa un nuevo pago.

Hay un gasto muy importante en sus tratamientos que este tipo de atención de salud no cubre; los medicamentos, para tratar a la mujeres tienen costos muy elevados, Ana comenta “¡asu, pero para el medicamento!, bien caro. [...] me recetaban inyecciones que cada una me costaba me costaban como mil pesos creo. Y en puras inyecciones ¡híjole! Se me fueron como otros 30 mil” (Ana, 2015).

Hasta ahora tengo presente que los gastos más importantes son los medicamentos, estudios, IA o FIV e intervenciones quirúrgicas, pero hay gastos que a simple vista no son evidentes, pero se acumulan a través de su carrera económica, a estos les llamo *costos cotidianos* y corresponden al transporte, nutriólogos, alimentación específica o durante los días que están fuera de casa para acudir a sus citas, hospitalizaciones y no podemos dejar de lado que varios de los usuarios, tras años y procedimientos fallidos requieren algún tipo de ayuda psicológica. Poco se habla de estos gastos que podrían parecer externos, pero que a la larga se resienten en el bolsillo de cada paciente. Pude conocer a un par de mujeres que viajaban de otras partes del país a sus citas en el INPer, a esto debe sumarse el número de citas y estudios que deben realizarse en el hospital la pareja contratante. Respecto a la ayuda psicológica pocas parejas buscan este servicio, lo cierto es que muchas lo requieren, para las mujeres hay un desgaste físico, pero también emocional, al respecto Gabriela comenta,

Cuando pasaron las inseminaciones el día que te haces la prueba y te sale negativa es muy doloroso porque el tratamiento es un poco pesado, en cuanto en que hay que inyectarse, hay que ir al hospital a checar otra vez, que a lo mejor íbamos dos veces, dos o tres veces a la semana, era desgastante y todo el efecto hormonal era pasado, y con él platicamos que si en este In Vitro no pasaba nada o sea que lo íbamos a dejar hasta ahí. (Gabriela, 2015)

La inversión de tiempo no es un asunto menor, cuanto más tiempo se invierta más desgaste se tiene, los padeceres de las mujeres se hacen presente en comentarios como el siguiente:

Cuando son las pláticas con mi amiga que le van a hacer la In Vitro es de llorar y llorar, o sea si me duele, [...] igual que tu esposo, pues si es dolor y eso pero creo que lo he sabido tomar más tranquilo, yo estoy en manos de dios, yo estoy haciendo lo que está en mis manos ya él decidirá, tampoco puedo hacer más. (Elena, 2015)

Cuando las personas buscan tratamientos de reproducción asistida se forma una relación muy importante entre el doctor y los pacientes, el doctor es el medio entre la incertidumbre y la solución, por ello las entrevistadas, principalmente las mujeres, manifestaron tener algunas inquietudes cuando pasaban de un doctor a otro, sobre

todo en el INPer donde el sistema de médicos adscritos y médicos rotantes es variante.

Como ya comentamos, al tener el servicio privado una gran cantidad de publicidad es la primera opción a la que muchas parejas acuden. Ana originaria de Chiapas, acudió a la Ciudad de México hace tres años buscando una solución a la infertilidad. Después de un tratamiento en su estado de por lo menos un año sin resultados acudió a una clínica muy conocida por su publicidad nacional, fue atraída por una oferta que vio en televisión y por el mensaje positivo que daba la empresa:

teníamos ahorrado, teníamos dinero y le digo [a su esposo] “mira vamos a intentarle, lo último ¿para qué quiero yo dinero si no tengo con quién compartirlo?, ¿para qué queremos dinero?”, tenemos dinero porque nos sobraba y lo guardábamos y guardábamos, “vamos a intentarlo por última vez”, sí dice él vamos, sale pues le dije es nuestra última oportunidad, [...] vamos a invertirlo en eso, eran como cien mil pesos, y le digo “y si no quedamos pues entonces no pasa nada, porque vamos a seguir ahorrando y si quedamos pues ya vamos a tener un motivo por qué vivir”. (Ana, 2015)

Las clínicas y doctores del sector privado buscan las maneras de ofertarse a través de publicidad enfocada a los deseos de las personas, e intentan ofrecer un servicio de calidad, a veces con descuentos promocionales o facilidades de pagos. Ana tuvo que intentar dos procedimientos de FIV, con un costo aproximado de 250 mil pesos por ambos. Logró el embarazo en el segundo intento, y desde hace dos años que tiene a su hija, ella opina que todo valió mucho la pena, a pesar de los gastos que tuvo que pagar.

A lo largo de la investigación surgió una duda interesante sobre la comparación de los dos tipos de servicios de salud, ¿es posible que exista una menor tasa de efectividad en el servicio público en comparación con el privado?, dudo mucho que esto sea un hecho, podría tener esta impresión porque el servicio público al estar saturado los procesos se alargan, además de que en estos la variedad de técnicas son limitadas. Sobre la inversión larga de tiempo de los procesos en los servicios públicos ¿la suma de dinero por cubrir terminaría siendo similar al de los servicios privados? En el caso de mis informantes no parece evidente, aun con todos los

pasos que deben seguir y solventar, los costos en el INPer siguen siendo más costeados en comparación con los consultorios privados. Sobre todo se debe considerar que al mismo tiempo que el proceso es más largo y espaciado, se da la oportunidad de recolectar las cantidades a pagar.

Los usuarios consideran que los pagos que solicita el Instituto Nacional de Perinatología no son un problema importante porque la mayoría ha conocido o ha escuchado los precios de servicios privados y considera que los pagos del Instituto son más justos y/o cómodos, además éstas personas consideran que el gasto económico no representa un problema proporcional al deseo que ellos tienen, es decir están dispuestos a pagar tratamientos por años para lograr su objetivo: ser padres y madres.

Las plataformas digitales de las clínicas privadas ofrecen información de sus servicios, pero también sirven como un medio para compartir las experiencias de las parejas que han pasado por procesos de reproducción asistida. Un portal de noticias cuelga una foto y una pequeña nota en la que se observa a una niña rodeada de medicamentos utilizados en las TRA. En la nota se lee:

La publicación, subida a Facebook por Sher Institutes, una cadena estadounidense de clínicas especializadas en fertilidad, ha sido compartida más de 3.500 veces y casi 10.000 personas han pulsado el botón de 'me gusta' sobre ella y ha hecho de la foto un icono: el mejor ejemplo de que todo el sufrimiento de la in vitro merece la pena. (Yahoo, 2016)



En las redes sociales se observan agradecimientos entre pacientes y doctores, pero también ciertas publicaciones que son una forma de publicidad por la que no se paga, ya que el trato amable y mostrar los resultados positivos del servicio es una

forma de promocionar su asistencia médica. No dejemos pasar el hecho de que las redes sociales en si son un medio que no está al alcance de todos, quien posee esta herramienta en una persona privilegiada por la información. Es una manera en que las clínicas privadas obtienen a cierto tipo de clientes, personas con el capital cultural y económico capaces de costear sus servicios.

Hasta ahora sabemos cuáles son los gastos primarios y secundarios más comunes entre los usuarios de RA, pero aún no hablamos de gastos adicionales que dependen del proceso que cada persona lleve, en el caso de Roberto y Sandra que necesitaban de semen donante podemos acercarnos al proceso de una técnica heteróloga, con los gastos e implicaciones que tienen estas técnicas en el contexto de la Ciudad de México. Cuando se entrevistó a ellos por primera vez estaban programados para un ciclo de inseminación artificial, cuatro meses después llevan tres inseminaciones sin éxito, esto lo relató Roberto brevemente por teléfono, pues no accedió a darme una segunda entrevista porque se notaba un desgaste emocional del que no quería hablar. En la clínica donde compraron el semen, como en todas las demás que operan en la Ciudad de México con sus debidos permisos, solo se puede acceder a una muestra de semen bajo condiciones estrictas, es decir con permiso de un médico o una Institución. Para Sandra y Roberto, quienes ya llevaban el nombre de un doctor e Institución fue fácil conseguir el esperma, el cual tiene un costo de siete mil pesos por muestra; la pareja necesitó tres muestras, una por cada inseminación artificial.

La elección del semen se da a través de un catálogo con fotografías del donante de cuando era niño, esta medida asegura el anonimato además de dar una idea de los rasgos físicos que podría tener su descendencia. Para Roberto, que no informó de su procedimiento a sus familiares esta última opción debe ser cuidadosa, pues no tiene intenciones de informar que su futuro hijo o hija no es genéticamente de él. Tras las Inseminaciones que tuvo Sandra intentarán una FIV, que esperan funcione ya que Sandra no tiene problemas de fertilidad detectados.

Como ya hemos percibido el acceso a las técnicas de reproducción asistida está íntimamente ligado al capital económico de los posibles contratantes. Todo

este panorama hace cuestionarnos si ¿se trata las TRA de un producto de mercado del sistema médico? En el servicio privado las TRA se tratan de un comercio con ofertas, demandas y competencias, pero este no es un tema nuevo, no es el único servicio de salud que se comercializa, ni el único que cuenta con otros negocios de mercado como el turismo médico reproductivo. En el servicio público los costos más asequibles corresponden a un tipo de subsidio, pero estas técnicas no son sencillas y no pueden ser totalmente subsidiadas por el gobierno.

Los pacientes que se trataron en el servicio público que ofrece el INPer dijeron no tener problemas para pagar los procedimientos, a diferencia de las dos parejas y la usuaria que se han tratado en servicios privados, quienes dijeron que fue difícil e incluso tuvieron que pedir algún tipo de préstamo a sus familiares. Los resultados varían de persona a persona y de su nivel socioeconómico; las personas que se trataron en el INPer dijeron que lo más complicado de cubrir, eran los medicamentos, las personas que anteriormente se había tratado en servicios privados dijeron que cuando utilizaron éste servicio todo el proceso fue difícil de cubrir.

Considero que lograr una mejor condición de acceso desde el ámbito económico es posible, y me permitiré poner un ejemplo; en el 2007 cuando se despenalizó el aborto en la Ciudad de México, los lugares que ya ofrecían estos servicios entraron en la dinámica comercial de ofrecerlos, sin embargo en la lógica del mercado y con tantos nuevos servicios y ofertas los precios para realizarse un aborto bajaron considerablemente, esto aún se puede observar cuando comparamos el precio de un aborto legal en comparación a servicios clandestinos en otras partes de país, donde los precios son exorbitantes. ¿Por qué ocurrió esto? Sí, es evidente que fue gracias a la legislación del tema, pero en especial porque hay dos tipos de subsidios en los servicios de salud pública, uno que corresponde a un subsidio total y otro que es parcial pero sigue siendo muy bajo en comparación a servicios privados. En ese sentido considero que si existiera una regulación legal sobre las TRA, que incluyera más servicios del tipo del INPer, obligaría a las clínicas privadas bajar los precios de sus servicios, y por ende mayor población tendría acceso a estos.

10. La otra búsqueda

Los costos económicos y los requisitos limitantes hacen que el camino que recorren los usuarios de TRA sea extenuante y restrictivo, pero lo innegable es que esto no los detiene en el deseo de tener descendencia, ¿por qué se asegura esto?, se puede observar que ellos buscan diferentes maneras de continuar o apoyar sus procesos para que no sean tan dificultosos en diferentes ámbitos, estas son prácticas ocultas y tratamientos alternativos, algunas incluso con apoyo de doctores o personal administrativo que amablemente ofrecen posibilidades para apoyar a las personas.

Primeramente hablaré de las prácticas ocultas, de estas el caso más representativo es sin duda el de Roberto que padece azoospermia. El INPer es muy claro cuando dice que estos casos no son aceptados, y anteriormente expliqué cuáles eran las razones, pero lo cierto es que Roberto está ahí, y su esposa Sandra se ha sometido al menos a tres inseminaciones artificiales con semen donante. Cuando le pregunté a Roberto si le habían explicado a él por qué lo habían aceptado el negó conocer la respuesta, y comentó con su pareja otros casos de azoospermia que se habían encontrado en el Instituto:

“Sandra: como cuatro ¿no?, que tenían lo mismo

Roberto: ah pero antes de que me hicieran la biopsia

Sandra: que tenían lo mismo de, bueno que venían igual a lo mismo de él por la azoospermia, pero de ahí ya no volvimos a saber” (Roberto y Sandra, 2015)

Nunca faltó el reproche de algún administrativo que le decía que lo suyo era una pérdida de tiempo, así que la aceptación de este tipo de casos proviene de los doctores, quienes hacen un filtro que determina que casos si pueden aceptar y cuáles no.

Algo similar pude conocer al asistir a los consultorios a escuchar los historiales y recomendaciones médicas de las mujeres tratadas, aquí había casos de mujeres de más de 35 años aceptadas, mismas que pudieron ser atendidas desde antes de cumplir los 35 años pero no fueron dadas de alta, lo que demuestra nuevamente que los casos quedan sujetos a la opinión de cada doctor, ¿es esto una medida de

apoyo o es un mismo sistema que reproduce prácticas de segmentación y discriminación?, ¿bajo qué prioridades u opiniones se establece la ayuda?, al respecto Gúezmes opina que la ciencia no es neutra, ni tampoco quienes la hacen, al cuestionarse estas prácticas se busca aclarar los impactos diferenciados en acceso y control de los avances científicos desde las diferencias de raza, sexo, identidad, estado civil, orientación, clase, ubicación, etcétera. (Gúezmes, 2005: 35)

En el mismo sentido pero en diferentes casos, al hablar de tratamientos alternativos nos referimos a aquellos actos que buscan apoyar sus procedimientos o incluso algunas prácticas que suplen por completo a las TRA. Para ilustrar estas técnicas comenzaremos a hablar del caso de Amanda, que recordemos se trata en el INPer y en dos Instituciones privadas. Por su endometriosis se ha sometido a algunas cirugías y a medicamentos para controlarla, además de esto sintió la necesidad de tener un respaldo médico, en el fondo ella sentía que tantos medicamentos y hormonas estaban cambiándola corporal y emocionalmente. Por eso recurrió a la homeopatía, platica que le recomendaron al doctor y lo visitó en otro estado del país, él le inyectó una serie de vitaminas que le hicieron sentirse mucho mejor. Es interesante comprender cómo los usuarios de RA en lo que podría ser el intento por no perder el control sobre sus cuerpos recurren a diferentes métodos que son efectivos para ellos; y aunque todas las personas entrevistadas confían en el punto de vista médico y científico, recrean sus procedimientos para poder sobrellevar sus padecimientos o incluso para solventar sus recursos económicos.

Hay un caso que también considero un tratamiento alternativo, el de Gabriela, antes de llegar al INPer buscó ayuda para embarazarse en la herbolaria y otros rituales curativos, aunque no fue constante y solo asistía por la influencia de comentarios positivos. Ella comenta, “eran como tipo herbolario y que irnos a sobar la cadera [...] te dicen ‘mira haz esto que fulana hizo eso y le resultó’ y ahí vas, y que ‘fulana hizo el otro y le resultó’ y ahí vas” (Gabriela, 2016). Esta práctica tiene una dimensión sociocultural muy importante que tiene que ver con el contexto en el que vive Gabriela y que enmarca dimensiones de género y creencias, al respecto existe un estudio realizado por Elena Castañeda y Héctor Bustos en el que afirman que “el

padecer se construye a partir de representaciones y prácticas socioculturalmente condicionadas. Esta construcción se matiza en su articulación con todas las posibles adscripciones del sujeto social: genérica, económica, religiosa, política y educativa” (Castañeda y Bustos, 2001: 125-126).

Para demostrar los tratamientos alternativos, mencionaremos un caso más que puede cambiar la manera en que vemos la reproducción asistida medicamente, y nos dan nuevas perspectivas del uso de estas desde la autonomía del cuerpo. Carmen y Paola se casaron tras la decisión de tener un hijo, Carmen narra

Hace seis meses estuve buscando una forma más natural, y encontré una forma que se llama inseminación artificial casera [...] encontramos el donador adecuado y ya, fue una inseminación artificial pero casera, o sea por medio de una jeringa [...] yo lo elegí, y tomando en cuenta que yo no tengo problemas de fertilidad. (Carmen, 2015)

Las inseminaciones caseras no son un tema muy conocido, este método puede ser la solución a casos como el de Roberto y Sandra, pero a pesar de que la información está ampliada en internet, como anteriormente comentamos, el propio acceso a internet ya es una herramienta condicionada por un tipo de capital, este servicio es limitado ya que no es un servicio gratuito, y tampoco es un instrumento que todos y todas sepan utilizar. Aunado a esto hay que agregar que el método no es el mejor visto por todos, no podemos negar el arraigado discurso médico presente en nuestra sociedad, y la inseguridad que se puede tener sobre cómo realizarlo. Carmen y Paola si tuvieron el apoyo de un doctor especialista, él trabaja en una clínica privada, y de manera abierta les dio una consulta donde respondió todas las dudas del procedimiento. El discurso del doctor fue que este método “no es recomendable y efectivo”, probablemente con esta idea tomó la decisión de ayudarlas e incluso no cobrarles la consulta o el posterior chequeo de los resultados de los exámenes médicos. Carmen quien fue la inseminada solo tuvo que intentar éste procedimiento una vez, la pareja ahora tiene una nueva integrante en su familia.

Entendemos que la inseminación en casa no es una opción para todo aquel que desee concebir, pero es un método que brinda muchas comodidades, no solo en la parte económica, sino en un nivel corporal ya que la técnica no requiere

estimulación ovárica, es una práctica más íntima y puede hacerlo la mujer sin algún tipo de ayuda. Pero nuevamente aparece en juego la materia legal, y es que en México existen muchos vacíos en la regulación de bancos de esperma, y las personas que desean adquirir semen se encuentran en un panorama turbio que no garantiza su adquisición, ya sea en un banco de semen o en un contrato de particulares. Como nos explicó Roberto, la compra de semen es solo bajo la supervisión de doctores, así que ellas optaron por otra opción:

Empecé a buscar pero me parecían excesivos los costos. Y el acceso para muchas personas pues es mínimo, tendrías que tener un ingreso bastante elevado para poder tener acceso a ese tipo de procedimientos que sería la In Vitro, que la inseminación artificial por medio de un donante, si lo quieres extranjero, de catálogo y todo eso, o sea estuve incluso buscando catálogos y te venden pues no sé, diez mil, veinte mil del puro esperma y solo congelado y además solo te venden el esperma, tienes que ir a una clínica a que te hagan un buen de análisis para ver si eres candidata y muchas cosas [...] ya habíamos hablado con un amigo para que nos diera de su... de su semilla... encontramos el donador adecuado. (Carmen, 2015)

Hay personas que no tienen la oportunidad de encontrar un amigo o un familiar que sea donante o al menos una persona que esté dispuesto a donar bajo los términos que desee el contratante. Los bancos de esperma regularmente utilizan éste para sus propios pacientes o para otros hospitales donde tienen convenios, es ahí donde aparecen alternativas como anuncios de venta y compra de semen por internet en páginas de foros y chats que cada día se extienden más, incluso en un nivel más global ésta técnica que ha proliferado mucho en el último año en otros países y ha comenzado a comercializarse. Éste es el caso de la empresa Cryos con sede en Dinamarca, es uno de los Bancos de Esperma más importantes en el mundo, tiene un servicio de venta y envió de esperma con todo lo necesario para realizarte una inseminación casera por al menos 600 euros, sus principales usuarios son mujeres solteras y parejas del mismo sexo (Cryos, 2015), sin duda un servicio más económico y sencillo para aquellos que desean tener descendencia.

Hay un punto de vista que afirmaríala desposesión de la autonomía reproductiva al hacer uso de las TRA, el argumento es que estas escapan al control

de lo que pasa en nuestro cuerpos, existiría entonces un ablandamiento ante el control médico, convirtiéndolo de manera consecuente en un elemento de poder. Sin embargo ¿el caso de Paola y Carmen demuestra un tipo de resistencia al modelo médico normativo? Carmen decidió por su propia conciencia tener un procedimiento no invasivo en su cuerpo, y optó por un proceso en el que ella fuera la administradora de su reproducción, sin embargo esto pudo ser posible por sus condiciones de salud, pero lo más importante es que a final este recurso surgió por no poder pagar un servicio privado, su única opción como homosexuales.

Aquí encontramos reflejado claramente la dinámica de los capitales culturales y sociales, a falta del capital social como un perfil socialmente aceptable, Carmen y Paola si tienen el capital cultural que les provee de medios para conseguir información y decidir sobre su reproducción. Pero a veces la información también sirve para encontrar un poco de respaldo emocional, es decir, saber qué es lo que realizarán en tu cuerpo es una manera de buscar poder ante tu propio proceso, porque elimina las barreras de incertidumbre que el desconocimiento provoca.

11. Constituirse como familia.

Un análisis sobre las técnicas de reproducción asistida necesariamente debe retomar las implicaciones que estas tienen en los sistemas de filiación y en la conformación de familias; ¿las TRA cuestionan y modifican el sistema tradicional familiar y los modelos de parentesco y filiación? Podemos dar una respuesta afirmativa, pero esto depende desde qué ámbito y desde cuál caso, es decir, los modelos tradicionales de búsqueda de filiación ponen por delante el lazo biogenético, en donde los fluidos como la sangre o células reproductivas se transfieren de generación en generación con cargas simbólicas importantes, las TRA no modifican esta percepción, al contrario, la refuerzan. Pero hay otros aspectos en el parentesco que sí se modifican y replantean, las técnicas de reproducción asistida hacen posible deslindar la sexualidad de la procreación, y además cambian la representación de las líneas del parentesco sobre todo cuando se recurre a las técnicas de alta complejidad, porque entonces el rol de padre o

madre continuará a pesar de que alguno de los dos no aporte un lazo biológico o genético.

Las parejas que se someten a años de tratamientos en busca de la filiación modifican, por las circunstancias que viven, lo que para ellos significa la familia. Los pensamientos de Mariana lo demuestran

Antes pensaba que tener un hijo era un matrimonio, pero yo creo que no, el matrimonio es contar con una persona, [...] mutuamente. Antes me aferraba yo a tener un hijo para que fuera completo mi matrimonio, pero en el caso que no lo conseguimos pues no necesariamente. (Mariana, 2015)

Expusimos anteriormente la importancia de legitimar la familia, a continuación comentaremos situaciones que los usuarios de TRA han pasado a lo largo del tiempo. Marisol es una mujer con acceso a información, sobre todo médica pues desde hace tiempo que se trata diversos problemas, tiene características parecidas a varios de mis informantes del INPer, con ellos comparte algunas opiniones como el buen servicio que tienen. Sin embargo algo en su entrevista me llama la atención, pues comenta de un trato agresivo que tuvo al entrar a la institución, un doctor le dijo en una entrevista: “al gobierno no le interesa que tú te embaraces, al contrario [...] se trata ahora de evitar embarazos porque ya somos muchos en la Ciudad de México, francamente no nos interesa ni al gobierno ni a nosotros que tú te embaraces” (Marisol, 2016). Después de acudir varias veces a consulta pude darme cuenta de este tipo de agresiones, a veces sin ser intencionales y algunos con toda la intención como comentarios entre doctores que eran despectivos a los deseos de los pacientes. En una consulta que presencie una mujer echo a llorar por angustia de su diagnóstico, y la doctora que estaba atendiéndola dijo “no llore, tener hijos no importa, es lo de menos”. En un contexto donde estas personas se enfrentan día a día a los obstáculos médicos, económicos y emocionales que implican sus tratamientos, estos comentarios son una forma violenta de trato que se va normalizando.

Este comentario sobre el trato de los doctores fue afirmado por mis entrevistadas que hablan de la “insensibilidad” de los doctores, de ellas Elena habló abiertamente

informando los abusos de doctores en el servicio privado, pero también de sutiles comentarios en el servicio público. El relato de Elena enfatiza “he tenido muy mala experiencia con doctores”, y no es para menos, en las tres instituciones en las que se ha tratado ha tenido diferentes percances, de los más preocupantes es uno en el que fue acosada sexualmente por el doctor, esto sucedió en un consultorio privado minutos antes de someterse a un nuevo examen, relata:

Te digo, si no es una cosa es otra, han sido malas experiencias, este doctor cuando estaba ahí acostada me agarró las pompis, o sea eso no se hace, digo eso... la verdad si te das cuenta tu cuando es por tu trabajo o qué tenía que meter la mano acá ¿no?, [...] no le había dicho a mi esposo ni nada pero yo ya no quise ir nunca con él. (Elena, 2015)

No se trata de un problema menor, la discriminación y el acoso existen en los ámbitos médicos, aunque no siempre sean realizados por los mismos doctores. La mayoría de estos recae en las mujeres, quienes tienen que tolerar todos los abusos y señalamientos. Ellas son las que en sus relatos hablan del dolor; los procedimientos duelen, duelen mucho a nivel corporal y emocional, nunca falta aquella que te relata cómo se sienten los procedimientos en el cuerpo, o las emociones que sentían cuando después de alguna inseminación terminaba llegando su menstruación.

Hay otro tipo de creencias muy importantes por mencionar que competen al parentesco, por ejemplo la noción del hijo propio, esto explica por qué las personas pasan años buscando un embarazo como primera opción y no optan por la adopción. Existe esta percepción del lazo entre madre e hijo que ocurre a través del embarazo; el embarazo es una parte importante en la legitimación de la filiación. Esto está directamente relacionado con la construcción social de que las mujeres tienen un mandato de maternidad, al fin las TRA buscan la fecundidad de las mujeres.

En la medicina reproductiva se buscan los elementos necesarios para lograr que ocurra un embrión y posteriormente un embarazo, en este sentido ninguna célula es menos importante que otra, pero no podemos quedarnos en esta visión que trata a los cuerpos como meros instrumentos, hablamos de hombres y mujeres situados

y con deseos personales, condicionados por la cultura que los rodea. ¿Es de verdad la medicina de las TRA cosificante ante las personas que trata? Para algunos, desde un punto de vista ético sí, pero no podemos cerrarnos ante esta idea, por otra parte, en esencia la medicina reproductiva cambia los cánones sociales porque la formación de la familia deja de pensarse en una sola fórmula, y con sujetos bien definidos en sus roles sociales.

Las TRA tienen el poder de cambiar las relaciones sociales en una forma positiva, pues de ejecutarse con respeto a los derechos humanos y respeto a las diferencias, pueden abrir el camino a una sociedad más incluyente, por ejemplo en el caso de Paola y Carmen. Pero existen otros puntos de vista, los cambios que ocurren en la institución de la familia cuando se hace uso de las TRA no son bien vistos por todos, sobre todo cuando se trata de la gestación subrogada. Al respecto Amanda afirma que conoce a una mujer que utilizó la maternidad subrogada para tener a su hijo, y ella ve que no existe un vínculo entre la madre y el hijo, un vínculo necesario según ella, que dé algún tipo de empatía. Marisol no solo opina que la gestación para otros es antinatural, sino que es aún peor cuando se utiliza para que los homosexuales tengan hijos.

Por último hablaremos de una construcción simbólica más: la de los hijos nacidos a través de las TRA. Si las personas aceptan someterse a este tipo de procedimientos es porque confían en ellos, pero hay unos pocos que lo aceptan porque es su única opción y lo prefieren sobre la adopción. Amanda, que es psicóloga trabajó con niños y adolescentes con enfermedades mentales, y conoce “algunos niños” que fueron concebidos a través de Fertilización In Vitro, ella afirma que éstos presentan síndromes como asperger, y le preocupa ya que si bien los doctores no hablan de esto para ella sí es un riesgo potencial. En los informes médicos no se encuentran datos que hablen de defectos genéticos como una consecuencia del uso de TRA. Los procedimientos en las técnicas de reproducción asistida solo mimetizan y amplían el grado de éxito de un proceso tal como ocurre en la naturaleza, en ese sentido las TRA son diferentes de otros asuntos que competen a la bioética como la clonación, pues la manipulación genética debería ser estrictamente intencional

para crear una modificación en el óvulo fecundado, y consecuentemente en el nacido.

Por su parte Ana ha preferido ocultar que su hija fue concebida a través de una transferencia de embriones, solo personas de confianza lo saben, ya que según ella ha escuchado muchos comentarios negativos hacia niños concebidos de esta manera, una amiga le dijo que su sobrino nacido por In Vitro “no siente cuando se cae”, para Rosario su hija es “totalmente normal”, pero prefiere no afrontar estos comentarios.

Ahora sabemos que los usuarios de las técnicas de reproducción asistida no solo se someten a un proceso médico, sino también a un proceso social, en el existe un poder simbólico como del que nos habla Bourdieu, éste define las relaciones y estructura el campo donde se produce y reproduce la creencia (1992: 98). La creencia que muy a pesar de los datos científicos sigue imperando, pues en este campo existe una dinámica de lucha por imponer los estándares y modelos de vida que cada grupo cree necesarios, y que solo se consigue a través de la normalización de los símbolos.

12. Conclusiones

Las técnicas de reproducción asistida como herramienta médica son un apoyo y solución a aquellos que no han podido tener descendencia, la medicina reproductiva ha generado diversas maneras para lograrlo, todos los casos tienen una alternativa, sin importar el género, el sexo o el diagnóstico. Pero como herramienta es maleable en su contexto. Hemos podido conocer a los actores de esta estructura; a los usuarios, las donantes y los servicios médicos con algunos de sus trabajadores, por ello podemos tener una visión privilegiada para entender cuáles son las dificultades y desigualdades a las que se enfrentan aquellos que desean obtener la ayuda de las TRA.

Existen factores que determinan el camino de las TRA en México, dos de ellos muy importantes son: la normatividad o regularización de las técnicas y los diferentes tipos de servicios médicos y sus ofertas. Nos ubicamos en un panorama fragmentado, primeramente entre dos tipos de servicios, el público y el privado, ambos plantean situaciones y retos diferentes para los usuarios de los mismos. Conociendo las historias personales de los usuarios comprendemos los problemas a los que se enfrentan, pero también reconocemos que tenemos que separar el discurso de un servicio médico de su práctica, ya que en toda la red de personas que utilizan y ejercen las TRA, los factores siguen determinando en gran medida como será el proceso de cada persona que logra llegar a obtener el servicio.

Desde los servicios de salud públicos notamos que los requisitos y limitantes para ofrecer la atención son necesarios, pero en la práctica pueden ser discriminadores, existe una evidente exclusión por edad, por preferencia sexual o condición médica. Cuando se da el trato de enfermedad a la infertilidad se le otorga una carga negativa, ya no solo hablamos de una discriminación a nivel de relaciones personales, sino un estigma desde la estructura, con base en el concepto de Goffman (1963) observamos que la infertilidad es un estigma relacionado con la abominación del cuerpo, no como una deformidad notoria pero sí como un desorden en el funcionamiento del cuerpo.

Sabemos que no existe una regulación necesaria y, más aún, que no existe la capacidad por parte de los servicios médicos públicos para dar atención al que lo requiera, pero no hay ninguna justificación para negar el servicio a personas homosexuales y personas solteras. La preferencia sexual o la manera en que ellos deseen ejercer la paternidad no deben ser motivos de exclusión. En el caso específico del INPer conocemos que los perfiles requeridos para dar el servicio a veces son más flexibles, porque pudimos conocer a personas que a pesar de una primera negativa lograron atenderse en el Instituto. Esto es de gran ayuda y beneficio para algunos casos, sin embargo el servicio queda limitado por el punto de vista muy particular de las personas que tienen el poder de aceptar a la población. El servicio médico público tiene mucho por hacer, para generar medidas hacia una visión más integrante, que admita diferentes tipos de familias como una manera legítima de formación social, y que la práctica no quede limitada desde un criterio personal.

Hay varias circunstancias por las cuales las personas se atienden en el servicio privado, dos de ellas son: la poca información sobre otro tipo de servicios, y tener un perfil que en otra institución no les permitiría el acceso, como en el caso de personas homosexuales, personas solteras o con diagnósticos que exijan la utilización de técnicas heterólogas. El ámbito privado tiene grandes flexibilidades y una mayor oferta de servicios, pero demanda una gran inversión de dinero que lo hace incosteable para algunas personas.

Los pacientes de las TRA están dispuestos a gastar importantes sumas de dinero en la búsqueda de ser padres y madres. Los servicios de TRA no solo implican los costos de los tratamientos, en el proceso deben preverse los gastos cotidianos que en suma resulta un pesado camino hacia la obtención de descendencia que los legitime como una familia; es decir, ellos buscan el capital social que los respalde y otorgue reconocimiento dentro de ésta institución social. Nos encontramos ante una paradoja que confirma que no tener los recursos necesarios te privará de obtener los recursos que necesitas; la desigualdad impera en los servicios médicos tanto públicos como privados.

No negamos que tener o conseguir los recursos para pagar un tratamiento de reproducción asistida depende del capital cultural y social de las personas, pero en nuestro contexto donde existen dos opciones disponibles –servicios públicos y privados-, el capital económico sigue siendo el capital dominante. Los avances tecnológicos que ofrece la medicina reproductiva lejos de ayudar a todo aquel que desea descendencia, comienzan a convertirse en un negocio porque no existen las facilidades y garantías para que todos y todas puedan utilizar las técnicas de reproducción humana asistida.

Por otra parte, hemos encontrado que para nuestros sujetos de estudio la noción del hijo propio tiene que ver con el conocimiento de compartir la información biológica y/o genética con los padres, el uso de las TRA refuerza este pensamiento cultural, por ello se tolera el desgaste económico que acarrearán las TRA. Pero también es cierto que existe un importante detrimento emocional en aquellos que se someten a los tratamientos, además es importante visualizar el desgaste de salud que se sufre especialmente en el cuerpo de las mujeres. Es en el cuerpo de las mujeres dónde se explota la medicina reproductiva, esto corresponde a una idea naturalizada que se tiene sobre las mujeres y su mandato social como madres, con ello devienen estigmas entre las mujeres y hombres que no pueden tener un embarazo natural. Nuevamente nos encontramos con el estigma como efecto negativo los sistemas clasificatorios de salud, porque este nos lleva a pensar que el hecho de no tener hijo es un problema que debe ser erradicado y no permite visibilizar otras formas de crear familias que no se centren en los hechos biológicos.

Dentro de las TRA existe un mercado biogenético de células y fluidos como espermatozoides, óvulos e incluso óvulos fertilizados que pasa a ser parte de un comercio con creciente demanda que por supuesto modifican la dinámica social. Se trata de prácticas heterólogas que cambian las percepciones tradicionales de compartir material biológico y genético con la descendencia.

El tema y práctica de la medicina reproductiva no solo es asunto de las personas que la necesitan, o de los legisladores y médicos, existen otras personas que son importantes y que merecen tener garantías, hablamos de los donadores. Existe

población dispuesta a aportar sus gametos para los procesos de las personas que necesiten de ellos, las autoridades han decidido manejar esta aportación como una donación anónima, a fin de evitar cualquier problema legal o personal.

El tema y práctica de la medicina reproductiva no solo es asunto de las personas que la necesitan, o de los legisladores y médicos, existen otras personas que son importantes y que merecen tener garantías, hablamos de los donadores. Existe población dispuesta a aportar sus gametos para los procesos de las personas que necesiten de ellos, las autoridades han decidido manejar esta aportación como una donación anónima, a fin de evitar cualquier problema legal o personal. Pero en la práctica las remuneraciones económicas existen, creándose un tipo de venta que no necesariamente está ligada a la total donación desinteresada, ¿por qué excluir a las personas que buscan un pago por una utilización de su cuerpo? La donación voluntaria y la autónoma decisión de comerciar con los gametos o con el cuerpo no están peleadas de la idea de un trabajo reconocido, digno y regulado.

Los requisitos buscan un perfil específico que solo los poseedores del capital social aceptable tienen, aquellos que lo poseen no lo han conseguido a voluntad o conciencia, éste se les ha dado por el mismo desenvolvimiento histórico de las instituciones sociales. Pero hemos observado que cuando un factor restringe la utilización de un servicio no significa necesariamente que detenga a las personas en la búsqueda de sus metas. Cuando prohíben sus accesos, se buscan soluciones por otros lados, o incluso recrean sus procesos a fin de adaptarlos a sus necesidades.

No podemos dejar de mencionar el caso de las inseminaciones artificiales caseras como una medida alternativa, el caso de Carmen y Paola es un parteaguas en nuestra investigación que pone muchas interrogantes no solo en el uso de la medicina reproductiva, sino también en la conformación de familias fuera del modelo heterosexual tradicional. Reconocemos el valor de decisión que tuvo esta pareja para someterse a un proceso en el cual tomaron el control de sus cuerpos, con base en sus ventajas como una condición de salud idónea e información ampliada. La información representa un papel importante en el uso de las técnicas de

reproducción asistida, la cantidad de información que se obtenga modificará las decisiones y los procesos que cada persona tiene. Carmen y Paola tuvieron la información necesaria para saber cómo lograr un embarazo, y más tarde conseguir el registro civil de su hija. Hay algunas inestabilidades en su proceso, pero nuevamente esto se debe al contexto desregularizado que no tiene previsto cómo actuar en este caso de una manera legal, específicamente sobre la donación de semen de un particular.

La estructura que moldea el uso de las TRA debe apostar por un acceso justo a servicios de reproducción que logren la armonía de los escenarios, que conlleva la medicina reproductiva. Es decir, no solo conformarse con lograr que las personas tengan la descendencia que desean, sino también lograr el bienestar de todos los involucrados. En este panorama el respeto es la clave, al final el mejoramiento de medidas regulatorias en el uso de TRA beneficia a todos, su correcto desenvolvimiento permitirá que todas las personas involucradas tengan los servicios justos y las alternativas necesarias. El uso de las TRA necesita de una información completa sobre los procesos, sus consecuencias y sus limitantes. En este sentido, es necesario abrir otras opciones a aquellos que no pueden o incluso no quieren atenderse con estas técnicas.

En esta investigación se contó con el testimonio de personas que ya se trataban o se trataron en algún servicio médico, sin embargo no podemos saber cuántas personas fueron rechazadas y no continuaron en la búsqueda de un tratamiento, sería interesante conocer sus casos para analizar cómo estas personas sobrellevan sus deseos y sus limitaciones, y por supuesto conocer las implicaciones sociales que estas limitaciones tienen en el sector social totalmente excluido de las TRA. Todavía falta mucho por explorar sobre el tema, las técnicas de reproducción asistida son bastante discutidas recientemente, su trayectoria al menos en nuestro país es relativamente corto y su estudio lo es más, por lo que este fenómeno seguirá dando de qué hablar y discutir.

Bibliografía

Aguirre, María. (2015) "Infertilidad: un asunto que afecta a más de dos." [Consultado el 15 de Enero de 2016] Disponible en <http://www.forbes.com.mx/infertilidad-un-asunto-que-afecta-a-mas-de-dos/>

Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción (2015). "Técnicas de Reproducción de Baja Complejidad". México

Brena, Ingrid. (2012). "Assisted Fertilization: Story of an Endless Debate? The Report of the Inter-American Commission on Human Rights". *Anuario mexicano de derecho internacional*, 12, 25-45.

Bustos López y Castañeda Jiménez (2001). "La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad". *Perinatol Reprod. Hum. México*. Pág. 124-132

C. García-Peña, C. González-González (2011) "Accesibilidad y efectividad en México". *Gac Med Mex 2011*, México.

Cardona, Jorge Arturo (2015). "Informe de autoevaluación del Director general del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes 1 de enero a 30 de junio de 2015", Ciudad de México.

Chávez, Mayra. (2008). "Infertilidad y Reproducción Asistida: Una mirada antropológica." Editorial Académica Española.

COFEPRIS (2015) "Licencia Sanitaria para Establecimiento de Atención Médica con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células". [Consultado 25 de Marzo 2016] Disponible en <http://www.cofepris.gob.mx/AS/Documents/ServiciosSalud/TRASPLANTE%202004-2015.pdf>

Cryos International - Denmark ApS (2014) Cryos. [Consultado Enero 19 de 2016] Disponible en: <https://dkes.cryosinternational.com/>

Goffman, Erving (1963). "Estigma. La identidad deteriorada". Amorrortu, Buenos Aires.

Güezmes, Ana (2005). Conferencia “Las tecnologías de reproducción asistida. Una aproximación desde la ética y las fugas feministas”, en la *Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos*. Serias para el debate N. 4, Lima, Perú.

Instituto de Ciencias en Reproducción Humana (2013). “Instituto Vida”. [Consultado 17 de Mayo de 2016] Disponible en <http://www.institutovidamexico.com.mx>

Perujo, Emilia (2013). “La búsqueda de la descendencia. Parejas usuarias de Técnicas de Reproducción Asistida en la práctica médica privada”, *Parentescos en plural*, coord. María Eugenia Olavarría, Miguel Ángel Porrúa-UAM, México.

Reygadas, Luis (2008) “Distinción y reciprocidad. Notas para una antropología de la equidad” *Revista Nueva Antropología*, Vol. XXI, Núm. 69, pp. 9-31 Universidad Nacional Autónoma de México

Támes, Regina (coordinadora). “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México”. Informe GIRE 2015. México.

Unites Nations Population Information Network (POPIN). “La conferencia de el Cairo”, [Consultado 17 de Mayo de 2016] Disponible en http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html

Velázquez, Gerardo. (2014) “Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción Vol. 7 Núm. 2.” Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción. México.

Videografía

Instituto Politécnico Nacional (2014). *Maternidad ¿a qué precio?* [Programa de televisión]. Diálogos en Confianza. XEIPN Canal Once.

Anexos

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio antes de que usted confirme su disposición de participar.

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio llevado a cabo por Esperanza Libertad López Olivera estudiante de licenciatura en antropología social con matrícula 2123048468 del proyecto financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología *Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo* (CONACYT núm. 236622 con vigencia 2015-2018), bajo la responsabilidad de la Dra. M. Eugenia Olavarría, profesora investigadora de la UAM Iztapalapa.

El propósito de este estudio es investigar las configuraciones del parentesco a partir de Técnicas de Reproducción Humana Asistida en tres ciudades de la República Mexicana: Tijuana BC, Villahermosa Tabasco y el Distrito Federal.

Deberá contestar algunas preguntas generales y realizar una entrevista sobre el tema del estudio, cuya duración será establecida por usted.

Está garantizado el anonimato y se mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que su nombre o el de la clínica o institución no aparecerá en ningún documento ni en las bases de datos que utilizaremos. Los datos obtenidos será utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y sus testimonios, en caso de ser citados, lo serán mediante un pseudónimo.

Su participación es totalmente voluntaria y puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicación. Su participación no conlleva ningún riesgo y cualquier duda puede ser consultada con la Dra. M. Eugenia Olavarría ome@xanum.uam.mx,

HE TENIDO OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha y lugar:

2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS MÉDICOS

Endometriosis: Crecimiento anormal y en zonas no contempladas del tejido endometrial.

Miomas: Crecimiento benigno, no canceroso en el tejido muscular del útero.

Azoospermia: Ausencia de espermatozoides en el semen.

Ovocitos: Célula germinal femenina que está en proceso de convertirse en un óvulo maduro.

Fibromas mamarios: Tumores benignos en el seno, constituidos por tejido glandular y fibroso.

3. CÓDIGOS Y DEFINICIONES OPERACIONALES

Códigos	Definiciones operacionales
Carreconómica	Carrera económica del paciente: Pagos y gastos cotidianos que tenido los usuarios de TRA, desde el inicio de la búsqueda de un embarazo.
Costos SETRAPRI	Costos en servicios de Técnicas de Reproducción Asistida del sector privado: Pagos requeridos por procedimientos, consultas, diagnósticos, medicamentos, seguro y estudios en clínicas de reproducción asistida privadas.
Costos SETRAPUB	Costos en servicios de Técnicas de Reproducción Asistida del sector público: Pagos requeridos por procedimientos, consultas, diagnósticos, medicamentos y estudios en clínicas de reproducción asistida públicas.
Servicios SETRAPRI	Servicios de TRA en clínicas privadas: Procedimientos y variedad de técnicas que ofrecen las clínicas de reproducción asistida privadas. Incluyendo las restricciones que éstos servicios tiene.
Servicios SETRAPUB	Servicios de TRA en clínicas públicas: Procedimientos y variedad de técnicas que ofrecen las clínicas de reproducción asistida públicas. Incluyendo los requisitos y las restricciones que el servicio tiene.
Sidescen usoTRA	Significados e interpretaciones que los usuarios de TRA tienen respecto a la descendencia, y su percepción sobre la familia.
Viven Corp-emo	Vivencias y percepciones corporales y emocionales que han tenido los usuarios sometidos a tratamientos de TRA.