

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

**Especialistas en reproducción:
entre la profesión médica y la gestión empresarial**

Andrea Waiter
Tutor: Alfredo Falero

2012

Contenido

I.	Introducción	5
II.	Marco Teórico	7
	Sobre el concepto medicalización	7
	La medicina como Profesión	9
	La medicina como Sistema Experto	12
	La medicina en tanto Campo Científico	14
	Capital(es)	17
III.	Aproximación Teórico - Metodológico	21
	Problema de Investigación	21
	Objetivos y Preguntas de Investigación	22
	Antecedentes Generales y Específicos	23
	Diseño Metodológico	25
	Actores Entrevistados y Trabajo de campo	26
IV.	Análisis	28
	IV.I Trayectoria y Relaciones	28
	¿Quiénes son?	28
	¿Dónde ejercen su subespecialidad?	30
	Somos pocos y nos conocemos	34
	Relación pacientes	37
	IV II Espacios Simbólicos	40
	Actualización del conocimiento	40
	Capacidad para la toma de decisiones	42
	Ellos, expertos	47
V	Conclusiones	49
VI.	Bibliografías	53
VII.	Anexos	55
	Anexo 1	56
	Anexo 2	57
	Anexo 3	58
	Anexo 4	59
	Anexo 5	60

I.

Introducción

La presente investigación surge como interés de conocer las vinculaciones que existen entre un grupo de agentes que pertenecen al espacio de la salud con respecto a su entorno.

Investigadores a nivel nacional e internacional han estudiado la profesión médica desde diferentes perspectivas buscando conocer el impacto del mismo. El papel central que ocupan los médicos es destacado por una cantidad significativa de documentos, trabajos e investigaciones. Sin embargo, se ha encontrado que trabajos que refieren a estudiar en profundidad las diferentes subespecialidades que existe al interior del espacio de la salud, constituye un campo fértil. En este sentido, este trabajo se propone estudiar un caso concreto, los médicos especialistas en reproducción asistida y su vínculo con la medicina reproductiva.

Las prácticas reproductivas se han modificado sustancialmente en los últimos años, primero gracias a las tecnologías anticonceptivas, y luego gracias a las llamadas tecnologías reproductivas asistidas (TRA). A simple vista, las primeras hicieron posible separar definitivamente la sexualidad de sus consecuencias reproductivas y las segundas introdujeron la posibilidad de la reproducción sin la necesidad de una relación sexual.

Específicamente las TRA han generado en nuestro país un conjunto de debates en varios sectores de la sociedad: en el grupo técnico-científico; en el ético, religioso y filosófico; y en el jurídico, estableciéndose un espacio de heterogéneas opiniones y perspectivas. Los temas de debate se han centrado en torno: a quién le corresponde la maternidad (¿a la que aporta el óvulo, a la que lleva la gestación en su cuerpo o a la que se ocupa de la crianza?), a la eugenesia implícita bajo la idea del parecido físico, a la necesidad de definir qué hacer con los embriones congelados, al rol de la “madre de alquiler”, nuevas relaciones familiares, nuevas posibilidades para parejas homosexuales, madres solas. No obstante, no existe en Uruguay ni leyes, ni normas claras y explícitas que sustenten y amparen dichas prácticas.

Si bien en general los espacios de diálogo y de encuentro crean grandes riquezas en los distintos debates y tópicos a tratar para que a la hora de tomar una decisión se haga de forma más objetiva, contemplando los intereses y formas de pensar de los sectores involucrados; en el presente caso, múltiples miradas y opiniones no hacen más que postergar debates y más allá aún, tomar resoluciones y decisiones que son necesarias.

El trabajo de investigación está basada en un estudio cualitativo sobre los especialistas en reproduc-

ción asistida que tiene por objetivo conocer -desde su propio discurso- quiénes son, cómo se ven a sí mismos, dónde ejercen su especialidad, cómo se relacionan entre ellos, cómo se relacionan con sus pacientes. Al mismo tiempo se intenta dar cuenta la capacidad que poseen sobre la toma de decisiones profesionales en un marco donde no existen leyes que regulen las prácticas de tecnologías asistidas.

El informe está organizado de la siguiente manera: en la primera parte se presenta una revisión bibliográfica que configura el marco teórico que sustenta la investigación; en segundo lugar, se da cuenta de las preguntas de investigación y las cuestiones metodológicas, describiendo las técnicas y los aspectos de ejecución del trabajo de campo. En tercer lugar se expone el análisis de los datos relevados, y por último, se presentan las conclusiones y principales hallazgos.

II. Marco Teórico

Sobre el concepto medicalización

Desde hace ya más de un siglo, la Medicina ha comenzado a incursionar en ámbitos en los que no se desempeñaba antes. Este fenómeno, al cual se ha denominado *medicalización de la sociedad*, alude genéricamente al proceso por el cual la medicina va ampliando el campo de sus objetos -de análisis de intervención-: *“con el término medicalización, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión, tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto de sus tradicionales dominios”* (Menéndez En Mitjavila, 1998)

La medicalización adquiere diversas formas, no solamente en relación a las particularidades de las esferas de lo social que son medicalizadas, sino también en relación a los procedimientos adoptados y a las funciones adicionales que se cumplen. Una de las funciones cumplidas por la Medicina en su injerencia en áreas no específicas, es la del “arbitraje”, lo que supone la emisión de juicios o dictámenes relacionados con fenómenos de diversa índole, para los que se requiere la opinión experta de la Medicina, como conocimiento científico y como profesión que goza de autoridad cultural y social. *“La medicina occidental, no buscando únicamente lo verdadero, sino también lo que es bueno, se ha transformado en el saber por excelencia tornándose en la directriz de nuestras conductas, extendiendo su monopolio más allá de los límites del dominio biológico. Ella es la que ordena, prescribe, certifica, promete (...) ella es también la que amenaza, provocando la angustia de todos los que se dan cuenta de que no obedecen a los comportamientos-patrón que garantizan la salud y la longevidad”* (Laplantine, F. 1991: 237).

Precisamente, el saber médico y su aplicación práctica, han comenzado a funcionar fuera del ámbito tradicional, definido éste por la demanda del enfermo, sus síntomas, su malestar, asuntos éstos que promueven la intervención médica y circunscriben su campo de actividad. A partir de este momento, la Medicina también ordena, prescribe, certifica, evalúa, en pleno ejercicio de sus potestades arbitrales.

Concretamente, es imprescindible reconocer que el conocimiento científico, en tanto conocimiento experto, ostenta una posición de privilegio en la jerarquía del saber. A ello se le suma el hecho de que esta posición otorga cierto poder en la dependencia respecto a sus conocimientos y a su competencia.

Esta clase de dependencia es lo que le confiere a la profesión médica, así como a todas las profesio-

nes, un poder especial, y lo que genera también cierta dependencia de carácter subjetivo, que, por otra parte, los autoriza a opinar e interpretar sobre la naturaleza y el mundo en general, emitiendo juicios que son altamente respetados. En este sentido, y en tanto la autoridad cultural supone la construcción de la realidad a través de definiciones de hechos y valores, el profesional ofrece juicios y consejos que están legitimados, pues él representa a una comunidad de normas compartidas, comunidad que le ha validado objetivamente su competencia (sobre la base de la indagación racional y la evidencia empírica). Este proceso origina, pues, consecuencias no solo a nivel de la salud y de la enfermedad, sino también propugna la intervención de la práctica médica en aspectos tales como la prescripción de los comportamientos sexuales, las condiciones sanitarias de las viviendas, las aptitudes laborales, la imputabilidad de un acusado, la peligrosidad de un delincuente, etc. *“El concepto del conocimiento no solo implica un saber tecnológico y material. También es un saber social ya que se vislumbra en las relaciones sociales, expresiones, códigos, costumbres, formas de comunicación, esquemas de interpretación, valores, etc.”* (Irigoyen, J. 2010: 283)

La práctica médica ya no responde solamente a la demanda del enfermo, sino que en muchos casos se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad. Es así que existen varias áreas en las cuales son requeridas (y utilizados) los conocimientos médicos: en el área civil (se solicita diagnóstico de incapacidad civil, legalización testamentaria, etc.) en materia penal (análisis y explicaciones de muestras accidentales, diagnóstico de enfermedades mentales en acusados, víctimas y testigos, etc.) en el ámbito laboral (incapacidad para trabajar, explicación de accidentes laborales, etc.), entre otras.

El concepto de medicalización involucra un proceso de colonización de la vida social donde se pueden localizar dos actores: la medicina y el Estado. En este sentido, *“la intervención médica supone un ejercicio normalizador e instaurador de normas, a partir de una práctica que está legitimada tanto por sus objetivos manifiestos (el curar) como de sus bases cognoscitivas (técnico-científicas)”* (Mitjavila, 1992: 11).

Otro aspecto del proceso de medicalización tiene que ver con la dimensión mercantil de la medicina que alude al poder de la industria farmacéutica y del comercio de las tecnologías médicas.

Estos procesos mencionados son posibles porque la medicina goza del aval estatal para definir y tratar la salud y la enfermedad humana en exclusividad.

El interés sociológico de este fenómeno radica en su análisis en relación con procesos sociales más amplios. Estos procesos están relacionados al prestigio y autonomía que adquiere el médico en tanto *“jerarquiza su autonomía funcional y fortalece sus fuentes de poder y prestigio cuando la ciencia sustituye a la religión como ideología hegemónica (...) es recién con la aparición del ascetismo y con la imposición ideológica de la ciencia y la técnica (razón instrumental) que adquiere una jerarquía social”* (Bayce, R. 1993: 216). La modernidad implica entonces, la socialización de la medicina. Asimismo Bryan Turner sostiene que se da un proceso de secularización del cuerpo ya que éste *“deja*

de ser el objeto de un discurso sagrado de la carne y pasa a ser un objeto en un discurso médico, donde el cuerpo es una máquina que debe ser controlada a través de apropiados regímenes científicos” (Turner, B. 1989: 64).

El saber médico científico-técnico está inmerso en la racionalidad moderna, y por lo tanto el poder y el prestigio del médico han ido surgiendo con el advenimiento de dicha racionalidad.

Según Freidson, la profesión médica llegó a ser una verdadera profesión de consulta hacia finales del siglo XIX, luego de desarrollar una base lo suficientemente científica como para que su trabajo pareciera superior al de los curadores irregulares (entre ellos los curanderos, hechiceros, y diversos practicantes con conocimiento en el arte de curar).

Actualmente, la imposición ideológica de la ciencia y la técnica sobre la religión y la magia han hecho posible el afianzamiento del poder de la Medicina, y además, su legitimación en tanto profesión.

Existen varias fuentes de legitimación para la Medicina que hacen que reciba el reconocimiento social en tanto conocimiento experto generándose a su vez cierta dependencia hacia ese conocimiento.

La Medicina como Profesión

E. Freidson plantea que una profesión es un tipo especial de ocupación. En tanto ocupación, cumple con las características de ser un grupo de personas que realiza un conjunto de actividades comunes, con métodos compartidos y transmitidos, las cuales les proveen su principal fuente de recursos, y por las que se les remunera al considerarlas útiles o productivas. A su vez las profesiones se diferencian del resto de las ocupaciones en el sustento de cierta autonomía en el desempeño de su labor, que, por otra parte, es lo que les otorga derecho a controlar su propio trabajo.

Puntualmente en la profesión médica sobresale el hecho de que se le concede intencionalmente autonomía, como posición privilegiada para el control legítimo de su propia labor, que incluye además el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo, y cómo debiera ser realizado éste.

El autor plantea los siguientes elementos que definen y caracterizan a la profesión médica:

- El monopolio sobre una parte protegida del mercado de trabajo
- La autonomía técnica
- El derecho al control de su propio trabajo
- El derecho a determinar quiénes ejercen legítimamente la profesión, y la forma en que debe ser realizado el trabajo.

De estos elementos se desprende que la autonomía profesional es el criterio más importante para

definir a la profesión médica. El mismo se encuentra íntimamente ligado a la noción de autorregulación, la que propugnan los profesionales como base y fundamento de este derecho a la autonomía. Es decir que la profesión fundamenta su demanda de una posición privilegiada respecto al autocontrol, en el hecho de que sólo los que son miembros de la profesión, esto es, solamente aquellos que poseen el conocimiento experto, y están preparados para su ejercicio en la práctica profesional, son los que pueden llevar a cabo una evaluación de la labor médica, pues aquellos que no son miembros no poseen esa destreza o conocimiento experto y no estarán habilitados para avalarlo y controlarlo apropiadamente.

“La cuestión del control, después de todo, es el anverso de la cuestión de la autonomía, ya que la autonomía es conferida a la profesión en el supuesto de que ella misma, sin interferencia exterior, regulará o controlará la actuación de sus miembros. Así como la autonomía es la prueba del status profesional, del mismo modo la regulación propia es la prueba de la autonomía profesional” (Freidson, E. 1978: 95)

Este privilegio es justificado por los propios profesionales sobre la base de tres premisas fundamentales: en primer lugar, por el hecho de que se necesita un grado de conocimiento y experiencia tal para ejercer la profesión médica, que los no profesionales no son capaces (ni están preparados) para evaluarlo o regularlo. En segundo lugar, reivindican que los profesionales son lo suficientemente responsables como para que se puede confiar en su trabajo, sin necesidad de una continua supervisión. Por último, también afirman que debe confiarse en que la profesión tomará medidas regulatorias en aquellos casos en los cuales se descubra profesionales incompetentes, o profesionales que faltan a la ética.

Josep A. Rodríguez plantea que *“el propósito de los médicos no es el conocimiento, sino la acción”* y bajo esta línea de pensamiento, el autor agrega que *“los médicos se rebelan fuertemente a cualquier tipo de restricción que afecte la independencia de sus decisiones. Cuando hay trasgresores a las normas se utiliza la técnica de exclusión o boicot personal”* (Rodríguez, A. s/f: 5)

La autonomía del saber médico como propiedad socialmente construida remite a *“la capacidad de reinterpretar las exigencias externas en función de las chances históricas de la medicina para desarrollar su propia lógica”* (Mitjavila, 1998: 19). Capacidad que se evidencia fundamentalmente en la autorregulación profesional que propone Freidson. Esa autonomía, socialmente construida, tiene dos motores fundamentales: por un lado la estrecha vinculación de éste con el Estado, y por otra, la naturaleza técnica del saber médico.

Con respecto a la vinculación con el Estado *“se trata de una protección estatal que es (...) un reconocimiento. Y una de las dimensiones estratégicamente más relevantes de ese reconocimiento ha sido la consagración del carácter monopólico del saber y de las prácticas médicas”* (Mitjavila, 1998: 20).

Este reconocimiento le permite expandir su campo de acción mucho más allá de lo que sería su ámbito definido en forma "técnica".

La naturaleza técnica del saber médico dominante resulta relevante en tanto permite ver un "*fundamento de la pulsión medicalizadora*" debido a que es un "*motor*" inherente a la "*anatomía socio-técnica del acto médico en sí mismo*" (Mitjavila, 1998: 38). Esta cualidad remite a la noción de "*mentalidad clínica*" de Freidson y se relaciona con variables de carácter normativo de la práctica médica, y que se evidencian al estudiar la peculiar capacidad de autorregulación de la medicina y las limitaciones con las que se encuentran (Freidson, 1978: 163).

En tanto Josep. A. Rodríguez agrega que "*la medicina ha obtenido una jurisdicción casi exclusiva para determinar qué es enfermedad y por tanto cómo debe actuar la gente para ser tratada como enferma (...) La enfermedad es un tipo de desviación de un conjunto de normas que representan la salud y la normalidad; y la medicina se convierte en actividad moral que descubre aquellas cosas que son indeseables. La enfermedad, como un estado social, implica cambios en la conducta; precisamente cuando el médico diagnostica la enfermedad cambia la conducta del hombre*" (Rodríguez, J. s/f: 6). En este sentido, los profesionales de la salud toman decisiones sociales al diagnosticar la enfermedad, y es precisamente este hecho lo que los "*hace capaz de crear nuevas necesidades para mantenerse en posición de poder y privilegio*" (Rodríguez, J. s/f: 6).

Eduardo Menéndez sostiene que "*la medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad (...) tiene el carácter de instituciones, es decir instituyen una determinada manera de pensar e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos*" (Menéndez, E. 1994: 72).

Por otro lado, Juan Irigoyen analiza los cambios económicos, tecnológicos, organizativos y culturales que modifican la producción de los servicios sanitarios, y como consecuencia modifica lo que es la profesión médica. Estos cambios se originan en la década del 80 con la caída del fordismo y ubica al factor tecnológico y al factor mercado, como los principales hechos de cambio. En este sentido, el autor plantea que "*la reestructuración global iniciadas en los ochenta se funda en la ruptura tecnológica y en la aparición de nuevas tecnologías que impulsan el crecimiento económico y la potencialidad de la industria (...) Este salto tecnológico permite disponer de nuevos medicamentos y medios diagnósticos y terapéuticos (...) La expansión de sanidad radica en la potencialidad de sus mercados, su alta productividad, así como sus resultados económicos. La industria biomédica genera incrementos en inversiones, consumos, empleos cualificados, demandas y expectativas crecientes*" (Irigoyen, J. 2010: 284). Se importa el modelo de la empresa en los espacios médicos, hecho que implica redefiniciones: se habla de clientes en lugar de pacientes, productos en vez de tratamientos o medicamentos. La gestión reemplaza la autogestión y autonomía de Freidson. Para Irigoyen, en este escenario la profesión médica "*se encuentra entre las dos fuerzas emergentes: la industria*

biomédica y la gestión (...) Esto significa una pérdida de autonomía profesional y una disminución de su poder en términos estratégicos (...) La profesión médica es reconfigurada para adaptarse a los procesos productivos y sus modelos (...) Se trata de trabajadores autónomos o semiautónomos regulados por una relación postsalarial con las empresas” (Irigoyen, J. 2010: 289).

La Medicina como sistema experto

Una de las características propias de la modernidad, en lo que se refiere a los modos de vida y organización sociales, radica en la separación entre los fenómenos del tiempo y el espacio, que según Giddens promueve el desanclaje de los sistemas sociales, es decir, remueve las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción para reestructurarlos en otros contextos, no definidos ya por los parámetros de espacio y tiempo (Giddens, 1994). Este proceso es generado por medio de dos mecanismos de desanclaje: la creación de señales simbólicas (medios de intercambio que es posible conceder de un individuo a otro, independientemente de las características de cada individuo y de la coincidencia temporal entre los mismos), y el establecimiento de sistemas expertos.

Giddens afirma que estos dos mecanismos de desanclaje fundamentan su actuación en la idea de fiabilidad, fiabilidad que no es atribuida a los individuos, sino más bien a capacidades abstractas. En este sentido, entiende por fiabilidad a la confianza en algunas cualidades o atributos de una persona o cosa, o en la verdad de una afirmación.

Es necesario aclarar que cuando se habla de este concepto en relación a los sistemas expertos, la confianza que se deposita en los mismos descansa en la creencia en la autenticidad del conocimiento experto que es aplicado, más que en la rectitud moral de los que lo aplican.

“La credibilidad que depositan los actores profanos en los sistemas expertos, no es solamente cuestión –como normalmente ocurría en el mundo premoderno- de generar una sensación de seguridad en un universo independientemente dado de acontecimientos. Es una cuestión de cálculo de beneficio y riesgo, en aquellas circunstancias en las que el conocimiento experto no sólo proporciona ese cálculo, sino que efectivamente crea (o reproduce) el universo de acontecimientos como resultado de la continua aplicación reflexiva de ese mismo acontecimiento. Una de las cosas que esto significa en una situación en la que muchos aspectos de la modernidad han sido globalizados, es que nadie puede eximirse completamente de los sistemas abstractos implicados en las instituciones modernas” (Giddens, A. 1994: 84)

El concepto de “sistemas expertos” de Giddens, se refiere a “sistemas de conocimiento especializado de cualquier tipo que dependen de reglas de procedimiento transferibles de un individuo a otro” (Giddens, A. 1995: 295). Por lo tanto, se trata de grupos de individuos que poseen conocimiento

especializado, lo que permite adjudicarle la categoría de expertos. El experto es cualquier individuo que posea los tipos de conocimiento específicos y la capacidad y habilidad para utilizarlos con éxito; habilidades determinadas que el individuo no experto carece. Lo importante de la situación en que se encuentran un experto y un no experto (*"profano"* en términos de Giddens) es el desequilibrio que se genera debido al hecho de que el experto posee las capacidades, el conocimiento y la información y el no experto carece de ellas, lo que lleva a que uno sea influyente, a que uno tenga poder (el experto) en relación al otro (el no experto). Muchas veces los expertos están en desacuerdo entre sí, pero estas diferencias constituyen, según Giddens, el motor de los sistemas expertos. Además, ese desacuerdo puede ser superado mediante el consenso entre pares.

Los sistemas expertos según Giddens, son propios de las sociedades contemporáneas y por lo tanto, no existían en las sociedades tradicionales. Agrega que en las sociedades contemporáneas existen múltiples sistemas expertos, hecho que está relacionado con la naturaleza de las sociedades democráticas.

La tendencia de las sociedades contemporáneas es hacia sistemas de expertos, es decir, hacia sistemas de autoridad, influencia y poder, más descentralizados y flexibles. Giddens señala además que la acumulación de conocimiento experto lleva a la especialización. Debido a que existen diversos sistemas expertos, materializado en una variedad de áreas de especialización, los expertos pasan a ser miembros del *"público lego ordinario cuando se enfrentan con la vasta gama de sistemas abstractos y los diversos ámbitos de conocimiento experto que afectan nuestra vida cotidiana"* (Giddens. A. 1995: 114). Es decir, se es experto dentro de un sistema abstracto pero no de otro; se posee conocimiento especializado en un ámbito específico pero no en otros. La especialización del conocimiento experto lleva a que el conocimiento de los expertos sea muy específico. El individuo no experto confía en los sistemas expertos, deposita su confianza en grupos de individuos que poseen conocimiento especializado sobre determinado tema. La confianza es un elemento característico de las relaciones de los individuos no expertos con los expertos.

Definida la noción de sistemas expertos de Giddens, se entiende entonces que la Medicina (el saber médico) puede ser concebida como un "sistema experto", en tanto conocimiento erudito, destreza técnica y aval científico, fundamentando así la confianza que depositan los actores profanos en ese conocimiento experto.

Asimismo, es imprescindible reconocer que el conocimiento científico en tanto tal, como conocimiento experto, ostenta una posición de privilegio en la jerarquía del saber. En este sentido, se admite que la principal característica de la Medicina actual es su preeminencia, no solamente en cuanto al prestigio, sino también en cuanto a autoridad experta. El conocimiento de la Medicina sobre la enfermedad y su tratamiento está considerado autorizado, definitivo y por lo tanto, incuestionable.

La Medicina en tanto campo científico

Pierre Bourdieu considera que el mundo social puede ser concebido como *espacio social multidimensional* construido empíricamente a partir de descubrir los principales factores de diferenciación, es decir, revelando *“los poderes o formas de capital que son o pueden llegar a ser eficientes, como ases en un juego de cartas, en este universo particular, esto es, en la lucha (o competición) por la apropiación de los bienes escasos que tienen lugar en este universo”*. La estructura de este espacio social *“viene dada por la distribución de las diversas formas de capital (...) por la distribución de las propiedades que están activas en el universo estudiado, aquellas propiedades capaces de otorgar fuerza, poder y por consiguiente provecho de sus poseedores”* (Bourdieu, P. 2001: 105-106). Los poderes a los que se refiere el autor son el económico, cultural, social y simbólico, los que se detallará más adelante.

Los agentes están distribuidos en la totalidad del espacio social según tres dimensiones: el *volumen global* de capital que poseen, la *composición* de capital -especialmente del económico y cultural-, y la *trayectoria* en el espacio social. Según estas múltiples dimensiones, es que a los agentes y/o a grupos de agentes se les asigna una posición, una situación o una clase determinada de posiciones próximas en el espacio social, que los definen, los asemejan, los diferencian, los rotulan.

La relación entre el espacio social y los agentes se da de forma tal que *“cuanto más próximos se encuentren los agentes individuales en él (en el espacio social), mayor es el probable número de propiedades comunes, e inversamente, cuanto más lejos están unos de otros, menor número de propiedades tendrán en común (...) En este sentido los agentes que ocupan posiciones vecinas en este espacio son colocados en condiciones parecidas y por tanto están sujetos a similares factores condicionantes: tienen todas las posibilidades de tener disposiciones e intereses semejantes, y así de producir prácticas y representaciones de una especie similar. Aquellos que ocupan las mismas posiciones tienen todas las posibilidades de tener los mismos habitus, al menos hasta el punto de que las trayectorias que les han llevado hasta esas posiciones son ellas mismas similares”* (Bourdieu, P. 2001: 108)

Los grupos -cualesquiera que sea- se construyen, se negocian, se juegan, *“se hacen al precio de un trabajo permanente de mantenimiento”* y es en *“la lucha de las clasificaciones, luchas para imponer tal o cual manera de recortar este espacio, para unificar o dividir, donde se definen las aproximaciones reales”* (Bourdieu, P. 2000: 81-82).

Un elemento importante a considerar será la forma en que el agente se adapta a la posición en la que se encuentra, es decir, la performance que desarrollará según la posición que ocupa: forma de hablar, forma de referirse a sus colegas, a sus pacientes, a los ámbitos que lo rodean. Estas formas, son *“disposiciones adquiridas en la posición ocupada que implica una adaptación a esta posición”* (Bourdieu, P. 2000: 131). *“Las representaciones de los agentes varían según su posición (y los intereses asociados) y según su habitus, como sistema de esquemas de percepción y de apreciación,*

como estructuras cognitivas y evaluativas que adquieren a través de la experiencia duradera de una posición en el mundo social. El habitus es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas. Y, en los dos casos, sus operaciones expresan la posición social en la cual se ha construido. En consecuencia, el habitus y representaciones que están disponibles para la clasificación, que están objetivamente diferenciadas; pero no son inmediatamente percibidas como tales más que por los agentes que poseen el código, los esquemas clasificatorios necesarios para comprender su sentido social (...) Así, a través del habitus, tenemos un mundo de sentido común, un mundo social que parece evidente" (Bourdieu, P. 2000: 134-135). La formación de habitus está estrechamente ligada a los espacios sociales en los que se mueven los agentes: "los habitus de los agentes, son las estructuras mentales a través de las cuales aprehenden el mundo social, son en lo esencial el producto de la interiorización de las estructuras del mundo social. Como las disposiciones perceptivas tienden a ser ajustadas a la posición, los agentes tienden a percibir el mundo como evidente y a aceptarlo mucho más ampliamente de lo que podría imaginarse" (Bourdieu, P. 2000: 134).

Para el autor, el espacio social funciona como un espacio simbólico, un espacio de estilos de vida y de grupos caracterizados por diferentes estilos de vida que luchan continuamente por la permanencia de su posición. Podría afirmarse entonces que "toda construcción de grupo supone un trabajo simbólico" (Falero, A. 2008: 65).

Bourdieu introduce el concepto de campo como un instrumento metodológico para el estudio del espacio social. En este sentido, no todo espacio social puede ser abordado y estudiado como campo, pero todo campo implica inevitablemente de un espacio social. El concepto de campo está totalmente asociada al de habitus: "No es posible entender cómo los individuos se comportan y construyen representaciones sociales, sin aprehender esos distintos espacios sociales que suponen diferentes distribuciones de propiedades entre individuos. El esquema no se expresaría, sin embargo, como el campo produce habitus que reproducen el campo, sino como el campo produce habitus que producen representaciones del campo" (Falero, A. 2008: 62). La relación entre campo y habitus se presenta, según el autor, de forma bidireccional "donde el campo, como espacio estructurado, tiende a estructurar el habitus, mientras el habitus tiende a estructurar la percepción del campo" (Bourdieu, P. 2001: 84). Todo campo implica necesariamente "un espacio de luchas entre distintos agentes que ocupan diversas posiciones. Las luchas tienen por desafío la apropiación de recursos específicos del campo que están desigualmente distribuidos. Y esto sugiere dominantes y dominados en todo el campo, lo cual implica, en consecuencia, estrategias, enfrentamientos entre agentes por la conservación o transformación del campo" (Falero, A. 2008: 63). Tanto el habitus, como los agentes y las instituciones, contribuyen a la construcción del campo: "Un agente o una institución hacen parte de un campo en la medida en que sufren efectos de él o los producen sobre él" (Falero, A. 2008: 62).

"Después de Bourdieu existe consenso en reconocer que en un campo existe un conjunto de posicio-

nes, relaciones de fuerza, monopolios, jerarquías, procesos de redistribución, estrategias, intereses y beneficios” (Irigoyen, J. 2010: 281).

En lo que respecta al universo científico, Bourdieu considera que *“el universo de la ciencia es un campo social como otro, con sus relaciones de fuerza, sus monopolios, sus luchas y sus estrategias, sus intereses y sus ganancias, pero donde todas estas invariaciones revisten formas específicas”* (Bourdieu, P. 1997: 11-12). Sostiene que el campo científico *“como sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas es el lugar de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social, o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que es socialmente reconocida a un agente determinado, entendida en el sentido de capacidad de hablar e intervenir legítimamente en materia de la ciencia”* (Bourdieu, P. 1997: 12). En la lucha en la cual cada uno de los agentes debe comprometerse para imponer el valor de sus productos y de su propia autoridad como legítimo, está siempre presente el desafío de imponer lo más conveniente para sus propios intereses. *“El mundo de la ciencia conoce relaciones de fuerza, fenómenos de concentración del capital y el poder y hasta de monopolio, relaciones sociales de dominación que implican un embargo de los medios de producción y reproducción; experimenta también luchas cuya apuesta es en parte el control de los medios de producción y reproducción específicos, propios del subuniverso considerado (...) La actividad científica implica un costo económico y el grado de autonomía de una ciencia depende en parte de la medida en que necesita recursos económicos para desenvolverse”* (Bourdieu, P. 1997: 87).

Juan Irigoyen plantea que la institución medicina (sistemas sanitarios) *“es un campo de ensayo privilegiado de prácticas de la gestión. Los contratos-programa, las carteras de servicio, los sistemas de incentivos, los sistemas de información y la creciente evaluación. (...) Se reconstituyen las bases de poder para los gestores y se modifica el campo organizativo a favor de éstos”* (Irigoyen, J. 2010: 288).

Agrega que *“el poderoso complejo de industrias de medios diagnósticos, farmacéuticos, de biología, de la alimentación, de compañías aseguradoras, empresas consultoras y de recursos humanos, se hace presente en el campo de la asistencia con gran intensidad. Este complejo financia publicaciones internacionales, actividades de formación médica continuada, congresos médicos, comités de expertos para problemas de salud, sociedades científicas y asociaciones de enfermos”* (Irigoyen, J. 2010: 286). En este sentido, las fuerzas presentes en este campo determinan, según el autor, que la profesión médica se encuentre *“extraviada entre el laberinto tecnológico, comercial y el consumo”* (Irigoyen, J. 2010: 291)

Capital(es)

Bourdieu sostiene que el capital puede presentarse de tres maneras fundamentales: el capital económico, el capital cultural y el capital social. La forma concreta en que se manifieste dependerá de cuál sea el campo de aplicación correspondiente.

Para el autor, el *capital* constituye una fuerza inseparable de las estructuras objetivas y subjetivas, y al mismo tiempo, es un regulador del mundo social. *“El capital hace que los juegos de intercambio de la vida social, en especial de la vida económica, no discurren como simples juegos de azar en los que en todo momento es posible la sorpresa”*. (Bourdieu, P. 2001: 131) En consecuencia, es imposible dar cuenta de la estructura y el funcionamiento del mundo social a no ser que se introduzca el concepto de capital en todas sus manifestaciones.

El *Capital Cultural* puede existir en tres formas o estados: en estado *interiorizado* o *incorporado*, esto es, en formas de disposiciones duraderas del organismo; en estado *objetivado*, en forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos o máquinas, que son resultado y muestra de disputas intelectuales, de teorías y de sus críticas; y, finalmente, es estado *institucionalizado*, una forma de objetivación que confiere propiedades enteramente originales al capital cultural que debe garantizar (Bourdieu, P. 2001: 136)

El capital cultural incorporado refiere a una acumulación de cultura que *“(…) presupone un proceso de interiorización, el cual, en tanto que implica un período de enseñanza y de aprendizaje, cuesta tiempo. Y un tiempo, además, que debe ser invertido personalmente por el inversor”* (Bourdieu, P. 2001: 139) El individuo invierte tiempo para lograr el saber, invierte tiempo para lograr el reconocimiento social que surge del hecho de ser un individuo que posee saber. *“El capital incorporado es una posesión que se ha convertido en parte integrante de la persona, en habitus”* (Bourdieu, P. 2001: 140). Este capital deja huellas como por ejemplo la forma de hablar propia de un grupo, y determinan el valor concreto de un capital cultural.

El concepto de capital cultural objetivado se relaciona con el de capital cultural incorporado o interiorizado y se refiere a libros, instrumentos, máquinas, bibliotecas, etc. Se trata del soporte físico del capital cultural y por lo tanto puede ser *“materialmente transferible”*. Los bienes culturales pueden ser apropiados o bien materialmente (lo que presupone el capital económico) o bien simbólicamente (lo que presupone el capital cultural). Para poseer máquinas, tecnologías, basta con poseer capital económico, ahora bien *“como quiera que el capital cultural científico-técnico adherido a ellas determina su correcto y específico funcionamiento, sólo podrá utilizarse apropiada y adecuadamente cuando el propietario de los medios de producción disponga, él mismo, del capital interiorizado necesario, o bien cuando sea capaz de procurárselo a través de otro”* (Bourdieu, P. 2001: 144-145). En este sentido, *“el capital cultural objetivado subsiste como capital simbólico y materialmente activo y efectivo sólo en la medida en que el agente se haya apropiado de él y lo utilice como arma y*

aparejo en las disputas que tienen lugar en el campo de la producción corporal (arte, ciencia, etc.) y, más allá de éste, en el campo de las clases sociales. Allí, los agentes ponen sus fuerzas en juego, y obtienen beneficios en proporción al nivel de su capacidad para el dominio de cultural objetivado" (Bourdieu, P. 2001: 146).

El *Capital cultural institucionalizado* se refiere cuando la objetivación de capital cultural constituye un certificado de competencia cultural que confiere a su portador (colega, paciente, funcionario) un valor convencional duradero y legalmente garantizado. *"A través del título escolar o académico se confiere reconocimiento institucional al capital cultural poseído por una persona determinada (...) dado que el título es producto de una conversión del capital económico en capital cultural, la determinación del valor cultural del poseedor de un título, respecto de otros, se encuentra ligada indisolublemente al valor dinerario por el cual puede canjearse a dicho poseedor en el mercado laboral"* (Bourdieu, P. 2001: 147)

Por último, *"el Capital Social está constituido por la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos (...) se trata aquí de la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo. El capital total que poseen los miembros individuales del grupo les sirve a todos, conjuntamente, como respaldo"* (Bourdieu, P. 2001: 148). El capital total que poseen los integrantes de un grupo sirve para todos en conjunto, para el grupo como tal, y el capital total del grupo como tal, sirve a sus integrantes. El autor señala que las relaciones de capital social solo pueden darse *"sobre la base de relaciones de intercambio materiales y/o simbólicas, y contribuyendo además a su mantenimiento"* (Bourdieu, P. 2001: 149). Además, esas relaciones pueden estar garantizadas e institucionalizadas en la medida en que el grupo adopte, por ejemplo, un nombre común, que permita a los ajenos al grupo identificar a los individuos como integrantes de dicho grupo, y que caracteriza a esos individuos (los caracteriza como miembros de ese grupo, como pertenecientes). La pertenencia a un grupo genera beneficios para los individuos, los cuales no son siempre buscados conscientemente. Para mantener y reproducir el capital social, son necesarias relaciones de intercambio constantes, que permiten afirmar el reconocimiento mutuo. *"La institucionalización resulta necesaria para producir, y reproducir, conexiones útiles y duraderas que aseguren el acceso a beneficios simbólicos o materiales (...) El grupo se reproduce debido a ese mutuo "reconocerse" y al reconocimiento de la pertenencia que ese "reconocerse" implica"* (Bourdieu, P. 2001: 151 – 152).

Bourdieu introduce una cuarta especie de capital: *el capital simbólico*. Éste *"es el conjunto de manifestaciones y rituales ligados al reconocimiento y legitima las tres formas de capital anteriores"* (Falero, 2008: 63). Consiste en ciertas propiedades impalpables que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente. Tales propiedades suelen llamarse, por ejemplo, autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento, don, gusto, inteligencia, etc. Para el autor, el capital simbólico *"no es más que el capital económico o cultural en cuanto conocido y re-*

conocido" (Bourdieu, 1987: 160). En efecto, lejos de ser naturales o inherentes a la persona misma, tales propiedades sólo pueden existir en la medida en que sean reconocidas por los demás. Es decir, son formas de crédito otorgados a unos agentes por otros agentes. Aunque claramente distintas, las diferentes especies de capital están estrechamente vinculadas entre sí. En este sentido, la legitimación se produce cuando los agentes aplican a las estructuras objetivas del mundo social estructuras de percepción y de apreciación que salen de esas estructuras objetivas y tienden por eso mismo a percibir el mundo como evidente.

El efecto de la titulación, y especialización representan verdaderos títulos de propiedad simbólica que dan derecho a ventajas de reconocimiento. Estos médicos pueden estar en condiciones de imponer la escala de valor más favorable a sus productos porque la institución medicina goza del poder de establecer y garantizar las jerarquías.

En la lucha por construir una visión del mundo universalmente conocida y reconocida, la balanza de poder depende del capital simbólico acumulado por aquellos que aspiran a imponer las diferentes visiones en juego. A partir de aquí se puede entender la relación entre capital y poder. La relación de fuerzas resultante de la desigual distribución del capital en cuestión es lo que define las posiciones dominantes y dominadas y, por lo tanto, la capacidad de ejercer un poder y una influencia sobre otros. En otras palabras: el hecho de disponer personalmente de bienes económicos y culturales es fuente de poder con respecto a los que los poseen en menor medida o simplemente carecen de ellos.

"El poder simbólico, cuya forma por excelencia es el poder de hacer grupos y de consagrarlos o instituirlos, consiste en el poder de hacer que algo, que previamente sólo existía en un estado implícito, exista en el estado objetivado, público y formal" (Bourdieu, P. 2001: 124). Para Bourdieu, una "clase" (en sentido genérico, en cuanto a pertenencia) sea social, sexual, étnica o cualquier otra, "existe cuando hay agentes capaces de imponerse a sí mismos, como autorizados a hablar y actuar oficialmente en su lugar y en su nombre, sobre aquellos que, reconociéndose a sí mismos en esos plenipotenciarios, reconociéndoles dotados de pleno poder para hablar y actuar en su nombre, se reconocen como miembros de la clase, y de esta forma, confieren sobre ella la única forma de existencia que puede poseer un grupo" (Bourdieu, P. 2001: 126).

El *capital científico* es una especie particular de capital simbólico: *"consiste en el reconocimiento otorgado por el conjunto de los pares-competidores dentro del campo científico"* (Bourdieu, P. 1997: 79).

"La estructura de la distribución del capital científico es el fundamento de las transformaciones del campo científico por intermediación de las estrategias de conservación o de subversión de la estructura que ella misma produce: por una parte, la posición que cada agente singular ocupa en un momento dado en la estructura del campo científico es la resultante del conjunto de las estrategias anteriores, de este agente y de sus competidores, que dependen, ellas mismas, de la estructura del

campo por la intermediación de las propiedades estructurales de la posición a partir de las cuales son engendradas; y por otra parte, las transformaciones de la estructura del campo son el producto de las estrategias de conservación o de subversión que encuentran el principio de su orientación y de su eficacia en las propiedades de la posición que ocupan los que las producen en el interior de la estructura del campo” (Bourdieu, P. 199: 28).

Dentro del campo científico se visualizan dos especies de capital científico: por un lado un poder que el autor denomina temporal o político que está ligado a *“la ocupación de posiciones eminentes en las instituciones científicas, direcciones de laboratorios o departamentos, pertenencia a comisiones, comités de evaluación, etc., y al poder sobre los medios de producción (contratos, créditos, puestos, etc.) y reproducción (facultad de nombrar y promover carreras) que asegura esa posición prominente”*; y por otro lado un poder que ha denominado específico y que alude al *“prestigio personal que es más o menos independiente del precedente según los campos y las instituciones, y que se basa casi exclusivamente en el reconocimiento, poco o mal objetivado e institucionalizado, del conjunto de los pares o su fracción más consagrada” (Bourdieu, P. 1997: 89)*

III.

Aproximación Teórica - Metodológica

Problema de investigación

Partiendo de la idea que se está inmerso en una “sociedad de conocimiento”, en el que el “experto”, el “especialista”, aquél que posee un saber especializado es, de alguna forma, el premiado; es que se enmarca la presente investigación. La gran cuestión es de qué manera aquellos colectivos logran influir en la sociedad y en particular en algunos sectores que lo rodean.

Bajo el concepto de “medicalización” se hace alusión a determinados procesos por los que ciertos fenómenos que formaban parte de otros ámbitos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos. El diccionario de salud pública de Kishore conceptualiza la medicalización como *“la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”* (Kishore J. A. 2002). Y añade que incluye una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.

No debería causar asombro entonces, que las Tecnologías Reproductivas Asistidas se justifiquen cada vez más como una forma de tratamiento médico para responder a la infertilidad. Las mismas constituyen técnicas novedosas que forman parte de lo que se ha denominado biomedicina y que es en gran parte del mundo una disciplina en expansión y de gran crecimiento.

Los médicos especialistas en reproducción asumen un rol sumamente importante ya que son ellos quienes llevan adelante las prácticas. Si contextualizamos la situación del médico especialista en el Uruguay, nos encontramos -a priori- con un grupo reducido cuantitativamente, homogéneo en cuanto a su especialidad (mayoritariamente ginecólogos), que han estudiado específicamente el tratamiento de estas tecnologías -en su mayoría en el exterior- y trabajan actualmente en clínicas privadas, cobrando mucho dinero por dichos procedimientos.

Los especialistas en reproducción constituyen una de las tantas caras que están en juego en lo que es la medicina reproductiva, y es el centro de esta investigación.

Objetivo General

La intención de este trabajo es determinar las dinámicas de poder que se desarrollan en relación a los médicos especialistas en tecnologías reproductivas asistidas.

Se pretende dar cuenta la forma en que construyen el poder, teniendo en cuenta que constituyen un campo¹ dentro de un espacio social determinado. Se quiere saber quiénes son, dónde estudiaron, dónde trabajan, cómo se relacionan. A su vez se quiere establecer si existe influencia por parte de los especialistas en relación a sus pacientes y a sus colegas, teniendo en cuenta que muchas veces deben regular los tratamientos en base a su saber específico, y a sus creencias personales y profesionales, en un contexto en el que las leyes y normas no existen. Se intentará indagar en el discurso de los especialistas para así dar cuenta de la imagen que ellos tienen de su influencia y del "grupo" en general; objetivo que está enmarcado en un contexto más amplio: contexto de control social por parte de la medicina que amplía su campo de objeto y comienza a intervenir en diferentes áreas de la vida social que en otro momento no lo hacía.

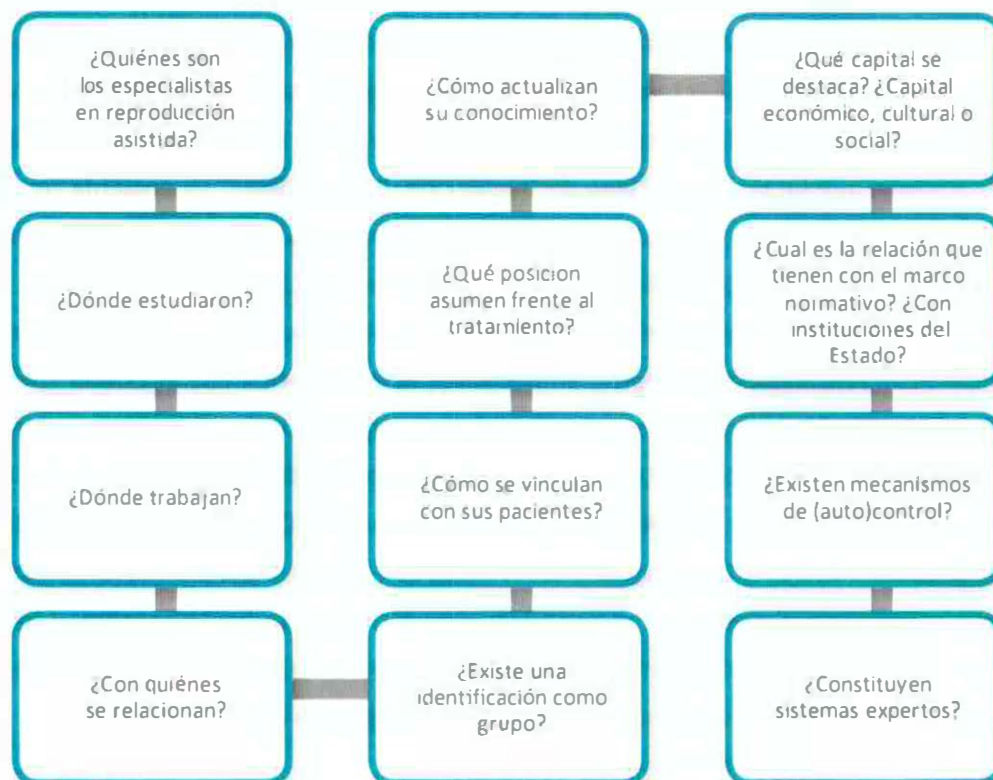
Objetivos Específicos

- Caracterizar el perfil de los especialistas y sus trayectorias
- Establecer el tipo de relacionamiento que se da entre sus colegas y sus pacientes
- Identificar los ámbitos y canales sobre los cuales los especialistas ejercen su saber y poder

1 El concepto de campo es utilizado como un instrumento metodológico para el estudio del espacio social que compete. Dentro del campo existe un conjunto de posiciones, relaciones de fuerza, jerarquías, estrategias, intereses. Al interior del campo reproductivo conviven varias instituciones (MSP, UdelaR, Fondo Nacional de Recursos) al mismo tiempo que varios agentes (especialistas en TRA, agentes políticos). Esta investigación estudia en profundidad a los especialistas en reproducción.

Preguntas que la presente investigación intenta responder

Cuadro 1 - Preguntas



Antecedentes

Generales

Las Tecnologías de Reproducción Asistida, desde su génesis hasta la actualidad, han sido un tópico atractivo y necesario de abordar desde diferentes disciplinas: el Derecho, la Medicina, la Biología, la Bioética, la Psicología, la Antropología, la Sociología, entre otras. Luego de una revisión bibliográfica, se ha encontrado que en el país existen dos investigaciones sociológicas de reciente data que -de diferentes maneras- estudian las TRA: una de ellas es la del Sociólogo Joaquín Cardelliac titulada *"Sobre las tecnologías de reproducción asistida y la desnaturalización de la reproducción social"* y un segundo trabajo es la monografía final de la Socióloga María Victoria Sotelo, titulada *"Biotecnología y Futuro humano. Las repercusiones de la Reproducción Asistida"*.

El trabajo de Cardelliac plantea, en un inicio, que las tecnologías de reproducción asistida *"pueden ser vistas como la consecuencia de un intento de expandir las posibilidades de construir una familia normal"* y por otro lado lo *"relaciona también con la reproducción de las diferencias de clase y las re-*

laciones de dominación” (Cardelliac, J. 2004: 1). A través de entrevistas a médicos y analizando fuentes secundarias, el autor concluye que “una vez más, vemos como un proceso potencial y concretamente revolucionario, en lo que hace a las posibilidades de tratamiento de los problemas derivados de la incapacidad de lograr conformar arreglos familiares que den lugar a descendencia, ha terminado por generar, un número directamente proporcional a ese potencial subversivo, de mecanismos concretos y prácticas destinados a conservar, y naturalizar, el orden social” (Cardelliac, J. 2004: 14). Cardelliac sostiene que en Uruguay la idea de “regulación de fecundidad” se presenta “reducida al aspecto inhibitor que brindan las posibilidades tecnológicas actuales dejando muy de lado lo que es el aspecto de promoción o contribución a aumentar el potencial biológico reproductivo, como si esto último no tuviera importancia. Se vuelve ‘natural’ (...) un conjunto de prácticas que se expresan en el campo de la reproducción biológica, en particular la intervención que el Estado realiza o no al mismo, en función del cual parece quedar claro que se asigna mucho más valor e importancia a brindar la posibilidad de evitar embarazos no deseados que aumentar la probabilidad de parejas, o eventualmente individuos, que si lo deseen, logren descendencia” (Cardelliac, J. 2004: 11-12). Otro elemento que marca es que muchas veces estas técnicas son evitadas “por considerarse social y culturalmente incómodas o directamente inaceptables, esto es: no ‘naturales’” (Cardelliac, J. 2004: 12). Señala que las TRA, por definición excluyen toda demanda del servicio que no prevenga de parejas heterosexuales, demostrando una vez más, el privilegio que goza la familia tradicional.

El trabajo de Sotelo estudia los diferentes actores colectivos que estuvieron involucrados en el Proyecto de Ley que intentó regular las prácticas médicas realizadas en el marco de la reproducción humana asistida. Identifica cuatro grupos de actores sociales implicados en esta discusión: la colectividad religiosa, la comunidad científica, las organizaciones de raíz feminista y pro-diversidad sexual, y los legisladores que llevaron adelante la discusión parlamentaria. Para la autora, los dos puntos más debatidos del Proyecto de ley son “*las cuestiones éticas referidas al tratamiento del embrión humano, donde se abre la disyuntiva sobre si ha de ser considerado una persona humana portador de derechos o si no merece tal reconocimiento*” y “*las repercusiones de la biotecnología en la institución familia, discusión que despierta sobre los posibles usuarios de las técnicas reproductivas, especialmente de la posibilidad de que una mujer sola conciba un hijo prescindiendo de la figura del hombre, así como las consecuencias de la participación de terceros en el acto productivo*” (Sotelo, V. 2006: 16).

Con respecto al primer al primer punto, el de la “*autocomprensión ética de la especie*” la autora concluye que “*será difícil reconstruir una idea colectivamente compartida sobre el concepto de vida humana*”. En lo que se refiere al segundo punto, Sotelo sostiene que “*(...) con las posibilidades que abre hoy la tecnología reproductiva para mujeres solas o parejas homosexuales que reclaman su derecho a formar una familia, ante lo cual emergen un pluralismo de cosmovisiones tanto favoreciendo que se efectúe este cambio social, como por mantener el status quo de aquella sociedad*

industrial y de familia nuclear tradicional como su sustento primordial” (Sotelo, V. 2006: 53).

Específicos

Específicamente, no se ha encontrado ningún estudio que se centre en los médicos especialistas en tecnologías reproductivas asistidas como grupo de poder, no han sido estudiados desde ninguna perspectiva.

Diseño Metodológico

“La tarea de la investigación social cualitativa es interpretar las estructuras del mundo de la intersubjetividad, o mundo social que constituye la experiencia cotidiana. Los sujetos sociales son quienes generan el mundo social a través del significado que le dan a sus acciones, a los objetos que los rodean, a otros individuos (...)” (Alonso, 1998: 51).

Para responder a los objetivos de la investigación se optó por un enfoque cualitativo a través de la realización de un estudio de caso. Esto significa investigar en profundidad un determinado proceso, conservando la visión total del fenómeno sin establecer una generalización en el sentido estadístico del término. *“Un caso particular es examinado para proveer ideas en torno o un problema o refinar una teoría. El caso tiene un interés secundario, desempeña un papel de apoyo, facilitando el entendimiento de algo” (Solano, 2005: 26).* El análisis cualitativo se efectúa sobre la base de información observacional, expresión oral o escrita, y el proceso de recolección de datos admite cierta flexibilidad. A través de la información que se releva, se intenta captar la definición de la situación que realiza el propio actor social y el significado que le adjudica a su conducta, aspectos que resultan clave para interpretar los hechos. Se habla de un análisis holístico mediante el cual se pretende contemplar la totalidad de la configuración donde se encuentra el actor (Gallart, 1992: 333).

La técnica principal de recolección de datos utilizada ha sido la entrevista en profundidad. La entrevista en tanto técnica de investigación permite extraer información de carácter pragmático, es decir, de cómo los diversos sujetos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales. De todas maneras, la entrevista presenta un espacio de cobertura fundamentado en el comportamiento ideal de un individuo concreto en su relación con el objeto de investigación, el discurso se vuelve susceptible de ser actualizado en una práctica correspondiente. Es importante destacar que la entrevista no es el reflejo fiel de la conducta, es decir, no responde al

orden del hacer, tampoco responde al lugar puro de lo lingüístico, el orden del decir, sino que trata de un orden intermedio en el que se encuentra su máximo sentido en términos metodológicos: “*el decir del hacer*” (Alonso, 1998: 72). Se ha optado por la entrevista semi-estructurada a través de la definición de un guión lo que ha permitido mantener márgenes de apertura que permitieron captar información emergente.

Actores entrevistados

En la investigación cualitativa, cada caso presenta un interés intrínseco que permite describir significados y reflejar múltiples realidades, la representación estadística no es el objetivo de la investigación, pero sí la representación tipológica y socioestructural correspondiente a los objetivos del estudio (Valles, 2002: 68).

El foco de la investigación está centrado en determinar las dinámicas de poder que se desarrollan en relación a los médicos especialistas en tecnologías reproductivas asistidas. En este sentido, el estudio se propuso entrevistar a todos los especialistas en reproducción. Al ser relativamente pocos (trece médicos), no se considera relevante las variables tales como edad, sexo, años de experiencia y se decide realizar a todos los especialistas sin considerar a priori ningún elemento a respetar.

Trabajo de Campo

El trabajo de campo fue ejecutado en los tiempos preestablecidos: entre enero y febrero del 2012 fueron realizadas once entrevistas en profundidad. Hubo dos especialistas que por razones personales no accedieron a realizar la entrevista, y un entrevistado pidió realizar la entrevista con grabador apagado y no hacer referencia a su discurso. Por este motivo son diez entrevistas las que se transcribieron y las que aparecen en el CD.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos, siendo las más corta de 20 minutos y la más larga de 70 minutos. Un elemento importante a considerar es el factor tiempo: estos médicos se ven limitados de tiempo ya que se pasan de consulta en consulta. La pauta de entrevista tuvo que ajustarse a esta situación, y en muchas ocasiones la espera para la entrevista en el consultorio (donde se realizaron la mayoría de las entrevistas) se hizo extensa, llegando a esperar un máximo de 60 minutos. Muchas veces la entrevista se efectuaba entre paciente y paciente, lo que hizo en algunos casos, apurar la entrevista. Por suerte la mayoría de los especialistas, pese a esta situación, dedicaron un buen tiempo al diálogo lo que resultó en entrevistas de gran contenido.

Cuadro 2 - Presentación del Trabajo en Estudio

Presentación esquemática del Trabajo de Estudio	
Población de Estudio	Especialistas en Tecnologías Reproductivas Asistidas
Objetivo de Estudio	Determinar las dinámicas de poder que se desarrollan en relación a los médicos especialistas en tecnologías reproductivas asistidas
Metodología	Cualitativa - Exploratoria
Técnica	Entrevista semi estructurada
Lugar	Montevideo Uruguay
Cantidad estimada	11 especialistas

IV. Análisis

IV.I Trayectoria y Relaciones

A lo largo de esta primera parte del análisis se justificará la idea de que los especialistas en reproducción pertenecen a un *campo* que los hace únicos en el *espacio social* por poseer determinados poderes o capitales con los que luchan, se apropian; en fin, con los que juegan. Se intentará indagar en su trayectoria y en el relacionamiento que tienen con sus pacientes, colegas, y la salud en general.

¿Quiénes son?

A modo de inicio, se subrayará las características que en un primer momento sobresalen de este grupo. En este sentido se dirá que -a Julio 2012- son 13 los especialistas en las TRA, de los cuales, 10 son hombres y 3 son mujeres. Se mueven dentro del rango de entre 50 y 70 años de edad. Todos hicieron la especialización en ginecología, pero ninguno hizo la subespecialidad de reproducción en Uruguay ya que en Facultad de Medicina no existe tal especialización. Han estudiado en México, EE.UU., Argentina, España, Brasil, Suiza, Australia; muchos en calidad de pasantías.

Generalmente se cumple la regla de que identifican un nicho de mercado; hay pocos especialistas en el tema, estudian en el exterior durante aproximadamente un año y, o vienen a formar su propio centro o se unen a centros que ya existen, mayoritariamente en Uruguay -un único especialista hace sus procedimientos de alta complejidad en un laboratorio en Buenos Aires-.

Cuadro 3 - Caracterización

Especialistas en TRA				
M	F	Rango de Edad	Especialidad	Subespecialidad
10	3	Entre 50 – 70 años	Ginecología	Exterior

Fuente: Elaboración propia

Estos médicos no se dedican exclusivamente a los tratamientos de fertilidad. Aunque les gustara, el

mercado no se los permite. Necesariamente se relacionan con otros agentes e instituciones, tanto del Estado como del sector privado.

Es decir, son ginecólogos que además tienen sus trabajos en hospitales, mutualistas y en el ámbito privado.

“La diferencia en este país con respecto a otros en ese sentido, es que acá hay médicos que, aunque tengan determinada subespecialidad, tienen que dedicarse también a otras cosas de la especialidad en general, aunque no te guste tanto. Básicamente se da porque el mercado es chico, entonces no te da sólo vivir de lo que más querés hacer. En otros países no es así, se dedican únicamente a una parte” (M.F.)

Introduciendo los conceptos analíticos de Bourdieu, de espacio social y de campo, se podrá decir que los especialistas en TRA constituyen un entramado de relaciones que toman características de campo, más precisamente de campo científico. La noción de campo científico abarca el espacio de la vida social ocupado por los aparatos, las instituciones, los organismos y los individuos. Esta investigación estudia a los especialistas en TRA como agentes imprescindibles de este campo, sin embargo queda pendiente el estudio en profundidad de otros agentes e instituciones, como SP, UdelaR, Fondo Nacional de Recursos, agentes pertenecientes al Estado, entre otros, que forman también el campo científico en estudio. El campo genera habitus específicos, individuales y de grupo que, como disposiciones para la acción, inciden en las decisiones que los agentes toman en pro de mantener o aumentar su capital, lo cual reditúa en la posición objetiva que ocupan en el campo. Estos habitus condicionan la acción. Las condiciones estructurales específicas que inciden en la acción de los especialistas en TRA, son los que provienen de su historia laboral, pautada por: su formación, por el centro al que pertenece o por ser independiente, por su rol político, por cómo y con quién se relaciona, etc. La formación del habitus requiere de una historia, de un tiempo prolongado en el campo.

Para profundizar lo mencionado anteriormente en el caso concreto de los médicos especialistas en Reproducción, se dirá que este grupo cumple con determinadas características que le son comunes a todos los agentes: son ginecólogos, estudiaron la subespecialidad en el exterior, trabajan en centros privados. De alguna manera estos especialistas se inician con una base en común. Esto significa que cuentan con *capital cultural incorporado* similar: invirtieron tiempo para lograr el saber, invirtieron tiempo para lograr el reconocimiento social que surge del hecho de ser un individuo que posee saber. *“El capital incorporado es una posesión que se ha convertido en parte integrante de la persona, en habitus”* (Bourdieu, P. 2001: 140).

Por este motivo, esta investigación parte de la premisa de que los agentes ocupan posiciones simi-

lares en el espacio social y por lo tanto están sujetos a *“similares factores condicionantes: tienen todas las posibilidades de tener disposiciones e intereses semejantes, y así de producir prácticas y representaciones de una especie similar. Aquellos que ocupan las mismas posiciones tienen todas las posibilidades de tener los mismos habitus, al menos hasta el punto de que las trayectorias que les han llevado hasta esas posiciones son ellas mismas similares”* (Bourdieu, P. 2001: 108). Sin embargo, a lo largo de su trayectoria profesional querrán diferenciarse del resto de los especialistas y/o del resto de las clínicas asumiendo y poniendo en juego otros capitales.

¿Dónde ejercen su subespecialidad?

A nivel público no existe la posibilidad de acceder a las TRA de alta complejidad (AC). Si se requiere procedimientos de AC, las posibilidades se acotan a cuatro centros privados; todos ellos en Montevideo, pero uno tiene su laboratorio en Salto. Hablar de centro hace alusión a que se tiene un laboratorio con los instrumentos necesarios para la aplicación de los tratamientos de AC. Esto significa que para los de baja complejidad (BC) -inseminación artificial- no es necesario tener un laboratorio, el especialista en su consultorio los puede realizar. Esto no ocurre con los tratamientos de AC (FIV, ICSI, los procedimientos más conocidos), ya que se necesita de determinados instrumentos y por su puesto conocimiento sobre los mismos. Es por esta razón que los procedimientos de AC son más costosos que los de BC.

A nivel público, el lugar de referencia es la Unidad de Reproducción Humana del Centro Hospitalario Pereyra Rosell (URH-CHPR), que se encuentra bajo la responsabilidad de dos médicos Gineco-Obstetras. No obstante, al no poseer un laboratorio dentro de la Unidad, estos médicos eligen uno de los cuatro laboratorios existentes para llevar a cabo sus procedimientos de AC. Si bien su actividad se ve limitada por falta de recursos, existió un plan de Salud Pública (SP) durante el 2010 que financió algunos tratamientos de AC a sus usuarios. Para ello ASSE adjudicó directamente un centro para llevar a cabo estos tratamientos, lo que generó rispideces en los restantes, por no tener posibilidad de presentarse a una licitación. El director del centro que hizo los procedimientos calificó la experiencia como *“Excelente. Exitosa. Impecable”*, mientras los discursos de los directores de los otros tres centros sostuvieron que fue *“una chantada total”*. Se realizaron aproximadamente 30 procedimientos quedando en lista de espera 130 pacientes. En este momento se está en licitación para que, aquellos centros que quieran participar, realicen los tratamientos pendientes.

A nivel privado, los cuatro centros son: Centro de Esterilidad Montevideo (CEM), la Unidad de Fertilidad de la Asociación Española, el Centro de Reproducción Humana del Interior (CERHIN), y el Centro Iberoamericano de Reproducción Asistida (CIRA).

En 1986 se crea el CEM cuando muchas de las técnicas eran de reciente data, y otras tantas aun no existían (como la técnica ICSI por ejemplo). Este centro fue fundado por el Dr. Gerardo Bossano, primer especialista en el país sobre dichos tratamientos y creador de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (SURH). Muchos especialistas se suman a su centro, que por cierto, al ser el primero en Uruguay goza de un capital simbólico importante, y tal vez mayor que el resto de los centros. El CEM trabaja en articulación con FERTILAB, el primer laboratorio especializado en esterilidad y fertilidad, y único Banco de Semen en el país creado en 1985. Estas dos instituciones se originan pues, entre 7 y 9 años más tarde de que se verifique el primer éxito clínico a nivel internacional de una FIV en 1978. Es el CEM quien realiza el primer caso de FIV en Uruguay. *“El primer nacido fue en el año 90. Una niña que se llama Carolina, que ya es grande. Ella lo dice, sale en las fotos, no tiene ningún problema. Fue el caso número 13 que hicimos de fertilización in vitro. En el intento 15 fue el segundo embarazo. Fue bastante rápido”* (G.C)

El segundo centro privado que se forma en el país, en 1997, es el CERHIN. A diferencia del CEM -que tiene su laboratorio en Montevideo, más precisamente en el barrio de Parque Batlle-, CERHIN tiene su laboratorio para hacer los procedimientos de alta complejidad en Salto. De los discursos de los entrevistados que pertenecen a estos centros, se desprende que entre CEM y CERHIN existe una muy buena relación. Básicamente porque los médicos fundadores de CERHIN (Dra. Rita Vernochi y Dr. Juan Rodríguez Buzzi) previo a crear su propio laboratorio, hacían los tratamientos de alta complejidad en CEM. A su vez la dirigencia de la SURH ha pasado de los dirigentes del CEM a los dirigentes de CERHIN: en el primer año el director fue Dr. Bossano, luego Dr. Caprario, después Dra. Vernochi y el cuarto año Dr. Rodríguez Buzzi. Luego fue precedido por Dr. Illarramendi, para que después el mando pase a manos del centro CIRA con Dr. Roberto Suarez durante el 2011, y Dr. Carlos Duarte quien está en la cabeza actualmente. De la SURH se profundizará más adelante.

Volviendo a la descripción de los centros, el Dr. Bozzolo en 1997, en el mismo año que se forma CERHIN, funda el primer centro privado en una mutualista, en la Asociación Española. A pesar de que a priori pareciera que estar instalados en una mutualista puede significar que la misma cubra los procedimientos o parte de los mismos, este pensamiento es erróneo ya que funciona como cualquier centro privado.

Por último, el centro CIRA, fundado en el 2007, es el último centro privado en constituirse. Si bien se forma hace 5 años, tanto el Dr. Suárez como el Dr. Duarte trabajan en reproducción hace más de 15 años, la diferencia es que antes alquilaban los laboratorios para hacer los procedimientos y ahora tienen el suyo propio. Estos médicos son quienes se encargan de la URAC (Unidad de Reproducción Asistida del CASMU). A su vez, hay un solo especialista en Uruguay, Dr. Héctor Araújo, que no se ha unido a ningún centro, y hace sus tratamientos de alta complejidad en CEGYR, laboratorio en Bs. As.

Diagrama 1 - Centros en Uruguay

Centros en Uruguay					
	Nivel Público		Nivel Privado		
Centro/Laboratorio	Unidad de Reproducción Humana del CHPR	CEM	CERHIN	Unidad de Fertilidad de la AE	CIRA
Año fundación	1992	1986	1997	1997	2007
Fundador/es	Dr. Yamandú Sicca Blanco, Dr. Álvaro Illarramendi y Dra. Ana Capurro	Dr. Gerardo Bossano	Dra. Rita Vernochi y Dr. Juan Rodríguez Buzzí	Dr. Alejandro Bozzolo	Dr. Roberto Suárez y Dr. Carlos Duarte
Dirigencia	Dos médicos Gineco-obstetras	Dos médicos Gineco-obstetras	Dos médicos Gineco-obstetras	Dos médicos Gineco-obstetras	Dos médicos Gineco-obstetras
Ubicación	Montevideo	Montevideo	Montevideo Salto	Montevideo	Montevideo

Fuente: Elaboración propia. Extraído de las entrevistas

Excepto para el caso de la URH-CHPR, a nivel privado, los mismos directores que presiden en la actualidad son quienes fundaron sus respectivos centros/laboratorios. Si se asume que son 10 los especialistas en reproducción que trabajan en alguno de los centros privados que existen (2 trabajan a nivel público y 1 manda a sus pacientes a un laboratorio Argentino), se desprende que 8 son directores y 2 podrían ser calificados “independientes”².

Esto significa que, para aquellos 8 especialistas, además de ejercer como profesionales en lo que es la medicina reproductiva, también cumplen funciones de directores, socios y asumen rol de fundadores. A la tarea de profesional se le suma la tarea de gestión. En este sentido, se puede asumir -tal como señala Freidson- que gozan del monopolio sobre el área de reproducción (son dueños y fundadores), poseen una autonomía técnica (tienen conocimiento sobre los procedimientos y los llevan a cabo), controlan su propio trabajo a la interna de cada centro y determinan la forma en que debe ser realizado.

Asimismo la convivencia de las tareas en tanto profesión con las de gestión es producto de la importación del modelo empresarial a los espacios médicos, al decir de Irigoyen. En este sentido el autor plantea que al campo profesional se le suma la industria farmacéutica, de biología, de compañías aseguradoras, empresas consultoras y de recursos humanos. Las fuerzas presentes en este cam-

² Por independiente se hace referencia a aquellos especialistas que no tienen relación formal o contractual con ninguno de los centros.

po determina, según el autor, que la profesión médica se encuentre *“extraviada entre el laberinto tecnológico, comercial y el consumo”* (Irigoyen, J. 2010: 291). Este nuevo modelo genera un consumidor equivalente al de los mercados de servicios, al mismo tiempo que redefine la autonomía profesional: *“Se trata de trabajadores autónomos o semiautónomos regulados por una relación empresarial”* (Irigoyen, J. 2010: 289).

Uno de los especialistas calificados como *“independientes”* en el sentido que no tiene ninguna relación formal o contractual con ninguno de los centros, sostuvo:

“A ver, es como poner un kiosco: tenés que comprar el lugar, comprar la mercadería y después abrir la puerta para vender al público. Entonces ahí podes tener los dueños del kiosco que pueden ser socios capitalistas y que lo trabajen, o socios capitalistas nada más, que pongan plata y vos de las ganancias le das un porcentaje. Esto es igual, salvo que todos los dueños a su vez ejercen dentro del centro. Los dueños son los que instalaron el centro y los que compraron la tecnología” (M.F)

Se destaca el capital científico que Bourdieu ha denominado temporal o político y que está ligado a *“la ocupación de posiciones eminentes en las instituciones científicas, direcciones de laboratorios o departamentos, pertenencia a comisiones, comités de evaluación, etc., y al poder sobre los medios de producción (contratos, créditos, puestos, etc.) y reproducción (facultad de nombrar y promover carreras) que asegura esa posición prominente”* (Bourdieu, P. 1997: 89).

En lo que respecta al ejercicio de estos especialistas sobresale el *capital cultural objetivado*. Se trata del soporte físico del capital cultural y por lo tanto puede ser *“materialmente transferible”*. En este sentido, los bienes culturales son apropiados materialmente (lo que presupone el capital económico) y simbólicamente (lo que presupone el capital cultural). Para poseer sus laboratorios con las maquinarias y tecnologías necesarias, necesitan de capital económico, a la vez que necesitan del capital cultural interiorizado para manejarlas. *“El capital cultural objetivado subsiste como capital simbólico y materialmente activo, y efectivo sólo en la medida en que el agente se haya apropiado de él, y lo utilice como arma y aparejo en las disputas que tienen lugar en el campo de la producción corporal (...) Allí, los agentes ponen sus fuerzas en juego, y obtienen beneficios en proporción al nivel de su capacidad para el dominio de capital cultural objetivado”* (Bourdieu, P. 2001: 146).

A pesar de que prácticamente no existen diferencias en los distintos laboratorios en lo que respecta a equipamientos, instrumentos o conocimiento aplicado, de los discursos de los entrevistados se desprende que necesitan diferenciarse del resto. En este sentido, se repiten discursos tales como que pertenecen a un centro de mucha historia, que en su centro hay más pacientes, que tienen algún equipamiento más moderno, entre otros.

El discurso que sobresale con respecto a los otros, es el del especialista que decide realizar sus tratamientos en el laboratorio de Bs. As. Resulta interesante analizar cuál es el motivo por el que este médico toma la decisión de trabajar junto con el laboratorio de CEGYR y no con un laboratorio

uruguayo. En primer lugar realiza el laboratorio de CEGYR, argumentando el valor que posee:

“CEGYR es un centro que fue el primer centro a nivel Latinoamérica en el cual se consiguió un embarazo de FIV. A CEGYR ha ido mucha gente de acá porque es una clínica muy grande que recibe muchos becarios, y tiene convenios con la UBA, y está permanentemente consiguiendo becarios extranjeros también” (H.A.)

Como ya se dijo, los tratamientos de BC los realiza en Uruguay y los de AC la hace en CEGYR. Este vínculo comenzó durante sus estudios en Barcelona, y fueron ellos quienes lo convencieron basándose principalmente en el factor mercado.

“(…) Surgió en el año 92, cuando estaba en el Dexeus en Barcelona, la gente de Dexeus me decía que Uruguay era un país con una población pequeña, y tal vez con un no muy buen poder adquisitivo para lo que era Europa, y que tenía que ver la posibilidad de si no podía trabajar con algún centro que fuera grande, que tuviera un buen número de casos, porque eso mejora mucho los resultados de fertilización asistida, de técnicas que son muy cambiantes, muy costosas, que requieren mucho equipamiento” (H.A.)

En este sentido se puede apreciar una mercantilización en torno a la toma de su decisión, disfrazada en el discurso de que *“la idea es centralizar en un laboratorio completo, con toda la tecnología que se pueda ofrecer (...) Y bueno, yo siento que les ofrezco lo mejor” (H.A.)*

Somos pocos y nos conocemos

El hecho de que existan pocos centros y pocos especialistas en reproducción, hace que se cumpla el viejo refrán de *“somos pocos y nos conocemos”*, tal como indicó una entrevistada.

Vale aclarar que, a la hora de responder sobre el relacionamiento entre sus colegas, los entrevistados hablan de personas y de centros haciendo alusión a lo mismo. A modo de ejemplo decir “el Centro de Suarez” hace referencia a CIRA. Personalizan los centros ya que lo que importa para estos especialistas es quiénes están por detrás de cada uno de ellos: *“(…) al fin y al cabo es por médico y no por clínica” (A.I.)*

Recapitulando, se dijo que existen cuatro centros: en el CEM trabajan cuatro especialistas (dos con cargo de director, y los otros dos trabajan en el programa de fertilización asistida), en CERHIN trabajan dos, en el CIRA trabajan dos y en la Asociación Española trabaja un especialista en reproducción. Al staff de ginecólogos especialistas en reproducción se le suma embriólogos, biólogos, ecógrafos,

psicólogos. Es decir, cada centro funciona como un equipo multidisciplinario.

A su vez hay dos especialistas que trabajan en la URH-CHPR, y dos especialistas que: uno manda a sus pacientes a CEGYR, y el otro elige cualquiera de los laboratorios existentes para realizar los procedimientos de AC, al igual que los que trabajan en el CHPR luego de que se diera el suceso previamente mencionado. De esta manera, todos los especialistas en reproducción terminan siendo juzgados y juzgadores de los otros.

Se debe señalar que en todas las entrevistas, la pregunta referida a la relación que mantienen con sus colegas generó cierta incomodidad; silencio al principio, pero contestaron todos a la pregunta. Un entrevistado señaló lo siguiente:

“Esa es una pregunta bastante particular. Porque depende de cada médico. La relación que tengo yo con la gente que hace esto, no es lo mismo que tiene otra persona que trabaja acá con esa persona. Así que eso es una pregunta muy personal. Durante mucho tiempo existió muy buena relación, y teníamos una sociedad que llamamos de reproducción humana que había buen ambiente. Después, cuando aparecen intereses diferentes, aparecen también algunas cosas. Y como esto, en definitiva, es una cuestión privada en la cual hay ganancia y lucro, algunos tiran más y otros tiran menos. Entonces hay ciertas rispideces. No de que nadie esté peleado o se deje saludar, pero, algunos grupos no se miran muy bien. Se diferencian por intereses. Hay cierta dificultad de relacionamiento, y eso ha provocado entre otras cosas que toda la actividad científica ha caído mucho” (A.I.)

En general, la gran mayoría de los entrevistados aluden a a SURH como el ámbito en que, en un principio, nucleaba a todos, donde a pesar de cada uno pertenecer a un centro diferente, de haber estudiado en algún lugar distinto, de trabajar con unos y no con otros, la SURH significaba un lugar de encuentro, de actualización del conocimiento, de discusión y de aprendizaje, funcionaba como una comunidad científica. Con el devenir de los años, se sostiene que esa sociedad ha mutado, y que por ende las relaciones entre ellos también lo han hecho. Aparece también el elemento de “intereses diferentes”. Al ser éste un ámbito privado, donde los procedimientos son conscientemente costosos, los intereses comienzan a tener un peso importante. Al punto que un entrevistado sostuvo que:

“después terminó siendo cualquier casa. Terminaron estos 2 delincuentes. Entonces quedamos que con este gente “hola hola, cómo te va” más nada. Porque sabemos que actúan de una manera totalmente fuera de una ética normal que tiene que tener esta gente (...) vieron una veta para ganar dinero y ta” (G.B.)

Referirse a sus colegas como muestran los discursos anteriormente citados, manifiesta la forma en que algunos agentes se adaptan a la posición en la que se encuentran, es decir, la forma de referirse

a sus colegas y a los ámbitos que lo rodean constituyen *“disposiciones adquiridas en la posición ocupada que implica una adaptación a esta posición”* (Bourdieu, P. 2000: 131). El habitus que poseen estos especialistas funciona como un sistema que produce prácticas al mismo tiempo que evalúa las prácticas de sus pares. Por este motivo cuando unos agentes -colegas de un mismo espacio social, del campo científico- actúan de forma no apropiada por otro agente, es que se produce el conflicto, en paralelo a la idea de que un especialista se define por oposición a otro. En este sentido, el espacio social en estudio funciona como un espacio simbólico, un espacio de estilos de vida y de grupos caracterizados por diferentes estilos de vida que luchan continuamente por la permanencia de su posición.

Sin embargo, no todas las relaciones son de conflicto. Ya se ha dicho que existen buenos vínculos entre algunos centros aunque esta relación está determinada por la aceptación de las prácticas de unos especialistas con los otros.

“Y con la gente de CERHIN nos llevamos muy bien. Son gente que son serios, trabajan bien. De una manera diferente a la nuestra, es totalmente diferente pero sabemos que se prepararon para eso, y no es que fue que vieron una veta para ganar dinero y Ta” (G.B.)

Existe un reconocimiento por gran parte de los entrevistados al especialista que formó el primer centro en Uruguay y la SURH. A su vez éste forma parte de la Comisión de Salud del Senado convirtiéndose en un referente político y actor clave para el desarrollo de estas prácticas en el país.

“Bossano fue el pionero en esto y el resto fuimos acompañándolo” (R.B.)

Podría decirse entonces, que algunos de los médicos delegan al especialista con más antecedentes en temas vinculados a la reproducción, como representante del grupo, quien habla en nombre del grupo. Se presenta el capital científico bajo el poder específico, el mismo *“se basa casi exclusivamente en el reconocimiento, poco o mal objetivado e institucionalizado, del conjunto de los pares o su fracción más consagrada”* (Bourdieu, P. 1997: 89)

Con respecto a la relación que estos especialistas tienen con las mutualistas, se puede decir que es bastante estrecha. Como ya se dijo, estos médicos no se dedican únicamente a la reproducción, sino que también trabajan en otros ámbitos de la medicina. Incluso, algunos de ellos están al mando de las unidades de reproducción que existen en las diferentes mutualistas. A priori, podría suponerse que, según la mutualista a la que se pertenezca, el centro al que irá; aunque sea a consultar por vez primera. El director de CIRA es el encargado de la URAC, por tanto los usuarios del CASMU se harían sus tratamientos en CIRA; los usuarios de la Asociación Española, irían al centro de reproducción de La Española; el director de CERHIN, quien está encargado de unidad de reproducción del Hospital Evangélico, recibiría a aquellos pacientes; y los usuarios de las sociedades privadas, irían al CEM.

Siguiendo la misma línea de razonamiento, los usuarios de SP que consultan en la unidad del CHPR, serían aconsejados por los dos médicos que trabajan allí, quienes les indicarían dónde ir; si bien en las entrevistas no lo mencionaron, se tiene la hipótesis de que un especialista aconsejaría la Asociación Española por un tema contractual, y el otro médico aconsejaría el CEM por un tema de amistad. En cuanto a los médicos independientes, ya se sabe que uno elige CEGYR y el otro sostuvo que contrata las instalaciones del laboratorio del CEM (porque trabaja en FERTILAB).

Por último, el hecho de que sean mayoritariamente hombres los que se dediquen a estos tratamientos no tiene peso en su relacionamiento. Una posible explicación a esa diferencia cuantitativa puede radicar en que en esa generación etaria son mayoría los hombres especialistas ginecólogos, por lo que podría ser una diferencia proporcional. En los discursos de los entrevistados no se ha encontrado ninguna diferencia. Incluso las mujeres llevan a cabo dichas prácticas de forma diversa: una en el Hospital Pereyra Rosell, otra en CEM, y la última es una de las socias de su propio centro CERHIN. Las tres coinciden en que no hay diferencia en vínculo ni con sus colegas, ni con sus pacientes por la dimensión género.

Relación pacientes

Antes de profundizar en lo que concierne al relacionamiento que estos especialistas mantienen con sus pacientes, se cree pertinente aclarar la sensibilidad del tema.

Tomando como referencia el Manual informativo del CEM ³ *“Estudio y tratamiento de la esterilidad conyugal” (editado en 2010), se sostiene que “la esterilidad conyugal es un problema muy difundido en la especie humana. Un 15% de las parejas no logran el embarazo por medios naturales al cabo de dos años de relaciones sexuales sin protección. Estas parejas se consideran que tienen dificultad para lograr descendencia y se les indica, por lo tanto, consultar por la misma. De ellas, sólo la mitad podrán conseguir un hijo con métodos convencionales de tratamiento (...) La pareja estéril sufre de la frustración de no poder tener descendencia, fin fundamental (por lo menos para la gran mayoría de las parejas) de la unión matrimonial, lo que les ocasiona un sentimiento de inferioridad respecto a las parejas fértiles y se van separando de ellas a nivel familiar y social ya que no se sienten bien cuando los demás hablan de sus hijos o cuando se les pregunta ¿y ustedes para cuándo?. La esterilidad es causa de infelicidad en muchos matrimonios (...) es mal comprendido por la sociedad en que vivimos. Es por ello que debe ser abordado con decisión, pero también con sensibilidad y prudencia (...)” (Manual, 2010: 11).*

Los especialistas toman conciencia de lo que significa estos tratamientos para sus pacientes en

relación a lo afectivo. Por este motivo, el término al que más aluden es el de *confianza*: los pacientes depositan en los especialistas una carga emotiva importante, y los médicos deben generarles confianza para el buen devenir de las prácticas.

“Y sí, es distinto. Es diferente. Porque primero, toca mucho a la pareja, no solo a la mujer. Es una enfermedad de la pareja. Entonces ahí ya cambia el trato médico - paciente, y después porque es un tema muy particular, que está asociado a la idea de maternidad y paternidad desde una forma no convencional, digamos. Tenés que ganarte su confianza” (M.F.)

Al mismo tiempo son los mismos pacientes quienes confían en estos especialistas, bajo el concepto de *fiabilidad* de Giddens es posible advertir que confían en las capacidades de quien los está atendiendo.

Los pacientes llegan a la consulta derivados por su sociedad médica o por sus ginecólogos que recomiendan algún centro en particular, o por el boca a boca (conocidos, familia, amigos). Al ser pocos centros, generalmente los pacientes pasan por todos ellos, aunque sea a consultar. Como ya se mencionó, podría imaginarse el centro al que irían -aunque sea por vez primera- según la sociedad médica al que pertenezcan.

Más allá de la manera en que llega la pareja o mujer a hacerse el tratamiento, el factor emocional en la relación entre estos especialistas y pacientes es muy importante.

“La paciente que consulta por infertilidad ya tiene un componente muy grande alrededor, tanto emocional, vos ves desde gente que lo toma bien, bastante distendida, vos fijate que le das masazos. Porque tiene un gran componente emocional y un gran componente económico. Gente que para juntar la plata hace un sacrificio gigantesco y después resulta que no queda embarazada. Jugó la única carta que tenía, a un 50%. Es casi una timba te diré. Porque puede hacerlo solo una vez, y ta. Yo tengo pacientes que se han hecho 10. Pero tiene un componente importante, vos ves cómo se destruye un matrimonio, terminan por no poder tener hijos. La relación con los pacientes está muy influida en cómo los afecta el hecho de no tener hijos” (G.C.)

Al factor emocional, hay que agregar también el factor económico como un elemento clave que juega en este tipo de tratamientos. Vale aclarar que los tratamientos de AC son más costosos que los de BC. Un solo procedimiento de FIV, que representa el 50% de posibilidad de lograr embarazo, cuesta aproximadamente 7mil dólares. Hay una relación proporcional: cuantas más FIV, mayor posibilidad de embarazo.

Si bien existen planes por parte de los centros para facilitar el acceso a aquellas parejas o mujeres que no tienen los recursos, las mismas son limitadas y no siempre pueden llevarse a cabo.

Los especialistas reconocen que son cada vez más los pacientes que consultan sobre las TRA:

“Las consultas han venido aumentando en los últimos tiempos: primero que nada porque el saber de esto, el conocimiento de estos tratamientos, es algo que se ha difundido más. Cuando nosotros empezamos acá mismo hace 20 años, las parejas muchas se resignaban, decían “no quedo embarazada, me resigno. No tocó mi suerte”. Hoy se sabe que si no queda embarazo existen posibilidades de tratamiento, ya no se resignan tan fácil, o eligen la vía de adopción. Entonces aumenta la cantidad de pacientes” (A.I.)

Un aspecto fundamental que señalan los entrevistados es el psicológico. El Manual del CEM sostiene que *“el factor psicológico se encuentra siempre presente en mayor o menor grado en todas las parejas que consultan por infertilidad. Sin embargo, resulta muy difícil distinguir si el factor psicológico es causa o consecuencia de la esterilidad (...) Las parejas estériles deben tomar conciencia que la incapacidad de tener hijos representa una situación social muy fuerte que en la mayoría de los casos no pueden solucionar por sí solos” (Manual, 2010: 30).*

Al staff de ginecólogos, embriólogos, ecografistas, urólogos, se le suma psicólogos y psicólogos sociales con el fin de brindar a los pacientes la mejor atención posible:

“Trabajamos con psicólogas sociales, y ellas trabajan en grupo específicamente en este tema, se hacen reuniones, y también hacemos reuniones que incluyen hasta el área de la musicoterapia. Tenemos a Omar que es profesor en esto y hace en las reuniones que se hacen con música, con cuencos tibetanos. Los pacientes salen fascinados, en un estado de relax impresionante (...) Porque estos tratamientos generan mucho estrés. No es un tratamiento estético, vos estás buscando un hijo. Entonces te mueve muchísimas cosas (...) Por ejemplo cuando la paciente va a sala de operaciones a hacerse la recuperación, las psicólogas sociales están con el esposo afuera, acompañándolo. Le damos tanta importancia a lo físico como a lo psicológico porque es importantísimo en esto. Nuestro centro es el único que trabaja con psicólogas sociales. Tenemos psicóloga y psiquiatra fuera de los que es el ciclo. Pero dentro de lo que es el ciclo trabajamos así” (R.V.)

Se intenta acompañar en el proceso a las personas que se someten a estos tratamientos sean cuales fueran los resultados. De esta manera, no sólo facilita a las parejas, sino también a los médicos al momento de dar la noticia de que no resultó en embarazo el procedimiento. En este sentido, un entrevistado aseguró que:

“El momento más horrible de todo punto de vista dentro de todo el aparato éste, es el momento en que vos le das el resultado negativo a la paciente y vos tenés que explicarle a la paciente qué fue lo que pasó, o qué fue lo que no pasó. Y eso son argumentos duros. Eso se trabaja. Antes eran

durísimos, ahora son duros. Se trabaja con los psicólogos, con los psicólogos sociales. Lo bajamos un grado, pero no me gusta. Si vos me preguntás qué sacarías de todo esto, es eso. Lo bueno es que uno tiene una convicción muy importante cuando vas a comunicarle el resultado (...) Es muy duro ese momento. Y ahí los psicólogos ayudan” (R.B.)

Más allá de todas estas consideraciones que los especialistas sostuvieron al momento de referirse a la relación que mantienen con sus pacientes en este complejo proceso, el éxito de cada uno de ellos dependerá, en última instancia de si logra o no el embarazo.

“Para las pacientes cuando te embarazas sos un ídolo. Y cuando no te embarazas, ta, pasó por tu clínica y capaz que se queda con un buen recuerdo si lo trataste bien y le explicaste bien las cosas. Pero te evalúan mucho por los resultados” (H.A.)

Es el *capital cultural* institucionalizado el que se destaca en esta relación: los pacientes legitiman el conocimiento que poseen estos especialistas. Desde el momento en que consultan y ven sus títulos colgados detrás del escritorio, están valorando su competencia cultural. Institucionalizan su conocimiento confiando que estos especialistas podrán solucionar los problemas por los que atraviesan. Asimismo se vislumbra el desequilibrio que se genera debido al hecho de que el experto (el especialista) posee las capacidades, el conocimiento y la información y el no experto (el paciente) carece de ellas, lo que lleva a que el primero sea influyente, a que tenga poder en relación al segundo. El paciente confía en los especialistas, deposita su confianza ya que poseen conocimiento especializado sobre las TRA. La confianza, como ya se ha dicho, es un elemento característico de las relaciones de los individuos no expertos con los expertos.

“Yen estos casos, yo soy como un Dios. Y como cordero todos los años” (R.B.)

IV.II Espacios Simbólicos

En este segundo capítulo del análisis se analizarán los espacios simbólicos en los cuales estos agentes se desarrollan.

Actualización del conocimiento

La manera de actualizar el conocimiento que encuentran estos especialistas no dista mucho de la

manera en que se actualiza el conocimiento en el resto de los sectores de la medicina; es decir, son los congresos, las publicaciones, las revistas arbitradas e Internet, los canales de actualización del conocimiento nombrados por excelencia. Sin embargo, al ser un área nueva (recordar que data de 30 años aproximadamente) la actualización de técnicas y tecnologías son permanentes.

En este sentido la SURH desde su fundación fue un ámbito de encuentro para invitar y traer gente del exterior con el fin de ir actualizando el conocimiento. Uruguay nunca fue un lugar de generación de conocimiento, y esto se lo atribuyen al mercado. Es decir, quienes generan conocimiento tienen experiencias de 1000 pacientes anuales. En cambio acá cada centro hace como máximo 250 tratamientos al año.

“Acá como es un grupo chico que trabajamos, y estamos todos ocupados, no hay mucho margen para las investigaciones o publicaciones” (H.A.)

Sin embargo, como ya se ha dicho, la SURH no cumple con la función que tuvo en un principio y en los primeros años. Esta recriminación que hacen los especialistas que pertenecen a algunos centros se basa, una vez más, en la diferencia de intereses que empiezan a existir.

“Hacemos reuniones de invitar, traer, antes se hacían en SURH, pero en este último año no se hizo porque este chanta fue el presidente. Pero bueno, cuando yo hice, vinieron 400 tipos de todo el mundo, vinieron los top del mundo y estuvo brutal. Pero ahora no sé en qué está eso” (G.B.)

A grandes rasgos, todos los entrevistados coinciden que Uruguay posee la carencia de producir conocimiento. Asimismo ubican la dependencia del exterior como punto fundamental: no sólo se necesita del exterior para estudiar la especialización, sino también para actualizarse sobre los avances, sobre nuevos estudios, etc.

Generalmente los técnicos siguen manteniendo sus vínculos con los centros donde aprendieron, eligen los lugares donde estudiaron para permanecer en contacto y mantenerse actualizados. Así por ejemplo La Española le compra el equipamiento al centro donde el fundador del Centro La Española estudió.

Otra coincidencia en los discursos de los entrevistados radica que todos dicen tener las mismas tecnologías que existen en el mundo. No hay diferencias en cuanto eso y tampoco las hay entre los diversos centros. Todos sostienen que los equipamientos que existen en el Uruguay son similares. Es decir, no es la apropiación tecnológica lo que diferencia a los centros, ni los equipos, ni la falta de conocimiento. Entre los especialistas existe un reconocimiento sobre los recursos que poseen todos los centros, hecho que los convierte una vez más en grupo en el sentido de ocupar similar posición social.

Frente a la carencia de producción de conocimiento en el país, dos centros reportaron estar afiliados a una institución científica y educacional, a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA)⁴. Esta Red se forma en 1995, actualmente son 154 los centros adscritos. Anualmente catalogan todos los resultados de las técnicas de reproducción asistida reportados por los centros. Asimismo, la Red ofrece Programas Educación Continuada. La Red no cumple sólo la función de control (que se analizará en el punto siguiente), sino que además es un instrumento de actualización de las nuevas investigaciones, procedimientos, técnicas, etc.

“Pero en definitiva es una carencia que ahí tenés que salir a actualizarte, por eso la red en la que nosotros participamos tiene una parte importante en la educación: hacen cursos anuales, pasantías, capacitaciones, podés hacer cursos on line. O sea, para toda la gente que está vinculada a la red hay un programa de educación permanente, porque esto cambia. Cambia mucho. Entonces es la forma en que uno se mantenga actualizado” (R.V.)

En este sentido, el pertenecer a una red, pertenecer a un círculo extra centro/laboratorio, donde se generan otras relaciones de intercambio -en este caso acumulación de conocimiento- hace que el capital social que poseen estos especialistas se mantenga o aumente.

Así, el conocimiento funciona a su vez, como un dispositivo interno que los legitima para tomar decisiones a la hora de hacer estos tratamientos. Decisiones propias de estos médicos y en las que habría que ahondar, ya que no existen leyes ni normas que sustenten este tipo de tratamientos.

Capacidad para la toma de decisiones

Los especialistas en TRA aplican los tratamientos a sus pacientes en un contexto en el que no existen leyes ni regulaciones. Esto significa que los tratamientos no están amparados y son los propios médicos quienes deciden: a quiénes aplicar las FIV, de qué manera, qué se hace, qué no, etc.

Si bien la SURH asumía, como objetivo principal, nuclear a todos los especialistas y determinar -entre otras cosas- la manera de proceder, ese leit motiv ya no existe más, y se deja al libre albedrío de los propios centros y/o especialistas tales consideraciones.

Bajo la pregunta en base a qué toman sus decisiones profesionales en lo que respecta a estas técnicas, en reiteradas ocasiones los conceptos de *“ética profesional”* y de *“moral”* aparecen como la respuesta más evidente. A priori parecería que los especialistas en TRA no pueden ejercer si no tienen ética o no tienen moral. Sin estos el desempeño de la medicina se convertiría en *“cualquier cosa”*. O de otra forma, tanto la ética profesional como la moral son la garantía de buenas prácticas.

4 La REDLARA reúne al 90% de los centros que realizan técnicas de reproducción asistida en Latinoamérica

“Las decisiones se toman en cuanto la ética y profesionalidad de cada uno. Si trabajas con X con profesionalidad como trabajo, y como se trabaja en esta clínica, nunca hay problema. No importa que no hayan leyes. Igual es necesaria. Pero si se trabaja con ética, con normas morales adecuadas, con profesionalidad, nunca hay problema” (R.S.)

Sin embargo, la ética y la moral son conceptos subjetivos, son construcciones que los individuos internalizan en paralelo a su trayectoria. En este sentido, la mentalidad de los propios médicos ha ido mutando, y como consecuencia también la ética y la moral. A modo de ejemplo, hasta hace no mucho tiempo, los especialistas no permitían a la mujer sola someterse a dichos tratamientos. Asumían que estos tratamientos estaban destinados únicamente a parejas heterosexuales que buscaban tener hijos hacía por lo menos un año, y no lograban el embarazo porque algún miembro de la pareja era estéril. Bajo esta decisión, la mujer sola y la mujer con pareja mujer quedaban relegadas de la maternidad.

“Hace más de 15 años que formamos un centro. No había legislación y sigue sin haber. Entonces dijimos bueno, tenemos que trabajar en base a unas pautas y no bajarnos de eso. Y unas de las cosas que dijimos es que nosotros no vamos a descartar embriones, nosotros no vamos a atender a mujeres solas, atendemos a parejas. A lo largo del tiempo eso nos llevó a problemas. Porque venían las mujeres a pedir asistencia y nosotros le decíamos que no. Le explicábamos que nosotros hacíamos tratamientos a las parejas con problemas médicos. Que lo que ellas tenían era un problema social, no médico” (R.V.)

Esta decisión estaba estrechamente vinculada a que el único Banco de Semen que funciona en Uruguay (FERTILAB) sólo donaba semen a mujeres con pareja estable hombre. A pesar de ello, el resto de las mujeres recurrían a Bancos de Semen en Bs. As. y de esta manera accedían al embarazo. Cuando esta situación empieza a darse de forma reiterada, los especialistas en TRA toman la decisión de empezar a permitir el acceso de la mujer sola a estos tratamientos y, diálogo mediante con el dueño de FERTILAB, el Banco de Semen cambia de parecer y decide donar semen a mujeres solas o mujeres con pareja mujer.

“También pasaba que el Banco de Semen, que era necesario para una inseminación por ejemplo, tampoco daba asistencia a mujeres solas. Hasta que en un momento, el Banco cambió y nosotros dijimos bueno, tal vez esta es la única alternativa que tienen estas mujeres y es más responsable, en vez de salir a buscar un compañero por un día para embarazarse, el hacer las cosas con más criterio y tener una búsqueda sola. (...) Así que lo aceptamos. Nos reunimos de nuevo y decidimos cambiar esa pauta, y bueno, hoy lo estamos haciendo” (R.V.)

Así, la ética y la moral que existe detrás de las decisiones que toman estos especialistas pasa de ser un “problema social” para convertirse en “una alternativa más responsable”. Otro ejemplo de cambio de mentalidad es la experiencia que tuvo un entrevistado quien se define como católico. En palabras de él:

“Las decisiones van cambiando mucho, va cambiando en la cabeza de los médicos y yo creo que a mí lo que me ha ayudado más ha sido el propio contacto con los pacientes. (...) La primera experiencia que tuve con el semen de Banco. Yo soy de formación católica, mis hijas fueron hasta hace poco al San Juan Bautista, o sea, te imaginás yo hablando de semen de banco y FIV en el San Juan Bautista, yo no me lo imagino. (...) En el año 1988, al poco tiempo de estar en México, el Director de la clínica me dice: “la próxima inseminación la hacés vos”. Ta, ta, Encantado, Le dije yo. Quería meter mano, hacer cosas. Agarro la historia clínica y era una pareja que venía para hacer una inseminación de semen de banco. Entonces yo cerré la historia y le dije al director: “doctor, mire. Yo no estoy de acuerdo con el semen de banco porque la Iglesia Católica no está de acuerdo con esto y yo soy creyente. Tengo formación católica, entonces no me parece bueno hacer”. Me contestó que estaba todo bien, me respetó. Esa inseminación al final la hizo un becario español. La cosa es que las inseminaciones de banco no me la pasaban a mí directamente. Ésas las hacía otro médico. A las pocas semanas de estar allí vino una pareja con un niño en brazos que querían tener otro hijo. D: este niño ya está grande, tiene 4 años –Ese niño había nacido antes que yo llegara a la clínica-. Abro la historia, y ese hijo que yo estaba viendo, de esa pareja que yo tenía enfrente, ese hijo había sido concebido hacía 4, 5 años antes, con semen de banco. Esa fue la primera experiencia que a mí me hizo “tucu tucu tucu”, me movió el piso. Porque yo que había dicho que no iba a hacer inseminación artificial con semen de banco, y ahora tenía en frente a una pareja con una relación super normal, con el niño, con los padres, y yo nunca había visto a una pareja que había tenido un hijo con semen de banco. Esa experiencia, que para mí fue muy tocante, y me hizo replantearme un montón de cosas que yo hasta ese momento no me venía planteando, y fijate lo que son las cosas. Ese año, terminé siendo el Coordinador del Banco de Semen. (...) Y eso fue como consecuencia de que tuve la posibilidad de conocer una pareja que tuvo un hijo por semen de banco. Entonces esa experiencia me cambió la vida. Y hoy la visión que tengo con respecto a eso y lo que la Iglesia piensa, es diferente (...)” (H.A.)

Estos cambios que se han producido, mutaciones que van variando según el contexto, según las situaciones de vida a las que se enfrentan, fueron y siguen siendo posibles por la inexistencia de leyes; de regulaciones. Es en este sentido que muchos discursos se refieren a la preferencia de que no existan leyes antes de que éstas sean malas. Cuando dicen leyes malas, quieren decir leyes restrictivas, leyes limitantes. Si algo aprendieron en el transcurso de su quehacer profesional, es que la mentalidad cambia, lo que hoy no se hace puede que mañana sí se haga. Los puntos de vista se

modifican, y como consecuencia se modifica el objeto.

“Las TRA han cambiado las éticas. Porque bueno, sobre todo la ética en este Uruguay, donde la mayoría es católico. Pero igualmente creo que la moral ha cambiado” (J.R.B.)

La formación de habitus (estructuras mentales a través de las cuales se aprehende el mundo social, como el producto de la interiorización de las estructuras del mundo social) de estos especialistas está estrechamente ligada a los espacios sociales en los que se han movido y en los que se mueven en la actualidad. *“El habitus (...) es un sistema abierto de disposiciones que se confronta permanentemente con experiencias nuevas y, por lo mismo, es afectado también permanentemente por ellas. Es duradera, pero no inmutable” (Bourdieu, 1992: 109).*

Otro aspecto que sobresale radica en que a la hora de recibir a sus pacientes están atentos a que los mismos estén en condiciones de hacerse cargo de la paternidad y/o maternidad. Si visualizan que tienen algún problema psicológico, psiquiátrico o que están “pasados” de edad, pueden decidir no aplicarles los tratamientos.

“Lo que yo creo, es que cuando vos hacés un tratamiento de reproducción, la meta es generar vida nueva. Esa vida va a hacer un niño y después un individuo adulto. Entonces cuando vos ayudás a generar vida, tenés que pensar no sólo en la felicidad de los futuros padres, sean homosexuales o no, solteras o no, sino en lo que va a recibir ese niño. Que vos participaste quieras o no. El médico participó. Entonces vos tenés que tratar que venga en un entorno lo más sano posible. Si bien pasa que vos pensás que son una pareja excelente y después pasa cualquier barbaridad... Nunca podés tener la bola de cristal. Pero vos tenés que tener en cuenta que cuando ayudás a generar vida, intentar traerlo a un seno que sea lo más sano para él posible. Y con esto no quiere decir que una pareja homosexual no sea sana. Y te doy otro ejemplo, si vos ves que en una pareja por ejemplo, la madre está descompensada psiquiátricamente o lo que sea, vos no podés hacerle en ese momento el tratamiento” (M.F.)

Estos especialistas se consideran que tienen una autoridad tal, que deciden qué parejas están en condiciones de lograr descendencia y cuáles no. Ya se dijo que poseen capital económico, capital cultural y capital social, por lo que podría decirse que el capital simbólico, como forma de legitimación de los tres capitales previamente mencionados, funciona aquí como dispositivo de poder. Estos médicos creen estar en condiciones de imponer su escala de valor porque la institución médica goza del poder de establecer y garantizar las jerarquías. En nombre de su conocimiento, de la ciencia, de la posición que ocupa en el espacio social, decide. El efecto de la titulación y especialización, representan verdaderas fuentes de propiedad simbólica que dan derecho a imponer su escala de valores

decidiendo a quién se aplica estos tratamientos.

Dicho esto, es comprensible que los médicos en reproducción sean reticentes a la hora de hablar de la formulación de una posible ley. Si bien consideran que es necesaria, y que debía de estar en funcionamiento desde ya hace tiempo, la misma debe ser *elástica*, ser *flexible* a los cambios que se producen.

En lo que todos concuerdan es que como primer puntapié debe considerarse la esterilidad como una enfermedad. Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ ya lo considera, en Uruguay esto no es así. Y esto sucede por varios motivos: primero porque en Uruguay, en lo que es la reproducción, el foco está puesto en la interrupción del embarazo y no en el fomento del mismo. El segundo motivo radica en que cuando se empieza a considerar enfermedad, SP, el mutualismo y los seguros privados, tienen que cubrir los tratamientos. Y éste no constituye un tema menor cuando los costos de una única FIV ronda los 7mil dólares. -Vale aclarar que, dependiendo de la edad, la posibilidad de lograr un embarazo con un único tratamiento es, en menos de 35 años un 60% de logro del embarazo, mientras que después de los 35 años, la posibilidad se reduce a un 30%. Por este motivo, se aplican más de una FIV en la mayoría de los casos-. Entonces, una vez que SP reconoce la infertilidad como una enfermedad, tiene como consecuencia repensar a quién destina los tratamientos y quién los debe cubrir.

“La OMS declaró que la esterilidad es una patología, es una enfermedad que se sufre desde el punto de vista funcional, orgánico y psicológico. Sin embargo acá siguen sin considerarla como una enfermedad. Entonces la ley acá debe tener claro, primero, hacia quién se dirige. Segundo, cómo acceder a los procedimientos, y de alguna manera, contemplar a la gente que no pudiera tener acceso económico y encontrar forma de poder financiarse, eso es lo básico” (G.C.)

En respuesta a estas consideraciones, los especialistas coinciden en que es el Fondo Nacional de Recursos la institución que debe hacerse cargo de financiar parte de los procedimientos. Asimismo, otras consideraciones a tener en cuenta se basan en:

“La ley, como toda ley, obviamente le da protección tanto a las parejas que se someten al procedimiento, como a los que estamos del otro lado y estamos ejerciendo la medicina y haciendo todos esos procedimientos. Entonces se pautan por ejemplo dos procedimientos, cuántos se hace, quién los cubre, quién los pago, cómo debe hacerse, cuántos óvulos se fertilizan, cuántos embriones se transfieren, si se congelan o no, todo lo que hace a la madre sola, todo lo que hace a las parejas ho-

5 Enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/index.html

mosexuales, todo lo que se hace a las técnicas que no son las tradicionales como puede ser donación de óvulos, gametos, espermatozoides. Lo que hace a la posibilidad de ese niño producto de donación de gametos de enterarse después quién es su madre o su padre biológica, son muchas las cosas para legislar. Lo que hace al vientre subrogado, vientre de alquiler. Cuántos procedimientos se hace a las parejas, las edades. Son muchas las cosas a tener en cuenta. Una ley buena, tiene que tomar en cuenta todos esos parámetros, legislar sobre ellos de manera de darte un respaldo a la hora de actuar. Tiene que hacerse del punto de vista técnico, bien asesorado y sin dogmas. Si no terminan perjudicando a las parejas que tienen menos tasa de embarazo” (A.C.)

Otro de los aspectos de coincidencia radica en la necesidad que tienen de ser controlados. Con el afán de encontrar un marco que los guíe, que pueda servir de orientación para llevar a cabo sus tratamientos, es que dos de los centros reportan afiliación a la REDLARA.

“Nosotros reportamos a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA). La REDLARA es una especie de sociedad científica, una red científica. No es obligación participar en la Red. De hecho hoy 2 centros en Uruguay de los 4 que existen que pertenecemos ahí. Es una forma de fiscalización, de control, de auditoría, donde presentás resultados, cantidad de casos que hacás, qué procedimiento se hace en cada caso, cantidad de embarazo que tenés, cantidad de embarazos múltiples que tenés, cantidad de embriones que transferiste, todo eso. Entonces hay una serie de parámetros que tenés que seguir a lo que se considera que está bien, pero que va cambiando todo el tiempo esas consideraciones. Es una forma de tener una cierta regulación” (G.C.)

Los otros dos centros sostienen que se rigen por normas internacionales. Más allá de cómo decida cada centro ampararse, la necesidad de control es un aspecto que sobresale en sus discursos. Ubican a SP como el aparato de control por excelencia que debería regular todos los tratamientos.

Ellos, expertos

En este último punto se hará referencia a la forma en cómo ellos mismos se ven como grupo de individuos que poseen conocimiento especializado, es decir como *sistemas expertos* en palabras de Giddens. El experto es cualquier individuo que posea los tipos de conocimiento específicos y la capacidad y habilidad para utilizarlos con éxito; tipos de conocimiento específicos, capacidad y habilidad de los que el individuo no experto carece. En este sentido, ellos mismos se reconocen expertos:

“La especialización es lo que se da siempre, la especialización de la especialización digamos. El otorrino se puede dedicar únicamente a oído, o el ginecólogo únicamente a la menopausia, o a la parte

oncológica., otro ecografía, o cirujanos que solo operan mamas. Ya no está eso de que si sos ginecólogo podés hacer todo lo que compete con la ginecología. Te subespecializás. Yo me subespecialicé en medicina reproductiva” (M.F.)

Son expertos en lo que es la medicina reproductiva, en ese ámbito se consideran expertos mas no en otros ámbitos de la ginecología.

Otro aspecto importante, en encuentro de un experto y un no experto, es el desequilibrio que se genera debido al hecho de que el experto posee las capacidades, el conocimiento y la información y el no experto carece de ellas; lo que decanta en que uno sea influyente, que uno tenga poder (el experto), en relación al otro (el no experto).

“Te sentís como omnipotente con los pacientes. Que no los sos. Porque si tengo que cocinar, cocino. Si tengo que lavar, lavo. Pero la realidad es que hay momentos en que te sentís diferente” (R.B.)

Y esto ocurre debido a que el individuo no experto (el paciente, en el caso de la cita anterior) confía en los sistemas expertos (especialistas en TRA), ya que se trata de ello, de grupos de individuos que poseen conocimiento especializado sobre determinado tema. La confianza es un elemento característico de las relaciones de los individuos no expertos hacia los expertos.

Existe un reconocimiento por parte del colectivo en que: *“cualquiera de nosotros, o cualquiera de otro centro lo puede ser. Porque de hecho lo somos. Somos los que trabajamos en esto” (A.C.)*. Estos especialistas se reconocen a sí mismos como miembros de un grupo el cual está de alguna manera autorizada a hablar y actuar en su nombre:

“Es real que nosotros somos los que trabajamos en el área, nosotros somos los que tenemos los embriones guardados, nosotros somos los que tenemos nuestra pauta de funcionamiento. Y más o menos son similares. No hay grandes variaciones. La gente que trabaja, trabaja con seriedad. Cualquiera de los centros está trabajando, somos pocos; yo te diría que los que verdaderamente hacen TRA no son tanta gente, somos pocos. Somos los que estamos trabajando y lógicamente el MSP nos requerirá para ver la realidad de lo que estamos haciendo y cómo lo vamos a hacer” (R.V.)

V.

Conclusiones

El objetivo de esta investigación ha sido determinar las dinámicas de poder que se desarrollan en relación a los médicos especialistas en tecnologías reproductivas asistidas intentando dar cuenta las vinculaciones que existen entre un grupo de agentes que pertenecen al espacio de la salud con respecto a su entorno.

Los especialistas en Tecnologías en Reproducción Asistida -a Julio 2012- son trece, diez hombres y tres mujeres, entre 50 y 70 años de edad, con la especialización en Ginecología y estudiaron la sub-especialidad en el exterior. Generalmente se cumple la regla de que identifican un nicho de mercado, estudian en el exterior durante aproximadamente un año y, o vienen a formar su propio centro o se unen a centros que ya existen. Estos agentes tienen determinadas características comunes que hacen que se encuentren próximos en el espacio social y por lo tanto es posible advertir que poseen disposiciones e intereses semejantes; se inician con una base común en lo que respecta al acceso del conocimiento y su capital cultural incorporado es similar: todos invirtieron tiempo para lograr el saber, invirtieron tiempo para lograr el reconocimiento social que surge del hecho de ser un individuo que posee saber.

Salvo un especialista, que trabaja para un laboratorio argentino, el resto ejerce su profesión en alguno de los cuatro laboratorios privados que existen en Uruguay, donde ocho de los trece son, o fundadores, o socios, o directivos. En este sentido al rol de profesional médico se le suma el de empresario. Por esta razón hablar de centro o profesional es prácticamente un sinónimo.

Gozan del monopolio sobre el área de reproducción (son dueños y fundadores), poseen una autonomía técnica (tienen conocimiento sobre los procedimientos y los llevan a cabo), controlan su propio trabajo a la interna de cada centro y determinan la forma en que debe ser realizado. Sin embargo su autonomía profesional es relativa ya que, más allá que estos médicos sean los especialistas en TRA, dependen del agente empresario -director, socio o dueño- ocupado por ajenos o por ellos mismos. En lo que respecta a la tecnología que poseen los laboratorios, prácticamente todos tienen acceso a equipamientos similares, no se ha encontrado diferencias en este sentido. Los equipamientos e instrumentos constituyen el soporte material del capital cultural al mismo tiempo que del capital económico: para el uso de las tecnologías necesarias se necesita del capital económico (para poseerlas) y del capital cultural interiorizado (para poder manejarlas). Esto es: capital cultural objetivado.

Si bien cada uno elige un centro distinto para realizar sus procedimientos, todos manifiestan la necesidad de que exista una sociedad o comunidad que los nucleee y que sirva de encuentro para debatir determinados tópicos, o para realizar jornadas científicas. La SURH se encargó de ello un tiempo atrás, pero en este momento no cumple con esa función y existe un reclamo a que vuelva a sus raíces. Quienes acusan de que esto no ocurre de alguna manera “culpabilizan” a la dirigencia de hoy día por tener otros intereses. En este sentido se relacionan de acuerdo a diferencias y semejanzas. Se relacionan bien con aquellos centros y/o profesionales que se manejan de manera similar. En cambio se relacionan mal con aquellos que se manejan distinto.

Existe una relación estrecha entre las mutualistas y quienes trabajan en reproducción. Muchos de los especialistas están al mando de las unidades de reproducción que existen en las diferentes mutualistas por lo que, se puede adivinar, según la mutualista a la que se pertenezca, el centro al que se irá, aunque sea a consultar por vez primera.

En cuanto al relacionamiento con los pacientes los aspectos que sobresalen son el de confianza, el factor emotivo y económico: los pacientes depositan en los especialistas una carga emotiva importante (derivados por el hecho de no lograr el embarazo), que se mezcla con el alto costo que tienen estos procedimientos. Los especialistas traducen que lo que deben transmitir es confianza en este vínculo. En este sentido, la confianza es transmitida a través de un equipo de psicólogos -que juegan un papel muy importante en estos procedimientos- al mismo tiempo que del capital cultural institucionalizado. Los especialistas reconocen que los pacientes valoran su competencia cultural, y que por lo tanto confían en ellos como sistemas expertos.

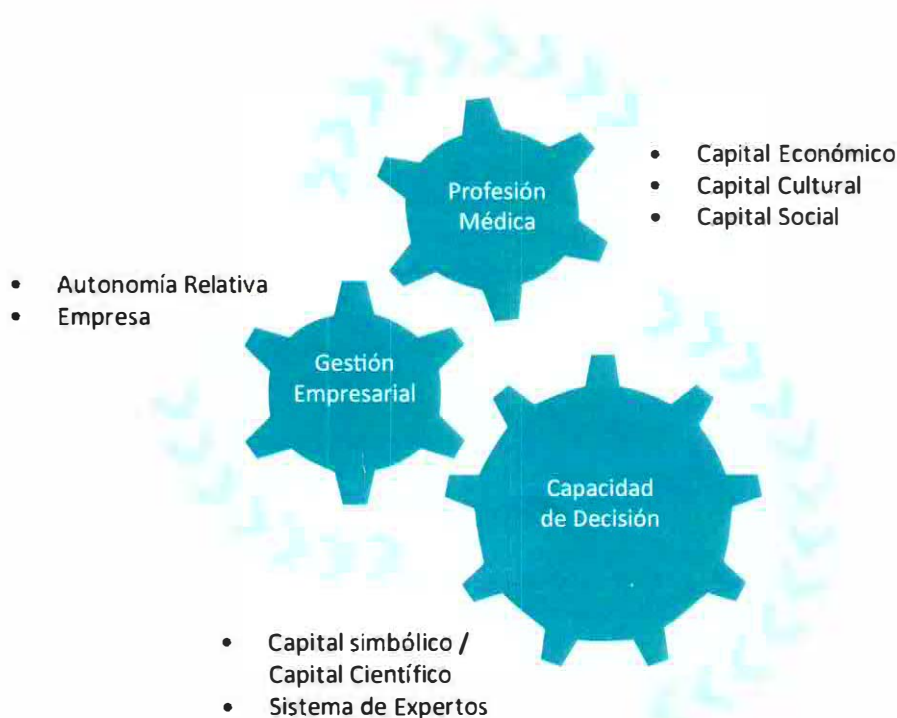
En cuanto al saber médico de estos agentes se desprende que existe una gran dependencia hacia el exterior: no solo necesitan del exterior para estudiar la subespecialidad, sino también para actualizarse. Existe una carencia de producción de conocimiento local, por este motivo dos de los cuatro centros están afiliados a una institución científica y educacional (REDLARA).

Ambos centros se jactan de la importancia de pertenecer a un círculo extra centro/laboratorio, hecho que deriva en que el capital social que poseen estos especialistas se mantenga o aumente. La capacidad para tomar decisiones en este tipo de tratamientos se convierte en un factor fundamental para estos agentes. En un ámbito en el que no existen leyes ni regulaciones y donde la ausencia de aparatos de control es evidente, los especialistas se convierten en tomadores de decisiones que influyen directamente su entorno. Así, los conceptos de ética profesional y de moral, aparecen como condicionantes para llevar a cabo las TRA. Estos conceptos son construcciones que los especialistas internalizan en paralelo a su trayectoria. En este sentido, la mentalidad de los mismos ha ido cambiando. Lo que antes no estaba permitido, ahora sí. Y lo que hoy no se permite, puede que mañana sí. Las situaciones de vida van modificando el punto de vista y por lo tanto el objeto. Algunas de las decisiones que deben tomar giran en torno a si aplican los tratamientos a la mujer sola, deciden si los pacientes están aptos para la maternidad y/o paternidad, entre otras. En

este sentido el capital simbólico, como forma de legitimación de los capitales previamente mencionados, funciona como dispositivo de poder. Estos agentes creen estar en condiciones de imponer su escala de valor porque la institución médica goza del poder de establecer y garantizar las jerarquías. En nombre de su conocimiento, de la ciencia, de la posición que ocupa en el espacio social, decide. El efecto de la titulación y especialización, representan verdaderas fuentes de propiedad simbólica que dan derecho a imponer su escala de valores decidiendo a quién se aplica estos tratamientos. Se ven a sí mismos como expertos en lo que es el campo de la medicina reproductiva. Son reticentes a que otros que no fuesen ellos formulen una ley o simplemente discutan sobre esta temática. Estos especialistas se reconocen a sí mismos como miembros de un grupo el cual está de alguna manera autorizada a hablar y actuar en su nombre. En palabras de ellos, se siente “omnipresentes” con respecto a sus pacientes y esto se debe a que disponer personalmente de bienes económicos, culturales, sociales y simbólicos es fuente de poder con respecto a los que los poseen en menor medida o simplemente carecen de ellos.

Una vez mencionados los principales hallazgos, se está en condiciones de decir que es posible encontrar en estos agentes tres dimensiones que de algún modo los definen. Las mismas coexisten y prevalece una sobre la otra respecto a la circunstancia. En este sentido, estos agentes son: profesionales médicos, gestores empresariales y como consecuencia son capaces de tomar decisiones en los que respecta a su subespecialidad.

Diagrama 2 - Dimensiones Especialistas en TRA



En cuanto ellos como profesionales médicos se destaca el capital económico, el capital cultural y el capital social. Poseen capital económico para el acceso a las tecnologías necesarias, poseen capital cultural objetvado (tienen conocimiento para manejar las tecnologías), poseen capital cultural incorporado (estudiaron la subespecialidad), y poseen capital cultural institucionalizado (existe un reconocimiento sobre su capital cultural). Asimismo se destaca el capital social ya que la pertenencia a un grupo, la existencia de relaciones de intercambio material y simbólico que se dan en su interior, su grado de institucionalización y los recursos que posee dicho grupo, hace que sean capaces de movilizar en provecho propio redes de relaciones sociales más o menos extensas.

En cuanto ellos como gestores empresariales, se cuestiona el término de autonomía profesional que propone Freidson y se propone el concepto de autonomía relativa ya que su profesión se ve limitada por su rol de director, socio y/o fundador. En este sentido la gestión se asemeja a la de una empresa cuando de clínica y laboratorio se habla.

Las características que toman por ser profesionales médicos y gestores empresariales hace posible que se convierten en agentes capaces de tomar decisiones. En este sentido asumen las particularidades de sistemas expertos en tanto su conocimiento les confiere el "derecho" de ejercer influencia sobre aquellos no expertos. Asimismo se destaca el capital simbólico en la medida en que sienten que gozan del prestigio, de la autoridad, del crédito para la toma de decisión. Y el capital científico aparece como especie del capital simbólico en tanto existe un reconocimiento por parte de todos los especialistas en que cualquiera de ellos son tomadores de decisiones.

VI. Bibliografía

- **Alonso, L. E.** (1998) *"La mirada cualitativa de la Sociología"* Editorial Fundamentos. Madrid, España.
- **Bayce, R.** (1993) *"El devenir histórico del poder y del prestigio social del médico"* En: Barrán, Bayce et al *"La medicalización de la sociedad"* Montevideo, Nordan.
- **Bourdieu, P.** (1997) *"Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción"* Editorial Anagrama. Barcelona, España.
- **Bourdieu, P.** (2001) *"Poder, derecho y clases sociales"* Editorial Desclée de Brouwer. Paris, Francia.
- **Bourdieu, P.** (2000) *"Intelectuales, Política y Poder"* Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA). Buenos Aires, Argentina.
- **Bourdieu, P.** (1997) *"El campo científico"* En: *"Los usos sociales de la ciencia"* Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- **Cardelliac, J.** (2004) *"Reproducción biológica y social: una aproximación al caso de las tecnologías de reproducción humana asistida"* Montevideo, Uruguay.
- **Costilla, M Suárez, M. E.** *"Confiar en el doctor. Los sectores sociales frente a la atención biomédica en salta capital"*. Exposición en Congreso ALAS
- **Falero, A.** (2008) *"Las batallas por la subjetividad: luchas sociales y construcción de derechos en Uruguay: una aproximación desde la teoría sociológica"* Fanelcor, Montevideo, Uruguay.
- **Freidson, E.** (1978) *"La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado"* Ediciones Península. Barcelona, España.
- **Gallart, M.A.** (1992) *"La práctica de la investigación"* Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, Colección Fundamentos de las Ciencias del Hombre
- **Giddens, (1994)** *"La Constitución de la Sociedad: Bases para la teoría de la estructuración"* Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- **Giddens, A.** (1995) *"Modernidad e Identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea"* Editorial Península. Barcelona, España.
- **Glosario de Terminología en TRA.** Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf
- **Irigoyen, Juan.** (2010) *"La reestructuración de la profesión médica"* en Revista Política y

- Sociedad Vol. 48. Madrid, España.
- **Kishore J.** A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications 2002.
 - **Laplantine, F.** (1991) *"Cuerpo, religión y sociedad: estudios antropológicos"* Ediciones del Sol. Buenos Aires, Argentina.
 - **Manual Informativo** para parejas *"Estudio y tratamiento de la esterilidad conyugal"* Centro de Esterilidad Montevideo, (2010)
 - **Menéndez, E.** (1984) *"Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico"* En: Revista Paraguaya de Sociología, Nº61. Asunción, Paraguay.
 - **Menéndez, E.** (1994) *"La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?"* En: Alteridades (UAM-Iztapalapa), Año 4, Nº 7, México, 1
 - **Mitjavila, M., Echeveste, L.** (1992) *"La medicalización de la reproducción humana"* Serie- Investigaciones del Claeh Nº94. Montevideo, Uruguay.
 - **Mitjavila, M.** (1998) *"El saber médico y la medicalización del espacio social"* Documento de Trabajo Nº33. Montevideo, Uruguay.
 - **Rodríguez, J.** (s/f) *"El poder médico desde la Sociología"* En: Revista Española de Investigaciones Sociológicas.
 - **Sotelo, V.** (2004) Monografía final de la Licenciatura en Sociología del DS de FCS.
 - **Turner, B.** (1989) *"El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en Teoría Social"* Fondo de Cultura Económica. México.
 - **Turner, B.** (s/f) *"Los avances recientes en la teoría del cuerpo"* en Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Nº 68. Madrid, España.
 - **Valles, M.** (2002) *"Entrevistas cualitativas"* En Cuadernos Metodológicos. Nº 32. Madrid, España.

VII.

Anexos

Índice de Anexos

Anexo 1:	Glosario de Siglas
Anexo 2:	Algunas definiciones pertinentes
Anexo 3:	Consideraciones Metodológicas
Anexo 4:	Pauta de Entrevista
Anexo 5:	Ficha de Entrevistas

Anexo I

Glosario

- AC:** Alta Complejidad
- BC:** Baja Complejidad
- CEGYR:** Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción
- CEM:** Centro de Esterilidad Montevideo
- CERHIN:** Centro de Reproducción Humana del Interior
- CHPR:** Centro Hospitalario Pereyra Rosell
- CIRA:** Centro Iberoamericano de Reproducción Asistida
- FIV:** Fertilización in vitro
- IA:** Inseminación Artificial
- ICSI:** Inyección intracitoplasmática de espermatozoide
- RA:** Reproducción Asistida
- REDLARA:** Red Latinoamericana de Reproducción Asistida
- SP:** Salud Pública
- SURH:** Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana
- TRA:** Tecnologías de Reproducción Asistida
- URAC:** Unidad de Reproducción Asistida del CASMU
- URH:** Unidad de Reproducción Humana del CHPR

Anexo II

Definiciones⁶

FIV: *“Técnica de Reproducción Asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea”*

ICSI: *“procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito”*

Infertilidad: *“enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”*

TRA: *“todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante”*

que se convierten en agentes capaces de tomar decisiones. En este sentido asumen las particularidades de sistemas expertos en tanto su conocimiento les confiere el “derecho” de ejercer influencia sobre aquellos no expertos. Asimismo se destaca el capital simbólico en la medida en que sienten que gozan del prestigio, de la autoridad, del crédito para la toma

Anexo III

Consideraciones Metodológicas

Consideraciones Metodológicas		
	Dimensiones	Preguntas
Perfil de los especialistas y sus trayectorias	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativamente: cuántos son, rango de edad, sexo, dónde estudiaron, especialización, dónde trabajan • Cualitativamente: dónde ejercen su subespecialidad, su trabajo específico. 	<p>¿Quiénes son los especialistas en reproducción? ¿Dónde estudiaron? ¿Dónde trabajan? ¿Con quiénes se relacionan? ¿Cómo se vinculan? ¿Qué rol asumen?</p>
Relacionamiento entre sus colegas y pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Canales de comunicación • Democratización del conocimiento • Relación con mutualistas • Espacios de diálogo • Relación pacientes 	<p>¿Cómo es la relación con sus colegas? ¿Cómo es la relación con las diferentes clínicas y mutualistas? ¿Cómo es la relación con sus pacientes?</p>
Ámbitos y canales sobre los cuales ejercen poder	<ul style="list-style-type: none"> • En el área académica (en la actualización del conocimiento) • En la toma de decisiones (marco normativo) • Ellos en cuanto grupo referente 	<p>¿Cómo actualizan el conocimiento? ¿Cuál es la relación que tienen con el marco normativo? ¿Cómo toman sus decisiones? ¿Consideran que consisten en un grupo de referencia para la sociedad?</p>

Anexo IV

Pauta de Entrevista

Perfil de los especialistas

1. ¿Puede contarme su trayectoria profesional? (especialización, dónde estudió las TRA, con qué especialistas se relaciona, dónde trabaja actualmente)
2. ¿Cómo llegan los pacientes a la consulta? ¿Quiénes son los que consultan?
3. ¿Cómo cree que es la relación entre Ud. y ellos?
4. ¿Qué rol considera que es el más importante que tiene que tener a la hora de enfrentarse a un paciente? (indagar si considera que es más importante los lazos afectivos, o el saber médicos, las explicaciones médicas, etc.)

Relacionamiento entre sus colegas

5. ¿Cómo podría caracterizar la relación que existe entre sus colegas? (ver si existe diferencia entre sus colegas en TRA con respecto a otras especializaciones que no saben de TRA)
6. ¿Y entre las diferentes clínicas o mutualistas que se dedican a estos tratamientos? (ver cómo se comunican, si existen canales, vías de comunicación y de compartir el conocimiento)

Influencia en la medicina en general

7. ¿Cuál es la relación que se tiene con el MSP?
8. ¿Cuál es la relación con el marco normativo? (ver qué opina con la democratización de los tratamientos, ver si conoce los marcos legales en los que dichas prácticas se dan)
9. ¿Le parecería que esta es una especialización en la que la UdelaR tendría que hacerse cargo de preparar? ¿O sino quién? ¿Qué pasa con la tecnología que se necesita para llevar a cabo? (conocimiento: técnico y aplicado)

Canales y vías de influencia y poder

10. ¿Cómo es la manera de actualizar el conocimiento con las nueva tecnologías, tendencias, etc.? (indagar publicaciones, conferencias, investigaciones, congresos)
11. ¿Considera que consisten en un grupo de referencia de la sociedad? ¿políticamente?

Anexo V

Ficha de Entrevista

// Entrevista 1 //

Iniciales: M. F

Fecha Entrevista: 2/11/2011

Sexo: M

Edad: 50 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: Consultorio particular

Comentarios: Esta entrevista fue la primera en realizarse. Me dio un apoyo importante para entender el funcionamiento de esta subespecialidad: hizo un listado de los médicos especialistas en reproducción, me explicó cuáles eran los centros privados y de qué manera funcionaban. Es ginecólogo, estudió la subespecialidad en Buenos Aires, Argentina, más precisamente en el laboratorio de CEGYR. Puede ser calificado de independiente en el sentido que no mantiene ninguna relación formal ni contractual con ningún centro. Elige el laboratorio en el que realizar los tratamientos de AC. Elige el CEM.

Duración de la Entrevista: 55 minutos

// Entrevista 2 //

Iniciales: G.C

Fecha de la Entrevista: 16/1/2012

Sexo: M

Edad: 57 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: Consultorio particular

Comentarios: Es ginecólogo, estudió la subespecialidad en Buenos Aires, Argentina en el laboratorio de CEGYR. Forma parte del centro más antiguo en Uruguay (CEM). Ese centro tiene 25 años de trayectoria. Es de los primeros médicos en el país haciendo estos tratamientos. Fue uno de los consultados para la elaboración de ley de Alberto Cid. La entrevista se efectuó de forma correcta. Mostró gran interés durante la misma.

Duración de la Entrevista: 65 minutos

// Entrevista 3 //////////////////////////////////////

Iniciales: A.I

Fecha de Entrevista: 19/1/2012

Sexo: M

Edad: 55 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: URH-CHPR

Comentarios: Esta entrevista fue realizada en el Hospital Pereyra Rosell, en el Hospital de la Mujer donde se encuentra la Unidad de Reproducción Humana del CHPR. Él es uno de los dos gineco-obstetras especialistas en TRA que trabajan en dicha Unidad. Estudió la subespecialidad en Buenos Aires, Argentina, en el laboratorio de CEGYR. Asimismo trabaja en mutualistas y tiene su consultorio privado. Los tratamientos de AC las realiza en el CEM. El entrevistado se mostró interesado durante la entrevista

Duración de la Entrevista: 60 minutos

// Entrevista 4 //////////////////////////////////////

Iniciales: A.C

Fecha de Entrevista: 19/1/2012

Sexo: F

Edad: 50 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: URH-CHPR

Comentarios: Esta entrevista fue realizada el mismo día que la entrevista anterior ya que también trabaja en la URH del CHPR. Es la otra gineco-obstetra que trabaja en la unidad. Además trabaja en otras mutualistas y los procedimientos de AC la realiza en la Unidad de Reproducción de la Asociación Española. Estudió la subespecialidad en Buenos Aires, Argentina, en Madrid, España. Asimismo realizó pasantías en Brasil. La entrevista tuvo una corta duración dada la cantidad de pacientes es espeta.

Duración de la Entrevista: 20 minutos.

// Entrevista 5 //////////////////////////////////////

Iniciales: G.B

Fecha de Entrevista: 25/1/2012

Sexo: M

Edad: 65 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: Consultorio particular

Comentarios: Esta entrevista fue realizada a un ginecólogo en su consultorio privado. Es el creador de la primera clínica en Uruguay (CEM) y el que hizo la primera FIV en Uruguay (en el año 90). Tiene un apellido reconocido en el ámbito de la medicina, como la mayoría de los que trabajan en su centro. Fue el fundador de SURH. Es un actor clave para la Comisión de Salud del Senado. Estudió la subespecialidad en Suiza, Australia y EE.UU. La entrevista se realizó de forma correcta. Mostró muy buena disposición.

Duración de la Entrevista: 60 minutos

// Entrevista 6 //

Iniciales: R.V

Fecha de Entrevista: 26/1/2012

Sexo: F

Edad: 55 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: BPS

Comentarios: Esta entrevista se desarrolló en su lugar de trabajo aparte de la clínica de la cual es cofundadora y directora. Trabaja en el único centro que tiene el laboratorio para los tratamientos de AC en el interior, más precisamente en Salto. Tiene 15 años. Estudió la subespecialidad en Santiago de Chile, Buenos Aires, Argentina y Alemania. La entrevista se efectuó de forma adecuada. Tuvo una muy buena disposición.

Duración de la entrevista: 65 minutos

// Entrevista 7 //

Iniciales: H.A

Fecha de Entrevista: 2/2/2012

Sexo: M

Edad: 55 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: Consultorio particular

Comentarios: Este ginecólogo realiza los tratamientos de AC en CEGYR (Argentina). Es el único especialista que manda a sus pacientes allá. Estudió la subespecialidad en Barcelona, España. La entrevista se centra en cómo su vida privada afectó su vida profesional. Al mismo tiempo es interesante conocer las razones por las que elige un laboratorio en el exterior y no uno local. La entrevista fue correcta. Mostró buena disposición.

Duración de la entrevista: 60 minutos

// Entrevista 8 //

Iniciales: J.R.B

Fecha de Entrevista: 9/2/2012

Sexo: M

Edad: 60 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: Consultorio particular

Comentarios: Este ginecólogo estudió la subespecialidad en Virginia, EE.UU. Es cofundador y director de su centro, el que tiene el laboratorio en Salto. Es el referente del área de medicina reproductiva del Evangélico. La entrevista se efectuó en muy buenos términos.

Duración de la Entrevista: 45 minutos

// Entrevista 9 //

Iniciales: R.S

Fecha de Entrevista: 9/2/2012

Sexo: M

Edad: 60 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: Consultorio particular

Comentarios: Hace 5 años que fundó el centro CIRA junto con otro ginecólogo. Llegó a la entrevista una hora y veinte minutos más tarde. Cuando llegó había muchos pacientes y la entrevista se efectuó de forma rápida. No mostró demasiado interés en la misma.

Duración de la Entrevista: 15 minutos

// Entrevista 10 //

Iniciales: A.B

Fecha de Entrevista: 16/2/2012

Sexo: M

Edad: 70 años aproximadamente

Lugar de Entrevista: Consultorio particular

Comentarios: Esta entrevista fue realizada en su consultorio en La Española. Es el pionero en fun-

dar una clínica de la fertilidad en esa mutualista. Si bien parecería que en al hacer dichas prácticas en una mutualista podría parecer que la misma cubre los tratamientos, ésta funciona como si fuese un centro privado, con la ventaja de tener todas las instalaciones que dispone la mutualista a su disposición. Estudió la subespecialidad en EE.UU. La entrevista se desarrolló de forma correcta.

Duración de la Entrevista: 40 minutos