



Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo de Diploma

Licenciatura en Gestión Sociocultural para el Desarrollo

Ciencia Tecnología y Género (CTG) en las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Un acercamiento en la consulta de reproducción asistida de Cienfuegos.



Autora: Melissa Hernández Díaz

Tutora: MsC. Kirya Tarrio Mesa

Cienfuegos, Cuba

Curso: 2023

DEDICATORIA

A mis abuelos por ser la guía inspiradora de mis pasos. Mi abuela siempre me dijo que el mejor regalo del mundo era la salud, ¿pero sabes qué? Yo digo que el mejor regalo del mundo es una abuela.

A mis padres por estar siempre a mi lado, brindarme toda su confianza y por el esfuerzo para yo poder seguir estudiando en los tiempos difíciles que se presentaron. Son y serán por siempre mi motor impulsor, dios les permita mucha salud y bendiciones.

A mi tutora por apoyarme y compartir todos sus conocimientos en la construcción de mi sueño.

A mi novio por todo su cariño y apoyo cuando más y tanto lo necesité.

A mis suegros por su apoyo incondicional y brindarme su casa como si fuera la mía.

A todos los compañeros de aula desde el 1 año, pero en especial a todas las amistades maravillosas de la beca en todos estos años.

AGRADECIMIENTOS

A aquellas personas que brindaron sus testimonios y compartieron sus vivencias, en especial a los usuarios, que vieron en esta investigación el interés científico.

Al Centro de Reproducción Asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos, por colaborar en la realización de esta investigación. Representada por su colectivo de trabajadores, quienes contribuyeron en ocasiones sin saberlo, a la culminación de esta investigación.

Un agradecimiento especial a todos los profesores que forman parte del Departamento de Estudios Socioculturales, quienes han influido considerablemente en mi formación profesional.

A mi tutora, Kirya Tarrio Mesa por su imprescindible apoyo, sabiduría y crítica oportuna.

A mis amigos y amigas, de siempre y de hace poco, por acompañarme todos estos años desde la cercanía o la distancia.

A mi familia por brindarme refugio y ayuda incondicional en todo momento.

A mi novio por aguantarme y sin querer inundarlo de esta investigación, permitiéndole ayudarme y apoyarme en todo momento.

A todos, gracias...

RESUMEN

En la actualidad, la Ciencia Tecnología y el Género (CTG), en el estudio de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), permite reconocer y comprender cómo el género transversaliza la experiencia de las TRA. El objetivo del presente estudio es determinar las condicionantes que contribuyen a la reproducción de la cultura de género de los actores de las TRA en la consulta de reproducción asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos, considerando que desde la Gestión Sociocultural con enfoque de género existen condicionantes que contribuyen a la reproducción de la cultura de género en la atención de salud reproductiva asistida, y que estas condicionantes pueden estar presentes entre los actores de las TRA. Y, por ende, es necesario identificarlas y analizarlas para poder desarrollar políticas sanitarias que promuevan la igualdad de género, el acceso y la atención médica en este ámbito. Se realizó un abordaje teórico desde referentes fundamentales de la teoría CTG y la Sociología de la Salud. La investigación que se ha desarrollado es de tipo transversal, con diseño no experimental, realizado con una muestra de 95 actores de las TRA. Como técnicas principales se utilizaron la encuesta y la observación no participante estructurada y encubierta. Se obtuvo como resultado la determinación de condicionantes psicológicas, físicas, económicas, laborales, culturales y socioculturales en el proceso de reproducción asistida.

Palabras Claves: TRA, género, condicionantes, CTG.

ABSTRAC

Currently, in the study of Assisted Reproductive Techniques (ART), the field of Science, Technology, and Gender (STG) allows for the recognition and understanding of how gender permeates the experience of ART. The aim of this study is to determine the factors that contribute to the perpetuation of the gender culture among the actors in the field of ART at the Reproductive Assistance Clinic of the "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" University General Hospital (HGAL) in Cienfuegos. This study considers that within the framework of Socio-cultural Management with a gender focus, there are determinants that contribute to the sustenance of the gender culture in assisted reproductive health care, and that these determinants can be present among the actors in the field of ART. Therefore, it is necessary to identify and analyse them in order to develop health policies that promote gender equality, access, and medical care in this area. Theoretical approaches were based on fundamental references from the STG theory and the Sociology of Health. The research conducted was a cross-sectional non-experimental design, carried out with a sample of 95 actors in the field of ART. The primary techniques used were surveys and non-participant structured and covert observation. The results showed the determination of psychological, physical, economic, occupational, cultural, and sociocultural determinants in the process of assisted reproduction.

Keywords: ART, gender, conditioned, CTG.

**Para conseguir grandes cosas, debemos no
solo actuar, sino también soñar, no solo
planear, sino también crecer.**

Anatole France

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
Capítulo I: Aproximación teórica para el estudio de las TRA desde la perspectiva CTG y la sociología de la salud	16
1.1. De los estudios de la Ciencia Tecnología y Sociedad (CTS) a la perspectiva de Ciencia Tecnología y Género (CTG).....	16
1.2 La tecnología desde los estudios CTG.....	20
1.2.1 Concepciones de Tecnología: Tipología.....	20
1.2.2 Tecnología Biomédica.....	22
1.2.3 Influencia de la Tecnología Biomédica en la CTG.....	23
1.3 TRA como Tecnología Biomédica.....	24
1.3.1 Conceptualizaciones de las técnicas de reproducción asistida (TRA).....	25
1.3.2 TRA desde los estudios de CTG.....	26
1.4 Sociología de la Salud.....	31
1.4.1 Perspectiva de género en la Sociología de la Salud.....	32
1.4.2 La Sociología de la Salud con enfoque sociocultural.....	34
1.5 Contextualización de las TRA en Cuba.....	38
Capítulo II: Resultados	45
2.1 Caracterización de la Consulta de Reproducción Asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos.....	45
2.2 Perfil Sociodemográfico de los usuarios de las TRA encuestados.....	46
2.3 Patrones reproductivos de comportamiento de los usuarios de las TRA.....	52
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	80

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre ciencia y género, también denominados "estudios feministas sobre la ciencia" surgen a partir de los años 60 y 70 a raíz de la segunda ola del movimiento feminista, ligados a las pretensiones políticas de la emancipación de la mujer. La inquietud por la relación entre la ciencia y el género surgió tanto dentro de las propias mujeres científicas que observaban con preocupación su situación de minoría y su conciencia de cierta diferencia respecto de sus colegas varones, como desde los movimientos feministas más militantes, que veían en la ciencia el lugar privilegiado de poder y conocimiento según los valores masculinos del control y la dominación.

Los primeros estudios que relacionan género y tecnología datan de la década del setenta y del ochenta (Wajcman, 1995 y Cockburn, 1992). Si bien es posible identificar varias corrientes que abordan estas relaciones, todas parten de una mirada común: las tecnologías (sus sentidos y aplicaciones) tiene marcas de género, pero esas marcas son masculinas.

Los estudios sobre ciencia, tecnología y género (CTG) han documentado ampliamente las transformaciones feministas que la práctica científico-tecnológica ha sufrido en las últimas décadas (Schiebinger, 1999, 2008). El análisis feminista de la ciencia y la tecnología ha ayudado a una mejor comprensión de la naturaleza de la ciencia y la tecnología, sus procesos de producción, su relación con la sociedad y sus nexos con el poder de formas diversas. (González, 2017)

Los estudios CTG han tratado de analizar en las raíces de la exclusión de las mujeres, planteando la transformación para contribuir a una educación igualitaria, e investigando en los sesgos de género en teorías o disciplinas y en los significados sexuales en el lenguaje y las prácticas científico-tecnológicas. Estas líneas de trabajo han proporcionado, en los últimos años, gran cantidad de información relevante en diferentes ámbitos disciplinares y distintos contextos geográficos.

Una de las áreas tratadas por los estudios CTG se refiere a la situación de las mujeres y del género en las ciencias biomédicas. El primer trabajo de la temática fue llevado a cabo por Nelly Oudshoorn (1990) para analizar el rol que juegan los materiales de investigación en la producción de conocimiento. Para la autora, "el laboratorio no solo refleja los prejuicios de género en la sociedad, sino que es el lugar donde el género es construido y transformado" (Oudshoorn, 1990). Su trabajo pone en relieve los valores contextuales en la ciencia y la historicidad del sexo y del cuerpo.

En el caso de las ciencias y tecnologías médicas, la perspectiva de género desveló asimismo desigualdades producidas por preconcepciones androcéntricas. Las mujeres fueron durante mucho tiempo sujetos poco reclutados en la investigación biomédica y los ensayos clínicos de medicamentos. (Valls, 2009)

Especial atención para la presente investigación, es el trabajo de Irma van del Ploeg (1995). Explica que en la práctica médico- tecnológica de la fertilización in vitro (FIV) es la pareja, más que el paciente individual, quien se considera la unidad del tratamiento (de infertilidad). Señala que tanto la noción de pareja como la del paciente en casos de infertilidad masculina, así como la afirmación de que las técnicas FIV son soluciones apropiadas para estos problemas de pareja, simultáneamente presuponen y legitiman las intervenciones médicas en los cuerpos de las mujeres. Este doble movimiento se produce dejando el trabajo material requerido de intervenciones físicas (y, consecuentemente, de desigual distribución de costos entre los sexos) fuera de las explicaciones científicas de estas prácticas.

Estas interrogantes investigativas se suscitaron desde 1978 con el nacimiento de la primera bebé probeta Louise Brown en el Reino Unido, mediante la fecundación in vitro. Su éxito originó las primeras preocupaciones respecto del papel opresivo que esta y otras técnicas médicas ejercían, en mayor medida, sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres. Las tecnologías de reproducción asistida (TRA) se desarrollaron en el contexto de una sociedad patriarcal, de una ciencia y una tecnología atravesadas por sesgos sexistas que influyen en su configuración. En este sentido, autoras como McNeil (1999) señalan las TRA como herramientas de dominación patriarcal en tanto productos de la ciencia y tecnología sexistas.

Otra perspectiva teórica para el análisis de las TRA, es la que brinda la sociología de la salud. El análisis sociológico se incorpora a las inquietudes propias de estas áreas aportando el conocimiento acumulado por la teoría sociológica, brindando una explicación objetiva y efectiva para la comprensión de la conducta humana dentro del contexto médico. "La tarea consiste, en primer término, en el estudio de la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas y culturas, teniendo en cuenta plenamente la condición al mismo tiempo biológica, social y personal del hombre. Ello significa analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica" (Balarezo, 2017).

A ello se le incluye una visión tecnocientífica basada en el desarrollo de las ciencias médicas y el desarrollo de la tecnología en función de la salud humana (Montes, 2004).

Según Gunther Balarezo-López (2017), la sociología aporta un enfoque relacional al estudio de la salud, no solo desde una comprensión institucional, sino también grupal. Intenta llevar el análisis hacia el campo de la interacción entre las múltiples condicionantes sociales, de la relación entre salud/enfermedad con diversos factores culturales, sociales, políticos, ideológicos, económicos, tecnológicos, jurídicos; de la relación individuo-sociedad en el proceso de salud (Balazero,2017).

La Sociología de la Salud puede ayudar mucho en una política sanitaria más correcta, en el marco de las políticas generales del bienestar. Los aspectos sociales de la salud/enfermedad no son dimensiones añadidas y superpuestas a los componentes físicos y psíquicos; son elementos constituyentes de los procesos y condiciones que definen, en sentido sociológico, el “bienestar” o el “malestar”. (Donati, 1994)

Abordar la esfera de la salud, independientemente de la esfera social, sería asumir un modelo abstracto y unilateral que proporcionaría una visión distorsionada de la realidad. El campo de la sociología de la salud se ha expandido globalmente como respuesta al creciente reconocimiento del papel significativo que tienen los factores sociales a la hora de determinar la salud de individuos, grupo y poblaciones. El carácter especialmente relevante que ha tenido últimamente la sociología de la salud tiene que ver con en primer lugar, por la utilización de la teoría sociológica para el estudio de la salud y en segundo, por la manera como la perspectiva sociológica ha permitido poner en evidencia las causas y los efectos colectivos sobre los problemas de salud. Hoy día se puede decir que la sociología de la salud produce información que puede ser útil tanto para la medicina como para los decisores políticos; pero, a la vez, las investigaciones de campo que se realizan desde la sociología de la salud sobre situaciones relacionadas con la salud también son útiles para la propia sociología. (Donati,1994)

El enfoque sociocultural de la salud se refiere a la idea de que la salud y la enfermedad son fenómenos que están influenciados no solo por factores biológicos, sino también por factores sociales, culturales y psicológicos. Además, destaca la importancia de considerar las creencias, valores y prácticas culturales de las personas al abordar la salud y la enfermedad. Las diferencias culturales pueden influir en cómo las personas buscan tratamiento médico, cómo interpretan los síntomas y cómo responden a las intervenciones de salud.

Según Martínez Casanova (1992), la gestión sociocultural puede contribuir al desarrollo desde la salud de diversas formas. Es importante promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades a través de acciones educativas y culturales que fomenten la adopción de hábitos saludables. También, destaca la importancia de la participación activa de las comunidades en la gestión y mejora de los servicios de salud, lo que implica una mayor implicación y responsabilidad por parte de la población en el cuidado de su propia salud y bienestar. Es vital cooperación intersectorial y la coordinación entre diferentes actores e instituciones en la gestión sociocultural para el desarrollo desde la salud. Esto implica trabajar conjuntamente con actores sociales, políticos, económicos y culturales para garantizar el acceso equitativo y sostenible a servicios de salud de calidad para todas las personas.

Cuba presenta un contexto idóneo y único para el estudio de las TRA desde un enfoque articulado entre los estudios CTG, y la sociología de la salud. A tono con las políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el desarrollo de los objetivos del milenio, en Cuba y adelantándose a los tiempos, en la década de los 80, el Estado destinó cuantiosos fondos al desarrollo de un Programa de Atención a la Infertilidad, que incluyó la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Estas técnicas son de un alto costo en términos económicos para los usuarios, excepto en Cuba, que el estado los asume. Además, requieren de un gran esfuerzo personal, en tiempo, economía, fortaleza psicológica, apoyo familiar, laboral y energía por parte de la pareja en consulta.

Como parte de la política del estado cubano, fue aprobado en el año 2007 el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil, PAPI, el cual norma y protocoliza todos los procesos y actividades que se vinculan con la atención médica a la infertilidad en el Sistema de Salud Pública Cubano. Este programa comienza desde la Atención Primaria de Salud en cada municipio del país, con consultas de Infertilidad insertadas dentro del servicio de planificación familiar, donde acuden parejas procedentes de los consultorios médicos. Cada provincia cuenta con un Servicio de Reproducción Humana insertado en cada Hospital Ginecobstétrico o General, en el mismo se da continuidad a las parejas remitidas del nivel primario de salud.

A su vez, los casos que no tengan solución a este nivel serán remitidos al tercer nivel, que cuenta con tres Centros de Alta Tecnología, en Occidente, Centro y Oriente del país. Precisamente el del centro está ubicado en el hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos y objeto de la presente investigación. En el centro de Cienfuegos se realizan inseminaciones artificiales y

fertilización in vitro convencional, ovodonación y se emprenden los primeros pasos para la vitrificación.

En el año 2019 se aprueba en Cuba en nuevo Código de las familias. En este se permite la incorporación de parejas homosexuales de ambos sexos a los procedimientos de las TRA, dándoles la posibilidad de tener hijos propios. Esto conllevó a una reestructuración del programa que pasó de consulta de infertilidad a consulta de reproducción asistida. Trajo consigo la modificación del protocolo médico que hasta entonces se llevaba a cabo, por otro que se encuentra al presente en proceso de actualización y aprobación definitiva.

Por otra parte La gratuidad del servicio en Cuba permite el acceso al estudio de un universo más amplio y sin el sesgo económico que se le impone en otros países por la carestía de las técnicas. Además, la propuesta teórica que se despliega en la presente investigación articula la perspectiva CTG con la sociología de la salud.

De esta forma la presente propuesta investigativa estaría cumpliendo con uno de los objetivos del milenio, otorgando atención prioritaria a la relación entre el género y la salud, en la creación de marcos conceptuales y la recolección de pruebas empíricas con el fin de incluir una perspectiva de género desde el enfoque CTS en el análisis de la equidad de las políticas del sector de la salud en el caso cubano. Además, estaría cumpliendo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 que incluyen garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades, así como lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas. La CTG en las TRA puede contribuir a estos objetivos al promover la igualdad de género, garantizar los derechos reproductivos y mejorar la salud reproductiva de hombres y mujeres.

Todo lo anteriormente expuesto conlleva al planteamiento de la siguiente situación problemática:

Si bien es cierto que la mujer sostiene el mayor peso en las TRA, desde el punto de vista médico, es un tratamiento de pareja. Se considera como paciente la pareja infértil. El estudio y la asignación de responsabilidad en la participación masculina en las TRA ha sido invisibilizada u obviada en los estudios realizados. La presente investigación propone el estudio desde la pareja infértil, con la inclusión de ambos géneros en las prácticas tecnocientíficas de las TRA bajo la mirada sociológica de la salud.

La práctica tecnocientífica es una forma de actividad social que tiene lugar en un contexto social, histórico, político, tecnológico y económico dado. Por lo tanto, las características de este contexto van a condicionarla siempre y, en ocasiones, de forma considerable. Las TRA son prácticas tecnocientíficas, generizadas,

enmarcadas en el sector de la salud y contrastadas, por ende, por un contexto médico. Por lo tanto, para esta investigación se considera a las TRA como práctica médico- tecnológica.

La ausencia de una Gestión Sociocultural con enfoque de género en el Programa de Atención a la Pareja Infértil se debe en parte a la falta de enfoque sociológico en la salud reproductiva. Aunque la Psicología ha abordado aspectos emocionales y psicológicos de la infertilidad, la Sociología de la salud con un enfoque CTG ha tenido poco debate teórico sobre este tema. Esto ha llevado a que la atención a la infertilidad se centre principalmente en aspectos médicos y psicológicos, dejando de lado las dimensiones socioculturales que pueden influir en la vivencia de la infertilidad y en la forma en que las parejas infértiles buscan ayuda y apoyo.

Es crucial la realización de estudios socioculturales para comprender mejor cómo la infertilidad es percibida y experimentada en diferentes contextos culturales y sociales. Esto incluye el análisis de las normas sociales, creencias, valores, roles de género, estigma, acceso a recursos y apoyo social, entre otros factores que pueden influir en la vivencia de la infertilidad.

Las políticas de salud, los sistemas de atención médica y las estructuras sociales pueden afectar la forma en que las parejas infértiles buscan ayuda y apoyo, las cuales presentan un impacto significativo en la experiencia de las parejas infértiles.

La falta de atención a estas dimensiones socioculturales puede llevar a intervenciones inadecuadas o ineficaces en el programa de atención a la pareja infértil. Por lo tanto, es fundamental integrar un enfoque sociológico en la salud reproductiva y considerar las complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en la vivencia de la infertilidad.

En resumen, es necesario que los programas de atención a la pareja infértil incorporen un enfoque sociocultural para abordar de manera más integral las necesidades y experiencias de las parejas infértiles, garantizando así una atención más efectiva y sensible a su contexto sociocultural.

Teniendo en cuenta tales cuestiones se plantea el siguiente problema de investigación.

¿Cuáles son las condicionantes que contribuyen a la reproducción de la cultura de género en salud, de los actores de las TRA en la consulta de reproducción asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos?

Objetivo General:

Determinar las condicionantes que contribuyen a la reproducción de la cultura de género de los actores de las TRA en la consulta de reproducción asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la consulta de reproducción asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos.
- Identificar los principales actores de la reproducción de la cultura de género en las TRA en relación con los roles de género en la reproducción asistida.
- Describir las condicionantes que contribuyen a la reproducción de la cultura de género de los actores de las TRA en la consulta de reproducción asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos.

Idea a Defender

Las condicionantes que contribuyen a la reproducción de la cultura de género en la salud de los actores de las técnicas de reproducción asistida (TRA) pueden incluir aspectos socioculturales, desigualdades en el acceso a la atención médica y en la toma de decisiones. Estos pueden impactar en la experiencia y el tratamiento de hombres y mujeres que buscan atención.

Para llevar a cabo la investigación se utiliza una perspectiva cualitativa, pues según Hernández, (2018) la investigación desde la ruta cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto.

Se utiliza este enfoque para obtener criterios valoraciones, experiencias y percepciones de los actores de las TRA, donde se incluyen pacientes y personal de salud. Aunque en la investigación se utiliza la encuesta, esta tiene la característica de contar con un elevado número de preguntas abiertas que brindan la posibilidad del dato cualitativo.

Se realiza una investigación de tipo transversal. Este tipo de estudios para Hernández (2003), es aquel donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado, y el diseño. El trabajo de campo se realizó en un corto periodo de tiempo determinado por la intermitencia de la consulta en los últimos tiempos, determinado por la falta de medicamento, personal médico y ajustes constructivos en la consulta.

Se utilizan Métodos Teóricos y empíricos para la realización del presente informe. Del método teórico se hace uso del Analítico-Sintético porque tiene gran utilidad para la búsqueda y el procesamiento de la información empírica, teórica y metodológica. El análisis de la información posibilita descomponerla en busca de lo que es esencial en relación con el objeto de estudio, mientras que la síntesis puede llevar a generalizaciones que van contribuyendo paso a paso a la solución del problema científico como parte de la red de indagaciones necesarias; pero, como método singular, generalmente, no se emplea para la construcción de conocimientos. (Rodríguez, Jiménez, Pérez, 2017)

El método Inductivo-Deductivo porque está conformado por dos procedimientos inversos: la inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales. Las generalizaciones a las que se arriban tienen una base empírica (Dávila,2006); el deductivo es una forma de organizar hechos conocidos y se extraen conclusiones mediante una serie de enunciados que comprenden la premisa mayor, menor y la conclusión. (Dávila,2006). Es así como estos se complementan mutuamente: mediante la inducción se establecen generalizaciones a partir de lo común en varios casos, luego a partir de esa generalización se deducen varias conclusiones lógicas, que mediante la inducción se traducen en generalizaciones enriquecidas, por lo que forman una unidad dialéctica.

De los métodos empíricos se utiliza la Observación estructurada no participante y encubierta pues permite obtener percepciones de la realidad estudiada, que difícilmente podríamos lograr sin implicarnos de una manera afectiva (Hernández, Fernández, Baptista, 2006) y facilita la interpretación y comprensión de las situaciones analizadas. Por su parte, la Encuesta es el instrumento más utilizado para recolectar datos, consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir ((Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

Se utiliza un muestreo no probabilístico: Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección informal. Se utilizan en muchas investigaciones, y a partir de ellas, se hacen inferencias sobre la población. (Gómez,2006)

Para la Selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico estratégico por las características del objeto de estudio. Este posee simplicidad y economía en el diseño muestral, de fácil administración y no precisa listado de población, aunque no permite estimar el error típico y dificulta generalizar resultados de la investigación por los sesgos introducidos en la selección.

Objeto: Reproducción de la cultura de género

Campo: Técnicas de Reproducción Asistida

Unidad de análisis: Consulta de reproducción asistida del Hospital Gustavo Aldereguía Lima

La observación se realizó en las diferentes áreas que componen la consulta: Consulta médica-paciente, Sala de espera y Laboratorio.

Conceptos de la investigación:

La cultura de género: hace referencia a una construcción social y simbólica, que se ha realizado en torno a mujeres y hombres más allá de una base biológica de la diferencia sexual. Se refiere a los roles, derechos y responsabilidades diferentes y a la relación entre ellos, mismas que sufren transformaciones a lo largo del tiempo, mostrando una clara historicidad y espacialidad (Comisión del Comité de Equidad de Género de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2011), e implicando una serie de elementos, a saber: biológica, psicológica, sociocultural, religiosa, económica y política (Hernández, 2006).

TRA: Diferentes procedimientos que, en mayor o menor medida, pueden reemplazar o colaborar en uno o más pasos naturales del proceso de reproducción". En su estudio, Luna sostiene que las TRA implican una invasión en un acto muy íntimo y privado como la concepción. A su vez, involucran técnicas científicas y médicas que pueden llevar a la desnaturalización y medicalización del proceso. (Luna, 2008)

Actores de las TRA: Conjunto de sujetos, intervinientes en los diferentes servicios y métodos biomédicos para la consecución del embarazo. Dentro de los cuales se enumeran a los prestadores de salud, los pacientes, donantes y acompañantes que interactúan en la consulta de infertilidad. (Van den Hof, 2004)

El informe se estructura en dos capítulos. El Capítulo I se desarrollan todos los presupuestos teóricos de la investigación. Antecedentes del tema, estudios precedentes, así como conceptualizaciones que contribuyen a la investigación. Realiza un recorrido desde las teorías de CTG hasta las propuestas teóricas de la sociología de la salud. En el Capítulo II se exponen los resultados de la investigación. Muestra la caracterización de la consulta de reproducción asistida y la presentación de los resultados obtenidos en las encuestas y la observación realizada. El informe también cuenta con conclusiones recomendaciones, bibliografía y anexos. La bibliografía utilizada es de alta novedad y actualidad científica.

Capítulo I: Aproximación teórica para el estudio de las TRA desde la perspectiva CTG y la sociología de la salud.

1.1. De los estudios de la Ciencia Tecnología y Sociedad (CTS) a la perspectiva de Ciencia Tecnología y Género (CTG).

Los estudios de CTS originarios de finales de los años 60 y principios de los 70, reflejan en el campo académico y educativo esa nueva percepción de la ciencia y la tecnología y de sus relaciones con la sociedad, y estos hacen referencia a la imbricación de tres conceptos o perspectivas: la ciencia, la tecnología y la sociedad. Actualmente la ciencia y la tecnología se implican mutuamente y lo hacen, por cierto, en el contexto de una sociedad con la que se Inter penetran, se retroalimentan y se influyen (Pérez, 1997). Esta relación "triple", por así decir, genera interés a causa de las variadas consecuencias que, en lo político, en lo económico y en lo social está presentando el desarrollo científico-técnico; desde ponderaciones hasta protestas álgidas -en los años sesenta y setenta, por ejemplo-, el avance de la ciencia y la tecnología no deja impasibles a los agentes sociales y ello debe hacerse algún eco en la academia. (González, López, Luján, 1998)

El campo de los estudios CTS es heterogéneo y amplísimo (González, López, Luján 1998). En el marco general de los estudios CTS la perspectiva feminista es una de las más fértiles para la reflexión y el hallazgo de nuevos planteamientos (Pérez, 1997); como reivindicación social y lucha identitaria de grupo, el feminismo ha sido desde sus orígenes potente y creativo. Ortiz Gómez ha señalado, por ejemplo, los intereses político y epistemológico que el feminismo ha encontrado en la ciencia a causa las propias características de ésta (Ortiz, 1997): su carácter ideal e imaginativo, su enorme poder social. El concepto de género, crucial para el análisis feminista, representa de hecho una construcción cultural mediada por lo político, lo social y lo económico, entre otros factores; contiene componentes estructurales, simbólicas e individuales que han llevado a reflexiones en torno a la cuestión de si debe distinguirse del sexo o éste se reduce a aquél (como defiende la versión antropológica de la teoría sociobiológica) y, sobre todo, si el género debe hacernos hablar de un modo tan característicamente distinto de pensar y comportarse en las mujeres y los hombres que hayamos de empezar a distinguir éticas femeninas, ciencias femeninas, etc. A este respecto cabe destacar la diferencia entre dos orientaciones epistemológicas principales y opuestas: la reformista (que critica exclusivamente el hecho de que la ciencia haya sido hecha siempre por hombres) y la de la ciencia feminista (más revolucionaria; sostiene la idea de una ciencia femenina) (González, López, Luján 1998).

En el año 1965 la socióloga estadounidense Alice Rossi, formuló la pregunta central con la que se abrió un nuevo campo de investigación sobre las relaciones entre la ciencia, la tecnología y la sociedad: “¿por qué tan pocas?”. El problema que Rossi identificaba no era nuevo, sino tan antiguo como la ciencia misma. Sin embargo, no es sino hasta los años 60 del pasado siglo XX cuando comienza a analizarse la ausencia de mujeres en la producción de conocimiento científico. Desde entonces, los estudios sobre ciencia, tecnología y género (CTG) han ido creciendo hasta convertirse en un ámbito de trabajo académico consolidado a nivel internacional. El artículo que Alice Rossi publicó en la revista *Nature*, así como el trabajo de denuncia y reivindicación de un buen número de mujeres, en su mayoría científicas, en los años 60 y 70 tuvo un efecto importante y duradero. Las mujeres que en esa época hablaban de emancipación empezaban a ocupar los pupitres de las universidades como alumnas y los laboratorios y los grupos de investigación como científicas se encontraban en un mundo mayoritariamente masculino, un mundo diseñado por y para los hombres. (García, 2017)

La recuperación para la historia de la ciencia de figuras femeninas silenciadas y olvidadas, y el estudio empírico y la reflexión sobre la exclusión de las mujeres de la ciencia y la tecnología, es un campo de trabajo de denuncia imprescindible. Complementarios a estos trabajos histórico-sociológicos encontramos también los esfuerzos pedagógicos por renovar curricular y motivar e integrar a niñas y mujeres en el aprendizaje de ciencia y tecnología. El otro frente es el de las militantes en diversos movimientos políticos y sociales: en la lucha de clases, la ecología o el antimilitarismo... que terminan descubriendo que yuxtaponer el compromiso y necesitaban incorporar el género como variable relevante en sus análisis críticos de científico-tecnológica. (González, 2002)

Los enfoques feministas analizarán los sesgos sexistas y androcéntricos en el propio contenido de las ciencias y los significados sexuales en el lenguaje y la práctica de la investigación científica. Ya no se trata únicamente de reformar las instituciones y de alfabetizar en ciencia y tecnología a las mujeres, sino de reformar la propia ciencia. Estos análisis empíricos de episodios o tradiciones científicas específicas han dado lugar a diversas posturas epistemológicas, cuya heterogeneidad provoca interesantes debates relacionados con aquéllos que tienen lugar tanto dentro del propio pensamiento feminista como en los estudios sobre ciencia en general. En particular, el debate de “realistas sociales” “posmodernas”, tal y como lo formula Rose (1994), representa de forma paradigmática las tensiones que se producen entre la necesidad de fidelidad al compromiso político feminista y los desarrollos teóricos y empíricos, dentro y fuera del feminismo, que apuntan hacia la sospecha frente a cualquier tipo de discurso homogeneizante, universalizador e idealizador, algo que vale tanto para la

mistificación de la ciencia como para la mistificación de la feminidad. En definitiva, la discusión feminista sobre la ciencia y la tecnología comienza con el reconocimiento de la escasez de mujeres en las ciencias y asciende hasta cuestiones de trascendencia epistemológica, es decir, sobre la posibilidad y justificación del conocimiento y el papel del sujeto cognoscente. Este desarrollo histórico no constituye un proceso de “superación”, dado que los estudios de exclusión siguen cumpliendo una función crucial para todo el espectro de análisis sobre género y actividad científico-tecnológica. (González, 2002)

Los estudios CTG han tratado, a partir de estas inquietudes, de analizar en las raíces de la exclusión de las mujeres, planteando la transformación para contribuir a una educación igualitaria, e investigando en los sesgos de género en teorías o disciplinas y en los significados sexuales en el lenguaje y las prácticas científico-tecnológicas. Estas líneas de trabajo han proporcionado, en los últimos años, gran cantidad de información relevante en diferentes ámbitos disciplinares y distintos contextos geográficos.

En la práctica de la ciencia y la tecnología, los enfoques de género han sido el motor de cambios importantes. Datos empíricos desatendidos, metodologías innovadoras, prácticas alternativas, reconstrucciones conceptuales, son todos ellos logros de la estrategia recomendada por Sandra Harding (1986) que consiste en mirar los problemas, los datos, los métodos, las teorías y las prácticas desde las vidas de las mujeres. (García, 2017)

En términos generales, podríamos decir que la perspectiva de género ha actuado en la práctica científica y tecnológica sobre lo que denomina “la epistemología de la ignorancia”. (Tuana, 2004). La epistemología se ha ocupado tradicionalmente de lo que conocemos, de los procesos de generación y validación del conocimiento humano. Sin embargo, es igualmente interesante aquello que ignoramos, bien porque se decide no indagar acerca de ello o bien porque las preguntas de investigación ni siquiera llegan a plantearse. (García, 2017)

A partir de mediados de la década de 1980, se opera el llamado giro tecnológico, que supone el abandono de la distinción clásica entre la ciencia y tecnología y el paso de la tecnología al primer plano como centro de atención.

La nueva sociología de la tecnología (Bijker, Hughes, Pinch; 1987), centrada en demostrar la capacidad de la sociedad para influir en la tecnología conformándola (MacKenzie, Wajcman, 1985), acometió frontalmente el determinismo tecnológico que explícita o implícitamente sujetaba la visión de la tecnología en la sociedad y en algunos enfoques desde las ciencias sociales.

La nueva sociología de la tecnología partió de la idea de que los artefactos tecnológicos son el resultado de un proceso en el que intervienen factores sociales, políticos, económicos, valores e intereses. La tecnología está socialmente configurada y la influencia de estos factores no sólo afecta a su uso-corriente abajo, sino que actúa fundamentalmente corriente arriba, es decir, en las fases de diseño y elaboración de los productos tecnológicos (Martí, 2011).

Con el fin de ofrecer una mayor precisión de en el desarrollo de tales argumentos, es importante mencionar que las principales aportaciones conceptuales fueron realizadas desde 3 enfoques: el enfoque social-constructivista, la teoría del actor - red y los enfoques de configuración social y sistemas sociotécnicos. Todos ellos comprendidos en la actualidad bajo las denominaciones de estudios sociales de la tecnología (Wajcman, 2006).

El constructivismo social de la tecnología (Bijker, Pinch, 1984) surgió como un intento de llevar las tesis sobre la ciencia de la sociología del conocimiento a la tecnología (Bloor, 1976). Parte de la idea de que los artefactos tecnológicos (así como las teorías científicas) son una «construcción social», pues, son producto de las negociaciones entre grupos de poder implicados en su desarrollo. Según los constructivistas sociales, las negociaciones entre estos grupos establecen los mecanismos sociales que «determinan» el rumbo de una tecnología en particular, por ello afirman que es socialmente construida (Monterroza, 2017).

La teoría del Actor-Red (Actor-Network Theory, ANT) es una etiqueta que designa un conjunto de principios metodológicos, epistémicos y trabajos de campo, que partieron de una reflexión sobre la ciencia y la tecnología hasta abordar el problema de explicar la producción y estabilización del orden social (Tirado, Domenech, 2005).

Por ello mismo, el autor Law (2009) afirman que la ANT no es una teoría homogénea sino un enfoque, una sensibilidad y un conjunto de principios metodológicos compartidos. Este enfoque estudia la participación de la materialidad y la discursividad en las relaciones que producen y organizan toda clase de actores heterogéneos tales como objetos, sujetos, seres humanos, máquinas, animales, naturaleza, ideas, organizaciones, desigualdades, escalas, tamaños y arreglos geográficos (Law, 2009).

El enfoque de sistemas, desarrollado por Thomas Hughes considera que no se puede hablar propiamente de dispositivos tecnológicos solamente técnicos. Aunque la innovación tecnológica se basa fundamentalmente en la tecnología anterior existente, el proceso vincula elementos técnicos, financieros,

empresariales, sociales, políticos y culturales (Wajcman,2006). Todos ellos y sus relaciones integran un sistema sociotécnico.

1.2 La tecnología desde los estudios CTG

Las reflexiones sobre los estudios de género y tecnología cuentan con una gran trayectoria. Estas adoptan una perspectiva que considera simultáneamente el impacto diferencial del cambio tecnológico en mujeres y hombres, y la afirmación de que mujeres y hombres, a su vez, conforman la tecnología, es decir, que los procesos tecnológicos y su resultado están configurados por las relaciones, los códigos, las identidades de género. Crean, en definitiva, una relación mutuamente conformadora entre género y tecnología (Wajcman, 2006).

Esta identificación de la ciencia como espacio masculinizado, no solo actúa como mecanismo de exclusión de las mujeres, sino que es la base de indicaciones prácticas de la ciencia, y por lo tanto de aplicaciones tecnológicas.

En los años ochenta, investigadoras en el campo de la biomédica (Sterling, 1992; Keller, 1983; Rosser, 1988) mostraron que el predominio de varones científicos sustentaba este sesgo, de manera que se excluían a las mujeres como sujetos experimentales, centrándose en patologías y problemas que interesaban sobre todo a los hombres e interpretando los datos basándose en un lenguaje y con unos parámetros androcéntricos.

En este sentido, Evelyn Fox Keller (1985) planteó que si bien uno de los aspectos importantes de la revolución cultural de las dos últimas décadas fue el aumento notable en el número de mujeres científicas, sobre todo en las ciencias de la vida, la presencia de las mujeres en sí misma no garantizaba el verdadero cambio (Keller, 1991).

El problema de eran las mujeres sino el modo en el que estaba configurada la tecnociencia. Ya desde la década de los ochenta se produce un desplazamiento en las reflexiones sobre género, ciencia y tecnología pasando de plantear la cuestión de las mujeres en la ciencia y la tecnología a cuestionar la ciencia y la tecnología en tanto que prácticas neutrales (Sterling, 1992; Harding, 1996; Pérez, 2008, 2006,2007). Como señalan Marta González y Eulalia Pérez Sedeño este cambio de orientación no constituye un proceso de superación, dado que los estudios de exclusión siguen cumpliendo una función crucial para todo el espectro de análisis sobre género y actividad científico-tecnológica (González, Pérez, 2002).

1.2.1 Concepciones de Tecnología: Tipología

La tecnología es el conjunto de herramientas, métodos y conocimientos que se utilizan para crear, desarrollar e innovar en diversas áreas como la informática, la

electrónica, las comunicaciones, entre otras. La tecnología ha revolucionado nuestra forma de vida y ha transformado la manera en que nos comunicamos, trabajamos, aprendemos y nos relacionamos con el mundo que nos rodea. En la actualidad, la tecnología sigue avanzando a pasos gigantescos y su influencia en nuestras vidas no deja de expandirse.

Aristóteles fue uno de los primeros autores en brindar una concepción sobre la tecnología, denominándola tecnoepistemología:

Según Aristóteles, la tecnología es una disposición de la técnica para hacer posible y servir a la consecución de los fines humanos. La técnica como cognición productiva es la capacidad de realizar razonamientos. Entonces, el conocimiento tecnológico es diferente del conocimiento cotidiano y del científico.

Hay diferentes formas de entender la noción de tecnología, un concepto que cada vez es más complejo; así mismo, hay que tener en cuenta que su significado ha ido cambiando a través de los tiempos y que es polisémico en la vida cotidiana. Del sentido más estricto que tenía en los siglos XVIII y XIX se ha pasado hoy a interpretarla como un conjunto de fenómenos, herramientas, instrumentos, máquinas, organizaciones, métodos, técnicas, sistemas, etc. (Osorio, 2002)

Por ejemplo, Kline (1985) se refiere a diversos significados de la tecnología, tales como:

- El conjunto de productos artificiales elaborados por las personas.
- Los procesos de producción; esto es, el conjunto de personas, máquinas y recursos necesarios en un sistema socio-técnico de fabricación.
- Los conocimientos, metodologías, capacidades y destrezas necesarias para poder realizar las tareas productivas.
- El sistema socio-técnico necesario para poder utilizar los productos fabricados.

Según la UNESCO (2021): Las tecnologías son artefactos realizados mediante una aplicación sistemática de conocimientos y utilizados para alcanzar objetivos prácticos. Se utilizan ampliamente en la medicina, la ciencia, la industria, la comunicación, el transporte y la vida cotidiana. Las tecnologías incluyen objetos físicos como utensilios o máquinas, así como herramientas intangibles como el software.

En 1967, el Sociólogo Estadounidense James D. Thompson propuso dos tipos generales de tecnología: tecnología fija y flexible. Desde entonces, otros autores han propuesto nuevas categorías, pero su clasificación se considera pionera.

Según Thompson (1967), la tecnología puede ser:

- Tecnología fija: Es la tecnología diseñada para cumplir con un solo propósito. Por lo tanto, no puede ser utilizada con fines diferentes para los cuales fue creada. Además, la tecnología fija evoluciona muy lentamente, a diferencia de otros tipos de tecnología que requieren actualización constante.

-Tecnología flexible: La tecnología flexible es aquella que tiene varios usos, ya que puede adaptarse o complementarse a otras tecnologías o productos. Esto significa que puede cambiar su funcionamiento o el objetivo para la cual fue creada.

1.2.2 Tecnología Biomédica

Desde la segunda mitad del siglo XX, la medicina se ha visto beneficiada por avances revolucionarios en la tecnología médica o sanitaria, que modificaron sustancialmente las prácticas de diagnóstico y terapéutica, poniendo al alcance del médico y de sus pacientes procedimientos, equipos y materiales, que no muchos años atrás, solamente se podrían haber encontrado en un escenario de ciencia ficción. (Trampisch, 2021)

El siglo XX se ha caracterizado por un desarrollo explosivo de la diagnosis y la terapia médica. Desde principios del siglo XX, la incorporación del desarrollo tecnológico, principalmente en electrónica, computación y ciencia de materiales, permitió finalmente la evolución hacia la ingeniería biomédica y la física médica, la cual, a su vez, ha tenido un alto impacto de retroalimentación sobre la medicina produciendo nuevos métodos además de la mejoría hasta el límite de otros más tradicionales. A finales del siglo XIX, el escenario cambió principalmente por la aplicación metodológica de las ciencias naturales que hacen análisis a partir del principio de causa y efecto y que constantemente ponen todo en duda para ampliar el conocimiento. Lo mismo se aplica en medicina. Esta transformación se inició a mediados del siglo XIX con el enfoque racionalista y multidisciplinario de la fisiología y la fisiopatología humanas. Esta evolución ha llevado al desarrollo de áreas y actividades multidisciplinarias e interdisciplinarias, como la física médica y la ingeniería biomédica respectivamente, conduciendo a importantes desarrollos en tecnología médica con un elevado impacto socioeconómico. (Trampisch, 2021)

Dentro campo de actividades relacionadas con la aplicación de la tecnología en la atención médica y el mejoramiento de la salud humana están: tecnología sanitaria, tecnología médica, tecnología biomédica, ingeniería médica, ingeniería hospitalaria y electromedicina. Sin embargo, es importante destacar que la tecnología biomédica ha jugado un papel fundamental en el desarrollo de avances tecnológicos para mejorar la salud del ser humano.

El campo de la tecnología biomédica ha crecido significativamente en los últimos años y se ha convertido en una parte fundamental para las instituciones de salud. Su desarrollo continuo ha permitido mejorar la salud y ha llevado a los proveedores de servicios de salud a depender cada vez más de la adquisición de tecnología biomédica para ofrecer servicios de calidad.

La tecnología biomédica es crucial para los sistemas de salud y su impacto en la calidad y el costo de los servicios es significativo. Por esta razón, las organizaciones de salud buscan constantemente formas de mejorar sus servicios y reducir costos a través de la implementación de tecnología biomédica.

En sentido general, se denomina tecnología biomédica a la ciencia que estudia los avances tecnológicos referentes a la salud. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudar con equipos tecnológicos avanzados.

1.2.3 Influencia de la Tecnología Biomédica en la CTG

Las tecnologías tienen un impacto en la vida de mujeres y hombres de diversas maneras. En términos generales, las tecnologías han creado nuevas oportunidades para el aprendizaje, el trabajo y la comunicación, lo que puede tener beneficios tanto para las mujeres como para los hombres. Sin embargo, también es importante considerar que hay factores sociales y culturales que pueden influir en cómo las tecnologías son utilizadas por mujeres y hombres. Además, existen brechas de género en el acceso a la tecnología y en la habilidad para usarla efectivamente. Esto puede deberse a factores económicos, culturales y educativos, lo que puede afectar desproporcionadamente a las mujeres en algunos contextos.

Las biociencias y la biomédica han recibido una especial atención en los últimos años, tanto en los estudios generales sobre ciencia y tecnología como en los estudios específicos de género. Su papel es fundamental en nuestras sociedades, especialmente cuando éstas toman el cuerpo como objetivo concreto de estas prácticas tecnológicas. Su capacidad creciente para comprender y manipular, su relevancia económica y su influencia sobre la forma en la que entendemos y aplicamos los conceptos de género, identidad o salud y enfermedad, hacen de ellas objetos preferentes del estudio de las relaciones entre las tecnociencias y la sociedad. En particular, las investigaciones, interpretaciones e intervenciones tecnocientíficas sobre los cuerpos son ahora centrales para el estudio social y el análisis de género de la ciencia y la tecnología (Martín, Ortega, Pérez, 2017).

La tecnología biomédica ha tenido una gran influencia en la ciencia y la tecnología en general, así como en las cuestiones de género. En cuanto a la influencia de la tecnología biomédica en la ciencia y la tecnología, esta ha sido enorme. La

tecnología biomédica ha permitido avances significativos en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como en la investigación médica.

En términos de género, la tecnología biomédica también ha asumido un impacto importante. Ejemplo de ello son las técnicas de reproducción asistida (TRA), que han permitido a muchas parejas infértiles tener hijos, lo que antes era imposible. Asimismo, ha impulsado la igualdad de género en la investigación médica y la atención sanitaria, al abrir nuevas oportunidades para que las mujeres participen en la investigación y la toma de decisiones en este ámbito (González, Fernández, 2016).

En el caso de las ciencias y tecnologías médicas, la perspectiva de género ha revelado desigualdades producidas por preconcepciones androcéntricas, y las mujeres han sido durante mucho tiempo sujetos poco reclutados en la investigación biomédica y los ensayos clínicos de medicamentos. El análisis feminista de la ciencia y la tecnología ha ayudado a una mejor comprensión de la naturaleza de la ciencia y la tecnología, sus procesos de producción, su relación con la sociedad y sus nexos con el poder de formas diversas (González, Fernández, 2016)

No obstante, también es importante mencionar que la tecnología biomédica ha planteado nuevos desafíos para las cuestiones de género, como el acceso a ciertas tecnologías puede verse limitado por cuestiones económicas o culturales, lo que puede afectar de manera desproporcionada a mujeres y minorías.

El impacto de la tecnología biomédica en cuestiones de género y equidad es un área de estudio esencial que requiere una atención continua. Al abordar estos desafíos, se puede trabajar hacia un sistema de atención médica más equitativo, justo e inclusivo para todas las personas, independientemente de su identidad de género, origen étnico o situación económica.

1.3 TRA como Tecnología Biomédica

La investigación biomédica ha conducido al desarrollo de un dispositivo científico-tecnológico, en el que se desarrollan los conocimientos y se diseñan las técnicas para enfrentar la infertilidad. (Flores, 2022)

De este modo se forma un circuito justo en el que el desarrollo de una nueva tecnología da lugar a preguntas científicas y nuevas indagaciones en distintos campos del conocimiento, que llevan al perfeccionamiento de las técnicas o incluso a la creación de nuevas. Esto es relevante porque en el campo de las TRA queda muy claro que no hay un camino unidireccional, en el que únicamente el conocimiento científico es el que da lugar a las tecnologías (Krige, 2006), sino

también el desarrollo tecnológico puede conducir a nuevas preguntas y temas de investigación en la biomedicina y en las ciencias sociales y humanas

Desde la segunda mitad del siglo XX, se produjeron en forma acelerada una serie de importantes avances en el campo de la reproducción humana. A partir de la década de los sesenta comenzaron a desarrollarse distintas terapéuticas para resolver las diversas causas de la infertilidad en las parejas.

En la cronología de la aparición de estas técnicas es importante destacar dos acontecimientos con relevancia mundial: el año 1978, cuando se consiguió el primer nacimiento por FIV en seres humanos en el Reino Unido, entonces nació Louise Brown, reconocida como la bebe probeta, y el 12 de julio de 1984, fecha del primer nacimiento por FIV en España, cuando nació Victòria Anna en el entonces Instituto Dexeus. La publicación del primer embarazo mediante reproducción asistida en el mundo apareció en la revista médica Lancet, y fue el resultado de la colaboración entre el fisiólogo Robert Edwards y el cirujano Patrick Steptoe. Robert Edwards fue reconocido con el premio Nobel de Medicina en el año 2010 por su contribución al desarrollo de la biología y la medicina de la reproducción. (Grifols, 2015)

El nacimiento de Victoria Anna en España gracias a la fecundación in vitro (FIV), al igual que el de todos los niños que fueron concebidos a través de esta técnica, fue un hito para la ciencia y abrió una puerta a la esperanza para muchas mujeres y familias con problemas de fertilidad. En España, además, fue el paso definitivo para impulsar el avance y desarrollo de la medicina de la reproducción. Desde entonces, se estima que más de 9 millones de niños han nacido en el mundo gracias a las técnicas de reproducción asistida, lo que ha representado una auténtica revolución en la reproducción humana. (EUROPA PRESS, 2019).

El nacimiento de Victoria Anna no solo representó un logro científico y médico significativo, sino que también tuvo un impacto profundo en la sociedad al sensibilizar sobre las posibilidades que ofrecen las técnicas de FIV para la maternidad y la paternidad, al mismo tiempo que proporcionaba esperanza y apoyo a aquellas personas que enfrentan dificultades para concebir.

1.3.1 Conceptualizaciones de las técnicas de reproducción asistida (TRA)

Para el abordaje sobre las diversas concepciones, deben ubicarse a las TRA en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) conforman un apartado dentro de lo que se considera como Salud Sexual y Reproductiva (Luna, 2008). Durante la última década del siglo XX y a partir de un amplio movimiento de luchas políticas por el reconocimiento de la sexualidad y la reproducción como asuntos de Derechos Humanos, los derechos sexuales y los

derechos reproductivos son puestos en la agenda de los diferentes organismos internacionales (López Gómez, 2013).

La salud reproductiva se reconoce como un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia [...] el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permiten los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (Cook, Dickens, Fathalla, 2003)

A continuación, se analizan dos concepciones de diferentes autores sobre las técnicas de reproducción asistida:

Según Cardaci, Sanchez (2009), se denomina reproducción asistida a cualquier método artificial que se usa para mejorar las probabilidades de lograr un embarazo. Las técnicas empleadas pueden ser de baja o alta complejidad. Entre las primeras se encuentran la inducción de la ovulación por medios farmacológicos; la hiperestimulación ovárica controlada; y la inseminación artificial intrauterina. Dentro de las técnicas de alta complejidad más conocidas y utilizadas se encuentra la fecundación in vitro (FIV) y la inyección intracitoplasmática del espermatozoide.

Luna (2008), las define como “los diferentes procedimientos que, en mayor o menor medida, pueden reemplazar o colaborar en uno o más pasos naturales del proceso de reproducción”. En su estudio sostiene que las TRA implican una invasión en un acto muy íntimo y privado como la concepción. A su vez, involucran técnicas científicas y médicas que pueden llevar a la desnaturalización y medicalización del proceso.

En general se denominan como técnicas biomédicas capaces de sustituir a los procesos naturales de fecundación, logrando la concepción del embarazo ante la problemática de la infertilidad.

1.3.2 TRA desde los estudios de CTG

La transcendencia de las técnicas de reproducción asistida vista desde la ciencia, tecnología y el género se analiza desde el nacimiento en 1978 del bebe probeta.

Las técnicas de reproducción asistida han introducido un hecho diferencial en el proceso reproductor: permiten dissociar sexualidad y reproducción y que las

mujeres puedan llegar más tarde, e incluso solas, a la maternidad con posibilidades de éxito.

Señala Verena Stolcke (2018), que es en el campo del desarrollo biotecnológico donde quizás podamos comenzar a encontrar respuestas acerca de las circunstancias históricas que permiten que las diferencias de sexo generen desigualdades de valor y poder entre los seres humanos. La disputa sobre la manipulación de materiales genéticos aparentemente “desencarnados” evidencia la carga de significados socioculturales que los mismos comportan.

En los años sesenta y setenta del siglo XX, el feminismo comenzó a interrogarse sobre el lugar del cuerpo y la sexualidad en el análisis de las formas de dominación, cuando el desarrollo de tecnologías penetraba en todos los ámbitos de la vida (Scavone, 2007). Así como en los años noventa, feministas europeas y estadounidenses comenzarían a criticar algunas de las aristas de desarrollo y aplicación de las TRA (Técnicas de Reproducción Asistida): el sometimiento del cuerpo femenino para lograr una maternidad sin medir costos físicos y psíquicos y resumiendo una vez más a la mujer en su papel de madre; la construcción de un deseo de maternidad al servicio de otro, el de paternidad, asociado este último a la virilidad; la sobrevaloración del vínculo de sangre por sobre las relaciones de crianza, entre otros aspectos (Viera, 2012).

Para Firestone la verdadera revolución feminista debía pasar por la revolución en la reproducción, dado que la causa originaria de la persistente opresión de las mujeres estaba en su biología, en su capacidad de ser madres. Esta diferencia con los hombres era históricamente la que había generado su sometimiento y había servido para la legitimación, por parte del poder patriarcal, de la división sexual del trabajo y del modelo de familia heterosexual de dominio masculino. Si gracias a la tecnología podía eludir este destino, los cambios se producirían necesariamente ya que habrían perdido la base en que la sustentaba (Firestone, 1976).

La argumentación de Firestone es sin dudas increíble, ya que implica atribuir a la parte dominada el motivo de su dominación. No se denuncia a quien ejerce el poder, o se da la batalla por perdida, ni se canaliza la acción hacia el cambio en las relaciones (Mosse, 1990). Su propuesta constituye la posición más abiertamente tecnófila en relación con las nuevas tecnologías de reproducción (Harwood, 2007).

Que sea el propio cuerpo el invadido, medicalizado y foco de los tratamientos, es algo señalando que se encuentra atravesado por la variable de género de forma desigual. Estos procesos no sólo tienen relación con las TRA, sino con los

procesos históricos de creciente medicalización del cuerpo y de la reproducción de las mujeres. (Armstrong, 1995)

Mary O' Brien planteó el rechazo de la reproducción por parte de algunas feministas deriva de su voluntad de escapar de la trampa patriarcal en la que se ha convertido. La solución debe pasar por una nueva teoría política que plantee la necesidad de redefinir las relaciones de género partiendo de la reproducción. Sólo desde ella podrán las mujeres comenzar a comprender sus posibilidades y a ejercer su libertad. Afirma que, así como los hombres disponen de encuentros rituales en los que se esfuerzan como hombres, las mujeres carecen de ellos. El nacimiento constituía en el pasado un ritual femenino en el que las mujeres compartían esta experiencia primaria femenina, pero fue truncada por la intervención de la medicina (Code, 1984).

El éxito avalado por el nacimiento en 1978, fue amparado por la mayor parte de las feministas vinculadas al campo de la tecnología y la sociología de la medicina con abierta preocupación. Marcaba un hito en una historia que iba a afectar radicalmente en la vida de las mujeres. Se trataba de una tecnología que incidía de pleno en un terreno sexoespecífico, el de la reproducción, en el que estas investigadoras ya habían trabajado descubriendo las imbricaciones de la intervención tecnomédica sobre él. Resumidamente Charis Thompson desde mediados de los años sesenta destacadas feministas investigaron y escribieron sobre la excesiva medicalización de la reproducción en el mundo occidental y sus efectos sobre las mujeres. El creciente intervencionismo médico estaba convirtiendo el embarazo y el parto en procesos mecánicos y patológicos, y estaba conduciendo a las mujeres a creer que, si ellas no interferían en él, cediendo el protagonismo a los profesionales, se desarrollarían de modo mucho más eficiente (Smietana, Marcin, Thompson, 2018). Por tanto, marcan el ejercicio de poder y el control sobre las mujeres por parte de la medicina patriarcal, materializando en la intervención en sus cuerpos.

En los años ochenta este optimismo tecnológico se truncó, en algunas mujeres, en un pesimismo radical que cuestionaba la capacidad de estas técnicas para favorecer la liberación femenina. En Estados Unidos surge un movimiento denominado FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering) cuyo objetivo es la denuncia y oposición a la ingeniería reproductora y genética. En un documento expresa las razones de su resistencia alegando que estas técnicas sirven básicamente de soporte al patriarcado en la medida en que: a) El poder reproductor de las mujeres queda bajo el control de los hombres (Ehrenreich, 1988); y b) Refuerzan el papel tradicional de madres que la sociedad ha asignado a las mujeres (Stolcke, 1988; Izquierdo, 1993.)

a) Dado que estas técnicas implican una instrumentalización de las mujeres, consideran que está justificado privar a las mujeres infértiles de su utilización. Entienden que cuando éstas se someten voluntariamente a esta explotación científica lo que hacen realmente es satisfacer los intereses del staff médico que se vale de su infertilidad para obtener beneficios profesionales y económicos. Su uso conlleva, también, que las mujeres pierdan el control de decisión sobre su propio cuerpo, culminando así el proceso que se inició cuando la profesión médica medicalizó la gestación y el parto. El poder de control de los maridos sobre las mujeres se transfiere a los médicos. Esta medicalización tiene, a su vez, el inconveniente de que dificulta llevar a cabo investigaciones sociológicas sobre las causas sociales de la infertilidad.

b) Subrayan, además, que las decisiones voluntarias de las mujeres infértiles no son verdaderamente autónomas, pues se hallan mediatizadas por las medidas pronatalistas de la sociedad. Es la sociedad la que les crea la falsa conciencia de que ellas también quieren tener hijos. El deseo de tener un hijo no es un deseo nacido de sí mismas, sino que está construido socialmente, y a medida que las técnicas se perfeccionen les será más difícil a las mujeres poder resistirse a su utilización. Ponen en duda que el interés en tener un hijo biológico sea específicamente femenino. Creen, más bien, que se trata de un interés masculino pues para los hombres la paternidad es fundamentalmente la transmisión de los propios genes, mientras que para las mujeres la maternidad es básicamente el cuidado del niño.

Las técnicas de reproducción asistida (TRA) se aplican como solución a la infertilidad, ya sea en hombres o mujeres, así como a la infertilidad en una pareja. Estas técnicas ofrecen opciones para aquellas personas que enfrentan dificultades para concebir de manera natural, proporcionando alternativas que les permiten tener descendencia. Estas incluyen una variedad de tratamientos, como la fertilización in vitro (FIV), la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI) y el uso de donantes de espermatozoides o óvulos, entre otros. Estas técnicas pueden abordar una amplia gama de desafíos reproductivos, incluidos problemas de fertilidad tanto masculinos como femeninos, trastornos ovulatorios, endometriosis, anomalías uterinas, entre otros. (Paraíso, Brasch, Checa, Azaña, 2022) La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que se caracteriza por la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. (Bruselas, OMS, 2010), por tanto, es un problema de salud.

Es fundamental destacar que el uso de las TRA implica consideraciones éticas, médicas y emocionales importantes, por lo que es crucial que los pacientes reciban un adecuado apoyo y asesoramiento durante todo el proceso.

Las TRA, al brindar soluciones a la infertilidad y a la infertilidad en la pareja, representan una herramienta crucial para aquellos que enfrentan desafíos reproductivos, ofreciendo esperanza y oportunidades para cumplir el deseo de formar una familia.

Los problemas relacionados con la salud o la enfermedad han constituido una preocupación de los hombres desde hace mucho tiempo. Primeramente, eran objeto exclusivo de las ciencias biológica y médica, pero luego surge la necesidad de ser explicadas a partir del enfoque de otras disciplinas, que de manera directa o indirecta han brindado su apreciación, concepción y alternativas de solución a los problemas estudiados.

La amplitud del enfoque que hoy se tiene de la salud, tanto de los factores que la determinan como de lo que ella significa en sí misma; ha creado, por un lado, necesidades gnoseológicas en la especialidad de medicina que se cubren por otras disciplinas más sociales incorporadas a la formación curricular del médico; mientras que por otro, ha dado pie al nacimiento de áreas de especialización dentro de diversas ciencias que llevan algún tiempo dedicadas al estudio de los problemas de salud desde la perspectiva de su objeto de estudio y del uso de sus propios instrumentos de análisis. El aporte que cada una de esas ciencias, junto a la medicina ha servido para consolidar esa perspectiva social que descansa en una concepción más integrada de la multiplicidad de factores que inciden en el comportamiento de diversas enfermedades, así como en la definición de salud (Real, Thureaux, López, 2011).

La Sociología es la ciencia que estudia las regularidades del desarrollo y funcionamiento de los sistemas sociales, tanto globales como particulares. Estudia la concatenación de los distintos fenómenos sociales y las regularidades de la conducta social del hombre (Real, Thureaux, López, 2011). Una definición más pragmática señala que se ocupa de la vida social humana, de los grupos y sociedades. Estas cuestiones son de interés también en el análisis del proceso salud enfermedad, por ello dentro de la sociología está presente un área particular dedicada a este tema.

La importancia de los estudios de la sociología de la salud radica en varios aspectos: permite analizar y comprender las causas y factores sociales que afectan la salud humana, como la raza, el sexo, la sexualidad, la clase social y la región (Amzat, Razum, 2014), proporciona información a partir de la aparición de problemas, medidas preventivas y tratamientos, lo que permite a los funcionarios y planificadores de la salud fortalecer su desempeño en el contexto de las políticas públicas en salud (Balarezo, 2018), también se interesa en la promoción de la salud en el contexto de los derechos humanos en poblaciones postergadas

socialmente. La sociología médica se enfoca en los aspectos aplicados de la sociología médica, como la relación entre médicos y pacientes, y cómo estos últimos, en su experiencia individual y colectiva, necesitan de la ayuda de los médicos (Duarte, 1994).

1.4 Sociología de la Salud

La sociología médica en sí, surge en los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, cuando se consigue una importante financiación de dicho gobierno para la investigación socio médica, debido al interés por el estudio de la influencia de los factores socio-culturales en la etiología de la enfermedad mental como consecuencia del cambio social, estrés y sobre todo a la prevalencia (aparentemente muy alta) de desórdenes psiquiátricos diagnosticados durante la selección de la población masculina para el servicio militar (Cockerman, 2005).

Posteriormente Robert Strauss en 1957 plantea que la sociología médica se divide en dos corrientes separadas, pero a la vez interrelacionadas por áreas, siendo estas:

Sociología en la medicina, también llamada sociología de la salud. El sociólogo colabora directamente con el médico y otros profesionales de la salud en el estudio de los factores sociales que son relevantes a un desorden de la salud en particular y estudia las causas y consecuencias de la salud y la enfermedad. El trabajo del sociólogo es la aplicación directa en el cuidado del paciente o en resolver problemas de la salud pública y analiza la etiología o causas de los desórdenes en salud, teniendo en cuenta que dichos desórdenes están relacionados a variables sociales como: edad, sexo, status socio-económico, raza, grupo étnico, educación y ocupación. Se caracteriza por la investigación y el análisis primeramente motivado por un problema médico más que por un problema sociológico. Así mismo, recoge las perspectivas sociológicas, las teorías y los métodos y los aplica al estudio de la salud y la práctica médica. Los sociólogos en la medicina realizan trabajos aplicados en los cuales el conocimiento sociológico y los métodos de investigación se usan para proveer de información útil a los profesionales de la salud para mejorar la atención médica; a las organizaciones de la salud para ofrecer servicios más efectivos; y a los organismos de planificación y decisión para desarrollar programas y políticas tendientes a mejorar las condiciones de la salud en la sociedad (Briceño, 2003).

Sociología de la medicina - se refiere a factores tales como organización, rol de las relaciones, normas, valores y creencias de la práctica médica como forma de comportamiento humano. El énfasis está dado en el proceso que ocurre en el escenario médico y como este contribuye al entendimiento de la sociología médica

y en particular de la vida social en general. Se caracteriza por la investigación y el análisis del ambiente médico desde una perspectiva social (Schuffer, 1993).

Utilizan el conocimiento sociológico y los métodos de investigación para explicar, generalizar y predecir conductas sociales humanas en relación a situaciones de salud con el fin de desarrollar y verificar teoría sociológica y contribuir al conocimiento general de la disciplina.

La sociología de la salud desde el género se enfoca en analizar cómo las construcciones sociales de género afectan la salud y el acceso a la atención médica. Este enfoque dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, y busca analizar las diferencias en función del género que puedan afectar la salud y el acceso a los servicios de salud (Alemany, 2001). La integración de la perspectiva de género en la sociología de la salud implica evaluar el modo en que el género determina las medidas planificadas, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles (OMS, 2018). La igualdad de género en salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados (Colombia, OPS, 2020).

1.4.1 Perspectiva de género en la Sociología de la Salud

La aplicación de la perspectiva feminista produce un nuevo tipo de conocimiento o una nueva forma de conocer que antes no concebíamos, ya que nos permite ver lo que antes pasaba desapercibido y entender o al menos visualizar la exclusión de las mujeres en la investigación médica y la necesidad de empoderar el conocimiento de las mujeres (Shai, Koffler, Hashiloni-Dolev, 2021). Además, la teoría feminista nos permite enfocarnos en las cuestiones económicas, sociales y políticas que afectan a las mujeres en el campo de la salud, y nos permite integrar la epistemología y metodología feministas en el estudio y la práctica (Unissa, 2021). En resumen, la aplicación de la teoría feminista al campo de la sociología médica nos permite ver la exclusión de las mujeres en la investigación médica y la necesidad de empoderar el conocimiento de las mujeres, y nos permite enfocarnos en las cuestiones económicas, sociales y políticas que afectan a las mujeres en el campo de la salud.

Para proporcionar una breve revisión de las contribuciones feministas al campo de la sociología médica, es útil considerar la división convencional de este campo en tres áreas específicas: el proceso salud-enfermedad, la práctica médica y el conocimiento médico. Sin embargo, una de las contribuciones centrales de la teoría feminista en este campo es la insistencia en problematizar los conceptos de salud y enfermedad, lo que desafía las definiciones tradicionales y destaca el

impacto de los factores sociales en la salud de las mujeres. Por lo tanto, la diferenciación de estas tres áreas no es tan clara como puede parecer a primera vista. La teoría feminista también ha criticado el sesgo masculino en la ciencia y la práctica médicas, ha abogado por la inclusión del pensamiento y las prácticas feministas en la ciencia, la práctica y las políticas médicas, y ha reconocido la importancia del conocimiento y las experiencias de las mujeres en la atención médica. Además, la teoría feminista ha destacado las relaciones de poder de género que contribuyen a las inequidades en salud y ha abogado por la justicia y la igualdad en la atención médica.

Proceso Salud-Enfermedad

Diversas fuentes han documentado que en promedio las mujeres viven más que los hombres, pero también que ellas enferman más y utilizan más los servicios de salud que los hombres, incluso si se excluyen los servicios relacionados con la maternidad (Trypuc, 1988; Camposortega, 1990). Aunque no existen explicaciones concluyentes sobre estas diferencias, desde una perspectiva feminista se han propuesto diversas hipótesis para dar cuenta de este fenómeno. Por ejemplo, Verbrugge ha propuesto que las hipótesis pueden agruparse en cuatro categorías: 1- Diferencias debidas a la exposición diferencial a riesgos, 2- Diferencias por vulnerabilidad diferencial a los riesgos, 3-Diferencias por consecuencias diferenciales de los riesgos, 4-Diferencias debidas al acceso diferencial a recursos que protegen contra riesgos. Estas hipótesis se han probado en varios estudios, incluida la investigación sobre raza-etnia y trayectorias de salud, la salud física de mujeres y hombres, y la morbilidad masculina y femenina en la práctica general. También se han explorado las diferencias de género en los determinantes y las consecuencias de la salud y la enfermedad, y Verbrugge argumenta que las diferencias de género son más pronunciadas para ciertos resultados de salud y que los roles de género y la socialización juegan un papel importante en la configuración de los comportamientos y resultados de salud (Verbrugge, 1985). En relación a esta hipótesis, sin embargo, la evidencia es muy escasa, de manera que desde una perspectiva feminista las hipótesis relevantes son las tres primeras. Verbrugge sugiere que la mayor morbilidad de las mujeres está influenciada por factores sociales derivados de la manera en que se integran al mercado de trabajo, así como de un mayor stress e infelicidad que derivan de sus condiciones objetivas de vida y que resultan en una mayor sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad (Verbrugge, 1989).

La relación entre trabajo femenino y salud está también siendo explorada por autores Latinoamericanos. Uno de los puntos de partida de estas investigaciones ha sido el hecho de que durante los últimos años aumentaron tanto el empleo femenino como la morbilidad infantil. En estos proyectos se insiste en la

importancia de trascender análisis estadísticos espúreos o simplistas, que atribuirían a la variable independiente “trabajo femenino” parte del aumento detectado en la variable dependiente “morbilidad infantil”. Las propuestas van desde problematizar las condiciones en que se da la inserción de las mujeres en el mercado laboral, hasta explorar con más detalle las variables intervinientes que modifican el efecto del empleo de la mujer en el bienestar de los niños, con el fin de lograr una explicación más comprehensiva de este fenómeno (Castro, Bronfman, 1993).

Uno de los hallazgos centrales de este estudio se refiere a que las concepciones y percepciones exploradas varían en función del grado de compromiso frente al trabajo. En el caso de las mujeres de estratos socioeconómicos medios, se advierten diversos grados de ambivalencia frente a la maternidad, y una tendencia más clara a defender el compromiso con el trabajo en comparación con las mujeres de estratos socioeconómicos bajos. Dentro de esta línea de investigación, otros trabajos han mostrado que el trabajo de la mujer no constituye por sí mismo un riesgo para el producto del embarazo (bajo peso al nacer). Al estudiar procesos de industrialización y maternidad en el noroeste de México, Denman encontró que son las amas de casa las que presentan productos con el mayor índice de bajo peso al nacer en comparación con las asalariadas. Si se considera sólo a las asalariadas, la autora observó también que las obreras presentan este riesgo tres veces mayor que las empleadas, lo cual le permite concluir que más que el empleo en sí, son las condiciones específicas de trabajo lo que constituye un factor de riesgo (Denman, 1994).

La sociología de la salud no solo es determinada por el género, sino también por el enfoque sociocultural. Determinando que la salud es un problema social, contentivo de una dimensión cultural, por tanto, las acciones en torno a ella deben ser socioculturales. Interpretarla en el ámbito sociocultural requiere de su análisis desde una perspectiva sociológica que nos aproxime a su comprensión como proceso particular que forma parte del proceso general de la socialización del individuo, originado en el entramado social.

1.4.2 La Sociología de la Salud con enfoque sociocultural

El enfoque de las ciencias sociales en el campo de la sanidad fue aceptado finalmente cuando planificadores y gobernantes se dieron cuenta de que, a pesar de los magníficos descubrimientos médicos, la reducción de la mortalidad se debía fundamentalmente al desarrollo de la higiene pública, la educación de la población, la urbanización y el desarrollo económico (De Miguel, 1976).

El campo de la sociología médica se ha centrado tradicionalmente en la salud y la enfermedad desde una perspectiva biológica individual médica o, en algunos

casos, desde una perspectiva social limitada por limitaciones teórico-conceptuales. Sin embargo, el enfoque sociocultural de la sociología médica enfatiza las dimensiones sociales y culturales de la salud y la enfermedad. Esta perspectiva reconoce que la salud y la enfermedad están moldeadas por factores sociales como la clase, la raza, el origen étnico y el género, y que la calidad de la salud y la atención médica se caracterizan por la desigualdad social.

C. Marx aporta claves como: modo de producción; ser social; conciencia social; clases sociales; ideología; enajenación; de gran valor en el plano teórico metodológico para estudiar y entender los procesos vinculados a la salud de individuos, grupos y comunidades.

En los "Manuscritos Económicos y Filosóficos de 1844", Carlos Marx expone su visión relacional de los procesos naturales y humanos y la expresa en la concepción materialista de la historia. Desde este enfoque la salud como proceso en interdependencia con el contexto histórico real, se construye sobre la base de la práctica material, es un resultado cultural de la vida material. Y al referirse a la comunicación vinculada a la actividad humana, las relaciones sociales y el trato entre los sujetos interactuantes señala como la interacción del hombre consigo mismo sólo se hace objetiva y real para él a través de su interacción con otro hombre, lo que supone el reconocimiento de su existencia para el otro y la existencia del otro para él (Marx, 1989).

El estudio de los problemas de salud logra integralidad, cuando parte de su consideración como problema social.

Los antecedentes sociológicos de dicha consideración encuentran su asidero en las teorías de Auguste Comte (1798-1857) y Hebert Spencer (1820-1903).

La concepción sociológica de H. Spencer plantea que los problemas de salud son causa de los problemas sociales. Al considerar que la sociedad debía marchar por sí sola, y la vida social debía desarrollarse libre del control externo del Estado, aceptaba la creencia en el proceso de selección natural, por lo que esa institución no debía intervenir para mejorar la salud o evitar las enfermedades, pues el propio proceso de selección natural se encargaría de aniquilar a los no aptos. Encontramos en él, la concepción de salud como aptitud social necesaria e imprescindible para la sociedad.

Al igual que Comte y Durkheim (1858,1917), H. Spencer pensaba en la sociedad como organismo vivo, inspirándose en la biología para la interpretación de la estructura general de la sociedad, donde interrelacionan las distintas partes y las funciones que cada una cumple, garantizan el equilibrio para con las demás y para

con el sistema en su conjunto. Condiciona así el funcionamiento del sistema de salud respecto a la sociedad en general y para con otras instituciones sociales.

La definición social de la salud incluye desde el estado de desarrollo del país y el rol social que cada individuo debe cumplir, hasta las prácticas culturales comunitarias que les son intrínsecas, lo que nos lleva a asumir la expresión de T. Parsons “relatividad cultural de la salud y la enfermedad”. Ello quiere decir, que cada grupo social poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera normal en dicho grupo y que esta definición ejerce influencia activa sobre la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes al mismo. La construcción social de la salud es un tema de investigación importante dentro de la sociología médica. A primera vista, el concepto de construcción social de la salud no parece tener sentido. Después de todo, si la enfermedad es un problema fisiológico medible, entonces no puede haber ninguna cuestión de construir socialmente la enfermedad, ¿verdad? Bueno, no es tan simple. La idea de la construcción social de la salud enfatiza los aspectos socioculturales del enfoque de la disciplina a los fenómenos físicos, objetivamente definibles.

Muchos sociólogos médicos sostienen que las enfermedades tienen un componente biológico y uno experiencial, y que estos componentes existen independientemente y externos entre sí. Nuestra cultura, no nuestra biología, dicta qué enfermedades están estigmatizadas y cuáles no, cuáles se consideran discapacidades y cuáles no, y cuáles se consideran discutibles (lo que significa que algunos profesionales médicos pueden encontrar cuestionable la existencia de esta dolencia) en lugar de definitivas (enfermedades que son incuestionablemente reconocidas en la profesión médica) en el campo médico (Conrad y Barker 2010).

La declaración dada sugiere que la salud y la enfermedad no son solo condiciones individuales, sino que también son reconocidas y valoradas por la cultura y la estructura social. Por lo tanto, la salud se convierte en una cuestión de responsabilidad social e individual, vista desde una perspectiva de roles. Esta reformulación de la salud podría servir como punto de partida para una reflexión más sistemática sobre algunos conceptos utilizados en el enfoque sociológico del tema del sistema de salud (Maryville University, 2023).

El concepto de determinantes sociales de la salud es relevante para esta discusión. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas viven, trabajan, aprenden y juegan, y son el resultado de la distribución de dinero, recursos y poder a través de los niveles internacional,

nacional y regional. Las inequidades sistémicas en salud a menudo pueden atribuirse a problemas sociales (Healty People, 2020).

El enfoque sociológico actual de la salud sugiere que los intentos de definir la salud como "bienestar", "norma de funcionamiento" o "estado" son limitados debido a su naturaleza subjetiva y deben superarse. La salud y la enfermedad no son asuntos privados, y su búsqueda requiere múltiples interacciones. La definición sociológica de salud incluye la calidad de la existencia humana determinada por su relación armoniosa con el entorno socio-natural que le corresponde. Esta definición implica que la salud es una cuestión de responsabilidad social e individual, vista desde una perspectiva de roles. El concepto de determinantes sociales de la salud es relevante para esta discusión, ya que las inequidades sistémicas en salud a menudo pueden atribuirse a problemas sociales. El enfoque sociológico de la salud también considera las dimensiones de los factores sociales, culturales y políticos en la comprensión de la salud y la enfermedad. El modelo médico sociológico utiliza el marco constructorista social para interpretar y comprender las dimensiones sociales, culturales y políticas de la salud y la enfermedad.

La definición actual de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 describe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia". Sin embargo, esta definición ha sido criticada por su naturaleza general, carácter ahistórico, fuerte conexión con las tesis de desarrollo e ignorancia de las enormes diferencias que existen en la sociedad actual. Se ha propuesto adaptar la definición para reflejar mejor la comprensión actual de la salud. El enfoque sociológico de la salud considera las dimensiones de los factores sociales, culturales y políticos en la comprensión de la salud y la enfermedad. El concepto de determinantes sociales de la salud es relevante para esta discusión, ya que las inequidades sistémicas en salud a menudo pueden atribuirse a problemas sociales. El modelo médico sociológico utiliza el marco constructorista social para interpretar y comprender las dimensiones sociales, culturales y políticas de la salud y la enfermedad.

Según el enfoque sociológico de la salud, la salud no es un estado que se puede lograr, sino un proceso que comienza con la socialización de un individuo. Este proceso enfatiza el papel activo del individuo en relación con las instituciones de salud e implica un compromiso para mantener patrones de comportamiento saludables, tanto individual como colectivamente. La definición sociológica de salud incluye los aspectos preventivos, promocionales y educativos de la salud. El concepto de determinantes sociales de la salud es relevante para esta discusión, ya que las inequidades sistémicas en salud a menudo pueden atribuirse a problemas sociales. El modelo médico sociológico utiliza el marco constructorista

social para interpretar y comprender las dimensiones sociales, culturales y políticas de la salud y la enfermedad. El enfoque sociológico de la salud también considera las dimensiones de los factores sociales, culturales y políticos en la comprensión de la salud y la enfermedad.

La salud, al igual que el bienestar y la felicidad es una expresión altamente subjetiva y su manifestación en muchas ocasiones es abstracta, pero lo subjetivo surge de la misma realidad objetiva y permanece vinculado a esta.

La salud es un proceso que se da en los marcos de la socialización, en el entramado social y en su conservación o alteración convergen múltiples causas, las cuales transitan por lo cultural, lo social, lo económico y en ello intervienen diferentes actores e instituciones sociales cuyo protagonismo corresponde al médico y a la familia, aunque no podemos perder la perspectiva de que los problemas relacionados con la salud son interdependientes con los individuos sanos, los pacientes, la familia y la comunidad, así como con el mundo simbólico, el sistema de signos y significados que están mediados y legitimados por normas y patrones culturales (Villarreal, sf)

La interpretación sociológica de la salud implica concebirla:

- Como proceso de socialización del individuo, en contraposición con enfoques biologicistas que la consideran como un estado a alcanzar, lo que encierra múltiples limitaciones para la práctica médica familiar.
- Como resultado de la interacción de factores individuales, sociales, económicos y culturales.
- Como hecho social y, por tanto, como una expresión cultural.

1.5 Contextualización de las TRA en Cuba.

Cuba ofrece a las parejas infértiles técnicas de reproducción asistida gratuitas, dentro de un programa gubernamental e intersectorial del que participan varios Ministerios como Salud Pública, Educación y Justicia, y organizaciones como la Federación de Mujeres Cubanas y Los Comités de Defensa de la Revolución (Fernández, Gerez, Pineda, 2015).

Cuba presenta un contexto clave y único para el estudio de las TRA desde un enfoque articulado entre los estudios CTG, y la sociología de la salud. A tono con las políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el desarrollo de los objetivos del milenio, en

Cuba y adelantándose a los tiempos, en la década de los 80, el Estado destinó cuantiosos fondos al desarrollo de un Programa de Atención a la Infertilidad, que incluyó la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Estas técnicas son de un alto costo en términos económicos para los usuarios, excepto en Cuba, que el estado los asume. Además, requieren de un gran esfuerzo personal, en tiempo, economía, fortaleza psicológica, apoyo familiar, laboral y energía por parte de la pareja en consulta.

Dentro del marco legal que presenta Cuba están el Programa de Atención a la Pareja Infértil (PAPI) y la aprobación del Código de las Familias, el cual modificó este contexto, ahora se llama programa de reproducción asistida.

Como parte de la política del estado cubano, fue aprobado en el año 2007 el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil, PAPI, el cual norma y protocoliza todos los procesos y actividades que se vinculan con la atención médica a la infertilidad en el Sistema de Salud Pública Cubano. Este programa comienza desde la Atención Primaria de Salud en cada municipio del país, con consultas de Infertilidad insertadas dentro del servicio de planificación familiar, donde acuden parejas procedentes de los consultorios médicos. Cada provincia cuenta con un Servicio de Reproducción Humana insertado en cada Hospital Ginecobstétrico o General, en el mismo se da continuidad a las parejas remitidas del nivel primario de salud.

A su vez, los casos que no tengan solución a este nivel serán remitidos al tercer nivel, que cuenta con tres Centros de Alta Tecnología, en Occidente, Centro y Oriente del país. Precisamente el del centro está ubicado en el hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos y objeto de la presente investigación. En el centro de Cienfuegos se realizan inseminaciones artificiales y fertilización in vitro convencional, ovodonación y se emprenden los primeros pasos para la vitrificación.

La garantía del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva ha sido una prioridad del sistema de salud cubano. Dentro de estos esfuerzos destacan las estrategias integrales desarrolladas para prevenir y atender la infertilidad. Hoy Cuba cuenta con un programa nacional que, desde el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), se ocupa de la atención a parejas infértiles y, al ser entendida la salud reproductiva como un derecho humano, el programa se ha extendido a lo largo de todo el país con una cobertura que incluye consultas municipales, servicios provinciales y cuatro centros territoriales de reproducción asistida de alta tecnología. Como elemento clave se incorpora la prevención de la infertilidad desde la atención primaria de salud.

Programa de Atención a la Pareja Infértil (PAPI)

Los hombres y mujeres en Cuba han visto respetado por el Estado su derecho a una salud sexual y reproductiva satisfactoria y el acceso a servicios de salud adecuados que les permitan lograr descendencia. (Santana, Esquivel, Herrera, Castro, Machado, Cintra, 2018)

Con el propósito de atender a las parejas infértiles en Cuba, desde la década del 80, en algunas maternidades provinciales se comenzaron a realizar inseminaciones artificiales y en el 2007 se inició de forma paulatina el tratamiento con técnicas de reproducción asistida de alta tecnología en el hospital "Hermanos Ameijeiras", no lográndose satisfacer la demanda, por lo que se considera un problema no resuelto.

A inicios de la década del 2000, de forma paulatina se adquirió el equipamiento y se concluyó la construcción y montaje de servicios de reproducción asistida en cada provincia. En el año 2012 se desarrollaron las consultas municipales de atención a la infertilidad y a partir del 2014 fueron gradualmente construidos, equipados, entrenado el capital humano y puesto en marcha cuatro centros territoriales de reproducción asistida de alta tecnología.

No fue hasta el 2016, que el país contó con una red de servicios en los tres niveles de atención, conformada por 168 consultas municipales, 15 servicios provinciales de reproducción asistida y 4 centros territoriales de reproducción asistida de alta tecnología.

El Grupo de Política Social de la Comisión Permanente de Implementación y Desarrollo de los Lineamientos de la Política Económica y Social del VI y VII Congresos del Partido Comunista de Cuba, encargo al Ministerio de Salud Pública para implementar medidas con el fin de acercarse al reemplazo poblacional en una perspectiva mediata y contribuir a lograr el nacimiento de dos o más hijos por mujer. (Cuba. Ministerio de Justicia, 2017)

Proyecto Código de las Familias

La Constitución de la República de Cuba, aprobada en referendo popular por la inmensa mayoría de nuestro pueblo y proclamada el 10 de abril de 2019, estableció en su Disposición Transitoria Decimoprimera que el nuevo Código de las Familias será el resultado de una amplia consulta popular y del referendo que convoque la Asamblea Nacional del Poder Popular para el cumplimiento y desarrollo de los derechos relacionados en los artículos 13, 40, 42, 43 y del 81 al 89 de la propia Constitución de la República, por la alta importancia que el Estado brinda a la institución familiar como célula fundamental de la sociedad y su papel en la transmisión intergeneracional de las tradiciones, valores y afectos (Periódico Granma).

El actual Código de Familia, vigente desde 1975, constituyó un hito en la promoción de los valores éticos y morales de la familia cubana y significó una ruptura con los cánones tradicionales clasistas y patriarcales. Sin embargo, a más de 46 años de su promulgación, ya no es coherente con la diversidad familiar de la sociedad cubana. Además, es imprescindible dotarnos de una legislación en esta materia que refleje la realidad existente en nuestra cotidianidad y brinde mecanismos jurídicos inmediatos y especializados con el propósito fundamental de proponer soluciones armónicas en los innumerables conflictos familiares que no encuentran amparo en esta legislación.

Desde el 16 de julio de 2019 se constituyó el Grupo de Trabajo Temporal coordinado por el Ministerio de Justicia e integrado por reconocidos expertos del Tribunal Supremo Popular, la Fiscalía General de la República, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Relaciones Exteriores, la Organización Nacional de Bufetes Colectivos, la Unión Nacional de Juristas de Cuba, la Federación de Mujeres Cubanas, el Centro Nacional de Educación Sexual, la Oficina Nacional de Estadísticas e Información y la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana, que elaboró las propuestas de Políticas y 20 versiones del anteproyecto del Código de las Familias.

El 22 de marzo de 2021, por Acuerdo No. 149, el Consejo de Estado aprobó la Comisión encargada de elaborar el proyecto del Código de las Familias integrada por diputadas, diputados y representantes de varias instituciones y organizaciones sociales y de masas.

Es el primer Código de las Familias en el mundo (y único hasta el momento) que fue sometido a consulta popular y referendo, proceso definido en la disposición transitoria décimo primera de la Constitución. Hasta 2022 solo se habían realizado referendos constitucionales (Cubadebate, 2021).

El 25 de septiembre de 2022 tuvo lugar el referendo por el nuevo Código de las Familias, cuyo resultado validó la vigencia de la norma jurídica.

Acudieron a las urnas 6 269 427 electores, para un 74,12 % del padrón electoral básico de 8 457 978 electores. Del total de boletas depositadas en las urnas, fueron declaradas válidas, por reunir los requisitos establecidos en la ley, 5 909 385 boletas, lo que representó el 94,25 % (Diario Granma, 2022).

Las boletas en blanco representaron el 3,22 % y las anuladas el 2,51 % de los electores que votaron.

- A favor del **SI** se contabilizaron 3 950 288 boletas, para un 66,85 %.

- A favor del **NO** se depositaron 1 959 097 boletas, para un 33.15 %.

El proceso se apegó estrictamente a los mandatos y prerrogativas constitucionales dadas a la Asamblea Nacional, al Consejo Electoral y a las instituciones de consulta y referendo.

En acto oficial celebrado el 26 de septiembre de 2022 en el Palacio de la Revolución, el nuevo código de las Familias fue firmado y refrendado por Miguel Díaz-Canel, presidente de la república de Cuba y Esteban Lazo Hernández, presidente de la Asamblea Nacional del Poder Popular (Cubadebate, 2021).

La norma jurídica entró en vigor el 27 de septiembre de 2022 luego de su publicación en la Gaceta Oficial de la República.

El Código de las Familias incluye disposiciones legales sobre las técnicas de reproducción asistida (TRA), pero a menudo estas disposiciones contienen brechas de género que afectan negativamente a los usuarios.

Las nuevas disposiciones del código de las familias modifican el cambio de término de "pareja infértil" a "reproducción asistida" en el código de las familias refleja una evolución en la forma en que se aborda la infertilidad y la búsqueda de alternativas para formar una familia. El término "reproducción asistida" reconoce que existen diferentes métodos y tecnologías disponibles para ayudar a las parejas a concebir, y que la infertilidad no debe ser un obstáculo insuperable para formar una familia. Esta modificación busca eliminar estigmas y prejuicios asociados con la infertilidad, y promover un enfoque más inclusivo y comprensivo hacia las diversas formas de construir una familia.

El contenido del Código que se exhibe resume los resultados de investigaciones científicas, criterios y propuestas de diversas organizaciones, quienes durante años encabezaron la elaboración de los diversos anteproyectos de modificaciones al Código de Familia, conjuntamente con la Sociedad Cubana de Derecho Civil y de Familia de la Unión Nacional de Juristas de Cuba.

Entre los trabajos más relevantes en relación con el objeto de estudio está el del Dr. José Ramón de Verda y Beamonte, donde en su artículo científico titulado La filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida en España, estudia las principales problemáticas que se expresan en la legislación española sobre las TRA; así como también el artículo "Poner el cuerpo": desigualdades de género en la experiencia de usuarias con Técnicas de Reproducción Asistida, de la Dr. María Cecilia Jonhson la cual demuestra las desigualdades de género que contribuyen brechas muy casuales en el uso de las TRA.

El Proyecto de Código de las Familias responde al mandato de la Constitución de la República. Es un Código que no fabrica ni impone modelos al ser reflejo de la realidad familiar cubana. Otorga derechos a quienes no los tenían y no los quita a quienes ya los ostentaban. Es un Código de sumas y multiplicaciones; de alternativas y oportunidades. Nos beneficia a todas y todos. Es el resultado de la participación colectiva en la construcción de una Ley moderna, inclusiva, respetuosa y protectora de todos los derechos para todas las familias al proteger todas las expresiones de la diversidad familiar y el derecho de cada persona a constituir una familia en coherencia con la Constitución de la República y sus principios de igualdad, no discriminación y dignidad humana. (Proyecto Código de las Familias, 2022, artículo 115)

Cuba cuenta con un sistema de salud desarrollado que incluye programas de atención integral a la salud sexual y reproductiva de la población, incluyendo el acceso a las TRA para aquellas parejas que lo necesiten. Además, tiene una tasa de fecundidad relativamente baja en comparación con otros países de América Latina y el Caribe. En este sentido, el proyecto contempla la igualdad de género y los derechos reproductivos como aspectos fundamentales, asegurando que todas las personas, independientemente de su género u orientación sexual, tengan acceso a las TRA y puedan ejercer plenamente sus derechos reproductivos. Aunque el Código de las Familias en Cuba no presenta brechas explícitas de género en cuanto a las TRA, sí existen limitaciones y exclusiones que pueden afectar negativamente a ciertos grupos de personas. Es necesario revisar la normativa para garantizar el acceso equitativo a las TRA y reconocer los diversos modelos de familia presentes en la sociedad cubana.

El Capítulo IV del Código "DE LA FILIACIÓN ASISTIDA". Es el que integra todo lo relacionado con este proceso.

Título constitutivo: La filiación de las personas nacidas por técnicas de reproducción asistida resulta de la voluntad de procrear manifestada a través del consentimiento de quien o quienes intervienen en el proceso, llamadas comitentes, con independencia de quién haya aportado los gametos, excepto que se trate de una inseminación homóloga para la cual rigen las mismas reglas de la filiación por procreación natural. (Proyecto Código de las Familias, 2022, artículo 115)

Brechas de Género en términos de acceso y atención en las TRA

El Código de la Familia en Cuba reconoce el derecho a la igualdad de género y establece las bases para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Sin embargo, como en muchas partes del mundo, aún

existen brechas de género en el acceso y atención a las técnicas de reproducción asistida en Cuba.

A continuación, un análisis realizado por la autora de la presente investigación se identifican brechas género evidenciadas en este capítulo con respecto al acceso y la atención

Aunque el Código de la Familia garantiza el derecho de las personas a acceder a las técnicas de reproducción asistida, en la práctica el acceso puede verse limitado por razones económicas o geográficas, especialmente para aquellas personas que viven en zonas rurales.

- Necesidad de consentimiento de ambos cónyuges: el Código de la Familia requiere el consentimiento de ambos cónyuges para acceder a las técnicas de reproducción asistida, lo que puede limitar el acceso de las mujeres solteras y hombres solteros que no tienen una pareja.
- Actualmente debido a la falta de información sobre las técnicas de reproducción asistida, dificulta que todas las personas interesadas, especialmente aquellas con menos recursos económicos o educativos, puedan acceder a ellas.

Capítulo II: Resultados

2.1 Caracterización de la Consulta de Reproducción Asistida del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL) de Cienfuegos.

El Centro Territorial de Reproducción Asistida de Cienfuegos, adjuntado al Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, fue creado el 3 de diciembre de 2010. Al igual que otros tres de su tipo en el país ubicados en los hospitales Hermanos Ameijeiras y Ramón González Coro, de La Habana; y Vladimir Ilich Lenin, de Holguín, se concibió con el objetivo de lograr la fertilidad de la pareja.

En poco más de dos años de creado y pese a no estar establecida aún la denominada alta tecnología en la unidad asistencial, se habían atendido más de 2 mil 200 parejas del centro de Cuba (Cienfuegos, Villa Clara, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, además de algunos municipios de la provincia de Matanzas), logrados hasta ese momento 178 embarazos.

Ya para el año 2014, con el equipamiento, entrenamiento del capital humano y puesta en marcha en todo el país de la alta tecnología en este tipo de centros, se comenzaba a realizar en Cienfuegos el cultivo de embriones con la técnica de fertilización *in vitro* convencional, con medios de cultivo secuenciales comerciales de alta calidad y confianza.

Durante los años 2019 y 2020, aún en medio de la pandemia por COVID-19 se mantuvo el funcionamiento del Centro. En esa etapa se obtuvieron excelentes resultados, al lograr más de 263 embarazos, de ellos 228 por inseminación intrauterina o baja tecnología; y 35 embarazos por fertilización *in vitro*, consiguiendo una efectividad por encima del 40 %. Todo esto en correspondencia con la estrategia establecida por el Ministerio de Salud. Es necesario destacar que tales resultados contribuyeron al logro en Cuba durante el 2020 de la mayor cifra de embarazos en parejas infértiles.

El centro es acreedor de especialistas y personal sanitario, cuenta con un total 13 trabajadores dentro de estos están 3 Médicos, 5 Enfermeras, 2 Licenciadas, 1

Técnica, 1 secretaria y 1 Informático, que no solo laboran en el ámbito asistencial, sino que también se dedican a la docencia de pregrado y posgrado, y han publicado en revistas médicas de impacto sus resultados, lo cual refleja el elevado nivel científico de este colectivo.

Desde su fundación, y de manera ininterrumpida han asistido a 5535 parejas, logrando que más de 1500 mujeres hayan podido concebir y llevar a feliz término su embarazo (incluso gemelares, tres partos de trillizos y uno cuatrillizos) gracias a los tratamientos recibidos.

En el año 2023 se lograron un total de 155 embarazos con éxito. A sus trece años de creado, este equipo pretende extender sus funciones a otros servicios de alta complejidad, trabajar por el mantenimiento efectivo de las consultas, a pesar de que no todas las parejas puedan alcanzar su sueño. La unión, el sentido de pertenencia, la entrega y el profesionalismo de sus miembros, han hecho de este Centro una prestigiosa institución nacional, la cual permite exhibir cada día resultados de referencia a favor de la reproducción humana y la felicidad de las familias.

2.2 Perfil Sociodemográfico de los usuarios de las TRA encuestados

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 12 mujeres y 8 hombres que actualmente se atienden en la consulta. Como se menciona anteriormente, para su selección se tuvieron en cuenta requisitos como, estar sometidos a una TRA, información sobre el tratamiento, aceptación y disposición a colaborar con la investigación.

La edad promedio de los miembros de la muestra es de 36 años, 34.08 años de edad en mujeres y 38.87 años en hombres, ambos promedios comprendidos en los grupos etáreo de 30 a 39 años de edad. Sin embargo, como se observa en la siguiente tabla, se evidencia un aumento en el grupo etáreo de 40 a 49 años en el caso de los hombres.

Tabla # 1. Distribución de la muestra seleccionada según sexo y grupo etéreo

Grupo Etéreo	Mujeres	Hombres	Porcentaje
20-29 años	1	-	5 %
30-39 años	9	3	60%
40-49 años	2	4	30%
50 y más	-	1	5%
Total	12	8	100 %

Los resultados obtenidos en cuanto al color de la piel revalidan lo señalado con anterioridad, que la infertilidad es un fenómeno que predomina entre mujeres y hombres de color de la piel blanca con 7 mujeres y 5 hombres de ese color representando un 35% y un 25% respectivamente. El 40% restante, lo ocupan 1 mujer y 1 hombre de color de la piel negro, representando cada uno un 5%, y el 30% del otro grupo lo ocupan 4 mujeres (20%) y 2 hombres (10%) de color de la piel mestiza.

Por su parte, el lugar de residencia de los usuarios, se encuentra distribuida en 9 municipios pertenecientes a la región central, siendo los territorios de mayor concentración de usuarios de las TRA, Santa Clara con un 25% (5), seguido por Cienfuegos con un 20% (4). La distribución de los usuarios según municipio se distribuye de la siguiente forma:

Tabla # 2 Distribución de los usuarios según sexo y municipio de residencia.

Municipios	Mujeres	Hombres	Porcentaje
Santa Clara	3	2	25%
Cienfuegos	2	2	20%
Cumanayagua	2	1	15%
Palmira	1	-	5%
Cifuentes	1	1	10%

Caibarién	-	1	5%
Santo Domingo	1	-	5%
Yaguajay	-	1	5%
Cabaiguán	2	-	10%
Totales	12	8	100%

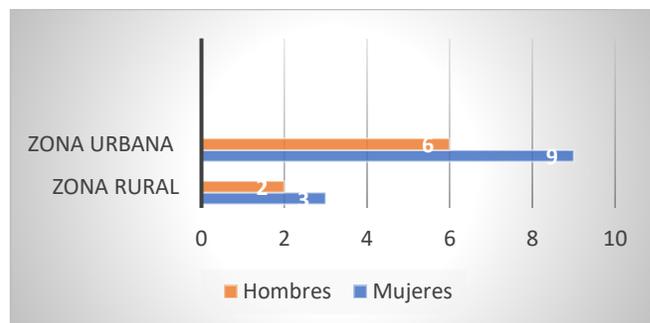
Por otra parte, las provincias que engloban estos municipios son pertenecientes a la región central, distribuidas en 3, Villa Clara, Cienfuegos y Sancti Spíritus. La provincia de residencia con mayor representación de usuarios de las TRA es Villa Clara con un 45%, seguido por Cienfuegos con un 40%. La distribución de los usuarios según provincia de residencia se distribuye de la siguiente forma:

Tabla # 3 Distribución de los usuarios según sexo y provincia de residencia.

Provincia	Mujeres	Hombres	Porcentaje
Villa Clara	5	4	45%
Cienfuegos	5	3	40%
Sancti Spíritus	2	1	15%
Total	12	8	100%

Respecto al lugar de residencia, el 75% de los usuarios de las TRA señalan que provienen de zona urbana, frente al 25% de zona rural. A continuación se muestra una gráfica con la siguiente distribución.

Gráfico #1 Distribución de los usuarios según sexo y zona de residencia.



De la totalidad de usuarios de las TRA que componen este estudio, 2 son Católico mientras que 18 no practican ninguna religión, representando el 90% de total de la muestra.

El nivel de escolaridad promedio de los encuestados es el Lic. con un 35%, seguido por el 12mo terminado con un 25%, 9no y Técnico Medio con igual porcentaje representando un 15%, quedando un 5% de Máster y 5% Dr. Señalamos en la siguiente tabla, que las mujeres ostentan el mayor porcentaje (20%) en el nivel Lic. y los hombres las secundan con un 5% de diferencia entre ambos. En los niveles 9no, 12mo y Técnico Medio sucede de igual manera, las mujeres en superioridad a los hombres con un 5% de diferencia. Hay representación de 1Máster hombres y 1 Dr. Mujer ambos representando el 5% de la muestra.

Tabla # 4. Distribución de los niveles de educación según sexo.

Nivel Escolar	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
9no	2	10%	1	5%	15%
12mo	3	15%	2	10%	25%
Técnico Medio	2	10%	1	5%	15%
Lic.	4	20%	3	15%	35%
Máster	-	-	1	5%	5%
Dr.	1	5%	-	-	5%
Total	12	60%	8	40%	100%

En consecuencia, en lo que respecta a la ocupación de ambos sexos, en la siguiente tabla puede observarse el desempeño de las mujeres en ocupaciones profesionales del sexo femenino, sobrepasando a los hombres. Aunque también se aprecia un 0% de representación de estos en la cuenta propia, ocupación generalmente dominado por los hombres.

Sin embargo, es apreciado el papel femenino en ocupaciones profesionales y menos en ocupaciones domésticas donde tradicionalmente es más habitual encontrarla.

Tabla # 5 Distribución de la población seleccionada según sexo y ocupación.

Ocupación	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
Directivo	2	10%	2	10%	20%
Profesional	2	10%	3	15%	25%
Especialista	2	10%	1	5%	15%
Servicio	4	20%	2	10%	30%
Cuenta Propia	1	5%	-	-	5%
Trabajo Doméstico	1	5%	-	-	5%
Totales	12	60%	8	40%	100%

El 100 % de los encuestados refiere mantener relaciones de pareja heterosexuales. Este resultado expresa que el 0% de la muestra tienen parejas homosexuales, resaltando que aún persiste la falta de percepción y conocimiento de las personas homosexuales sobre su posible tratamiento, existiendo un sesgo de género aún por resolver. En el Código de la Familias actual se detalla la información necesaria con respecto al acceso y atención de las parejas homosexuales usuarias de las TRA, disminuyendo todo sesgo de género y promoviendo la equidad.

El tiempo en consulta promedio del total de usuarios encuestados es de 3 años (25%), le sigue 1 año con un 20% de representación, los años 2 y 5 promedian un 15% cada uno, además de 7 y 8 con un 10% cada uno, quedando un 5% de 6 años solo en una mujer. Son 4 las mujeres que más representan tiempo en consulta llevando 3 años (20%) y 4 los hombres que sobresalen llevando 1 año y 5 años, 2 en cada caso. Se puede claramente observar que hay igualdad de tiempo en consulta máximo 8 años y mínimo 1 año, determinando el seguimiento de estos usuarios durante años para someterse a las TRA con el fin de lograr el embarazo.

Tabla # 6 Distribución de la población seleccionada según sexo y tiempo en consulta.

Tiempo en Consulta(años)	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
1 año	2	10%	2	10%	20%
2 año	2	10%	1	5%	15%
3 años	4	20%	1	5%	25%
5 años	1	5%	2	10%	15%
6 años	1	5%	-	-	5%
7 años	1	5%	1	5%	10%
8 años	1	5%	1	5%	10%
Totales	12	60%	8	40%	100%

En el análisis de tiempo de relación de los usuarios con pareja actual se ratifica que un 50% de la muestra tienen un rango de relación con pareja actual de 5-9 años, distribuido por 7 mujeres (35%) y 3 hombres (15%). Esto demuestra que la mitad de los usuarios mantiene una relación promedio, la cual es importante las relaciones duraderas y estables para enfrentarse a estos tratamientos.

En este sentido, 3 mujeres y 3 hombres presentan un 15% cada uno, dando un resultado de iniciación de la relación, solo 2 mujeres (10%) y 1 hombre (5%) están en el rango de 10-14 años lo que determina un período muy avanzado y duradero de la relación y por consiguiente del tratamiento. Solo 1 hombre (5%) entra en el rango de 15 y más.

Esto determina que las parejas usuarias de las TRA, mantienen relaciones estables y prolongadas, lo que facilita un mejor acceso y atención en cuestión del tratamiento.

La distribución de los usuarios según sexo y rango de tiempo de relación con pareja actual se distribuye de la siguiente forma:

Tabla # 7 Distribución de la población seleccionada según sexo y rango de tiempo de relación con pareja actual.

Rango de tiempo de relación con pareja actual	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
1-4 años	3	15%	3	15%	30%
5-9 años	7	35%	3	15%	50%
10-14 años	2	10%	1	5%	15%
15 y más años	-	-	1	5%	5%
Totales	12	60%	8	40%	100%

El indicador tiempo en consulta con pareja anterior ha demostrado que el 0% de usuarios de las TRA han asistido con otras parejas. Este indicador señala que ninguno de los usuarios de las técnicas de reproducción asistida ha tenido experiencia previa en consultas relacionadas con la fertilidad o la reproducción asistida con su pareja anterior.

2.3 Patrones de género en los usuarios de las TRA

La edad de la búsqueda de familia es relativa en ambos sexos. En el rango de edades de las mujeres y hombres usuarios la que más se repite es de 25-30 años. Un análisis de frecuencia arroja que las mujeres con el rango de edad de 31-34 años representan el 15%, seguido del hombre de 41-44 años con un 5%, determinando que son los rangos con menos frecuencia. Se observa en las mujeres no hay representación en los rangos de 35-40, 41-44 y 45 y más, no obstante, en los hombres no hay representación en los rangos de 21-24 y 45 y más. Demostrando que las mujeres buscan familia a una edad más temprana en comparación con los hombres, y que las mujeres en general buscan ayuda en un rango de edad más joven en comparación con los hombres. Esto puede ser importante para comprender las diferencias en la búsqueda de tratamientos de fertilidad. Las mujeres buscan familia temprano ya que tienen su periodo de fertilidad biológicamente marcado, debido a su ciclo menstrual y la ovulación. Mientras que el hombre no presenta este problema y les da más flexibilidad en cuanto a la búsqueda de pareja y la formación de una familia. Además, el

programa solo permite a las mujeres hasta los 45 años, ya que después de esa edad el riesgo de complicaciones durante el embarazo aumenta significativamente, mientras que los hombres no enfrentan estas mismas restricciones biológicas.

La siguiente tabla muestra el comportamiento de los porcentos de ambos indicadores.

Tabla # 8 Distribución de los usuarios según sexo y rango de edades de búsqueda de familia.

Rango de edades de búsqueda de familia	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
21-24 años	4	20%	-	-	20%
25-30 años	5	25%	4	20%	45%
31-34 años	3	15%	1	5%	20%
35-40 años	-	-	2	10%	10%
41-44 años	-	-	1	5%	5%
45 y más	-	-	-	-	-
Totales	12	60%	8	40%	100%

Con relación al tiempo que llevaba buscando familia se ostenta un 40% del total para mujeres entre 1-3 años y para los hombres un 25% del total entre 4-7 años. Se puede percibir claramente la diferencia de rangos entre los 2 sexos. Solo 1 mujer encuestada representa un 5% del total en el rango entre 8-11 años con un total de 9 años, esto puede representar que quizás en unos años las otras mujeres lleven esa misma cantidad de tiempo. Determinando que las mujeres tienden a buscar ayuda para la fertilidad en un período de tiempo más corto en comparación con los hombres y estos también están acompañados de mujeres que llevan ese mismo tiempo.

Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las necesidades específicas de cada género en la atención de la fertilidad. Las mujeres pueden requerir apoyo emocional y médico en una etapa más temprana, mientras que los hombres

pueden necesitar más tiempo para buscar ayuda o pueden enfrentar barreras adicionales para buscar tratamiento de fertilidad.

Los usuarios de las TRA declaran que el rango de edades máximo de las mujeres en descubrir su infertilidad es de 30- 34 años promediando un 30%, mientras que los hombres declaran entre los rangos de 30-34 y 35 y más años, representando un 15% de cada uno del total de la muestra. No hay representación en el rango entre 20-24 años, mientras que las mujeres el de 35 y más. Este análisis demuestra que existe una diferencia significativa en la edad en la que las mujeres y los hombres descubren su infertilidad. Mientras que las mujeres tienden a descubrir su infertilidad en edades más tempranas, los hombres tienden a descubrirlo en edades más avanzadas. Esto podría deberse a una menor conciencia sobre la infertilidad masculina o a una menor atención médica en este aspecto por parte de los hombres. Se corresponde además con el empoderamiento femenino que ha permitido un mayor acceso a los espacios públicos y profesionales y como consecuencia una postergación de la maternidad.

Tabla # 9 Distribución de los usuarios según sexo y rango de edades de descubrimiento de la infertilidad.

Rango de edades de descubrimiento de la infertilidad	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
20-24 años	2	10%	-	-	10%
25-29 años	4	20%	2	10%	30%
30- 34 años	6	30%	3	15%	45%
35 y más	-	-	3	15%	15%
Totales	12	60%	8	40%	100%

El indicador de si tu pareja tiene hijos no tiene la relevancia que, en otros estudios, pues se trata de usuarios infértiles. Pero era de provecho saber si esa situación se producía posterior a tener un hijo y formar una nueva pareja o se trataba de hombres y mujeres que no habían vivido la experiencia de la paternidad, y cómo se manifestaba de manera diferencial ese fenómeno entre hombres y mujeres.

El número de hijos constituye un factor nulo en las mujeres seleccionadas para las encuestadas, pues solamente 1 tiene 1 hijo, mientras que los 11 restantes no tienen ninguno. Por su parte, del total de los masculinos encuestados 2 tienen un hijo.

Las responsabilidades que surgen en la pareja cuando se enfrenta a la reproducción asistida determinan en gran medida para el éxito del tratamiento y la fortaleza de la relación. Este indicador se midió a través de la encuesta con las preguntas sobre las responsabilidades a las que se enfrentan, cuáles de los miembros hombre y mujer o ambos asume más cantidad de esas responsabilidades, y como se reparten las responsabilidades del proceso, con el objetivo de identificar ciertas condicionantes con respecto a las relaciones de género en las TRA.

Entre las responsabilidades que surgen en la pareja cuando se enfrenta a la reproducción asistida, las mujeres determinan en gran medida el compromiso, la entrega, la unidad y el bienestar como factores imprescindibles en el tratamiento con un 30 %. Un 20% destaca la importancia que tiene la empatía y el sacrificio, el 10% restante lo asume desde la paciencia y el plano laboral.

El 25 % de los hombres por su parte consideran las mismas responsabilidades que las mujeres como factores imprescindibles en el tratamiento. Pero el 15% insiste más en el plano económico, de respeto hacia los médicos y de paciencia.

Esto demuestra que tanto hombres como mujeres tienen roles y responsabilidades importantes en el tratamiento de reproducción asistida, y es crucial que ambos miembros de la pareja estén comprometidos y trabajen juntos para enfrentar los desafíos que surgen. No obstante, se observó la condicionante psicológica como factor para abordar ciertas responsabilidades. Las mujeres suelen desarrollar más este factor al estar enteramente inmiscuidas, mientras que la reproducción de los patrones de género del hombre como proveedor se refiere a la tendencia cultural y social de esperar que los hombres sean los principales proveedores económicos en una familia

Para analizar cuál de los miembros asume más cantidad de responsabilidad, el 30% de las mujeres asumen que ellas, mientras que el otro 30% asume que la mayor cantidad de responsabilidad es asumida por ambos. Estas no declaran que el hombre asuma esta gran responsabilidad. Los hombres como tal la mayoría reportan que la mayor cantidad de responsabilidad es asumida por ambos, mientras que 2 (10%) usuarios declaran que es la mujer. Estos resultados muestran que hay una percepción igualitaria de la responsabilidad entre ambos miembros de la pareja en general. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que estas percepciones pueden variar según la dinámica de cada pareja y las circunstancias individuales.

Como indicador más relevante en cuanto a cómo se reparten las responsabilidades del procedimiento, el análisis resultó que el factor más significativo resulta ser el psicológico con una totalidad de porcentaje, mientras que el menos relevante es el factor religioso, determinando que la religión no es representativa para ambos. Sin embargo, los hombres determinan como factores claves el económico, físico y laboral, mientras que la mujer se enfocó en los culturales, además de los dichos anteriormente. Por lo tanto, las condicionantes identificadas son las psicológicas, económicas, culturales, físicas y laborales, todas están son además agentes socioculturales y por ende también representa una condicionante.

Todo lo anterior demuestra la importancia de abordar las responsabilidades en la reproducción asistida de manera igualitaria y comprensiva, teniendo en cuenta las necesidades y percepciones individuales de cada miembro de la pareja.

La participación es un indicador muy importante y a tener en cuenta en este proceso, existen estrategias generales de diferentes actores sociales, como gobiernos, organizaciones no gubernamentales, empresas y la sociedad en general para fomentar la participación de los usuarios en las TRA, como: proporcionar apoyo emocional a los usuarios durante todo el proceso de tratamiento puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad asociados a las TRA;

proporcionar información clara sobre las TRA y el proceso de tratamiento puede ayudar a los usuarios a comprender mejor el proceso y tomar decisiones informadas; la comunicación centrada en la persona es esencial para brindar información y apoyo a los pacientes con problemas de fertilidad; y la consideración de la perspectiva de género para fomentar la participación de los usuarios en las TRA.

Este indicador se midió a través de la encuesta con el objetivo de analizar el nivel de responsabilidad que asumen sus parejas en el proceso de tratamiento.

Los hombres encuestados difieren totalmente con las opiniones de las mujeres. El 20% de ellos solo considera que la participación de su pareja en el proceso es someterse al proceso tanto física como psicológica, mientras que el otro 20% afirma que es muy relevante e importante la participación de ambos. Las mujeres por su parte, mantienen opiniones como el acompañamiento de su pareja en todo el proceso y en los análisis médicos, pero el 30% de ellas mencionan como aspecto esencial la participación en la realización del espermograma. Solo una encuestada resalta el poco acompañamiento de su pareja en el proceso del tratamiento.

Por tanto, esto determina que existe una clara discrepancia entre las opiniones de hombres y mujeres en cuanto a la participación de la pareja en el proceso de reproducción asistida. Mientras que algunos hombres consideran que su participación es limitada, las mujeres valoran su presencia y apoyo en todas las etapas del proceso de tratamiento de los hombres. Además los hombres consideran que el protocolo médico de las TRA está más orientado a la infertilidad femenina que la masculina, las pautas la marcan los tiempos femeninos y no los masculinos.

Esta diferencia de opiniones puede generar conflictos y tensiones en la pareja, por lo que es importante que ambas partes dialoguen y lleguen a un acuerdo sobre el nivel de participación que consideran adecuado.

De acuerdo con las interrogantes sobre el proceso del tratamiento en la encuesta, se midió este indicador para identificar aspectos relevantes y concluyentes sobre el estudio.

La vía en llegar a consulta comprueba el modo en que las parejas inician el proceso del tratamiento. El 60 % de los encuestados fueron remitidos desde los niveles primarios y secundarios de salud pública, el otro 30% llegaron por parte de amigos, y un 10% es guiado por la familia. No se detectan las redes sociales como una vía asequible para estas parejas. Lo que demuestra lo importante que los centros de reproducción asistida trabajen en colaboración con los profesionales de la salud pública para garantizar que las parejas reciban la información y el apoyo adecuados desde el principio.

Es fundamental que las parejas busquen ayuda profesional en centros especializados en reproducción asistida, ya sea a través de referencias médicas o por recomendaciones de amigos y familiares. El apoyo médico, psicológico y emocional es crucial para enfrentar el proceso de manera saludable y fortalecer la relación de pareja.

Por lo tanto, es una necesidad el fortalecimiento de las redes sociales del centro para la posible comunicación con parejas y así lograr una acertada información de todo el proceso.

El conocimiento del término TRA determina en gran medida un aspecto relevante de este estudio. Según las encuestas, el 90% de los usuarios declaran que no conocen las siglas de TRA, mientras que el 10% restante lo denomina como las técnicas de reproducción asistida. Esto indica que la mayoría de las personas no están familiarizadas con las siglas de TRA y que, aun sometiéndose a estas, no tienen el conocimiento y la información necesaria sobre su tratamiento.

Las técnicas de reproducción asistida (TRA) abarcan una variedad de tratamientos y procedimientos para lograr el embarazo, como la inseminación artificial, la fecundación in vitro (FIV) y la transferencia de embriones. Estas técnicas pueden ser una opción para personas que han experimentado dificultades para concebir

de forma natural. Según las respuestas sobre a que TRA se están sometiendo los usuarios actualmente, el 100% de los encuestados se está sometiendo a la inseminación artificial, es decir tanto mujeres y hombres como una pareja.

Esto representa que la inseminación artificial es una opción real para las parejas que buscan ayuda para concebir. Sin embargo, es importante que estas parejas reciban información detallada sobre todas las opciones disponibles para ellas, así como sobre los riesgos y beneficios de cada tratamiento. Es importante resaltar el poco avance tecnológico de estos centros y la necesidad de crear políticas de salud para elevar el nivel tecnológico de las consultas de reproducción asistida.

El siguiente elemento a abordar es determinante para identificar cuáles de los usuarios lleva más carga en el proceso del tratamiento en la consulta de reproducción asistida.

El 20% de los hombres declaran que la mujer es la que más carga lleva dentro del proceso, mientras el 20% restante determino que ambos llevan más carga. Las mujeres concuerdan totalmente con la opinión de los hombres el 40% de las mujeres concuerdan con que son ellas las que llevan más carga, el 20% restante mencionan que ambos. No hay ninguna mención del hombre como el que lleva más carga dentro del tratamiento.

Gráfica #2 Distribución según sexo según la mayor carga en el tratamiento



Lo anterior determina que la carga tanto emocional, física y psicológica de la reproducción asistida recae principalmente en las mujeres, lo que resalta la

importancia de brindarles el apoyo necesario durante todo el proceso. Es fundamental que se reconozca y se aborde esta disparidad para garantizar que todas las parejas reciban el apoyo que necesitan para tomar decisiones informadas y afrontar los desafíos emocionales asociados con la reproducción asistida.

Conocer la opinión de los encuestados sobre la información recibida sobre el proceso de reproducción asistida es similar para ambos sexos establecería la igualdad conocimiento sobre el tratamiento.

El 100% de los usuarios encuestados consideran que la información recibida sobre el proceso de reproducción asistida si es totalmente similar para ambos sexos. Lo que constituye que hay una igualdad de acceso a la información sobre el proceso del tratamiento. Ambos son la pareja infértil, lo que determina la responsabilidad y la participación de la pareja en el tratamiento.

La toma de decisiones en la pareja en función de los procedimientos a lo largo del tratamiento de la reproducción asistida supone una determinante asociada a la participación. El 40% de los hombres encuestados consideran que las decisiones en función de los procedimientos a lo largo del tratamiento de la reproducción asistida, es una decisión de ambos. Las mujeres por su parte concuerdan un 50% en lo anterior mencionado, mientras que una usuaria determina que es ella y la otra que es su pareja hombre, representando un 10%.

Esto representa que, en la mayoría de los casos, las parejas toman decisiones conjuntas sobre los procedimientos de reproducción asistida, lo que resalta la importancia de la comunicación abierta, el apoyo mutuo y la coparticipación.

Es importante que las parejas se sientan capacitadas para tomar decisiones informadas, considerando los riesgos y beneficios de cada opción, así como gestionar sus expectativas y brindarse apoyo emocional mutuo. También es importante tener en cuenta sus propios valores, creencias y circunstancias individuales al tomar decisiones sobre la reproducción asistida.

Dentro de los procedimientos médicos mencionados por los encuestados se analizó una tabla donde expresa con quien acudió y que nivel de información recibió sobre esta en la consulta.

El procedimiento más realizado por los usuarios es la Inseminación y seguido el Espermograma y la Dilatación de Cuello, la menos realizada por estos son la Histerosalpingografía y la Histeroscopia. Solo un encuestada mencionó otro procedimiento al cual se sometió, la laparoscopia. Esto representa una variedad de experiencias en el proceso de reproducción asistida, lo que subraya la importancia de la personalización del tratamiento y el apoyo emocional para cada pareja. En la siguiente tabla se muestran la distribución por sexo según los procedimientos más señalados.

Tabla# 10 Cantidad de procedimientos por sexo

Procedimientos	Hombres	Mujeres
Dilatación de Cuello	4	9
Inseminación	6	12
Espermograma	8	7
Histeroscopia	1	4
Histerosalpingografía	1	3

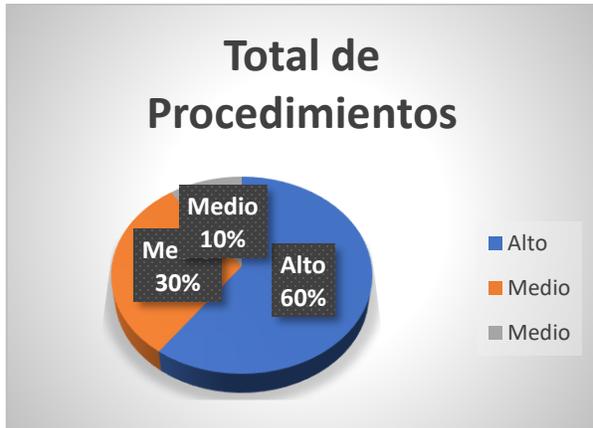
En el acompañamiento de estos procedimientos se detecta un 50% de compañía de esposas o esposos en cada caso, un 40% de compañía de padres, y un 10% de compañía de tías. Determinando que la mayoría de las parejas enfrentan juntas el proceso de reproducción asistida, lo que destaca la importancia del apoyo mutuo y la toma de decisiones conjuntas. También es significativo el papel de los padres en el apoyo a sus hijos durante este proceso, y en menor medida, el papel de otros miembros de la familia, como las tías.

En relación a la de información recibida sobre este procedimiento se encuentra distribuido de la siguiente manera:

El 60% de los procedimientos señalados anteriormente admiten un alto nivel de información, el otro 30% un nivel medio y solo un 10 % mencionan un nivel bajo.

Lo que determina que los profesionales se encargan de brindar una información detallada del procedimiento al que se somete el usuario.

Gráfica # 3 Distribución de los niveles de información según los procedimientos



Por último, conocer las valoraciones sobre la descripción de la experiencia general dentro del proceso de los usuarios encuestados facilita la identificación de indicadores esenciales durante el tratamiento.

El 40% de las mujeres describen su experiencia como segura, renovadora, fatal, única y estresante, mientras que, el 20% restante la tornan triste y larga. Por su parte, los hombres expresan su experiencia como estresante y duradera. La descripción de los encuestados señala determinantes psicológicos y físicos que determinan el paso por el proceso de cada usuario.

Resultados de la observación

Las observaciones se realizaron con el objetivo de describir todo lo relacionado con el centro de reproducción asistida del Hospital Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos. Se realizaron en las fechas comprendidas del 29 de septiembre al 10 de noviembre del año 2023. Los lugares a observar dentro del centro fueron el Salón de Espera, la Consulta y el Laboratorio. Las horas están determinadas en cuanto al horario de Consulta y el Laboratorio.

Mediante las observaciones se detectaron un total de **75 participantes**. Estos participantes se dividen en usuarios (58) y personal médico (17). La distribución de los usuarios por sexo se puede observar en la siguiente gráfica.

Gráfica # 4 Distribución de los usuarios por sexo



Los usuarios hombres por consiguiente representan un 40% y las mujeres un 60% del total de usuario (58) de la observación. Por tanto, los usuarios representan un 77% del total de participantes en la observación. Esto indica que hay un mayor dominio de las mujeres usuarias en la participación de los procedimientos.

El personal médico participante equivale a un 23% del total de participantes, 17 servidores de salud, distribuidas entre médicos, enfermeras y personal de apoyo.

El total del personal médico se distribuye en 88% (15) mujeres y 12% (2) hombres, lo que determina que la mayoría del personal médico son mujeres. Es importante reconocer y valorar la contribución de las mujeres en el ámbito médico, así como promover la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en todas las áreas de la salud.

En la observación se detectan un total de 12 mujeres que asistieron al centro solas, esto representa un 34% del total de mujeres usuarias (35), no se observaron hombres solos asistiendo al centro, no así el caso contrario. Las mujeres suelen acudir solas a consultas y mayormente las de Cienfuegos que no necesitan acompañamiento como de otras provincias más alejadas. En consulta se observan 3 mujeres que asisten solas. Esto demuestra que la mujer tiene una mayor carga o participación en los procedimientos médicos que muchas veces va sola, y que mucho de los hombres que están allí es porque les toca inseminación ese día.

En el periodo de observación, se constata la participación en consulta de 23 parejas heterosexuales. Aun y cuando con la aprobación del nuevo código de la familia, se aprueba la participación de parejas homosexuales de ambos sexos para las TRA, no se observa ni se constata la participación de estos en consulta.

Por lo tanto, esto demuestra que los hombres usuarios asisten al centro acompañados de sus parejas, es esencial reconocer la importancia de la búsqueda de atención médica por parte de las mujeres, al mismo tiempo que se trabaja para promover la igualdad de acceso a la atención médica para todos, independientemente del género. Esto requiere un enfoque integral que aborde las barreras específicas que puedan enfrentar tanto hombres como mujeres al buscar atención médica.

Los resultados obtenidos en las observaciones en cuanto al color de la piel revalidan lo señalado en los resultados de las encuestas, que la infertilidad es un fenómeno que predomina entre mujeres y hombres de color de la piel blanca. El 53 % del total de participantes (75) son personas blancas, el 32% lo representan 24 personas de color de la piel mestiza, el 15% restante lo representan personas de color de la piel negro. Esto determina que la infertilidad no es un problema exclusivo de un grupo racial específico. El presente estudio no permite concluir si las tasas de infertilidad son más altas en mujeres de piel blanca o simplemente son las que más acceden a la consulta.

Por lo tanto, es crucial que los servicios de salud reevalúen sus prácticas y políticas para garantizar que todas las personas, independientemente de su color de piel, accedan a la atención médica para tratar la infertilidad. Esto puede incluir la sensibilización del personal de salud sobre las diferencias raciales en la infertilidad, así como la implementación de programas específicos para abordar las necesidades de las comunidades minoritarias.

A continuación, se distribuye las observaciones de aspectos esenciales para cada lugar específico:

Salón de Espera

El Salón de Espera para pasar a consulta, es un área pequeña, ubicada en el centro del cual se acceden a las principales áreas de consulta y procedimientos médicos, es un lugar confortable, cómodo y muy ordenado. Se mantiene muy limpio, su estado de conservación es bueno y además presenta buenas condiciones climatológicas. El lugar es idóneo para crear esperanzas en la pareja gracias a su hermosa decoración de fotografías de parejas que logran la

concepción, así como de reconocimientos que avalan los verdaderos logros del centro.

El comportamiento del personal sanitario en esta área es completamente ético. Son profesionales, respetuosos y empáticos con todos los pacientes. Tratan a las personas con mucha sensibilidad y brindan la información necesaria, así como el esclarecimiento de todas sus dudas, con una comunicación clara y efectiva. Muestran un verdadero conocimiento y habilidades en su campo de trabajo, presentan muy buenos modales típicos de su profesión, y tratan a todos los pacientes con igualdad brindándole la atención necesaria, sin prejuicios ni discriminación.

En esta área es muy usual que los temas de conversación entre las pacientes mujeres sean diversos. Sus experiencias e información personal es el tema más tratado por las mujeres, brindando información sobre centro de trabajo, edad, años de relación, tiempo en consulta, donde vive, aspectos que las caracterizan. La economía como factor obstaculizador a la hora de viajar o comprar medicamentos necesarios para el tratamiento, la falta de insumos médicos y el poco desarrollo tecnológico son aspectos muy repetitivos por su parte. Añadir que relatan consecuencias psicológicas y físicas, así como expectativas y emociones relacionadas con el proceso de concepción.

Los temas de conversación de los hombres van más allá del dinero, el transporte, el tiempo de espera para entrar a consulta, la pérdida del día laboral. Otros más comunes como experiencias personales, laborales. La migración es un tema muy recurrente en este lugar, derivado a la falta de insumos para el tratamiento y lo costoso que son los medicamentos.

La organización de las dinámicas grupales entre usuarios se describe en cuanto al nivel de organización en el lugar, la secretaria es la persona encargada de mantener la organización y dirigir a los usuarios en consulta. Se va llamando por orden de llegada de acuerdo a los turnos que fueron dados con anterioridad. Dándole prioridad a usuarios discapacitados o por su situación geográfica. Cada médico del centro toma un grupo de usuarios como pacientes fijos para próximas consultas.

Se otorgan turnos para consultas previas con horario y fecha para acudir.

La participación en consulta médico-pareja se observa detallada por una participación activa de la pareja usuaria. Los miembros de la pareja esperan y entran a consulta con un alto grado de responsabilidad, solo un número reducido de parejas optan entrar por separado y también hay mujeres que entran solas a consultas, es decir no vienen acompañadas. El motivo del no acompañamiento de muchas de estas mujeres, es debido a que viven en la misma localidad de la consulta, mientras que varias de las acompañadas, son de otros territorios y les dificulta venir solas.

Con respecto a la organización de las dinámicas usuarios-personal sanitario, el ambiente inclusivo y respetuoso son parte importante. La información clara y la comunicación abierta facilita el proceso. Además, destacar el empoderamiento de los usuarios a la hora de la toma de decisiones y el debido respeto a la diversidad de las parejas.

Laboratorio

La cantidad de pacientes observados dan un total de 38 parejas usuarios, distribuidos en 19 mujeres y 19 hombres.

El área donde está el laboratorio es bien amplia y espaciosa, contiene una buena ventilación e iluminación basada en la luz natural. Esta se encuentra en un lugar donde hay mucha influencia de personal médico y usuarios de otras consultas lo que dificulta el mantenimiento de la limpieza en su exterior. Es confortable para los usuarios, para que se sientan cómodos y contiene el equipamiento necesario de acuerdo con los tratamientos actuales. Consta del área de extracción de sangre para análisis, el área de procesamiento de muestras, un pequeño salón de espera en su interior para las parejas que tienen indicado el espermograma ya sea como análisis rutinario o para inseminación.

De acuerdo con el comportamiento del personal sanitario del laboratorio se observan que son muy laboriosos, por consiguiente, tienen mucha carga de trabajo. Pero a su vez mantienen una comunicación abierta con los pacientes, intercambiando ideas y empatía, todas llevadas a la base del respeto.

La relación de los usuarios se observa generadas por la colaboración, participación activa y la toma de decisiones. Seguido por el trabajo en conjunto y por ende la confianza, resaltando el apoyo emocional como base psicológica y muy relevante la búsqueda de información acerca de los procedimientos.

Los tipos de procedimientos identificados y observados mediante la observación son el espermograma, que cuenta con una sala para que el hombre obtenga su muestra de semen, luego se analiza. La inseminación es otro procedimiento realizado a mujeres, la beta HCG y análisis médicos rutinarios realizados a usuarios.

Para describir los roles de género, se observó que las mujeres suelen ser más pacientes en cuanto al tiempo de espera, también son las que poseen más determinación para la ejecución de los procedimientos. Al igual que ellas son más comunicativas y responsables. Por su parte los hombres son impacientes, desesperados y penosos. Poseen poca determinación en cuanto a los procedimientos a los que se someten y son muy dependientes.

Consulta

La cantidad de pacientes observados dan un total de 20 usuarios, distribuidos en 9 mujeres y 9 hombres en pareja, y 2 mujeres solas.

La consulta es un área pequeña, tranquila, cómoda. Fuera de consulta tienen un área pequeña de espera que es insuficiente para la cantidad de usuarios diarios que se reúnen. Esto conlleva a que esperen dentro las mujeres y los hombres esperen fuera. Esta tendencia marca las dinámicas de apoyo, comunicación, intercambio de experiencias, opiniones, medicamentos, orientaciones sobre los procedimientos de las TRA. Los temas de conversación de estas dinámicas varían dentro mujeres y hombres afuera. Los hombres por lo general debaten sobre la demora de la consulta, la cantidad de veces que tienen que asistir, la cantidad de medicamentos que tienen que administrarse las mujeres, el éxito o fracaso de cada intento y los gastos que conlleva todo el procedimiento

El personal sanitario de la consulta, en este caso médicos y enfermeras tiene un comportamiento adecuado, primeramente, tiene buena escucha y se observan un nivel de confianza y seguridad. Comunican correctamente lo que las parejas

quieren escuchar. Son comprensibles y sensibles con todo lo que respecta al tema.

Las relaciones personales médico-usuarios se describen como honestas, sinceras, de estrecha comunicación y acertada confianza. Los usuarios cuentan sus experiencias tanto íntimas como personales. Brindan sentido de seguridad y compromiso de ayuda. Los médicos se esfuerzan por crear un ambiente acogedor y comprensivo, donde los pacientes se sientan cómodos para expresar sus preocupaciones y hacer preguntas. Se toman el tiempo necesario para explicar detalladamente los procedimientos y tratamientos disponibles, así como para responder a todas las preguntas de los pacientes. Tienen en cuenta las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes, brindando apoyo y orientación en momentos de incertidumbre y estrés.

En la consulta, los tratamientos se explican de manera clara y comprensible para que la pareja pueda entender completamente el proceso. Se describen los diferentes procedimientos disponibles, como la inseminación artificial, y se detallan los pasos que se seguirán en cada uno de ellos. Además, se discuten los posibles riesgos y beneficios de cada tratamiento. Se alienta a la pareja a hacer preguntas y a compartir cualquier inquietud que puedan tener, para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.

Tanto hombres como mujeres tienen un nivel de participación activamente en las discusiones y decisiones sobre el tratamiento. Ambos miembros de la pareja suelen estar presentes en las consultas y se les anima a hacer preguntas y expresar sus preocupaciones. En cuanto a la toma de decisiones, se busca que tanto hombres como mujeres estén informados y participen activamente en la elección del tratamiento más adecuado para su situación.

Los resultados de los observado refieren que el entorno de atención médica está tan bien diseñado para brindar comodidad, apoyo y comprensión a las parejas que buscan tratamiento, desde la distribución igualitaria de pacientes hasta el ambiente tranquilo y confortable. La descripción de la consulta sugiere un enfoque realmente centrado en el paciente, donde el bienestar emocional y psicológico se

valora tanto como la atención médica en sí. El hecho de que tanto los médicos como las enfermeras sean descritos como sensibles, empáticos y comunicativos, sugiere que se ha establecido una base sólida para una relación de confianza entre el personal médico y los usuarios. Estas relaciones son cercanas, comprensivas y basadas en la confianza mutua, con un enfoque en el bienestar integral de los pacientes. Esto es decisivo en un entorno de salud reproductiva, ya que las parejas pueden estar experimentando una amplia gama de emociones y preocupaciones durante su tratamiento. La transparencia y la accesibilidad en la comunicación sobre los procedimientos y tratamientos disponibles también son aspectos realmente valiosos. Es fundamental que las parejas comprendan completamente su situación y las opciones que tienen a su disposición, para que puedan tomar decisiones informadas y sentirse seguras en su proceso de tratamiento. El énfasis en la participación activa de ambas partes de la pareja en las discusiones y decisiones sobre el tratamiento también es alentador. En general, la consulta está realmente comprometida con brindar un ambiente de apoyo y comprensión para sus pacientes.

CONCLUSIONES

- Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) representan una herramienta significativa que no solo aborda los desafíos de la infertilidad, sino que también refleja dinámicas de género importantes en el ámbito de la reproducción asistida. Estas tecnologías no solo ofrecen opciones para parejas que enfrentan dificultades para concebir de forma natural, sino que también plantean cuestiones fundamentales relacionadas con la identidad de género, el acceso equitativo a la atención médica y las decisiones reproductivas.
- La ausencia de un enfoque sociocultural y de género en el Programa de reproducción asistida, condujo a investigar las condicionantes que reproducen la cultura del género en salud. Para ello se hizo necesario el abordaje de la Teoría CTG y la Sociología de la Salud, recurriendo a autores y fuentes muy importantes en estos estudios.
- Las teorías CTG aportan una perspectiva fundamental para comprender en profundidad las técnicas de reproducción asistida (TRA) desde un enfoque de género. Brindan las herramientas para realizar un análisis de las dinámicas de género en el desarrollo, la implementación y el acceso a las TRA, y pueden promover un diálogo informado y reflexivo desde una perspectiva de género, lo que contribuye a una mayor conciencia, comprensión y acción en torno a estas tecnologías. Lo cual ofrecen herramientas conceptuales y analíticas para comprender a fondo las complejas intersecciones entre la ciencia, la tecnología y el género en el contexto de la reproducción asistida.
- La perspectiva cualitativa, con un diseño no experimental propició un adecuado acceso al campo y la obtención de información confidencial por parte de los usuarios de las TRA. La utilización de la encuesta demostró la utilidad de su uso en la obtención de información rápida y abundante aunque mostró sus limitaciones en torno a la complejidad de las respuestas en las preguntas abiertas.
- La muestra estudiada permite establecer las condicionantes de género en las TRA:
 - ✓ Las mujeres son las que llevan la mayor carga de responsabilidad en el tratamiento. Las condicionantes identificadas son las físicas, psicológicas, económicas, laborales y culturales. Las mujeres son más condicionadas tanto física, cultural, como psicológicamente. Los hombres son más condicionados económicamente y laboralmente. En

la muestra estudiada no se evidencia aun, la incorporación de las parejas homosexuales a las TRA. Se evidencia una marcada ausencia de usuarios religiosos. La muestra de mujeres estudiadas presentan un alto perfil profesional. Se reconoce una igualdad de responsabilidad para ambos miembros de la pareja no así de participación en los procedimientos asociados a las TRA. El protocolo médico está diseñado en función de la infertilidad femenina y los procedimientos asociados mayormente a la mujer y en tales procedimientos no se concibe la participación o acompañamiento masculino, si se tienen cuenta que en un proceso reproductivo normal participan ambos miembros de la pareja.

- ✓ En la muestra estudiada existe una mayor prevalencia de mujeres blancas. Esto no permite concluir que son estas las más afectadas por la infertilidad. No existe estudios referentes sobre el tema. Por lo que se puede inferir asimismo que las mujeres negras acuden menos a las consulta de reproducción asistida.

RECOMENDACIONES

- ✓ Presentar estos resultados preliminares ante las instituciones pertinentes para rediseño de las políticas de salud reproductiva en Cuba para la incorporación en este de un enfoque social de la salud. Así como concebir la aplicación de las TRA desde el enfoque CTG.
- ✓ Promover los estudios cuantitativos sobre el tema a fin de conocer con mayor exactitud la tasa de TRA a nivel nacional y de cada uno de los indicadores sobre el tema, en particular por género.
- ✓ Promover la atención a las parejas infértiles con un argumento entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amzat, J., & Razum, O. (2014). *Medical Sociology in Africa*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-03986-2>
- Viera, M, Guerra, M.D. (2023). *Análisis de la eficacia de las técnicas de reproducción asistida: Una revisión sistemática*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000100107
- Balarezo-López, G. (2022). Breve descripción histórica de la sociología de la salud. *Diagnóstico*, 61, e403. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i4.403>
- Bijker, W. E., Hughes, T. P., & Pinch, T. (Eds.). (1987). *The Social construction of technological systems: New directions in the sociology and history of technology*. MIT Press.
- Bloor, D. (1991). *Knowledge and social imagery* (2nd ed). University of Chicago Press.
- Bloor, D. (2005). La generalización del principio de simetría. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*.
- Campo-Engelstein, L. (2010). Review of Karey Harwood, *The Infertility Treadmill: Feminist Ethics, Personal Choice, and the Use of Reproductive Technologies*¹. *The American Journal of Bioethics*, 10(11), 32-34.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2010.520592>
- Cardaci, D., & Sánchez Bringas, Á. (2009). Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *Alteridades*, 19(38), Article 38.
- Carlos, J. S., Perea, D. R., & Jaimes, S. P. (s. f.). *Universidad Autónoma De Ciudad Juárez*.
- Castro, R. P., & Bronfman, M. P. (1993). SciELO - Brasil -. *Cadernos de Saúde Pública*, 9,

375-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300024>

González García, M, Sedeño, E. (2002). *Ciencia, Tecnología y Género*.

<http://www.oei.es/revistactsi/numero2/varios2.htm>

Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.

<https://doi.org/10.1177/002214650504600105>

Cockerham, W. C. (2016). *Medical sociology* (Thirteenth edition). Pearson.

Díaz, F. (2019, enero 16). Atención a la Pareja Infértil en Cuba. *Directorio Cubano*.

<https://www.directoriocubano.info/noticias/atencion-a-la-pareja-infertil-en-cuba/>

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013).

La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7),

Article 7.

Disponible anteproyecto del Código de las Familias (+ PDF)—Cubadebate. (15 de septiembre 2021). Cubadebate - Cubadebate, Por la Verdad y las Ideas.

<http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/09/15/disponible-anteproyecto-del-codigo-de-las-familias-pdf/>

Evolution of reproductive technologies. A view from biomedicine. (2023).

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052022000300355&script=sci_abstract&tlng=en)

[57052022000300355&script=sci_abstract&tlng=en](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052022000300355&script=sci_abstract&tlng=en)

Fausto-Sterling, A. (1992). *Myths of gender: Biological theories about women and men* (2nd ed). BasicBooks.

Firestone, S. (1973). *La dialéctica del sexo*. Editorial marianico_elcorto ePub baser1.2

García, M. I. G. (2017). *Ciencia, tecnología y género*. ISBN 978-99967-867-0-9.

González Cruz, C., & Morffi Collado, C. L. (2019). *Las Técnicas de Reproducción*

Humana Asistida. Propuesta de lege ferenda en el ordenamiento jurídico cubano.

Academia & Derecho, 19, 233-260. <https://doi.org/10.18041/2215->

8944/academia.19.6015

González García, M. I., López Cerezo, J.A. y Luján López, J. L. *Ciencia*, (2023).

<https://www.ub.edu/geocrit/b3w-126.htm>

Gual, A. M. (s. f.). *Un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias.*

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata.

Gómez M. M. (2023). *Introducción a la metodología de la investigación científica*

<https://books.google.com.cu/books?id=9UDXPe4U7aMC&pg=PA117&lpg=PA117>

&dq=Se+utiliza+un+muestreo+no+probabil% C3% ADstico:+Las+muestras+no+pro

habil% C3% ADsticas,+tambi% C3% A9n+llamadas+muestras+dirigidas,+suponen+u

n+procedimiento+de+selecci% C3% B3n+informal.+Se+utilizan+en+muchas+invest

igaciones,+y+a+partir+de+ellas,+se+hacen+inferencias+sobre+la+poblaci% C3% B3

n.&source=bl&ots=bajGFYtKxU&sig=ACfU3U3r03QhHcPqCNcyWbvYBo0eKw

SjcQ&hl=es-

419&sa=X&ved=2ahUKEwi38uzTnYaDAxUamYQIHAS3BSkQ6AF6BAgmEAM

#v=onepage&q&f=false

Izquierdo, M. J. (1988). ¿Son las mujeres objeto de estudio para las ciencias sociales?

Papers. Revista de Sociologia, 30, 51.

<https://doi.org/10.5565/rev/papers/v30n0.1473>

Kline, S. J. (1985). What Is Technology? *Bulletin of Science, Technology & Society*, 5(3),

Article 3. <https://doi.org/10.1177/027046768500500301>

Krige, J. (2008). *American Hegemony and the Postwar Reconstruction of Science in*

Europe. MIT Press.

Luna, F. (2008). *Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Tomo 4: Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

MacKenzie, D. A., Wajcman, J. (Eds.). (1985). *The Social shaping of technology: How the refrigerator got its hum*. Open University Press.

Martínez Casanova, M. (2015). *Introducción a la gestión sociocultural para el desarrollo* (T. Fariñas Puente, Ed.). Universitaria Félix Varela.

Fernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. (4a ed.).

MINSAP, R. (2022). *Programa de Atención a la Pareja Infértil: Prioridad para el Sistema de Salud*. Sitio oficial de gobierno del Ministerio de Salud Pública en Cuba.
<https://salud.msp.gob.cu/programa-de-atencion-a-la-pareja-infertil-prioridad-para-el-sistema-de-salud/>

Monterroza Ríos, Á. (2017). Una revisión crítica a la teoría del Actor-red para el estudio de los artefactos. *trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 9(17), 49-62.
<https://doi.org/10.22430/21457778.616>

Montes Guevara, G. E. (2004). Bioética y Técnicas de Reproducción Asistida. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 12(1), Article 1.

Newman, L. G. D. (2006). El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. *Revista de Educación*.

Nunes, E. D. (s. f.). *La importancia del estudio de la sociología médica: un texto del siglo xix*.

Ortega, M. (2017). El estudio y análisis de las intervenciones sociales consideradas como

culturas políticas. *Cinta de Moebio*, 60, Article 60. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2017000300286>

Pérez Sedeño, E., & Gómez, A. (2008). Equality and Equity in Latin American Science and Technology. *Arbor*, CLXXXIV (733), 785-790.
<https://doi.org/10.3989/arbor.2008.i733.223>

Pinch, T. J., & Bijker, W. E. (1984). The Social Construction of Facts and Artefacts: Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology might Benefit Each Other. *Social Studies of Science*, 14(3), 399-441.
<https://doi.org/10.1177/030631284014003004>

Cubadebate (2021,). *Programa de Atención a la Pareja Infértil logra mayor cifra de embarazos en 2020*, Por la Verdad y las Ideas.
<http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/02/09/programa-de-atencion-a-la-pareja-infertil-logra-mayor-cifra-de-embarazos-en-2020/>

Rodriguez, N. (2016). *Organizations in Action» by James D. Thompson*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2232.8721>

Rosser, S. V. (1988). *Feminism within the Science & Health Care Professions: Overcoming Resistance. The Athene Series*. Pergamon Press, Maxwell House, Fairview Park, Elmsford, NY 10523 (14).

SciELO - Brasil (2023). *Las ciencias sociales y la salud: Un diverso y mutante campo teórico* *Las ciencias sociales y la salud: Un diverso y mutante campo teórico*.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/rsXRdfRgV4ghpFbD3mnnRhj/?lang=es>

SciELO - Salud Pública (2023). *Sociología médica: Origen y campo de acción* *Sociología médica: Origen y campo de acción*.
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n2/265-270/>

- Smietana, M., Thompson, C., & Twine, F. W. (2018). Making and breaking families – reading queer reproductions, stratified reproduction and reproductive justice together. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 7, 112-130.
<https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.11.001>
- Stolcke, V. (2018). Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad. *Papeles del CEIC*, 2018(2), 193. <https://doi.org/10.1387/pceic.20116>
- Técnicas de reproducción asistida para combatir la infertilidad femenina*. (2022, enero 28). Reproducción Asistida ORG.
<https://www.reproduccionasistida.org/tratamiento-infertilidad-femenina/>
- Armstrong, D. (1995). *The rise of surveillance medicine*. *Sociology of Health & Illness*, Vol 17, No. 3. 1995, ISSN 0141-9889, pp. 393.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory* (SSRN Scholarly Paper N.º 1496215; Número 1496215).
<https://papers.ssrn.com/abstract=1496215>
- Grífols, V. (2015). *Treinta años de técnicas de reproducción asistida..* Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Tuana, N. (2004). Coming to Understand: Orgasm and the Epistemology of Ignorance. *Hypatia*, 19(1), 194-232. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2004.tb01275.x>
- Viera Cherro, M. (2012). Inequidades múltiples y persistentes en el campo de la reproducción asistida. *Revista de Antropología Social*, 21(0), 251-271.
https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2012.v21.40058
- Wajcman, J. (2006). El tecnofeminismo. *Lección Feminismos*, 198 pp.
- World Health Organization, Etienne, C., Asamoah-Baah, A., & Evans, D. B. (Eds.). (2010). *The World health report: Health systems financing: the path to universal coverage*.

World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1 Guía de Encuestas a Usuarios:

Se está realizando un estudio sobre los aspectos de género en la consulta de reproducción asistida de la que Ud. es usuario. Le pedimos su ayuda para responder con la mayor seriedad. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1. Datos Sociodemográficos

Sexo: F___ M___ Edad___ Color de Piel: N___ B___ M___

Lugar de Residencia municipio_____ Prov_____ Zona Rural___ zona urbana_____

Nivel de Escolaridad: 6to___ 9no ___ 12 ___ Técnico Medio ___ Universitario___
Obrero Calificado___ Lic. ___ Master___ Dr. ___
Ocupación_____

Practica alguna religión SI___ NO___Cuál _____

Tipo de Pareja: Homosexual ___ Heterosexual___ Tiempo en Consulta_____

Tiempo de relación con pareja actual___ Tiempo en consulta con pareja anterior
SI___ NO___ AÑOS___

2. A qué edad comenzó a buscar familia_____

3. Qué tiempo llevaba buscando familia: 1-3 años ___ 4-7 años___ 8-11 años___
Más ___

4. Causa de infertilidad de la pareja Masculina ___ Femenina___ AMBAS___

5. ¿A qué edad descubrió su infertilidad? ___

6. ¿Tiene hijos? Si___ No ___ Cuántos___

7. ¿Su pareja tiene hijos? Si ___ No ___ Cuántos _____

8. ¿Por qué vía llegó a Consulta?

Redes Sociales___ Amigo/a ___ Familia___ Remitida/o___ otras___
Cuáles_____

9. ¿Conoce usted el significado de TRA? No ___ Si___ Menciónelo:

10. ¿Qué responsabilidades surgen en la pareja cuando se enfrenta a la reproducción asistida?

11. De las responsabilidades asumidas, cuál de los miembros de la pareja asume mayor cantidad. Mujer ____ Hombre ____ Ambos _____

12. ¿A qué TRA se está usted sometiendo actualmente?
Inseminación artificial____ Inseminación con donante de esperma ____ FIV____
Ovodonación____ FIV con donante de esperma____ propuesta para inyección intracitoplasmática_____

13. ¿Cómo participa su pareja en el proceso?

14. ¿En su pareja, quién lleva más carga en el proceso del tratamiento en la consulta de reproducción asistida? Hombre _____ Mujer _____
Ambos____ por qué

15. En la siguiente tabla se muestra algunos procedimientos médicos, menciones con quién acudió acompañado/a y qué información recibió sobre esta en la consulta.

Procedimiento	Quién lo acompañó	Qué nivel de información recibió sobre el procedimiento. Alta- Media- Baja
Dilatación de cuello		
Inseminación		
Espermograma		
Histeroscopia		
Histerosalpingografía		
Hidrotubación		

Transferencia de
embriones

Captura de óvulos

Otros

16. ¿Considera que la **información** recibida sobre el proceso de reproducción asistida es similar para ambos sexos? Si____ No____ Por qué_____

17. ¿Cómo describe su experiencia general dentro del proceso hasta el momento?

18. ¿Se ha sentido discriminado dentro de la consulta? Si ____ No____ por qué

19. ¿En su pareja, cómo se reparten las responsabilidades del procedimiento?

Marque con una x

Económicas

Culturales

Físicas

Religiosas

Laborales

Psicológicas

20. Quién toma las decisiones en su pareja, en función de los procedimientos que se realizan a lo largo del tratamiento de reproducción asistida.

21. ¿Considera que la participación de los miembros de la pareja en el proceso de reproducción asistida se sobrecarga en la mujer? SI ___ NO ___ por qué

Anexo 2 Guía de Observación

Fecha:

Hora:

Lugar: Salón de Espera _____ Consulta _____ Laboratorio

Participantes: _____

Usuarios: F _____ M _____

Personal Médico: F _____ M _____

Mujeres solas _____ Hombres Solos _____

Parejas Homosexuales: F _____ M _____ Parejas Heterosexuales: _____

Color de la Piel: B _____ N _____ M _____

Consulta (Salón de Espera)

- Descripción física del área
- Descripción del comportamiento personal sanitaria
- Temas de conversación entre pacientes mujeres
- Temas de conversación entre pacientes hombres
- Organización de las dinámicas grupales entre usuarios
- Participación en consulta médico-pareja
- Como se organizan las dinámicas usuarios- personal sanitario
-

Consulta

- Cantidad de Participantes
- Descripción del área
- Descripción del comportamiento personal sanitario
- Relaciones personales médico/ usuarios
- Tratamiento
- Nivel de participación de Hombres y Mujeres Usuarios

Laboratorio

- Cantidad de Pacientes F M
- Descripción del área
- Descripción del comportamiento personal sanitario
- Relación Usuario
- Tipo de procedimiento
- Roles de género

Anexo 3 Fotos





PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PAREJA INFÉRTIL

- CUBA



El programa está diseñado para que alrededor de 40 de cada 100 parejas logren su embarazo en las consultas municipales y las restantes deben remitirse a los servicios provinciales de reproducción asistida.

A partir de ese momento, las parejas son sometidas a técnicas como la cirugía y la más frecuente que es la **inseminación artificial**.

Si después de un año la mujer, con la aplicación de hasta cuatro inseminaciones artificiales, no logra el embarazo, la pareja requiere de técnicas de reproducción asistida de alta tecnología.

