

ESPECIALISTAS EN REPRODUCCIÓN

Resultado de Investigación finalizada
GT 01- Ciencia, tecnología e innovación
Andrea Waiter

Resumen

Este trabajo se enmarca en el campo de la Sociología de la Salud e incorpora una mirada en Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS).

Surge como interés de conocer las vinculaciones que existen entre un grupo de agentes pertenecientes al espacio de la salud con respecto a su entorno, concretamente, los médicos especialistas en tecnologías de reproducción asistida y su vínculo con la medicina reproductiva.

Se da cuenta la forma en que construyen el poder, teniendo presente que constituyen un campo dentro de un espacio social determinado. Se analiza quiénes son, dónde estudiaron, dónde trabajan, cómo se relacionan. A su vez se estudia la influencia por parte de los especialistas en relación a sus pacientes y a sus colegas.

Palabras claves:

Tecnologías reproductivas asistidas – Medicina reproductiva – Expertos – Medicalización

Objetivos de la ponencia

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

Bajo el concepto de medicalización se hace alusión a determinados procesos por los que ciertos fenómenos que formaban parte de otros ámbitos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos.

No debería causar asombro entonces, que las Tecnologías Reproductivas Asistidas (TRA) se justifiquen cada vez más como una forma de tratamiento médico para responder a la infertilidad. Las mismas constituyen técnicas novedosas que forman parte de lo que se ha denominado biomedicina y que es en gran parte del mundo una disciplina en expansión y de gran crecimiento. Los médicos especialistas en reproducción asumen un rol sumamente importante ya que son ellos quienes llevan adelante las prácticas. Si contextualizamos la situación del médico especialista en el Uruguay, nos encontramos -a priori- con un grupo reducido cuantitativamente, homogéneo en cuanto a su especialidad (mayoritariamente ginecólogos), que han estudiado específicamente el tratamiento de estas tecnologías -en su mayoría en el exterior- y trabajan actualmente en clínicas privadas.

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

En este sentido se establecieron los siguientes objetivos: caracterizar el perfil de los especialistas y sus trayectorias, establecer el tipo de relacionamiento que se da entre sus colegas y sus pacientes, e identificar los ámbitos a través de los cuales los especialistas ejercen su saber y poder. Para responder a los objetivos de la investigación se optó por un enfoque cualitativo, investigando en profundidad un determinado colectivo sin establecer una generalización en el sentido estadístico del término. La principal técnica de recolección de datos utilizada ha sido la entrevista en profundidad.

Referencia Teórico-Methodológico

Bajo el concepto medicalización de la sociedad se hace referencia al fenómeno por el cual la Medicina amplía su campo de intervención: “con el término medicalización, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión, tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto de sus tradicionales dominios” (Menéndez, 1992 En Mitjavila, 1998). La medicalización adquiere diversas formas, no solamente en relación a las particularidades de las esferas de lo social que son medicalizadas, sino también en relación a los procedimientos adoptados y a las funciones adicionales que se cumplen. A partir de este momento, la Medicina también ordena, prescribe, certifica, evalúa, en pleno ejercicio de sus potestades arbitrales. El concepto de medicalización involucra un proceso de colonización de la vida social donde se pueden localizar dos actores: la medicina y el Estado. En este sentido, “la intervención médica supone un ejercicio normalizador e instaurador de normas” (Mitjavila, 1992: 11).

En cuanto a la medicina como profesión, Fredison (1978) plantea que el monopolio sobre una parte protegida del mercado de trabajo, la autonomía técnica, el derecho al control de su propio trabajo, el derecho a determinar quiénes ejercen legítimamente la profesión, y la forma en que debe ser realizado el trabajo; son los principales elementos que definen y caracterizan a la profesión médica.

Los criterios que sobresalen son el de autonomía y el de autorregulación en tanto aluden a que solamente aquellos que poseen el conocimiento experto, y están preparados para su ejercicio en la práctica profesional, son los que pueden llevar a cabo una evaluación de la labor médica. Por otro lado, Juan Irigoyen (2010) analiza las modificaciones que sufre la profesión médica a raíz de los cambios económicos, tecnológicos, organizativos y culturales. A partir de la década de 1980, el autor sostiene que se empieza a importar el modelo empresarial a los espacios médicos, hecho que implica redefiniciones: se habla de clientes en lugar de pacientes, productos en vez de tratamientos o medicamentos.

Constituyen un *sistema experto* en términos de Giddens (1994), en tanto se trata de un grupo de individuos que poseen conocimiento especializado, lo que permite adjudicarle la categoría de expertos. El experto es cualquier individuo que posea los tipos de conocimiento específicos y la capacidad y habilidad para utilizarlos con éxito. Lo importante de la situación en que se encuentran un experto y un no experto -“profano”- es el desequilibrio que se genera debido al hecho de que el experto posee las capacidades, el conocimiento y la información y el no experto carece de ellas, lo que lleva a que uno sea influyente en relación al otro. Sistema experto en tanto conocimiento erudito, destreza técnica y aval científico que fundamenta la confianza depositada por los actores profanos en ese determinado conocimiento experto.

Pierre Bourdieu (2001) considera que el mundo social puede ser concebido como espacio social multidimensional construido empíricamente a partir de descubrir los principales factores de diferenciación. El autor introduce el concepto de campo como un instrumento metodológico para el estudio del espacio social. El campo científico es un campo social como otro con sus relaciones de fuerza, sus monopolios, sus luchas y sus estrategias, sus intereses y sus ganancias, pero donde todas estas invariaciones revisten formas específicas. Sostiene que el mismo es “el lugar de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social, o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que es socialmente reconocida a un agente determinado, entendida en el sentido de capacidad de hablar e intervenir legítimamente en materia de la ciencia” (Bourdieu, P. 1997: 12). Para dar cuenta

de la estructura y el funcionamiento del campo científico, es necesario comprender todas las manifestaciones del capital. El capital cultural puede existir en tres formas o estados: en estado interiorizado o incorporado, esto es, en formas de disposiciones duraderas del organismo; en estado objetivado, en forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos o máquinas, que son resultado y muestra de disputas intelectuales, de teorías y de sus críticas; y, finalmente, en estado institucionalizado, una forma de objetivación que confiere propiedades enteramente originales al capital cultural que debe garantizar (Bourdieu, P. 2001: 136). El capital social “está constituido por la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos (...) se trata aquí de la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo. El capital total que poseen los miembros individuales del grupo les sirve a todos, conjuntamente, como respaldo” (Bourdieu, P. 2001: 148).

El capital total que poseen los integrantes de un grupo sirve para todos en conjunto, para el grupo como tal, y el capital total del grupo como tal, sirve a sus integrantes. Para mantener y reproducir el capital social, son necesarias relaciones de intercambio constantes, que permiten afirmar el reconocimiento mutuo. El capital simbólico consiste en ciertas propiedades impalpables que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente. Para el autor, el capital simbólico “no es más que el capital económico o cultural en cuanto conocido y reconocido” (Bourdieu, 1987: 160). El capital científico es una especie particular de capital simbólico: “consiste en el reconocimiento otorgado por el conjunto de los pares-competicidores dentro del campo científico” (Bourdieu, P. 1997: 79).

Trayectoria y Relaciones

¿Quiénes son?

A Julio 2012 son 13 los especialistas en las TRA, de los cuales, 10 son hombres y 3 son mujeres. Se mueven dentro del rango de entre 50 y 70 años de edad. Todos hicieron la especialización en ginecología, pero ninguno hizo la subespecialidad de reproducción en Uruguay ya que en Facultad de Medicina no existe tal especialización. Han estudiado en México, EE.UU., Argentina, España, Brasil, Suiza, Australia; muchos en calidad de pasantías. Generalmente se cumple la regla de que identifican un nicho de mercado; hay pocos especialistas en el tema, estudian en el exterior durante aproximadamente un año y, o vienen a formar su propio centro o se unen a centros que ya existen, mayoritariamente en Uruguay -un único especialista hace sus procedimientos de alta complejidad en un laboratorio en Buenos Aires-.

Estos médicos no se dedican exclusivamente a los tratamientos de fertilidad. Aunque quisiesen, el mercado no se los permite. Necesariamente se relacionan con otros agentes e instituciones, tanto del Estado como del sector privado.

Los especialistas en TRA constituyen un entramado de relaciones que toman características de campo, más precisamente de campo científico. La noción de campo científico abarca el espacio de la vida social ocupado por los aparatos, las instituciones, los organismos y los individuos. Esta investigación estudia a los especialistas en TRA como agentes imprescindibles de este campo, sin embargo queda pendiente el estudio en profundidad de otros agentes e instituciones, como Ministerio de Salud Pública (MSP), Universidad de la República (UdelaR), Fondo Nacional de Recursos (FNR), agentes pertenecientes al Estado, entre otros, que forman también el campo científico en estudio.

Cumplen con determinadas características que le son comunes a todos los agentes: son ginecólogos, estudiaron la subespecialidad en el exterior, trabajan en centros privados. De alguna manera estos

especialistas se inician con una base en común. Esto significa que cuentan con capital cultural incorporado similar: invirtieron tiempo para lograr el saber, invirtieron tiempo para lograr el reconocimiento social que surge del hecho de ser un individuo que posee saber. Ocupan posiciones similares en el espacio social y por lo tanto están sujetos a similares factores condicionantes. Sin embargo, a lo largo de su trayectoria profesional querrán diferenciarse del resto de los especialistas y/o del resto de las clínicas asumiendo y poniendo en juego otros capitales.

¿Dónde ejercen su subespecialidad?

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

A nivel público, el lugar de referencia es la Unidad de Reproducción Humana del Centro Hospitalario Pereyra Rosell (URH-CHPR), que se encuentra bajo la responsabilidad de dos médicos Gineco-Obstetras. No obstante, al no poseer un laboratorio dentro de la Unidad, estos médicos eligen uno de los cuatro laboratorios existentes para llevar a cabo sus procedimientos de AC. A nivel privado, los cuatro centros son: Centro de Esterilidad Montevideo (CEM), la Unidad de Fertilidad de la Asociación Española, el Centro de Reproducción Humana del Interior (CERHIN), y el Centro Iberoamericano de Reproducción Asistida (CIRA).

En 1986 se crea el CEM cuando muchas de las técnicas eran de reciente data, y otras tantas aun no existían (como la técnica ICSI por ejemplo). Este centro fue fundado por el primer especialista en el país sobre dichos tratamientos y creador de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (SURH). Muchos especialistas se suman a su centro, que por cierto, al ser el primero en Uruguay goza de un capital simbólico importante, y tal vez mayor que el resto de los centros. El CEM trabaja en articulación con FERTILAB, el primer laboratorio especializado en esterilidad y fertilidad, y único Banco de Semen en el país creado en 1985. Estas dos instituciones se originan pues, entre 7 y 9 años más tarde de que se verifique el primer éxito clínico a nivel internacional de una FIV en 1978. Es el CEM quien realiza el primer caso de FIV en Uruguay.

El segundo centro privado que se forma en el país, en 1997, es el CERHIN. A diferencia del CEM -que tiene su laboratorio en Montevideo, más precisamente en el barrio de Parque Batlle-, CERHIN tiene su laboratorio para hacer los procedimientos de alta complejidad en Salto. De los discursos de los entrevistados que pertenecen a estos centros, se desprende que entre CEM y CERHIN existe una muy buena relación. Básicamente porque los médicos fundadores de CERHIN previo a crear su propio laboratorio, hacían los tratamientos de alta complejidad en CEM.

En 1997, en el mismo año que se forma CERHIN, se funda el primer centro privado en un prestador privado de salud (Asociación Española). A pesar de que a priori pareciera que estar instalado en dicho servicio puede significar que la misma cubra los procedimientos o parte de los mismos, este pensamiento es erróneo ya que funciona como cualquier centro/laboratorio privado.

Por último, el centro CIRA, fundado en el 2007, es el último centro privado en constituirse. Si bien se forma hace 5 años, quienes están al mando del centro trabajan en reproducción hace más de 15 años, la

diferencia es que antes alquilaban los laboratorios para hacer los procedimientos y ahora tienen el suyo propio.

A su vez, hay un solo especialista en Uruguay que no se ha unido a ningún centro, y hace sus tratamientos de alta complejidad en CEGYR, laboratorio en Bs. As.

Excepto para el caso de la URH-CHPR, a nivel privado, los mismos directores que presiden en la actualidad son quienes fundaron sus respectivos centros/laboratorios. Si se asume que son diez los especialistas en reproducción que trabajan en alguno de los centros privados que existen (dos especialistas trabajan a nivel público y un especialista deriva a sus pacientes a un laboratorio Argentino), se desprende que ocho son directores y dos podrían ser calificados “independientes”, es decir, no mantienen ninguna relación formal o contractual con ninguno de los centros.

Esto significa que, para aquellos ocho especialistas, además de ejercer como profesionales en lo que es la medicina reproductiva, también cumplen funciones de directores, socios y asumen rol de fundadores.

A la tarea de profesional se le suma la tarea de gestión. En este sentido, se puede asumir -tal como señala Freidson- que gozan del monopolio sobre el área de reproducción (son dueños y fundadores), poseen una autonomía técnica (tienen conocimiento sobre los procedimientos y los llevan a cabo), controlan su propio trabajo a la interna de cada centro y determinan la forma en que debe ser realizado. Asimismo la convivencia de las tareas en tanto profesión con las de gestión es producto de la importación del modelo empresarial a los espacios médicos, al decir de Irigoyen. En este sentido el autor plantea que al campo profesional se le suma la industria farmacéutica, de biología, de compañías aseguradoras, empresas consultoras y de recursos humanos. Las fuerzas presentes en este campo determina, según el autor, que la profesión médica se encuentre “extraviada entre el laberinto tecnológico, comercial y el consumo” (Irigoyen, J. 2010: 291) Este nuevo modelo genera un consumidor equivalente al de los mercados de servicios, al mismo tiempo que redefine la autonomía profesional: “Se trata de trabajadores autónomos o semiautónomos regulados por una relación empresarial” (Irigoyen, J. 2010: 289).

Se destaca el capital científico que Bourdieu ha denominado temporal o político y que está ligado a “la ocupación de posiciones eminentes en las instituciones científicas, direcciones de laboratorios o departamentos, pertenencia a comisiones, comités de evaluación, etc., y al poder sobre los medios de producción (contratos, créditos, puestos, etc.) y reproducción (facultad de nombrar y promover carreras) que asegura esa posición prominente” (Bourdieu, P. 1997: 89). En lo que respecta al ejercicio de estos especialistas sobresale el capital cultural objetivado. Se trata del soporte físico del capital cultural y por lo tanto puede ser “materialmente transferible”. En este sentido, los bienes culturales son apropiados materialmente (lo que presupone el capital económico) y simbólicamente (lo que presupone el capital cultural). Para poseer sus laboratorios con las maquinarias y tecnologías necesarias, necesitan de capital económico, a la vez que necesitan del capital cultural interiorizado para manejarlas.

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

¿Cómo se relacionan?

Son pocos los centros y pocos los especialistas, hecho que deriva en que todos se conozcan. Por esta razón hablar de centro o profesional es prácticamente un sinónimo. Si bien cada uno elige un centro distinto para realizar sus procedimientos, todos manifiestan la necesidad de que exista una sociedad o

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

Existe un reconocimiento por gran parte de los entrevistados al especialista que formó el primer centro en Uruguay y la SURH. A su vez éste forma parte de la Comisión de Salud del Senado convirtiéndose en un referente político y actor clave para el desarrollo de estas prácticas en el país. Con respecto a la relación que estos especialistas mantienen con los prestadores privados de salud, se advierte que es bastante estrecha. Como ya se dijo, estos médicos no se dedican únicamente a la reproducción, sino que también trabajan en otros ámbitos de la medicina. Incluso, algunos de ellos están al mando de las unidades de reproducción que existen en los diferentes servicios de salud. Por lo que a priori, podría suponerse que, según la prestación privada de salud a la que se pertenezca, el centro al que irá, aunque sea a consultar por vez primera.

Relación pacientes

Los especialistas toman consciencia de lo que significa estos tratamientos para sus pacientes en relación a lo afectivo y económico. Al ser pocos centros, generalmente los pacientes pasan por todos ellos, aunque sea a consultar.

El término al que más aluden es el de confianza: los pacientes depositan en los especialistas una carga emotiva importante, y los médicos deben generarles confianza para el buen devenir de las prácticas. Al mismo tiempo son los mismos pacientes quienes confían en estos especialistas, bajo el concepto de fiabilidad de Giddens es posible advertir que confían en las capacidades de quien los está atendiendo.

Al factor emocional, hay que agregar también el factor económico como un elemento clave que juega en este tipo de tratamientos. La relación que mantienen con sus pacientes en este complejo proceso, el éxito de cada uno de ellos dependerá, en última instancia de si logra o no el embarazo. Es el capital cultural institucionalizado el que se destaca en esta relación: los pacientes legitiman el conocimiento que poseen estos especialistas. Desde el momento en que consultan y ven sus títulos colgados detrás del escritorio, están valorando su competencia cultural. Institucionalizan su conocimiento confiando que estos especialistas podrán solucionar los problemas por los que atraviesan. Asimismo se vislumbra el desequilibrio que se genera debido al hecho de que el experto (el especialista) posee las capacidades, el conocimiento y la información y el no experto (el paciente) carece de ellas, lo que lleva a que el primero sea influyente, a que tenga poder en relación al segundo. El paciente confía en los especialistas, deposita su confianza ya que poseen conocimiento especializado sobre las TRA.

Espacios Simbólicos

Actualización del conocimiento

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

donde aprendieron.

No es la apropiación tecnológica lo que diferencia a los centros, ni los equipos, ni la falta de conocimiento. Entre los especialistas existe un reconocimiento sobre los recursos que poseen todos los centros, hecho que los convierte una vez más en grupo en el sentido de ocupar similar posición social.

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

En este sentido, el pertenecer a una red, hace que el capital social que poseen estos especialistas se mantenga o aumente. Así, el conocimiento funciona a su vez, como un dispositivo interno que los legitima para tomar decisiones a la hora de hacer estos tratamientos.

Capacidad para la toma de decisiones

Los especialistas en TRA aplican los tratamientos a sus pacientes en un contexto en el que no existen leyes ni regulaciones. Esto significa que los tratamientos no están amparados y son los propios médicos quienes deciden: a quiénes aplicar las FIV, de qué manera, qué se hace, qué no, etc. Si bien la SURH asumía, como objetivo principal, nuclear a todos los especialistas y determinar -entre otras cosas- la manera de proceder, ese leit motiv ya no existe más, y se deja al libre albedrío de los propios centros y/o especialistas tales consideraciones.

Bajo la pregunta en base a qué toman sus decisiones profesionales en lo que respecta a estas técnicas, en reiteradas ocasiones los conceptos de “ética profesional” y de “moral” aparecen como la respuesta más evidente. A priori parecería que los especialistas en TRA no pueden ejercer si no tienen ética o moral.

Sin embargo, la ética y la moral son conceptos subjetivos, son construcciones que los individuos internalizan en paralelo a su trayectoria. En este sentido, la mentalidad de los propios médicos ha ido mutando, y como consecuencia también la ética y la moral. A modo de ejemplo, hasta hace no mucho tiempo, los especialistas no permitían a la mujer sola someterse a dichos tratamientos. Asumían que estos tratamientos estaban destinados únicamente a parejas heterosexuales que buscaban tener hijos hacía por lo menos un año, y no lograban el embarazo porque algún miembro de la pareja era infértil. Bajo este esquema de pensamiento, la mujer sola y la mujer con pareja mujer quedaban relegadas de la maternidad. Esta decisión estaba estrechamente vinculada a que el único Banco de Semen que funciona en Uruguay sólo donaba semen a mujeres con pareja estable hombre. A pesar de ello, el resto de las mujeres recurrían a Bancos de Semen en Bs. As. y de esta manera accedían al embarazo. Cuando esta situación empieza a darse de forma reiterada, los especialistas en TRA toman la decisión de empezar a permitir el acceso de la mujer sola a estos tratamientos y el Banco de Semen cambia de parecer y decide donar semen a mujeres solas o mujeres con pareja mujer.

Estos cambios que se han producido, mutaciones que van variando según el contexto, según las situaciones de vida a las que se enfrentan, fueron y siguen siendo posibles por la inexistencia de leyes; de regulaciones. Es en este sentido que muchos discursos refieren a la preferencia de la no existencia de leyes antes de que las mismas “sean malas”. Con “leyes malas” aluden a “leyes restrictivas”, “leyes limitantes”. Si algo aprendieron en el transcurso de su quehacer profesional, es que la mentalidad

cambia, lo que hoy no se hace puede que mañana sí se haga.

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

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

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

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

Conclusiones

Es posible encontrar en estos agentes tres dimensiones que de algún modo los definen. Las mismas coexisten y prevalece una sobre la otra respecto a la circunstancia. Estos agentes son profesionales médicos, gestores empresariales y como consecuencia son capaces de tomar decisiones en los que respecta a su subespecialidad.

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

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

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

Bibliografía

Bourdieu, P. (1997) “Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción” Editorial Anagrama. Barcelona, España.

_____. (2001) “Poder, derecho y clases sociales” Editorial Descleé de Brouwer. Paris, Francia.

_____. (2000) “Intelectuales, Política y Poder” Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA). Buenos Aires, Argentina.

_____. (1997) “El campo científico” En: “Los usos sociales de la ciencia” Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.

Freidson, E. (1978) “La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado” Ediciones Península. Barcelona, España.

Giddens, A. (1994) “La Constitución de la Sociedad: Bases para la teoría de la estructuración” Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

_____. (1995) “Modernidad e Identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea” Editorial Península. Barcelona, España.

Irigoyen, J. (2010) “La reestructuración de la profesión médica” en Revista Política y Sociedad Vol. 48. Madrid, España.

Kishore, J. A. Dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications 2002.

Menéndez, E. (1984) “Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico” En: Revista Paraguaya de Sociología, No61. Asunción, Paraguay.

_____. (1992) . Cuadernos Médico-Sociales 59, p. 3-18

_____. (1994) “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?” En: Alteridades (UAM-Iztapalapa), Año 4, No 7, México, 1

Mitjavila, M., Echeveste, L. (1992) “La medicalización de la reproducción humana” Serie Investigaciones del Claeh Na94. Montevideo, Uruguay.

_____. (1998) “El saber médico y la medicalización del espacio social” Documento de Trabajo Na33. Montevideo, Uruguay.

Rodriguez, J. (s/f) “El poder médico desde la Sociología” En: Revista Española de Investigaciones Sociológicas.