

Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio

Anthropological and gender perspective in the analysis of care provided to pregnancy, delivery and puerperium

Dailys García Jordá^I; Zoe Díaz Bernal^{II}

^IMáster en Antropología. Investigador Agregado. Museo Antropológico Montané. Facultad de Biología de la Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Antropología. Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un análisis teórico de la atención al embarazo, parto y puerperio, desde la perspectiva antropológica y aplicando la categoría "género", con el objetivo de hacer visible la manera en que a través de la atención a estos procesos se organizan y mantienen las diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres. Son considerados como elementos relevantes, el tránsito del proceso de atención del espacio privado, con la participación casi exclusiva de mujeres, al espacio público donde se incluyen los varones; la medicalización de estos procesos y el papel de las tecnologías. Los aspectos citados implican falta de protagonismo y poca autoridad de las mujeres y sus familias ante el nacimiento de un hijo/a. Las formas diversas de asumir la maternidad por mujeres y hombres, son aspectos que deben ser analizados en la sociedad cubana actual desde la perspectiva antropológica, para contribuir, a través del modelo de atención al proceso reproductivo, a crear las bases para el desarrollo de una maternidad y una paternidad responsable, mediante una mayor incorporación de las mujeres y sus familias en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

Palabras clave: Reproducción humana, género y embarazo, parto y puerperio, Antropología de la Reproducción, Antropología Médica, maternidad, paternidad.

ABSTRACT

A theoretical analysis of the care of pregnancy, delivery and puerperium, from an anthropological perspective and using the category "gender", was made in this paper in order to show the way in which historical differences and inequalities between men and women are organized and sustained through the care of these processes. Relevant elements of this analysis were the transition of the process of care from the private setting -with the almost exclusive involvement of women- to the public setting where men are included; the medicalization of these processes and the role of technology. All these aspects imply lack of prominent role and low authoritative level on the part of women and their families with respect to childbirth. The various ways of assuming maternity by women and men should be analyzed from the anthropological perspective in the context of the present Cuban society. This analysis may contribute, through the pattern of care to the reproduction process, to lay the foundations for responsible motherhood and fatherhood and greater involvement of women and their families in the planning, implementation and evaluation of the care to these processes.

Key words: Human reproduction, gender and pregnancy, delivery and puerperium, Reproduction Anthropology, Medical Anthropology, motherhood, fatherhood.

La llegada de un nuevo ser además de un hecho biológico es sobre todo un acontecimiento cargado de significado cultural. Se nace en una época y en un determinado contexto, en el que se articulan las representaciones y prácticas que lo ordenan y dan sentido.¹ En las sociedades occidentales el qué, cómo, quién y por qué cuidar los procesos relacionados con el nacimiento, se ha modificado con el tiempo y conforme a la evolución social. De ser un suceso que transcurría en el interior del grupo con la ayuda y el apoyo general de las mujeres, se convirtió progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico, que debe ser controlado. Con esto cambia el lugar de nacimiento y sus participantes y se introducen nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo, que conducen a nuevas maneras de representarlo.¹⁻⁴ El contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el momento histórico en el que ocurre el nacimiento, determinan entre otros aspectos la compañía que tendrá la mujer en el momento del parto, la presencia de familiares o su pareja y la figura que es considerada como experta.¹

Numerosos estudios antropológicos, demuestran la pluralidad de formas de significar la experiencia en torno al embarazo y al nacimiento de un hijo/a. En general investigan y comparan distintos sistemas culturales y enfatizan cómo a partir del hecho biológico universal de parir, la cultura modela la manera de entenderlo y los medios materiales para asistirlo, a través del análisis de las definiciones, prácticas, expectativas, dudas, miedos y relación con los/as profesionales.^{1,2,5}

El proceso reproductivo es fisiológico y natural, pero durante su curso pueden surgir complicaciones que afecten el bienestar y la vida de los implicados (madre-embrión/feto/recién nacido). El organismo femenino es más susceptible biológica y emocionalmente durante esta etapa, de modo que le acompaña la concepción de

riesgo característica de las enfermedades, por lo que se entiende como un problema de salud y se justifica la intervención sanitaria. La mujer embarazada, enfrenta un "problema de salud", suele buscar ayuda en otro y se transforma en paciente. Lo que evidencia la dicotomía entre proceso fisiológico-proceso patológico.

La práctica médica intenta no patologizar al embarazo, parto y puerperio y tratarlo como un proceso fisiológico, no obstante lo controla exhaustivamente para evitar los riesgos.² De esta manera se inserta en la medicalización que sufren diversos procesos bioculturales. Esto es, se incluye entre los problemas que abarca la medicina moderna que antes no estaban definidos como entidades médicas,⁶ a través de la extensión de las funciones curativas y preventivas de la institución médica hacia las de control y normatización.⁷ El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos. Control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva, que ha estado presente en los dos últimos decenios.

En la mayoría de las sociedades occidentales a partir de mediados del siglo pasado, el embarazo, parto y puerperio dejan de ser atendidos por mujeres, parteras y comadronas sin formación médica, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital. Se reafirman las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y el nacimiento. Con la transición de lo privado a lo público este proceso deja de ser un fenómeno compartido por la mujer con sus redes sociales, es el personal médico, principalmente obstetras, quienes dirigen, deciden y están presentes; se concibe como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las gestantes, basado fundamentalmente en su carácter biológico.^{1,3}

LA REPRODUCCIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD. LOS SERVICIOS MÉDICOS EN LA ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

La reproducción, según *Foucault* es objeto de intervención médica, aunque "ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad" (sic).⁸ El embarazo y el parto son ejemplos paradigmáticos de la actividad medicalizadora.⁹⁻¹² Las mujeres desde el inicio de su gestación deben utilizar los servicios médicos, cuyos discursos y prácticas se imponen socialmente y construirán el eje alrededor del cual giran la casi totalidad de sus experiencias a lo largo del proceso procreativo.¹ De modo que el embarazo se constituye como un problema de salud concreto para las mujeres y sus familias.

Dos razones generales explican la medicalización del cuerpo femenino y su capacidad reproductiva, el hecho de que la ginecología históricamente lo ha asumido como patológico o defectuoso^{13,14} y las bajas tasas de natalidad, que constituyen un medio indirecto de control social de las mujeres, ya que la necesidad de controlar todos los embarazos y partos para que lleguen a buen término, abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización.^{8,10,15}

El control biomédico de las etapas del curso vital femenino en el último siglo ha logrado una considerable reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en gran parte del mundo, e increíbles avances en el tratamiento de la infertilidad, entre otros beneficios. Sin embargo, sus prácticas

han sido objeto de crítica por dos grandes motivos: su énfasis en los aspectos fisiológicos por sobre los psicosociales y su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales. Esta propensión ha significado que el parto se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y por ello, que la mujer gestante se conciba como una pasiva y dependiente paciente.³

La institucionalización del parto obedeció a diferentes motivaciones y se logró de maneras también distintas.³ En la mayoría de las naciones europeas, las comadronas recibieron la formación necesaria y llegaron a convertirse en profesionales reconocidas e independientes, en algunos países como Holanda se mantiene una atención que supera el 30 % de partos en casa.^{3,16} En Estados Unidos, el proceso de medicalización del parto fue hegemónico, a través de leyes a principio del siglo xx contra las comadronas. En la actualidad, aunque el parto biomédico es aún ampliamente hegemónico, se aprecia un declive en esta tendencia excesivamente medicalizadora y han surgido gran variedad de opciones como alternativas en las dos últimas décadas.^{3,17}

Latinoamérica ha recibido influencias de ambos modelos. En Chile, por ejemplo, que en la actualidad exhibe niveles de excelencia en los indicadores relacionados, más del 70 % de los partos son atendidos por matronas. Países como Nicaragua, Brasil y México han implementado programas de capacitación a parteras tradicionales, para que integren prácticas biomédicas que ayuden a reducir complicaciones e infecciones, pero sin dejar de practicar su profesión ni de atender a población rural o indígena. Estas medidas han resultado ser altamente efectivas, pues la población indígena puede seguir utilizando sus sistemas de salud, en concordancia con sus culturas particulares y su cosmovisión, y se reducen los índices de morbilidad y mortalidad en regiones donde no hay suficientes recursos para una cobertura biomédica generalizada.³

Por otro lado, algunos autores/as plantean que en la atención biomédica a estos procesos hoy día se privilegia el empleo de sofisticada tecnología, que utilizada de forma rutinaria, como la ecografía, supone un aumento de control de la profesión médica.^{1,3} De esta manera, las vivencias y juicios de las embarazadas sobre su estado, son descartados mediante criterios "científicos", de modo que viven el embarazo a través de sus médicos/as, sus percepciones no tienen valor,¹² ocurre una alienación de los sentidos propios, que pasan al profesional que se supone conocedor/a de "las cosas como deben ser".¹⁸ Lo que refieren, dota de autonomía y personalidad al feto y la mujer se convierte en el entorno, lo que conduce a su invisibilización, se establece un diálogo médico/a-feto, se separa a la mujer del feto, aunque este forma parte de ella al habitar en su cuerpo.^{2,12} En relación a esto *Brigitte Jordan* introduce el concepto de "conocimiento autorizado" como el construido socialmente, que se le reconoce al sistema médico hegemónico y que desautoriza el saber de las mujeres y las comadronas.¹⁹ Este sistema médico objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo y exalta al médico en un estatus de jerarquía que atribuye un conocimiento autorizado solo a aquellos que saben utilizar la tecnología y descodificar la información que proporciona.¹⁷

El excesivo tecnicismo de la medicina occidental ha olvidado la integralidad del ser humano, ya que lo aborda solamente desde sus aspectos fisiológicos. En este sentido, la salud ha tendido a ser vista más como la ausencia de enfermedad que como un proceso de construcción gradual, sobre el cual intervienen factores de distinta naturaleza. Se ha puesto el mayor énfasis en evitar y curar la enfermedad y se ha prestado poca atención a las diversas variables del entorno en el cual se desarrolla la vida de los individuos. El reconocimiento de esto condujo a que en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre

del año 2000, en Fortaleza, Brasil, se precisara el concepto de humanización de la atención de salud. Esta se orienta hacia la búsqueda del bienestar por parte de los/as propios/as interesados/as, como un factor de progreso y desarrollo humanos, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad.

En relación con el parto, su humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). O sea que, la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas.²⁰

Como hecho social, el proceso reproductivo, suele ser compartido por la mujer con sus redes de apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y en especial la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido al padre. Este constituye un elemento a considerar además en la humanización de cada etapa de atención, desde el embarazo y hasta el puerperio. La presencia de un acompañante fortalece a la gestante pero a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, implica a otros y condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y las nuevas funciones que deben desarrollarse entorno a este.

Los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto, se explican a través de dos teorías complementarias, que tienen como hipótesis que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas.²¹ No obstante, que el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el proceso y a elección de la gestante, significa que en cada momento y siempre que ella lo desee tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad. El momento del parto en sí mismo, al incluir el nacimiento y el primer encuentro con el hijo/a es un momento propicio además para ser compartido con el padre, quien desde entonces se involucra con el/la bebé y crea lazos afectivos con este, además de la significación que pudiera llegar a tener para la pareja el haber compartido tal evento. Así mismo en la recuperación inmediata, en el contacto y descubrimiento pormenorizado del hijo/a, su cuerpo y facciones, mientras la mujer se recupera físicamente y comienza a experimentar nuevas emociones.

La excesiva intervención médica en el parto, traducida en la manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres ha sido criticada desde diferentes ámbitos, sobre todo, al proponer alternativas para proporcionar al nacimiento una atención más humana y digna,¹⁵ en la que, además de reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho. Los estudios más representativos parten de la Organización Mundial de la Salud²²⁻²⁴ y hacen referencia a estos temas. A partir de la revisión de las investigaciones sobre la asistencia a partos normales, la OMS plantea la convicción de las prácticas que debieran ser eliminadas por considerarlas perjudiciales o ineficaces,²⁴ y aquellas que se debieran promover, entre las que se encuentran:

Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto (...) respeto del derecho de la mujer a su intimidad (...) a la elección de los acompañantes (...) libertad de posición y movimientos durante todo el parto (...) apoyo afectivo de los

asistentes; a que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado y desaconseja aquellas que limitan o anulen estas propuestas.²³

En las propuestas de la OMS,²³ se aprecian marcadas diferencias respecto a lo que se entiende por "normal" en distintos países, se afirma que "el concepto de normalidad en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado" y que en ello influyen los factores económicos y culturales de cada contexto.²³ Lo novedoso de esta posición es su planteamiento y protagonismo igualitario entre las prácticas biomédicas y aquellas consideradas propias de los sistemas alternativos o de autoatención. Se observa una concepción tendente a la complementariedad entre los saberes médicos y los otros. Promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestiona los discursos hegemónicos y considera imprescindible la participación de las mujeres y matronas. Por la autoridad que representa este organismo, es el estudio de referencia para profesionales y usuarias a partir del cual se plantean demandas para introducir cambios en las instituciones hospitalarias.¹ La evaluación y análisis de la atención al proceso reproductivo a través de estas recomendaciones, teniendo en cuenta la perspectiva antropológica y el enfoque de género, proporcionará una idea de la humanización del proceso en función del bienestar de las embarazadas, sus familias y del éxito del proceso en términos generales.

EL ANÁLISIS DEL PROCESO REPRODUCTIVO A TRAVÉS DEL ENFOQUE DE GÉNERO

El proceso reproductivo constituye un momento de transcendencia en la vida personal y de la familia, en el que se desarticulan o consolidan aspectos relacionados con la feminidad/masculinidad y la maternidad/paternidad. Por lo que se hace necesaria la perspectiva de género en el análisis, para hacer visible la manera en que a través de este se organizan y mantienen las diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres.

La forma en que se estructura el proceso, los comportamientos de sus protagonistas y la conceptualización de su atención, son elementos moldeados por el género. Este, atraviesa la comprensión y definición del embarazo, parto y puerperio. Por lo que es preciso el análisis a partir de aquellos aspectos que construyen y mantienen un sistema de género: las representaciones de la mujer gestante, la atención al parto y al puerperio y los modelos de maternidad y paternidad, que no solo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también con las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho.² Dicho sistema, está presente en la sociedad, está representado y determina la vivencia de la maternidad, la paternidad y el advenimiento de un hijo en función de su sexo, la transformación de una mujer en madre y de un hombre en padre (cambio de estatus) y la transmisión de valores en un nuevo ser social. Trasciende la percepción y actuación de los profesionales de la salud que atienden el proceso y de alguna manera contribuye al encuentro/desencuentro en la relación médico-paciente.

La categoría género se refiere a las construcciones socioculturales que se desarrollan a partir de las diferencias sexuales. Por lo que constituye un modo para decodificar el significado que las culturas otorgan a estas diferencias entre los sexos y para comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. Estudios anteriores a 1930 se sustentaban en supuestos que no estaban sujetos a ningún tipo de cuestionamiento, como los papeles originados de la

división sexual del trabajo, la que a su vez se sostenía en las diferencias biológicas y muy especialmente en la maternidad. Papeles sexuales que marcan la diferente participación de hombres y mujeres y que una sociedad dada ha conceptualizado como femeninos y masculinos.²⁵ *Margaret Mead*, a partir de estudios en distintos pueblos, rebatió la teoría de que los papeles femeninos y masculinos son innatos y no pueden ser modificados. Postuló que los atributos de cada sexo son determinados por la socialización continua de los padres y miembros del grupo familiar y no un producto de diferencias sexuales innatas y genéticas, como se creía. La cultura influye en la conformación de la personalidad más que los atributos genéticos. Las personalidades femeninas y masculinas son un producto social y por lo tanto pueden variar de una cultura a otra y en el transcurso de la historia.²⁶

Desde la Antropología, la definición de género alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual.²⁵ Esta perspectiva, llamada construcción simbólica de género plantea, que las diferencias sexuales son la base desde la cual se estructuran categorías que definen lo que corresponde a lo masculino y lo femenino en cada contexto particular. Definen prácticas, ideas, discursos e ideologías que dan forma a las estructuras de prestigio y de poder de cada sociedad.³ Para *Sherry Ortner* el papel secundario de la mujer es un hecho universal y pancultural. Todas las culturas valoran menos a la mujer que al hombre, porque todas las relacionan con algo que subestiman, la naturaleza. De manera simbólica se identifica o asocia a las mujeres con la naturaleza y a los hombres con la cultura. Lo natural aparece devaluado ante lo cultural, ya que la cultura controla y domina a la naturaleza. La asociación de la mujer a la naturaleza se explica por su fisiología y su específica función reproductora, que ha tendido a limitarlas a determinadas funciones sociales, asociadas normalmente con el cuidado de la prole y que implica confinamiento al espacio doméstico.²⁷

El análisis ofrecido por *Ortner*, está vigente hoy día. Si bien se observa una tendencia a la deconstrucción de conceptos machistas en la sociedad cubana actual, las actividades relacionadas con la reproducción y el consecuente cuidado de los hijos y el hogar continúan asociados a la figura de la mujer. La participación del hombre en estas tareas se visualiza por lo general en términos de ayuda. La intervención de estos de una manera más activa y protagónica en los aspectos de la salud sexual y reproductiva y en especial el tránsito por el embarazo, el parto y el puerperio de su pareja, de los que suelen ser excluidos por estar relacionados con lo maternal o ser actividades consideradas de mujeres, propician un cambio necesario en las concepciones de género. Su participación en estos espacios, genera una afectividad y un entorno emocional que incide de una manera favorable en la construcción de la paternidad, así como una mayor responsabilidad hacia su salud, la de su pareja e hijos/as.

El acto reproductivo según *Sherry Ortner*, por estar asociado a la naturaleza, es menos valorado que las creaciones culturales que constituyen creaciones más duraderas y trascendentes, ante lo perecedero que crea la mujer.²⁷ Lo que se relaciona con la división sexual del trabajo en la que, los papeles sociales de las mujeres son vistos como inferiores a los papeles sociales desempeñados por los hombres.²⁸ Así, la procreación, tradicionalmente envuelta en la ideología de acto natural, no llega a ser considerada trabajo.¹²

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) se plantearon medidas que promueven la participación equitativa de hombres y mujeres en el cuidado de los/as hijos/as y en el trabajo doméstico. Se busca adoptar todas las medidas necesarias, para modificar los modelos de conductas sociales y culturales y eliminar

los prejuicios y prácticas cotidianas y de otro tipo, basadas en la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en funciones estereotipadas asignadas al hombre y la mujer.²⁹ Desde hace algunos años, además de la mujer y la feminidad, la masculinidad ha entrado en los debates de la salud reproductiva. Hasta hace algún tiempo no se involucraba al hombre en la atención a estos procesos, ya que se consideraba responsable solo de provocar la gestación,³⁰ actualmente se observa una tendencia cada vez mayor a estimular su participación en la atención prenatal, el trabajo de parto y durante el nacimiento.

Por otro lado, la construcción de la masculinidad o feminidad del nuevo ser social, suele comenzar desde que la pareja planifica un embarazo o cuando la mujer descubre que está embarazada. Los futuros padres empiezan a imaginarse las características que tendrá el bebé, incluido su sexo. Según se imaginen un niño o una niña, tendrán un comportamiento diferente que comenzará antes del parto. Después del nacimiento, el tratamiento diferencial continúa, con la participación de todas las personas que se relacionan con el niño o la niña. Los varones son estimulados a jugar en espacios abiertos, en la calle, a la pelota, con autos y a la guerra. Las niñas juegan con muñecas, imitan las tareas domésticas ejercidas por su madre y raras veces les es permitido jugar fuera de casa. Desde pequeños, los niños comienzan a percibir su fuerza y las niñas su dependencia. Es común que a estas se les mande a lavar los platos o a arreglar la cama, mientras que al niño no se le atribuyen tareas domésticas.³¹ De esta manera se reproducen socialmente de una generación a la siguiente, al interior de la familia, las relaciones de género, se contextualizan según la época, las características socioeconómicas, históricas y culturales.

En la biología descansa aún el discurso del destino maternal ineludible, reforzado por el mandato divino y como deber social.¹ El estudio de mujeres y hombres es fundamental para comprender las maneras en que cada uno de ellos construye, transmite, cuestiona o refuerza las premisas, creencias y prácticas dominantes para el otro.³² Por lo que en la presente investigación, para enriquecer el análisis, se tendrá en cuenta el discurso de las mujeres y sus parejas.

El género y los modelos de maternidad y paternidad

Históricamente a la mujer se le han asignado binomios inseparables, que han definido algunos mitos femeninos, entre los que se encuentra como más relevante el de mujer= madre, que influye en todas las esferas vitales femeninas y organiza su vida independientemente de cualquier condición.³³ La maternidad ha sido referente social en la construcción de la identidad de las mujeres, no como algo natural sino precisamente como un producto social a lo largo de la historia de la humanidad. Esta se constituye en la institución básica de la subjetividad femenina; sus deseos, necesidades, fantasías e intereses, se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres.³⁴ En las últimas décadas se han introducido modificaciones en la construcción cultural de la maternidad y su idealización. La mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral y con ello la autonomía económica, la anticoncepción, el valor del tiempo libre y la mayor formación, entre otros factores, hacen de la maternidad no un fin en sí mismo, sino una posibilidad más entre otras de su vida.¹ Modificaciones que se deben fundamentalmente a la diversidad de formas de pensar y actuar de las mujeres entorno a la maternidad, en relación con su edad, condiciones de vida, historia familiar y en respuesta a los deseos y necesidades de su pareja, ya que la mayoría de las mujeres quieren ser madres y una vez que lo son sienten que la mayor responsabilidad sobre el cuidado y protección del hijo o hija es suya.

En general los análisis sobre la maternidad refieren dos perspectivas complementarias en su interpretación, la primera la asume como algo que despersonaliza a las mujeres y las hace ver como sacrificadas y víctimas; a partir de la segunda, se entiende que obtienen una serie de satisfacciones a través de los/as hijos/as. O sea, se constituye como una cuestión fundamental que las subordina, las expropia y las hace ser un "ser para los otros", pero que a su vez es gratificante, por lo que esa parte de su identidad la viven con ambivalencia y conflicto.³⁴

La paternidad es para los varones una parte fundamental de su identidad. Opera como un elemento estructurado de deber en su ciclo de vida, en el que se enfrenta a desafíos/mandatos, entre los que se destacan: trabajar, formar una familia y tener hijos.³⁵ Hoy día se implican cada vez más en el cuidado de sus hijos/as y el proyecto de maternidad/paternidad es casi siempre una decisión consensuada en la pareja, no obstante la práctica de la paternidad, se presenta como un derecho o posibilidad de libre elección, pero no una obligación.¹ Estudios realizados en algunos países de América del Sur plantean que la paternidad es un eje central de la masculinidad, que se vive como el momento en que se cierra el período juvenil, lo que significa un reordenamiento en la vida del varón y su inserción en un nuevo período en el que obtiene pleno reconocimiento social. Es el punto en que se convierte en adulto al adquirir una identidad pública como representante de su grupo familiar.³⁵⁻³⁷

Para autores cubanos se constituye como un argumento incuestionable que denota la virilidad masculina y su capacidad reproductiva, al demostrar socialmente su orientación heterosexual activa.³⁸ De modo que la paternidad se constituye en uno de las funciones sociales y culturales esperados de los varones en la adultez.

Durante el ejercicio de la maternidad la profesión de las mujeres es la que se suele ver afectada, aunque la Ley No. 234 de Maternidad de la Trabajadora, propicia en alguna medida, la responsabilidad compartida de la madre y el padre en el cuidado y atención de los hijos y los hombres también pueden solicitar permiso en el trabajo. No obstante y a pesar de lo legislado, investigaciones y encuestas demuestran que los modelos patriarcales predominan y conducen a que aunque de derecho esté formalizado, en la práctica, los comportamientos solo han experimentado ligeros progresos, ya que muy pocos hombres en todo el país han hecho uso del derecho a solicitar la prestación social para el cuidado del bebé posterior a las 12 semanas de nacido/a, lo que en este caso evidencia un retraso de los cambios culturales en relación con los legislativos. Según *Montes Muñoz*, mujeres y hombres se preparan para recibir a su hijo/a y sobre todo en los primeros meses, aceptan los papeles socialmente pautados.¹

A MODO DE CONCLUSIONES

Las formas diversas de asumir la maternidad por mujeres y hombres, el momento o la edad para el nacimiento del primer hijo/a, la dedicación del tiempo al niño/a, las condiciones planificadas o necesarias para asumirla, en relación con las expectativas y consecuencias que tiene en uno y otro sexo, son aspectos que deben ser analizados con vistas a conceptualizar la maternidad en la sociedad cubana actual desde la perspectiva antropológica.

A través del modelo de atención al proceso reproductivo se pueden crear las bases para el desarrollo de una maternidad y una paternidad responsables, a través de una mayor incorporación de las mujeres y sus familias en la planificación, ejecución

y evaluación de la atención. El desarrollo de investigaciones desde la perspectiva cualitativa y antropológica sobre Reproducción humana, en el contexto de la sociedad cubana actual se impone para describir cómo los procesos sociales y el desarrollo sanitario alcanzado se articulan con los modelos de maternidad y paternidad existentes y uno y otro con el servicio de salud y la atención a los procesos que se analizan. Constituye una obligación hacer visible la manera en que los prestadores de salud y la organización del servicio en sí misma refuerzan la subordinación de las mujeres, la relación de dominación que se establece, a través de situaciones y comportamientos que consideran normales y legítimas, desde la concepción biologicista y medicalizada de la reproducción humana.

De este análisis teórico surgen una serie de interrogantes en relación con este proceso en el contexto de la sociedad cubana, que cuenta con una obstetricia de calidad, con un nivel científico elevado y un dominio de la tecnología existente para garantizar un fin feliz en la gran mayoría de los embarazos y los recursos para ello, pero ¿posee este servicio calidez? ¿es la mujer cubana hoy día protagonista de su embarazo y de su parto? ¿Sobrevive o vive el proceso reproductivo? ¿Encuentran los hombres un espacio en este proceso o se repiten los modelos históricos de maternidad y paternidad y estamos tratando un tema de mujeres? ¿Es el nacimiento un acontecimiento familiar o un acontecimiento médico en Cuba?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montes-Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
2. Blázquez MI. Aproximación a la Antropología de la reproducción. Revista de Antropología Iberoamericana [serie en Internet]. 2005 [citado 10 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/>
3. Sadler M. Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario [tesis]. Santiago: Universidad de Chile; 2003.
4. Ortiz T. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. DYNAMIS. Acta Hisp Med Sci Hist Illus. 1996;16:109-20.
5. Villalobos H. Procesos bioculturales en México: embarazo/parto/puerperio, sexualidad y muerte. Multimedia Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios [CD-ROM]. Mexico DF: YOLPAHTLI S.C; 2003.
6. Helman C. Culture, Health and Illness. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
7. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. México: CIESAS; 1984.
8. Foucault M. La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta; 1990.
9. Zola IK. El culto a la salud y la medicina inhabilitante. En: Ilich I, Zola IK, McKnight J, Caplan J, Shai-ken H, editores. Profesiones inhabilitantes. Madrid: Blumen; 1981. p. 37-59.

10. Menéndez E. Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México: CIESAS; 1990.
 11. Jerez J. Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. REIS. 1991;53:29-51.
 12. Narotzky S. Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales. Madrid: CSIC; 1995.
 13. Davis Floyd R. The Technocratic Body and the Organic Body: Cultural Models for Women's Birth Choices. En: Hess DJ, Layne LL, editores. Knowledge and Society: The Anthropology of Science and Technology. Connecticut: JAI Press Inc. Hartford; 1992.
 14. Martin E. The woman in the body: A cultural Analysis of Reproduction. Boston: Beacon Press; 1987.
 15. Fuentes M. Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Sanitaria. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T, editores. Perspectiva de género en salud. Madrid: Minerva; 2001.
 16. Ehreneich B, English D. Brujas, Comadronas y Enfermeras. Historia de las Sanadoras. Barcelona, La Sal: Ediciones de Les Dones; 1988.
 17. Davis-Floyd R, Sargent C. Childbirth and authoritative knowledge: Cross-Cultural Perspectives. California: California Press; 1997.
 18. Taussing M. La reificación y la conciencia del paciente. En: Taussing M, editor. Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente. Barcelona: Gedisa; 1995. p. 110-43.
 19. Jordan B. Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. Montreal: Eden Press Women's Publications; 1993.
 20. Castro R. Bases para una política nacional de humanización en la atención del proceso reproductivo. En: Muñoz H, Kaempffer AM, Castro R, editores. Nacer en el Siglo XXI: de vuelta a lo Humano. Santiago de Chile: Ministerio de Salud/Universidad de Chile; 2001. p. 211-23.
 21. Verdecia ER, Díaz García I. Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar. MEDISAN [serie en Internet]. 2005 [citado 7 Ene 2009];9(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san06205.htm
 22. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Lancet. 1985;2:436-7.
 23. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Editado en Español por la Asociación Nacer en Casa; 1999.
 24. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth. 2001;28:202-7.
-

25. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En: Universidad Nacional Autónoma de México, editor. El género, la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México; 1996. p. 327-66.
26. Mead M. Sexo y Temperamento. México: Paidós; 1990.
27. Ortner S. Is female to male as nature is to culture? In: Rosaldo M, Lamphere L, editors. Woman, Culture and Society. Stanford: Stanford University Press; 1974. p. 67-88.
28. Turner B. El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social. México, D.F.: FCE; 1989.
29. Díaz AM, Gómez F. Los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Varones, una reflexión acerca de la Masculinidad y los Derechos. Santafé de Bogotá: Profamilia; 1998.
30. Figueroa JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Cad Saúde Pub. 1998;1(14):87-96.
31. Hardy E, Jiménez AL. Masculinidades y Género. Rev Cubana Salud Pública. 2001;2(27):77-88.
32. Amuchastegui A. El Significado de la Virginidad y la iniciación sexual. En: Szasz I, Lerner S, editores. Para comprender la subjetividad. Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano; 1996.
33. Ares P. Género, salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
34. Nájera AG, López Arellano MB, García AA, Zurita U, Ortiz Álvarez I, Aparico Jiménez B. Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres. Foro Mundial de Salud Reproductiva [sitio en Internet] 1998 [citado 19 Sept 2007]. Disponible en: http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache/Pagina_Pobreza_000443.html
35. Olavarría J. Y todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto. Santiago: Lom Ediciones; 2001.
36. Fuller N. Masculinidades. Cambios y permanencias. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica de Lima; 2001.
37. Viveros M. Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo. En: Fuller N, editor. Paternidades en América Latina. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica de Lima; 2000. p. 53-73.
38. Calero JL, Santana F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2006 [citado 16 Jun 2010];1(17). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100002&lng=es

Recibido: 23 de julio de 2009.
Aprobado: 2 de febrero de 2010.

Dailys García Jordá. Calle 26 No. 203 e/ 17 y 19. Plaza de la Revolución. El Vedado 10400. La Habana, Cuba.
Telf: 8302533. E-mail: dailys@fbio.uh.cu, zoe@ensap.sld.cu