

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

“LOS HOMBRES TAMBIEN SE EMOCIONAN”

**Género y escenario del parto. Participación de hombres populares
en el nacimiento de sus hijos e hijas.**



**Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y
Cultura, Mención Ciencias Sociales**

PROFESORA GUIA: SONIA MONTECINO
ALUMNA: MICHELLE SADLER
SANTIAGO, 2004

“LOS HOMBRES TAMBIÉN SE EMOCIONAN”

A Billy, mi padre, por enseñarme a dudar del “mundo” que heredamos, y a recordar los rituales que nos dieron origen.

A todos y todas quienes colaboraron con este proyecto, especialmente a las familias que generosamente me permitieron participar en los nacimientos de sus hijos e hijas, y me confiaron espacios íntimos de sus vidas.

INDICE

PRIMERA PARTE, INTRODUCCIÓN: CONCEPCIÓN

I. APERTURA: ¿DE PARTOS A PATERNIDADES?	5
II. ANTECEDENTES	14
II.1. Humanización de la atención del parto	14
II.2. Agenda internacional: salud sexual y reproductiva y paternidad en las políticas públicas	18
II.3. Políticas públicas en Chile y atención de salud reproductiva	22
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29

SEGUNDA PARTE, MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO: GESTACIÓN

I. MARCO TEÓRICO	30
I.1. Miradas para comprender la atención del parto	30
I.1.1. De parteras a obstetras	30
I.1.2. Antropología médica	38
I.1.3. Antropología del parto	43
I.2. De la categoría de género a las identidades paternas	48
I.2.1. Construcción simbólica de género	48
I.2.2. Masculinidades	55
I.2.3. Paternidades	61
II. MARCO METODOLÓGICO	68
II.1. Orientación metodológica general	68
II.2. Técnicas de investigación	72
II.3. Proceso metodológico y selección de grupo de estudio	74

TERCERA PARTE, ANALISIS: NACIMIENTO

I. EL CONTEXTO: ATENCIÓN DE PARTO HOSPITALARIO	82
I.1. Definición cultural del parto	82
I.2. El <i>territorio</i> donde ocurre el parto	84
I.3. Participantes en el parto	86
I.4. Medicación y tecnología: <i>No toque, que contamina</i>	89
I.5. Violencia simbólica: <i>Además, yo sabía a lo que venía</i>	92
II. EL RELATO: <i>ES EL DÍA MÁS FELIZ DE MI VIDA</i>	95
III. EL ANALISIS: <i>LOS HOMBRES TAMBIÉN SE EMOCIONAN</i>	103
III.1. Condiciones institucionales, voluntades personales	103
III.2. Motivaciones y resistencias para participar en el parto	111
III.3. La experiencia de ver nacer a un hijo o hija	119
III.3.1. <i>Agradezco la oportunidad que he tenido al ver el nacimiento de mi hijo</i>	123
III.3.2. <i>La felicidad es una pequeña palabra para explicar mis emociones</i>	126
III.3.3. <i>Valoro gracias a ver hoy, más a mi madre y a toda mujer que tiene este don</i>	130
III.3.4. <i>Es aquí donde uno se da realmente cuenta de lo valioso que es un hijo.</i>	136
III.4. Ser padres: permanencias y cambios	140
III.4.1. Socialización: de padres ausentes	143
III.4.2. Ejercicio de la paternidad: de padres presentes	146

CUARTA PARTE, CONCLUSIONES: PUERPERIO

BIBLIOGRAFÍA

PRIMERA PARTE, INTRODUCCIÓN

CONCEPCIÓN

I. APERTURA: ¿DE PARTOS A PATERNIDADES?

La presente investigación trata sobre la participación de varones en los partos de sus hijos e hijas en hospitales públicos de la ciudad de Santiago. Nos interesa indagar en las significaciones y efectos de este hecho para parejas del mundo popular urbano, y su incidencia en la construcción de identidades paternas. Los dos ejes temáticos y analíticos que confluyen son, entonces, la atención de parto hospitalario, y la construcción de identidades paternas. La primera pregunta que surge es, ¿cómo se relacionan estos dos “ejes”? Podemos preguntarnos también qué relevancia tiene su estudio, y cómo llegamos al interés por este tema. En la presente introducción responderemos a estas inquietudes y realizaremos la primera entrada a este estudio, que intenta constituirse en una primera aproximación a un tema de estudio novedoso, cuya importancia -a nuestro juicio- no ha sido adecuadamente considerada.

Comenzaremos citando a uno de los más célebres etnógrafos clásicos, Bronislaw Malinowski, para introducir el tema a tratar. En sus *Confesiones de Ignorancia y Fracaso*¹ se lee: “Quizás la mayor dificultad que ofrece el manejo de un archivo de trabajo de campo, para el estudiante teórico, consista en formarse un juicio sobre la naturaleza de las lagunas en que cualquier archivo abunda de forma natural. ¿Se deben a negligencia? ¿O a falta de posibilidades? ¿O al hecho de que realmente no hay “nada que decir” sobre el asunto? (...) El principio “nada que decir al respecto” tal vez sea la causa principal de que la antropología no haya progresado como es debido en su aspecto empírico; y es obligación del investigador de campo rendir cuidadosas y sinceras cuentas de sus fracasos e inexactitudes” (Malinowski 1975: 130).

Si de lagunas se trata, podemos constatar que el tema de parto, en su configuración socio-cultural, no fue considerado un fenómeno relevante para la investigación sino recién hasta mediados del siglo XX. Siguiendo a Malinowski, quien admite que “una fuente general de inexactitudes en todos mis materiales, sean fotográficos, lingüísticos o descriptivos, consiste en el hecho de que, como cualquier etnógrafo, me sentía atraído por lo dramático, excepcional y sensacional” (Ibid.: 139), podemos plantear que el parto se consideraba un proceso exclusivamente ligado a las esferas fisiológica y biológica del cuerpo femenino, sin ofrecer nada de “sensacional” al investigador. Se debe considerar

¹El texto es uno de los apéndices al volumen I de *Coral Gardens and Their Magic*, publicado el año 1935.

que gran parte del trabajo antropológico desde mediados del siglo XX hacia atrás estuvo realizado por varones, que, en general, prestaron poca atención al tema del parto en las diversas culturas estudiadas, o no tuvieron acceso al mismo, por el mismo hecho de ser varones. Aquellos/as que escribieron acerca del parto, incluyendo a las primeras etnógrafas, se concentraron en aspectos como los tabúes alimenticios, creencias folklóricas, o en examinar el parto no en sí mismo sino como un medio para estudiar el ritual y sus practicantes. La omisión no corresponde sólo a un sesgo de género en la antropología, sino también a una inclinación general de las primeras generaciones de antropólogos/as hacia el estudio de los fenómenos claramente sociales y culturales, en desmedro de los biológicos.

Sin embargo, el parto nunca ocurre como un mero proceso fisiológico; se encuentra culturalmente moldeado en todas las culturas. A partir de la década del sesenta, con un fuerte asidero en las demandas de las feministas (sobre todo en Estados Unidos), una serie de mujeres investigadoras comenzaron a explorar las costumbres indígenas relativas al parto, y a entenderlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica, en contraste con el cada vez más hegemónico modelo biomédico (Davis-Floyd y Sargent 1997: 2). La mayoría de estos estudios buscaron, y buscan hasta hoy, argumentos para poner en tela de juicio la hegemonía de la medicina alópata², que, con un fuerte asidero en el desarrollo tecnológico, ha promovido una concepción patológica de los ciclos vitales de las mujeres. Nacida en el seno del paradigma positivista y patriarcal, la medicina alópata ejerce una tremenda influencia en la manera cómo la sociedad concibe a la mujer y en cómo se entiende el parto. Al centrar la atención en la fuerza de la tecnología, se le resta relevancia a las relaciones sociales de dominación y poder, donde las relaciones médico-paciente y la autoridad de la institución médica constriñe las elecciones y el control de las mujeres y sus familias sobre los procesos que les atañen (Martin 1987, Lazarus 1997).

Estos trabajos abrieron posibilidades tanto para relativizar el status de la medicina occidental como para insistir en la necesidad de una apertura hacia contextos locales específicos, con el énfasis puesto en la urgente necesidad de devolver el proceso del parto a las mujeres y sus familias.

Sin desvirtuar los aportes de estos trabajos, se puede plantear que muchos de ellos “pecaron” por omisión, al centrarse principalmente en las mujeres y su condición. Si se busca analizar procesos sociales mayores con el propósito de eliminar las inequidades de

² También llamada biomedicina, medicina científica, occidental, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada. Designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas. Se le llama también Modelo Médico Hegemónico (MMH), designando al tipo de práctica médica característica de la biomedicina: biologismo, a-historicidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El término “hegemónico” proviene de la teoría de Gramsci, y se opone a lo subalterno (Comelles y Martínez, 1993).

género, se debe tomar en cuenta también la posición de los varones en los procesos que se estudian (Amuchástegui 1996, Olavaria 2001, Hasbun 2003). Por tanto, la “fuente general de inexactitud” que mencionara Malinowski, se siguió repitiendo en distintas escalas. Por haber sido los temas relativos a la salud reproductiva tradicionalmente considerados asuntos exclusivamente femeninos, hasta hace muy pocos años no se le prestó atención al rol de los varones en estos procesos, ni se les incluyó en los programas de salud sexual y reproductiva.

Se debe tener en cuenta, además, que el inicio de los estudios a los que aludimos fueron realizados por mujeres, en un momento de la investigación social en que el concepto de género había recientemente comenzando a ser integrado en la reflexión teórica. Hablar de género implica entender que las definiciones de mujer y hombre son construcciones socioculturales a partir de las diferencias sexuales (o biológicas), y que, por lo tanto, estas construcciones serán diferentes en cada contexto histórico-cultural. Permite una superación del concepto universal de La Mujer, que sólo veía un atributo como central (el género), olvidando los demás que constituyen a los sujetos. Las teorías de género apuntan a una mirada que devela a las personas tanto por su género, como por su clase, su edad, su etnia, y su historia particular. En este sentido, se debe hablar de hombres y mujeres singulares que habitan espacios determinados, más que de la mujer u hombre como esencias universales (Montecino 1996:15). Atendiendo al carácter relacional del concepto -el cual apunta a que lo femenino se construye en relación a lo masculino y viceversa- se constató un vacío en la investigación social, a finales de los años 70, con respecto a la carencia de estudios acerca de la masculinidad. Este vacío pudo deberse a dos causas principales: “por el hecho de que las teorías sobre La Mujer habían reificado una imagen de Hombre dada por el uso del concepto de patriarcado como sistema universal y omnipresente, dibujando una silueta masculina estereotipada e idéntica para todas las sociedades; por el otro, el hecho de que desde muchas disciplinas como el psicoanálisis, la propia filosofía, la historia, “el hombre” aparecía como un sujeto incuestionable; preguntarse por qué ser un hombre contenía a toda la humanidad, con lo cual era imposible plantearse el asunto como un problema de género, y más aún la propia pregunta no podía siquiera modularse” (Ibid.).

En respuesta al vacío recién mencionado, a lo largo de la década del ochenta se producen, fundamentalmente en los países anglosajones, una serie de trabajos sobre la construcción social de la masculinidad, realizados en su mayoría por hombres que afirman sus vínculos con el movimiento feminista y con los desarrollos de la problemática de género. Estos “men´s studies”, surgieron en buena medida como resultado del avance de la teoría feminista, de la constatación por parte de numerosos autores de la invisibilidad en las ciencias sociales del varón como dotado de género, y de los cuestionamientos de los privilegios femeninos, provenientes de los mismos movimientos

feministas (Viveros 2002). Entre sus objetivos principales se encontraban indagar en las características identitarias esenciales de los varones; reconocer la importancia que tiene su presencia en la configuración del orden patriarcal; abrir la posibilidad de redefinir las formas de asumir sus roles y de resituar su participación social en los ámbitos público y privado; y plantear la necesidad de promover nuevas formas de relación consigo mismo y con los/as otros/as (Díaz y Gómez 1998). En América Latina y en nuestro país, los estudios sobre los hombres y lo masculino, desde una perspectiva de género, sólo han cobrado importancia desde fechas relativamente recientes.

Más reciente aún es el interés por incorporar a los varones como sujetos de investigación en los estudios en torno a la reproducción. Esta atención tiene su origen, en buena medida, en el hecho de que la agenda política internacional ha puesto en tabla la consideración de la participación masculina en la salud reproductiva. En este sentido, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995, sentaron las bases para la inclusión del varón en los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de las mujeres, haciéndose cargo de un conjunto de problemáticas que, surgidas en el ámbito privado, se han transformado crecientemente en materia de políticas públicas por sus consecuencias sociales. “De este modo se abre el ámbito de género y salud reproductiva y la articulación entre sexualidad-relaciones de género como esfera de estudio y acción. En ambas conferencias se puso énfasis en la responsabilidad de los varones en la reproducción, en la violencia contra las mujeres, en la relación con el VIH/SIDA, reafirmando que para lograr los objetivos de un desarrollo sustentable, un componente esencial es el logro de la igualdad entre los géneros con la participación de los varones” (Olavaria 2001: 6).

Tanto El Cairo como Beijing hicieron hincapié en plantear medidas que promuevan la participación equitativa de hombres y mujeres en el cuidado de los/as hijos/as y en el trabajo doméstico. En este sentido, se busca adoptar todas las medidas necesarias -especialmente en el ámbito de la enseñanza-, para modificar los modelos de conductas sociales y culturales de la mujer y el hombre, y eliminar los prejuicios y prácticas consuetudinarias 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 (Díaz y Gómez 1998).

En el análisis de nuestro propio trabajo de investigación, centrado en los aspectos relacionados con el parto desde hace varios años, incurrimos en los mismos pecados por omisión mencionados en la investigación social. Nuestro foco de atención fue por varios años el estudio de las mujeres atendidas en contextos hospitalarios. Y, como ya veíamos, sucede que al hablar de género, el estudio de mujeres y varones 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. “Si entendemos a las

premisas de género como una relación en la que cada miembro de la pareja defiende su identidad así como la del otro, entonces es importante trabajar tanto con sujetos del sexo masculino como del femenino” (Amuchastegui 1996: 139). Esto cobra especial relevancia cuando decidimos centrar el presente estudio en la participación del varón (padre) en el parto. No nos limitaremos a trabajar con los varones, sino que también recurriremos a los testimonios de las mujeres para enriquecer el análisis.

¿Por qué en familias populares? En salud privada desde hace más de dos décadas se permite el ingreso del padre al parto de sus hijos/as, considerándose como un derecho. En cambio, en salud pública en nuestro país, recién a partir de 1995, desde “recomendaciones programáticas” formuladas desde el Ministerio de Salud, se comienza a fomentar esta participación. Esta recomendación se relaciona con medidas para “humanizar” la atención del parto, fomentando la presencia de personas cercanas a la mujer para prestarle apoyo emocional; para fomentar la creación de vínculos tempranos en el núcleo familiar; y para reducir la violencia intrafamiliar, bajo el supuesto de que conectando a los varones con esferas emotivas de sus vidas como el nacimiento de sus hijos/as, se pueden generar cambios en el modelo de masculinidad hegemónica.

Si bien esta “participación” es reciente y se implementa de muy diversas maneras en los distintos servicios de salud, constituye un gran avance. Para efectos de la presente investigación nos interesa escudriñar en las implicancias que dicha participación conlleva, particularmente en lo referente a las identidades masculinas, específicamente paternas. A pesar de que estas identidades son múltiples, nos encontramos con que el patriarcado, en tanto sistema de dominación, ha permeado casi todas las culturas, situando a los varones en una posición de poder, lo que supone muchas veces comportamientos autodestructivos y generadores de violencia. Los varones son descritos como seres promiscuos, sexualmente agresivos, arriesgados, descomprometidos con su propio entorno reproductivo, privándolos, repetidamente, de la libre y espontánea expresión de sus sentimientos de felicidad, angustia, dolor o miedo y del establecimiento de relaciones afectivamente cercanas y comprometidas con los demás (Amuchastegui 1996). En este sentido, el padre descrito por la masculinidad hegemónica en el contexto del patriarcado es un hombre distante emocionalmente de sus hijos/as, quien supone que la crianza y cuidado de éstos/as es tarea y responsabilidad femenina.

“Así las cosas, los hombres, ajenos y no involucrados, se han transformado en uno de los principales obstáculos para resolver los grandes problemas sociales relacionados con la salud sexual y reproductiva. La falta de involucramiento de los varones en el proceso reproductivo desde su inicio, origina y explica la gran ausencia posterior en la vida familiar y la falta de compromiso, de disfrute y cercanía afectiva con los hijos, asumiendo mayoritariamente un rol reducido, en el mejor de los casos, al de proveedor material” (Luco et al. 2001: 101). Creemos que el hecho de involucrar al varón activamente en la

esfera de la salud sexual y reproductiva, y específicamente en el parto, contribuye a fomentar conductas de cuidado hacia su familia y hacia sí mismos, cargadas de una emocionalidad mayor que en el caso de ser un actor distante. En este sentido, el sociólogo inglés Víctor Seidler plantea que muchos de los conflictos que se desarrollan en la constitución de las identidades de género provienen de la distancia emocional que han establecido los individuos con su padre desde la niñez y con mayor fuerza durante la adolescencia. “Es posible -dice el autor- crear vínculos emocionales si los padres se involucran tempranamente en el cuidado de sus hijos. Los momentos posteriores al nacimiento de un niño pueden ser cruciales si el padre desarrolla habilidades para bañar y cuidar su cuerpo al mismo tiempo que la madre, en vez de no dejar todo a cargo de ella” (Seidler 2002).

En un sentido, coincidimos con que la masculinidad hegemónica conlleva muchos de los atributos recién mencionados; sin embargo creemos que es necesario superar las definiciones que encasillan a las identidades como categorías inmóviles, y plantear preguntas más profundas. Concordamos con Mara Viveros, quien plantea que el tema de la paternidad ha sido abordado generalmente desde una perspectiva más negativa que positiva; es decir, desde los problemas que genera la ausencia del padre y no planteando una reflexión en torno a su presencia, es decir, sobre los valores, actitudes y expectativas de los varones respecto a esta experiencia. Poco sabemos de los padres presentes en los hogares, de las condiciones bajo las cuales estos aceptan o rehúsan las obligaciones y tareas que llevan al desempeño de su rol paterno, y de los significados que estos varones le atribuyen a la paternidad (Viveros 2000). Gary Barker sostiene una posición similar, al advertir que en la investigación social los varones han sido generalmente retratados de maneras incompletas, y como aportes deficientes en la vida familiar. Estas conclusiones presentan sólo una versión de la historia, pues gran parte de estos estudios han sido realizados entrevistando sólo a mujeres. Conscientes de este sesgo, investigadores/as en años recientes han comenzado a incluir las percepciones de los varones de sus roles en las familias. Los resultados muestran a hombres más comprometidos en las tareas del hogar y cuidados de la familia de lo que se pensaba (Barker 2003).

Los varones han sido descritos a menudo como poco “involucrados” en la vida familiar, por el hecho de no participar directamente de las tareas reproductivas y de cuidado de los/as bebés y niños/as. Sin embargo, al preguntar a varones de familias populares si se consideran “involucrados”, la respuesta es en la casi totalidad de los casos afirmativa. Desde su perspectiva, sí se sienten partícipes –de modos que reflejan la inserción en una cultura patriarcal-: ellos han fecundado el óvulo en la relación sexual, ellos son proveedores y gracias a su trabajo su familia puede sobrevivir. ¿No es eso acaso estar “involucrados”? En este sentido, la demanda por la “participación” del varón en las esferas de la salud sexual y reproductiva y de la crianza, plantea a priori que los varones están ausentes, y reafirma el que estos ámbitos sean de competencia femenina. Es por ello que

la presente investigación busca sentar las bases para pasar de hablar de “involucrar” al varón en salud sexual y reproductiva, a una concepción donde la salud sexual y reproductiva sea tanto de varones como de mujeres.

Esto nos lleva a preguntarnos: ¿cuáles consideran los varones que son sus demandas y necesidades?; se identifica que buena parte de ellas giran en torno a la comunicación, a la expresión de afectividad, la reflexión sobre su propia sexualidad, al ejercicio de la paternidad y las relaciones con sus hijos e hijas, al replanteamiento de la competitividad intragenérica, la formación, información y educación sobre los temas de Salud Sexual y Reproductiva, entre otras. Y estas necesidades se relacionan con la emergencia de “nuevos tipos de masculinidad, cuyas características más relevantes se encuentran alrededor de un mayor compromiso con las actividades y decisiones antes consideradas de la competencia exclusiva de las mujeres; una mayor responsabilidad con el cuidado y autocuidado de la salud; un nivel más elevado de proximidad afectiva con los hijos, con la pareja, con los pares, etc.; la construcción de sensibilidades diferentes alrededor de múltiples temas y escenarios” (Díaz y Gómez 1998: 5).

Atendiendo a lo anterior, buscamos establecer relaciones entre la participación de los varones en ámbitos de salud reproductiva, en este caso, específicamente el momento del parto, y la construcción de sus identidades paternas. Nos proponemos aportar elementos de información y análisis sobre las representaciones y experiencias de la paternidad en sectores populares urbanos de nuestra sociedad. Nos proponemos asimismo generar debate en torno a las transformaciones en curso en la relación padre-madre-hijos/as debido a cambios en el ámbito de la intimidad –siguiendo a Anthony Giddens- y en las relaciones entre los géneros que han contribuido al cuestionamiento de los discursos vigentes sobre masculinidad y paternidad.

Para la investigación, realizamos observación participante en hospitales públicos de Santiago por un período de 11 meses, y tomamos como casos a parejas heterosexuales estables, mayores de 20 años. Estamos conscientes de que estos casos representan un tipo de configuración familiar que no da cuenta de la diversidad existente; sin embargo por fines metodológicos, se consideró necesario restringir el campo de estudio, lo cual no significa que se quiera defender a la familia nuclear patriarcal como orden necesario. Este estudio se centra en parejas heterosexuales que viven unidas, sin embargo, creemos que independientemente del tipo de vínculo que exista en la pareja, es relevante que a los hombres se los integre en los ámbitos de la salud en general, y de la salud sexual y reproductiva en particular.

¿Por qué consideramos relevante la exploración de estas problemáticas? Distinguimos distintos niveles desde los cuales se justifica la presente investigación, a saber:

-En el paradigma biomédico:

-la salud de la mujer ha sido a menudo equiparada a la salud sexual y reproductiva, reforzando el rol de las mujeres en el cuidado de la salud familiar, y restringiéndolas al rol de madre. “Las mujeres quedan restringidas principalmente a su rol de madre (maternización de la política), el mejoramiento de la salud del grupo familiar se basa en el binomio madre/hijo” (MINSAL 2001). En este contexto, el impulsar medidas para hacer a los varones parte de la salud familiar, implica avanzar hacia un modelo de salud integral, donde tanto hombres como mujeres participen activamente del cuidado de la salud de la familia;

-los procesos reproductivos han sido medicalizados en extremo, restando protagonismo y participación a las familias directamente relacionados a eventos como la gestación y el parto. La participación del varón (y de otros/as eventuales acompañantes durante el parto) es una medida en el marco de la “humanización del proceso reproductivo”, donde se busca devolver protagonismo a las familias involucradas, y entregar apoyo emocional a la mujer que queda aislada de sus redes cotidianas de apoyo, en un ambiente hospitalario de soledad y ansiedad.

-Gran parte de la investigación acerca de los roles de las mujeres y varones en las familias, incluyendo sus roles como padres y madres, ha ofrecido comparaciones simplistas de lo que varones y mujeres hacen; estas formas simples de análisis no entregan elementos para comprender las relaciones entre varones y mujeres, ni acerca de la interacción del género con otras variables como la edad, status y posición económica. En estos análisis, las madres son retratadas como madres cariñosas y cercanas, mientras los padres aparecen como seres relativamente autónomos, que anteponen sus deseos individualistas a las necesidades de sus familias (Barker 2003). Quisiéramos cuestionar estas miradas, y proponer nuevas entradas.

-Hay una creciente afirmación en el campo de los estudios de género que plantea que el estudio de las mujeres no es suficiente para avanzar en las inequidades de género; se hace necesario incluir el estudio de los varones y las relaciones entre ambos (Barker 2003). La investigación en los últimos años ha tendido a demostrar que la participación de los varones como padres, y en las tareas domésticas y actividades de cuidado y crianza de los/as hijos/as es beneficiosa para los/as hijos/as, para las mujeres y para ellos mismos. Esto adquiere importancia en distintas esferas:

-mediante una mayor participación de los hombres en tareas de cuidado y tareas domésticas se podrá lograr la equidad de género, tanto en el ámbito público como en el privado;

-una mayor responsabilización de los hombres en los procesos de gestación, parto y crianza suele impactar positivamente en la salud de la pareja y de los/as hijos/as;

-la promoción de paternidades más implicadas y comprometidas incide en la salud de los/as niños/as: promueve su desarrollo físico, socioafectivo y cognitivo, y previene de problemas sociales tales como el maltrato infantil y el trabajo infantil (Aguayo 2003, Díaz y Gómez 1998).

La estructura en torno a la cual se presenta la información en cada capítulo guarda relación con el “camino” que ha seguido la investigación. En este sentido, tanto en los antecedentes, como en el marco teórico y en el análisis del presente estudio, se presentará primero la discusión sobre el contexto más amplio de atención de parto hospitalario, para luego focalizar en la participación del hombre en dicho evento.

II. ANTECEDENTES

A continuación expondremos antecedentes relevantes para comprender los ejes temáticos que se encuentran en la presente investigación: primero expondremos un breve marco conceptual de lo que se ha llamado “humanización” de la atención de salud, específicamente del parto; luego nos referiremos a la agenda internacional relativa a la salud sexual y reproductiva, y a la participación del varón en estos ámbitos; y por último realizaremos un recorrido por las políticas públicas en Chile referentes a estos mismos temas.

II.1. Humanización de la atención de partos

En los últimos años se ha venido hablando de la *humanización* de la atención de salud. Este concepto alude a que el excesivo tecnicismo de la biomedicina occidental llevó al olvido de la integralidad del ser humano, abordándolo únicamente 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; es así como se ha puesto el mayor énfasis en evitar y curar la enfermedad, prestando poca atención a las diversas variables del entorno en el cual se desarrolla la vida de los individuos (Castro 2001: 222).

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000, en Fortaleza, Brasil, se definió con precisión el concepto de humanización, con la expectativa de que éste sea centro y base para el desarrollo de una sociedad sustentable en el naciente siglo XXI. En este marco, se entiende humanización como: un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. Se considera un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida (RELACAHUPAN 2000). La humanización de la atención de salud 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 (Castro 2001: 222).

En la publicación del *Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo* realizado en nuestro país en el año 2000, se encuentran elementos que se deben considerar para la atención de un *parto humanizado*, el cual 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, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). En suma, la mujer debe ser el

foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas” (Muñoz et al. 2001: 6). A nuestro juicio, el foco para un verdadero parto humanizado debe estar en la familia, sea cual sea su configuración, en un paso por dejar de reducir la salud reproductiva a la mujer/madre. Sin negar que es ella quien vive el proceso fisiológico de la gestación y el parto, estos períodos deben ser considerados de la competencia y responsabilidad tanto de la mujer como de sus redes de apoyo. La presencia de un/a acompañante significativo para la parturienta debe ser un derecho, y en el caso de ser el varón –pareja de la mujer- el que está presente, se deben buscar formas en que su presencia sea considerada parte integral de la atención. Las maneras en que esto se pueda implementar pueden constituirse en un importante elemento para hablar de la salud sexual y reproductiva de la familia, y de los varones.

La conferencia celebrada en Fortaleza, que mencionamos anteriormente, se realizó 15 años después de la primera reunión de la OMS para discutir la atención del parto, en la misma ciudad donde se redactaron las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento, Declaración de Fortaleza (1985)*. Estas recomendaciones se basaron en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e implementación de una apropiada atención prenatal (Ibid.: 274).

Con respecto a la presencia de un/a acompañante en el parto, la declaración de Fortaleza recomienda que el bienestar psicológico de la madre debe asegurarse, no solamente por la presencia de una persona de su elección durante el parto, sino también por la posibilidad de recibir visitas libremente durante el período del post-parto (Wagner 1994: 349). En el caso de que sea el varón quien participe, su propio bienestar psicológico y afectivo se verá beneficiado por este hecho, así como el vínculo que se establezca en la tríada madre-padre-hijo/a.

Otras recomendaciones que nos parecen de gran relevancia para poder luego analizar las prácticas que hoy se siguen en nuestro país, son las siguientes (Ibid.):

-Los ministerios de salud deben establecer políticas específicas acerca de la incorporación de tecnología en los mercados comerciales y servicios de salud. Debe existir asesoría tecnológica multidisciplinaria, que incluya a epidemiólogos, cientistas sociales y autoridades de la salud. Las mujeres sobre las cuales se usa la tecnología deben estar involucradas en estos procesos, así como en la evaluación y diseminación de los resultados. Los resultados deben retornar a todos los/as involucrados/as en la investigación y a las comunidades donde se condujo.

-Toda la comunidad debe estar informada acerca de los diferentes procedimientos en la atención del parto de manera de permitir a cada mujer elegir el tipo de atención que prefiera. Los sistemas informales de cuidado perinatal, donde existan, deben coexistir con el sistema oficial de cuidado del nacimiento y la colaboración entre ellos debe mantenerse para el beneficio de la madre. Estas relaciones, de establecerse en paralelo sin el concepto de superioridad de un sistema sobre el otro, pueden ser altamente efectivas.

-El entrenamiento de personas en el cuidado del nacimiento debe aspirar a mejorar su conocimiento de sus aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos. Debe promoverse la capacitación de matronas profesionales o de quienes atienden el parto. El cuidado de la gestación y parto normales y el seguimiento post-parto deberían ser tarea de esta profesión.

-Las redes de apoyo femeninas tienen un valor intrínseco como mecanismos de apoyo social y de transferencia de conocimiento, especialmente con relación al parto.

-La información acerca de las prácticas de atención del parto en los hospitales (incidencia de cesárea, etc.) deben ser de conocimiento del público usuario de los hospitales.

Con respecto a las prácticas de atención del parto, se recomienda lo siguiente:

-El/la recién nacido/a sano debe permanecer con la madre, si la condición de ambos lo permite. Ningún proceso de observación del/a recién nacido/a sano/a justifica una separación de la madre. El comienzo inmediato de la lactancia debe ser promovido, incluso antes que la mujer deje la sala de partos.

-Las mujeres gestantes no deben ser acostadas sobre su espalda para el trabajo de parto y el parto mismo. Deben ser estimuladas a caminar y deben decidir libremente qué posición adoptar durante el parto.

-No existe evidencia de que el monitoreo electrónico de rutina tenga efecto positivo sobre el resultado del parto. Solo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal y en los partos inducidos. Tampoco hay evidencia que justifique la episiotomía (piquete) de rutina, la provocación artificial del parto (inducción), la administración sistemática de analgésicos o anestésicos que no estén expresamente indicados para tratar o prevenir una complicación real, ni la ruptura artificial de membranas de una fase avanzada del trabajo de parto.

-Los países con las tasas más bajas de mortalidad perinatal en el mundo tienen tasas de cesárea inferiores al 10%. Claramente, no existe justificación en ninguna región específica para tener más de 10 a 15% de nacimientos por cesárea. No existe evidencia que indique que se requiera una cesárea tras una cesárea previa.

Si apreciamos lo que ocurre en nuestro país, nos encontramos con que estas recomendaciones sólo recientemente han cobrado importancia, encontrándonos todavía

con un sistema altamente medicalizado y tecnologizado, que presenta una de las tasas de cesáreas más elevadas del mundo, que bordea el 40%. Como respuesta a los alarmantes indicadores, se ha venido gestando una intensa reflexión acerca de estos asuntos, que cristalizaron en mayo del año 2000, cuando se realizó en Santiago el *Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo*, impulsado por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud. Desde esa fecha, se han realizado diversos encuentros que buscan traducir estas reflexiones en prácticas concretas en la atención obstétrica. Estas instancias han sido impulsadas por grupos de profesionales, desde diversas instituciones, pero, por lo general, no han considerado las voces de los/as usuarios/as del sistema como punto de análisis.

Una gran excepción, que marca el impulso que el MINSAL, a través del Programa de Salud de la Mujer, le está dando a este tema, lo constituye la inauguración de la primera sala de atención de parto intercultural del país en el Hospital de Iquique. Hasta el año 2004, existía en esa ciudad la Casa de Acogida para la familia Altiplánica, donde mujeres aimaras podían recibir los cuidados de parteras indígenas hasta antes del momento del parto. Sin embargo, ese cuidado tradicional sufría un violento quiebre al deber la mujer ser trasladada al hospital a recibir una atención completamente biomedicalizada para el momento del parto. En la actualidad, la partera aimara va con la mujer y su familia al hospital, y se realiza una atención donde se combinan los beneficios de ambos modelos.

En distintos niveles, diversos establecimientos de salud de nuestro país están realizando esfuerzos por “humanizar” la atención de partos. Reconociendo los beneficios derivados de ello, creemos que es necesario revisar el concepto; la palabra *humanizar* es bastante amplia y ambigua; alude al *hacer a uno o algo humano, familiar y afable* (RAE 2001). La medicina nunca ha dejado de tratar con el ser humano, y el uso de este concepto se presta para una amplia gama de prácticas. Hay quienes plantean que en nuestro país existe una atención humanizada del parto porque se permite el ingreso del padre, o porque en algunos hospitales el/la bebé puede permanecer en estrecho contacto con la madre durante los primeros minutos de vida. Estos son ejemplos de prácticas que pueden promover una atención más humanizada, pero en ningún caso representan por sí solas un modelo de atención que considere la integralidad del ser humano, y el respeto a sus derechos básicos. Dicho modelo contempla múltiples facetas que se deben interconectar; desde la concepción que la sociedad tienen de mujeres, varones y sus ciclos vitales, pasando por las prácticas médicas, hasta las políticas públicas que deben normar y favorecer una atención integral.

Consideramos, por tanto, que el trabajo de *humanización* de la atención de partos es una tarea compleja, que requiere además de la voluntad de un grupo de ciudadanos/as

comprometidos/as, de políticas públicas que apoyen y promuevan nuevos discursos y prácticas.

Revisaremos a continuación antecedentes sobre la atención de salud sexual y reproductiva en la agenda internacional y en nuestro país, dando cuenta de las actuales prácticas de atención de partos y de participación del varón en estas esferas.

II.2 Agenda internacional: salud sexual y reproductiva y paternidad en las políticas públicas

Diversas disposiciones internacionales a partir de la segunda mitad del siglo XX fueron incorporando discusiones en torno a los derechos humanos, las inequidades de género, la salud sexual y reproductiva, y la responsabilidad tanto de la madre como del padre en el bienestar de los/as hijos/as. A continuación revisaremos aquellas que aportan elementos relevantes para nuestro análisis.

La Carta de las Naciones Unidas es el primer instrumento jurídico internacional que afirma la igualdad de todos los seres humanos, y se refiere expresamente a la categoría sexo como motivo de discriminación. La complementan después la Comisión de Derechos Humanos y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1946) y la Declaración Universal de los DDHH (1948). Es con la creación de estas dos comisiones y con la Declaración de los DDHH que comienza el trabajo de promoción de igualdad de derechos para la mujer (Aguayo 2003).

En 1968 en Teherán, se realizó la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, en donde por primera vez se formularon los derechos reproductivos. Esta conferencia fue seguida por la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas celebrada en Bucarest en 1974, en donde se añadió y especificó cuál era el deber de los Estados en asegurar los derechos reproductivos.

A partir de 1975, la Organización Mundial de la Salud incorpora los conceptos de salud reproductiva y sexual, definiéndolos como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener una gestación y parto seguros, y de tener y criar hijos saludables (Matamala et al. 1995). La salud reproductiva sería el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad. El enfoque que incorpora este concepto va a subrayar, por un lado, los derechos de la mujer a servicios integrales de salud y, por el otro, el empoderamiento de la mujer y la perspectiva de género.

Luego siguieron diversas conferencias, pero sólo en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo sostenida en El Cairo, se discutieron y propusieron marcos conceptuales que asocian la salud de mujeres y niños/as con la equidad de los géneros. Por primera vez se trató el papel y las responsabilidades de los varones en la salud sexual y reproductiva, adquiriendo así este tema un lugar prioritario en investigaciones, estrategias y acciones (Hasbún 2003).

Antes de esto, sólo indirectamente se habían asociado estas temáticas, principalmente en artículos de diversas convenciones. En 1976, los Estados que formaron parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconocieron, en el artículo 10, que “se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo” y que “se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición”. En el mismo año, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 24, estableció que “todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado” (Aguayo 2003).

En la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), en 1979, se definió la discriminación contra la mujer como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, en relación a los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. En su artículo 5 inciso b, establece como obligación de los Estados, garantizar mediante la educación “el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y el desarrollo de sus hijos”; y en su artículo 16 inciso d, establece además la adopción de medidas para asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en lo concerniente al cumplimiento de “los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos” (Ibid.).

Luego la Convención de los Derechos del Niño (1989) y la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990) insistieron en la necesidad de asegurar a los/as niños/as la protección y cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él.

Pero, como veíamos anteriormente, fue en El Cairo donde por primera vez se insiste directamente en las responsabilidades de los hombres respecto de la crianza de los/as hijos/as y los quehaceres domésticos; en el mejoramiento de la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma tal que unos y otras colaboren por igual en la vida pública y en la privada; en la realización de esfuerzos por insistir y promover la responsabilidad y participación activa de los hombres en la paternidad, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, la salud prenatal, materna e infantil, y en la educación de los/as niños/as desde la más tierna infancia (Hasbún 2003).

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), se reforzó el mandato de lograr la salud de la mujer con la cooperación del varón. Tras Cairo y Beijing, se llegó a consenso sobre lo que se entiende por salud reproductiva: 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. También se definieron los derechos reproductivos: "los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalos entre éstos, a disponer de la información y los medios para hacerlo, así como el derecho a alcanzar el grado más alto de salud sexual y reproductiva. De esta manera afectan sustancialmente en el ejercicio del derecho de todos a tomar decisiones relativas a la reproducción, libres de discriminación, coerción y violencia" (Obando 2003).

Por tanto, los derechos reproductivos aluden al derecho básico de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc. (Castro 2001: 215).

En 1999, a partir del XXI Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea de Naciones Unidas, se recopila una evaluación de los logros y esfuerzos de los países ante los mandatos de Cairo, que se conoce como Cairo+5. En esta evaluación se observaron avances en la conducción de estudios sobre los hombres y las masculinidades, y como dificultades se señala un grado inadecuado de participación de los varones en salud sexual y reproductiva (Olavarría et al. 2002).

Las recomendaciones de Cairo+5 estuvieron encaminadas a reafirmar áreas de interés como la responsabilidad del varón en la planificación familiar, distinguiendo entre derechos, fecundidad y paternidad responsable; la promoción de la participación de los

hombres en la salud materna; y la incorporación activa de los varones en la prevención de la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y en el control y la prevención de la violencia contra las mujeres. Como medida clave se recomendó el “promover modelos positivos que ayuden a los varones a convertirse en adultos sensibles a la cuestión de género que les permita apoyar, promover y respetar la salud sexual y reproductiva, y los derechos reproductivos de la mujer, en reconocimiento de la dignidad immanente de todos los seres humanos” (Hasbún 2003).

Tras esta breve revisión, podemos preguntarnos por el lugar de la salud sexual y reproductiva de los varones y del ejercicio de la paternidad en las políticas públicas. Existe consenso entre los autores que la masculinidad y la paternidad han estado “invisibles” y, por tanto, ausentes en los debates sobre las políticas públicas (Kimmel, 2001, Aguayo 2003). Al respecto, José Olavarría (2001b) señala que en la agenda pública debieran considerarse los siguientes temas relativos a los hombres: 1) que los hombres existen; 2) que se trata de un grupo heterogéneo; 3) que los hombres poseen y utilizan recursos de poder; 4) en el ámbito de la salud sexual y reproductiva los hombres tienen deseos y placer; 5) y que los hombres usan recursos de violencia incluso contra quienes aman.

En Latinoamérica las políticas públicas tradicionalmente no han considerado a los hombres, dejándolos fuera de éstas en tanto actores en general y como padres en particular. En los últimos años se han observado avances en esta materia, como por ejemplo las ratificaciones por parte de los países de la región del CEDAW y la Convención de los derechos del Niño. También la institucionalidad de los asuntos de género ha aumentado, pero aun queda mucho camino por recorrer respecto al tema de la paternidad. Es significativo, por ejemplo, que en la región solamente Costa Rica cuenta con una ley y una política de paternidad responsable. En algunos países desarrollados la situación es distinta ya que se cuenta con un conjunto de medidas que protegen los derechos de los/as niños/as y de las mujeres y promueven la participación de los hombres en la crianza. Si bien estas son iniciativas valiosas, en general queda mucho por hacer para que los varones entren en los discursos de las políticas públicas, para que se les considere como actores y sujetos, y para que se tenga una visión relacional que incorpore a los hombres en ciertas problemáticas de la infancia y de la mujer (Aguayo 2003).

Una de las preocupaciones en la región es que esta incorporación se realice de manera coherente, ya que el escenario muestra que las políticas, medidas y disposiciones relativas a la paternidad en general son desplegadas como políticas de familia, de género o de infancia, sin mayor coordinación entre ellas. Muchos autores sostienen que los dominios de “familia”, “género” o “infancia” suelen ser difusos, situación que podría superarse a través del tratamiento integrado y transversal de las temáticas de paternidad por un lado, y del reconocimiento de que cada ámbito abarca a personas de diferentes

edades y condiciones (sujetos que se encuentran en relaciones de parentesco, de pareja, de expareja, de cuidado, etc), cuyos vínculos se ven determinados por otras relaciones, como por ejemplo las existentes tanto entre la familia y el mercado del trabajo, como entre la familia y el Estado, por otro.

Es decir las relaciones entre el ámbito privado y el ámbito público de la madre y del padre, sean o no pareja actualmente, impacta directamente sus posibilidades parentales. Al respecto, las barreras que impone el contexto aún son altas, con modelos de familia nuclear patriarcal como generalidad. Y con modelos de paternidad tradicionales, en que el hombre provee y ejercita protección, autoridad y poder (Aguayo 2003).

La legislación internacional se ha adelantado a los procesos sociales de corresponsabilidad entre hombres y mujeres, de equidad de género y de paternidades responsables e implicadas. Son numerosas las disposiciones que plantean derechos de los niños y de la mujer, y obligaciones para los padres, padre y madre, en consecuencia. La conciencia internacional, podríamos decir, en temáticas de paternidad ha aumentado, sin embargo las políticas de paternidad y de promoción de la participación de los hombres en el cuidado de sus hijos son escasas (Ibid.).

II.3. Políticas públicas en Chile y atención de salud reproductiva

En la última década, con el retorno del país a un régimen democrático, se ha planteado como un desafío central de la acción gubernamental propiciar un desarrollo con equidad social. Para ello, se han definido *grupos prioritarios* - sectores más vulnerables de la población - para la acción del Estado; mujeres, niños, jóvenes y tercera edad, hacia los cuáles se orientan las políticas públicas, especialmente aquellas que dicen relación con la oferta pública en materia social (Castro 2001: 211).

En relación a las mujeres como sujeto prioritario de la acción del Estado, destacan dos hitos dentro del conjunto de políticas sociales existentes en el país: Creación del Servicio Nacional de la Mujer (enero 1991), constituyendo la base de su quehacer los principios estipulados en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que Chile suscribió en 1989; y la elaboración del Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer 1994–2000, instrumento de planificación con un acotado diseño metodológico, que proporciona orientaciones para la acción que se sustentan en los principios éticos políticos adoptados. Se definen como principios inspiradores y ordenadores de las propuestas del Gobierno de la época los siguientes: la igualdad del hombre y la mujer en todos los planos de la sociedad, la autonomía de la mujer como persona capaz de tomar sus decisiones y comprometerse con la sociedad, la dignidad de la mujer, la valoración de sus capacidades y su quehacer, la protección y el fortalecimiento de la familia (Ibid.: 212).

En nuestro país, resulta muy interesante analizar cómo la perspectiva de género se ha incorporado a los programas públicos de salud. El Programa de Salud Materna y Perinatal (1991), del Ministerio de Salud, se centraba en la atención durante la etapa reproductiva de la vida de las mujeres, y no incorporaba la perspectiva de género en sus objetivos. A partir de 1994, el MINSAL inicia la transformación de este Programa, orientado a la atención preferente de la mujer en el ámbito reproductivo hacia un enfoque de salud integral, que incorpore dimensiones no reproductivas (salud mental, salud laboral, salud en la post-menopausia), asumiendo los principios de igualdad de oportunidades para ellas. En 1997 se publica oficialmente el Programa de Salud de la Mujer, vigente a la fecha. “El replanteamiento de la atención de la salud en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona -hombre o mujer- conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre” (MINSAL 1997: 7).

En el nuevo Programa se define la categoría de género como un “conjunto de características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos” (Ibid.: 15). Este enfoque de género en salud parte del reconocimiento de que en virtud de las diferencias biológicas inherentes a los sexos y, también, de los diferentes roles que mujeres y hombres tienden a desempeñar en la sociedad, existen necesidades y riesgos de salud que son exclusivos de uno de los sexos, o que se manifiestan diferenciadamente en cada uno, más allá de las relacionadas con la reproducción. Además se contempla que, como resultado de la división del trabajo entre los sexos y la valoración diferenciada asignada socialmente a los roles femeninos y masculinos dentro de esta división, el cumplimiento de dichos roles se asocia con grados diferentes de acceso y de control sobre los recursos necesarios para proteger la salud propia y la de los demás (diferencias de poder en la toma de decisiones que afectan la salud individual y colectiva).

El Programa Salud de la Mujer “desea incorporar en forma gradual y progresiva las distintas dimensiones a considerar en la satisfacción global de las necesidades de la mujer a través del ciclo vital” (Ibid.: 17), estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia. Su propósito central es el de “contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que introduzca la promoción, prevención, recuperación, y autocuidado de su salud” (Ibid.: 21).

Reconocemos el avance que ha significado pasar de un Programa centrado en la madre a uno centrado en la mujer, sin embargo, aún parece paradójico que en los Programas para las personas del MINSAL, se incluyan los programas: del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto, y del adulto mayor. ¿Dónde está el hombre, o la salud sexual y

reproductiva como *tarea de todos*? Se sigue en este sentido reforzando la idea de que es la mujer la encargada de la salud familiar, y de que su cuerpo es el que necesita control y atención por sobre el de los varones.

En el documento Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile se plantea que el proceso de reforma de salud de nuestro país debe asegurar la incorporación y el desarrollo estratégico de una perspectiva de género, como elemento consustancial a los objetivos de equidad. Se exponen dos premisas fundamentales: que las políticas públicas no pueden ignorar identidades y roles culturales e históricos asignados a partir de relaciones de poder en su contexto social, económico y cultural; y que la perspectiva de género es parte ineludible del proceso de la formulación de políticas públicas, consideración fundamental para el logro de los propósitos de equidad, igualdad y justicia que ellas tienen (MINSAL 2001: 13).

Un paso importantísimo se refiere al reconocimiento de que en el ámbito de las políticas de salud, la perspectiva de género difícilmente podrá ser incorporada si el concepto de salud con el que se trabaja es estrictamente biomédico; si en los diagnósticos de la situación de salud del país se incorporan solamente los criterios epidemiológicos, y si no están presentes las consideraciones socioculturales acerca de las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres.

Se plantea el paso de una concepción de salud desde el paradigma biomédico hacia la noción de salud integral, el cual considera a las personas a lo largo de toda su vida y reconoce su diversidad, e incorpora el análisis de las relaciones de poder entre mujeres y hombres. Se plantea, entre otros puntos, la necesidad de superar una institucionalidad construida en torno al modelo biomédico jerárquico que favorece condiciones para el reforzamiento de los roles de género y las desigualdades consiguientes (Ibid.: 14).

Dicho modelo biomédico ha dado satisfactorias respuestas, que se han traducido en indicadores biodemográficos tales como las tasas de mortalidad materna, que reflejan índices que son parte de los grandes avances que han tenido lugar en Chile desde la década de 1960 en materia de atención primaria de la salud. Así, en América Latina y El Caribe, donde la mortalidad por factores relacionados con la gestación y parto continúan figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva, la tasa de mortalidad materna en Chile ha seguido descendiendo desde un valor ya muy bajo de 0,4 por 10.000 nacidos vivos en 1990, hasta un 0,2 en el año 1999. Este éxito está directamente relacionado con los logros en términos de cobertura universal de la atención profesional del parto, la que ya alcanzaba un 99.1% en 1990 y representaba el 99.7% en el 2001 (CEPAL 2000, SERNAM 2001). Las estadísticas de nuestro país muestran índices que hacen posible plantearse una atención integral de salud, controlados ya algunos de los factores prioritarios de la atención, como la mortalidad

materna. No obstante, las muertes por aborto aún representan cerca de un tercio de las muertes maternas en el país.

La baja mortalidad materna nos sitúa cerca de los índices de los países desarrollados, y algo similar ocurre con las tasas de fecundidad, que, durante las últimas cuatro décadas, se han reducido a la mitad. Según los datos censales, la tasa global de fecundidad (TGF) fue de 5,3 hijos por mujer en 1969 disminuyendo a 2,3 en 1998 (INE 1998), con una tasa de crecimiento demográfico anual de 1,4% (MINSAL 2001: 25). Esta considerable reducción tanto en los índices de mortalidad materna como de fecundidad, hacen plantearse una necesidad de reorientar la atención de salud hacia la satisfacción de los/as usuarios/as, y hacia los grupos más vulnerables.

Los temas urgentes en la atención de salud reproductiva, como la mortalidad materna producida por abortos, o el embarazo adolescente, necesitan ser reorientados desde un enfoque que tome en consideración a todos los actores involucrados, no sólo a las mujeres. En este sentido, el Programa de Salud Familiar del MINSAL, y el documento Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile, presentan propuestas para avanzar en el logro de objetivos de equidad. El último documento citado (MINSAL 2001) menciona un listado inicial de las necesidades y planteamientos prioritarios para la reforma de salud con una perspectiva de género, que involucra a los varones en los temas de salud sexual y reproductiva, con propuestas como las siguientes:

- Participar en las campañas continuas y masivas de educación e información en: sexualidad y cuidado de la salud reproductiva para mujeres y hombres; métodos anticonceptivos y prevención de embarazo no deseado; esterilización masculina o vasectomía y desarrollar cursos de capacitación para médicos para realizarlas; prevención de VIH/SIDA para mujeres y hombres de grupos de riesgo y población en general.

- Crear servicios de atención en salud sexual y reproductiva para hombres.

- Incorporar al sistema público de salud la vasectomía como un método regular de esterilización quirúrgica (Ibid.: 35).

La implementación de estas medidas sin duda contribuirá a reducir las brechas de género, pues las políticas de salud han tendido a reforzar el rol de la mujer como única encargada de la salud sexual y reproductiva. En este sentido, la Atención de Salud con Enfoque Familiar, impulsado por el MINSAL en el año 1998, también plantea medidas que significan avances en la inequidad de género, al considerar que apoyando a la familia y a cada uno de sus integrantes en el desarrollo de habilidades y destrezas para una vida saludable, está actuando sobre el núcleo principal de la sociedad, aquel que le proporciona a la persona el sustento básico que necesita para ir construyendo sus valores

de tolerancia y de respeto que le permitirán hacerse parte de un proyecto común (MINSAL 1998).

Elemento fundamental en el Modelo de Salud Familiar es la responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia, independiente del género, por la salud de su familia y la de cada uno de sus integrantes; se promueve la participación de más de un integrante de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas, favoreciendo especialmente la participación de la pareja en el proceso reproductivo -embarazo, parto, puerperio-, del padre en el cuidado de los hijos -controles de salud- (Ibid.).

Para el MINSAL, en la organización de los servicios a entregar a la población femenina, se requiere balancear adecuadamente dos aspectos. El primero se refiere a la calidad técnica de los servicios prestados, en gran medida determinada por la preparación y desempeño del personal que asume las respectivas responsabilidades. El segundo alude a la satisfacción de la población usuaria; lo que significa que junto a una atención de salud de alta calidad técnica, se requiere satisfacer las necesidades emocionales de las mujeres y sus familias. Se trata de incentivar la participación activa de las mujeres en el cuidado de su condición de salud (autocuidado) y, en la definición de las decisiones que le afectan, y no como meras destinatarias u objeto de programas diseñados sin incorporar su particularidad (Castro 2001: 218).

En la atención de la gestación y de partos en nuestro país, nos encontramos con que la cobertura es casi completa, y que la calidad técnica de los servicios prestados es muy elevada. Sin embargo, al tratar con personas no sólo se requiere de una buena atención técnica, sino también, y como recién veíamos, de una atención que tome en cuenta las necesidades de los/as usuarios/as en los ámbitos no sólo fisiológicos, sino también afectivo-emocionales, y socio-culturales.

Cerca del 90% de los partos no debería requerir de ningún tipo de intervención y podría desarrollarse de manera natural. En Chile, del 99,7% de atención de partos por personal especializado, la gran mayoría de éstos son intervenidos, en diversas maneras. Esto quiere decir que en los hospitales se le brinda demasiada atención técnica a muchos casos que no lo requieren, interviniendo todos los casos por igual, y generando complicaciones en partos que no debieran presentar problemas.

En Chile en las últimas cuatro décadas, apreciamos un constante aumento en las tasas de atención de parto por profesionales alópatas: en 1960 contábamos con un 66.9% de atención médica especializada del parto, en 1970 con un 81.1%, cifra que aumentó a 91.4% en 1980, y a 99,2% en el año 1991. El año 1997 se llegó a un 99,6% de atención profesional, que al año siguiente subió a 99,7%, cifra que se mantuvo hasta el 2001, último año para el cual contamos con datos estadísticos (INE, Anuarios Demografía,

citado en SERNAM 2001:84). De este total, la casi totalidad de los partos ocurre en clínica u hospital.

Desde hace más de dos décadas en nuestro país la presencia del padre en el proceso de gestación, nacimiento, post parto y cuidados del recién nacido se ha ido incorporando paulatinamente en los servicios de salud privados. En salud pública esta participación es más reciente, comenzando su fomento recién en el año 1995. Hasta entonces el proceso del parto se manifestaba en una interacción del binomio madre-hijo, marginando a su pareja y/o padre de este evento. “Hoy nos encontramos ante un cambio de modelo, en una nueva concepción del modelo reproductivo, en una atención integral donde consideramos a la mujer como persona en su globalidad, o sea, en su aspecto biopsicosocial, en donde el equipo de salud también ha integrado sus pensamientos y acciones para ir desarrollando diversas iniciativas para humanizar la atención en el proceso reproductivo y promover la afectividad en la familia” (Fernández 2001: 235).

De este modo, con respecto a la promoción de la presencia de una persona de elección de la mujer que la acompañe durante el parto, en la mayoría de los hospitales la única persona externa al personal médico que puede participar en el parto (período expulsivo final) es la pareja varón de la mujer. Su presencia en el año 2002 fue en un 30% de los partos en servicios de salud públicos, como se detalla en el siguiente cuadro³:

SERVICIO DE SALUD	TOTAL PARTOS	PARTOS con PRESENCIA PADRE/FAMILIAR	
	NÚMERO	NÚMERO	%
CHILE	167,472	49,989	29.8
ARICA (*)	2,230	147	6.6
IQUIQUE	2,762	1,353	49.0
ANTOFAGASTA	5,309	729	13.7
ATACAMA	3,694	702	19.0
COQUIMBO	7,980	2,406	30.2
VALPARAÍSO	5,574	2,057	36.9
VIÑA DEL MAR	8,843	1,492	16.9
ACONCAGUA	2,677	874	32.6
METROP. NORTE	8,627	5,581	64.7
METROP. OCCIDENTAL	12,195	4,215	34.6
METROP. CENTRAL	7,430	906	12.2
METROP. ORIENTE	6,122	2,374	38.8
METROP. SUR	10,024	4,647	46.4
METROP. SUR ORIENTE	7,940	1,668	21.0
PADRE HURTADO	6,158	3,612	58.7

³ Información entregada por el Doctor René Castro, Director del Programa de Salud de la Mujer, MINSAL.

“LOS HOMBRES TAMBIÉN SE EMOCIONAN”

LIB. BDO. O´HIGGINS	8,895	1,796	20.2
MAULE	11,237	3,408	30.3
ÑUBLE	5,217	573	11.0
CONCEPCIÓN	7,158	1,979	27.6
ARAUCO	1,606	346	21.5
TALCAHUANO	3,795	1,365	36.0
BÍO BÍO	4,491	958	21.3
ARAUCANÍA NORTE	2,614	218	8.3
ARAUCANÍA SUR	8,394	1,533	18.3
VALDIVIA	4,103	613	14.9
OSORNO	2,940	609	20.7
LLANCHIPAL	6,704	2,397	35.8
AYSÉN	1,260	620	49.2
MAGALLANES	1,493	811	54.3

(*) No incluye el mes de diciembre, y por razones de reducción del servicio por traslado en abril se suspendió el acompañamiento al parto.

En algunos hospitales, se permite la presencia de otro familiar cercano: madre, hermana, etc., en caso de no estar presente la pareja. No existe normativa al respecto; hay una recomendación programática que desde aproximadamente el año 1995 recomienda a los hospitales permitir que el varón participe en el parto. No se ha implementado en todos los hospitales, y se hace según propias voluntades, sin una normativa clara.

Se aprecia un cambio de actitud que ya se traduce en prácticas en diversos servicios de salud, impulsados tanto desde el gobierno como desde grupos de profesionales. El excelente nivel alcanzado en Chile por los indicadores habituales de salud materno-infantil, unido a una tendencia decreciente de la natalidad, permite al momento actual orientar los esfuerzos hacia una mejor calidad de los servicios que se entregan a la pareja y su hijo/a. El rol de los integrantes de los equipos de salud materno-infantil debiera orientarse a ayudar a las personas a adquirir las capacidades necesarias para el mejor desarrollo de sus tareas parentales en el espacio familiar (Castro 2001: 219).

Una nueva forma de organizar los servicios disponibles requiere de un cambio de mentalidad tanto por parte de los prestadores como de la población usuaria. El desafío actual es ampliar la mirada, en pos del pleno desarrollo de una adecuada Salud Sexual y Reproductiva, que incorpore el enfoque de género, la superación de las desigualdades hombre-mujer, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la sociedad (Ibid.: 220).

Presentaremos a continuación los objetivos del estudio, para luego exponer los marcos teórico y metodológico que orientan el estudio.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

- Indagar en las significaciones y efectos de la participación del hombre en el parto para parejas del mundo popular urbano, y su incidencia en las construcciones de identidades paternas.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la participación de los hombres en el parto de sus hijos/as en dos hospitales públicos de la ciudad de Santiago⁴.
- Conocer las percepciones de los padres y de sus parejas acerca de la experiencia de haber participado en el nacimiento de sus hijos/as, y las significaciones atribuidas a dicho hecho.
- Indagar en los efectos de esta participación en la construcción y/o resignificación de identidades paternas.

⁴ A pesar de haberse realizado la observación participante y las entrevistas en dos hospitales públicos de la ciudad de Santiago, ambos corresponden al mismo servicio, que fue trasladado. La maternidad del Hospital Salvador dejó de atender en agosto de 2002, y se trasladó al Hospital Luis Tisné Brousse.

SEGUNDA PARTE: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

GESTACIÓN

I. MARCO TEÓRICO

Recapitulemos: postulamos que el hecho de no involucrar al varón en los temas de salud reproductiva en general, y en el caso de la presente investigación, en el período específico del parto, contribuye a reforzar identidades de género que asignan el ámbito de lo reproductivo a la mujer exclusivamente, sin la participación del varón. Diversas plataformas y autores/as plantean que mientras menor participación tenga éste en los procesos reproductivos, habrá mayor rigidez en la asignación de roles de género.

La investigación completa busca entregar testimonios y relatar experiencias que ayuden a aclarar si la participación del varón en el parto contribuye en alguna medida a avanzar en un cambio de paradigmas con respecto a las identidades de género, donde ambos padre y madre (o las figuras sociales que los reemplacen) participen activamente de la crianza de los/as hijos/as. Es decir, que se vayan desdibujando los tajantes límites que han separado en nuestra cultura durante décadas los ámbitos de lo público y lo privado.

Desde un enfoque antropológico con perspectiva de género, se abordarán teóricamente los ejes que enmarcan el presente estudio: para comenzar, revisaremos algunas miradas teóricas que nos ayuden a comprender la atención biomédica del parto hospitalario, que se constituye en el contexto en el cual los hombres participan. Luego, enfocaremos la atención en la construcción simbólica de género, especialmente en la construcción de identidades masculinas y paternas. Esto para dar el marco de análisis de los testimonios y experiencias de las parejas que constituyen nuestro grupo de estudio.

I.1. Miradas para comprender la atención del parto

I.1.1. De parteras a obstetras

La salud, desde antes de Cristo y por más de un milenio, fue territorio de curanderos y curanderas, en especial de mujeres sanadoras. “Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también comadronas que iban de casa en

casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral” (Ehrenreich y English 1988: 7).

La historia nos muestra que las mujeres fueron las sanadoras tradicionales en gran parte de las culturas del mundo, sin embargo hoy nos encontramos ante la hegemonía de un sistema médico construido por la ciencia moderna androcéntrica, que privilegia una aproximación masculina al entendimiento de la salud, lo cual incide en la manera en que se conciben los géneros y los cuerpos. Nos interesa indagar aquí en el modo en que la biomedicina se constituye en un agente socializador de la manera en que se concibe a las mujeres y sus ciclos vitales.

Tomaremos una pregunta que Barbara Ehrenreich y Deirdre English formulan, refiriéndose a las mujeres: “El lugar que actualmente ocupamos en el mundo de la medicina no es “natural”. Es una situación que exige una explicación. ¿Cómo hemos podido caer en la presente subordinación, perdiendo nuestra anterior preponderancia?” (1988: 8). Las mujeres tuvieron por cientos de años en sus manos el rol de la sanación; eran las curanderas del pueblo. Este poder sobre la salud implicaba un poder sobre la vida y la muerte; en efecto, desde los primeros tiempos fueron ellas las comadronas que ayudaron a traer a los seres humanos al mundo. Gran poder que las transformó en peligrosas enemigas de las instituciones erigidas por hombres. En occidente, el proceso de expropiación de este poder ha sido tratado por diversos/as autores/as, que en el contexto europeo lo han centrado en la gran caza de brujas.

Jules Michelet, en su *Historia del Satanismo y la Brujería*, plantea que “durante mil años el único médico del pueblo fue la bruja. (...) Las masas de todo Estado, podemos decir todo el mundo, no consultaban más que a la saga, o comadrona” (Michelet 1989: 9). El poder que detentaban las habría condenado a ser cazadas “como un animal salvaje, perseguida en las encrucijadas, execrada, despedazada, lapidada, sentada sobre carbones ardientes” (Ibid.:8). De este modo, a lo largo de la Edad Media, sucedió una degradación de la figura de la mujer sanadora en el símbolo de la bruja, llegándose a declarar en el siglo XV que si la mujer se atrevía a curar sin haber estudiado era bruja y merecía morir. La naciente medicina moderna fundada en este contexto por varones de clases dominantes, se ocupó del ser superior y puro, el hombre, estudiando su cuerpo como el modelo y la medida de los seres humanos, y al femenino como una versión degradada y degenerada de éste.

Para ejemplificar esta situación, podemos mencionar que en 1271 la Facultad de Medicina de la U. De París comenzó a adquirir una gran relevancia e influencia política, ejerciendo control sobre las prácticas médicas. Estas limitaciones establecen que sólo los maestros con licencia de dicha facultad podían administrar medicinas. Más tarde, en 1421, el parlamento inglés solicitó la prohibición de ejercer curaciones a personas sin preparación, despreciando así la experiencia práctica de las mujeres. Durante y tras el Renacimiento, se reforzó esta visión. Europa se estaba urbanizando rápidamente, y mientras más personas migraban a las ciudades, alejándose de los cuidados personalizados de las curanderas rurales, se comenzaron a construir hospitales en los cuales los practicantes masculinos de las carreras médicas podían observar miles de pacientes al año.

Se debe recordar que las mujeres no tenían acceso a la universidad, por lo que se constituyeron en curanderas ilegales y perseguidas, y su saber en un conocimiento desvalorizado y reprimido. El conocimiento erudito y oficial debió controlar los otros tipos de saberes para así asegurar su hegemonía, para aparecer como único sistema válido y legítimo. De este modo, el advenimiento de la medicina científica moderna marca el comienzo de su hegemonía para tratar los procesos que atañen a la salud de la población, y sobre todo sobre el ciclo reproductivo de la mujer, ámbito que antes era ocupado casi exclusivamente por mujeres.

El escenario histórico de la gran caza de brujas adoptó diversas formas según el momento y el lugar, pero sin perder en ningún momento su característica esencial de campaña de terror desencadenada por la clase dominante y dirigida contra la población campesina, en especial de sexo femenino. Esto, porque las brujas representaban una amenaza política, sexual y religiosa para la Iglesia, tanto católica como protestante, y para el Estado. La mayor parte de las mujeres condenadas como brujas eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población, y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina. Como señalábamos anteriormente, la eliminación de las brujas como curanderas tuvo su contraparte en la creación de una nueva profesión médica masculina, bajo la protección y patrocinio de las clases dominantes. En este sentido, la Inquisición constituye, entre otras cosas, uno de los primeros ejemplos de cómo se produjo el desplazamiento de las prácticas artesanales por las profesionales, y de cómo el ámbito de la salud pasó desde las manos de mujeres hacia las de varones educados en las nascentes ciencias médicas.

Fue así como los elementos fundamentales del paradigma médico actual se determinaron durante el siglo XVII, al elegir un modelo mecanicista de observación del cuerpo que se concentró en el estudio de los determinantes bioquímicos de la enfermedad y, desde luego, en los principios que podían contrarrestarla. El desarrollo de la medicina occidental implicó un progresivo abandono de un enfoque integral del paciente y de la relación de éste con su medio ambiente. La física, la química, la biología son aún hoy consideradas

las ciencias básicas de la medicina; las instituciones médicas están dominadas por la imagen del hospital y, en términos reales, se otorga menor importancia a los factores ambientales, psicosociales y de comportamiento de la enfermedad y a las necesidades integrales de los enfermos, que no son considerados un campo de análisis “objetivo” para investigaciones y tratamientos terapéuticos (Citarella 1995: 406).

El nacimiento de este modelo mecanicista el entendimiento de la salud y la enfermedad ocurrió de la mano de la deslegitimización del saber de las parteras tradicionales, mientras se construían hospitales en los cuales los practicantes de las nacientes ciencias médicas podían observar miles de nacimientos al año y desarrollar técnicas estandarizadas y herramientas para el manejo del parto. En este contexto fueron ganando aceptación los médicos hombres, desarrollándose la obstetricia como una rama de la medicina en los siglos XVI y XVII.

El desarrollo de instrumentos como el fórceps obstétrico, en el siglo XVI; la conquista de la fiebre o septicemia puerperal (infección uterina), mediante técnicas asépticas y antisépticas y el desarrollo de métodos anestésicos durante el siglo XIX, fueron elementos que sirvieron para que la ginecología ganara territorio. En el siglo XX, el uso de la anestesia durante el parto se masificó; este fue el momento en que las parteras tradicionales ya no presentaron ventajas sobre los médicos para la atención de partos. Y fue el momento en que en Europa y Estados Unidos se siguieron caminos diferentes. En Estados Unidos, como lo señalan Barbara Ehrenreich y Deidre English, a principios del siglo XX se aprobaron leyes en todos los estados contra las comadronas, en virtud de las cuales sólo se permitía a los médicos la práctica de la obstetricia. “Se ridiculizó a las comadronas como personas *incurablemente sucias, ignorantes e incompetentes*. Particularmente, se las hizo responsables de la amplia difusión de septicemias puerperales (infecciones uterinas) y de las oftalmias neonatales (ceguera provocada por una gonorrea). Ambos males podían prevenirse fácilmente con técnicas accesibles incluso a la más ignorante de las comadronas (limpieza de las manos para las septicemias puerperales y gotas oculares para la oftalmia); la solución más obvia habría sido difundir y poner al alcance de la gran masa de comadronas las técnicas preventivas apropiadas. Así se hizo, de hecho, en Inglaterra, en Alemania y en la mayoría de las naciones europeas; las comadronas recibieron la formación necesaria y llegaron a convertirse en profesionales reconocidas e independientes” (1988: 30).

Latinoamérica ha recibido las influencias de ambos modelos. En Chile la biomedicina se fue imponiendo como modelo hegemónico hasta llegar durante el siglo XX a cubrir la casi totalidad de la atención de partos. La atención institucionalizada del parto en Chile, que en 1930 no superaba el 12%, pasó a un 65% en la década del 60, llegando en la actualidad casi a un 100%. En 1925, un 70% de los partos eran atendidos por parteras empíricas, 20% por matronas capacitadas, y 10% por médicos. Veinte años más tarde, un

30% de los partos eran atendidos por parteras empíricas, 20% por parteras adiestradas, 20% por auxiliares de enfermería, 15 % por matronas y 15% por médicos. En la actualidad, la totalidad de los partos son atendidos por personal médico capacitado; 70% por matronas y 30% por médicos (Muñoz et al. 2001: 80).

En estas cifras vemos cómo se fue desplazando una atención que hasta principios del siglo XX estaba principalmente en manos de parteras empíricas o tradicionales, hacia los y las profesionales de salud, educados en la ciencia médica occidental. Este hecho significó un radical cambio en la manera de concebirse las mujeres, sus procesos y su cuerpo; una visión patologizadora de sus ciclos vitales hizo necesario un estricto control sobre éstos. En este sentido, Michel Foucault plantea que la sexualidad no es una simple realidad natural que las distintas sociedades y épocas históricas reprimen cada una a su manera sino que es, ella misma, el resultado de un complejo proceso de construcción social. En su revisión histórica determina que el siglo XVIII inicia la aplicación de la razón al sexo. En este contexto reagrupa bajo el término de *dispositivos de sexualidad* al conjunto de procedimientos de poder, tendientes a crear y controlar el sexo de los individuos. En este dispositivo se incluyen los discursos científicos dentro de los cuales se incluye la medicina y psiquiatría del siglo XIX (Foucault 1998). Estas disciplinas proceden a la histerización del cuerpo femenino, proceso por el cual pasa a considerarse su cuerpo como totalmente saturado de sexualidad. “La presencia misteriosa de esta sexualidad exige que el cuerpo de la mujer se someta al control médico que termina uniendo la identidad personal de ésta, pensada siempre como madre, con la salud futura de la población. La procreación pasa a ser objeto de interés del Estado” (Puleo 1992:8).

El control sobre los cuerpos se expresa de diversas maneras, sin embargo es particularmente explícito en la forma en que el sistema médico se apropia de los cuerpos femeninos, haciendo a las mujeres depender de tratamientos y diagnósticos ajenos a su conocimiento. Ehrenreich y English postulan que la medicalización extrema de los procesos fisiológicos femeninos es una clara expresión de la hegemonía de la ideología patriarcal que intenta apropiarse de su cuerpo. Para ellas, “el profesionalismo médico no es más que la institucionalización de un monopolio de los varones de la clase dominante” (1988: 36). Siguiendo sus ideas, es interesante su concepción del sistema médico como un punto clave en la opresión de la mujer. Consideran que en nuestra cultura, la ciencia médica ha sido una de las más poderosas fuentes de ideología sexista. “*La principal contribución de la medicina a la ideología sexista ha sido su definición de las mujeres como personas enfermas y potencialmente peligrosas para la salud de los hombres.* Evidentemente, la medicina no inventó el sexismo. La noción de que las mujeres son versiones “enfermas” (degradadas) o defectuosas de los hombres se remonta al Paraíso bíblico. En el pensamiento occidental tradicional, el hombre representa la perfección, el vigor y la salud. La mujer es “un hombre espurio”, débil e incompleto. Desde que

Hipócrates definió a las mujeres como “perpetuas enfermas”, la medicina no ha hecho más que repetir la reacción masculina dominante, tratando el embarazo y la menopausia como enfermedades, las menstruaciones como una afección crónica y el parto como un problema quirúrgico” (Ibid. 1988: 41, cursivas de las autoras).

En el caso de la salud en la actualidad, especialmente en lo que concierne a los procesos reproductivos de la mujer, observamos como claramente se impone el tipo de conocimiento biomédico por sobre cualquier otra fuente relevante de conocimiento, como es el de las experiencias previas de la mujer y el conocimiento que ella pueda aportar acerca del estado de su cuerpo, o sus tradiciones culturales. Quienes poseen el conocimiento validado son individuos, tanto hombres como mujeres, socializados en un sistema que privilegia la biomedicina como el saber legitimado. Nos interesa analizar el paradigma en el cual este modelo médico se forjó; ciencia fundada sobre la base de una radical distinción entre mente y cuerpo.

“En la modernidad configurada conforme los planteamientos de la Ilustración y las revoluciones científicas del siglo XVII, los hombres se han acostumbrado a dar por sentadas su razón y su racionalidad. (...) Francis Bacon pudo hablar sin muchos reparos de las nuevas ciencias como de una filosofía masculinista. Había un sentido fundamental en el que la masculinidad ocupaba un espacio central en la modernidad y en el que la razón y el progreso se iban a vincular con el control y el dominio de la naturaleza” (Seidler 2000: 13). Cuando las instituciones de la ciencia moderna se formaban a mediados del siglo XVII, la Sociedad Real de Londres afirmó que su labor era *erigir una filosofía masculina*. Bacon era partidario del uso de la nueva filosofía experimental para inaugurar el *verdadero nacimiento masculino del tiempo*, para conducir al hombre a la *naturaleza con todos sus hijos, a someterla a su servicio, y hacerla su esclava para conquistarla y dominarla, para sacudir sus cimientos* (Sheperd 2002).

Nos interesa rescatar brevemente los aportes de las epistemologías feministas, que, aunque presentan una diversidad de aproximaciones, tienen en común que “frente a la epistemología tradicional, donde el sujeto es una abstracción con facultades universales e incontaminadas de razonamiento y sensación, desde el feminismo se defiende que el sujeto de conocimiento es un individuo histórico particular cuyo cuerpo, interés, emociones y razón están constituidos por su contexto histórico concreto, y son especialmente relevantes para la epistemología” (González y Pérez:2002).

En opinión de muchos/as autores/as, los aportes de la crítica feminista han sido cruciales para este cuestionamiento. “La importancia del feminismo ha sido decisiva en el cuestionamiento de las ideas de la modernidad pues ha puesto en tela de juicio la distinción aún vigente entre razón y emoción” (Seidler 2000: 15). Siguiendo a Seidler, resulta de vital importancia reconocer cómo la distinción entre razón y naturaleza ha sido

algo básico en nuestras concepciones de la modernidad ilustrada. La relación entre masculinidad y modernidad constituye un tema de investigación fundamental debido a la identificación de la masculinidad con la razón. La distinción entre cultura y naturaleza, que trataría lo natural como dado y por tanto ahistórico, y la cultura como algo construido social e históricamente, forma parte de una fragmentación que ha quedado inscrita en la modernidad. En este sentido, plantea que hemos aprendido a vivir el dualismo cartesiano en un menosprecio por la sexualidad y la vida emocional (Ibid.: 17).

De Descartes heredamos una idea particular del yo racional que coincide con una distinción categórica constante entre mente y cuerpo. Esta separación se puede concebir como un yo masculino que se ha separado de las supuestas impurezas de la naturaleza y la vida emocional. La visión cartesiana de la conciencia está esencialmente descorporalizada, como lo está la concepción de agente racional que emana de ella. El que piensa es el hombre; es el hombre a quien nuestra tradición filosófica occidental considera el sexo racional, porque sólo él puede dar por sentado que posee razón y así poder escapar de las exigencias de la naturaleza (Ibid.: 41). Es fundamental apreciar que para una tradición cartesiana, el cuerpo pertenece a una naturaleza aparte y, por tanto, no forma parte de nosotros/as mismos/as. Esto resulta de fundamental importancia pues justifica la inclinación de la ciencia médica occidental a tratar el cuerpo como una entidad independiente y separada de los otros ámbitos constituyentes de nuestra identidad y existencia.

A juicio de Seidler, “ha sido el feminismo el que ha planteado un reto a la modernidad a medida que nos lleva a explorar las conexiones entre modernidad y masculinidad” (Seidler 2000: 147), en el sentido de que las bases de esta ciencia son de carácter androcéntrico. La afirmación de Donna Haraway de que “la objetividad feminista significa, sencillamente, conocimientos situados” (Haraway 1995: 324), alude a la necesidad de reconocer que en sociedades estratificadas por clase, raza y cultura no puede decirse que haya hombres y mujeres como tales. En este sentido, se debe reconocer la existencia de múltiples identidades determinadas por distintas condiciones contextuales.

En este sentido, concordamos con lo que Sonia Montecino plantea: “El resultado de hacer sospechosas las verdades adoptadas en el fenómeno de dominación (o de transnacionalización de la cultura), es el de productivizar, por medio de nuestro imaginario mestizo, aquellas ideas sobre la mujer, para proponer una mirada “otra” (...), un poco más cercana a las vivencias pluridimensionales que conforman nuestro ethos” (Montecino 1991: 21). Es así como a través de un proceso de autocrítica y de cuestionamiento podemos avanzar levantando algunas hipótesis y acercamientos provisorios, que nos permitan leer nuestra identidad desde el marco de las diferencias, desde la particularidad; en un intento por especificar, nombrar y producir en el discurso de las mujeres

latinoamericanas una silueta que defina su territorio, y que al hacerlo defina los otros espacios y siluetas que la acompañan en su constitución como género (Ibid.).

A nuestro juicio, de lo que se trata es de volver a revalidar los aspectos *femeninos* que la cultura androcéntrica occidental eliminó del quehacer científico. No es un asunto de incorporar más mujeres, ni de derrotar a la hegemonía masculina. Se trata de volver al diálogo entre los distintos aspectos de nuestro ser y de nuestro entorno. Revertir la escisión cartesiana, si se quiere. Mente, emociones, alma y cuerpo son sólo uno, a toda escala. Linda Jean Sheperd, en *El rostro femenino de la ciencia* rescata los aspectos femeninos que la ciencia androcéntrica dejó de tomar en cuenta, y da ejemplos de cómo sí han servido y pueden servir a los mismos propósitos científicos. La autora habla de la necesidad de integrar a la investigación los principios de: sentimiento, nutrición, receptividad, cooperación e intuición; todos basados en la aceptación de la interdependencia y conciencia de las relaciones (Shepard 2002).

No nos detendremos en explicar cada uno de los principios recién enunciados, sin embargo un ejemplo nos parece muy interesante para el análisis, sobre todo porque se refiere a la enseñanza que reciben los profesionales de los ámbitos de salud reproductiva. En su conocido ensayo *The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles*, Emily Martin deconstruye las historias reproductivas acerca de los gametos femenino y masculino en los textos científicos, afirmando que revelan prácticas y creencias culturales. Le interesa develar cómo se mantiene vivo el antiguo estereotipo acerca de las débiles damiselas en peligro, salvadas por fuertes varones. A través de su análisis, vemos cómo las células se transforman en actores y actrices que representan las fantasías heterosexuales de la cultura patriarcal. Cita ejemplos del espermio personificado como enfrentado a una peligrosa travesía, y como sobreviviente, mientras el óvulo es concebido como el premio. Su trabajo nos invita a investigar los orígenes y fundamentos de estas construcciones genéricas de las funciones biológicas. Plantea que lo que ocurre al otorgar personalidad a entidades biológicas, es que se naturalizan las inequidades de género (Martin 1991: 500).

Otras autoras, como Dolores Sánchez en su ensayo *Mujer hasta la Tumba* (1999), examina la construcción ideológica del concepto *mujer* a través del estudio de un texto didáctico de ginecología, cuyo autor es el renombrado ginecólogo español José Botella, Doctor Honoris Causa de la Universidad de Alcalá de Henares, cuyas publicaciones más recientes son de 1997. Es decir, nos referimos a un connotado médico, de gran influencia, cuya obra está plenamente vigente. Expondremos a continuación algunas citas de su *Tratado de Ginecología* (la autora basa su análisis la versión revisada del año 1993):

“-No se puede comprender la patología de la mujer sin conocer su constitución. La patología femenina es esencialmente constitucional. Pero los tradicionales esquemas clasificativos de los “biotipos” fracasan al aplicarse a la mujer.

-La mayoría de las mujeres son, pues, un poco desequilibradas en sentido endocrino.

-(...)la hormona del folículo es la hormona de la feminidad. Su sentido biológico es el de exaltar todas las funciones somáticas y psíquicas de la atracción sexual. Por esta razón, la hiperfolicular es, sobre todo, una mujer muy femenina.

-(...)son (las mujeres hiperluteínicas) menos atractivas, pero buenas madres de familia y excelentes amas de casa” (Sánchez 1999: 69).

La anatomía de la mujer sigue siendo su destino, afirma Sánchez, en base a esta y otras citas que naturalizan su *feminidad*. Luego, otra cita de Botella: “Ya hemos dicho al empezar este capítulo que la feminidad no se perdía nunca: la mujer sigue siendo psíquicamente y, en muchos aspectos también, fisiológicamente, mujer hasta la tumba” (Ibid.: 73). Sánchez, en su análisis, afirma: “Cuando se remite a las lectoras y a los lectores del texto a las características –tanto físicas como psicológicas- que nuestra cultura asocia al hecho de ser mujer, se produce la ecuación: la feminidad es la forma natural de ser mujer que radica esencialmente en la maternidad. La contundencia expresionista de giros como “hasta la muerte” o “hasta la tumba” subraya lo ineludible de ese destino biológico” (Ibid.).

La biomedicina, hija de la ciencia moderna occidental, ha formulado sus preguntas desde el paradigma androcéntrico al que aludimos. Concibiendo al cuerpo como máquina, la escisión cartesiana aún no es superada. En relación con esto, nos interesa a continuación revisar los aportes de la antropología médica, sub-disciplina de la antropología que plantea que los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas.

I.1.2. Antropología médica

El tema de nuestro interés, el parto, entendido desde una perspectiva biosocial, se inserta en el marco de una subdisciplina de la antropología, conocida como Antropología Médica, que estudia el modo en que las personas en distintas culturas y grupos sociales explican las causas de la salud-enfermedad, los tipos de tratamientos que practican, y a quienes acuden en caso de necesitar atención. Estudia cómo estas creencias y prácticas se relacionan con cambios biológicos y psicológicos en el organismo humano, tanto en salud como en enfermedad (Weisner 1999).

Esta subdisciplina se gesta en un ambiente en el cual el considerable avance tecnológico y científico de la medicina del siglo XX hizo olvidar durante algún tiempo sus aspectos más sociales y comunitarios. Sin embargo, la consideración de la medicina como una ciencia social es por lo menos tan antigua como Virchow, quien en 1849 acuñó la célebre

frase de que: “la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala”.

Las relaciones entre la medicina y la antropología son antiguas, profundas y complejas. Se remontan a los orígenes de ambas disciplinas durante la Ilustración y se configuran en torno al papel que juegan las ciencias naturales, aplicadas y sociales en los cambios relacionados con la preeminencia del capitalismo y la construcción del Estado Liberal. Hasta fines del siglo XIX, la antropología fue una de las ciencias médicas básicas y como tal jugó un papel fundamental en la consolidación de la teoría médica y de su papel político (Comelles y Martínez 1993: 7). El discurso antropológico sostenido por los médicos hacía referencia a las diferencias biológicas y morales, y remitía a la discusión sobre el papel de las variables biológico/ambientales o social/político/culturales en la evolución de la especie humana. Los debates sobre los conceptos de raza, evolución, monogeismo, poligeismo, unidad o diversidad psíquica del hombre, selección natural, y finalmente, sobre la fiabilidad científica de los textos sagrados, permitieron la emergencia del modelo médico y del modelo antropológico conocido como antropología de salón (Ibid.).

El modelo médico es el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrática-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y, a fines del siglo XIX, abandonó el discurso político social sobre la salud y la enfermedad. Su hegemonía reforzó el proceso de medicalización, esto es, la penetración de la mirada o perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares. Este proceso no se debió tanto al progreso técnico, como a estrategias corporativas destinadas a asegurar el monopolio sobre la atención en salud. La implantación hegemónica del modelo médico fue haciendo a la medicina más dependiente de los parámetros biológicos y más centrada en la curación-cuidado que en la prevención (Ibid.: 8).

La antropología, por su lado, derivó progresivamente hacia un nuevo modelo de práctica: el modelo antropológico clásico, que se correspondió con un proceso de institucionalización de la disciplina. A principios del siglo XX, los vínculos entre esta disciplina y la medicina no resistieron el proceso de fragmentación de las ciencias naturales y sociales, escisión que se efectuó desde ambas disciplinas. Esta separación fue, no obstante, más aparente que real, puesto que se mantuvieron articuladas a través de sus respectivos paradigmas subalternos (Ibid.: 9).

Sin embargo, no fue hasta la década del 50 que volvieron a unirse en la subdisciplina que se ha llamado antropología médica. Las obras producidas anteriores a 1950 se habían limitado a sociedades tradicionales de bajo nivel tecnológico, y presentaban modelos centrados en los aspectos teóricos. Fue de los años 50 en adelante que los antropólogos

demonstraron la utilidad práctica de sus conocimientos y métodos de investigación al personal internacional de salud pública, que los acogió. De este modo, la Antropología Médica estaba tomando forma como subdisciplina de la antropología, con claras raíces en: un interés etnográfico sobre magia y brujería, y que incluye a la medicina primitiva dentro de esas nociones (la etnomedicina es actualmente heredera de esta línea); la antropología física, que dedicó su atención a tópicos de significación médica mucho antes que los antropólogos socioculturales; el movimiento de Cultura y Personalidad, durante la década de los veinte y treinta, que redefine la contribución freudiana desde una perspectiva más antropológica; y el movimiento de Salud Pública Internacional, que a partir de 1942, apoyados por la OMS, la PAHO, y algunas fundaciones gatilla la necesidad de crear esta subdisciplina (Weisner 1999).

1952 todavía no existía un corpus propio de la Antropología Médica, sino más bien algunos antropólogos y sociólogos trabajando con datos sanitarios, sin embargo fue en esa década que numerosas publicaciones fueron fortaleciendo el campo. Hasta los años sesenta no se consideraba desde las ciencias sociales que la medicina mantuviese una autonomía como objeto de estudio. Más bien era considerada como un tema inseparable de los estudios de religión o los de cultura y personalidad. El término de *Antropología Médica* no empezó a utilizarse sino hasta principios de los años sesenta, conteniendo entonces no sólo aspectos aplicados (antropología en la medicina), sino contribuciones teóricas (antropología de la medicina). Este término fue fijado por Norman Scotch en 1963 al titular su contribución a la Reseña bianual de Antropología que edita la Universidad de Stanford. Fue en esta misma década (1968) que se creó la Society for Medical Anthropology, en Estados Unidos, afianzándose así la antropología médica (Ibid.).

La Antropología Médica se ha auto-definido desde sus inicios como una rama de la antropología con un fuerte énfasis aplicado. Así lo han expresado sus ámbitos de acción y reflexión, que abarcan temas como la educación de profesionales de salud para el desempeño de sus labores en contextos interculturales; la consideración de los aspectos psico-sociales y culturales de procesos vitales y biográficos altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas - tales como la sexualidad, embarazo y parto, toda la amplia gama de "enfermedades mentales" (desde la esquizofrenia hasta la epilepsia), entre otras-; y, más recientemente, el desarrollo de marcos teóricos y metodológicos que fortalezcan la formación de sistemas interculturales de atención en salud (Junge 2001).

A partir de la década del 60 se produjo una adhesión al modelo ecológico para estudiar la enfermedad, que incorporó una orientación antropológica más biológica que sociocultural. En las últimas décadas del siglo XX, surgieron nuevas clasificaciones de las perspectivas teóricas al interior de la antropología médica: Byron Good identifica los paradigmas empiricista, cognitivo, crítico y la teoría cultural interpretativa; McElroy y Townsend se

refieren a la existencia de las teorías interpretativas, críticas o de política económica, político-ecológicas, y médico-ecológicas (Weisner 1999).

Para el presente estudio, nos situamos en la perspectiva de la antropología médica crítica (AMC), que se ocupa del modo como las diferencias de poder moldean las diferencias sociales, postulando que las ideologías dominantes y los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas y patrones externos a la biomedicina. Constituye el más reciente paradigma en antropología médica, y sus raíces se remontan a Marx, Engels y C. Wright. A pesar de originarse en perspectivas teóricas críticas, incorpora las contribuciones de la ecología médica, enfoques etnomédicos, constructivismo cultural, postestructuralismo y posmodernismo (Junge 2001).

La AMC se desarrolla a partir de fines de la década del '70 en diversas universidades norteamericanas. Los primeros antropólogos médicos en identificarse con esta perspectiva fueron Bear y Singer, en un artículo presentado en la AAA en 1982. Su análisis parte de la visión marxista sobre las relaciones de poder al interior de los sistemas médicos, en cuanto expresión de las relaciones de dominación propias del sistema económico capitalista. Pone especial énfasis en la necesidad de democratización de la salud, tanto en lo que respecta a la superación de las relaciones de poder establecidas tradicionalmente entre el sistema alópata oficial y los sistemas médicos indígenas y/o alternativos, como en la participación de los/as usuarios/as, en cuanto ciudadanos/as y sujetos de salud, en los procesos de definición de sus necesidades, así como de los medios adecuados para satisfacerlas. En este sentido, se plantea la necesidad de la apertura a un pluralismo horizontal de sistemas médicos, donde los/as ciudadanos/as puedan elegir entre diversos sistemas médicos (Ibid.).

Este llamado hacia una democratización de la salud conlleva un cuestionamiento político y ético profundo a la forma de hacer medicina propia de la cultura occidental moderna, caracterizada por una tendencia hegemónica de su conocimiento biomédico y, en consecuencia, el establecimiento de relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos y hacia los y las *pacientes*. El análisis de la AMC busca los orígenes de dichas relaciones de poder en el paradigma cultural y social desde el cual se desempeña la medicina oficial, identificando particularmente al sistema capitalista globalizado como el fundamento de dichas relaciones. Se igualan así la tendencia hegemónica de la medicina moderna y sus servicios de salud con la hegemonía mundial del sistema económico capitalista (Ibid.).

En el nivel específico de la atención en salud, la AMC pone énfasis en transparentar y superar la jerarquía *médico-paciente* y todo elemento de poder externo al objetivo de mejorar la salud. En el nivel de la experiencia individual, se concentra en las formas en

que los/as *pacientes* responden, significan y actúan en relación con la salud y enfermedad. En nuestro tema específico de estudio, esto cobra particular importancia, pues nos encontramos con procesos fisiológicos normales del ciclo de vida de la mujer que son patologizados y transformados en enfermedad, perdiendo los sujetos la capacidad de tomar decisiones durante el proceso. En este sentido, la AMC tiene un importante rol que jugar en la entrega de análisis cuidadosos sobre los sistemas de atención médica y sus contextos sociales, así como en la aplicación directa de esta información en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el acceso a los distintos servicios y sistemas médicos, y en el empoderamiento de los/as usuarios/as en el ámbito de la salud.

En términos de la aplicación de la AMC, Nancy Scheper Hughes plantea tres propuestas o enfoques posibles; la primera se relaciona con la tendencia en la práctica biomédica clínica a reducir los parámetros de eficacia médica, dejando las enfermedades sociales y la curación de éstas en manos de activistas políticos. La autora reclama la capacidad del personal médico de atención asumir estos aspectos dentro de sus ámbitos de acción. El segundo proyecto se refiere al desarrollo de un discurso antropológico sobre las formas de curación problemáticas y no biológicas en términos de su propio marco de referencia, y en las alternativas posibles y válidas a la hegemonía biomédica. Scheper Hughes plantea que la antropología médica sigue aferrada a la ortodoxia epistemológica de la biomedicina, lo cual inhibe su habilidad para comprender formas no convencionales de sanación. La última propuesta que, en opinión de la autora debiera ser explorada, se refiere a “la radicalización del saber y la práctica médica, tomando (y usando) el hospital y la clínica –en el sentido amplio que Foucault le da al término- como locus de la revolución social” (Scheper Hughes 1990: 14).

Esta última propuesta de una AMC comienza por el reconocimiento de que muchas dolencias que ingresan a la clínica representan experiencias trágicas del mundo. El discurso de la AMC podría comenzar preguntando: ¿qué sería de la medicina y la psiquiatría si más allá de las metas científicas y los valores que adoptan comenzaran a reconocer las necesidades insatisfechas y los anhelos frustrados que pueden desembocar en una explosión de síntomas de dolencia? (Ibid.: 15).

A nuestro juicio, el parto se concibe en la biomedicina como una *experiencia trágica del mundo*; como un proceso patológico, dramático, peligroso, que necesita ser intervenido. Para comprender cómo se configuran las culturas de nacimiento de cada particular sociedad es que una serie de investigadoras, en su mayoría antropólogas, a partir de los años 60, se dedicaron específicamente a estudiar el parto en distintas culturas. Expondremos a continuación los elementos esenciales que conforman la *antropología del parto*, de gran relevancia para la presente investigación.

I.1.3. Antropología del parto

Para nuestro análisis del parto nos interesa tratar con una subdisciplina de la Antropología, que encuentra sus orígenes tanto en la Antropología Médica, como en los trabajos que antecedieron lo que se conocería más tarde como Estudios de Género: la Antropología del Parto.

Como revisábamos en la introducción al presente estudio, el proceso del parto es universal en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, sin embargo, nunca ocurre como un mero proceso fisiológico, sino que se encuentra culturalmente moldeado en todas las culturas, difiriendo mucho entre una y otra. A pesar de esta diversidad cultural en la atención del parto, no se consideró como un tema de investigación antropológica sino hasta fines de la década del 60.

Brigitte Jordan (1993: 9) señalaba en los años setenta la dificultad de una comparación intercultural de distintos sistemas de parto debido a obstáculos situados en tres niveles: falta de información acerca del tema en distintas culturas, a pesar de constituir el parto un proceso universal; estrechez de la información accesible, que estaba, en general, médicamente orientada; y dificultad de organizar la información disponible, puesto que no quedaban claras cuáles eran las unidades relevantes de comparación intercultural. En este último sentido, tanto los estudios médicos como los antropológicos carecían de un marco de comparación biosocial para la recolección y análisis de la data.

Fue a fines de la década de los sesenta y durante la década de los setenta que se afianzó el campo de la Antropología del Parto, en los trabajos de una serie de investigadoras⁵, cada una de las cuales realizó una significativa contribución al campo. Por ejemplo, el estudio pionero de Mead y Newton de 1967 sobre comparación intercultural de distintos sistemas de parto, realzó la integridad y sistematicidad de las prácticas de parto en las culturas tradicionales, destacando la gran necesidad de realizar etnografías acerca del tema (Davis-Floyd y Sargent 1997: 2).

Fue la publicación de Brigitte Jordan, en 1978, *Birth in Four Cultures*, que sirvió para enfocar la atención antropológica en el tópico del parto como digno de trabajo etnográfico y comparación intercultural. Su trabajo describió detalladamente los aspectos del parto en

⁵ Margaret Mead y Niles Newton (1967, *Cultural Patterning of Perinatal Behaviour*), Sheila Kitzinger (1962, *The Experience of Childbirth*; 1978, *Giving Birth: The Parents' Emotions in Childbirth* y *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*, entre otros), Lucille Newman (1965, *Culture and Perinatal Environment in American Society*), Nancy Stoller Shaw (1974, *Forced Labor: Maternity Care in the United States*), Dana Raphael (1975, *Women and Reproduction*), Carol McClain (1975, *Ethno-Obstetrics in Ajijic*), Sheila Cosminsky (1977, *Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca*), y Brigitte Jordan (1977, *The Self-Diagnosis of Early Pregnancy: an Investigation of Lay Competence*; [1978] 1993, *Birth in Four Cultures*) (Davis-Floyd y Sargent 1997: 2).

una comunidad Maya en Yucatán, contrastando el modo comunitario y centrado en la mujer con el altamente tecnologizado modo de enfrentar el parto en los Estados Unidos, y con los sistemas de Holanda y Suecia, ambos atendidos por matronas. Para esta autora, el parto es un momento de crisis dentro de la vida, y como tal es en todas partes susceptible para una regulación social, que varía poco al interior de cada sistema, y mucho entre distintas culturas. En cada cultura el parto y los fenómenos relacionados con él adquieren una forma consensuada; se produce un set internamente consistente de prácticas y creencias con el fin de manejar y enfrentar los aspectos psicológica y socialmente problemáticos del parto, de una manera concordante con el contexto cultural particular. De este modo nos encontramos con que al interior de cada sistema, las prácticas relativas al parto aparecen como una rutina relativamente uniforme, sistemática, estandarizada y ritualizada (Jordan 1993: 4).

A pesar de que la obra de Jordan se ha considerado el punto focal para el estudio del parto, ha sido el trabajo de la antropóloga Sheila Kitzinger el que ha generado conciencia de la variabilidad cultural de las prácticas de parto en la conciencia popular. Su publicación en 1978 de *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures* otorgó legitimidad al movimiento pro partos naturales que entonces ganaba adherentes en Europa y los Estados Unidos, al demostrar la arbitrariedad y los límites del parto tecnologizado occidental. Durante los ochenta, se le unieron en este esfuerzo numerosos/as antropólogos/as que enfocaron la crítica en el modo de concebir el parto biomédico, entre ellos Shelly Romalis, Robbie Davis-Floyd, Pamela Eakins, Emily Martin, Robert Hahn, y otros. Ellos/as, junto a sociólogos/as e investigadores/as, concuerdan en la estrechez y sesgo etnocéntrico de la tecno-medicina occidental; un sistema de salud que objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo, y privilegia a sus practicantes por sobre los pacientes en un status jerárquico que le atribuye conocimiento autorizado sólo a quienes saben cómo manipular la tecnología y decodificar su información (Ibid.: 7).

En años recientes, antropólogos/as y otros/as científicos sociales han expandido su foco de interés más allá del fenómeno del parto a muchas áreas relacionadas, en especial a la emergencia y expansión de nuevas tecnologías reproductivas. Es el tema de la reproducción que opera como microcosmos de fenómenos más amplios: la aplicación masiva de la tecnología para el control total de lo que alguna vez se consideró natural.

Un concepto que resulta de gran utilidad para nuestro estudio es el de *conocimiento autoritativo*, que ha recibido gran atención en la investigación antropológica, y, en las últimas décadas sobre todo de antropólogos/as médicos/as interesados/as en el examen crítico de la producción social del conocimiento. En su elaboración del concepto de conocimiento autoritativo, Brigitte Jordan observa que, para cualquier dominio particular, existen ciertos sistemas de conocimiento, de los cuales algunos, por consenso, llegan a tener más peso que otros, ya sea porque explican el estado de las cosas de un modo más

eficaz, o porque están asociados a una base de poder más fuerte, y usualmente ambos a la vez. La legitimación de un sistema de conocer por sobre los demás usualmente lleva a la devaluación de los otros. Quienes siguen practicando los sistemas alternativos tienden a ser vistos como ignorantes, incultos, y su opinión no es tomada en cuenta en los ámbitos de toma de decisiones.

Esto lleva a que la constitución del conocimiento autoritativo sea un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad. Y llega a ocurrir que los participantes ven el orden social así construido como el orden natural de las cosas. De este modo, se puede decir que este tipo de conocimiento es persuasivo porque parece natural, razonable, y construido consensualmente; por tanto, su poder radica no en que sea el conocimiento correcto, sino el que cuenta (1993: 152).

Jordan plantea que las relaciones de poder establecen un régimen particular de verdad en el cual ciertos conocimientos son admisibles mientras otros son devaluados. Es la tecnología la que en el contexto biomédico determina lo que se debe concebir como conocimiento autoritativo, estableciendo un régimen de poder que no da cabida a otras formas de conocer. De este modo, la tecnología aparece como agente central de la ideología que busca legitimar una manera de conocer (Ibid.: 215). La tecnología se legitima en el contexto de una ciencia moderna occidental androcéntrica que escinde los cuerpos y se apropia de ellos, en especial de los cuerpos femeninos.

La antropóloga Robbie Davis-Floyd concuerda con que es la tecnología la que *reina con supremacía* en el sistema médico occidental. Considera que el modelo tecnocrático, que impera en nuestro contexto y en gran parte del mundo, refleja los valores centrales de las sociedades occidentales modernas, a saber; una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder patriarcal. Hace más de 20 años existe claridad en que la mayoría de los procedimientos obstétricos de rutina tienen poca o ninguna evidencia científica que las avale. Son practicadas no porque tengan un sentido científico, sino porque tienen un sentido cultural. Los fundamentos principales de este modelo son: separación entre mente y cuerpo, y cuerpo entendido como máquina; el/la paciente como objeto y separación entre personal de atención de salud y el/la paciente; diagnóstico y tratamiento desde afuera hacia dentro; organización jerárquica y estandarización de los procedimientos del cuidado; autoridad y responsabilidad en el personal de atención, no en el/la paciente; sobre valoración de la ciencia y tecnología; intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo; muerte como derrota; intolerancia hacia otros modelos de atención (Davis-Floyd 2001: 5).

La autora describe también otros dos paradigmas del cuidado de la salud que influyen —o pueden influir— en la atención de parto: el humanista y holista. El modelo humanista surge como reacción a la excesiva tecnomedicina, desde profesionales que intentan cambiar el

modelo desde dentro, a través de la humanización de sus prácticas y definiciones. Plantea como necesarios: conexión mente-cuerpo; concebir el cuerpo como un organismo; al /a paciente como sujeto relacional; una conexión y cuidado entre practicantes y pacientes; diagnóstico y curación desde dentro hacia fuera y viceversa; un balance entre las necesidades de las instituciones y de los individuos; información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicantes y pacientes; ciencia y tecnología en equilibrio con el humanismo; énfasis en prevención; muerte como un resultado aceptado; y apertura hacia otros modelos. En opinión de la autora, este modelo –que es menos radical que el holista- presenta el mejor potencial para generar cambios en el modelo tecnomédico, desde el interior, sin generar un gran rechazo (Ibid.: 21).

El tercer modelo es el holista, que puede contener una multiplicidad de prácticas, y cuyo principio fundamental es la integración de mente, cuerpo, emociones, espíritu y medio ambiente del individuo en los procesos que atañen a su salud. Este modelo traspasa la responsabilidad del cuidado por completo al individuo, quien tiene la autoridad para decidir los procedimientos a seguir (Ibid.).

Davis-Floyd considera que la obstetricia contemporánea cuenta con la oportunidad de utilizar e integrar elementos de los tres paradigmas para crear el sistema de cuidado más efectivo que se haya conocido; utilizando la tecnología apropiada en combinación con los valores humanistas y el respeto por la individualidad del holismo.

Marsden Wagner, antropólogo y médico consultor de la OMS, realiza también una clasificación de los paradigmas de atención obstétrica, entre los cuales distingue dos grandes tendencias: el modelo médico, y el social. El primero hunde sus raíces en la filosofía griega, y encuentra su institucionalización en la era moderna luego que Descartes planteara la escisión mente-cuerpo. Se impone una visión dicotomizada del mundo; un modelo que tiene como principios básicos a la ciencia, la objetividad, lo masculino, la lógica y la cuantificación. El otro modelo (que el autor llama social) se basa en los principios del arte, lo subjetivo, lo femenino, la intuición, y la calidad. Plantea que es necesario combinar los elementos beneficiosos de cada modelo para lograr el cuidado integral de la salud (Wagner 1994: 27).

El modelo para el análisis de las prácticas en torno al parto que será utilizado en el presente estudio, se basa en el enfoque biosocial propuesto por Jordan (1993). De acuerdo a los objetivos planteados para el presente estudio y a su carácter exploratorio, lo consideramos de gran utilidad en un contexto en el que no se han realizado estudios previos acerca del tema. La autora entiende el parto dentro de un marco biosocial, como un fenómeno que es producido a la vez tanto por factores biológicos universales, como por factores sociales particulares. Cada sociedad tiene su manera de organizar y tratar la

crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre y el/la hijo/a, como para los demás involucrados.

Detallaremos a continuación los indicadores que hemos elegido para analizar la atención hospitalaria del parto en nuestro país, tomados de Jordan (1993)⁶, incluyendo aportes de otras fuentes que serán relevantes para el análisis.

-Definición cultural del parto: se refiere a la manera en que cada cultura particular concibe el parto; informa acerca del quién, dónde, y cómo debe ocurrir. Cada sociedad produce una configuración sistemática de las prácticas de parto que son mutuamente dependientes e internamente consistentes (Jordan 1993: 48).

-El territorio donde ocurre el parto: puede parecer demasiado obvio plantear que el parto ocurre en un determinado lugar, sin embargo es de gran importancia debido a que ese lugar es *territorio* de alguien, o de un determinado sistema de atención. Por tanto, por *territorio* nos referimos tanto al lugar físico donde ocurre el parto, como a su correlato simbólico. El parto puede ocurrir en una localización especializada, como un hospital, clínica, etc.; o en un espacio donde la mujer y su familia habitualmente se desenvuelvan, como su hogar o el de algún familiar o amigo/a. En cualquier caso, la naturaleza y arreglos espaciales del territorio donde ocurre el parto dan forma a las interacciones entre los participantes y a las redes de apoyo disponibles para las mujeres y sus familias. También determinan el tipo de recursos disponibles y la asignación de responsabilidades y crédito por el parto (Ibid.: 75).

-Participantes en el parto: en casi la totalidad de las culturas del mundo, el acceso al momento del parto ha estado restringido, y, al mismo tiempo, es muy raro que una mujer de a luz sola, sin el apoyo de otras personas. El parto incluye la participación de otros/as además de la mujer, que constituyen parte integral del proceso; estos/as participantes se pueden separar analíticamente entre quienes son especialistas, como doctores, parteras, matronas, y quienes no lo son, como familiares y amigos/as (Ibid.: 60).

-El uso de medicación y tecnología en el parto: por medicación entendemos el uso de cualquier sustancia que se introduzca en el cuerpo de la mujer para afectar el curso natural del parto (acelerarlo o des-acelerarlo), o para aliviar el dolor, que se relaciona directamente con la tecnología de cada cultura. La tecnología se refiere por una parte a un conjunto de equipos, aparatos, herramientas y máquinas. Estos artefactos, objetos utilitarios o rituales, instrumentos, y equipo necesario para el manejo cultural apropiado del parto, constituyen una parte significativa de la cultura de nacimiento de cada sociedad (Ibid.: 82).

⁶ Los indicadores que describimos no son exactamente los mismos que propone Jordan; tomamos de ella algunos elementos y los releemos adaptándolos a nuestra investigación.

Estos indicadores se relacionan directamente con el concepto de conocimiento autoritativo, que nos va a indicar que las decisiones y cursos de acción que se elijan y sigan, reflejan el tipo de saber que se considera correcto.

Para efectos de la presente investigación, nos detendremos en el análisis especialmente en describir la naturaleza de la participación del hombre –pareja de la parturienta- en el parto. Para entender a cabalidad esta participación y las relaciones que se pueden establecer con la construcción de identidades masculinas y paternas, es que a continuación nos detendremos en exponer la construcción simbólica del género.

I.2. De la categoría de género a las identidades paternas

I.2.1. Construcción simbólica de género

Revisábamos más atrás cómo en los textos de ginecología se naturalizan las características que la cultura supone como femeninas y masculinas, con ejemplos en la biología. Vamos a continuar con el análisis del *Tratado de Ginecología* de José Botella, realizado por Dolores Sánchez, y con otros ejemplos, para abrir el debate teórico que sigue.

“Este cromosoma produce la inducción del testículo mediante un *antígeno de histocompatibilidad*, llamado H-Y, que permite al testículo desarrollarse como una glándula masculinizante activa, en pleno período embrionario en el seno del útero materno y bañado, por tanto, por estrógenos. (...) En la mujer, en el brazo corto del primer cromosoma X (del que no es común, con el macho, que también se llama X activo) hay también un gen que interviene en el desarrollo del ovario, pero éste no es un gen inductor, sino sólo un gen mantenedor que permite que las ovogonias no mueran y se conviertan en ovocitos. (...) El cromosoma X común con el macho tiene también un locus análogo a él en su brazo corto, pero, al ser excitado por el cromosoma Y, no ejerce efecto inductor alguno y, en ausencia de inducción genética, se desarrolla un ovario” (Sánchez 1999: 78, cursivas del autor original, y subrayado de Sánchez).

Vemos en este ejemplo como del lado de lo masculino está lo que *produce*, la *inducción*, lo *activo*, lo *inductor*. Del lado femenino está, por el contrario, lo que es *bañado por*, lo que es *no inductor*, *sólo mantenedor*, lo que es *excitado*, lo que *no ejerce*. Seguimos con el análisis de Sánchez: subyace en el texto la idea de que la mujer incorpora en su carne la pasividad como dato observable, y por tanto objetivo y natural, que impregna todo su ser desde el más íntimo fragmento corpóreo. Es decir, hasta qué punto su supuesta falta de aptitudes para la vida “activa” estaría inscrita en su biología. La lógica que subyace al proceso de naturalización es, para la autora, una estrategia de representación diseñada para fijar definitivamente la diferencia –como realidad natural y por tanto incontestable- y

con ello garantizar su permanencia en pos de la legitimidad del poder de los grupos dominantes (Ibid.).

Nancy Stepan (1986) plantea que la analogía y metáfora en la ciencia se transforman en lentes naturalizadores a través de los cuales las situaciones sociales son explicadas. Como la metáfora o analogía no presentan directamente una naturaleza pre-existente, sino que ayudan a construirla, la metáfora genera datos que se ajustan a ella, de tal modo que la naturaleza se ve a través de la metáfora, y la metáfora se transforma en parte de la lógica de la ciencia.

Con estos ejemplos, atendemos a que el poder configura las esencias en el mismo movimiento a través del cual establece el mecanismo que le permite ejercer el control de la dominación. Como constata Celia Amorós: “La dicotomía macho-hembra nunca aparece en estado puro, empíricamente constatada, sino envuelta en otras oposiciones pertinentes para la vida social, recargada semánticamente y reelaborada ideológicamente por su inserción en el sistema de representaciones” (Amorós 1985: 32).

Al hablar de las construcciones socioculturales en torno a las diferencias sexuales, nos estamos refiriendo a la categoría de género. Para Joan Scott, la utilización de la categoría género aparece no sólo como forma de hablar de los sistemas de relaciones sociales o sexuales, sino también como forma de situarse en el debate teórico. El género facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a diferencia de sexos y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana (Lamas 1996: 330). Esta autora sitúa el centro de análisis de género en las relaciones de poder: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”. En este sentido, el género es el campo primario dentro del cual se articula el poder, y se compone de cuatro elementos principales: los símbolos y mitos, los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género, y la identidad. En conjunto, estos elementos determinan la naturaleza de las estructuras de género en cada contexto particular. El proceso de socialización de género, entonces, establece las bases de una desigualdad de poder al condicionar de manera preeminente las identidades femenina y masculina. La interiorización del rol sexual *correspondiente* inunda la subjetividad de cada persona y la instala en el lugar asignado a su género, en el espacio del poder si es hombre y en el espacio del no poder si es mujer (Matamala et al. 1995: 8).

Gayle Rubin, desde la antropología, acuña el concepto de sistema sexo/género para referirse al “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas

necesidades humanas transformadas” (Rubin 1996: 37). Este enfoque va a ser de vital importancia toda vez que introduce al sexo y al género dentro de un sistema relacionado, interconectado, dando paso a la posibilidad de también analizar la sexualidad como una construcción social.

La antropóloga mexicana Marta Lamas (1996b) hace referencia al debate naturaleza-cultura, señalando que las investigaciones sobre la cultura humana han tenido como motivación principal aclarar hasta donde ciertas características y conductas humanas son aprendidas mediante la cultura o si ya están inscritas genéticamente en la naturaleza humana. En este sentido, aclara que se interesa por demostrar que desde los estudios de Margaret Mead en adelante ha existido una preocupación por los aspectos culturales de la diferencia sexual. La autora rescata y retoma los estudios de investigadores como Linton, Murdock y Margaret Mead, quienes buscaron interpretaciones ubicadas en el orden de la cultura para explicar las diferencias entre los sexos. Los estudios anteriores a 1930 se sustentaban en supuestos que no estaban sujetos a ningún tipo de cuestionamiento, como los papeles sexuales originados en la división sexual del trabajo, división que a su vez se sustentaba en la diferencia biológica y muy especialmente en la maternidad. Para Lamas son estos papeles sexuales los que marcan la diferente participación de hombres y mujeres y que una sociedad dada ha conceptualizado como femeninos y masculinos.

Resulta de extrema importancia para este debate rescatar la contribución de la antropóloga Margaret Mead (1990), quien tras realizar estudios en distintos pueblos llegó a rebatir la teoría de que los roles femeninos y masculinos son innatos y no pueden ser modificados. Atendiendo a sus observaciones en distintas culturas, postuló que los atributos de cada sexo son determinados por la socialización continua de los padres y miembros del grupo familiar, y no son un producto de diferencias sexuales innatas y genéticas, como se creía. De este modo, se entiende que la cultura influye en la conformación de la personalidad, más que los atributos anteriormente denominados *genéticos*. Por tanto, los aspectos del comportamiento que se consideraban invariables, resultaron ser productos de la civilización, y los aspectos del temperamento (o comportamiento) el resultado del medio ambiente en que hombres y mujeres son socializados. Así, se comenzó a comprender que las personalidades femeninas y masculinas son un producto social, y por lo tanto pueden variar de una cultura a otra, y pueden variar en el transcurso de la historia.

Para Lamas, desde la antropología, disciplina que orienta la presente investigación, la definición de género o de perspectiva de género alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual (1996: 332). Esta perspectiva, llamada construcción simbólica del género⁷, plantea que las diferencias sexuales son la base

⁷ Es posible distinguir dos grandes enfoques en los análisis de género: por un lado, aquellos que enfatizan en la construcción simbólica de lo femenino y lo masculino, y los que ponen el acento en lo económico como

desde la cual se estructuran categorías simbólicas que definen lo que corresponde a lo masculino y lo femenino en cada contexto particular. Estas categorías definen prácticas, ideas, discursos e ideologías que dan forma a las estructuras de prestigio y de poder de cada sociedad.

Sherry Ortner (1979) es una de las principales exponentes de la perspectiva simbólica del género; ante la constatación de que la mujer ha sido universalmente subordinada, se pregunta qué hay de común en las distintas culturas para que esto ocurra. La respuesta apunta a que las mujeres han sido asociadas a la naturaleza, mientras los hombres se han relacionado con lo cultural, apareciendo lo natural devaluado ante lo cultural. Desarrolla tres argumentos principales para explicar esta asociación: el cuerpo de la mujer y sus funciones están implicados más estrechamente que los del hombre a procesos relacionados con la vida de la especie (menstruación, embarazo, crianza hijos, lactancia, etc.); el cuerpo y funciones propias de la mujer la sitúan en roles sociales que tienen relación con la socialización de seres humanos, roles que tienen menor valoración social que los desarrollados por los hombres; y los roles sociales tradicionales de la mujer dan lugar a una estructura psíquica distinta de la masculina, y supuestamente más cercanas a las estructuras de la naturaleza que a las de la cultura. Como la cultura domina o controla a la naturaleza, se genera la noción de que los hombres controlan a las mujeres; y como consecuencia de esto se genera la distinción entre los dominios privados (femeninos) y públicos (masculinos).

La autora concluye que la mujer se encuentra ante una situación circular, tristemente viciosa: existen diversos aspectos que colaboran a que la mujer sea vista como próxima a la naturaleza, y esta concepción es incorporada en formas institucionales que reproducen la situación.

Los planteamientos de Ortner fueron criticados, por suponer que la subordinación de la mujer ha sido universal y por plantear que la cultura ha sido en todas las sociedades concebida como superior a la naturaleza. A pesar de que tras estas críticas la autora elaboró una respuesta basada en los conceptos de *dominio* y *prestigio*, su análisis sigue vigente por cuanto “permite identificar los valores que las culturas particulares otorgan a lo femenino y a lo masculino. Esos valores, a su vez, nos dan pistas para conocer las ideologías de género que operan en cada sociedad” (Montecino 1996: 25).

Nos interesa también revisar los aportes de Pierre Bourdieu, quien se aproxima a la idea de la dominación masculina desde una perspectiva simbólica. Plantea que la desigualdad entre los géneros ha sido reproducida históricamente hasta un punto en el cual aparece

clave para entender cómo se posicionan hombres y mujeres en la vida social (Montecino 1996: 23). Estos enfoques han sido denominados de construcción simbólica y social del género, respectivamente. Nos detendremos en desarrollar la primera, pues es desde donde nos situaremos para el análisis de la información en la presente investigación.

como natural. Plantea una transformación de la historia en naturaleza, en el cual participan las instituciones (Iglesia, Estado, Familia y Escuela) y sujetos, los cuales mediante la violencia física y simbólica inscriben en los cuerpos los principios de visión y de división sexuales. Estos principios operan con una lógica binaria, la androcéntrica, donde el principio masculino es la medida de todo, vale decir entendiendo lo masculino como lo activo, y lo femenino como pasivo (Bourdieu 2000).

Bourdieu plantea que es en los cuerpos donde se centran las justificaciones naturalizantes o biologicistas de la división sexual del trabajo. En este sentido, el principio de visión social construye la diferencia anatómica, y esta diferencia social construida se convierte en el fundamento de la apariencia natural de la visión social. Es así como las desigualdades entre los géneros, producto de la diferencia sexual, son netamente arbitrarias (Ibid.).

Una de las armas que se utilizan para la perpetuación de la dominación, es lo que Bourdieu llama la violencia simbólica. Con ello se refiere a una serie de esquemas usados por dominados y dominadores para percibirse y apreciarse tanto a sí mismos, como a los demás y que son a la vez producto y fuente de dominación. Es justamente por el carácter *invisible* de la violencia simbólica (cuyo mandato se acata sin saberlo) que ella misma se autogenera y mantiene a lo largo del tiempo. De aquí se sigue que para lograr la liberación, no basta con *tomar conciencia* de esta posición subordinada; es necesario darse cuenta de todos los factores que intervienen en la generación y en la perpetuación de este carácter de dominadas. “Y siempre he visto en la dominación masculina, y en la manera cómo se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento” (Ibid.: 12). Los/as dominados/as aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales. Eso puede llevar a una especie de autodepreciación, o sea de autodenigración sistemáticas, generalmente visible en su adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer.

¿Cómo cambiar entonces esta situación de dominación? Primero que nada, realizando un trabajo de *deshistoricización*. Es decir, rehaciendo la historia pero no solamente dando cuenta de la exclusión que han sufrido las mujeres, sino denunciando el papel de las instituciones y de otros agentes en la generación de la estructura de dominación entre los sexos.

En América Latina, la producción teórica simbólica ha estado principalmente vinculada a la temática de las identidades, donde destacan los trabajos de Milagros Palma en Nicaragua y de Sonia Montecino en Chile. Palma plantea como eje del análisis la tragedia de la conquista, que da lugar a una cultura de la violencia, pues el hombre conquistador doblega a la mujer india, a través de la violación. Es en esta pareja original donde se construyen las simbolizaciones de género para la América mestiza: el hombre es asociado con un valor positivo, la victoria, y la mujer con uno negativo, la derrota. El mestizo es entonces fruto de un acto violento, la violación; la vergüenza de este acto se encarna en la Malinche – cuya figura comienza a ser analizada en *El Laberinto de la Soledad* de Octavio Paz-, mito fundacional del orden social, para Palma. La Malinche encarna la derrota, pero también la vergüenza y la deshonra, al renegar de su origen para apoyar a Cortés, acto visto como traición por el mestizo, quien niega así su origen. De este modo, en Latinoamérica las relaciones entre los géneros están ordenados de acuerdo a este imaginario: la fuerza y el poder simbolizados en lo masculino, quien subordina a lo femenino. Palma plantea que es a través del matrimonio y la maternidad que la mujer supera su condición de traidora y manchada (Palma 1990).

Sonia Montecino también propone un modelo de análisis en torno al mestizaje, como acontecimiento desde donde se estructuran relaciones de género particulares que se reproducen hasta la actualidad. La autora plantea la tesis de que el mestizaje abarcó la unión de cuerpos y culturas, alianza de mujeres indígenas con hombres españoles que dieron origen a hijos/as mestizos/as fuera de las estructuras de parentesco de ambas culturas, siendo de este modo, doblemente ilegítimos. El único referente real para los/as hijos/as en cuanto a fuente de origen será la madre, el padre pasa a ser una imagen desconocida dando origen a la figura del *huacho*: aquellos/as sin relación paterna (Montecino 1991).

Siguiendo a Montecino, la figura de la Virgen María es clave en la conformación de las identidades genéricas y para la reproducción de ciertos valores asociados a lo femenino en Latinoamérica, existiendo para ello consenso entre diversas autoras. Se identifican en la literatura referida al tema posturas pro y anti-Virgen. En el primer caso se encuentran análisis que enaltecen a María concebida desde la religiosidad popular, donde su figura sería análoga a la de las mujeres populares, y por tanto tendría un valor crucial para el camino de transformación social y para la dignificación y participación de la mujer. También dentro de estas posturas están quienes ven en la Virgen una figura universal, que trasciende las clases; sería por tanto la recuperadora de la fuerza de la grandeza de la mujer.

Dentro de las posturas críticas se sitúan quienes ven en su simbólica y en el modelo femenino que de ella emana un reforzamiento de la discriminación y subordinación de la mujer. Como ejemplo, el trabajo de Evelyn Stevens ha remarcado que el marianismo es

un estereotipo cultural que dota a hombres y mujeres de determinados atributos y conductas. Este estereotipo de espiritualidad, pureza, abnegación, sacrificio, virginidad, maternidad, etc., puede o no realizarse en las prácticas cotidianas femeninas; pero lo fundamental es que este ideal entregará a las mujeres latinoamericanas “un fuerte sentido de identidad y de continuidad histórica” (Montecino 1991: 27).

Para Montecino, el marianismo es un símbolo cultural universal que adquiere particularidades en el ethos mestizo latinoamericano: se ha erigido como relato fundante de nuestro continente, resolviendo nuestro problema de origen (ser hijos de una madre india y un padre español), entregando una identidad inequívoca en una Madre Común. “Desde la óptica de las identidades de género, el símbolo mariano constituye un marco cultural, que asignará a las categorías de lo femenino y lo masculino cualidades específicas: ser madre y ser hijo, respectivamente. Las implicancias de estas categorías en las vivencias y experiencias de mujeres y hombres poblarán su universo psíquico y darán modelos de acción coherentes con el espejismo que dibujan” (Ibid.: 30).

Los aportes de Marcela Lagarde (1994) son también relevantes: la autora plantea que el cuerpo sexuado no tiene peso por sí sólo sino que es la base sobre la que se construye y disciplina el cuerpo genérico. Cada mujer vive en su cuerpo y plasma en él la femineidad asignada. Lagarde introduce una noción interesante que se refiere a la expropiación de los cuerpos femeninos, idea que puede sintetizarse en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos preservando su propia integridad y su desarrollo personal. Según la autora, la expropiación genérica conduce a la cosificación, la enajenación y la opresión de cada mujer.

Lagarde plantea que los cuerpos femeninos son cuerpos destinados para funciones y usos que implican la negación de la primera persona. El cuerpo femenino es simbolizado como cuerpo *para* otros y las decisiones sobre éste son tomadas por otros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Por las mujeres decide la sociedad a través de las instituciones y las personas con poderío reconocido y legitimidad para hacerlo. En la cultura dominante, simbólicamente se venera al cuerpo femenino si expresa la maternidad y se le consume si es dedicado al eros; la norma central consiste en que la sexualidad femenina no esté centrada en ellas mismas. Cada mujer debe ser dejada de lado por sí misma y dar satisfacción a las necesidades corporales de tipo vital de otros. Así, la autora sostiene que las relaciones sociales fundamentales de las mujeres se derivan de la sexualidad, son funcionales a ésta, en torno a la cual giran las identidades de las mujeres y, en consecuencia a su cuerpo *de otros*, y *para otros*: fecundidad, conyugalidad, maternidad y erotismo, son ejes constitutivos de la identidad femenina patriarcal. El cuerpo de los hombres bajo este modelo es dotado de poderes políticos, sintetizando simbólicamente el poderío sexual y social, ya que el atributo de género central de la condición masculina es el poder. Los

hombres son sujetos en y desde sus cuerpos sexuados masculinos y patriarcales (1994: 28).

Este poderío masculino, sin embargo, entra en tela de juicio “en un mundo donde las mujeres comienzan a ocupar los espacios de los hombres, y en muchos casos como ocurre en nuestras sociedades mestizas, en donde prevalece su dominio materno agregándoseles otros en donde también puede ejercer su autoridad” (Montecino 1996b: 16). Nos interesa a continuación detenernos en la construcción de las masculinidades, para discutir reflexiones como la recién citada por Montecino, para luego enfocar la atención en la construcción de identidades paternas.

I.2.2. Masculinidades

“El estudio sobre los hombres es un tópico común. Sin embargo, enfocarlos desde una perspectiva de género es una tarea relativamente reciente, que se deriva en gran medida del impulso dado por la reconstrucción del género emprendida por las pensadoras feministas e los años setenta y ochenta del siglo XX, cuya contribución más importante ha sido el desmantelamiento de los presupuestos en que se fundaban los discursos sobre feminidad y masculinidad” (Fuller 2001: 23).

La tarea de pensar en los cambios, reacomodos y en las nuevas formas de sexismo y discriminación de género que afectan tanto a hombres como a mujeres, a hecho surgir la pregunta académica por la masculinidad y por los hombres. Esta reflexión ha dado lugar a lo que se ha llamado *Estudios de Masculinidad*, que integra todas aquellas investigaciones que, desde una mirada de género, se interesan principalmente en los hombres como sujeto de estudio. A lo largo de la década de los ochenta, se producen, fundamentalmente en los países anglosajones, una serie de trabajos sobre la construcción social de la masculinidad, realizados principalmente por hombres que afirman sus vínculos con el movimiento feminista y con los estudios de género.

El concepto de masculinidad es inherentemente relacional. Es decir, existe sólo en contraste con la femineidad, e inserto en un marco cultural y social más amplio de actuación y legitimación de la diferencia. En este sentido, y siguiendo a Robert Connell, se puede decir que una cultura que no trata a las mujeres y hombres como portadores de tipos de carácter polarizados, por lo menos en principio, no tiene un concepto de masculinidad en el sentido de la cultura moderna europea/americana. En la forma en que lo entendemos en nuestras sociedades, se trata de un concepto que es históricamente reciente (de unos cientos de años de antigüedad). Por tanto, al hablar de masculinidad en sentido absoluto, “estamos haciendo género en una forma culturalmente específica” (Connell 1995: 32). Esta masculinidad a la que se refiere Connell, presenta características

comunes en distintas sociedades, que imponen los mandatos de lo significa “hacerse hombre”. Son diversos/as los/as autores/as que señalan que es posible identificar cierta versión de masculinidad que se erige en norma y se convierte en hegemónica, dando lugar a un modelo de masculinidad que no sólo oprime a las mujeres, sino también a otras masculinidades subordinadas (Kimmel 1992, Connell 1995, Gutman 1996, Kaufman 1997, Valdés y Olavarría 1998, Viveros 2000, Fuller 2001).

Este modelo de masculinidad hegemónica impondría mandatos que señalan –tanto para hombres como para mujeres- lo que se espera de ellos y ellas y constituye el referente con el que se comparan los sujetos. Toda versión de la masculinidad que no corresponda a la dominante sería equivalente a una manera precaria de ser varón, que puede ser sometida a dominio por aquellos que ostentan la calidad plena de hombres (Fuller 2001).

Las identidades masculinas, entonces, se ordenan en relaciones de dominio y/o de subordinación con referencia al modelo hegemónico, como plantea Connell. En opinión del autor, serían cuatro los tipos de relaciones posibles entre las masculinidades (Connell, 1995): hegemonía, subordinación, complicidad y marginación. La masculinidad hegemónica se puede definir como la configuración de la “práctica genérica” que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema del patriarcado, la que garantiza, o sirve para garantizar, la posición dominante de los hombres y la subordinación femenina.

La hegemonía supone un tipo de relación con sujetos en situación de dominación y de subordinación. Un caso representativo lo encontramos en la sociedad Norteamericana (según Connell) donde observamos la dominación de los hombres heterosexuales y la subordinación de los hombres homosexuales.

Es muy difícil que los hombres encajen perfectamente en el modelo de masculinidad hegemónico. Sin embargo obtienen beneficios de este modelo, *un beneficio patriarcal*, una ventaja que obtienen los hombres en general de la subordinación de las mujeres. Hay entonces una relación de complicidad con el proyecto hegemónico, así, masculinidades construidas en formas que permiten realizar el dividendo patriarcal, sin las tensiones o riesgos de estar en la primera línea del patriarcado, son cómplices en este sentido.

La hegemonía, la subordinación y la complicidad son relaciones de tipo interno al orden de género. Sin embargo existen otros tipos de estructuras que constituyen tipos de relaciones más amplias como son la clase y la etnicidad. En este sentido la clase, la etnicidad u otra estructura cultural significativa puede convertirse en una parte integral de la dinámica entre las masculinidades teniendo como resultado muchas veces marginar a quienes se sitúan en las identidades marginadas (como los indígenas o los pobres).

Es entonces la masculinidad hegemónica el modelo que se alza como referente para los sujetos masculinos. Las versiones que no se corresponden a esta versión son equivalentes a una manera precaria de ser varón, pudiendo ser objeto de dominio y

subordinación por parte de quienes si son considerados socialmente como hombres. Como señala Fuller: “En la constitución de lo masculino se entrecruzan dos dimensiones: la pertenencia al mundo homosocial masculino y los ámbitos que comparte con las mujeres. Mientras la relación con lo femenino se define en términos de complementariedad, oposición y dominio, el contrapunto con los otros varones se define en términos de complicidad, reconocimiento y competencia (...). En la medida en que las mujeres están excluidas de lo masculino, lo femenino - que ocupa la posición del "otro", contra el cual se contrasta el masculino - constituye también el borde de la masculinidad. Es decir, quien deja de ser masculino, cae simbólicamente dentro de su opuesto, lo femenino. Este último representa la frontera de la masculinidad: lo abyecto. El varón que cruza esta línea se expone a ser estereotipado como no perteneciente al mundo masculino y a ser marginado y tratado como inferior a la mujer" (Fuller 2001:20).

A diferencia de Estados Unidos y Europa, en América Latina, los estudios sobre los hombres y lo masculino, en una perspectiva de género, han cobrado importancia desde fechas relativamente recientes, y fueron iniciados en casi todos los países tanto por mujeres provenientes del feminismo, como por grupos de hombres interesados en transformar sus prácticas en las relaciones de género por considerar que éstas eran fuente de opresión e insatisfacción no sólo para las mujeres sino también para ellos mismos.

Como plantea Viveros, las investigaciones sobre los hombres y lo masculino en la región son muy heterogéneas: las primeras se orientaron al machismo o hacían parte de investigaciones sobre grupos domésticos o sobre el proceso de socialización de niños y niñas en distintos contextos sociales. A partir de los ochenta se desarrollaron estudios sobre la masculinidad que incorporaron las contribuciones académicas del feminismo a la comprensión de la construcción cultural del género. El surgimiento del tema como problemática de investigación se dio paralelamente al desarrollo de grupos de hombres interesados en transformar sus prácticas en las relaciones de género por considerar que éstas eran fuente de opresión e insatisfacción no sólo para las mujeres sino también para ellos mismos (Viveros 2002).

Es importante mencionar, durante la década del noventa: la investigación etnográfica de Ondina Fachel sobre los gauchos, el trabajo de Magali Pineda para promover en República Dominicana el debate sobre los hombres y el poder, el estudio sobre identidades masculinas de varones de clase media en Perú de Norma Fuller, el impulso a los estudios de masculinidad en Chile de Sonia Montecino y Teresa Valdés, los trabajos de Ana Luisa Liguori e Ivonne Szasz sobre sexualidades masculinas en México, y las investigaciones sobre identidades masculinas en Colombia iniciadas por Mara Viveros.

Una de las características comunes a estos trabajos realizados por mujeres en América Latina es haber buscado abordar el tema de los hombres y lo masculino en una

perspectiva crítica de género; “estos trabajos han analizado a los hombres, sus prácticas y representaciones, en relación con su ubicación y posición en las relaciones de género, han abordado la masculinidad y la alienación de los hombres en el interior de un análisis del género como un sistema, como una forma de ordenamiento de la práctica social. Por otra parte, han mostrado que la masculinidad no es un asunto exclusivamente masculino, sino por el contrario una cuestión relacional” (Viveros 2002: 48).

Las investigaciones sobre los hombres y lo masculino, como ya decíamos en la región, son heterogéneas. Sin embargo, uno de los ejes de trabajo de los primeros estudios sobre masculinidad en América Latina ha sido el *machismo*. En la década del 50 y 60 se realizaron estudios sobre el machismo, pero su carácter era descriptivo, y tenían una tendencia a enfocar el machismo en el individuo destacando los aspectos patológicos y negativos. Contribuyendo a la perpetuación de una imagen estereotipada del hombre latinoamericano, particularmente del campesino y del obrero. Durante la década de los 80 comenzó a desarrollarse otro tipo de estudios sobre masculinidad, los que incorporaron las contribuciones académicas del feminismo a la comprensión de la construcción cultural del género, los usos de la sexualidad y las relaciones intra e intergénero (Viveros 2002).

Los estudios acerca de masculinidades publicados en América Latina a fines de la década del ochenta y en los años noventa, pueden ordenarse de acuerdo a ciertos ejes temáticos que han orientado el desarrollo del campo de investigación. Estos ejes temáticos se agrupan en tres grandes secciones (Ibid.):

1. Identidades Masculinas. Este eje reúne los trabajos relacionados con:

-*Los significados de la masculinidad.* Estas investigaciones se han enfrentado al desafío de conocer y analizar qué significa ser varón y qué consecuencias acarrea el serlo en el contexto latinoamericano.

-*Los efectos del contexto social en las identidades masculinas.* Desde esta perspectiva se ha abordado el estudio de las identidades masculinas prestando especial atención a los efectos del contexto económico, político, social y cultural sobre ellas.

-*Las identidades masculinas en el mundo del trabajo.* Estas investigaciones han investigado el ámbito laboral en tanto espacio que genera identidades socialmente reconocidas y en el cual inciden las relaciones de género, introduciendo diferencias e inequidades en las ocupaciones realizadas, en la distribución de los ingresos, en las modalidades laborales y en las evaluaciones de las actividades realizadas por hombres y mujeres.

-*Las masculinidades y las clases sociales.* Los trabajos reunidos bajo este subtema presentan reflexiones conceptuales y resultados de investigaciones empíricas que resaltan las interrelaciones del género con estructuras como la clase social

-*Las masculinidades y las identidades étnico-raciales.* Estos estudios han profundizado conceptualizando a las sociedades latinoamericanas como pluriétnicas y multiculturales e indagando en las distintas formas en que se construyen las identidades masculinas en los diferentes grupos étnicos y complejos socioculturales.

2. Masculinidades en el ámbito privado. Los trabajos realizados sobre este eje temático, hacen referencia a:

-*Investigaciones relacionadas con las representaciones y prácticas en torno a la paternidad.* En estas investigaciones surge como tema preponderante la cuestión del padre, la constante asociación entre masculinidad, paternidad y responsabilidad, señalando la paternidad como el ámbito al que se le adscribe en forma privilegiada el ejercicio de la responsabilidad y como la forma más acabada de la masculinidad.

-*Estudios sobre salud sexual y reproductiva.* Son estudios que intentan colmar el vacío de información sobre los papeles masculinos en los campos de la salud reproductiva y la sexualidad.

-*Las fronteras de la sexualidad masculina.* En forma paralela al surgimiento de movimientos homosexuales, se publica una serie de estudios que han buscado reconstruir los modelos masculinos en la esfera sexual.

3. Violencias y Homosociabilidad masculina. Las investigaciones que corresponden a este eje, plantean reflexiones sobre:

-*Las distintas violencias ejercidas por los varones.* Uno de los temas ineludibles en relación con la masculinidad en América Latina es el de las múltiples relaciones que se pueden establecer entre las masculinidades y las diversas violencias. En efecto, en América Latina, la construcción de las identidades masculinas se ha realizado en un entorno de violencia histórica y de violencia estructural.

-*Los espacios de sociabilidad exclusiva o predominantemente masculina.* Los trabajos realizados sobre este tema abordan las relaciones que entablan los varones entre sí en los espacios públicos, los espacios simbólicos del poder (del que las mujeres no han formado parte tradicionalmente) y los espacios exclusivamente masculinos.

Todos estos estudios producidos en América Latina son de gran interés, sin embargo quisiéramos detenernos en el trabajo de la historiadora francesa Elizabeth Badinter, quien plantea discusiones que son muy atinentes a nuestro particular tema de estudio. En *XY: La Identidad Masculina* (1993), plantea que la opción heterosexual del patriarcado repite la educación de lo masculino como un no ser mujer, lo que implica dejar del lado todo lo femenino que constituye al hombre. Sostiene “que el proceso de identidad de los hombres es mucho más “dramático” que el de las mujeres puesto que la masculinidad se define como todo aquello que no es femenino: “...desde su concepción el embrión masculino

“lucha” para no ser femenino. Nacido de una mujer, mecido en un vientre femenino, el niño macho, al contrario de lo que sucede con la hembra, se ve condenado a marcar diferencias durante la mayor parte de su vida... Para hacer valer su identidad masculina deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es homosexual” (Montecino 1996b: 18).

Según la autora habría una fórmula común a todas las sociedades: la feminidad aparece como natural, mientras que la masculinidad se adquiere pagándola muy cara, como lo evidencian las constantes pruebas de virilidad que se expresan en la frase: “demuestra que eres un hombre”. “Así entonces se podría decir que la masculinidad se construye, que no está dada. Pero está claro que hoy en día el sistema de referencias no es muy preciso y que **el hombre de fines de siglo no sabe cómo definirse** (negritas de la autora). Los teóricos de las ciencias humanas en Norteamérica –que realizaron los primeros estudios científicos sobre la masculinidad- hablaron de la “ilusión viril” y de que la clase, la edad, la etnia o la preferencia sexual relativizaban y pluralizaban las masculinidades. En los sistemas patriarcales –sostendrá Badinter- se juzga a los hombres como más fuerte, valientes, responsables y con poder. La libido dominante fundamentaba la virilidad y si el “dominante es dominado por su dominio” ello constituía parte de la identidad masculina. Al desaparecer esa “ilusión viril” se produciría un vacío: “hay motivos suficientes para provocar el vértigo entre los jóvenes, que deben enfrentarse a dos escollos: no ser suficientemente macho o serlo demasiado” (Ibid.).

En la construcción de la masculinidad, serían otros hombres quienes “engendran” al nuevo hombre. El padre, o cualquier genitor que encarne la imagen de padre, es quien debe finalizar el proceso de diferenciación masculina. Se trata, para Badinter, siempre de ayudar al niño para que cambie su identidad femenina primaria en una identidad masculina secundaria. Para producir este cambio existirían diversos ritos de iniciación, a saber: separación de la madre (*cortar el cordón amoroso que une al hijo con la madre, limpiar la contaminación*); transición del mundo femenino al mundo masculino; sometimiento a crueles pruebas, dramáticas y públicas, enfrentamiento al dolor y la muerte – hacia una solidaridad e identificación masculina, desprecio al pasado con la madre, alejamiento del peligro femenino.

Hoy en día, a juicio de Badinter, el sistema de referencias de lo masculino no es muy preciso y el hombre de fines de siglo no sabe cómo definirse. La autora considera que el hombre actual, en una sociedad patriarcal como la occidental, es un ser mutilado, que ha dejado de lado sus atributos femeninos, y que sólo podrá reconciliarse con ellos a través de lo que denomina una *revolución paterna*. Esta revolución paterna marcaría el fin del patriarcado –el patriarca es sinónimo de la autoridad, la ley, la distancia y el abandono de los bebés por parte de los padres-, y el principio de una concepción de paternidad completamente nueva. Badinter observa que en las sociedades occidentales aumenta el

número de padres que crían a sus hijos/as, y cuya satisfacción paterna depende de su libertad en la elección de este rol. Existiría un indicio de cambio social que iría desde “maternización a la parentización”. Para esta autora, la maternización no tiene sexo; se aprende con la práctica, y más rápida y fácilmente cuanto más maternos hayan sido sus padres. La “maternización” de un hombre o de una mujer, depende de su propia infancia o de circunstancias exteriores que nada tiene que ver con su fisiología. De este modo, cuanto más se deje el padre invadir por su feminidad, más capaz será de lograr una intimidad con su bebé y mejor padre será.

El hombre se encontraría entonces, en un proceso de mutación. El cambio, y las condiciones para una reconciliación masculina, en opinión de Badinter, tardarán en imponerse. Los hombres jóvenes de hoy son los herederos de una primera generación de mutantes; no se identifican adoptando el modelo de virilidad del pasado, ni tampoco rechazando totalmente la masculinidad. Son hijos de mujeres más viriles y de hombres más femeninos, y a veces les es difícil identificarse con ellos. Estos hombres “mutantes”, están, en mayor o menor medida, desarrollando maneras nuevas de vivir y ejercer la paternidad.

En relación con lo planteado por Badinter, a continuación nos interesa detenernos en aproximaciones teóricas que entreguen elementos para comprender la construcción de identidades paternas.

I.2.3. Paternidades

Nos interesa ahora profundizar en los estudios que han centrado su atención en el tema de la paternidad. Para abrir la temática, resulta muy interesante atender a un artículo titulado “Los hechos de la paternidad”, de Thomas Laqueur (1992). El autor hace alusión a la tradición histórica que concibe la maternidad como un “hecho”, y la paternidad como una “idea”. “La tradición filosófica occidental generalmente ha valorado las ideas por encima de la materia”, dice, y cita a Freud, quien plantea que la idea del padre es una de las “piedras fundamentales de la cultura; creer en los padres, como creer en el Dios hebreo, refleja el poder del pensamiento abstracto y por tanto de la civilización”. La paternidad, siguiendo a Freud, “es una suposición, y al igual que la creencia en el dios judío está basada en una inferencia, en una premisa”, en tanto que la maternidad, como los dioses antiguos, se basa en la pura evidencia de los sentidos. La invención de la paternidad, igual que la de un Dios trascendente, fue por lo tanto un paso muy importante; fue también (...) una conquista de la intelectualidad sobre la sensualidad. Representó también una victoria de lo más elevado, de lo más refinado, de lo más espiritual sobre lo menos refinado, lo sensorial, lo material” (Laqueur 1992: 123-126).

Lo que Laqueur pretende ilustrar a través del artículo es que mediante distintos argumentos, “una gran parte del debate sobre la naturaleza de la semilla y de los cuerpos que la producen no concierne a los cuerpos en absoluto, sino al poder, la legitimidad y las políticas de la paternidad. (...) Los hechos, no son sino arenas movedizas para la construcción de la maternidad o paternidad. Vienen y van y están ridículamente abiertos a la interpretación” (Ibid: 128). Sin embargo, muchos de los debates actuales reniegan de esta tradición e insisten que la categoría “madre” es natural, un dato del mundo fuera de la cultura, y que supone una mayor conexión con los/as recién nacidos/as que aquella del padre. El autor se resiste a aceptar este punto de vista por razones emocionales obvias: da por hecho que ser la progenitora “de facto” implica una conexión más fuerte con la criatura que ser el progenitor “que tuvo la idea”. Resulta muy interesante atender al ejemplo que cita, basado en su propia experiencia: “A lo largo de las cinco semanas en que mi hija Hannah estuvo metida en una incubadora, las encargadas del hospital, en la columna de `comentarios sociales´ de su ficha, rutinariamente anotaban `madre estableciendo vínculos´ cuando mi esposa la visitaba, mientras que cuando aparecía yo ponían la frase afectivamente neutral de `visita del padre´” (Ibid: 122). Y luego agrega: “Hablo como el padre de una hija con quien estoy vinculado por los `hechos´ de un amor visceral, no por los de una biología molecular de la reproducción. El meollo del asunto es que desde el instante en que la recién nacida Hannah –una bebé prematura de 1430 gramos que nació por cesárea- se agarró de mi dedo (sé que esto se debió a un reflejo y no es una muestra de afecto) me sentí inmensamente poderoso, y antes de que eso pasara, sentí lazos inconcebiblemente fuertes con ella. Tal vez si hubieran estado presentes algunos practicantes de las variadas subespecialidades de la endocrinología, hubieran podido medir en mí oleadas de neurotransmisores y de otras hormonas, tan abundantes como las que acompañan el parto. Entonces, ¿cuál es la diferencia? ¿Con qué otra cosa puede uno sentir si no es con el cuerpo?” (Ibid: 124).

“Sentí lazos inconcebiblemente fuertes con ella”, sería quizás una definición de paternidad para Laqueur. Desde el sentir, a partir de lo emocional, y reconociendo la participación “factual” del varón en la concepción de un/a hijo/a. Nos preguntamos cómo ha sido definida y estudiada la paternidad, en especial desde la ciencias sociales. Para ordenar la exposición, elaboraremos un desarrollo en base a las distintas perspectivas teóricas de las ciencias sociales, que han abordado las paternidades como objeto de estudio y de intervención social.

Citamos una definición de paternidad de los psicólogos Javier Alatorre y Rafael Luna: “La paternidad es una interpretación del sujeto que lo ubica en relación con los hijos e hijas y comprende una serie de prácticas y significados. La posición respecto a ellos comienza mucho antes de que estos nazcan y se transforma desde que se proyecta el hijo o hija, antes del embarazo, el nacimiento del primer hijo y siguen los cambios con los

nacimientos de los subsecuentes. Los individuos afrontan el nexo de forma distinta dependiendo del tipo de relación de pareja, si esta es un encuentro ocasional, si son novios, si están casados, en una relación extramarital; también de su situación laboral y económica y de su proyecto respecto a la escuela” (Alatorre y Luna 2000: 245).

La antropóloga y psicóloga Norma Fuller define paternidad “como un campo de prácticas y significaciones culturales y sociales en torno a la reproducción, al vínculo que se establece o no con la progenie y al cuidado de los hijos. Este campo de prácticas y significaciones emergen del entrecruzamiento de los discursos sociales que prescriben valores acerca de lo que es ser padre y producen guiones de los comportamientos reproductivos y parentales. Estos últimos varían según el momento del ciclo vital de las personas y según la relación que establezcan con la co-genitora y con los hijos y las hijas. Asimismo, estas relaciones están marcadas por las jerarquías de edad, género, clase, raza y etnia” (Fuller 2000b: 36).

En opinión de Parrini, “los estudios antropológicos e históricos permiten visualizar la variabilidad histórico cultural de la paternidad y su carácter construido, ligado a determinados contextos políticos, económicos, sociales; así como a ciertas configuraciones simbólicas e imaginarias. La paternidad será construida de maneras específicas en cada sociedad, en un momento histórico dado y será afectada por los procesos socioculturales que se desplieguen en dicho momento. No hay una respuesta a la paternidad para todas las culturas y sociedades humanas” (Parrini 2000: 70).

Estas tres últimas aproximaciones a definir lo que se entiende por paternidad nos hablan de formas distintas de ser padres en determinados contextos. Es por ello que concordamos con Benno de Keijzer, quien plantea que “...más que hablar de *paternidad* como un tipo de relación, universal y predeterminada de los hombres con sus hijos e hijas, habría que hablar de *paternidades*, en plural, porque hay formas bastante diversas de ejercer la misma” (De Keijzer 2000: 216).

Nos parece de interés revisar la tradición argumentativa acerca de la paternidad al interior de la psicología clínica y social (Morales 2001):

-*Tradición psicoanalítica*: se encuentra una rica tradición sobre el rol del padre y de la madre. Autores clásicos como Freud, Winnicott y Lacan escribieron acerca del rol del padre en el desarrollo de los niños. Para el primero, la presencia del padre representa la ley y permite resolver el complejo de edipo del niño varón, posibilitando el desarrollo sano. Winnicott, no obstante darle una gran primacía al vínculo madre-hijo/a escribe acerca de la importancia del involucramiento del padre. Estos discursos provenientes de la psicología clínica también han influido en el sentido común. Al respecto Viveros (2002) señala que la propuesta lacaniana de un padre real, otro imaginario y otro simbólico, ha traído sin quererlo una descalificación y exclusión del padre.

-Tradición sistémica: donde el padre ha sido considerado uno de los miembros de la familia entendida como sistema. A su vez las familias interactúan con otros sistemas sociales. En esta tradición se ha descrito a las familias y las paternidades en diferentes momentos del ciclo vital personal y familiar, introduciéndose la variable longitudinal. Autores como Bateson y Gottman han aportado a la comprensión de procesos familiares comunicacionales. Otra de las áreas de investigación y reflexión donde esta tradición ha hecho un aporte han sido las problemáticas de violencia intrafamiliar (Aarón et al. 1995).

-Tradición socioconstruccionista: en esta perspectiva se incluyen perspectivas como la etnometodología, la psicología crítica, teorías feministas y las perspectivas de género. La familia es entendida como discurso, como inserta en relaciones sociales y jerarquías de poder que la determinan y la influyen. Así, para comprender el ejercicio de la paternidad de un hombre dentro de una familia habría que atender a las prácticas discursivas y significados que operan en esa sociedad en particular, a las ideologías sobre la familia, el género y la paternidad, a las relaciones sociales entre hombres y mujeres, adultos y niños, etc. La tradición feminista ha cuestionado los prejuicios androcéntricos con que la psicología tradicional ha operado.

Desde las ciencias sociales, es interesante constatar, como lo ha señalado Mara Viveros, que la paternidad ha tenido un abordaje más negativo que positivo, desde la perspectiva de la ausencia más que de la presencia. La paternidad, para la autora, es un fenómeno complejo y cambiante, que no se puede comprender sin considerar sus articulaciones con la maternidad y las relaciones de parentesco; refiere a todos los miembros de una familia, y al lugar social dentro de los órdenes económico, político y sociocultural que dicha familia ocupa en su entorno (Viveros 2002).

Para Fuller, la paternidad tiene cuatro dimensiones: natural, en tanto que prueba definitivamente la virilidad de un varón; doméstica, en tanto inicia una familia y mantiene una pareja en unión (dimensión definida por el amor y la responsabilidad; pública, en cuanto el rol del padre es proveer de recursos simbólicos y materiales que obtiene en la esfera pública, y en cuanto vincula a hijos e hijas con las cuestiones relativas al espacio público; y trascendental: dimensión que permitiría la perpetuación y la inmortalidad, por lo que se transforma en la más importante (Fuller 2000b).

Mara Viveros (2002) describe tres temporalidades básicas de la paternidad, según los relatos de sus entrevistados: la primera es la idea de paternidad con la que son socializados los hombres por sus padres y sus madres; la segunda las paternidad que resulta de la práctica de la protección, cuidado y crianza de los hijos e hijas; la tercera trata de una dimensión proyectiva, donde la paternidad es una actividad trascendente que se quiere prolongar en el tiempo, y mediante la cual se quiere trascender.

Nos interesa detenernos en lo que Alatorre y Luna (2000) han descrito como *interpretaciones de la paternidad*: aquellos ejes o espacios subjetivos y prácticos donde los hombres la despliegan. Esta distinción es interesante porque da cuenta de que en los relatos de los hombres los roles de proveedor y de autoridad no constituyen toda su experiencia de ser padres, aspecto no siempre considerado por los investigadores. Las siete relaciones que proponen son las siguientes:

-*Relación material-económica*: en los relatos de hombres y mujeres aparece que al padre le corresponde proveer a sus hijos y a su familia. Se trata de un papel necesario pero no suficiente, ya que su desempeño no convierte al hombre un buen padre. Cuando la mujer provee se interpreta como que “ayuda al hombre”.

-*Relación doméstica*: para las/os entrevistadas/os el espacio de lo doméstico le corresponde fundamentalmente a la mujer, por naturaleza. De este modo todo lo referido al trabajo en el hogar sería de su responsabilidad: planchar, lavar, comprar, prepara y servir la comida, criar y cuidar a las/os hijas/os, etc. Cuando el hombre participa en estas tareas es significado como que “ayuda a la mujer”.

-*Relación formativo-educativa*: a los padres les corresponde ser guía morales de sus hijas/os, transmitir valores y el sentido de lo bueno y lo malo, ser un modelo a seguir. También tienen responsabilidades en la educación de sus hijas/os, económica, en las tareas escolares y en la enseñanza del mundo.

-*Relación lúdica*: las actividades recreativas son otro espacio de vínculo entre los padres y sus hijas/os. A los hombres les corresponde iniciar y acompañar a sus hijas/os en juegos, paseos, espectáculos y viajes.

-*Relación afectiva*: hombres y mujeres del estudio otorgaron importancia a la convivencia de padres con hijos/as, que permite relaciones de apego y afectivas. Alatorre indica que esta dimensión está poco señalada en los estudios, no obstante que en los relatos aparece que los hombres quieren mucho a sus hijas e hijos y les demuestran su cariño de múltiples maneras. El buen padre sería aquel que da afecto, cariño y amor a sus hijas/os.

-*Relación de autoridad*: en los relatos de los entrevistados aparece también esta categoría que refiere a la autoridad que se le otorga al padre dentro de la familia y el hogar. Así el hombre tendría ciertos derechos y privilegios sobre sus hijas e hijos y sobre la mujer, que permiten el control de recursos y reproductivo, la obediencia, la jerarquía, el temor reverencial, la violencia, etc. La autoridad puede provenir subjetivamente de diferentes fuentes tales como el aporte de dinero, la fuerza física y emocional, el conocimiento, y la violencia.

-*Relación de Protección*: este es otro espacio de relación entre los padres y sus hijas/os. Los hombres dan seguridad a su familia ante posibles agresiones, peligros y amenazas.

Benno de Keijzer (2000) propone una tipología de padres que ha sido muy citada en la literatura. Describe al padre ausente o fugitivo, a los padres sociales y los biológicos. Los primeros pueden ser abuelos, tíos, hermanos mayores u otras figuras masculinas. Un subtipo son los padres adoptivos, padres sociales por antonomasia. En cuanto a su tradicionalidad, de Keijzer distingue entre el padre tradicional o patriarca: identificado con el rol de proveedor, se siente incompetente en terrenos domésticos y de crianza, cree que mostrar cariño puede restarle hombría, no piensa que sea importante su implicación en el desarrollo del niño/a; y los padres que pretenden ser igualitarios.

En nuestro país, José Olavarría señala que en los últimos años se han realizado “estudios en torno a las identidades masculinas y la paternidad de los varones urbanos en el país y la región que señalan la existencia de una forma de ser hombre, que se ha constituido en referente y norma de lo que debe ser un varón. Entre los aspectos más llamativos de este referente de ser hombre destaca la gran similitud sobre el significado que adquiere la paternidad y los hijos para los varones” (2001: 14). Siguiendo a Olavarría, este modelo impone mandatos que señalan, tanto a hombres como mujeres, lo que se espera de ellos/as, siendo el referente con el que se comparan y son comparados; este modelo se construye en oposición al modelo femenino, que pertenecería al ámbito de lo privado, de la casa, crianza de los hijos y de ser mantenidas y protegidas por el varón. Identifica a los varones adultos con el trabajo remunerado, y los caracteriza por constituir una familia, tener hijos, ejercer autoridad y constituirse en los proveedores del hogar.

Resulta interesante constatar que muchos varones afirman esta descripción de sí mismos, a pesar de no compartirla y en muchos casos no vivirla. “Se trata de un modelo que provoca incomodidad y molestia a algunos varones y fuertes tensiones y conflicto a otros, por las exigencias que impone. Si bien hay varones que tratan de diferenciarse de este referente, ello no sucede fácilmente dado que, así como representa una carga, también les permite hacer uso de poder y gozar de mejores posiciones en relación a las mujeres y a otros hombres inferiores en la jerarquía social” (Ibid.).

Por tanto, a juicio de Olavarría, se podría decir que este modelo de masculinidad y paternidad existe más en un nivel de discurso que de práctica. Esto se confirma en los numerosos abandonos del hogar por parte del varón, en el hecho de que en muchos casos no son ellos los proveedores sino las mujeres e hijos/as, y en un debilitamiento de la institución del matrimonio cada vez más visible.

Para Olavarría, entre los mandatos fundamentales en la vida del varón adulto están el del trabajo y el de la paternidad. La paternidad es concebida como “uno de los pasos fundamentales del tránsito de la juventud a la adultez”, y como “la culminación del largo rito del largo rito de iniciación para ser un “hombre”.” (Ibid.: 16) Estos dos mandatos estarían incorporados en las identidades de los hombres desde la infancia. Los hombres,

entonces, sienten que su vida tiene sentido cuando han formado una familia y trabajan, es decir, son capaces de cumplir el rol de proveedores.

La construcción cultural histórica de este tipo de paternidad y sus mandatos asociados ha quedado invisibilizada por la permanencia en el tiempo de esta manera de ser hombre/padre, que la ha transformado en lo “natural”. Sin embargo, “los cambios sociales, económicos y culturales acontecidos durante el último cuarto de siglo en la sociedad chilena permiten en gran medida comprender el cuestionamiento que se hace del referente de masculinidad y paternidad dominantes y de las prácticas inspiradas en estos patrones, así como las demandas por cambios que hagan más “humanas”, íntimas, fraternas, colaborativas, igualitarias, tolerantes y democráticas las relaciones entre hombres y mujeres y entre padres e hijos” (Ibid.: 18).

Tras este recorrido por aproximaciones a la comprensión de las paternidades, nos interesa detenernos brevemente en ideas que son de especial interés para nuestro estudio. A partir de las investigaciones realizadas, se observan demandas crecientes sobre los hombres, propias de la modernidad, para que asuman las tareas domésticas y de crianza, e interés –al menos- por parte de muchos hombres- en involucrarse y participar en dichas tareas. Al mismo tiempo, se encuentran nuevos discursos y tendencias en cuanto a la paternidad, en la línea de una mayor implicación emocional, disponibilidad y proximidad de los padres, de una democratización de los espacios familiares. Los hombres más jóvenes y los de mayor escolaridad tendrían más conciencia y deseo de tener discursos y comportamientos en esta dirección, en opinión de diversos/as autores/as.

Para cerrar, volvemos a Laqueur, retomando los conceptos de “hecho” ligado a lo corpóreo, y de “idea”. Centrar el debate de la paternidad en los “hechos”, significa reducirla a la propiedad de su espermia la cual, implica poseer muy poco. Esto pone a todos los padres en una marcada desventaja material respecto de todas las mujeres, que contribuyen con mucha más materia. Pero, plantea, “las demandas de él, como las de ella, surgen de una unión intensa y profunda con la criatura, nacida o no, que el parentesco biológico debe encender en la imaginación moral y afectiva, pero no necesariamente sujeta al vínculo material” (Laqueur 1992: 141). El autor concluye sugiriendo que abandonemos la noción de que la biología –los hechos- nos resolverán de alguna manera la cuestión. “Tampoco lo harán, por supuesto, las ideas por sí solas en un mundo en el que las personas existen corporalmente. Para superar la dicotomía hecho/idea hay que reconocer su irrelevancia en estos problemas. Los ‘hechos’ de categorías con semejante poder y significación sociales –madre, padre- sólo adquieren el ser cuando la cultura los empapa de significado, lo mismo que a las cosas, a las acciones, a la carne. Este es el proceso que demanda nuestra constante atención” (Ibid.).

II. MARCO METODOLÓGICO

II. 1. Orientación Metodológica General

Desde la perspectiva médica oficial en nuestro país, el sistema de atención cubre las necesidades de salud y cumple a cabalidad los objetivos de una buena cobertura en atención de partos y de bajos índices de morbilidad materna e infantil. El parto ha sido conceptualizado y tratado como un suceso mucho más médico que social y cultural, y por tanto no se han relevado las consecuencias que la manera de afrontarlo pueden traer para las familias y la sociedad en general. Se trata de un problema poco estudiado en nuestro país, del cual nos proponemos entregar una primera lectura y análisis que permita posterior profundización.

Por lo anterior, planteamos que la presente investigación es de carácter exploratorio, y que mediante un énfasis descriptivo e interpretativo busca recoger elementos que permitan luego plantear estudios de profundización y estrategias concretas de intervención, tanto en el área de atención de salud pública, como también en la privada.

El tipo de información que se busca obtener pertenece a la esfera íntima y a la dimensión subjetiva de la vida de los individuos. El acceder a este tipo de información supone que el/la investigador/a se involucre muy cercanamente con los actores sociales, y que acceda a escenarios usualmente restringidos para la observación. Para dar cuenta del problema planteado, se considera fundamental plantear un programa metodológico inscrito en la orientación cualitativa de la investigación social, con una perspectiva de género que de cuenta de los mecanismos androcéntricos de poder dominantes en nuestra cultura, y que permita avanzar en el cuestionamiento de las bases de nuestra manera de conocer y de aproximarnos a los fenómenos.

La antropología, por el tipo de paradigma que desarrolla, ha privilegiado el uso de técnicas cualitativas, como es el caso del trabajo etnográfico. Estas técnicas se asocian a las llamadas observaciones naturales y participativas, a las entrevistas en profundidad, a la etnografía, estudios de casos, e historias de vida. El problema en una investigación de este tipo no es el de cómo generalizar los resultados, sino el de descubrir la especificidad cultural de los actores en estudio; por ello, se privilegia la información obtenida de una muestra específica de la población observada, entrevistándola a fondo y en un período relativamente largo de tiempo.

La metodología cualitativa sistematizada, nació y se desarrolló de la mano de la antropología, y hunde sus raíces en la fenomenología de Husserl. La fenomenología, como corriente filosófica, surge en un momento de gran transformación científica, en plena crisis del paradigma positivista de comienzos de siglo XX. Su método es aplicado a

diversos campos de la ciencia, esforzándose los investigadores por entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de los actores, examinando, por lo tanto, el modo en que las personas experimentan el mundo. De ahí que los fenomenólogos se interesen por la metodología cualitativa, concibiendo a la conducta humana como producto del modo en que se define el mundo por parte de los sujetos. La tarea del científico social, por ello, consiste en aprehender el proceso de interpretación del mundo que las personas llevan a cabo.

La adscripción a este tipo de metodología implica la elección de ciertos principios que rigen el proceso a través del cual se obtiene y se va co-construyendo la información. Nos detendremos a continuación en caracterizar este tipo de aproximación.

La investigación cualitativa es un campo muy amplio que atraviesa disciplinas, problemas de investigación, métodos y perspectivas epistemológicas. La autora mexicana Carolina Martínez, citando a Denzin y Lincoln, sostiene que este tipo de investigación está constituida por un acervo de prácticas interpretativas que no se encuentra ligado con una determinada teoría o paradigma en particular, ni es privativo de una u otra área del conocimiento, ni posee sus propios métodos, sino que se vale de las aproximaciones, los métodos y las técnicas de diversas disciplinas y perspectivas teóricas (Martínez 1996: 36). En distintos momentos este tipo de investigación ha adscrito a diferentes paradigmas teóricos. Revisaremos brevemente la propuesta de periodización de la investigación cualitativa elaborada por Denzin y Lincoln, para situarnos en el momento en que hoy nos encontramos:

A un primer *periodo tradicional* en la investigación cualitativa, transcurrido entre los últimos años del s. XIX y 1950, marcado por un paradigma científico positivista, preocupado por la objetividad, validez y confiabilidad, lo sucedió un *periodo modernista o edad de oro*, hasta principios de la década del setenta, dominado por el postpositivismo, en donde se quisieron formalizar los métodos cualitativos. Se estudiaron procesos sociales importantes y se buscó dar voz a los grupos menos favorecidos de la sociedad.

La obra de Clifford Geertz marcaría el siguiente período; llamado de los *géneros borrosos*⁸, iniciado con *La interpretación de las culturas* en 1973, y finalizado con *Conocimiento local* en 1983. Su obra abrió camino a nuevas modalidades de aproximación, más plurales e interpretativas, cuyo punto de partida está en las representaciones culturales y su significado.

Al anterior periodo lo sigue la llamada *crisis de la representación*, hasta principios de los

⁸ Clifford Geertz propone el término de *géneros borrosos* para referirse al creciente desdibujamiento entre las fronteras de las ciencias sociales y las humanidades, señalando una especie de mezcla entre géneros como la ficción, la etnografía y los tratados teóricos, que coincide con el surgimiento de nuevas corrientes interpretativas, con la flexibilización de las reglas sobre el proceso de conocimiento, y con la aparición de nuevas formas de comunicar los hallazgos de investigación (Geertz 1994).

noventa. Honda ruptura donde se hacen más patentes los planteamientos de la etapa anterior. Surgen nuevas perspectivas en donde se reclama la consideración de las diferencias de clase, género y raza. Se hacen más comunes las teorías interpretativas que las fundamentadas (*grounded theories*). Se cuestiona que el investigador pueda capturar directamente la experiencia vivida (crisis de representación), y los criterios de validez, generalización y confiabilidad (crisis de legitimidad).

Al periodo actual lo denominan *postmoderno*. Se caracteriza por una investigación orientada hacia la acción desde perspectivas críticas frente a las situaciones sociales, y tendientes a reemplazar las amplias narrativas por teorías locales, de pequeña escala, que tratan de ajustarse a problemas y situaciones específicos.

Para nuestros objetivos, resulta de interés atender a la propuesta de Geertz, quien plantea la necesidad de entender a cada cultura en sus propios términos, para lo cual debemos comprender sus complejidades, sutilezas y matices, de forma específica. En este sentido, rechaza la idea de que la cultura se puede entender mejor a través de una teoría importante. El concepto de cultura que propugna es esencialmente un concepto semiótico. “Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdiambre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie” (Geertz 1989b: 20).

El propósito de Geertz consiste en buscar un significado. La etnografía, para este autor, es esencialmente escritura, y el etnógrafo se encuentra en un continuo movimiento entre el *estar allí* y el *estar aquí* (tema que trata en profundidad en *El Antropólogo como Autor*), entre la experiencia etnográfica y la escritura. ¿Cuál es la herramienta que utiliza para buscar el significado? La interpretación. El antropólogo sólo cuenta con interpretaciones de los *nativos* de sus propias experiencias, y lo que hace es una interpretación de esas interpretaciones: “[...] lo que nosotros llamamos nuestros datos son realmente interpretaciones de interpretaciones de otras personas sobre lo que ellas y sus compatriotas piensan y sienten” (Ibid: 23).

El proceso que utiliza para lograr describir las interpretaciones es el que llama *descripción densa*, que permite descifrar los significados del fenómeno en estudio para acceder a sus contenidos más allá de su mera apariencia de superficie. Los escritos antropológicos son ellos mismos interpretaciones, interpretaciones de segundo y tercer orden, pues, por definición, sólo un *nativo* hace interpretaciones de primer orden. Por tanto, para Geertz, estos escritos son ficciones; ficciones en el sentido de que son *algo hecho*, *algo formado*, *compuesto*. Esta ficción que el antropólogo crea, opera como una propuesta para “ampliar

el universo del discurso humano” (Ibid: 27), que es lo que el autor considera como finalidad de la antropología. Tomando en cuenta los distintos puntos de vista de los actores sobre un mismo fenómeno, la antropología puede lograr interpretaciones que saquen a la luz aspectos desvalorados, puede recatar discursos escondidos bajo la opresión de discursos dominantes, y proponer nuevas formas de ordenamientos sociales que respeten los puntos de vista de los distintos actores. Es el caso de nuestro tema de estudio, en el que se ha privilegiado el discurso de unos actores –en este caso, de la comunidad médica oficial- por sobre los discursos de los/as usuarios/as del sistema médico.

En el contexto actual se reconoce que la investigación cualitativa se plantea como preocupación central el conocer e interpretar la subjetividad de los individuos, buscando comprender el punto de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Por ello, estos acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones. “El supuesto fundamental consiste en considerar que los comportamientos humanos son resultado de una estructura de relaciones y significaciones que operan en una realidad, en un determinado contexto social, cultural e ideológico; realidad que es estructurada o construida por los individuos, pero que a su vez actúa estructurando su conducta” (Lerner 1996: 13).

Siguiendo al sociólogo mexicano Roberto Castro, se plantea que la perspectiva cualitativa supone varios presupuestos metateóricos. En primer lugar, y como ya veíamos, el nivel de realidad que se busca conocer se relaciona con factores subjetivos, internos a los individuos. Por ser la dimensión subjetiva el centro de atención, se postula que son los actores los que crean el orden social mediante la interacción social, favoreciendo la comprensión por sobre la explicación. Es importante también recalcar que en orden de comprender adecuadamente estos factores subjetivos, se deben abordar en un plano de análisis micro los sujetos y las situaciones de estudio. De este modo, las particularidades interpretativas de los procesos sociales pueden ser aprehendidas (Castro 1996).

La perspectiva interpretativa que adoptamos, se basa en la idea de que el/la investigador/a junto con los/as participantes construyen en conjunto la investigación, en un proceso constante de interpretación y reinterpretación. En este tipo de aproximación, el criterio de rigurosidad está dado por la conciencia y expresión de las condiciones sociales y subjetivas de producción de la investigación. En este sentido es necesario reconocer que tanto el/la investigador/a como el/la investigado/a comprenden los fenómenos sociales desde un particular posicionamiento, que influye en la interpretación que se hace de ellos/as. Es decir, no se puede hablar ya de un sujeto y objeto de investigación neutros, imparciales y objetivos, sino de sujetos que van co-construyendo el relato en la interacción que constituye el proceso de investigación.

II. 2. Técnicas de investigación

Para dar cuenta de los objetivos planteados en la presente investigación, se recurrió a dos técnicas principales: observación participante del contexto de atención hospitalaria de partos, y entrevistas a las mujeres atendidas y sus parejas. La observación, en algunos casos, se complementó con la filmación del momento del parto y minutos siguientes, buscando obtener un registro paralelo al de la observación.

Una de las formas de poder lograr una adecuada aproximación a nuestro tema de interés, radica en un proceso de observación, denominado de **observación participante**, en el cual, en nuestro papel de observadores/as, debemos poseer la suficiente capacidad de compenetración con los sujetos observados. En este marco, la observación participante ocupa un lugar de privilegio entre todas las estrategias de investigación social, ya que constituye una técnica que permite conocer los aspectos más íntimos y cotidianos de los sujetos observados, en el propio contexto socio-cultural donde ocurren los fenómenos de interés.

Esta técnica de recolección de datos puede ser entendida como un proceso en el cual el investigador comparte, consciente y sistemáticamente, las actividades de la vida, intereses y afectos (si es posible) de un grupo de personas. Se busca obtener datos acerca de la conducta mediante un contacto directo y en términos de situaciones específicas en las cuales la distorsión producida por la intervención del/a investigador/a sea mínima. La comunicación lingüística entre observador/a y observado/a es esencial en esta técnica, como lo señala Miguel Beltrán (1994), comunicación que será tanto menos estructurada y formalizada, esto es, tanto más rica e imprecisa, cuanto mayor sea el grado de participación del/la observador/a.

La observación participante no puede dar como resultado una descripción de *lo que ocurre* sin interpretarlo, y tal interpretación ha de comenzar por la identificación del *punto de vista del nativo*, de forma que se garantice la intersubjetividad en términos emic de sus conclusiones. Esto implica que el/la investigador/a trate de aprehender el conocimiento que los miembros del grupo o comunidad estudiados tienen de lo que se estudia, y sólo más tarde podrá pasar a describirla o explicarla con sus propias categorías. Se trata, pues, de la utilización consecutiva de criterios *emic* y *etic*.

La observación participante, siguiendo a Taylor y Bogdan, designa a “la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el medio de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (1992: 31). Una de sus versiones más recientes es la que ha dado origen a la llamada descripción densa de Clifford Geertz.

La observación presenta una serie de ventajas al/la investigador/a: hace posible obtener la información tal como ocurre, aporta datos que tratan situaciones de comportamiento típicas, percibe formas de conducta que se escapan a la atención de los sujetos observados (o que éstos consideran sin importancia), se puede ocupar de sujetos que no pueden dar informes verbales, solicita menos la participación activa por parte de los sujetos observados que otras técnicas.

Evidentemente, también presenta dificultades, ligadas a las limitaciones de la percepción humana, derivadas de la selectividad natural de estímulos (localización observador en espacio y tiempo -toda observación es parcial-, imprecisión de nuestros medios sensoriales, selectividad de la atención, selectividad de la memoria), a dificultades originadas por la manera de ser del investigador y por la interpretación personal que hará de los fenómenos que observa. Existen también obstáculos provenientes del cuadro de referencias teórico: tendencia del observador a codificar según la teoría a la cual se adhiere, previsiones y anticipaciones del observador que inducen resultados; y otras derivadas de la modificación de los sujetos y de las situaciones por el hecho de su propia observación: reacciones automáticas al hecho de ser observado, lleva a evitar ser observado (mayor distancia), influencia de la personalidad del observador sobre los sujetos y resultados, modificación de la situación global y del campo psicosocial por la presencia del observador (Anguera 1997).

Se utilizó también la técnica de la **entrevista** para aproximarnos a nuestros objetivos; como herramienta cualitativa, se puede realizar en distintas formas. Valles, citando a Patton, sostiene que se pueden diferenciar: la entrevista conversacional informal, caracterizada por el surgimiento y realización de la entrevista en el contexto y curso natural de la interacción sin selección previa de temas; la entrevista basada en un guión que implica la preparación previa de una pauta con los temas a tratar, que permite la libertad del/a entrevistador/a para ordenar y formular las preguntas; la entrevista estandarizada abierta, caracterizada por el uso de un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos/as los/as entrevistados/as, pero de respuesta libre o abierta; y la entrevista estandarizada cerrada, la cual se encuentra entre el campo de las entrevistas cualitativas y las cuantitativas (Valles 2000).

La entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa que permite abordar de manera vasta una temática particular. Ofrece las ventajas de ser flexible, dinámica, no estandarizada, y abierta. Taylor y Bogdan la definen como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene los informantes respecto de sus vidas, sus experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (1992: 186).

Existen diferentes tipos de entrevistas en profundidad, algunas muy poco pauteadas, donde el/la investigador/a inicia la conversación y la va reorientando cuando lo considera pertinente, y aquellas más estructuradas, en las que se hacen preguntas puntuales al/a entrevistado/a (Beltrán 1994).

Dentro de las ventajas en el uso de entrevistas en profundidad, Valles señala que el estilo especialmente abierto de esta técnica permite la obtención de una gran riqueza informativa, en las palabras y enfoque de los/as entrevistados/as. Por otra parte, proporciona al/a investigador/a la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas, en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo que la entrevista estructurada o de encuesta. El autor también destaca su capacidad de generar, en la fase inicial de cualquier estudio, puntos de vista, enfoques, hipótesis, y otras orientaciones útiles para la investigación. Por último, Valles destaca que durante el desarrollo o la fase final de muchas investigaciones, la entrevista en profundidad ofrece un contraste cualitativo a los resultados obtenidos mediante procedimientos cuantitativos, y facilita la comprensión de los mismos (Valles 2000).

El uso de las entrevistas en profundidad también presenta algunas desventajas, a saber: el factor tiempo, ya que su realización consume mucho tiempo; el problema de la reactividad, fiabilidad y validez de este tipo de encuentros (Ibid.).

Para los efectos de nuestra investigación, realizamos entrevistas conversacionales informales (según la clasificación de Patton) durante la atención de partos, y entrevistas en profundidad después del parto, tanto en puerperio de los hospitales, como en los hogares de las familias atendidas. Estas últimas se realizaron de una manera muy flexible, tocando un mínimo de temas pauteados a priori, pero dejando que los/as entrevistados/as entregaran la información que a su juicio era relevante.

II. 3. Proceso Metodológico y selección de grupo de estudio

El material sobre el que se construye la presente investigación se ha recogido desde el año 1999 y se ha obtenido principalmente mediante dos vías complementarias; observaciones en secciones de pre-parto, parto y puerperio de hospitales públicos de Santiago, y entrevistas realizadas a parejas cuyos hijos/as nacieron en dichos recintos (partos que en la mayoría de los casos presenciamos). La investigación y trabajo en hospitales, que comenzó con un objetivo meramente académico, fue insertándose en diversos proyectos e iniciativas de médicos o grupos de profesionales que intentan generar alternativas a la atención excesivamente medicalizada del parto. El acceso a hospitales se logró en la mayoría de los casos gracias a estos trabajos en conjunto. Es así como la investigadora ha trabajado en colaboración con diversos equipos de

profesionales de la salud, en iniciativas que tiendan a humanizar la atención de partos en nuestro país, y ha asistido a muchos talleres de trabajo, congresos y seminarios, donde se han discutido estas temáticas, enriqueciéndose la reflexión.

Por tanto, el análisis que aquí se presenta es fruto de un trabajo conjunto entre las mujeres y familias usuarias del sistema de salud, profesionales de salud, cientistas sociales y muchas otras personas con quienes se ha debatido el tema.

El universo referencial de nuestra investigación está constituido por todas las mujeres que atienden sus partos en hospitales públicos en nuestro país. Como referencia, el año 2001 hubo en Chile 246.116 partos, de los cuales 242.295 fueron atendidos en hospitales o clínicas. De éstos, 101.459 correspondieron a Santiago, donde hemos realizado nuestro estudio (INE 2002). A pesar de que las observaciones y entrevistas que constituyen el material de base de este estudio fueron realizadas sólo en la ciudad de Santiago, consideramos que la naturaleza de la atención de partos hospitalarios es muy semejante en todo el país. Conocemos experiencias de mujeres, familias y de personal de atención de salud de todo el país, y, creemos, el análisis que realizamos sirve como marco general de análisis.

La observación en hospitales desde al año 1999 fue el material sobre el cual se basó la memoria de título de Antropóloga Social de la investigadora, centrada en describir el contexto global de atención de partos hospitalarios. En la presente investigación se incluye material utilizado en esa investigación, sin embargo el foco es más específico y se centra en la participación del padre en el parto. El interés por este tema se fue gestando al observar la importancia que los hombres atribuyen a este hecho, lo que se confirmó al acceder a los testimonios escritos por ellos tras el parto en libros de actas dispuestos en hospitales. Para efectos de esta investigación, utilizamos testimonios contenidos en libros de actas del Hospital Félix Bulnes entre los meses de julio y noviembre de 2001 (180 testimonios), y del Hospital Salvador desde noviembre de 2001 hasta junio del 2002, (242 testimonios). Este tipo de testimonio constituye una valiosa fuente de información, que entrega relatos de actores que hasta hace poco no tenían acceso a presenciar el nacimiento de sus hijos/as, insertos en un contexto médico que propiciaba el desconocimiento de los eventos que sucedían al interior de sus pabellones.

En base a dichas observaciones y al análisis de dicho material, se obtuvieron las líneas de investigación para indagar en el trabajo posterior, que se centró principalmente en la utilización de dos técnicas de investigación: observación participante en secciones de pre-parto, parto y puerperio de hospitales públicos de Santiago, y entrevistas en profundidad a las parejas que se acompañaron en su experiencia de parto. También se filmaron los partos, registros que constituyeron una importante fuente de información. Este trabajo se realizó entre los meses de marzo del 2002 y enero del 2003, en los Hospitales Salvador y

Luis Tisné Brousse de Santiago.

Las visitas se realizaron gracias al apoyo del neonatólogo Dr. José Antonio Soto, quien nos permitió el ingreso a los hospitales. Por tanto, las visitas se realizaron siempre en los días de turno de dicho doctor. El propósito del trabajo conjunto con el Dr. Soto es el de fomentar una atención integral a las parejas, donde se sientan tomados en cuenta en sus particularidades, y donde se les presten las condiciones para poder compartir un parto donde se genere un período de estrecho contacto entre la tríada madre-padre-hijo/a, en caso de estar presente el padre, o la díada madre-hijo/a en caso de estar la madre sola. Por tanto, el trabajo en el hospital se limitó a contacto con las parejas y filmación del parto, como parte del proyecto del Doctor Soto. Las entrevistas posteriores fueron realizadas fuera del hospital.

Se asistió al hospital un promedio de 2 tardes por mes, con 5 horas promedio de observación por visita⁹. Esto dio un total de 90 horas de observación en los sectores de pre-parto, en los pabellones de atención de parto, y sector puerperio de dichos hospitales.

En dichas visitas se contactó a las mujeres en la sección de pre-parto, que estuvieran acompañadas por sus parejas varones. Es necesario explicar que durante las horas que la mujer permanece en pre-parto, no puede ser visitada ni acompañada por ningún familiar ni por su pareja. La explicación “biomédica” para este hecho es que es un sector compartido con otras mujeres, por lo que “la presencia de otras personas perturbaría su privacidad” (palabras de una matrona de turno).

La investigadora acompañó a las mujeres en uno o varios momentos de su permanencia en pre-partos, y a los hombres durante su espera para participar en los partos, estableciendo un contacto inicial, y explicándoles a ambos la naturaleza de la atención de parto que iban a recibir. En este sentido, se les dijo que el bebé recién nacido iba, en la medida de lo posible, a ser puesto en su pecho para permanecer ahí por varios minutos (práctica que recibe el nombre de “apego”). Consideramos necesario explicar esto a las mujeres y sus parejas, pues la mayoría pensaba que iba a ver brevemente a su hijo/a tras el momento de su nacimiento -que es lo que habían vivido en experiencias anteriores o lo que les habían contado- para reencontrarse al menos cuarenta y cinco minutos más tarde (que por lo general es más prolongado, llegando en casos de cesáreas a varias horas). Se les preguntó a ambos mujer y varón (por separado) si deseaban que filmáramos el momento del parto y período de apego, explicándoles los fines de la filmación (trabajo del hospital de capacitación y para regalárselos). Sólo cuando ambos aceptaban, se realizaba la filmación. En estos casos, se tomaron los datos de la pareja para contactarlos posteriormente.

Del total de parejas contactadas durante los 11 meses de trabajo en los hospitales, se

⁹ Con excepción de los meses de julio y noviembre de 2002.

eligieron 12 para formar parte de la presente investigación, por cumplir con ciertos criterios básicos que se consideraron necesarios. En primer lugar, tomamos como casos a parejas mayores de 20 años, pues consideramos que la paternidad y maternidad adolescentes constituyen otro ámbito de estudio, que amplía mucho las fronteras de nuestros objetivos. En las observaciones y visitas en el hospital, se constató que las parejas menores de 20 años por lo general viven con sus padres o familiares, y no son independientes económicamente. En estos casos, los roles de padre y madre son muchas veces compartidos con o asumidos por otros miembros de la familia. Por esto mismo, se buscó además que las parejas fueran convivientes o casadas, y que habitaran en viviendas donde ellos fueran los dueños de casa. Sin querer defender esta configuración familiar por sobre otras, se eligieron estos criterios con el fin de poder trabajar con parejas donde ambos hombre y mujer asuman sus roles de padre y madre.

La parejas que conformaron el grupo de estudio vivían al momento del primer contacto en las comunas de Peñalolén (8), Macul (2), Santiago Centro (1), y La Cisterna (1). A excepción de la pareja de Santiago Centro, que vivía en un edificio, las parejas habitaban pequeñas casas en poblaciones.

Presentaban las siguientes características al momento del contacto: mujeres entre 21 y 34 años, y hombres entre 22 y 43 años. En cinco parejas, se trató del/a primer/a hijo/a tanto para el hombre como para la mujer. En una pareja, el hombre fue padre por primera vez y la mujer tenía una hija de otro padre, de 8 años de edad, que vivía con el padre. Otras 5 parejas tenían un/a hijo/a anterior (de entre un año y medio y 11 años). Una pareja tenía dos hijas anteriores (de 7 y 11 años), y el padre tenía dos hijos de otro matrimonio (uno que murió a los 16 años, hacía 6 años, y el otro de 20 años, que no vivía con ellos). Por tanto, en la totalidad de los casos las parejas vivían sólo con sus hijos en común.

En las parejas que tenían hijos/as anteriores, los padres no habían entrado al momento del parto. Este hecho resulta relevante pues más adelante veremos que en los testimonios, los padres dan una gran importancia a este hecho.

En tres parejas, el/la primer/a hijo/a nació cuando la madre era menor de 20 años, y fueron embarazos no planeados. Dos de las parejas ya vivían juntas y eran independientes; fue difícil asumir los costos asociados al bebé pero lo hicieron. Una de estas parejas vivía con sus respectivos padres, y decidieron vivir juntos tras el nacimiento de la bebé.

De los 12 partos presenciados, 10 fueron partos normales (2 de los cuales ocurrieron sin anestesia). De éstos, en 8 casos el padre entró desde el período expulsivo, y en dos casos el padre no entró pues no se le encontró en el momento del parto. En los otros dos partos hubo uso de fórceps. En estos casos, el padre no entró en el período expulsivo, sino inmediatamente después del nacimiento, por lo que no hubo apego inmediato (pues

el bebé puede tener algún grado de asfixia, y se le prestan atenciones básicas antes de ponerlo al pecho de la madre).

El período en que padre, madre y recién nacido/a permanecieron en contacto tras el parto osciló entre 3 y 12 minutos, dependiendo de la salud del/a bebé y de la disposición del personal de atención, pues, al tratarse de una práctica no cotidiana, genera mucha resistencia.

Los siguientes pasos metodológicos no se siguieron a cabalidad en la totalidad de los casos, pero en líneas generales se hizo de la siguiente forma: tras el parto, se contactó a la mujer y hombre tras el parto, para conocer sus impresiones inmediatas de la participación del varón. Luego, alrededor del segundo o tercer mes desde ocurrido el parto, se contactó a las parejas para visitarlas, entrevistarlas y entregarles una copia de la filmación del parto. Por lo general esta primera conversación no se grabó, para generar confianza e ir estableciendo lazos. 10 parejas fueron visitadas en sus casas, y 2 prefirieron que nos encontráramos en el hospital.

4 parejas fueron entrevistadas sólo en esa primera instancia, 5 fueron entrevistadas en dos oportunidades, 1 en tres ocasiones. Las restantes 2 parejas fueron visitadas y entrevistadas en diversas ocasiones, y se mantiene contacto hasta el presente momento.

Las entrevistas se realizaron entre tres meses y un año y medio desde ocurrido el parto, lo cual es un período relativamente corto para poder sacar conclusiones definitivas. Se trata de dar cuenta en un nivel exploratorio y cualitativo de las expresiones de continuidad y cambio en las definiciones de paternidad y maternidad.

A continuación se detallan las características de las parejas entrevistadas; los datos corresponden al momento del contacto, que en todos los casos correspondió al día del parto en el que participó la investigadora. Tras esta información, se presenta el análisis de la investigación.

“ LOS HOMBRES TAMBIÉN SE EMOCIONAN ”

CONTACTO HOSPITAL	NOMBRES (APODOS)	EDAD	CIUDAD ORIGEN	EDUCACION	OCUPACION	COMUNA TIPO DE VIVIENDA	HIJOS/AS, EDAD	TIPO PARTO	PART. PADRE EN PARTO	N° CONTACT OS TRAS PARTO
Mar. 2002 HS*	Carmen Domingo	23 30	Santiago Santiago	4° medio 2° medio	Dueña casa Vendedor	Peñalolén Casa arrendada	José Antonio (0)	Normal	Sí	2
Mar. 2002 HS	Rocío Carlos	22 25	Santiago Santiago	2° medio 8° básico	Dueña casa Auxiliar colegio	Peñalolén Pieza prestada por un familiar	Manuel (0) Santiago (11 meses)	Normal Cesárea	No No	1
Marzo 2002 HS	Ema Raúl	29 43	Santiago Santiago	4° medio Técnico profesional	Dueña casa Contratista construcción	Peñalolén Casa propia	Camila (0) Viviana (7) Carolina (11) Raúl tiene 2 hijos con otra pareja	Normal Normal Normal	Sí No No	7
Abril 2002 HS	Susana Pablo	29 30	Santiago Santiago	3° medio 4° medio	Atiende almacén Vendedor	Peñalolén Casa arrendada	Alejandro (0) Pablo (10)	Normal Normal	Sí No	3
Mayo 2002 HS	Gloria Cristián	24 22	Santiago Santiago	4° medio 2° medio	Dueña de casa “Pololos” de construcción	Peñalolén	José (0)	Normal	Sí	2

“ LOS HOMBRES TAMBIÉN SE EMOCIONAN ”

Mayo 2002 HS	Cecilia	28	Santiago	2° medio	Dueña casa	Peñalolén	Romina (0)	Normal	Sí	4
	Segundo	35	Caldera	6° básico	Taxista	Casa arrendada	Susana (11)	Normal	No	
Sept. 2002 HLTB*	Clara	28	Santiago	1° medio	Asesora del hogar	Santiago Centro	Mauricio (0)	Normal	Sí	2
	Mauricio	23	Santiago	8° básico	Junior	Pieza en un edificio, baño compartido	Clara tiene hija 8 años, otro padre			
Oct. 2002 HLTB	Judith	34	Santiago	---	---	Peñalolén	Valentina (0)	Normal	No	2
	Edgardo	31	Santiago	4° medio	---	Casa arrendada	Cristian (3)	Cesárea	Sí	
Dic. 2002 HLTB	Margarita	24	Santiago	4° medio	Dueña casa	Peñalolén, anexo casa padres Margarita	Daniela (0)	Fórceps	Sí, no inmediata	2
	Alexis	24	Santiago	3° medio	Comercio					
Ene. 2003 HLTB	Carmen	25	Arica	3° medio	Vendedora	La Cisterna, casa compartida con hermana de Carmen	Cristina (0)	Normal	Sí	1
	Juan	30	Arica	1° medio	Chofer					
Ene. 2003 HLTB	Pamela	21	Santiago	---	Dueña casa	Macul	Catalina (0)	Normal	Sí	1
	Victor	22	Santiago	---	Mecánico					
Ene. 2003 HLTB	Beatriz	24	Santiago	---	Dueña casa	Macul	Manuel (0)	Fórceps	Si, no inmediata	1
	Roberto	28	Santiago	---	Comercio	Casa prestada por familiares	Claudia (2)			

*HS: Hospital Salvador

*HLTB: Hospital Luis Tisné Brousse

TERCERA PARTE, ANALISIS

NACIMIENTO

Para comenzar, recordemos los objetivos específicos planteados para presente estudio: caracterizar la participación de los varones en el parto de sus hijos/as; conocer las percepciones de los padres y de sus parejas acerca de la experiencia de haber participado en el nacimiento de sus hijos/as, y las significaciones atribuidas a dicho hecho; e indagar en los efectos de esta participación en la construcción y/o resignificación de identidades paternas.

En el presente capítulo intentaremos dar respuesta a estos objetivos, organizando la información en tres sub-capítulos:

-Primero, realizaremos un breve recorrido por la atención de partos en hospitales públicos, dando cuenta del contexto en que se sitúa dicha atención. Utilizaremos el concepto de *conocimiento autoritativo* (Jordan 1993), para referirnos a los saberes que se imponen como hegemónicos en la atención de partos en nuestro país, que construyen y reflejan las relaciones de poder existentes en la atención de salud. Esto, con el fin de entregar el marco y contexto en que sitúa la participación del hombre en el parto.

-En segundo lugar, relataremos un día de observación en un hospital, donde se toma como eje la presencia de los varones en dicho recinto. El día escogido fue especial pues se presenciaron dos partos con la participación del varón, y se pudo interactuar y conversar con ellos.

-Por último, y como punto central del capítulo, se analiza específicamente la participación del varón en el parto, y los efectos de este hecho en las relaciones familiares. Se analizan elementos institucionales que inciden positiva y negativamente en esta participación, y los testimonios de varones y de sus parejas con respecto a su participación en el parto, y al ejercicio de la paternidad.

I. EL CONTEXTO: ATENCIÓN DE PARTO HOSPITALARIO

I.1. Definición cultural del parto

Si nos preguntamos cuál es la definición cultural del parto, debemos primero insertarlo en el contexto del dominio de la ciencia médica occidental, donde se entiende como un procedimiento médico alópata, en el cual la mujer y su familia deben hacer ingreso a un sistema diferente al familiar y habitual para someterse a otras leyes y acatar lo que les dicen que deben hacer. Esta configuración es compartida por los distintos miembros que participan, y garantiza que todos sigan el mismo set de procedimientos.

La inclusión de la gestación y parto en el reino médico trae una serie de consecuencias, todas las cuales convergen en la transformación de la mujer en una paciente, lo que justifica la utilización de todos los métodos para tratar otras patologías, incluida la cirugía (cesárea). *¿Qué se entiende por paciente? Alude a quien sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo, a la persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo, y especialmente quien se halla bajo la atención médica* (RAE 2001). El lenguaje y términos utilizados para referirse a la mujer refuerzan esta lógica; si atendemos, por ejemplo, a la palabra embarazo, nos encontramos con que se define como: *impedimento, dificultad, obstáculo; como encogimiento, falta de soltura en los modales o la acción; y como estado en que se halla la hembra gestante* (Ibid.). Por tanto, el preñado de la mujer es un estado que incomoda, que obstaculiza, que impide.

Tanto la mujer como su familia y redes de apoyo se definen como incapacitadas para lidiar con el proceso que ella está viviendo, y se le obliga a buscar asistencia técnica especializada para enfrentar su condición (Jordan 1993: 52). Este sistema de atención se alza como la única posibilidad de atención, *“porque es lo único que uno conoce.”* Atendiendo al testimonio de Clara: *“uno sabía que el trato era malo, por eso a una siempre le dicen ándate a última hora al hospital, no te vayas antes, que te de una contracción lejana, porque todos te empiezan a tocar, te dejan muy adolorida, delicada...”* Al hospital hay que ir, como única alternativa de atención.

Para el sistema médico oficial la mujer es una paciente. Y si atendemos al relato de Clara, el hablar de gestación y parto la lleva a plantear que la mujer es madre, en el contexto de su propia identidad y de la de su familia. La ideología de género que aparece en su relato ha sido asimilada por Clara como algo natural e innato: *“las mamás son las que conviven todo el día con uno y eso siempre ha sido así”*. Por eso, en su familia: *“esperan que me preocupe cien por ciento de mi hija, que me dedique a ella y bueno de hecho, yo soy preocupada de esas cosas (...) Yo tengo mucho instinto maternal, entonces por lo menos*

de mí esperan mucho. Y agrega: Yo soy mujer, entonces me gusta a mí participar en eso.”

La mujer, al enfrentarse al parto, es concebida como paciente en el mundo hospitalario, y como madre en el contexto familiar y comunitario. Del mismo modo, la pareja de la mujer, en los casos en que está presente, es el *acompañante* de ella –extensión de la categoría de paciente- y padre. Se podría realizar una primera lectura horizontal: la mujer al ingresar al hospital para dar a luz como paciente, se está transformando en madre, y el hombre que la acompaña, en padre. Pero el punto merece mayor atención; la despersonalización y expropiación que el sistema ejerce sobre los cuerpos y las identidades es tal, que incluso puede deconstruir estas categorías, al concebir un sistema de atención en el que en muchos casos se separa tempranamente a los/as bebés de sus progenitores. Un ejemplo puede servir para ilustrar esta idea:

A una mujer se le practicó una cesárea; por efecto de la anestesia se durmió antes de ver a su hijo ni saber en qué condiciones había nacido. En la sala de recuperación, al despertar de la anestesia, preguntó muy angustiada por su bebé. Una auxiliar, en tono irónico, le contestó: “¿Cuál guagua?, ¿si Ud. no ha tenido guagua!” Las otras auxiliares siguieron la broma, y se rieron de la situación. La mujer estalló en llanto, pidiendo que por favor le explicaran lo sucedido. Tras decirle que se trató de una broma, le llevaron el bebé; la mujer lo rechazó en un primer momento, desconociéndolo y dudando que fuera realmente suyo.

Este ejemplo nos muestra un caso extremo donde se le niega a la mujer que ha sido madre. Las prácticas hospitalarias han reforzado este hecho, al separar tempranamente a la madre y padre (en caso de estar presente) del/a bebé para que éste/a sea examinado/a, reuniéndose horas más tarde. Esta práctica, que era común en todos los hospitales hasta hace pocos años, se ha ido reemplazando por la promoción de un estrecho vínculo entre recién nacido/a, madre, y padre en caso de estar presente, que se traduce en la práctica que se denomina como *apego* en algunos establecimientos. El primer contacto en algunos casos se promueve inmediatamente tras el nacimiento, y en otros tras un breve chequeo del/a bebé, y puede prolongarse desde unos pocos minutos hasta horas. Lo que llama la atención es que estas prácticas responden a las normativas hospitalarias y a las voluntades de los equipos médicos de atención. No hemos visto que se involucre a las mujeres ni a las familias en la toma de decisiones sobre la naturaleza de los vínculos que se promoverán con el/la bebé tras el parto, ni que se les informe adecuadamente de los beneficios de estas prácticas.¹⁰

¹⁰ No tenemos información acabada al respecto, y no conocemos las prácticas de todos los hospitales. Sin embargo en los casos que conocemos no se les informa ni pregunta a las mujeres ni a sus familias. Esto no significa que no se realice en ningún establecimiento.

En este sentido, Marcela Lagarde (1994) se refiere a la expropiación de los cuerpos femeninos, sintetizada en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos preservando su propia integridad y su desarrollo personal. El cuerpo femenino está destinado para funciones y usos que implican la negación de la primera persona; es simbolizado como cuerpo *para* otros y las decisiones sobre éste son tomadas por terceros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Agregamos que esta expropiación de los cuerpos se intensifica cuando se trata de mujeres pobres, pues se considera que éstas no tienen derecho de realizar demandas en función de sus necesidades, pues están siendo atendidas a muy bajo costo, o gratis. El sistema entonces se apropia de sus cuerpos y decide sobre ellos.

I.2. El territorio donde ocurre el parto

Dicha expropiación es aún más clara cuando además la mujer y su familia deben ingresar a un “territorio” donde sus saberes no son reconocidos. En el caso del parto, por territorio entendemos el lugar físico donde éste ocurre, que simbólicamente es *territorio* de alguien o de algún sistema. Cada sistema de parto prescribe el lugar apropiado para este proceso; puede ocurrir en una localización marcada y especializada, como un establecimiento médico alópata, o en una localización no especializada y dentro del ambiente cotidiano de la mujer (por lo general su casa u otro lugar familiar). Resulta de importancia puesto que el lugar donde ocurra el parto tendrá consecuencias en el tipo de interacción social que se producirá (Jordan 1993: 67).

En el sistema médico alópata observamos que el parto ocurre en la casi totalidad de los casos en un lugar físico que corresponde a *territorio* médico. Este hecho tiene gran importancia, por cuanto norma la naturaleza de los eventos que se sucederán: no se diferencia un parto normal de uno con complicaciones, y son todos los casos tratados con el mismo set de procedimientos.

Desde el momento en que la mujer gestante y sus acompañantes ingresan al sistema, una serie de mecanismos se conjugan para expropiarlos/as de su identidad, de sus conocimientos, de cualquier autoridad que puedan ejercer. Lo que debería suceder como un proceso normal, se interfiere hasta ser tratado como cualquier intervención compleja: la mujer es primero aislada de sus familiares, debe desvestirse y ponerse una camisa que el hospital le entrega, acostarse de espalda sobre una cama, conectarse a un monitor fetal y a vía intravenosa (con lo cual queda inmovilizada y obligada a permanecer en la cama), permanecer en esa posición durante las contracciones, para luego ser trasladada a un box o pabellón de atención de parto que en casi nada se diferencia de una sala de cirugía compleja. Este tipo de escenario sin duda remite a malestar y sufrimiento; es un lugar para personas enfermas. Los especialistas para lidiar con enfermedades son el

personal médico, por tanto las mujeres que darán a luz y sus familias tendrán muy poco espacio para opinar o intervenir en el proceso. No sólo no se les permitirá que opinen, sino tampoco que expresen lo que sienten. Tal es la autoridad que se impone sobre ellos/as, que en gran parte de los casos no se atreven a preguntar qué está ocurriendo.

No existen estudios específicos de la influencia del territorio en el curso del parto, sin embargo existen grandes estudios comparativos entre partos en hospitales y clínicas, por un lado, y casas de parto¹¹ y el hogar de la mujer, por otro. Es difícil hacer una comparación, pues por lo general las familias que optan por las distintas alternativas tienen preparaciones y referentes culturales diferentes. Sin embargo, lo que se desprende de dichos estudios es que cuando el parto transcurre en un lugar acogedor, donde la mujer y su familia se sienten cómodas y tienen injerencia en el curso de los eventos, hay menores complicaciones durante el proceso. Esto tiene directa relación con el hecho de no concebir el parto como una enfermedad *riesgosa* que debe ser intervenida, sino al contrario, como un proceso normal y natural que en pocas ocasiones se complica. En este contexto, la mujer y sus familiares no sufren los elevados niveles de stress de un ambiente altamente medicalizado, pues se concibe que son protagonistas del proceso.

Este último punto merece mayor atención, pues dependiendo de la socialización y referentes culturales de cada familia, será lo que consideren más seguro y *apto*. Muchas familias no se sentirían seguras en un ambiente sin acceso a tecnología, sobre todo en contextos medicalizados, donde se entiende por consenso que el parto requiere de este tipo de intervención. Sin embargo, en sociedades donde el sistema médico hegemónico es el alópata también hay mujeres y familias que portan otros referentes culturales y preferencias, y quisieran optar a otras alternativas de atención con personal especializado y entrenado para ello. En nuestro país hasta hace muy poco estas otras alternativas eran casi exclusivamente accesibles para mujeres y familias de ingresos elevados. Es importante mencionar la inauguración hace unos pocos meses de una sala de atención intercultural de partos, en el Hospital de Iquique, donde se atiende a familias aimingaras respetando sus ancestrales tradiciones para el momento del parto.

También es necesario señalar que el territorio donde ocurra el parto va a pautar la naturaleza de los primeros vínculos que se establecen entre la madre y padre y el/la bebé. En la mayoría de las culturas en las cuales el territorio del parto no es especializado, el/la bebé permanece en estrecho contacto con su madre, padre y/u otra figura desde el momento del parto y durante un largo periodo, que va desde días hasta años. En cambio, en hospitales ocurren dos tipos de separación: la primera corresponde a una distancia atencional y emocional producida por el efecto de los medicamentos y anestésicos que la

¹¹ Las casas de parto (Birth Centers) son lugares donde se atienden partos en un contexto no-hospitalario. Por lo general la atención especializada está en manos de matronas y no de obstetras, para reforzar el hecho de que el parto es un proceso natural y no una patología. La familia es protagonista del evento, se utiliza poca tecnología y medicación, y en casos de haber alguna complicación, se traslada a un hospital o clínica.

mujer –y por extensión el/la bebé- han recibido. La segunda está determinada por la estructura espacial hospitalaria, que en muchos casos está diseñada para producir una temprana separación entre el/la bebé y sus progenitores. Sólo los hospitales más nuevos cuentan con la sección de atención al/la recién nacido/a dentro del box o pabellón de atención de parto. La mayoría de los hospitales tienen salas separadas para estas dos funciones, por lo que la madre y padre (de estar presente) pueden ver a su hijo/a sólo unos instantes antes de que lo/a lleven a examinación. En algunos casos, se permite que el padre vaya con el bebé a la atención inmediata.

El territorio donde ocurre el parto también norma la naturaleza de la información que las mujeres y sus familias reciben. El conocimiento médico es altamente especializado, y el lenguaje utilizado es muy técnico. Ocurre que las mujeres muchas veces no entienden lo que escuchan a su alrededor acerca de su estado, y no se les explica de forma sencilla para facilitar su comprensión. Tampoco se les avisa, explica o pregunta acerca de los procedimientos que se les van a aplicar, pues se supone que no es necesario, o que no entenderán. Esto no sólo se aplica a las mujeres atendidas; lo mismo ocurre en el caso de los familiares presentes y parejas de ellas. Como analizaremos más adelante, la información acerca del progreso del trabajo de parto de las mujeres se entrega de forma parcial, o a veces no se entrega, a quienes esperan afuera de las secciones restringidas para personal médico. La información que se entrega a los varones sobre la naturaleza de su (posible) participación en el parto es asimismo incompleta y confusa.

El ingreso al territorio del hospital significa para las mujeres, sus parejas y sus familiares el quedar aislados, sin sus redes sociales de apoyo, en un mundo médico especializado donde sus estrategias de comunicación habituales quedan inhabilitadas, y donde se privilegia la participación de personal alópata. Esto significa y tiene directa relación con el hecho de que el parto sea concebido fundamentalmente como un proceso fisiológico y patológico.

I.3. Participantes en el parto

Con respecto a los/as participantes en el parto, se puede establecer una diferenciación entre el personal especializado y no especializado. Con respecto al personal especializado, de salud, la cantidad de personas que están presentes en el box o pabellón de atención varía según el tipo de parto y la disposición espacial del hospital. En la mayoría de los hospitales, el espacio físico donde se atiende el parto está separado del espacio de atención inmediata del/la recién nacido/a. En otros, los más nuevos, la atención del/la recién nacido/a está incorporada dentro del pabellón de atención de partos. En cuanto al personal de atención, la diferencia radica en que en los primeros hay

una matrona o auxiliar de neonatología en el box de atención, y en los segundos hay dos o tres.

Hay dos especialidades médicas que se encuentran en el box o pabellón de atención de partos: la obstetricia y la neonatología. La primera se ocupa de la mujer y del parto, la segunda del/a bebé. La obstetricia se compone de médicos/as obstetras (ginecología y obstetricia) y matronas/es (ginecología y puericultura). También se encuentran anestesiastas, que sólo participan en breves momentos de cada atención, y no forman parte constante de las interrelaciones.

Siguiendo a Jordan (1993: 61), la presencia casi exclusiva de especialistas médicos trae como consecuencia que la mayoría de las interacciones y transacciones que ocurren entre la mujer y el personal de salud sean médicas, es decir, al servicio de monitorear el proceso fisiológico y patológico. Las tareas que los especialistas médicos están preparados para hacer -esto es, tratar el stress, dolor, dificultades fisiológicas- se efectúan a través de procedimientos médicos. El dolor se alivia con medicamentos, la ansiedad con sedantes, las contracciones son químicamente estimuladas si son lentas y desaceleradas si son muy fuertes, y el/la bebé nace frecuentemente con ayuda de instrumental médico o mediante cirugía.

Como resultado de la estandarización y rutinización del sistema, no existe un mecanismo institucional para separar los partos normales de los que presentan complicaciones, y por ello se tratan todos los partos con el mismo set de procedimientos. Es la disponibilidad de todas las técnicas lo que introduce la posibilidad siempre presente de interferencia en el curso normal del parto. Aunque el personal médico reconozca que para un parto normal lo mejor que puede hacerse es *no hacer nada* (en el sentido de no interferir con el proceso natural), su entrenamiento profesional y orientación de trabajo militan en contra de esa actitud. Es casi imposible, por ejemplo, no actuar cuando las contracciones de una mujer se desaceleran una vez dentro de la sala de partos. De no haber un progreso aparente tras un corto periodo de tiempo, alguien va a sugerir que es necesario intervenir; y puesto que los recursos para hacerlo están al alcance de la mano, existe una presión considerable por usarlos. Entonces a la mujer se le aplica una inyección intravenosa de ocitocina que estimula el trabajo de parto.

Muchas de las interacciones que se generan desde el pre-parto, y sobre todo durante la atención de parto en el box, se relacionan con el apuro de un sistema que no permite que los procesos se desarrollen a su ritmo normal. Parte de este apuro tiene que ver con la mera incomodidad social de un grupo de personas, paradas sin nada que hacer o de qué conversar. Una vez que la mujer ha sido preparada para el parto, que la matrona o doctor está instalado, y los/as auxiliares han dispuesto los instrumentos esterilizados, no hay nada que hacer más que esperar. La mujer, en muchos aspectos, no es considerada

parte de la interacción. La barrera esterilizada sobre sus rodillas la separa de la parte inferior de su cuerpo, y ella no tiene acceso visual al área del parto ni al/a especialista sentado/a entre sus piernas. Los silencios se tornan dolorosos, y todos se sienten aliviados cuando se toma la decisión de apurar el proceso (Jordan 1993: 61).

No es la rapidez sino la actividad que emerge como fuerza motivante en estas situaciones. Mientras todos estén haciendo las cosas para las que han sido entrenados, las situaciones incómodas no emergen. La episiotomía, por ejemplo, probablemente va a hacer que el/la bebé nazca unos pocos minutos más rápido, pero la matrona o doctor va a pasar media hora o más suturándola después; por lo cual no se ahorra tiempo. La ventaja interaccional es que la media hora se llena con actividades apropiadas para el equipo de parto, más que con inactividad y silencio incómodo.

El que los/as participantes sean personal médico especializado hace que las interacciones sean médicas: la mujer es, en este contexto, una paciente, un número de ficha, una primípara o múltipara con tantos centímetros de dilatación, de tantas semanas de gestación, etc. Desde el pre-parto y durante el parto, el personal médico se refiere a la smujeres como *hija, mamá, mamita, mujer, gorda, gordita, chiquitita*. Nombres impersonales, que homogeneizan a las mujeres en su condición de parturientas, y que las disminuye con diminutivos, infantilizándolas.

Con referencia a los participantes durante el parto, nos interesa especialmente indagar en lo que ocurre con los participantes no especializados que pueden ingresar al parto en hospitales, que en el caso de nuestro país corresponde en la gran mayoría de los casos a los varones; padres y/o parejas de las mujeres. Información del Ministerio de Salud nos indica que en un 30% de los partos hospitalarios en nuestro país en el 2002, ingresó el varón –pareja de la mujer gestante- al parto. Esta cifra es considerable, considerando que hasta el año 1995 no estaba permitida la participación de ningún no especialista en el parto hospitalario. Es principalmente el varón quien puede ingresar al box o pabellón; y puede hacerlo a partir de la fase expulsiva final del parto. Es decir, no ingresa junto a su mujer desde que la trasladan desde el pre-parto al box de atención, sino sólo cuando el/la bebé está a punto de nacer.¹²

El hecho de favorecer la participación de no especialistas, personas cercanas a la mujer, durante el parto, es de gran importancia. Como hemos visto, la institucionalización y medicalización del proceso del parto ha mejorado los índices de morbilidad materna e infantil asociados al parto, sin embargo, con respecto a los participantes, dejó a la mujer sin el apoyo y compañía que tradicionalmente recibía de una red social de apoyo.

¹² No conocemos las prácticas de todos los hospitales de Santiago; sabemos que en la mayoría se autoriza sólo la presencia del varón, que en algunos, en caso de no estar presente la pareja de la mujer, se permite el ingreso de otro/a familiar cercano; y casos de otros establecimientos donde en casos especiales también se permite.

Devolver la posibilidad de que participe al menos un no-especialista, en este caso, el varón, es por tanto, muy relevante tanto para él como para la mujer.

La manera en que se permite la participación del padre varía entre los hospitales, y hay servicios donde aún no es permitida. En la gran mayoría de los casos en que participa, lo hace sólo en el período expulsivo del parto. Aunque sea un breve momento, y sólo la culminación de un proceso, en los testimonios de los varones comprobamos que esta participación produce fuertes cuestionamientos en sus definiciones de lo que significa ser hombre y ser padre. Se produce una brecha en el modelo de masculinidad hegemónica, que deja la posibilidad de que se produzcan cambios y/o reflexiones que apuntan a la configuración de masculinidades y paternidades menos distantes emocionalmente, más comprometidas con la salud integral del núcleo familiar.

Los testimonios de varones sugieren que sus reflexiones tendrán expresión en sus vidas de pareja y de familia; y las mujeres entrevistadas así lo confirman. Para ellas, en primer lugar es importante que se permita la presencia de algún/a no especialista durante el parto, pues la presencia de una figura no médica reduce sus sentimientos de soledad y ansiedad, y las conecta con las esferas cotidianas de sus vidas. En los relatos de partos de las mujeres atendidas en hospitales se distingue un cambio en la manera de describir los eventos, entre los momentos en que se encontraban solas con el personal médico, y luego de que ingresa su pareja o algún/a otro/a familiar. Con la compañía de un ser cercano, los sentimientos de angustia disminuyen y se sienten más confiadas y seguras.

Para ellas, la relevancia de la presencia del varón no está dada sólo por la compañía afectiva que implica, sino que también se acompaña de un cambio de actitud por parte de los varones. En este sentido, las mujeres reconocen cambios en el comportamiento de parte de sus parejas tras la experiencia, y cambios en la manera en que las valoran. Esto nos parece de fundamental importancia, en el sentido que apunta a generar redefiniciones de las identidades genéricas, y permite a los varones conectarse con esferas que ellos mismos identifican como necesidades, por ejemplo, la expresión de afectividad.¹³

I.4. Medicación y tecnología: *No toque, que contamina.*

Otro factor que merece atención es el uso de medicación y tecnología durante el parto, que nos habla acerca de la definición local del proceso, del grado de especialización de quienes lo atienden, y del nivel en que el sistema médico interfiere en los procesos fisiológicos naturales. El parto, en el contexto de nuestra medicina, es tratado como una *enfermedad* que requiere de intervención para *mejorarse*. Un proceso que en la gran

¹³ Por constituir este hecho el núcleo de análisis de la presente investigación, los detalles de esta participación y sus efectos serán analizados en un acápite especial, más adelante.

mayoría de los casos no debería necesitar de intervención quirúrgica, ha pasado a estar fuertemente intervenido, aplicándose sustancias para acelerar o des-acelerarlo, aliviar el dolor, practicándose episiotomías como rutina habitual, y cesáreas en una cifra alarmante de casos.

¿Qué vamos a entender por medicación? Siguiendo a Jordan (1993: 76), entenderemos por medicación cualquier sustancia introducida en el cuerpo de la mujer para afectar el curso del parto (acelerar o desacelerarlo), o para aliviar el dolor. La gran mayoría de estas sustancias son farmacológicas.

Como veíamos al analizar los participantes en el parto, en el contexto hospitalario el tener que esperar sin estar realizando actividades médicas *apropiadas* se torna incómodo e insostenible. Un parto que no progresa según la norma médica se torna peligroso, y debe ser intervenido. En muchos casos, unos tipos de medicación se hacen necesarios por otros, por ejemplo; muchos de los anestésicos administrados para aliviar el dolor desaceleran el trabajo de parto, por lo cual se hace necesario inyectar ocitocina para acelerarlo nuevamente. En el sentido contrario, cuando se administra ocitocina, puede ocurrir que la intensificación de las contracciones haga que la mujer se desespere de dolor e incomodidad, por lo que se hace necesario aplicar anestesia. Sin embargo, los efectos de la ocitocina son impredecibles; mientras algunas mujeres casi no responden a su administración, en otras el trabajo de parto se acelera considerablemente.

En contextos de atención pública, la posibilidad de recibir anestesia dependerá del hospital. Hay distintos tipos de analgesia; para las cesáreas, siempre habrá anestesia, pues se trata de una cirugía. Actualmente, en los partos normales en Chile se utiliza la anestesia epidural, óxido nitroso, y anestésicos locales para la episiotomía, principalmente.

Las mujeres por lo general esperan que haya anestesia (epidural), sin embargo saben que no es seguro, pues conocen muchos casos en los cuales el parto ha ocurrido sin ella. En muchos relatos de mujeres encontramos que ellas consideran que si se *portan mal* durante el pre-parto -gritan, se quejan, *molestan* al personal médico-, entonces las castigarán no administrándoles anestesia. Atendamos al relato que Clara nos entregó el día siguiente del parto de su hija: (la matrona) “*me dijo que me iba a ayudar, porque me había portado muy bien, los latidos empezaron a mejorar, me rompieron las membranas y la doctora consiguió que me pusieran la anestesia, para calmar un poco los dolores, porque ya había sufrido harto*”. Es decir, cabe la posibilidad de que si no se hubiera portado bien, no la hubiesen ayudado. *Consiguió*, como si se tratara de algo de difícil acceso. Siguiendo esta línea de análisis, la anestesia puede ser entendida en algunos casos como un premio que se gana al acatar las normas médicas y someterse a sus leyes.

El instrumental utilizado en la atención de partos, así como los equipos, aparatos y artefactos, forman parte de la tecnología para conducir el proceso. Los métodos y técnicas desarrolladas para utilizar este instrumental, que indican cuáles son las prácticas y actividades posibles, son también parte integral de la tecnología. Su uso *adecuado* depende del grado de especialización y profesionalización del personal de atención. El uso de fórceps, o de monitores fetales, por ejemplo, son procedimientos técnicos que sólo una persona debidamente entrenada puede manejar. Lo importante entonces es que los artefactos asociados al trabajo de parto deben ser examinados no sólo en los efectos inmediatos de su uso, sino también en relación al impacto que tienen en definir la naturaleza de las relaciones entre los/as participantes a través de las demandas que sostienen. Las herramientas del parto proveen apoyo para las demandas de algunos/as participantes de tener un status especial a través de la generación de ocasiones para desplegar su experticia en operar la tecnología requerida.

Excede a nuestro trabajo el detallar cada herramienta que se utiliza en la atención de partos, sin embargo hay un objeto que simboliza las relaciones de poder que se generan en este contexto, que es de utilización masiva: la mesa ginecológica. Este objeto determina la posición que se espera que la mujer adopte durante el trabajo de parto; la litotómica o supina -de espaldas y horizontal-. Consecuentemente, una vez que la mujer ingresa a un hospital con este tipo de equipamiento, prácticamente no habrá manera de que conduzca el parto en otra posición. Las piernas quedan abiertas, con las rodillas flectadas, y los pies se apoyan en estribos. Esta posición permite que la matrona u obstetra se sienta entre las piernas de la mujer y pueda observar cómodamente el transcurso del parto.¹⁴

En la atención hospitalaria de partos existe un comportamiento *adecuado* que se espera implícitamente que las mujeres adopten y cumplen. Este comportamiento se basa principalmente en seguir las normas médicas y no *interferir* en el trabajo del personal de atención con actitudes que respondan a necesidades individuales. En este sentido es que la estructura de atención mantiene la definición de la situación como una en la que los conocimientos y las experiencias corporales de las mujeres no cuentan para nada. Por ejemplo, todos/as los/as participantes concuerdan en que la mujer no puede pujar hasta que esté *médicamente* preparada en el box o pabellón, y que el personal de atención le indique que así lo haga. En el relato del bebé nacido en pre-partos que revisamos, esto se hace evidente. En este contexto, sólo los/as especialistas pueden determinar cuándo la mujer está lista para pujar, información que se obtiene a través de la lectura del monitor fetal, de los centímetros de dilatación, y tactos o exámenes vaginales. Lo que la

¹⁴ En ninguna otra tradición médica la mujer adopta esta posición para el parto; por lo general las posiciones son verticales, y las mujeres pueden realizar movimientos mientras están en trabajo de parto. Existe contundente evidencia médica que explica las desventajas de la posición supina (Jordan 1993, Wagner 1994, Muñoz et al. 2001).

mujer conozca y exprese, en base a sus experiencias corporales, no detenta ningún grado de autoridad en dicho contexto; se transforma en un problema tanto para ella como para el personal de atención, como algo que debe ser cognitivamente suprimido y manejado a través de la imposición de un determinado tipo de comportamiento.

Esta *supresión* de las experiencias de las mujeres se simboliza poderosamente en la figura de la mujer como contaminante. Si entendemos que contaminar significa *alterar nocivamente la pureza o las condiciones normales de alguna cosa*, entonces las condiciones normales son aquellas en que la mujer no interviene en el curso de los eventos. Como ejemplo, atendamos al siguiente caso:

Bárbara, de 22 años, está en pre-partos con fuertes contracciones. Con expresión de angustia, pide ayuda: “*¡Me voy a hacer!*” Una matrona camina por el frente de su cama; Bárbara le repite, en tono desesperado: “*¡Señorita, me hago!*” La respuesta es un: “*¡Hágase!*”, con expresión de indiferencia.

Más tarde, en el pabellón, la matrona, refiriéndose a Bárbara, exclama: “*¡No puja nada! ¿Quién le enseñó a pujar? ¡No sabe pujar!*”, y las auxiliares aprueban la afirmación. “*¡No pasa na!... si no puja ella...*” Una auxiliar presiona su vientre y al parecer el trabajo de parto no avanza; llaman a un auxiliar varón y él presiona, con más fuerza. Bárbara empieza a emitir un gemido, él ordena: “*¡No, sin hacer fuerza en la garganta!*” Nace una bebé de 2.825 kg. Una auxiliar dice la hora: 5:20. La auxiliar de neonatología pregunta: “*¿Sexo?*” La matrona se ríe y contesta; “*¿A esta hora?, ¡no gracias, hace mucho calor!*”, y siguen risas.

Mientras cortan el cordón, Bárbara apoya las manos en el paño que cubre su vientre; una auxiliar, en fracción de segundos, le toma una mano y se la baja diciendo: “*¡No toque, que contamina!, ¡baje la otra mano!*” Al rato ella toca de nuevo el paño y de nuevo le toman la mano y se la bajan con más violencia: “*¡No toque, le dicen!*”

I.5. Violencia simbólica: Además, yo sabía a lo que venía.

Claramente nos encontramos con un sistema en el cual las decisiones son controladas por quienes poseen el *conocimiento autoritativo*, en este caso el personal médico. Son ellos los *dueños* del parto, quienes tienen el poder para determinar cuándo pasa cada cosa, y quienes determinan lo que debe ser tratado como normal o anormal. En una escala jerárquica, que va desde el médico hasta los/as asistentes, cada individuo está capacitado y autorizado para enfrentar ciertas situaciones. La mujer que dará a luz, y su pareja, en caso de estar presente, que debieran ser los protagonistas del parto, se limitan a seguir órdenes, a recibir información acerca de lo que le está pasando a la mujer -que puede ser contradictoria con lo que ella está sintiendo- y a confiar en que son los *otros*

quienes realmente saben. No tienen injerencia en la toma de decisiones; desde la admisión al hospital, el poder de la toma de decisiones y la autoridad son automáticamente transferidos hacia el personal médico y administrativo del hospital. Esta transferencia implica que la mujer y su familia son definidas como incompetentes para manejar la situación, y se espera que se sometan a la competencia profesional de quienes atenderán a la mujer gestante. Esta competencia es alópata, y por tanto se ocupa del tratamiento de la patología a través de medios quirúrgicos, farmacológicos y técnicos.

Nos preguntamos cómo es que este tipo de conocimiento autoritativo se legitima, y los participantes concuerden en que en el personal médico recae la autoridad para tomar todas las decisiones.

Lo que primero aparece como relevante es que en diversos testimonios tanto de mujeres como e sus parejas y familiares, estos actores describen una atención de características distintas a las que observamos en sus particulares casos, invisibilizando su percepción subjetiva y hablando desde la normatividad médica. Este fenómeno nos parece de fundamental importancia para analizar las maneras en que los/as usuarios/as del sistema de salud asumen que el conocimiento médico autorizado –el biomédico- es el único adecuado para enfrentar el momento del parto, internalizando las normas del sistema hegemónico y transformándose en cómplices de su propia subordinación. De este modo participan de una forma de dominación que se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador. Esto ocurre cuando no se dispone de otros esquemas de percepción y apreciación del mundo que aquellos que comparte con el dominador, que da lugar a lo que Pierre Bourdieu llama violencia simbólica. O cuando se dispone de otros esquemas, pero quedan subsumidos bajo la supremacía del paradigma hegemónico que goza del poder.

La violencia simbólica se define como aquella amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que es ejercida esencialmente a través de los caminos simbólicos de la comunicación y el conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento. En este sentido, los sometidos aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los opresores, haciéndolas aparecer como naturales, lo que puede llevar a una especie de autodenigración sistemática, generalmente visible en la adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer (Bourdieu 2000:12).

En las mujeres, esta autodenigración toma la forma de culpabilización por sus actos, emociones y sensaciones. Todo lo que hagan –e incluso sientan-, que se escape de la norma médica, es concebido como potencialmente peligroso, contaminante; y se les hace saber que puede interferir y complicar el proceso del parto, e incluso dañar a sus bebés. “*Si salió así todo morado porque yo no sabía pujar, y casi le causé una asfixia con secuelas*”; es uno de los relatos en que las mujeres introyectan la culpa. En el caso de los

varones ocurre algo similar, pues ellos en muchos casos consideran que “molestan” por preguntar al personal médico por el estado de sus parejas.

Los/as usuarios/as temen que su comportamiento afecte en la manera en que las mujeres serán tratadas por el personal médico. Por ello, quienes que acatan las normas y se portan *bien*, recibirán un mejor trato que quienes no las cumplan. Esto se hace evidente en testimonios de mujeres que comparan los comportamientos de las mujeres en pre-parto con los tratos que recibieron. Es interesante atender al relato de Carmen, quien considera que recibió una “*atención muy linda*”, en contraposición con otras mujeres a quienes no atendían. El eje diferenciador se encuentra en que ella estaba tranquila y no se quejaba, mientras las otras mujeres gritaban:

“A mí me contaban que no, que te hacen esto, que te hacen lo otro, que tienes que hacer esto, que te ponen aquí, y a mí no, era una atención muy linda, muy espectacular, o sea yo miraba que todos andaban pendientes de mí. Además que yo estaba tranquila, trataba de mantenerme en calma sin los nervios, saqué fuerzas de no sé dónde para vivir todo ese momento que fue tan lindo.

El ambiente de pre-parto para mí, fue algo, una impresión distinta (a la de las otras mujeres). O sea en mi caso no se sentía pero en el otro caso yo no sabía si exageraban o si era normal, porque habían señoras que gritaban, pedían ayuda, pedían auxilio, y uno como ser humano decía que no es capaz que no les hagan caso, pero yo veía que no, que el personal no estaba pendiente (...) Fueron momentos para mí un poco dolorosos, porque nunca pensé que fueran así, claro, eran distintas (a mí), pero por lo general, casi todas las camas, o sea las señoras, casi todas las señoras que estaban en las camas se quejaban. Era un quejido de ayuda, de auxilio, era doloroso, de llanto, pero así el personal iba y las atendía y les decía no, si ya viene el doctor, cálmese, y las dejaban solas.”

En su relato, Carmen se mantuvo *tranquila, en calma, no gritó*; vemos que estos elementos aparecen como relevantes para que estuvieran *pendientes de ella*. Resulta interesante atender a que algo similar ocurre con los hombres que esperan en el hospital para participar en el parto. En diversos testimonios que detallaremos más adelante, aparece la sensación de que si ellos *preguntan mucho, menos les responden*.

Hemos realizado un recorrido por diversos aspectos que nos parecen relevantes de la observación realizada de atención hospitalaria del parto, para situar el contexto en el cual los hombres participan. A continuación queremos detenernos en el relato de un día de observaciones en el hospital, donde se explicita la participación de los varones en el parto hospitalario. El relato comienza cuando los varones están esperando el momento del parto en el pasillo externo a la sección de pre-partos, y culmina cuando tres nacimientos con su participación han ocurrido. Tras el relato, nos detendremos en analizar específicamente la participación de los varones en el parto hospitalario.

II. EL RELATO: *ES EL DÍA MÁS FELIZ DE MI VIDA*

Es un día miércoles de gris invierno, cae un poco de llovizna. Los miércoles vengo al hospital, pues es el día de turno del neonatólogo que me permite la entrada al sector de partos. Afuera hace mucho frío, pero dentro del hospital está templado. Son las 16:00 hrs. cuando llego, camino por un largo pasillo, que lleva hasta una zona con un patio interior. En el pasillo, sentados en banquetas, tres hombres tienen puesta una calcomanía sobre la ropa donde sus nombres están escritos. Llegaron aquí con sus parejas ya en trabajo de parto, y ahora esperan el nacimiento de sus hijos/as, en el cual van a participar.

Los saludo al pasar por el pasillo, y al ver que voy a entrar a la sección de “personal autorizado”, dos de ellos se acercan a preguntarme si puedo averiguar algo sobre el “estado” de sus parejas. Les pregunto por el nombre de las mujeres: Maribel y Gloria. El tercer hombre, al ver esta situación, se acerca y me da el nombre de su pareja: Cecilia. Les digo que voy a hacer lo posible por conseguir información, que me esperen, y entro a la pequeña sala de “personal paramédico femenino” que se encuentra entre la entrada a la sección de pre-partos y los box de atención. Me cambio la ropa por un pantalón y camisón verdes, sobre los cuales me pongo un delantal blanco. Guardo mi ropa en un casillero y salgo a encontrarme con el neonatólogo con quien voy a pre-partos. Avisa a las matronas y auxiliares de turno que voy a estar circulando durante la tarde; no les sorprende mi presencia pues llevo unos meses asistiendo los miércoles, días en que el personal de turno es siempre el mismo.

Pre-partos es una gran sala con una mesa y sillas al fondo donde se encuentran las matronas y auxiliares. Una gran puerta de entrada, ninguna ventana, luz artificial que da un tono amarillento. Por cada lado de la sala hay 5 subdivisiones, separadas por cortinas corredizas, cada una con el equipo necesario para atender a una mujer: camilla, monitor fetal, goteo intravenoso. Hay 5 mujeres en distintos niveles de trabajo de parto: una mujer de unos 40 años, a quien le practicarán una cesárea en unos pocos minutos por “baja de latidos”, otra mujer que ingresó en la mañana, y cuyo trabajo de parto avanza muy lentamente. La matrona dice que todo avanza con “normalidad”, por lo cual “sólo hay que esperar”. Gloria, de 24 años, ingresó a las 10:30 de la mañana, y la auxiliar me dice que le falta algo así como una hora para que de a luz. Gloria me pide que vea si su pareja está afuera, le digo que ya lo vi y que me preguntó por ella; tras lo cual me pide que le avise a él que ella está bien. Se queja de dolor y me toma la mano firme, me dice que está asustada, y que “hay una matrona que ella ha estado todo el rato pendiente de mi y me dijo que tenía que ser valiente, que no llorara, porque eso sube al bebé, y si yo me pongo nerviosa también.” “¿Se sube?”, le pregunto. “Claro, se sube pa’riba, no baja, entonces yo trato de calmarme y no llorar con las contracciones.”

Luego voy a hablar con Maribel y Cecilia, les pregunto a ellas cómo se sienten y a la matrona cuánto cree que falta para el parto. La primera llegó con su marido –Pedro- a las 8 de la mañana; a Cecilia la trajo Segundo, su marido, alrededor de las dos de la tarde. La dilatación de ambas avanza normalmente, los partos deberían ocurrir en el transcurso de la tarde.

Tras haber conversado con las tres mujeres, salgo a hablar con sus parejas, y les informo en qué está cada una de ellas. Pedro me mira y me dice: “¿Ud. no es doctora, no cierto?” Asiento, y le pregunto por qué hace esa pregunta. “Es que a uno no le dan información. La mayoría de los papás, el problema es que no le dan información. Yo estoy de las 8 de la mañana (ahora son las 16:30) y una pura vez en la mañana me dijeron que tuviera paciencia, y hace como tres horas yo fui a preguntar, ¡y me dijeron que faltaba poco!” Y agrega: “Si uno pregunta, no le dicen nada, y la otra es que si uno pregunta mucho, se enojan y menos le dicen.” Segundo agrega: “si se ve bien bueno este hospital, eso es lo único que van a tener que mejorar”. Le pregunto si le han dado información, y concuerda con Pedro: “Hay que andar preguntando, y lo miran con mala cara”.

Los invito a sentarnos en las sillas del pasillo, y a conversar. Les explico la naturaleza de mi trabajo en el hospital, que ayudo a un neonatólogo en la atención de partos en los cuales el/la bebé se deja en estrecho contacto con su madre y padre tras el parto. Se muestran muy interesados, y hacen muchas preguntas, algunas de corte médico, que no puedo responder.

Los tres varones esperan poder participar en el parto de sus hijos/as. Sólo uno de ellos - Pedro- tiene información detallada acerca de esta “participación”, pues ha asistido a varias consultas prenatales con su mujer, y estuvo presente en el parto de su hijo anterior, ahora de un año y medio de edad. Al saber esto, los otros dos varones –Cristián y Segundo- se muestran muy interesados en la experiencia de participar en el parto. Cristián, de 22 años, será padre por primera vez, y Segundo, de 35, tiene una hija de 11 años, en cuyo parto no participó.

A ambos, sus parejas les habían comentado que ahora los padres pueden entrar al parto, y que si ellos querían lo podían hacer. No habían asistido a consultas prenatales, y no habían recibido ninguna información más detallada sobre esta participación, hasta que llegaron hoy al hospital. Al recibirlos, el personal de turno les explicó que debían esperar en el pasillo y que iban a poder entrar al parto sólo si todo sucedía normalmente. “Lo vamos a venir a llamar cuando venga, pero si cualquier cosa se complica, no los vamos a poder dejar pasar”, es lo que, en sus palabras, les habían dicho. Cristián preguntó si podía acompañar a Gloria hasta que fuera el momento del parto, y le dijeron que eso era imposible por que en pre-partos hay muchas otras mujeres, y hay que respetar su privacidad. “¿Ni un ratito corto?”, “No, lamentablemente no se puede”, fue la respuesta.

“¿Y en qué momento uno entra?”, “Cuando su guagua ya vaya a nacer”. Ambos expresan tener muchas preguntas e inquietudes, y que les hubiera gustado que alguien se hubiera tomado el tiempo de responderlas.

Indago en la manera en que se les entregó esta información: ¿les preguntaron si ellos querían participar, si lo habían conversado con sus parejas, cómo se sentían con respecto a ello? La respuesta es “no”. ¿Les explicaron en qué va a consistir su participación? “No”. Pedro, que ya ha vivido la experiencia, relata su experiencia: “a uno lo llaman cuando a su señora ya la pasaron al lugar de los partos, que es otra sala, y le entregan ropa para ponerse encima de la que uno trae. La otra vez, yo me puse un delantal y una mascarilla, y me quedé esperando en la sala donde me vestí hasta que una señorita me vino a buscar. Tenía el corazón que se me salía del pecho, y lo que más me preocupaba era que no me fuera a caer desmayado de la impresión. De puro pensarlo, me daba una vergüenza... pero ahí no más, concentrándome para que todo anduviera bien. Y me llaman, y entramos a la sala donde estaba la Maribel, y ahí me di cuenta de que ya llevaba un buen rato ahí, porque todos estaban como diciéndole que tuviera fuerza y que pujara fuerte para que terminara de salir. Me dijeron que me pusiera al lado de su cabeza, y cuando ella me vio entrar ¡se puso tan contenta! Cuando llegué tenía una cara de dolor... como de estar empujando con todas sus fuerzas, y cuando me vio como que cambió por un instante la cara y se sonrió. Me agarró fuerte las manos y yo seguí diciéndole cosas pa’ que ella sacara al Pedrito de adentro. En ese momento como que se me olvidó todo lo demás, y estaba ahí con ella ayudándola. Y de repente gritan que ya viene, y ¡sale! Lo veo cuando lo levantan todo moradito, y lo ponen encima de la guatita de ella, y nos ponemos los dos a llorar de una alegría, emoción, una cosa que no se puede contar. Y ahí lo vimos un poco, nos dijeron que estaba sanito, y se lo llevaron pa’dentro a limpiarlo. Yo me quedé un poquito más con mi señora, y me dijeron que saliera.”

Les cuento que si hoy pueden entrar a los partos, se van a poder quedar un rato más largo con sus hijos/as y su señora; que después del parto el/la bebé se pone en el pecho de la mamá y se quedan los tres ahí unos 10 minutos, antes de que se lleven la guagua a examinación. La principal preocupación de Cristián y Segundo es de si van a poder “aguantar” ver el parto. Pedro los calma, y les explica que desde la cabecera de la cama no se ve directamente el parto, sólo ven cuando la matrona levanta al/a bebé, una vez que ya nació.

Me llama la atención que estos tres padres hayan podido estar todo el día o la tarde esperando en el hospital, lo que no es común. Muchas veces ocurre que los varones deben cuidar de otros/as hijos/as, están trabajando y no han podido dejar sus labores, etc. En este caso, Pedro había pedido permiso con anticipación en el trabajo, Cristián trabaja irregularmente con su padre en construcción, por lo que no fue un problema, y Segundo

trabaja como taxista en las noches, por lo que puede estar en el día acá. El hijo de Pedro y la hija de Segundo quedaron a cargo de familiares.

Cristián cuenta que vive con su pareja Gloria desde hace un año. No planearon la guagua, y es difícil por el tema económico, pero dice que “igual estamos felices”. Cuenta que Gloria se sintió muy bien hasta los ocho meses, cuando comenzó a tener vómitos y muchas náuseas. La matrona del consultorio les dijo que seguramente eso sucedía porque la guagua era muy peludita, y eso era lo que causaba la acidez.

Segundo comenta que su mamá también le dijo eso, que cuando a las mujeres gestantes les da acidez es porque “a la guagua le está creciendo el pelito”. Agrega que si la mujer come mucho limón durante la gestación, la guagua sale peluda, y además la sangre se le debilita. “¿Cómo debilita?”, le pregunto. “Se le adelgaza, se le pone más aguachenta”. Se entusiasman hablando de este tipo de saberes: Cristián comenta que es bueno que la mujer escuche música clásica en el embarazo, Pedro pregunta si sabían que las embarazadas no tienen que mirar los eclipses, pues la guagua sale con manchas rojas en la cara. Cristián agrega que es sólo si la mujer se toca el vientre mientras mira el eclipse. Siguen: “si la mujer tiene un antojo y no lo come, la guagua nace con la boca abierta, porque los antojos son de las guaguas, no de las mujeres”; “dicen que si uno quiere ñiñita, se tiene que bañar antes de las relaciones con agua bien caliente, y con eso los espermatozoides mujeres avanzan más rápido.”

Entre estas conversaciones, sale el neonatólogo de pre-partos y me avisa que ya viene un parto. Se trata de Gloria. Mientras estuve afuera con los varones, le pusieron anestesia, y ahora la trasladan al box de atención. Le aviso a Cristián que esté alerta, que en pocos minutos lo van a llamar. Pedro y Segundo lo animan y abrazan, en un gesto de solidaridad. Paso a sacarme el delantal blanco, ponerme botas, gorro y mascarilla. Entro al pabellón, donde se encuentra la matrona que atenderá el parto, el neonatólogo, una auxiliar de pabellón, dos auxiliares mujeres de neonatología (¡y ahora además una antropóloga!). Todo este personal está vestido de verde, con mascarillas y gorros. El equipo de neonatología prepara la cuna y equipo para atender al/a bebé, y la matrona con dos auxiliares preparan la zona del parto. A Gloria, de espaldas sobre la mesa ginecológica, le levantan las piernas en 90 grados y apoyan sus pies en estribos. La “zona” del parto se cubre con paños verdes y azulosos, dejando a la vista los labios vaginales. Aplican desinfectante en la zona y la matrona corta la episiotomía. Yo le tomo la mano a Gloria, y con cada contracción la alientan a que puje con fuerza.

Tras unos 15 minutos, y cuando la cabeza del bebé ya se asoma, la matrona pide que le avisen al padre que entre. Cristián, quien ya se ha puesto la ropa “adecuada”, entra, y le indican que se ponga en la cabecera de la camilla, apoyando a su mujer. Los ojos de

Gloria están llorosos, esboza una sonrisa cuando llega su pareja, y le toma las manos firmemente, mientras gime.

El neonatólogo la alienta: “Ya no falta na, super poco!”, mientras la matrona repite rápida e intensamente “¡Puja, puja, puja, puja, puja, puja!” Agrega: “¡Sigue, sigue, solita tú, toma aire, tú, solita, ahora! ¡Puja, puja, puja, puja, puja, puja, puja, puja!” Entre tanto, Cristián dice: “¡Dale, dale, dale, dale! ¿Aguántate, ya?”, en un tono cariñoso y dulce, y a la vez intenso.

La matrona, con voz fuerte, se dirige a Gloria: “A ver señora, escúcheme, tiene la mitad de la cabeza adentro y la otra afuera, tiene que pujar! Ya, a ver, papá, coloca tus dos manos aquí arriba sobre la guatita de ella y presiona”. Cristián así lo hace, se oyen muchas voces dando instrucciones a la vez, hasta que el neonatólogo dice “¡Eso, ya, suficiente!”. Mientras Gloria emite un gemido silenciado por las instrucciones que le indican que no debe gritar, la matrona dice “Ya, viene saliendo, y salió, ¿qué lo que es? ¡Un niño!” El neonatólogo toma al bebé con un paño, lo limpia un poco, y lo apoya sobre el vientre de Gloria mientras cortan el cordón umbilical. Se dirige a Gloria y Cristián: “La forma de la cabecita es normal, por si acaso.” La mano de la madre está sobre la espalda del recién nacido, y la mano del padre la acaricia y afirma al bebé mientras el neonatólogo limpia al bebé. Cristián toca tímidamente la cabeza de su hijo, ella hace lo mismo, y al instante él toma la mano de ella y la saca, como con temor de estar haciendo algo indebido. El neonatólogo los mira aprobando sus caricias, y levanta más la camisa de Gloria para que el bebé quede apoyado entre sus pechos: “Ya, ahora te lo vas a poner acá, echa todo pa’ tras, todo hacia arriba (la camisa). Y ahora vas a poner tu bebé. La cabecita es normal, no te asustes, después cambia. Ahí para que puedan mirarse. Para que lo vean bien. Se ve bien, así que quédate tranquila, se ve bien tu guagua, mete la manito para que te sienta tu guagua, el papá también, eso, súper bien.” Una auxiliar que mira muy atenta exclama: “¡Que es bonito!”

El bebé queda apoyado contra el pecho desnudo de Gloria, y tapado con un paño. Una mano de ella queda bajo el paño sosteniendo al bebé, mientras Cristián le acaricia la cabecita. Él toma con una mano la cabeza del recién nacido y lo observa detalladamente: observa su cabeza, espalda, y cara. Su otro brazo pasa por debajo de la cabeza de la Gloria y la toma de un hombro.

La pareja se mira tiernamente y se abrazan. El bebé está tranquilo, apoyado entre los pechos de ella, con una manito apoyada al lado de su mejilla, la cara de lado levemente orientada hacia la cara de Gloria. Ella suspira, sus ojos están llorosos. Él acaricia la cabeza del bebé con una mano, mientras él y la mujer susurran. Una mano de la mujer también acaricia la cabecita. Al parecer hablan de la forma de la cabeza –puntiaguda- y ella dice “si es normal, después se le va a poner bien”. Siguen susurrando, el bebé está

calmado, y de pronto estalla en llanto. La atención pasa de la conversación hacia el bebé en un instante: “Qué pachó?,” pregunta Gloria, y ambos lo acarician con más intensidad. Cristián toca suavemente la espalda del recién nacido, y comenta lo peludo que es. La madre asiente y lo siguen tocando. Él hunde suavemente sus dedos en la espalda del bebé, palpando distintas zonas de su cuello. Acerca su cara a la del bebé y se ríe. El bebé sigue llorando, mientras el padre lo recorre con la mirada y el tacto. De la pequeña espalda pasa a uno de los bracitos y a la mano, y parece contar los deditos. Gloria se mece casi imperceptiblemente, intentando calmar al pequeño, con susurros dulces, dice “¡sigue llorando!”, y tras unos segundos el padre acerca su cara a la del pequeño y remeda su llanto. “Ehehé”, y ríe con ganas, casi emitiendo una carcajada. Tras este gesto, el bebé se calma y deja de llorar. La mujer sonrío. “Tenemos que buscarle nombre”, susurra ella. Él asiente con la cabeza, mientras su vista está fija en la espalda del pequeño, que sigue tocando. Pasa la vista hacia la carita, y desplaza su mano desde la pequeña espalda hacia la cabeza, palpando suavemente con movimientos circulares. Ella tiene la vista puesta en el padre, y mira de reojo al bebé para ver que él está tocando su cabecita. Vuelve la vista al padre: “Dile a mi mamá que le avise a tu mamá”... y suspira exclamando suavemente “¡ah!”, con los ojos en llanto.

Mientras susurran, Cristián sigue desplazando la vista por el bebé, en un momento acerca su oído a la boca de ella, luego toca la oreja del pequeño, la levanta, toca su espalda y levanta el paño para mirar su cuerpecito por ambos lados. El pequeño comienza nuevamente a llorar, y el padre lo arropa. Acerca su cara a la de Gloria, para mirar desde cerca la cara del bebé. Toca su bracito y le acaricia una mejilla. En ese instante el bebé se calla y abre los ojos, para volver al llanto en pocos segundos. Ella lo mece y sigue susurrando, él toca la espalda, nuevamente el bracito, llega a la mano y recorre los pequeños dedos.

Se calma otra vez, ambos padre y madre toman su cabecita y giran la cara para poder verlo mejor. Cristián levanta un poco el brazo que sostiene la cabeza de la madre, y ella puede ver mejor la cara del pequeño. El pequeño abre sus ojos y sigue tranquilo. Gloria pone cara de sorpresa: “Se hizo pipí parece”. Las risas de la matrona y auxiliares devuelven la atención al escenario, al box, al entorno. Durante casi 8 minutos pareció no existir otro mundo que la burbuja creada entre el padre, madre y bebé. Cristián y Gloria por primera vez desplazan la vista al entorno, conectándose con las otras voces y diálogos.

La matrona de neo pide al bebé, explicándoles que le van a prestar la atención al recién nacido, y que más tarde lo volverán a traer con Gloria. Pregunta a Cristián si quiere ir a ver, él asiente, y va hacia un rincón de la sala donde comienza el “ritual” de la atención a recién nacido: la matrona primero limpia vigorosamente el cuerpo del pequeño con un paño, tras lo cual lo mide, pesa, le inserta sondas de aspiración por la nariz y boca para

succionar mucosidades, lo toca por todo el cuerpo, pone una inyección de vitamina K en la pierna, la vacuna BCG (antituberculosis) en el brazo, y echa gotas en los ojos. Es una rutina por la que todos/as los/as bebés pasan, bastante violenta para cualquier espectador/a. El pequeño recién nacido llora intensamente durante toda la examinación, mientras Cristián mira atónito.

Luego piden a Cristián que salga, al pasar por el lado de Gloria observa de reojo que le están suturando los labios vaginales, y su expresión denota gran impresión. En efecto, están suturando la episiotomía, lo que tarda algo más de media hora.

Ambos salimos del box de atención de partos. Lo abrazo y lo felicito, y con los ojos llorosos me dice: “Es el día más feliz de mi vida, lo más maravilloso de la vida es ver nacer a un hijo.”

Paso a pre-partos, a ver cómo siguen Maribel y Cecilia. A Maribel ya le han puesto la epidural, y falta poco para que la lleven a la sección de partos. Gloria sigue dilatándose lentamente, la matrona dice que si sigue así, el/la bebé nacerá alrededor de las 8 de la noche. Salgo al pasillo, y está sólo Segundo, a quien le cuento sobre su pareja. Él me dice que Pedro debió salir a buscar a su hijo donde su madre, y a dejarlo donde su suegra, quien lo iba a cuidar por el resto de la tarde. A Pedro no le informaron oportunamente que falta muy poco para el parto; esperamos que alcance a volver para participar.

Media hora más tarde, pasan a Maribel a partos, y Pedro aún no ha vuelto. Lamentamos mucho que esto haya ocurrido, y nos damos cuenta de la importancia de entregar información de calidad –y oportuna- a los varones mientras esperan. ¡Desde las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde a Pedro sólo le entregaron información en dos ocasiones!

Vuelvo a entrar, y le cuento a Maribel lo ocurrido. Ella lo lamenta mucho, y me pide que me quede con ella durante el parto. Así lo hago, y nace una preciosa Milagros cerca de las 7 de la tarde.

Mientras estoy con Maribel, escucho que han traído a Cecilia al box de al lado. Cuando paso a ese box, el trabajo de parto va muy avanzado, y piden que se llame a Segundo para que entre. Segundo entra casi al mismo instante en que la bebé está naciendo, y alcanza a ver cómo la matrona la saca del canal de parto y la levanta. La pequeña llora un poco, la limpian y ponen sobre el pecho de Cecilia. El neonatólogo explica: “Mientras tu guagua esté aquí significa que está bien, para que estés tranquila, pon tu manito adentro, dentro de la guagua. Eso, bien afirmadita.” Segundo mira con cara de gran asombro, y le toca a la pequeña la cabecita y una manito, con timidez, como temiendo que no esté autorizado para tocarla. “Si quiere Ud. también puede tocar a su guagua, ni un problema”, le dice el neonatólogo al ver su expresión. Tapan a la bebé; Cecilia la tiene entre sus dos

manos, y le besa la frente, mientras dice “mamita” en tono muy cariñoso. Segundo le toca y acaricia una manito. La bebé está muy tranquila, apoyada de lado con una mejilla sobre un pecho de Cecilia, quien exclama “¡Se me está cayendo la leche!” “Ah, qué bien pues”, contesta el neonatólogo. La pequeña emite un pequeño gemido; Cecilia se ríe y la bebé abre los ojos. Segundo acerca su cabeza a la cara de la pequeña, y la mira fijamente, siempre sosteniendo y acariciando su manito. “Se parece a ti, ¡cómo abre los ojitos!”, dice Cecilia. Él se ríe, le toca una mejilla y acaricia la otra manito, acomoda el paño que cubre a la bebé. Ella dice: “Igual a ti, ¡mira su boquita!”, y voltea la vista –que no ha despegado de la recién nacida- hacia el padre. La pequeña tiene los ojos muy abiertos, orientados hacia la vista del papá. Los cierra y solloza un poco. “Ya, tranquilita, mi niñita!”, dice Cecilia, acercando su cara a la de la bebé, que se calma. “¡Mira si está tan tranquilita!”, agrega ella. El padre le toca la frente, sigue afirmando su mano, y acaricia la cabeza, recorriendo con la vista a la pequeña.

Cecilia le besa la manito, “¿Qué pasó?”, le pregunta en tono cariñoso. Segundo toma sus deditos con delicadeza y los estira. La bebé tienen los ojos muy abiertos, y mira a su madre. “¡Mira como mira!”, exclama una auxiliar, y otra agrega, “¡Qué hermosa!”. Cecilia y Segundo no despegan la vista de la pequeña. El padre acerca su cabeza a la de la pequeña, diciéndole suavemente “Hola... hola”, y la pequeña gira la vista hacia arriba. “¡Mira como te mira!”, dice la madre, y agrega, “¡Y porfiá pa’ salir!” La bebé vuelve a fijar la vista en la madre, muy tranquila y atenta. El padre mueve el paño que la cubre un poco hacia atrás, y toca su oreja y cabeza. “Si ella también quería puro salir”, dice la madre, y le besa la manito. “Tiene tu boca”, le vuelve a decir a Segundo, y la pequeña emite un grito, seguido de un “puchero”. “Ya”, la calma la madre, “¡mira como hace pucherito!” Y agrega, “parece que se hizo, tiene algo en el popín”, mirando por primera vez hacia el lado, a una auxiliar. El padre sostiene y acaricia con sus manos una de las manos de la pequeña, mientras la mira fijamente a la cara. La pequeña está llorando, la madre la calma: “Ya, ya, ¿qué pasó?”, y una auxiliar sugiere que la cambien de posición: “Súbala un poquito que está muy pa’ bajo”. La madre la acomoda, la pequeña le chupa la piel, ante lo cual dice “Quiere teta parece”. Una auxiliar que está al lado dice: “Sí, si ya tiene calostro”. El padre retira las manos, y Cecilia, con ayuda de una auxiliar, pone la boca de la bebé sobre el pezón. “¡Me está chupando!”, dice la madre. Y la pequeña suelta el pezón. “Si no, no importa, no es necesario que tome”, agrega la auxiliar. Vuelven a acomodar a la bebé entre los senos de la madre, girando su cabecita para que su vista pueda cruzarse con la de la madre. El padre tiene las manos a un lado de la camilla, y a ratos acerca una mano a la pequeña y la toca suavemente, a veces acariciándola, a veces hundiendo sus dedos con mucho cuidado en su piel. Su vista ya no está sólo centrada en la pequeña, sino que mira hacia donde la matrona está suturando la episiotomía, con cara de asombro. Cecilia le dice “No mire pa’ bajo”, y él vuelve la vista a ella y luego a la bebé.

III. EL ANALISIS: *LOS HOMBRES TAMBIÉN SE EMOCIONAN*

Información del Ministerio de Salud nos indica que en casi un 30% de los partos hospitalarios en nuestro país en el 2002, ingresó el varón –pareja de la mujer gestante- al parto. Esta cifra es considerable, considerando que hasta el año 1995 no estaba permitida la participación de ningún no especialista en el parto hospitalario. Es principalmente el varón quien puede ingresar al box o pabellón; y puede hacerlo a partir de la fase expulsiva final del parto. Es decir, no ingresa junto a su mujer desde que la trasladan desde el pre-parto al box de atención, sino sólo cuando el/la bebé está a punto de nacer.¹⁵

El hecho de favorecer la participación de no especialistas, personas cercanas a la mujer, durante el parto, es de gran importancia. Como hemos visto, la institucionalización y medicalización del proceso del parto ha mejorado los índices de morbilidad materna e infantil asociados al parto, sin embargo, con respecto a los participantes, dejó a la mujer sin el apoyo y compañía que tradicionalmente recibía de una red social de apoyo. Devolver la posibilidad de que participe al menos un no-especialista, en este caso, el varón, es por tanto, muy relevante tanto para él como para la mujer.

La manera en que se permite la participación del padre varía entre los hospitales, y hay servicios donde aún no es permitida. En todos los casos en que participa, lo hace en el período expulsivo del parto, y por lo general no ha recibido una preparación previa. Analizaremos a continuación diversos elementos que nos parecen de relevancia para comprender la importancia de la participación del hombre en el parto.

III.1. Condiciones institucionales, voluntades personales.

Como planteábamos al inicio del presente capítulo, consideramos que la organización de la atención de partos –ahora nos referiremos específicamente a la participación del varón- se puede situar en dos niveles: uno *institucional*, que prescribe los procedimientos generales que se deben seguir; y uno *particular*, sin duda determinado en gran medida por el primero, pero que implica que el personal de atención tiene cierto nivel de autonomía para decidir los cursos de acción.

La observación participante en hospitales revela que la participación de los padres en el parto depende de la interrelación entre estos dos niveles. Resulta interesante descubrir que las dificultades identificadas para la participación del varón se esgrimen, desde el personal de salud, en un círculo argumentativo sin fin que enlaza los dos niveles, lo que explicaremos a continuación. A los varones sólo se les permite participar en el período

¹⁵ No conocemos las prácticas de todos los hospitales de Santiago ni del país; sabemos que en la mayoría se autoriza sólo la presencia del varón, que en algunos, en caso de no estar presente la pareja de la mujer, se permite el ingreso de otro/a familiar cercano; y casos de otros establecimientos donde en casos especiales también se permite.

expulsivo del parto, cuando la mujer ha sido trasladada desde la sección de pre-partos hacia los box de atención de partos. En los hospitales en que hemos realizado observación participante, la sección de pre-partos es una gran sala común para todas las mujeres que se encuentran en trabajo de parto, y los box de atención de partos son individuales y privados. A pesar de ser la sección de pre-partos una sala común, se cuenta con cortinas y/o biombos que separan los espacios entre cada cama y cada mujer, sobre todo para resguardar algo de privacidad en las examinaciones vaginales que se les efectúan. Estas mismas divisiones posibilitarían que se genere un espacio más o menos “privado” en donde una persona externa al personal de salud acompañe a la mujer.

Sin embargo, no se considera posible este acompañamiento, en opinión del personal de salud, por dos motivos principales: debido a la disposición espacial que impide la privacidad, y debido al elevado número de personas que circulan por la sección de pre-partos. Resulta paradójico que haya tantas personas en pre-partos, si justamente se quiere cuidar la “privacidad” de las mujeres. Creemos que el argumento de “privacidad” esgrimido desde el personal de salud refuerza el hecho de que el parto “pertenece” al reino biomédico, y busca justificar la exclusión de personas *externas*, pues, como vimos al inicio del capítulo, nada puede alejarse más del concepto de “privacidad” que la atención que las mujeres reciben en pre-partos.

En un caso excepcional en que una mujer gestante se encontraba muy nerviosa, y pidió insistentemente que su madre pudiera entrar, se permitió, y esa observación permitió ver que es perfectamente posible generar micro-espacios de intimidad dentro de la sección de pre-partos. En este ejemplo vemos, entonces, que el argumento del personal de salud para que no pueda haber un/a acompañante de la mujer en pre-partos se basa en una dificultad de infraestructura, pero pasa también por una cuestión de voluntades. Se argumenta que aunque existiera la voluntad para implementar dicha acción, la infraestructura lo impide.

Esto nos parece de gran relevancia, puesto que las mujeres permanecen por largas horas sin apoyo de personas cercanas pertenecientes a sus familias y/o redes de apoyo, en un ambiente con personal extraño que no está ocupado de prestarles apoyo emocional, que sí le aportarían los/as primeros/as. La presencia de un/a acompañante exclusivamente en el período expulsivo del parto sin duda que representa un avance, pero sólo implica el clímax de un proceso que ha comenzado horas antes.

Como veíamos, la información que reciben los varones apunta a que sólo pueden entrar cuando el parto está por ocurrir. Sobre las razones que impiden que acompañen a sus parejas antes, algunos varones esgrimen el mismo argumento del personal de salud –por un tema de espacio físico que impide la privacidad- mientras otros simplemente contestan “porque no se puede”. 9 de los 12 varones entrevistados argumentan que la sección de

pe-partos no es lugar para hombres (a menos que sean médicos o personal de salud), es un lugar privativo de mujeres. En este sentido, atendemos a que la información entregada impide a los padres sentirse integrantes legítimos de todo el proceso en torno al nacimiento. Recordamos el caso expuesto anteriormente de Cristián, quien preguntó si podía acompañar a su pareja hasta el momento del parto, y le dijeron que eso era imposible por que en pre-partos hay muchas otras mujeres, y hay que respetar su privacidad. Otros testimonios de varones refuerzan este punto:

“Me dijeron que no se puede entrar antes del parto, nadie que no sea del hospital puede. Sólo se podría hacer una excepción si es una mujer, por ejemplo la mamá de ella, porque ahí entran puras mujeres” (Alexis, 24).

“Yo creo que lo que pasa ahí debe ser más de mujeres, porque me dijeron que hay puras mujeres y que así es no más” (Pablo, 30).

Para los varones, entonces, la razón de que no puedan entrar a pre-partos deja de ser exclusivamente un tema de infraestructura, y pasa a ser un tema cruzado por el género, donde hay espacios privativos para mujeres. Los testimonios revisados muestran cómo los padres comprenden que su presencia sólo es permitida en el momento del parto, y que el pre-parto es el espacio donde el hombre no puede entrar. Aún entre aquellos que desean participar, la experiencia queda limitada a asistir y no a compartir íntimamente todo el proceso que la mujer experimenta al parir. Tal comunicación refuerza las representaciones de género en que la salud reproductiva es concebida como privativa de mujeres. Los padres aparecen como alguien que va a “asistir” al parto, un espectador del producto final que es el hijo/a, y no como un integrante del proceso. De esta manera, no se cumple a cabalidad el propósito de humanización de la atención con la inserción de los padres como acompañantes, a pesar de haber sido implantada en la institucionalidad hace algunos años. Aún constituye una práctica que enfrenta dificultades y resistencias, impidiendo a los hombres ofrecer su apoyo y de compartir el trabajo de parto como un proceso significativo del paso de la pareja hacia la maternidad y la paternidad.

Durante el tiempo en que las mujeres gestantes permanecen en la sección de pre-partos, los familiares y parejas que las han acompañado al hospital deben esperar por períodos que usualmente superan varias horas, sin recibir información recurrente ni de calidad acerca del progreso del trabajo de parto de las mujeres. Nos interesa profundizar en la calidad y tipo de información que reciben los varones acerca de sus parejas en pre-partos, y de su posible participación durante el parto.

En primer lugar, y como se aprecia en el relato presentado antes de este capítulo, se observa que hay diferentes tipos de información, y de calidad de la misma, entre los varones entrevistados. Algunos habían participado anteriormente en partos de otros/as hijos/as, por lo cual su información era más acabada que para padres “primerizos”. A pesar de esto, se identifica que la información entregada en los servicios públicos en que realizamos observación es escasa y poco profunda. Todos los varones habían recibido alguna información de sus parejas, quienes recibieron esa información en los controles prenatales, y algunos de otros varones y parejas en donde el padre ha participado en el parto.

En este sentido, no existe claridad en que la participación del varón efectivamente va a ser posible. Los testimonios de varones entrevistados y de sus parejas revelan la evidente carencia de información sobre el derecho al acompañamiento, lo que impide a los padres organizarse con relación a los cuidados de los/as hijos/as que quedan en casa y en relación a sus trabajos, para poder acompañar a sus mujeres durante el parto. Impide además que se preparen emocionalmente para un evento inédito en su experiencia como padre y como hombre, en una práctica nueva en la asistencia, que no corresponde al modelo de masculinidad hegemónica. Los hombres necesitan prepararse, ya sea solitariamente, ya sea en el diálogo con sus compañeras, sea en instituciones, para enfrentar las presiones que las representaciones tradicionales del género ejercen alejando a los hombres de los cuidados hacia su familia.

No sólo se aprecia falta de información sobre el derecho de participación, sino también sobre el progreso del trabajo de parto de las mujeres una vez que están en el hospital. Esto se hace evidente en el caso que relatamos de Pedro, quien debió salir a buscar a su hijo tras 9 horas de espera en el hospital, en la que sólo en dos ocasiones le informaron sobre el progreso del trabajo de parto de su pareja. Debido a esta falta de información oportuna, él se ausentó durante una hora, hora en la que su hija Milagros nació.

La mayoría de los varones expresa haber recibido información más acabada sobre su participación sólo al momento de llegar al hospital, y podemos preguntarnos cuál es la calidad de esa información, basándonos en el relato antes expuesto. Sólo los padres que habían asistido a uno o más controles prenatales -3 de los 12 varones- tenían información más certera acerca de la naturaleza de su participación. En los casos en que la información fue recibida de manera informal a través de amigos/as, fuera de los servicios de pre-natal, quedó claro que los varones no se sentían seguros en cuanto a su participación en el parto. No tenían claridad si iban a poder entrar efectivamente al parto, ni en qué momento y qué condiciones.

Esta inseguridad también se relaciona con el hecho de que 6 hombres iban a ser padres por primera vez, y de los restantes 6 entrevistados con hijos/as anteriores, sólo uno había

participado en el parto (que había sido una cesárea, atendida en clínica privada). La inexperiencia con respecto a estar presentes en el parto sin duda constituye un elemento relevante, que los llevaba a tener muchas dudas y ansiedad. Un hecho que llamó nuestra atención es que la principal preocupación de los varones era si iban a soportar ver el sufrimiento de sus compañeras; los varones contactados antes del parto preguntaban si otros padres se desmayan, y qué pasa en esas ocasiones.

Las dudas y preguntas de los varones nos dieron la sensación de que no tenían claridad sobre la legitimidad de su participación; por ser una experiencia relativamente nueva en salud pública, todavía no implementada en todos los servicios, existe la sensación de que en alguna medida se les está haciendo un “favor” al dejarlos participar. En este sentido, preguntas como dónde van a estar ubicados en la sala de partos, si su presencia no molesta o dificulta el trabajo del personal de salud, y otras del mismo corte, hacen suponer que sienten que su presencia puede “molestar”. Esta actitud es similar a la que adoptan los varones en la espera previa al parto, en la cual se muestran reticentes a hacer muchas preguntas, pues sienten que están “molestando”.

Como analizábamos en la primera parte del análisis, la socialización que se recibe con respecto a la atención del parto es que se trata de un proceso que pertenece al reino biomédico, que debe ser tratado por personal especializado, y frente al cual la familia y mujer no detentan autoridad.

Con respecto a la información que se entrega a los varones, es importante aclarar que la desinformación observada depende en gran medida de los equipos humanos que atienden el parto. Las voluntades personales son importantes para entregar oportuna y adecuada información. Como ejemplo, resultó interesante apreciar como a lo largo del trabajo realizado por la investigadora en los hospitales, el equipo de turno de atención de partos fue cambiando su actitud con respecto a la entrega de información. Con la sola presencia de la investigadora, quien averiguaba sobre el “estado” de las mujeres para salir a informar a los varones, se fue generando una respuesta de parte del personal. Tras varias visitas al hospital, en algunas ocasiones las matronas o auxiliares de turno se adelantaban a entregar información a los varones. Queda la duda de si esto ocurrió por una toma de conciencia acerca de la mala calidad de la información entregada, o por temor a ser “acusadas” (es necesario recordar que la presencia de alguien “extra-hospitalario” siempre despierta sospechas).

Todos los varones entrevistados expresan haber estado muy nerviosos y angustiados durante el período en que esperaron dentro del hospital, desde que llegaron con sus parejas hasta el momento del parto. En este período, todos concuerdan en haber recibido menos información de la que esperaban, y de mala “calidad”. Esto se refiere a que las respuestas del personal de salud apuntaban principalmente a decirles que no estuvieran

nerviosos, que se calmaran, que tenían que tener paciencia y se les iba a estar informando del “estado” de sus parejas. Sin embargo, la información detallada de sus parejas pocas veces llegaba, y en muchos casos era también ambigua y confusa. Segundo (35) así lo expresa:

“Bueno, yo también estaba nervioso pero yo como que no lo demuestro tanto, porque los otros se paseaban pa allá, preguntaban; a cada doctor, a cada enfermera que pasaba para adentro le preguntaban algo. Qué, si ellos no pueden responder a todos, no tienen respuesta pa todo.”

¿Y a Ud. le iban dando información de cuanto le faltaba, de cómo estaba...?

“Claro... o sea más o menos, es que como le digo yo soy más calmado, es que ellos le preguntaban de repente a personas que no tenían nada que ver y no les decían nada, entonces uno más o menos sabía a quien tenía que preguntarle, y ahí la información era un poco más buena. Pero había unos papas nerviosos, o sea se le notaba más.”

La información era “un poco más buena”, alude a que incluso preguntándole a las personas adecuadas, no era completa. Como expresa Víctor (22):

“Al final, cuando me venían a decir algo de la Pamela, era de que iba todo bien pero uno no sabe cómo va a seguir, o sea como que hasta ahora estaba bien, pero más tarde se podía poner mal, o complicar, o ir a cesárea. Entonces siempre yo sentía que era probable que no pudiera entrar.”

Un elemento clave en la información que se les entregó, dice relación con que su participación dependería directamente de que el parto no se complicara. En este sentido, el personal de salud constantemente refuerza el hecho de que el parto es complejo, requiere de uso de tecnología, y en cualquier momento puede transformarse en un proceso que requiera cirugía:

“Yo ya estaba asustado de que iba para cesárea, como me dijeron las tres veces que quizás no podía entrar, porque la gorda se estaba demorando mucho... y uno piensa que le puede dar asfixia o tener el cordón enrollado, como pasa a veces, y yo estaba nervioso por todo eso. Pero gracias a Dios que todo salió bien, y pude entrar y todo” (Juan, 30).

A diferencia de la salud privada, en los hospitales no se permite la presencia de los varones en operaciones cesáreas; el argumento dado por una matrona es que “es un proceso de alta complejidad donde es mejor tener la menor interferencia posible”. Nos preguntamos por qué en una clínica esa “interferencia” es permitida, incluso en los pensionados de los hospitales, donde se paga un precio más alto, lo varones pueden entrar a la cesárea. ¿Se trata de un motivo netamente económico? Nos parece necesario revisar esta práctica; en cesáreas en hospitales hemos visto a más de 15 personas dentro del pabellón, muchas de las cuales no cumplen una función estrictamente necesaria. ¿Acaso ese elevado número de personas del personal de salud no “interfiere”?

Edgardo (31) tiene un hijo anterior de 3 años, que nació en clínica privada tras una cesárea. Ahora no pudo costear de nuevo la clínica, por lo que su hija Valentina nació en el hospital. Edgardo relata con detalles el parto de su primer hijo:

“Bueno llegamos a las... ella tenía hora para operarse a las ocho y cuarto de la mañana día sábado. Entramos a pabellón, entonces ella estaba nerviosa, estaba llorando y ahí uno la empieza a calmar po, a tranquilizarla y todo, y después el doctor me pregunta que si iba a sacar fotos y yo le dije que sí, entonces me pusieron frente a ella para sacarle fotos (...) A medida que iba cortando el doctor las capas de la guatita ahí yo iba sacando fotos, entonces uno va viendo todo eso que es como un cautín que a la vez que va cortando todo, va cicatrizando al tiro. Y ya después de eso, en la última capa, salta como no sé si es la sangre o agua, pero ellos tienen una manguerita puesta ahí que saca todo, va sacando el líquido, como drenando. Y después ya sacaron la cabecita del niño, porque el doctor me había dicho que traía el cordón enredado en el cuellito. Ahí le sacó la cabecita al Cristian y me mostró el cordón que venía enredado y todo”.

Edgardo sabía la razón de la programación de esa cesárea, sin embargo no conocía detalles del proceso, ni tenía completamente claro que iba a participar:

“Una semana antes se le dio vuelta, él iba para parto normal, pero una semana antes se le cambió, con una contracción fuerte se le cambió de posición y podálica creo que se llama y ahí ya le pusieron fecha de parto; fue cesárea programada y de ahí, ya esperar”.

¿Y tú sabías de qué se trataba, y que ibas a entrar?

“Nada, nada, yo con el doctor que se trataba mi señora me dijo en la clínica, ya, vai a entrar al parto no más”.

¿Tú habías ido a algún control pre-natal, ahí no te dieron información?

“Sí po, yo fui a casi todos los controles con ella, a las ecografías, a todo, todo, todo, desde el principio. Pero el doctor no me dijo hasta el final que iba a entrar, que no me la perdía”.

¿Te preguntó o te dijo?

“No, él me dijo porque el mejoró a la mamá de mi señora, y después ahora a la Judith, y ahí me dijo, vai a entrar no más, entonces, al principio no hay nada, uno no se pone nervioso, pero cuando a uno le dicen que ya pase, ya empiezan los tiritones. En serio, bueno así me pasó a mi po, pero gracias a Dios salio todo bien. Ya se ve después cuando uno está con el pediatra, cuando lo miden, lo pesan, le ponen una inyección en el muslo, le meten la manguera en las narices pa lavarlos, todo eso uno lo vive”.

Durante la segunda gestación de Judith, comenzaron asistiendo a controles pre-natales tanto a la clínica privada como al consultorio público, pues no tenían seguridad de poder pagar la atención privada. Resulta muy interesante cómo Edgardo compara la información entregada en los distintos establecimientos:

“Claro, es que a uno le decían una cosa y después le decían otra... como a nosotros la estaban controlando en dos partes diferentes, con un doctor particular y por el consultorio, entonces en el consultorio le decían una cosa y el doctor nos decía otra, pero nosotros confiábamos más en el doctor. Entonces el doctor decía que tenía una fecha, tantos meses, y en el consultorio tenía como dos o tres semanas de diferencia. Ahí yo es donde alegaba con ella o alegaba o le decía a la doctora que qué le decían a ella en el consultorio, que tenía póngale tres meses, y el doctor le decía que tenía cuatro, y viendo la misma tabla y todo. En el consultorio veían la misma tabla que veía el doctor y se equivocaron, yo decía que se equivocaron que no estaba bien.”

Las inseguridades que le provocaba el consultorio, a juicio de Edgardo, derivaban de un trato más impersonal, a diferencia del médico privado que la familia ya conocía. A pesar de la desconfianza que le generaba tener a su segunda hija en el hospital, debió hacerlo por falta de recursos económicos. Cuando lo contactamos por primera vez, en el hospital esperando el nacimiento de su hija Valentina, expresó estar muy nervioso por la poca información que estaba recibiendo:

“Ya les dije que pasaba eso de que la Judith tenía distintas fechas con el doctor y en el consultorio. De hecho, el doctor dijo que lo más probable es

que fuera cesárea de nuevo, como la otra vez ya fue cesárea. Y acá me dicen que espere tranquilo, ¡pero cómo voy a estar tranquilo!, además que si va a cesárea ahora no me van a dejar entrar”.

El parto de Judith fue normal, sin embargo Edgardo no estuvo presente. Tras varias horas de espera sin adecuada información, subió a otro piso del hospital a comer algo, y las auxiliares no lo encontraron para avisarle que ya podía entrar.

III. 2. Motivaciones y resistencias para participar en el parto

La participación del hombre en el parto es resultado de diversos y complejos factores personales, de la pareja y de la institución. Revisaremos a continuación las motivaciones y resistencias que tanto los hombres como sus parejas reconocen para la participación del primero en el parto.

Todos los entrevistados concordaron en que sentían una gran curiosidad por estar en el momento del parto; ver cómo “sale” el bebé. Los detalles de este deseo varían entre los varones; para todos es muy importante ver que el/la bebé esté sano/a y “enterito/a”. Y luego aluden a factores que llevan al reconocimiento de la paternidad: ver a quién se parece y buscar los rasgos físicos que expliciten que la paternidad es verdadera.

“Yo estaba que me moría de las ganas de ver cómo salía. Ver si venía sanito, con todos sus deditos, a quién se parecía, de qué color tenía los ojitos. Todos dijeron que mi otro hijo salió a la pura mamá, “¡y ahora yo quería ver si tenía algo del papá!” (Carlos, 25).

La salud de los/as bebés aparece como un tema esencial, lo que se confirma con los relatos de los hombres después de presenciar los partos: muchas veces expresan que lo primero que vieron es que sus bebés estuviesen “enteritos”, como analizaremos más adelante. La preocupación por la salud de los/as bebés aparece más frecuentemente nombrada en hombres que van a ser padres por primera vez:

“Lo primero que uno pide es que nazcan sanos. Lo demás no es tan importante” (Cristián, 22).

“Es que uno nunca sabe, a mí lo que más me importa es ver que venga sanito, por eso es que tanto le he pedido a Dios que me lo traiga sanito (...)

en mi familia un hermano mío tuvo una guaguita enfermita, y yo no le deseo a nadie lo que ellos han pasado” (Víctor, 22).

“Es que con la primera niña yo tenía a lo mejor más miedo, más miedo a que pudiera salir con algún problema, por cosas así” (Segundo, 31).

A partir de diversos testimonios, especialmente en hombres que serán padres por primera vez, podemos ver que las motivaciones para presenciar el parto se relacionan con pasar a ser “realmente” padres. Durante la gestación, el/la bebé aún es un/a hijo/a posible, está dentro del vientre de la mujer y hasta que no nazca no se establecerá un reconocimiento directo entre el padre y él/ella. Para los padres esto aparece como una motivación, sobre todo por el hecho de que es en el cuerpo de la mujer donde se gesta el/la hijo/a: para la madre la relación está dada fisiológicamente, en cambio el padre necesita de un rito donde reconozca al hijo/a como propio/a. El parto es un momento propicio para ello, donde no quedan dudas de que el/la bebé que le presentan como su hijo/a, salió efectivamente del cuerpo de su pareja:

“Uno puede pensar que donde está adentro está como más... no sé... Es más como algo que está no más ahí, entonces uno la ve salir de verdad, con movimiento, y toda a cuestión...” (Segundo, 35).

“Uno ve como se mueve la guata, como patea, como se da vueltas y la mamá lo siente eso, pero uno lo toca no más por afuera. Es como que dan ganas de sentir eso mismo, de sentir como es tenerlo adentro, por eso que verlo como sale es tan impresionante, porque uno se imagina que así mismo estaba adentro” (Juan, 30).

El poder observar como el/la bebé sale efectivamente del cuerpo de la mujer, como vemos en estos testimonios, hace que el hijo/a imaginado/a se transforme en real, en verdadero/a (“uno la ve salir de verdad”). Más adelante veremos cómo los varones relatan haberse sentido “realmente” padres cuando vieron por primera vez a sus hijos/as. Entonces, el deseo de participar en el parto se relaciona con poder finalmente ver a ese/a hijo/a “real”, y al reconocerlo/a, establecer el vínculo de la paternidad.

Otro elemento que aparece mencionado como motivación para participar en el parto es el de prestarle apoyo emocional a la mujer; llama la atención que los tres hombres que

habían asistido a controles prenatales, y otros tres varones que ya tenían hijos/as anteriores, lo mencionaron. Los padres “primerizos” que no habían recibido ningún tipo de información desde las instituciones de salud, no lo mencionaron. Esto quizás nos habla de que con el fomento de la participación de los padres en los partos en los últimos años se ha recuperado un discurso que apunta a la necesidad de prestarle apoyo emocional y afectivo a la mujer. Durante muchos años en que los padres y cualquier acompañante tuvieron restringido el acceso a los nacimientos en hospitales, se puede haber reforzado la idea e imagen de que el parto es exclusivamente del reino médico.

Los hombres que mencionaron como motivación el acompañar a sus parejas, a pesar de dudar si iban a tener la fortaleza para soportar presenciar el parto, estaban concientes de que es la mujer la que “sufre”, y que es ella quien necesita apoyo. Los varones creen que su apoyo las calma y las ayuda a sentirse más acogidas. Como revisábamos anteriormente, los varones expresan su preocupación por el entorno y cuidado de las mujeres desde que ellas están en pre-partos, solicitando a veces la posibilidad de acompañarlas desde ese momento.

Si volvemos a la primera parte de este capítulo, donde analizábamos la naturaleza de la definición cultural del parto, atendemos a que en los relatos familiares aparece constantemente la idea del embarazo y parto como complejos, difíciles, donde está siempre la posibilidad de que se complique el proceso. Además, circulan muchos relatos acerca del sufrimiento de las mujeres en su estadía en pre-partos y partos. Seguramente estos factores inciden en que los hombres tengan la noción de que sus mujeres pueden estar sufriendo, estar solas, y necesitar el apoyo emocional de personas cercanas. Algunos testimonios así lo sugieren:

“Estar ahí con ella, para que no se sienta sola” (Raúl, 43).

“Todas las cosas que le deben hacer, yo pienso que conmigo al lado como que se va a sentir más tranquila, de que yo estoy viendo que todo esté bien, que la traten bien” (Juan, 30).

En la última cita vemos que Juan sabe que en el hospital puede haber “malos” tratos, al referirse a que su presencia puede ayudar a que estos no ocurran. Esto nos lleva al tema del cuidado, donde dos varones mencionaron que es *su* participación la que va a ayudar a sus parejas, más que la de cualquier otra persona. Aluden al rol del hombre protector, fuerte, que “cuida” a la mujer, protegiéndola del entorno:

“(Ella) es chiquitita y frágil, yo no sé si va a aguantar todo lo que va a pasar. Yo sé que ella va a estar mejor conmigo, va a estar más segura y tranquila” (Domingo, 30).

“Me necesita a su lado, siempre andamos juntos pa todos lados y yo la sé cuidar bien” (Alexis, 24).

Esta imagen del hombre “fuerte” contrasta con la del hombre emotivo y sensible que aparece en los testimonios que aluden a que una motivación importante para participar en el parto es la de establecer vínculos tempranos con los/as bebés. Esta comprensión del parto como un evento importante en la relación y vínculo entre padre e hijo/a aparece claramente en el relato de Edgardo (31), el único de los entrevistados que participó en un parto anterior. A pesar de haber sido una cesárea (atendida en clínica privada), él establece claramente el vínculo entre su presencia y el establecimiento de tempranos vínculos:

“Yo no me despegué del niño... de verlo como iba saliendo tan blanquito, es que uno es moreno, y salió como talco, salió blanco así como talco, que la habían echado talco, y bueno la primera impresión que yo dije que es blanquito, y después lo envuelven en una toallita y queda como paquetito y me lo muestran de cerca y él como que abrió los ojitos y me miró. (...) Y era suavcito, era bien suavcita la piel ya después a él lo pusieron no en una incubadora sino que en una cajita, en una máquina así como pa darle calor, y ahí uno lo tocaba y era suavcito así que es bien bonita la experiencia. (...) Uno se olvida (de la mujer), en serio, si después que a uno le pasan la guagua, ya la señora... yo me fui con el Cristian, porque yo lo llevé pa donde el pediatra, él me lo pasó y yo lo llevé.”

Tras preguntar a Edgardo las razones para querer participar en el parto de su siguiente hijo/a, explica:

“Es que con el Cristian somos súper cercanos, súper cercanos, una cosa que la sentí desde que lo vi ahí tan blanquito, como le contaba. Yo creo que va a ser igual con la Valentina, por eso yo no me lo quiero perder por nada.”

De los diez varones que fueron contactados antes del parto en el que participaron (y participó la investigadora), tres nombraron la relación con los hijos/as como un factor

motivante para su participación (además de Edgardo). Dos tienen hijos/as anteriores, en cuyos partos no participaron, y resulta interesante constatar que en las entrevistas de ambos aparece mención a algún parto en sus familias que no ocurrió en “territorio” médico, sino en el hogar, y donde la mujer estaba acompañada de familiares en el parto. Puede ser una coincidencia, pero nos parece relevante mencionarlo, puesto que puede existir algún elemento en su socialización donde se valore la creación de vínculos tempranos entre padres e hijos/as.

Los relatos tras la participación en el parto cambian radicalmente, y sí relacionan explícitamente la presencia en el parto con la creación de vínculos y del reconocimiento entre padre e hijos/as. En testimonios de los padres tras el parto, y meses después del evento, ellos reconocen este vínculo y lo consideran como una razón fundamental para estar presentes en los partos de futuros/as hijos/as. Esto será analizado más adelante.

Para las mujeres entrevistadas, llama la atención que una motivación importante que aparece para que sus parejas participen en el parto se relaciona con que vean su sufrimiento; “para que vean lo que es”, “lo que la mujer sufre”, “lo que se sacrifica”. Ocho de las doce mujeres esgrimieron argumentos semejantes; atendamos a algunos de ellos:

“Sí, (deben participar en el parto) porque que vean, que vean lo que es. Es fuerte para ellos sí” (Susana, 29).

“No es lo mismo que contarles a que vean lo que se sufre, porque uno lo puede contar pero después le dicen que exagera, que cómo tanto, si ni se imaginan por lo que uno pasa, cómo uno se sacrifica por ellos” (Carmen, 25).

“Yo quería que él entrara, para que él viera a su hijo nacer, ver cuánto la mujer sufre, aunque no es lo mismo, es una la que lo sufre, pero que por lo menos esté ahí y lo vea” (Pamela, 21).

El tema del sufrimiento en el parto merece mayor análisis, y lo retomaremos más adelante, sobre todo cuando observamos que los relatos de las mujeres tras el parto también refuerzan la importancia de que el hombre vea lo que sufren:

“Sufrí tanto de ella, de mi otra hija yo no había sufrido tanto; y que él viera el parto, eso fue lo más bonito, que viera lo que uno realmente sufre, porque a veces llegan y claro, tenís la guagüita, te viene a ver, te la pasan, pero no es lo mismo a que él viera lo que uno realmente sufre. Porque si a

uno le dice ah, sabís que sufrí, como que no lo cree, pero que él me haya visto. Él me decía, ah, yo te vi todo lo que gritabas, que sufriste, realmente sufriste... porque yo antes había sufrido a mis hijas, pero nunca tanto, primera vez que sufrí...” (Ema, 29).

Gloria (24) menciona también el sufrimiento, pero agrega que al ver el parto el hombre valora más a la mujer y al/a hijo/a:

“Sí porque tienen que ver lo que uno sufre para tener un bebé y para que lo cuiden, lo valoren, tanto a la mujer como al hijo, porque no es solamente cosita rica cuando están chiquititos, entonces para que ellos vean lo que cuesta. (...) Yo creo que sí (valoran más a la mujer e hijo/a), porque de repente hay hombres que tienen... pucha por aquí y por allá, y chao no más po, en cambio si lo ven como viene; quedan pero impactados y también valoran a su pareja. Que no es llegar y decir ya, voy a tener un bebé. Yo creo que ayuda eso.”

Este relato nos parece de especial relevancia, pues Gloria se refiere al hombre representativo de la masculinidad hegemónica, desvinculado, que no está cerca de la familia, que anda “por aquí y por allá”; y relaciona su participación en el parto con la creación de vínculos más estrechos, con la valoración del núcleo familiar, con una posibilidad de cambio. Esto forma parte esencial de nuestro análisis, e iremos desarrollando cómo los hombres consideran que el haber participado en el parto los ha hecho hombres y padres más cercanos a sus familias.

Otros testimonios de mujeres establecen la relación entre la importancia de la participación del padre con una valoración de la vida familiar:

“La impresión es mucha la de verlo nacer. Para uno quizás no es tanto porque es mujer, pero él estaba tan impactado. Y eso como que se le quedó grabado, y dice que fue tan importante el que viera eso para pensar en las cosas, en cómo era con nosotros” (Pamela, 21).

“(...) ¡Pero de que entrara él a ver que lo que era! Fue lindo porque yo llegué aquí y me pidió perdón de todas las formas, de todo lo que me había hecho” (Susana, 29).

Este último testimonio adquiere importancia por cuanto se establece un vínculo directo entre la participación del varón en el parto con actitudes más “amorosas”, cercanas y apegadas a su familia. Entre las mujeres entrevistadas, aparece además el reconocimiento de que la compañía de su pareja las tranquiliza, las hace “sentirse más seguras” y les entrega un importante apoyo en el momento del parto:

“Es muy bueno, para mí fue muy bueno que estuviera conmigo, yo creo que para cualquier mujer también, a uno la hace sentirse más segura” (Clara, 28).

“No es fácil lo que una vive ahí adentro, uno necesita alguien que la conozca y la entienda... yo tenía tanto dolor y sentía que no me hacían caso, pero cuando él entró como que me sentí mucho mejor, estábamos los dos juntos en eso, me sostuvo la mano y me empezó a decir cosas lindas para que ayudara al José Antonio a Salir” (Carmen, 23).

La seguridad que entrega la presencia de la pareja es un elemento importante para las mujeres; se relaciona con la necesidad de apoyo emocional de personas pertenecientes a redes de apoyo cotidianas de las mujeres. Diversos estudios confirman que la presencia de acompañantes de elección de la mujer facilitan su bienestar, conducen a menos complicaciones en el parto, y mejoran la experiencia integral de la vivencia del parto; en el caso de ser el varón quien acompaña, además se produce un fortalecimiento del vínculo entre la pareja, y con el/la bebé (Klaus y Kennell 1978, 1993; Luco et al. 2001; Valenzuela 2001; Fernández 2001; De Souza y Komura 2004).

El compartir la experiencia del parto se transforma para la pareja en un momento de gran intensidad emocional, y se relaciona con el pasaje de la mujer y del hombre hacia la maternidad y paternidad (Davis-Floyd 2001).

Con respecto a las motivaciones para no participar, el principal temor de los hombres se refiere al nerviosismo y temor de no poder soportar observar un hecho tan impresionante:

“Cuesta un poco porque los nervios, eran tantos que cuesta un poco. Yo me imaginaba una cuestión como mucho más tensa, el ambiente ahí y en los alrededores, y mi señora más complicada de lo que estuvo, eso me imaginaba yo pero fue como todo más relajado de lo que yo pensaba y bonito” (Segundo, 35).

La expectativa de ver el sufrimiento de las mujeres y la sangre en el parto es un importante motivo que hace dudar a los hombres de su capacidad de poder presenciar el evento. Este miedo ante lo que se va a presenciar puede también relacionarse con la incomodidad de estar en un lugar donde se sienten “extraños”, donde no detentan ninguna autoridad, y con la falta de parámetros o “modelos” para presenciar este evento, pues se trata de padres pioneros en esta participación.

El temor al que se refieren los hombres, puede también ser comprendido como consecuencia de la mística de sufrimiento en torno al parto que se ha construido en nuestra cultura tonel modelo biomédico como norma (De Carvalho 2001).

Estos temores convergen en la posibilidad de desmayarse durante el parto, lo cual aparecería como muy embarazoso:

“Le apuesto que Ud. ha visto a papás desmayarse. Yo no sé si voy a aguantar, imagínese si me caigo ahí, ¿qué pasaría?” (Roberto, 28).

“La mujer con todo lo que sufre y aguanta, ¡y si uno no lo puede soportar!” (Alexis, 24).

El desmayo o dificultad para *aguantar* el hecho de presenciar el parto aparecería como un signo de debilidad, característica que se aleja de la definición de masculinidad hegemónica y puede ser leída como señal de poca hombría. Para reducir la ansiedad relacionada con este hecho, es recomendable brindar apoyo emocional a los hombres, lo que se puede lograr a través de una conversación en donde se le aclare su participación en el parto, y se le respondan sus dudas.

De parte de una de las mujeres entrevistadas, también aparece la duda acerca de la capacidad –fortaleza- de su pareja para participar en el parto:

“El es súper especial, es súper, a ver cómo te digo, como débil. Siempre yo soy como más fuerte que él en hartas cosas, entonces cuando él entró, yo no sé, como que me sorprendió, porque él también me decía ayuda a nuestra hija, ayúdala, puja, puja, me decía, y lo que yo pensé siempre era que me iba a poner nerviosa... Claro y yo siempre le decía, que si vai a entrar a ponerme nerviosa, mejor que no entres y me dejas sola, pero él entró y me ayudó, él, sus palabras también me ayudaban, porque él me abrazaba y me decía ayuda a nuestra hija, tú tienes que hacerlo, tú puedes y todo” (Carmen, 25).

A Carmen le sorprendió la fortaleza de su pareja para presenciar el parto y darle apoyo, lo cual es un testimonio presente en varios/as de los entrevistados/as. Tras el temor inicial a participar, tanto hombres como mujeres se sorprenden de la capacidad de él de prestar apoyo a la mujer y poder presenciar el parto.

Con respecto a las motivaciones de mujeres para tener resistencias frente a la participación del varón, en el grupo entrevistado para este estudio no aparecieron otras variables relevantes, sin embargo es necesario considerar que en otros casos hemos recogido testimonios de mujeres que sí mencionan otros factores. El principal alude a la privacidad del cuerpo y la vergüenza de que su pareja la vea en el momento del parto. Quizás el argumento de que los varones no van a aguantar la participación en el parto sea una manera encubierta de las mujeres de expresar que les incomoda su presencia por otros motivos.

No profundizamos en este último punto, y como decíamos, no aparecieron testimonios en este grupo que entregaran información al respecto. Sin embargo, y como recomendación, consideramos que es necesario preguntar previamente a la participación del padre en el parto a ambos hombre y mujer, si están de acuerdo con esta participación, y en caso de haber alguna resistencia, generar instancias para conversar al respecto. Si las angustias derivadas de la participación del hombre en el parto son considerables, se debe evaluar la pertinencia de que así se realice, y proponer, por ejemplo, que el padre entre al box de atención una vez ocurrido el parto, a compartir momentos de apego con su hijo/a y compañera.

III. 3. La experiencia de ver nacer a un hijo o hija

Nos interesa ahora detenernos en las experiencias de los varones tras haber presenciado el parto de sus hijos/as. Nos referiremos en este acápite a los testimonios de varones que se refieren específicamente a describir su participación en el parto y las emociones derivadas de ello. Nos basaremos en las entrevistas realizadas, y en testimonios escritos de hombres que estuvieron presentes en el parto de sus hijos/as¹⁶.

Para efectos de esta investigación, utilizamos testimonios contenidos en libros de actas del Hospital Félix Bulnes entre los meses de julio y noviembre de 2001 (180 testimonios), y del Hospital Salvador desde noviembre de 2001 hasta junio del 2002, (242 testimonios)¹⁷. Este tipo de testimonio constituye una valiosa fuente de información, que

¹⁶ Para diferenciar ambos tipos de testimonios, citaremos en cursivas y entre comillas los relatos orales obtenidos en entrevistas y en conversaciones en el hospital, y en cursivas y sin comillas los testimonios escritos por los hombres en los libros de actas de hospitales.

¹⁷ A pesar de no haber realizado observación participante en el Hospital Félix Bulnes, consideramos que los testimonios sirven para nuestros propósitos analíticos, pues representan a hombres populares de condiciones

entrega relatos de actores que hasta hace poco no tenían acceso a presenciar el nacimiento de sus hijos/as, insertos en un contexto médico que propiciaba el desconocimiento de los eventos que sucedían al interior de sus pabellones.

Los varones, tras presenciar el parto, tienen en algunos hospitales la posibilidad de relatar su experiencia en libros especialmente dispuestos para ello. El personal de atención los invita a escribir su testimonio, y la mayoría de ellos lo hace. Sin poner en duda que se trata de un material muy valioso, es necesario tomar en consideración que se trata de testimonios entregados en momentos muy cercanos a haber presenciado el parto, dentro del “territorio” médico (y en ocasiones siendo observados por personal médico). Como a los padres sólo se les permite asistir a los partos “normales”, en la gran mayoría de los casos sus hijos/as han nacido en buenas condiciones, y se encuentran sanos/as, lo mismo que las mujeres. Lo anterior se traduce en que el “resultado esperado” del parto se hay cumplido a cabalidad, lo cual se transforma en el elemento esencial de los relatos.

Como analizábamos en el capítulo de “violencia simbólica”, es necesario no perder de vista que en el contexto de atención hospitalaria de partos los/as usuarios/as son despojados de cualquier autoridad, y en la mayoría de los casos se limitan a ser observadores o “invitados” a un territorio que no les pertenece. En ese contexto, al pedirle a los varones que plasmen su experiencia en un libro, se obtiene como resultado en la casi totalidad de los casos un relato maravilloso, por diversas razones. En un nivel, atendemos a que el hospital constituye un ambiente extraño, donde los hombres se sienten observados, donde temen por la integridad y salud de sus mujeres e hijos/as. Es difícil que algún varón vaya a escribir algún reclamo o comentario negativo, sobre todo cuando su mujer e hijo/a deben permanecer por varios días más en ese recinto. Además de esto, como decíamos anteriormente, la emoción de haber recién visto un acontecimiento tan impresionante como el nacimiento de un/a hijo/a, no deja lugar a hacer comentarios que no sean de alegría y agradecimiento.

Los testimonios de padres en los libros en hospitales han sido analizados por equipos de salud de nuestro país, siempre relevando la gran cantidad de elementos positivos que se desprenden de la participación del varón en el parto. Planteamos que es necesario relativizar el contenido de estos relatos, sobre todo a la luz del momento y “territorio” en que se producen, como ya hemos mencionado, y analizarlo en el contexto de investigaciones más amplias, que combinen diversas técnicas de investigación. En los relatos escritos en muy pocas ocasiones los hombres hacen alusión a los problemas, dificultades y angustias derivadas de su participación en el parto, que sí aparecen en los relatos orales, en contextos donde se les ha explicado que esa información es confidencial.

muy similares a la de los otros recintos. Los testimonios no muestran diferencias significativas con las del Hospital Salvador.

En nuestro análisis, entre 422 testimonios escritos, encontramos sólo 5 que hacen referencia a problemas que los varones han vivido. En dos de estos relatos, la recomendación o reclamo hacia el hospital está antecedido por agradecimientos; uno se refiere a problemas de atención del personal que permite el ingreso al hospital, y el otro a la falta de baños públicos para los varones¹⁸:

Gracias al personal medico por la disposicion vocacional y con mi persona para entender a los que somos padres responsables que junto con estar con el dolor de los que queremos estemos dispuesto en todo para estar junto a la mujer que uno Ama en el momento crucial de la vida. Nuevamente gracias por todo y que siempre sigan atendiendo con la vocacion que tienen. Solo deben mejorar el personal que atiende en la entrada. Muchas gracias, papa agradecido.

Antes que todo quiero agradecer a Dios todopoderoso por averme dado un hijo hermoso y tambien a las matronas porque se portaron muy bien con nosotros y en especial a una matrona no se su nombre pero es rubia se porto super bien. Pero dentro de todo lo hermoso hubo algo que no me gusto no avia baños publico y tenia que salir afuera cuando una matrona me vio afligido me presto un baño del personal y caso pierdo el nacimiento de mi hijo devieran poner baños para los papas aunque sea quimicos no me uviese gustado perder esto tan hermoso por una negligencia.

Los otros tres relatos muestran a hombres decepcionados por no poder participar en partos con fórceps o cesáreas. Los dos primeros aparecen con sólo una hoja de separación en el libro, lo cual es interesante, porque nos hace pensar que gracias a que el segundo padre leyó el comentario del primero, escribió su comentario (de hecho, ambos relatos comienzan dando cuenta de la hora, lo que es poco común en otros testimonios):

Cuando son las 19.15 Hrs. Me encuentro esperando saber si ya nacio Nuestro bebe (creo que si). No ingrese porq´ fue force, aunque creo no es justo (para nosotros los Padres). En fin ya se los confirmaré...

...Confirmado ya nació el Alonso Isac, fue a las 18 hrs. Peso 3 kgs. 200 y midió 51 cmt.

¹⁸ Copiamos los testimonios como aparecen en los libros, sin cambiar la ortografía.

Son las 12.25 PM. Mi señora se encuentra en pabellón. No me dijeron si iba a ser cesarea o parto con force me dijeron que esperara tranquilo pero no puedo. Yo quería entrar al parto pero no pude. A lo lejos siento el llanto de una guagua no se si sera la mia lo unico que quiero este dia tan especial para mi que mi hija este bien sanita y que nasca sin problemas y que Dios cuide de mi hija y de mi esposa ya que son los dos tesoros mas preciados para mi.

Este es el parto en el que yo queria estar pero por motivos que solo los medicos entienden me enviaron hacia fuera, solo estuve en el principio.

Este último testimonio se relaciona con la falta de información adecuada para los varones, que analizábamos anteriormente. Este hombre no comprendió por qué lo *enviaron hacia fuera*; ocurrió *por motivos que sólo los médicos entienden*, que son motivos que él no comprende.

Nos interesa en este punto aludir a un testimonio más, representativo de otros similares que encontramos, donde se puede ver que en algunos casos los varones pueden sentirse obligados a escribir, sin saber que decir:

Primero le doy gracias a Dios por haber dado a luz a mi hijo que es lo mas maravilloso en este mundo y por cuidar a Rosa, mi mujer. Bueno ahora estoy muy nervioso no tengo nada mas que decir. Disculpe. Chao.

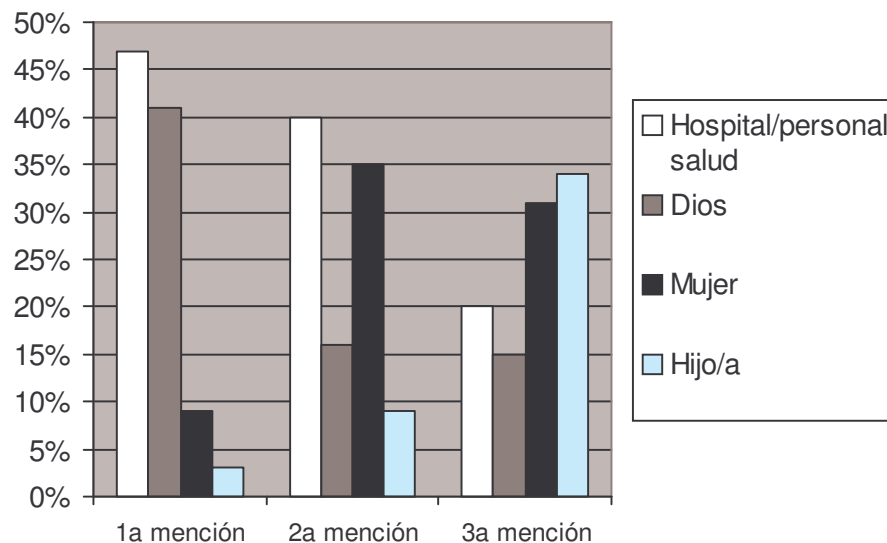
La primera frase del testimonio recién expuesto es casi exactamente igual al que lo antecedía en el libro, y luego el padre agrega *ahora estoy muy nervioso no tengo nada más que decir. Disculpe*. El *disculpe* puede aludir a que el hombre pide perdón al hospital o personal de salud que le pidió que escribiera, cuando él en realidad no sabe qué decir. Otros testimonios muestran ideas similares, incluso algunos tachan lo que han escrito y sólo firman, y en otros casos se nota que a penas saben escribir, por lo que copian con exactitud (incluidas las faltas de ortografía), testimonios anteriores.

En el total de los relatos, llama la atención la mención a cuatro esferas: al hospital y personal médico, a Dios, a la mujer y al/la hijo/a recién nacido/a:

Gracias a Dios y a los medicos por aver traído a un ser muy especial. Es algo emocionante ver naser a lo que tu mas amas en la vida. Nueve meses

lo ves crecer y toda tu vida los tienes contigo Gracias a Dios y a mi esposa y a los doctores, y a mi nueva hija recién nacida.

Si realizamos una primera lectura sólo cuantitativa de la cantidad de veces que en los testimonios los varones mencionan cada una de estas dimensiones y en qué orden, nos encontramos con lo siguiente:



Esta tabla se elabora en base al total de testimonios; la gran mayoría de los varones alude a varias dimensiones, sin embargo un 5% se refiere sólo al hospital y un 3% sólo a Dios. La mujer aparece mencionada en la mayoría de los casos tras el hospital y personal médico y/o Dios. Los y las bebés también se mencionan, y aparecen con la mayoría de las menciones en un tercer lugar.

III.3.1. *Agradezco la oportunidad que he tenido al ver el nacimiento de mi hijo*

En los escritos de los hombres tras el parto, como primera mención se hace referencia al personal de salud y al hospital, agradeciendo a la institución y personal por darles la posibilidad de compartir el nacimiento de sus hijos/as con sus parejas. Especial énfasis en agradecer a la institución la ponen los padres con hijos/as anteriores/as que no habían tenido antes la posibilidad de participar en el parto. Veamos algunos ejemplos:

Agradesco la oportunidad que e tenido al ver el nacimiento de mi hijo ya que hace mucho tiempo Nos tenían practicamente prohibido esta gran experiencia la cual a resultado maravillosa. Gracias.

Es mi tercera hija y es la primera vez que estoy en el parto es maravilloso Doy las gracias al las señoras que me Permitieron estar con mi mujer y mi Hija.

Para mi señora y yo fue algo realmente hermoso, no tengo palabras para el sentimiento que me rodea. Estoy muy agradecido de todos los funcionarios que me dejaron vivir algo tan hermoso. Bueno lo mas importante es que, Siempre Quice Poder estar Presente en el nacimiento de mi Hijo.

Y Felicitar a todas las personas que hicieron posible esta iniciativa y que nos permite ser partícipe de tan bello alumbramiento que llena de orgullo y gozo realmente faltan palabras para agradecerles A este equipo medico tal acontecimiento. Y muchas pero muchas gracias a todas y que siempre les valla muy bien por tan linda labor que desempeñan y un gran saludo a las señoritas todas Se despide un padre agradecido.

Los hombres entonces conciben el parto primero como un evento médico, cuyo “dueño” es el hospital. Es el hospital, o sus representantes –personal de salud- quienes pueden dar autorización a los varones a participar en el parto:

Yo doy muchas gracias al Hospital por haberme dado autorización para ingresar al nacimiento de mi hijo, felicito el trabajo que realizó el personal con mi señora y mi pequeño tesoro. Todo salió muy bien gracias a los profesionales del Hospital y a dios es muy Impresionante y Hermoso gracias

Les doy gracias al hospital que me dejo ver nacer a la niña mas linda del mundo y a las doctoras que tubieron que traerla a la vida. Gracias. Fue una experiencia bacan.

Muchas gracias a la doctora y sus ayudantes por dejarme presenciar el parto de mi hija. Siempre sere un agradecido de todos ustedes por traer a mi gran amor, mi hija.

Como apreciamos, el hospital *da la autorización* o *deja ver* el parto. Los varones son “invitados” a un evento que pertenece a un reino diferente al familiar. Si relacionamos esto con el análisis ya expuesto acerca del “territorio” donde ocurre el parto, vemos una correspondencia entre estos testimonios y las observaciones que describen cómo las parejas “entregan” el parto al personal de salud, limitándose a ayudar a dicho personal a que lleve a cabo su trabajo:

Primero que todo quiero agradecer al cuerpo medico por traer al mundo a mi hijo.

Impresionante Ver cómo hicieron nacer a mi hija, sólo palabras de agradecimiento por tan increíble acto.

En este sentido, algunos testimonios explícitamente indican que fue el personal médico quién *trajo al mundo* a los/as bebés. Repetimos la idea de que es necesario analizar estos relatos en el contexto en que suceden; al interior de un recinto hospitalario donde los padres no tienen autoridad alguna.

De la mano del agradecimiento hacia la institución de salud, aparece mencionada la esfera divina. La mayoría de las veces que se hace mención a Dios en los testimonios, aparece en primer lugar, como se ilustra a continuación:

Al igual que todo padre, lo primero es dar gracias a Dios por entregarme/nos, a nuestro hijo sano y salvo de igual manera a la mama d´ mi hijo.

En primer lugar doy gracias a nuestro Señor Jesucristo y a nuestro Dios Todopoderoso por darnos la dicha y la felicidad de traer a una linda criatura a estas tierras chilenas.

El agradecimiento hacia Dios en muchos casos alude directamente a que el/la bebé nació sano/a:

Muchas gracias Señor por haberme dado una hija sana.

Lo que un padre más espera es ver a su hijo sano, por eso agradezco al Cielo que haya salido todo bien.

La mención a la divinidad se entremezcla con una gran emoción, en la que los varones se sienten sobrecogidos por la experiencia de haber visto nacer a sus hijos/as. A continuación analizaremos específicamente testimonios tanto escritos como orales que muestran cómo los hombres se conectan con su emotividad.

III.3.2. La felicidad es una pequeña palabra para explicar mis emociones

La masculinidad hegemónica impone ciertas normas que hacen que para los varones, a distintas escalas, no sea común expresar sus más íntimos sentimientos, expresar ternura, mostrarse sobrepasado hasta las lágrimas. Diversos testimonios nos hablan de que la participación en el parto abre la posibilidad para los varones de conectarse con la esfera emotiva de sus vidas, que es una dimensión poco explorada por muchos de ellos.

No encuentro palabras para describir lo que senti en estos 20 minutos atrás que van ha ser una de las grandes experiencias de mi vida. Todavía me late el corazon que pareciera que me da vuelta por todo el torax. Se que hoy a la 00 10 hrs es el momento mas grato. reconfortante, nervioso pero feliz.

Como revisamos en el marco teórico, diversas plataformas y autores plantean que mientras menor participación tenga el varón en los procesos reproductivos, habrá mayor rigidez en la asignación de roles de género. En los testimonios de los varones comprobamos que la participación en el parto produce fuertes cuestionamientos en sus definiciones de lo que significa ser hombre y ser padre. La intensa experiencia de participar en el parto abre la posibilidad para la reflexión y el cambio:

La felicidad es una pequeña palabra pa explicar mis emociones. Hoy espero que he vuelto a nacer como nunca antes. Hoy sera recordado por

toda la existencia Hoy he sido papa, esposo, amigo y complice en esto que es íntimo. Solo quiero expresar o dejar estampada una emoción que perdurara por siempre.

*He vuelto a nacer como nunca antes; da la impresión de que este hombre está profundamente tocado; ha sido *papá, esposo, amigo y cómplice* en un momento *íntimo*.*

Otro testimonio expresa una idea similar:

En mi vida he sentido experiencias muy fuertes, pero lo que sentí hoy no lo podría explicar ni asimilar con ninguna otra vivida antes soy ateo pero estas cosas me hacen dudar de esta posición.

El participar en el parto se transforma para los varones en una experiencia completamente nueva; *lo que sentí hoy no lo podría explicar ni asimilar con ninguna otra (experiencia) vivida antes*. Recordemos que en la mayoría de los casos los hombres entrevistados, y quienes escribieron sus testimonios en los libros en los hospitales, no habían tenido antes acceso al parto, por estar restringido para ellos, o por ser padres por primera vez. Podemos aventurarnos a plantear que seguramente estos hombres han estado al margen de los hitos relacionados con la salud reproductiva de sus familias, por considerarse un espacio femenino. Por tanto, se encuentran ante un evento nuevo, que los llena de emoción.

*Fue una experiencia hermosa donde se ve que **los hombres también se emocionan** en momentos tan especiales como es el nacimiento de un hijo.*

Este último testimonio ilustra lo que encontramos en diversos relatos: los hombres también se emocionan, y podemos agregar, también se *pueden* emocionar. El parto es un momento tan impresionante, que los autoriza para demostrar sus emociones; este *permiso* para expresarse los lleva a repensar esta esfera de sus vidas y su relación con su mujer e hijos/as. Y este *permiso* les permite mostrar emociones que en otras esferas de la vida no han manifestado o no manifestarían (siguiendo los mandatos de la masculinidad hegemónica):

En este hermoso día ocurrió lo inesperado, nació mi primer hijo aunque esperábamos una niña. Me siento super feliz, no se como expresar todo lo que sentí cuando lo escuche llorar, lo único que se es que yo lloré con él.

Gracias a Dios que es el principal para que todo esto salga bien y por darme fuerza y no desmayarme en el parto donde estaba muy asustado.

Debo reconocer que tuve miedo.

Llanto, desmayo, susto y miedo se alejan de la definición hegemónica de masculinidad, en la cual “los hombre no lloran”. Es interesante atender a cómo en algunos relatos los hombres explicitan que pese a la gran emoción vivida, no dejan de ser “hombres” en el sentido hegemónico:

Fue lo mas lindo y emocionante aun que no lllore y estube firme y siempre dandole un aliento a mi señora.

De primera antes de dentrar me dieron ganas de llorar al escuchar los gritos de dolor de mi esposa pero dentro fui fuerte y no me quebre y ayude dandole fuerza y apoyo a mi esposa.

En el último relato vemos como aunque le *dieron ganas de llorar*, no lo hizo: fue *fuerte* y *no se quebró*. El llanto asociado a quiebre se relaciona con la concepción “dura” de la masculinidad, donde el verdadero hombre es aquel que no deja que las emociones lo sobrepasen. A pesar de que *no se quebró*, este hombre reconoce que le *dieron ganas de llorar*, lo cual significa admitirse vulnerable. La vulnerabilidad que se puede apreciar en los testimonios se relaciona con dos dimensiones; por una parte, como veíamos, con encontrarse con una esfera emotiva nueva de sus vidas, frente a lo cual no saben cómo reaccionar:

Nunca pense que podia ser una esperiencia tan hermosa y a la vez me puse super nervioso al mirar la cara que ponia mi señora en el momento de pujar y no sabia que hacer en ese momento es una esperiencia que nadie en este mundo puede explicar con palabras ya que simplemente es un milagro!!!

PD: Quizas no sea el mejor explicando mis sensaciones, lo unico que se es que ellos 2 son mi vida.

Por otro lado, la vulnerabilidad se puede relacionar al hecho de estar en un “territorio” ajeno, extraño, donde no conocen los códigos, donde están *preocupados por sus compañeras e hijos/as*, donde se sienten *complicados*:

Estoy impresionado nunca había visto nada parecido, es mi primera vez, es super cuatico, debo reconocer que me dio cosa y aún estoy más preocupado de que esten bien (mi hijo y mi mujer) mas que de traspasar las vivencias del parto. Nunca pense que podía ser así, enrealidad nunca pense nada, pero yo crei que era como las películas y no es asi.

Aun estoy como en SHOCK no se que hacer, como reaccionar, que decir, parece que no voy a poder seguir escribiendo. TE AMO CLAUDIA Y A TI TAMBIEN DIEGO.

Después de largos y complicados momentos de esperar caminando de un lado para otro llega el momento que todos los hombres que se encontraban igual que yo en este lugar les dicen: pueden pasar y con grandes ylusiones y esperanzas nace mi hijo.

Nos interesa rescatar la importancia de que los hombres se conecten con su emotividad y sean capaces de cuestionar los mandatos de la masculinidad hegemónica, lo que tendrá repercusiones positivas tanto en sus vidas como en la de sus parejas e hijos/as (Barker 2003, Aguayo 2003):

Es difícil describir la alegría, las ganas de llorar, de agradecer a dios ya quienes hacen lo posible porque todo salga bien. Hoy mi vida tiene otro sentido, otra forma de ver y valorar las cosas que me rodean. Gracias Señor por darme por segunda vez la posibilidad de ser padre, aunque me pregunto si de verdad me lo merezco.

Este último testimonio da cuenta de un cuestionamiento hacia la *forma de ver y valorar las cosas*, que apunta a una revalorización del entorno familiar. La expresión *aunque me pregunto si de verdad me lo merezco (ser padre)* en el contexto del testimonio completo, puede hacer alusión a que él no ha sabido valorar lo que tiene, quizás no lo ha cuidado, por lo que no tiene claro si merece la alegría que está viviendo.

En relación a esto, a continuación analizaremos cómo la participación en el parto genera en los hombres una reflexión —y (re) valorización- en torno a la mujer/compañera.

III.3.3. *Valoro gracias a ver hoy, más a mi madre y a toda mujer que tiene este don*

Nos parece central analizar lo que ocurre con la percepción y valoración de las mujeres por parte de los varones tras el hecho de participar en el parto. Diversos relatos, tanto de varones como de sus parejas, hacen alusión a que tras el parto los hombres expresaron gran agradecimiento y admiración por la mujer (tanto por la propia compañera, como por la mujer en general) por el hecho de dar a luz:

Gracias a la mujer que el día de hoy me a hecho el hombre mas feliz del mundo. Me sentí emocionado contento y sobre todo muy feliz de mi esposa estoy contento con la preciosa niña que dio a luz mi amada esposa.

Gracias Dios mio por el gran momento q vivi hoy es lo mas hermoso que jamas e vivido ya hoy me he dado cuenta q lo mas hermoso en una vida es una madre.

Si hoy para mi es un día muy especial Quiero que sepan que no habra igual, valoro gracias a ver hoy, más a mi madre y a toda mujer que tiene este don.

Hoy a sido un dia glorioso en mi vida solo Dios sabe la emocion que siento, es decir agradezco al cielo por la maravillosa mujer que tengo a mi lado que me permitio gozar de estos momentos.

Como exponíamos al comienzo del capítulo, la definición de la mujer gestante en el contexto hospitalario es la de *paciente*, y de madre. En la mayoría de los relatos de los hombres, las alusiones a la mujer se usan como sinónimo de madre; la mujer es concebida como madre por sobre cualquier otro rol u atributo, lo que se hace evidente al dar a luz un hijo/a:

Tambien doy gracias al todo poderoso, al potente Por darme la posibilidad cierta de poder asistir al encuentro de nuestra hija. A mi Elizabeth te dare todo lo mejor de mi aunque nada se compara con lo que me has regalado. Sinceramente te amo. GRAN MADRE. Aline ha llegado tu hermanita cargada de ansias de poder jugar contigo. A mi me queda todo grabado, la

sangre, su aroma, las lagrimas la emocion la gran esperanza a nacido y nunca me dejara de sorprender lo grande que es vivir.

La alusión a la Gran Madre nos remite a la figura de la Virgen. En este sentido, y tomando los aportes de Sonia Montecino con respecto al marianismo en Latinoamérica, debemos atender a las particularidades que adquiere María en nuestro ethos mestizo. Para la autora, el símbolo mariano resuelve nuestro problema de origen (ser hijos de una madre india y un padre español), entregando una identidad inequívoca en una Madre Común, y asignando a las categorías de lo femenino y lo masculino cualidades específicas: ser madre y ser hijo, respectivamente (Montecino 1991: 30). A este respecto, y como hipótesis, planteamos que la participación del varón en el parto es un momento especialmente significativo para identificarlos con una identidad paterna, diferente a la de hijo.

Este don de dar a luz es propio de las mujeres, deriva de una condición fisiológica que los hombres no pueden vivir, por tanto el poder estar presentes en el parto se transforma en una manera de estar más cerca de ese proceso que para ellos es misterioso. De ahí que se valore el poder *saber lo que sienten las mujeres*:

Hoy fue un día muy especial para mi por ser mi tercera niña y quiero dar gracias a las matronas asistentes Y a todo en general. Por darme el privilegio de estar en el Parto y saber que es lo que sienten las mujeres en general.

Los varones sienten orgullo y admiración por la mujer; expresan una valoración que surge del asombro de ver la valentía y fuerza que implica el dar a luz un/a hijo/a:

Estoy muy agradecido y orgulloso de mi mujer por ser tan valiente.

Hoy por primera vez vi un parto y fue fascinante mi negra se porto como una leona y saco garra para tener a nuestra hija me siento horgulloso de ella.

Yo Patricio vi nacer a mi hijo Cristobal Patricio el dia 10 de agosto de 2001 a las 18 59 Hr dado a luz por mi mujer Jocelyn en un acto heroico y sobrecogedor impulsando a nuestro hijo a la vida. Nunca crei poder presenciar un echo en mi vida que causara tal alegria y felicidad. Creo que amo aun mas a mi mujer al participar alentandola con mi presencia.

La sorpresa por la valentía de la mujer deriva de presenciar un *acto heroico y sobrecogedor*, que implica dolor y sufrimiento:

Bueno yo es mi primerabes en ser padre y participar en el parto fue algo asombroso porque uno puede darse cuenta de lo que sufre la mujer en dar a luz una criatura y a la bes es una sensación extraña la que te emocionas al sentir que sufren y no puedes hacer nada solamente ayudar en forma sicologica junto a la mujer que amas. Amparo te Amo Mucho.

El sufrimiento aparece como elemento clave en testimonios tanto de hombres como de mujeres, y no sólo referido a la participación del varón en el parto, sino también a la experiencia más amplia de la mujer desde el trabajo de parto. Consideramos que la tradición cristiana ha tenido injerencia en la concepción simbólica del sufrimiento en dos sentidos principales, estrechamente relacionados: como castigo por el pecado, y como medio a través del cual expiar ese pecado, y purificarse espiritualmente. Nos preguntamos: ¿en el parto, qué culpa se debe pagar? La culpa de Eva, la primera mujer, quien al comer el fruto del árbol prohibido fue condenada a parir con dolor y a ser dominada por el hombre:

“(Dios) Dijo asimismo a la mujer: Multiplicaré tus dolores en tus preñeces; con dolor parirás los hijos, y estarás bajo la potestad de tu marido, y él te dominará.

Y a Adán le dijo: Por cuanto has escuchado la voz de tu mujer, y comido del árbol del que te mandé no comieses, maldita sea la tierra por tu causa: con grandes fatigas sacarás de ella el alimento en todo el curso de tu vida. (...)

Y el hombre puso a su mujer el nombre de Eva, puesto que había de ser madre de todos los vivientes” (Génesis 3, 16-17-20).

La sentencia de *Parirás con Dolor*, se alza entonces como un imperativo, del cual se desprende la maternidad: (Eva) *había de ser madre de todos los vivientes*.

La figura de María, se relaciona con el segundo sentido que planteamos del sufrimiento, como medio a través del cual lograr la pureza del espíritu. Habíamos revisado en el marco teórico las posturas pro y anti-Virgen que se pueden encontrar en la literatura que analiza la simbólica mariana. En el caso del parto, surgen elementos de ambos enfoques: por una parte, el parto es un momento en que la mujer demuestra una gran fortaleza, y así es reconocido por el entorno social, especialmente por los hombres. Recordemos la Gran Madre a la que aludía el testimonio de más arriba, que sin duda remite a la figura de María en su sentido de grandeza. Por otro lado, el parto es un momento cargado de significados que refuerzan los estereotipos que, según las posturas anti-Virgen, se

refieren a la subordinación y discriminación de la mujer. En este sentido, se valora la abnegación femenina, y se concibe la maternidad como resultado del sacrificio y del dolor y sufrimiento de dar a luz.

El sufrimiento aparece así como un elemento recurrente en los testimonios de las mujeres; incluso aunque hayan recibido analgesia, en muchos relatos consideran que *ya habían sufrido demasiado*, o lo *suficiente*. ¿Suficiente para qué?, nos preguntamos. Suficiente para ser consideradas buenas madres. De este modo, la maternidad se logra con dolor.

Hay diversos testimonios en los que menciona que para ser madre es necesario pasar por dolor y sufrimiento. Atendamos a lo que Gloria nos contó el día siguiente del nacimiento de su hija:

Y eso que me daban hartas ganas de llorar porque me daba de repente pena, me acordaba de mi papá, de mi mamá, que no sé, que de repente uno no sabe las cosas. Uno con la mamá por ejemplo que de repente es como alejada de ella y lo que se sufre para ser madre. Ahí uno entiende hartas cosas, pero bueno, dentro de todos los dolores, es lo más maravilloso que me ha pasado.

Se sufre para ser madre. Pero es un dolor con sentido, que lleva a la maternidad. En el siguiente relato, Ema, de 29 años, y tres hijas, cuenta:

Para mí la Camila es especial, es especial la Camila. Porque yo lo deseaba y yo hice todo lo posible de tener, de quedar embarazada y aparte que sufrí tanto de ella, de mí otras hijas yo no había sufrido tanto; y que él viera el parto, oh!, eso fue lo más bonito, que viera lo que uno realmente sufre, porque a veces como que no saben lo que uno hace por ellos. Claro, tenís la guagüita, te viene a ver, te la pasan, pero no es lo mismo a que él viera lo que uno realmente sufre. Porque si uno le dice: ah, sabís que sufrí, como que no lo cree; ¡pero que él me haya visto! El me decía: ah, yo te vi todo lo que gritabas, que sufriste, realmente sufriste. Porque yo antes había sufrido a mis hijas, pero nunca tanto, primera vez que sufrí. Así que no, yo la quiero, pa mí es especial, aparte que es más chiquitita, necesita más cuidado; claro con mis otras hijas igual las quiero, estoy al lado de ellas pero nunca tanto como ella.

Ema establece una diferencia entre sus dos primeras hijas y la última, Camila, en cuyo parto sufrió más –*primera vez que sufrí*-. Dice que es primera vez, no porque en los

anteriores partos no hay sufrido, sino porque en este *realmente sufrió*. De este sufrimiento se sigue que sienta algo distinto por esta última hija, que la considere especial. No planteamos que este sea el único factor que marca la diferencia, pero sin duda aparece como relevante.

Lo más bonito para Ema fue que *él* (su marido) *viera el parto, que viera lo que uno realmente sufre, porque a veces como que no saben lo que uno hace por ellos*. Ema está feliz de que su marido haya visto su sufrimiento; en este sentido, que más allá de contarle lo que pasó, él mismo haya presenciado lo que ella padeció, es decir, visto lo que se *hace por ellos*. ¿Qué se hace por ellos? Se les dan hijos/as. Se sufre para ser madre, que es algo que se hace para ellos: ser para otros, no ser para sí.

El testimonio de Raúl, pareja de Ema, refuerza el relato de ella:

Claro, lo que pasa es que donde la vi sufrir tanto, tú sabes que no estaba anestesiada entonces no, fue el parto así no más. Entonces, de repente uno se pone en el otro lugar; la veía sufriendo, gritando, llorando, y uno no se lo imagina que sufran así.

El relato de Gloria tras el parto también contribuye a reforzar esta idea:

A mí me parece bien que entren (los varones al parto). Sí, porque tienen que ver lo que uno sufre para tener un bebé, y para que lo cuiden, lo valoren, tanto a la mujer como al hijo, porque no es solamente cosita rica cuando están chiquititos, entonces para que ellos vean lo que cuesta. Sí, porque de repente hay hombres que tienen... pucha por aquí y por allá y chao no más, en cambio si lo ven como viene, quedan pero impactados y también valoran a su pareja. Que no es llegar y decir ya, voy a tener un bebé. Yo creo que ayuda eso.

En este punto, hay una observación que consideramos relevante mencionar. En algunos partos presenciados, tuvimos la impresión de que al ingresar el varón al box o pabellón, las mujeres se quejaban más que cuando ellos no estaban presentes. Nuestra primera interpretación apuntó a que en un contexto tan enajenante y desempoderante para las mujeres, donde se les niega cualquier tipo de manifestación, la presencia de alguien cercano y extramédico les permitía conectarse más con lo que estaban sintiendo, y darse más *permiso* para expresarse. Sin embargo, revisamos esta interpretación al repasar las experiencias internacionales donde una doula¹⁹ acompaña a la mujer parturienta, partos

¹⁹ En varios países existe la figura de la doula para prestar apoyo emocional a la mujer durante el trabajo de parto. *Doula* es el nombre que recibe una persona, generalmente mujer, especialmente entrenada para

en los cuales las mujeres se relajan más, positivizan la experiencia y se quejan menos. Por supuesto, estas doulas tienen un entrenamiento especial y saben como proceder en estas situaciones, a diferencia de los varones que no han sido preparados. Pero en distintas experiencias, aparece que la presencia de personas familiares relaja a la madre y disminuye su nivel de stress. No es un punto en el que hayamos profundizado demasiado, sin embargo, creemos que puede haber un mayor alarde de dolor debido en parte a que las mujeres en nuestro contexto quieren demostrarle a sus parejas lo que *realmente se sufre para ser madre*.

Para los padres, el observar el sufrimiento por el que pasan sus compañeras aparece como un eje de sus comportamientos tras el parto, y de sus relatos, como ejemplificamos en la siguiente observación:

Pablo, inmediatamente tras el nacimiento de su hijo, cuando lo pusieron sobre el pecho de su madre Susana, le dice: “*¡Hiciste sufrir a tu madre huevón!*” El recién nacido llora, y le dice: “*¿Qué pasó guatón? ¡Mi huachito! ¡Qué pachó mamor, puta que hiciste sufrir a tu madre! ¡Hiciste sufrir a tu madre huevón, a mí me retaban por tu culpa!*”

En esta observación, atendemos a que es el sufrimiento el primer elemento que sale a la luz tras el parto. Unas semanas más tarde, entrevistamos a Susana en su casa; en su relato, la experiencia de participar en el parto fue crucial para que Pablo se cuestionara su actuar como pareja y como padre (tienen un hijo anterior de 10 años). En posteriores entrevistas nos enteramos de que él golpeaba a Susana, y hasta el momento de la última entrevista (ocurrida cinco meses tras el nacimiento de Jordan), Pablo no la había vuelto a golpear. Estamos conscientes de que en este hecho pueden haber influido muchos factores; no podemos plantear que fue solo la participación en el parto lo que causó el cambio de actitud. Sin embargo, aparece como el hito que lo llevó a la reflexión y al arrepentimiento por su anterior actuar. Y esto nos parece de una importancia difícil de dimensionar, y necesaria de ser tomada en cuenta. Más adelante profundizaremos en este caso.

Dos testimonios escritos de varones también ilustran la relevancia que adquiere para los hombres el presenciar el sufrimiento de las mujeres al dar a luz:

Hoy fue un día muy especial para mí nace mi 2 do hijo fue mujer y Estoy Feliz. Hoy también viví una experiencia inolvidable Ver nacer mi segundo hijo y el sufrimiento de mi esposa pero le doy gracias a Dios al hospital y a las enfermeras que gracias a todos ellos tengo a mi 2 do hijo sano. Muchas Gracias.

entregar continuo apoyo físico, emocional, y de información antes, durante y tras el parto a la mujer y su familia, que no pertenece al sistema médico hegemónico y no ejerce labores técnicas ni clínicas. El término es griego y designaba a la esclava más importante de la casa, que probablemente estaba encargada de ayudar a la señora durante el parto.

Yo agradezco a mi Dios por la bendición de darme una mujer y mi hijo tan maravilloso lo cual es un privilegio para el hombre. Es algo el cual uno no puede describir la experiencia vivida de ver un parto y comprendo el sufrimiento de una mujer y e aprendido a valorar lo que es la vida. Gracias.

La *experiencia vivida* le ha enseñado a *valorar lo que es la vida*. Valorar a la mujer, como recién revisamos, y valorar a los/as hijos/as y a *la bendición de ser padre*, como analizaremos a continuación.

III.3.4. Es aquí donde uno se da realmente cuenta de lo valioso que es un hijo.

Hemos mencionado que en sus testimonios los hombres se refieren a distintas dimensiones: lo institucional, lo divino, y a la familia. Junto con el agradecimiento al personal médico y a Dios, surge la valoración de la mujer, que recién revisamos, y del hijo/a:

Esta es mi primera vez que estoy en un parto y quede impresionado al ver nacer a mi hija. Es aquí donde uno se da realmente cuenta de lo valioso que es un hijo, y la bendición de ser padre.

Resulta interesante cómo la participación en el parto y el hecho de tener la *bendición de ser padres*, hace que algunos hombres revisen sus actitudes dentro del núcleo familiar, y aparece como un momento propicio para cambiar. En algunos testimonios encontramos que los hombres reconocen que no han sido “buenos” maridos o padres, y que ahora tienen una nueva oportunidad. En el poema que copiamos a continuación, encontrado en los libros de testimonios, podemos apreciar cómo el hijo aparece como *el salvador*, y él (padre) *como evaporación nocturna de lágrimas y mal olor*; la lectura que podríamos darle es que ese *mal olor* tiene la posibilidad de evaporarse con este nuevo hijo:

*Nació Cristóbal Rodrigo
Su madre es un ángel
Y él es mi salvador
soy un caminante
que lleva en sus bolsillos
sólo un par de colillas
Ellos son soles y brillan para mí
Yo soy agua*

*evaporación nocturna de lágrimas y mal olor
Gracias por dar vida, gracias por la vida*

Puede que estos cambios posibles se relacionan con la necesidad por parte de los varones de expresar sus sentimientos, de entregar cariño. La masculinidad hegemónica impone a los hombres ser duros, no mostrarse demasiado emotivos. En la socialización temprana de muchos de los varones que entrevistamos (como veremos más adelante), el padre aparece como una figura lejana y distante emocionalmente. En varios testimonios, los hombres describen a este padre con distancia y expresan querer ser diferentes con sus hijos. En los siguientes testimonios podemos apreciar esto:

Solo quiero que mi hija crezca de forma feliz y que tenga todo el cariño y amor de sus padres que se lo queremos dar. Te amamos Danae. (Peso 3,90 kgs. Y midio 53 cm. ¡que lindo no!).

Hoy es un día muy feliz. la estaba esperando tanto haora voy a poder acariciarla y darle besitos estoy muy contento.

...voy a poder dar el amor que yo no pude recibir, pido a Dios me ayude a ser un buen padre para que ella crezca sana y contenta.

En diversos relatos, estas ganas de entregar amor y cariño al/a recién nacido se relacionan con el reconocimiento mutuo entre padre e hijo/a inmediatamente después del parto. En palabras de Susana (29), Pablo (30):

“Lo que más repite es que el Jordan lo primero que hizo fue tomarle el dedito porque le tomaba el dedito así y decía que lo único que el quería era que estuviera con él no más según el po’. Entiende eso, que él (Jordan, recién nacido) quería que estuviera ahí no más (Pablo, su padre), que no quería soltarlo.”

Apreciamos como Pablo le expresa a su mujer que el recién nacido quería estar con su padre, en este sentido, que lo había reconocido. Un relato similar encontramos de parte de Raúl (43), quien describe el nacimiento de su hija Camila:

“Me quedó grabado como ella intentaba salir, porque no podía sacar la cabeza, después sacaron un brazo, después metieron las manos y sacaron el otro brazo y de ahí después saco el cuerpo la doctora, entonces eso me

impacto (...) Después que la vi, ya te relajai un poco porque estay igual preocupado, estay tenso, a parte que vei que la tiran pa acá, que la tiran pa allá, entonces no sabi si le pueden romper un bracito, tan chica, pero después que la tome, ahí quede mas tranquilo (...) Me acuerdo que venía toda mojada la niña, hasta el pelito, todo el pelo, yo pensé que tenia menos pelito, pero traía mas pelo, y todo el pelito mojado; eso la miraba.

Cuando iba saliendo, como que estiró la cabeza y ahí abrió los ojos po. Yo creo que a los dos nos impactó; te abría los ojos, cómo movía la cabeza, luego quería que su padre la tomara.”

Tras la detallada descripción del nacimiento de su hija, Raúl expresa que ella quería que *su padre la tomara*. Y el relato continúa cuando Raúl expresa lo que sintió cuando la tomó en brazos:

“Yo creo que lo más importante, cuando vi que era mi hija, fue cuando la tomé, cuando venía saliendo, me la pasaron y la tome así; uno la puede ver que viene con sangre, sucia pero al contrario, no sentí ninguna de esas cosas, sino que deseai tomarla, estai ansioso de tomarla, estás preocupado de cómo viene, y más de tenerla y la tomé, me la puse en el pecho, le di un beso y después se la pasé a ella.”

Primero, la bebé quería que *su padre la tomara en brazos*, y cuando él lo hizo, *vio que era su hija*. Se reconocieron. Ema (29), la pareja de Raúl, relata lo que ella recuerda tras el parto:

“Tenía frío, me sentía mal en ese momento, el dolor, de lo único que me acuerdo es de la placenta que la mostraban, una cuestión grande y como que lo único que quería era descansar y a la Camila que la vi, que abrió los ojitos y al tiro que el Raúl decía que trataba de luchar por salir, que sacaba un bracito, otro bracito. Él al tiro me contaba que el vio como la niña trataba de salir de ahí donde estaba, y cómo puro quería estar con él.”

En el siguiente relato, Alexis describe su participación en el parto, y el vínculo temprano establecido con su hijo:

“Yo entré a cambiarme de ropa, y ella ya estaba en la sala. Ahí estuve con ella, a la cabecera de ella, conversando, tranquilizándola más que nada, porque ella estaba llorando. Estaba nerviosa, asustada, y uno la tranquiliza, y después de que nace, uno se olvida y queda ahí viéndolo como salió con

una cosa encima como encremado, como medio pegajoso, pero no da asco, no es sangre, es como otra cosa... y lo envolvieron al tiro, lo pusieron entre medio mío y de mi señora, de la cabeza, de la cara de nosotros.

(...)Cuando uno lo ve, es que al principio puede pasar cualquier cosa, uno esta sujeto a cualquier cosa que pueda pasar, entonces, ya uno cuando lo ve cuando lo sacan ahí ya recién se fija en las manos, si tiene sus deditos, se fija en los pies, en su carita, en todas esas cosas. A uno que le van diciendo que entre a ver, lo primero que hace es que se fija si tiene sus deditos, todos su dedos, sus pies, y entonces uno ve a quien se parece, y claro que uno lo encuentra al tiro igualito a uno, aunque ahora me río porque todos dicen que se parece más a uno o al otro, pero uno encuentra que es puro papá no más.”

Alexis relata cómo se fijó primero en que su hijo estuviera “entero”, tuviera todo en su lugar, tras lo cual se detuvo en ver a quién se parecía, para reconocerse en su hijo, al ver que *es puro papá no más*. En testimonio de Segundo (35), también vemos cómo él se fija en que la bebé tenga *todo en su lugar*:

“Lo primero que me fijé era que estaba como limpiecita la piel así bonita, yo me la imaginaba que podía salir más morada y todas esas cuestiones pero al verla así como tan limpiecita así... o sea su piel ya como piel normal, yo me la imaginaba mucho más frágil y salió súper como niña grandecita, con todo en su lugar, tan enterita, una cosa así. Eso fue lo que más me impresionó al verla (...) Me acuerdo cuando abrió los ojos, me acuerdo bien de todos esos detallitos; de las uñitas también blanquitas formadotas así (...) Sí, me fijé en todo eso, porque siempre me ha llamado la atención que son tan chiquititas y tienen todo, todo lo que tienen las personas grandes, que sé yo las uñitas, las venitas que uno le ve, lo tienen todo.”

Las descripciones de los hombres de sus hijos/as recién nacidos/as son muy detalladas, y cargadas de gran emotividad. Lo más importante, a nuestro juicio, resulta que en el acto de descubrir las características de los/as bebés, se reconocen padres, y establecen un importante vínculo con los/as pequeños. En el siguiente testimonio escrito por un padre, atendemos a esto:

Vi a mi hijo (Vicente) Llore sí! Porque cuando le hable y le dije que moviera sus manos creo que lo hizo, que entiende fue algo inexplicable. Lo amo, ojala esto se pudiera vivir todos los días.

¡El padre le habló al recién nacido, y éste lo entendió e hizo lo que indicaba! Para este varón, el que el bebé moviera las manos cuando él se lo indicó es una muestra de la comunicación que se estableció entre ambos, nace del reconocimiento entre padre e hijo. Para continuar, iremos revisando experiencias y testimonios de parejas donde se relaciona la participación en el parto con representaciones de paternidad, y expresiones de ello. Antes, un último testimonio que expresa la emoción paterna al reconocer a su hija:

Sobrecogedor es verla moverse y su primer llanto a ritmo cardiaco apretaba mi pecho obligando en mi una sonrisa entremezclada con la falta de aire. Creo que eso es la mas sercano a la felicidad que he podido tener ahora mi mente se llena de pensamientos y me es difícil seguir escribiendo. Vas a conocer a mi hija Catalina que acaba de nacer. (Este testimonio está acompañado del dibujo de la bebé).

III.4. Ser padres: permanencias y cambios

Hemos revisado el escenario donde ocurre el parto hospitalario, y testimonios de varones y de sus parejas donde apreciamos la importancia que adquiere la participación en el parto. En este capítulo nuestra intención es dar un paso analítico hacia la construcción – y/o redefinición- de identidades masculinas y paternas a la luz del hecho de haber participado en el parto, e ir relacionando estas ideas con aportes teóricos presentados en capítulos anteriores.

Como explicamos en el marco metodológico del estudio, las doce parejas entrevistadas se contactaron el día en que se encontraban en el hospital y nació uno/a de sus hijos/as, evento en el cual participamos, y luego se contactaron entre dos y tres meses tras el parto, volviendo a contactarse en otras ocasiones. A la mayoría de las parejas se las dejó de ver, por diversos motivos, entre tres y cinco meses tras ocurrido el parto, y con sólo dos parejas se mantiene contacto hasta hoy. La idea inicial del estudio era hacer una suerte de seguimiento a las parejas para observar cómo se iban vinculando con sus hijos/as tras el parto, en temas relativos a la crianza, y comparar estas experiencias con las de hijos/as anteriores (en cuyos partos los padres no participaron), desde los testimonios tanto de los hombres como de las mujeres. Sin embargo, creemos que por la cantidad de casos con los que se mantuvo contacto por un período mayor de cinco meses (dos), las conclusiones a las que podemos llegar acerca de los vínculos establecidos entre padres e hijos/as y construcciones de identidades paternas tras la participación en el parto no pueden ser generalizadas, y queremos que quede claro que se trata de un estudio exploratorio que necesita de mayor profundización.

A pesar de lo anterior, consideramos que los hallazgos son de tal “potencia”, que merecen una atención especial. Con esto queremos decir que si en estos pocos casos estudiados encontramos, como veremos a continuación (y como hemos venido analizando en el presente capítulo), que los hombres han experimentado profundos cambios, es posible que esto suceda en muchos hombres que tienen la oportunidad de participar en el parto.

Antes de entrar en el análisis propiamente tal, quisiéramos recordar el testimonio del autor Thomas Laqueur, que expusimos en el marco teórico al referirnos a la construcción de identidades paternas. Concordamos con el autor cuando plantea que muchos de los debates actuales insisten que la categoría “madre” es natural, un dato del mundo fuera de la cultura, y que supone una mayor conexión con los/as recién nacidos/as que aquella del padre. Recordemos su experiencia: “A lo largo de las cinco semanas en que mi hija Hannah estuvo metida en una incubadora, las encargadas del hospital, en la columna de ‘comentarios sociales’ de su ficha, rutinariamente anotaban ‘madre estableciendo vínculos’ cuando mi esposa la visitaba, mientras que cuando aparecía yo ponían la frase afectivamente neutral de ‘visita del padre’ (...). Hablo como el padre de una hija con quien estoy vinculado por los ‘hechos’ de un amor visceral, no por los de una biología molecular de la reproducción. El meollo del asunto es que desde el instante en que la recién nacida Hannah –una bebé prematura de 1430 gramos que nació por cesárea- se agarró de mi dedo (sé que esto se debió a un reflejo y no es una muestra de afecto) me sentí inmensamente poderoso, y antes de que eso pasara, sentí lazos inconcebiblemente fuertes con ella. Tal vez si hubieran estado presentes algunos practicantes de las variadas subespecialidades de la endocrinología, hubieran podido medir en mí oleadas de neurotransmisores y de otras hormonas, tan abundantes como las que acompañan el parto. Entonces, ¿cuál es la diferencia? ¿Con qué otra cosa puede uno sentir si no es con el cuerpo?” (Laqueur 1992).

“Sentí lazos inconcebiblemente fuertes con ella”, es a nuestro juicio la mejor forma de expresar lo que es la paternidad. En los testimonios de padres que ya hemos revisado, de hospitales de Santiago de Chile, encontramos expresiones muy similares a esta. ¿Por qué se considera entonces que los lazos que establece la madre son tanto más importantes que los del padre? En una tradición latinoamericana de *padres ausentes* o emocionalmente lejanos, se hace necesario reforzar estos *lazos inconcebiblemente fuertes* para fomentar el ejercicio de paternidades más comprometidas con la familia, donde exista menor inequidad de género. Esta valoración cobra gran importancia en contextos donde encontramos elevados niveles de violencia intrafamiliar, donde la mujer e hijos/as son en muchos casos maltratados/as. Para ilustrar esto, y para abrir el análisis en esta sección, copiamos a continuación un fragmento de una entrevista que sostuvimos con Susana, acerca de la participación de su marido, Pablo, en el parto de su segundo hijo:

“Si el Jordan llegó así mandado del cielo, porque él (Pablo) llegaba en la pura noche, de repente hablábamos, de repente no. Después ya quede embarazada ¡pero de que entrara él a ver que lo que era! Fue lindo porque yo llegué aquí y me pidió perdón de todas las formas, de todo lo que me había hecho (él la golpeaba). Es que cuando yo llegué me decía: yo nunca había pensado, ni se me había pasado por la cabeza que sufrí tanto, pero si yo te veía y era pa decir... que no sé, me decía que se sentía tan culpable y a la vez tan contento. Y conmigo cambió hartó. (...) Fue, es que fue tan diferente el parto (al de su primer hijo), o sea fue desde un principio todo diferente. Con el Pablo (primer hijo) él no entró al parto, entonces él no vio lo que sufrí.”

Susana compara la actitud de Pablo con sus dos hijos:

“Cuando el Pablo nació, nació no más. Era llegar, verlo en la noche y ver que no le faltaran los pañales, pero con el Jordan no po, con el Jordan fue distinto, es distinto. Llama por teléfono, que cómo está, que no se te vayan a olvidar los remedios. Si porque cuando nació el Pablo, él seguía con su onda de salir. Y ahora no po, él no halla la hora de llegar, de estar con el Jordan (...) Lo siente llegar (el bebé a su padre) y empieza el show cierto, empieza el show. Y es sagrado, todas las noches tiene que pasearlo por aquí un rato, lo pasea, lo pasea, lo pasea, o si no, llora, llora, llora.”

La relación entre Susana y Pablo *cambió hartó*, como ella lo expresa, cambio que fue propiciado por la participación de Pablo en el momento del parto. Muchas preguntas pueden surgir de este caso: ¿qué otros factores generaron esa reflexión?, ¿cuánto durará ese cambio de actitud?, etc. No nos detendremos ahora en estas inquietudes, que quedan abiertas. Lo que sí es muy significativo, desde nuestro punto de vista, es que hubo una reflexión, hubo cambios reales en la manera de ser hombre y de ser padre tras esa experiencia, y, hasta la última vez que los contactamos, lo que ocurrió cinco meses tras el parto, él no había vuelto a golpear a su mujer (según el testimonio de ella).

A partir de este testimonio, iniciaremos la reflexión en torno a las identidades paternas en el contexto de hombres que participaron en el parto de sus hijos/as. El recorrido analítico que seguiremos se basa en dos de las tres temporalidades básicas de la paternidad que identifica Mara Viveros (2002): la idea de paternidad con la que son socializados los hombres por sus padres y sus madres; y la que resulta de la práctica de la protección, cuidado y crianza de los hijos e hijas. Excluimos la tercera del análisis (la dimensión

proyectiva, donde la paternidad es una actividad trascendente que se quiere prolongar en el tiempo), por no haber profundizado en esa dimensión en la presente investigación.

III.4.1. Socialización: de padres ausentes

De las parejas entrevistadas de quienes obtuvimos información acerca de sus padres y madres (ocho parejas), llama la atención la figura del padre distante o padre ausente. Dos de los varones y dos de las mujeres entrevistadas se separaron de sus padres definitiva o temporalmente durante su niñez por diversos motivos, y fueron criados por su madre y/o abuelos/as o parientes.

En estos casos, la figura del padre es descrita por lo que otros/as les han contado de ellos, especialmente sus madres. En este sentido, De la Parra plantea que “lo cierto es que el Padre aparece por primera vez en el relato materno. En su amor o su resentimiento, en su resquemor o en sus deseos, es la madre la que habla al hijo del Padre, la que abre un hueco para que el Padre se establezca como valor o como sanción, como amenaza o ejemplo, como peligro o salvación” (1996: 38). En los testimonios recogidos, el madre hace aparecer al padre como *peligro*; atendemos a descripciones de padres borrachos, agresivos, inútiles, vagos y machistas.

La mayoría de quienes tuvieron un padre “presente”, lo describen como lejano:

“Por ejemplo ellos (se refiere a los padres “de antes”) nunca le van a decir a uno te quiero por ejemplo, no nunca, ninguna demostración de cariño así físico que nos vayan a tocar, que nos vayan a abrazar; no ninguno, de lo que yo me acuerdo nada (...) porque son papás antiguos Son diferentes. De partida no dejan opinar a los niños, son más alejados, no tan cariñosos. Son menos participativos encuentro yo” (Segundo, 35).

“Mi papá participaba en lo normal de un papá no más, traía las cosas pa la casa y pa que tuviéramos nuestras cosas, no lo veíamos mucho nosotros, si Ud. me pregunta cómo era él la verdad es que no lo conocí mucho, pero o sea de hecho, gracias a ella (madre) somos quienes somos ahora y somos unidos, somos hermanables y todo eso; porque ella estuvo siempre preocupada de nosotros y todo (Domingo, 30).

Tanto Segundo como Domingo aluden a un padre distante, poco participativo, al que no conocieron mucho. Domingo además dice que su padre *participaba en lo normal de un papá no más*, refiriéndose a su rol de proveedor; *traía las cosas pa la casa*. Raúl (43),

también describe a un padre frío, dedicado al trabajo, al que los/as nueve hermanos/as veían poco:

“Yo respeto su decisión de que él haya sido así y no le critico tampoco, si mi papá todavía está vivo. Por lo menos estoy conforme de que nos haya educado, de que nos haya dado una buena crianza.”

Podemos relacionar la alusión a esta *buena crianza* con el modelo de masculinidad hegemónica, donde lo que se espera de los hombres es que trabajen y sean proveedores del hogar. Por ello, a pesar de haber sido el padre de Raúl un hombre distante emocionalmente de sus hijos/as, y no involucrado en su crianza, al que veían muy poco, les dio lo que se esperaba de él como padre, es decir, el sustento económico.

Si recordamos la categorización que De Keijzer (2000) plantea respecto a los modelos de padre, podemos decir que estos padres descritos por los/as entrevistados/as corresponden al *padre ausente o fugitivo*, que es catalogado primordialmente como irresponsable, y al modelo de *padre tradicional o patriarca*. Este padre se identifica con el rol de proveedor, se siente incompetente en terrenos domésticos y de crianza, cree que mostrar cariño puede restarle hombría, y no piensa que sea importante su implicación en el desarrollo del niño/a.

A pesar de que estos tipos de padres fueron preponderantes en la socialización de los/as entrevistados/as, encontramos en tres relatos una imagen de padres más cercanos y menos autoritarios. Estos padres corresponderían a lo que De Keijzer (Ibid.) llama *padres que pretenden ser igualitarios*, quienes desarrollan –en diferentes medidas- su capacidad de empatía y logran un acercamiento afectivo importante con sus hijos/as. El caso más ilustrativo es el de Edgardo (31), quien relata que el modelo de su padre y madre ha sido su ejemplo para su propia vida:

“Nosotros somos diez (hermanos/as), un regimiento entero y el Cristian, bueno ahora el Cristian (su hijo de 3 años) era uno de los más chicos de lo nietos y ahora quedaría la Valentina (su hija recién nacida). Entonces los dos más chicos de una familia súper unidos, todos preocupados, todos pa todo... y esa es la enseñanza que le dan los papás como es la familia de uno, nosotros, los diez hermanos, pa todo unidos (...) La enseñanza de los papás, unidos ellos siempre y enseñándonos con su mismo ejemplo, a tenerle paciencia a los cabros, escucharlos, hablarles también, estar pa lo que necesiten... Igual hay peleas, lógico, como toda familia, pero unidos para todo. Si algo le pasa a alguien, ahí estamos los diez, si uno necesita de algo, van todos, entonces pa las fiestas nos juntamos todos. Un cumpleaños de nosotros son cuarenta y cinco personas, la pura familia, la

familia mía, sin contar los que invita la Judith pal cumpleaños del Cristian o bautizo, de partida, de cincuenta para arriba, pero es divertido, salimos todos juntos, cuando vamos de paseo entonces se comparte y uno lo lleva en la familia de uno cuando se casa. Así como ahora yo acompaño a la Judith y a mis hijos pa todos lados. Es una buena experiencia, buena para todos.”

Esta *buena experiencia* es la que Edgardo ha querido replicar en su propio núcleo familiar, y aparece como el padre más comprometido con las tareas tradicionalmente consideradas femeninas de los entrevistados. Entre los doce hombres entrevistados, es el único que por iniciativa propia ha acompañado a su mujer a los controles pre-natales en ambas gestaciones, y que comparte más activamente los roles de crianza:

“Yo bañaba al Cristian, le daba la papa, le hacía la comida, por mi turno de trabajo. Ella también trabajaba y ahí con los turnos... Claro, si había que bañarlo, yo lo bañaba, si había que hacerle la leche, yo se la hacía, la papa, la comida y uno va aprendiendo todas esas cosas. Hasta ahora, yo también lo sigo bañando. Es que yo trabajo de mañana, una semana de mañana y otra semana de tarde, y cuando estoy de mañana y ella trabajaba lo cuidaba yo; y en la mañana, papa, la leche, y ahí yo me tenía que levantar a darle la leche.”

¿Y cómo es la relación con tu hijo?

“Súper cercana, y ahora bueno los dos, de los dos, pero bueno, ahora andaba en el jardín por eso no lo traje (al hospital) pero ahora llamé por teléfono donde mi suegra y me dijo ¿papá nació la Valentina? Se va a llamar Valentina, en el consultorio él le preguntaba al doctor si acaso le iban a sacar a la Valentina a su mamita.”

¿Acompañabas a Judith al consultorio?

“Al consultorio sí, es que siempre nosotros somos los tres, somos bien apegados, pa todos lados. Él (Cristian) nos ayudó a ordenar la ropa, todo, quiere a su hermanita. Vivir la experiencia es bueno, es bien bonito.”

Me decías que fuiste desde el principio con ella a las consultas, ¿fue porque quisiste, o porque ella te pidió, cómo fue?

“No po, es que a mí me nació ir po, es que nosotros somos bien unidos los dos, y yo dije que desde el principio la iba a acompañar, entonces como yo tengo turnos, nosotros acomodamos la hora que nos da el doctor, la acomodamos a mi turno para yo ir. Y casi siempre íbamos cuando yo

estaba de mañana entonces íbamos en la tarde a control, entonces íbamos acomodando los turnos a mi horario, y ahí uno participa en la ecografía. En la primera yo le pregunte al tiro al doctor que es lo que era...”

El testimonio de Edgardo llama la atención por lo involucrado que se encuentra en la crianza de su hijo, y por su interés de participar de todo el proceso de la gestación. En su relato, aparece su socialización y el ejemplo de sus padres como clave para él ser un padre comprometido y cercano.

Para los demás hombres, el proceso de redefinir lo que deben ser como padres a partir de su experiencia ha pasado por más dificultades, pues no contaron con un modelo que consideraran beneficioso para imitar. Han debido entonces buscar nuevos modelos y recrear lo que significa ser padres en sus propios núcleos familiares.

A continuación nos detendremos en cómo definen lo que es ser padre los hombres entrevistados, para luego analizar los cambios que ellos consideran que han llevado a la práctica, y la relación de éstos con su participación en el parto de sus hijos/as.

III.4.2. Ejercicio de la paternidad: de padres presentes

Para diversos/as autores/as, como revisamos en el marco teórico, entre los mandatos fundamentales en la vida del varón adulto están el del trabajo y el de la paternidad. La paternidad es concebida como “uno de los pasos fundamentales del tránsito de la juventud a la adultez”, y como “la culminación del largo rito de iniciación para ser un *hombre*” (Olavarría 2000: 16). Estos dos mandatos estarían incorporados en las identidades de los hombres desde la infancia. Los hombres, entonces, sienten que su vida tiene sentido cuando han formado una familia y trabajan, es decir, son capaces de cumplir el rol de proveedores. El siguiente testimonio de Segundo (35) así lo ilustra:

“Cambio pero total, total, total, total, total, un cambio tremendo (el ser padre) pero lo tomé así con... tenía ganas de... o sea antes que fuera papá no estaba contento, una cosa así, había un vacío o algo; yo sabía que tenía que hacer algo, hacer algo importante, y justo llego ella y cambio total po. Sabía que era una responsabilidad pero una responsabilidad bonita, bonita de aceptarla y... como que había algo por qué seguir trabajando, porque yo he trabajado siempre, entonces... entonces uno ahí siente que uno trabaja y no es por nada y después ya uno sabe que trabaja por sus hijos, por su señora. Pero es bonito, me gusta. (...) Porque como yo me había venido a vivir desde el sur y vivía acá solo, por ejemplo uno sentía que hacía puras tonteras y cosas que uno al final del día se da cuenta que

en el día ha hecho puras tonteras no más y no po, después ya no porque ocupa el tiempo en otras cosas que son los hijos, la señora. Eso es bonito.”

En todos los testimonios de los hombres encontramos estos dos elementos comunes: que el hombre debe trabajar, y que este trabajo tiene sentido cuando es para mantener a la familia. Recordemos las interpretaciones de la paternidad descritas por Alatorre y Luna (2000), que son aquellos ejes o espacios subjetivos y prácticos donde los hombres despliegan su identidad paterna. Si analizamos los testimonios de los entrevistados a la luz de las relaciones propuestas por estos autores, podemos observar que todos los hombres concuerdan en que como padres su primer deber corresponde a la relación material-económica, donde al padre le corresponde proveer a sus hijos y a su familia.

La relación formativo-educativa se refiere a aquella en la cual a los padres les corresponde ser guía morales de sus hijas/os, transmitir valores y el sentido de lo bueno y lo malo, y ser un modelo a seguir, y asumir responsabilidades en la educación de sus hijas/os. Esta relación es también mencionada por la totalidad de los hombres, sin embargo se aprecian diferencias derivadas de su nivel educacional. En este sentido, algunos varones no se sienten plenamente capacitados para ejercer esta función por haber recibido una educación formal incompleta:

“Ahí lo que a mí me cuesta un poco, no se si esa es la palabra, el poco estudio que yo tuve, por ese lado eso es lo que ella (la madre) puede hacer más porque ella estudio más” (Segundo, 35, estudió hasta 6° básico).

La relación de protección, a través de la cual los hombres dan seguridad a su familia ante posibles agresiones, peligros y amenazas, es mencionada por los varones en estrecha relación con la categoría anterior (relación formativa-educativa), en el sentido de que los hombres consideran que deben dotar a sus hijos/as de elementos para saber alejarse del peligro al que se verán expuestos/as:

“Qué le quisiera transmitir, lo mejor pa que se cuiden, es que uno ve tanta cuestión ahora. Ahora uno tiene todo así a la vista, se entera de todo lo que pasa entonces uno tiene más o menos claro lo que tiene que hacer pero... no se puede estar todo el día con los hijos, hay que enseñarlos pa que ellos se cuiden solos, de la violencia, de las drogas, de tanta cosa, incluso de andar dejando embarazas a las niñas (...) y que por ejemplo vayan de acuerdo a su edad, vayan viviendo de acuerdo a su edad, que no se salten tanto, porque uno ve que hay niños que se yo de diez de doce años que andan haciendo cosas que no, que no corresponde todavía. Eso me he

dado cuenta yo y eso me gustaría a mí que vayan así de acuerdo a su edad creciendo no más” (Domingo, 30).

Las otras cuatro relaciones propuestas por Alatorre y Luna (Ibid.) para describir la paternidad son las de: autoridad que se le otorga al padre dentro de la familia y el hogar, donde el hombre tendría ciertos derechos y privilegios sobre sus hijas e hijos y sobre la mujer; la doméstica, que alude a que el espacio doméstico corresponde y es responsabilidad fundamentalmente de la mujer; la lúdica, referida a las actividades recreativas como espacio de vínculo entre los padres y sus hijas/os; y la afectiva que alude a la convivencia de padres con hijos/as, que permite relaciones de apego y afectivas. En estas cuatro dimensiones de la paternidad es donde consideramos que se observan, a la luz de los testimonios de las parejas entrevistadas, los mayores cambios. Aparecen como dimensiones interrelacionadas en paternidades más comprometidas con la crianza de los/as hijos/as, tareas del hogar y más cercanas afectivamente a los/as hijos. Con respecto a la autoridad, se aprecia una distinción entre los padres antiguos y los *de ahora*, donde los segundos son menos autoritarios:

“Si al papá nosotros le teníamos terror, terror de verdad, y ahora no po, no puede ser eso, si uno tiene que estar pa ellos, poder conversarles, escucharles sus problemas” (Juan, 30).

“Yo jamás le levantaría una mano a mis hijos, no como antes donde eso era pan de cada día, que los correazos y los castigos... (Domingo, 30).

“Ese es otro tipo de crianza, el del papá que llega con el portazo y a ver que todo ande bien... yo como soy ha sido más que nada solo, solo porque yo soy bien crítico de las otras personas de cómo crían a sus hijos (...) Hay que darles respeto (a los/as hijos/s), escucharlos” (Segundo, 35).

Segundo expresa que a los/as hijos/as hay que *darles respeto, escucharlos*. Esto se relaciona con paternidades más involucradas en la dimensión afectiva, como lo ilustra el siguiente testimonio:

“Más cercano (debe ser el padre que antes), indudablemente que eso es la raíz de la familia, mientras más cerca se esté, mientras más se comenten las cosas, es algo que a todos nos va a hacer más unidos, nos va a dar más confianza” (Pablo, 30).

Este último testimonio corresponde a Pablo, quien, en el relato de su mujer Susana, aparece como un hombre poco vinculado con su primer hijo, y quien la violentaba físicamente a ella. Llama la atención que ahora Pablo se refiera a la importancia de la cercanía dentro de la familia. Como veíamos, a Pablo le impactó mucho el hecho de presenciar el parto y ver cómo nacía su segundo hijo, y según relata Susana, el padre sintió que el recién nacido sólo quería estar con él: “decía que lo único que el quería era que estuviera con él no más según el po.” Por una parte, y como hemos visto, la experiencia de ver nacer a un hijo se transforma en una experiencia de gran contenido emotivo, donde los hombres se vinculan y reconocen con los/as pequeños/as, lo que se puede traducir en cambios de actitudes al interior del hogar.

Interesante resulta el hecho de que a pesar de que en los ámbitos afectivos se aprecia un notable cambio tanto en los testimonios como en las prácticas de los hombres entrevistados, la dimensión doméstica sigue presentando mayor rigidez. Con la única excepción de Edgardo, cuyo relato ya expusimos, quien comparte tareas del hogar con su mujer, los demás hombres expresan mayor rigidez en los roles de género referidos a las labores domésticas;

“Mi papá hasta el día de hoy es un viejo machista. Yo creo que a pesar de que soy un poco machista también diferente sí. Yo lo veo diferente (...) Un poco machista en que la diferencia entre hombre y mujer tiene que notarse. Hay cosas que las hacen las mujeres no más y otras que las hacen los hombres. Como por ejemplo... como por ejemplo la comida, el trabajo, por ejemplo yo trabajo afuera y ella trabaja aquí en la casa. En ese tipo de cosas” (Segundo, 35).

En este, como en otros testimonios, aparece la relación por la cual los hombres se asocian al mundo público y las mujeres al privado, del hogar. A pesar de esta tradicional distinción, los cambios en lo afectivo nos hablan de transiciones en las definiciones de las masculinidades y paternidades que se van traduciendo en ser hombres más equitativos. Un ejemplo resulta ilustrativo: en todas las ocasiones que visitamos a Segundo y Cecilia en su hogar, estaban ambos presentes. En una ocasión, mientras la investigadora conversaba con Segundo en la mesa, Cecilia cocinaba (es una sala que sirve de living-comedor y cocina a la vez). Segundo daba a la espalda a Cecilia, con quien la investigadora tenía contacto visual. Mientras Segundo daba el testimonio recién citado, ella hacía gestos como queriendo expresar que no era *tan* cierto lo que él decía, hasta que interrumpió la conversación:

“No, con los hijos él también trabaja, si se pone a llorar la atiende, le da su comida... por ejemplo él ve que llora y no me va a decir la niña está llorando, él se acerca y él la ve; en cambio mi suegro diría; suegra la niña está llorando ven a verla” (Cecilia, 28).

Segundo se muestra incómoda con la intervención, y agrega:

“Sí, pero no a llegar al punto de mudarla, o sea si tuviera que hacerlo a lo mejor lo haría, lo haría, pero no lo he hecho. Sí, por lo que he visto sí, lo haría, yo creo que lo haría bien, si fuera necesario lo haría.”

La mirada de Cecilia tras este comentario, nos hace pensar que él sí ha cambiado pañales. Esto nos lleva a creer que Segundo puede avergonzarse de hacer cosas que no corresponden a la definición hegemónica de hombre. Siguiendo a De Keijzer: “los hombres involucrados en la crianza con sus hijos pueden vivirlo como pérdida de tiempo y una contradicción con su trabajo e imagen pública y, simultáneamente, sentir el deseo de mayor cercanía y de enfrentar el reto de aprender los múltiples aspectos de la crianza (...) Este tipo de padres enfrenta frecuentes críticas y burla de algunas de sus redes sociales más cercanas” (De Keijzer 2000: 227).

Segundo continúa con su testimonio, como queriendo justificar que efectivamente se involucra en la crianza de sus hijas:

“De que hay un cambio, sí, sí, en el cariño y atenderlas, preocuparse un poco de ellas. Ahora en el verano cuando anduve en el sur lo vi también en mis hermanos, que también son más cooperadores, y creo que por iniciativa propia, me di cuenta yo... uno por ejemplo uno encuentra que uno sabe lo poco que hicieron los papás en ese sentido por uno entonces ahí uno dice a mi me gustaría hacer esto y esto... en la educación, enseñarle más cosas. Yo siento que los papás antiguos a uno le enseñan lo básico no más, lo mínimo entonces enseñarles más cosas... ahora nosotros tratamos de darle la mayor cantidad de tiempo y o sea tiempo en calidad para ellos, conversar, con la Susana conversamos harto, la aconsejamos harto, todas las cosas como son; no confundiéndola ni nada de eso. La hacemos participar, que de su opinión.”

Cuando Segundo se da cuenta de que no hay reproche por estas afirmaciones, y afirmamos a través de gestos lo que dice, continúa, sin temor de expresar lo involucrado que está:

“Por ejemplo, se nota que ya no es la primera vez (que es padre)... más tranquilo, uno sabe que la guagua de repente qué sé yo... o sabe por qué llora. La primera vez de repente no teníamos idea, lloraba y lloraba y uno no sabía, ahora sabe un poco más... es que cuando tiene hambre es fácil, o cuando quiere brazo, porque está acostumbrada a los brazos entonces estira los brazos y echa la cabeza para atrás, entonces ya nos damos cuenta de qué es lo que quiere; cuándo quiere que la tomemos en brazos, cuándo tiene hambre, o cuando está aburrida no más se nota que es un llanto más alargado (...) Además que cuando uno le pone atención a eso se da cuenta de qué es lo que le pasa.”

La distinción que Segundo elabora entre los distintos tipos de llanto de la bebé nos habla de un padre que sí participa del cuidado y crianza de sus hijas. A partir de este último relato, consideramos que es importante hacer una distinción entre el nivel de los testimonios –que muchas veces se sitúan en el *deber ser*- y el de las prácticas concretas. Durante el curso de la investigación, quedó en evidencia que las parejas están conscientes de que dentro de la familia se deben promover lazos estrechos, estimular la comunicación y afecto con los/as niños/as, evitar la violencia física, entre otros.

En todos los testimonios de parejas se encontró un discurso similar con respecto a la importancia de ser padres y madres cercanos/as afectivamente, no golpear a los/as hijos/as y conversar con ellos/as (a diferencia de su propia socialización). Desde los hombres, resulta interesante apreciar un discurso en torno a la importancia de ser más equitativos de género, de compartir ciertas tareas con al mujer, de ayudarlas más en el cuidado de los/as niños/as. Con las parejas que tuvimos más instancias de contacto, se apreció que este discurso más equitativo se traduce de diferentes maneras en prácticas.

En casos como el expuesto de Segundo y Cecilia, él comienza expresando una mayor rigidez y menor cercanía afectiva con su familia que la que luego va mostrando, y que la que ella expresa. En este sentido, y siguiendo a Olavarría, hay ciertos mandatos que norman una forma de ser hombre, la cual se construye en oposición al modelo femenino, que pertenecería al ámbito de lo privado, de la casa, crianza de los hijos y de ser mantenidas y protegidas por el varón. Identifica a los varones adultos con el trabajo remunerado, y los caracteriza por constituir una familia, tener hijos, ejercer autoridad y constituirse en los proveedores del hogar (Olavarría 2001). Resulta interesante constatar que muchos varones afirman esta descripción de sí mismos, a pesar de no compartirla y en muchos casos no vivirla. “Se trata de un modelo que provoca incomodidad y molestia a algunos varones y fuertes tensiones y conflicto a otros, por las exigencias que impone. Si bien hay varones que tratan de diferenciarse de este referente, ello no sucede fácilmente

dado que, así como representa una carga, también les permite hacer uso de poder y gozar de mejores posiciones en relación a las mujeres y a otros hombres inferiores en la jerarquía social” (Ibid.: 16).

Olavarría plantea que los hombres que quieren diferenciarse del modelo hegemónico aparecen más en un nivel de discurso que de práctica. Quisiéramos abrir la pregunta sobre la correspondencia del nivel discursivo con el de la práctica, pues también puede suceder que estas íntimas experiencias del ejercicio afectivo y cercano de la paternidad queden circunscritas al interior de los hogares, sin socializarse en círculos más amplios. Sobre todo en contextos populares, donde existe una fuerte presión social por *ser verdaderamente hombres*, los padres muy afectuosos pueden ser sancionados socialmente, como plantea De Keijzer.

Nos interesa esta última reflexión, en el contexto de que “el tema de la paternidad ha sido abordado generalmente desde una perspectiva más negativa que positiva; es decir, desde los problemas que genera la ausencia del padre y no planteando una reflexión en torno a su presencia. Poco sabemos de los padres presentes en los hogares, de las condiciones bajo las cuales estos aceptan o rehúsan las obligaciones y tareas que llevan el desempeño de su rol paterno, de los significados que estos varones le atribuyen a la paternidad, sus actitudes, vivencias y expectativas frente a ella” (Viveros 2000: 93). Es precisamente un aporte a este vacío el que hemos querido presentar a través de este estudio. A continuación, y para cerrar, analizaremos testimonios de varones y mujeres que establecen relaciones directas entre la participación en el parto y el ejercicio de la paternidad.

A través del desarrollo que hemos expuesto, consideramos que se puede apreciar la importancia que para las parejas del mundo popular adquiere la posibilidad de que el hombre participe en el parto. Como hemos visto, genera una instancia en la que está permitida la emotividad, lo que conlleva múltiples reflexiones que tienen repercusiones en las familias, como la valoración de la mujer y del necesario vínculo afectivo con los/as hijos/as. Como cierre, quisiéramos transcribir a continuación un último testimonio donde la relación entre la participación en el parto y el ejercicio de paternidades es explícita:

*“El hecho que ella (la recién nacida) se encuentra con tantas cosas raras, de salir de un medio y encontrarse con otro medio, yo creo que bueno, a medida que vaya creciendo, nosotros nos vamos a ir convenciendo de esa parte, de que es importante, así como fue para nosotros tenerla, tocarla, para ella yo creo que también fue importante que su padre o su madre la tocara primero que otra persona. Y eso lo vamos a ir viendo, o sea igual queremos a nuestras otras hijas pero **hay algo especial, pero ese***

momento, ese segundito, ese rato, lo hace especial y como que te abre otro lazo. Siempre andas con la preocupación de la niña de que se acabe el pañal, la leche, que cualquier cosa; no es como con las otras niñas, ah se acababa, chuta hay que ir a comprar; no, esto no, estás un paso más adelante... de repente como que algunas cosas que haces, que la pensai, desde que ando con ella no, o sea soy más incondicional. Seguramente me impactó el verla nacer, me abrió más los sentimientos” (Raúl, 43).

“Él ha cambiado, sí, ha cambiado, no sé si serán los años pero ha cambiado, es más tierno, se preocupa de que no le falte nada, es más cariñoso, la toma, le da besitos, o la hace dormir... si ha cambiado hartito; como que esta más chocho... como que yo creo que donde la vio nacer lo hizo cambiar, porque con las otras niñas, no era tanto, era mas frío, es que él es frío, pero la Camila lo hizo cambiar” (Ema, 29, pareja de Raúl).

CUARTA PARTE: CONCLUSIONES

PUERPERIO

*Fue una experiencia hermosa donde se ve que **los hombres también se emocionan** en momentos tan especiales como es el nacimiento de un hijo.*

Este sencillo testimonio escrito por un hombre que recién había participado en el parto de su hijo o hija en el Hospital Félix Bulnes, fue una de las razones que nos impulsó a llevar a cabo el presente estudio. “*Género y escenario del parto. Participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas*”, es el título de un estudio que ha querido levantar un tema emergente tanto en su dimensión práctica como simbólica. Hace 9 años se comenzó a fomentar la participación de los hombres en el parto en hospitales públicos de nuestro país, llegando a estar presentes en un 30% de los partos en el año 2002. Esto nos habla de una práctica relativamente nueva, tras decenios en que toda persona externa al personal médico estuvo excluida de este evento. Nos preguntamos, a partir de este hecho, qué correlatos en los niveles simbólicos podía tener esta práctica.

De este modo, nos planteamos como objetivo de la investigación el indagar en las significaciones y efectos de la participación del varón en el parto para parejas del mundo popular urbano, y su incidencia en las construcciones de identidades paternas. Para responder a este objetivo, debimos hacer confluir dos ejes temáticos y analíticos: la atención de parto hospitalario, y la construcción de identidades paternas.

El parto es un proceso fisiológico que, de no presentar complicaciones, puede ocurrir sin ningún tipo de intervención. Resulta paradójico que en un proceso donde la mujer parturienta y su familia son los naturales protagonistas, y en el cual lo mejor que puede hacerse es no intervenir y dejar que transcurra por sí solo, nos encontremos en un sistema de atención altamente intervencionista en el que las mujeres y sus familias son pasivos/as pacientes que deben ayudar y cooperar con el personal médico, que es dueño del proceso.

Es indudable que la biomedicina se asocia a grandes beneficios a nivel de salud, como la importante reducción de las tasas de morbilidad materna y neonatal en gran parte del mundo. Sin embargo, en el mundo entero se cuestionan sus prácticas por su elevado

nivel de intervencionismo no justificado. Este cuestionamiento, de larga data en diversos movimientos sociales, encontró un correlato *oficial* en 1985, cuando se realizó en Fortaleza, Brasil, la primera reunión de la OMS para discutir el asunto. Como resultado de dicho encuentro se emitió la *Declaración de Fortaleza; Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento*. Estas recomendaciones se basaron en el principio de que las mujeres y sus familias tienen un rol central en todos los aspectos de la atención de parto y nacimiento, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión en implementación de una apropiada atención.

Dieciocho años han pasado desde la reunión de Fortaleza, y en gran parte del mundo la atención alópata del parto ha ido en aumento, con índices de intervencionismo injustificados que no cuentan con evidencia que los respalde. Nuestro país cuenta con casi un 100% de partos atendidos por personal capacitado. Este personal, a diferencia de otros países, corresponde en su totalidad a personal capacitado únicamente en la ciencia médica alópata. Este hecho implica que tengamos los más bajos índices de morbilidad materna y neonatal de América del Sur, sin embargo conlleva muchas consecuencias negativas, que se resumen en la completa desautorización de los/as usuarios/as en un proceso de gran significado simbólico, emocional y socio-cultural.

Durante los últimos años, se ha venido gestando en nuestro país una intensa reflexión acerca de estos asuntos, que cristalizaron en mayo del año 2000, cuando se realizó en Santiago el *Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo*, impulsado por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud. Desde esa fecha, se han realizado diversos encuentros que buscan traducir estas reflexiones en prácticas concretas en la atención obstétrica. Estas instancias han sido impulsadas por grupos de profesionales, desde diversas instituciones, pero, por lo general, no han considerado las voces de los/as usuarios/as del sistema como punto de análisis. De este modo, se sigue reproduciendo un sistema donde el conocimiento circula entre las elites educadas, y donde los y las reales protagonistas de los eventos no son considerados/as en la toma de decisiones. Incluso cuando los testimonios y experiencias de los/as usuarios/as han sido incorporados, no se han revisado en el contexto de dominación y hegemonía de un sistema de atención que opera a través de mecanismos simbólicos de ejercicio de violencia. Por ello sostenemos que la experiencia de las familias usuarias del sistema, analizada en un marco que revele dichos mecanismos, se constituye en un poderoso marco de análisis de la atención de salud. En este marco, la investigación que hemos presentado pretende constituir un aporte desde un marco antropológico de investigación donde la observación de la atención y los testimonios de las parejas constituyen el eje de análisis.

Una de las prácticas que se ha venido promoviendo en la atención de salud en nuestro país, en el marco de la llamada “humanización del proceso reproductivo”, es la de un acompañante externo al personal de salud para la mujer parturienta. Como ya planteamos, desde hace más de dos décadas se promueve esta participación – especialmente la del hombre, pareja de la gestante- en salud privada, mientras que en salud pública sólo se permite y promueve el ingreso del padre al parto de sus hijos/as desde el año 1995. Esta medida tiene como fines el prestar apoyo emocional a la mujer, fomentar la creación de vínculos tempranos en el núcleo familiar, y reducir la violencia intrafamiliar, bajo el supuesto de que conectando a los varones con esferas emotivas de sus vidas como el nacimiento de sus hijos/as, se pueden generar cambios en el modelo de masculinidad hegemónica.

Esta medida cobra sentido en el contexto de transformaciones sociales que buscan propender a una mayor equidad de género. En dos conferencias internacionales recientes, La de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, se planteó no solamente la necesidad de formular políticas, programas y actividades que permitieran transformar los roles y responsabilidades asignadas a mujeres y varones en los diferentes espacios, sino también la obligación de promover y alentar la participación y la responsabilidad del hombre en todas las esferas de la vida familiar y doméstica. En particular, en el ámbito de la salud reproductiva se ha señalado la importancia de desarrollar las investigaciones sobre el papel de los varones, y se ha planteado que los indicadores de salud de la mujer y de los niños y niñas no podrán ser modificados sin cambios de comportamiento de la población masculina joven y adulta (Viveros 2002).

Las recomendaciones de estas conferencias, entre otro motivos, tuvieron efecto en que buena parte de las investigaciones que venían llevándose a cabo en la región a cerca de las identidades masculinas, se fueran volcando hacia el ámbito de las “intimidades”. En especial, los estudios acerca de identidades paternas de los hombres han intentado penetrar el discurso de la masculinidad hegemónica para descubrir nuevas claves de análisis.

Como vimos, gran parte de los estudios que se han realizado tanto en el mundo como en América Latina acerca de las masculinidades han coincidido en plantear la existencia de una masculinidad hegemónica, que a través de mandatos, pauta lo que los hombres deben ser. El hombre, así, se construye en oposición a la feminidad, y como plantea Badinter, en base a tres premisas fundamentales: *no soy mujer, no soy bebé, no soy homosexual*. El que “los hombres no lloran”, es un claro ejercicio de este modelo de masculinidad, que aleja a los varones de la posibilidad de expresar ternura, de mostrar sus emociones. Estos mandatos, si bien sitúan a los hombres en una posición de poder, suponen muchas veces comportamientos autodestructivos y generadores de violencia.

Es así como desde el paradigma de la masculinidad hegemónica, los hombres son descritos como seres promiscuos, sexualmente agresivos, arriesgados, descomprometidos con su propio entorno reproductivo, privándolos, repetidamente, de la libre y espontánea expresión de sus sentimientos de felicidad, angustia, dolor o miedo y del establecimiento de relaciones afectivamente cercanas y comprometidas con los demás (Amuchastegui 1996). En este sentido, el padre descrito por la masculinidad hegemónica en el contexto del patriarcado es un hombre distante emocionalmente de sus hijos/as, quien supone que la crianza y cuidado de éstos/as es tarea y responsabilidad femenina.

En los últimos decenios, el escenario en que se construyen las definiciones de género ha sufrido grandes cambios, y nos encontramos con que “lo que se supone por muchos y muchas que deben ser los padres, así como las identidades de los varones como padres, ha sufrido importantes variaciones” (Olavarría 2001: 44). Siguiendo a Olavarría, atendemos a que los mandatos de trabajar, proveer y ser jefes del hogar han sido sometidos a pruebas, y los hombres se comienzan a cuestionar el sentido de su paternidad y las capacidades y recursos de que disponen. Sus propias subjetividades, las relaciones y prácticas con sus hijos/as y pareja se ven afectadas.

Como ya decíamos, se ha generado un interesante foco de investigación en América Latina en torno a las identidades paternas de los hombres. Sin negar la importancia de poner en escena estas temáticas, consideramos que muchos de estos trabajos se quedan entrapados en la misma definición de masculinidad hegemónica que buscan traspasar. Es decir, nos encontramos con una investigación, que como bien plantea Mara Viveros (2002), aborda el tema de la paternidad desde una perspectiva más negativa que positiva, desde los problemas que genera la ausencia del padre y no planteando una reflexión en torno a su presencia.

Creemos que en el nivel metodológico se pueden encontrar muchas claves para superar estas posiciones estigmatizadoras de los hombres. Por una parte, si pensamos en cómo se conduce la investigación cualitativa, en muchos casos existe una gran brecha entre el “trabajo de campo” propiamente tal y la generación de teoría. En muchos estudios, las personas que recogen la información son diferentes de quienes luego la “transcriben” y de quienes la analizan. En este camino, se pierde valiosa información que se relaciona con los contextos en que se generaron los contactos, y con todo el ámbito de comunicación no estrictamente verbal. Luego, hay estudios que describen a los hombres a partir de lo que las mujeres dicen de ellos, o exclusivamente desde sus propias voces, sin considerar la dimensión relacional por la que las identidades se construyen en un constante diálogo. Es imprescindible, a nuestro juicio, trabajar tanto con hombre como con mujeres para llegar a descifrar cómo se van construyendo y (re)definiendo identidades.

En los temas que nos atañen, a saber, los espacios íntimos de las vidas familiares, es necesario plantearse preguntas metodológicas sobre cómo acceder a estos espacios de una manera “amorosa” que genere empatía y confianza. En este mismo sentido, estudios como el que hemos desarrollado, necesitan de un largo período de contacto con los/as entrevistados/as, para ir generando confianza, ir levantando velos, ir pasando del nivel del “deber ser” al que queda escondido tras los mandatos hegemónicos.

Con lo anterior no queremos decir que nuestro estudio haya logrado superar todas estas brechas. Ha sido un estudio exploratorio, una “punta de lanza” para luego profundizar. Sin embargo, pudimos ir viendo cómo a lo largo del proceso de investigación, se iban develando situaciones que en un principio estaban ocultas. Los sucesivos contactos con las parejas nos permitieron ir descubriendo claves que nos permiten plantear un giro analítico para hablar de padres cada vez más presentes.

Para abrir la pregunta sobre la *presencia* de los hombres en las vidas familiares, fue entonces que planteamos el presente estudio. Observamos primero las presencias *físicas*, “*objetivas*”, de los hombres en el momento del parto, para luego pasar a indagar en las presencias más *intangibles*, “*subjetivas*”, de los hombres en la intimidad de sus vidas familiares, como padres.

En el recorrido, nos encontramos con prescripciones institucionales que mantienen a los hombres alejados del pre-parto, esperando durante largas horas en pasillos sin ninguna comodidad, desinformados y muy nerviosos ante la posibilidad de participar en el parto. Saben que al entrar al parto deben *aguantar*, temen no lograrlo y pasar a ser visto como hombres *débiles*.

Nos encontramos con hombres, que sin haber recibido adecuada información sobre el avance del trabajo de parto de sus parejas, salieron al baño o a comer algo y se perdieron el momento del parto.

Descubrimos hombres motivados a participar en el parto, para *ver* el nacimiento de sus hijos/as, establecer vínculos con ellos/as, reconocerse desde su primer asomo al mundo, y para apoyar a sus compañeras en un momento que ellos saben es difícil, donde ellas se encuentran *solas*. Nos encontramos con mujeres motivadas a que sus parejas participen, para que *vean lo que realmente se sufre para ser madre*, y para apoyarlas en un angustiante momento en donde no detentan ninguna autoridad para injerir en el curso de los eventos.

Vimos hombres emocionados hasta las lágrimas al ver a sus hijos e hijas nacer y los observamos reconocerse con los/as recién nacidos/as.

Nos encontramos con hombres que, tras el parto, se conectan con lo divino y con su familia. Valoraron a la mujer, por el *acto heroico y sobrecogedor de dar a luz*, y a sus

hijos/as, cuyo nacimiento le permitió conectarse con sus emociones. Hombres que *también se emocionan*. Hombres que tras la experiencia de participar en el parto, expresaron haber sentido un *cambio*.

Descubrimos hombres que tuvieron padres ausentes, y que ahora quieren estar presentes. Hombres que cambian pañales, que distinguen los tipos de llantos de sus hijos/as, que llegan temprano a la casa para poder acostar a los/as pequeños.

En suma, hombres presentes.

Hay quienes plantean que los hombres que comienzan a diferenciarse del modelo hegemónico aparecen más en un nivel de discurso que de práctica. Creemos que en los hogares populares, muchas prácticas que llevan al ejercicio de paternidades más afectivas están ocurriendo, y quedan circunscritas en las esferas íntimas, sin socializarse en círculos más amplios pues existe una fuerte presión social por *ser verdaderamente hombres*. En este sentido, se refuerza en el discurso la adscripción a una masculinidad hegemónica, cuando en las prácticas hay efectivas transformaciones.

Consideramos que la participación en el parto se transforma en una instancia privilegiada para fomentar estas transformaciones, pues es un espacio donde a los hombres se les permite expresar sus emociones. En el contexto del fomento de prácticas que humanicen la atención de salud reproductiva, es un momento propicio para reflexionar acerca de las formas en que la participación del varón en el parto se lleva a la práctica. A nuestro juicio, el foco para un verdadero parto humanizado debe estar en la familia, sea cual sea su configuración, en un paso por dejar de reducir la salud reproductiva a la mujer/madre. Sin negar que su cuerpo es el que vive el proceso fisiológico de la gestación y el parto, se debe considerarse que su pareja también vive el proceso, en un nivel que por ser intangible, queda invisibilizado. Tanto la gestación como el nacimiento deben ser considerados de la competencia y responsabilidad tanto de la mujer como de su pareja y redes de apoyo. La presencia del padre debe ser vista como parte integral de la atención de salud reproductiva. Las maneras en que esto se pueda implementar pueden constituirse en un importante elemento para hablar de la salud sexual y reproductiva de la familia, y de los varones.

¿Por qué es esto importante? Es importante trabajar la conexión entre reproducción y paternidad, ya que para los varones la paternidad se constituye en la principal (y a veces única) objetivación de su participación en el campo de la reproducción (De Keijzer 1998). El nacimiento es además un momento propicio y fructífero para la vinculación entre el padre y bebé (Kennell y Klaus 1998), así como para su vinculación afectiva con la mujer. La participación de los padres en salud sexual y reproductiva, y en los procesos relativos al cuidado y crianza de sus hijas e hijos traen beneficios para los niños, la madre y para el hombre mismo, como lo han demostrado diversas plataformas y autores/as, por lo cual se

nos presenta el desafío para la promoción de paternidades más afectivas, equitativas y comprometidas.

Siguiendo las ideas vertidas en la Conferencia de El Cairo (1994), podemos decir que este desafío se formula no sólo a los hombres sino también a: la sociedad en su conjunto, en términos de las condicionantes culturales que establecen roles y estereotipos sexuales, y que jerarquizan las relaciones entre los sexos; el Estado, en lo que concierne a su voluntad política, para operar cambios a nivel legislativo, económico, educacional y de servicios, que posibiliten el ejercicio de los derechos antes mencionados. Hablar de responsabilidad y participación masculina se constituye en una propuesta e invitación a: vivir una sexualidad más saludable y plena para mujeres y hombres; compartir la riqueza del espacio afectivo que brinda la cercana relación de crianza y educación de hijos/as; compartir las responsabilidades económicas vinculadas a la crianza y educación de hijos/as; y establecer relaciones de comunicación y respeto entre ambos (Foro Abierto de Derechos sexuales y reproductivos 1995).

Y, para cerrar, una cita de Sonia Montecino: “El desafío parece ser el de la creación de nuevos espacios y rasgos diferenciales que no supongan desvalorizaciones por estar asociados a un determinado género. Pero eso nos enfrenta a un problema de reelaboración cultural, de cambio civilizatorio y de proyectos sociales globales que ‘piensen’ a mujeres y hombres en un universo de complementariedades y de solución a las inequidades sin hacer tabla rasa de la necesidad de una identidad personal, social, humana; de un sí mismo que requiere respeto a su singularidad. Nos enfrenta así a la necesidad de una fisura en los modelos sociales, a una abertura fundamental, a una reflexión que explore si el acento colectivo se pone sobre lo homogéneo o sobre lo diverso” (1996: 17). Una oportunidad de fisura, como hemos planteado, se encuentra en el fomento de instancias que vinculen emocionalmente a los hombres con sus familias: “la paternidad, al igual que la relación de pareja, se nos sigue ofreciendo como una excepcional oportunidad para la reflexión, el placer y el cambio” (De Keijzer 2000: 237).

Los hombres también se emocionan, y es necesario fomentar espacios donde se permita esta expresión.

BIBLIOGRAFÍA CITADA Y CONSULTADA

- **Aarón, A.M., De la Fuente, N., Llanos, M.T. y Machuca, A.** 1995. *Violencia Intrafamiliar*. Santiago de Chile: Santiago.
- **Aguayo, Francisco.** 2003. *Paternidades: Políticas y Programas*. Santiago de Chile: UNICEF (borrador final).
- **Aguayo, Francisco et al.** 2002. *Paternidad Activa. Manual de Monitores/as. El fortalecimiento del derecho de los hombres a participar en la crianza de sus hijas e hijos*. Santiago de Chile: CIDE.
- **Alatorre, Javier.** 2002. “Iniciativa para la Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano”, en: CEPAL *Educación Reproductiva y Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*. México: CEPAL
<http://www.eclac.cl/mexico/publicaciones/sinsigla/xml/6/11766/Capítulo%201.pdf> (17 de mayo, 2004).
- _____. 2002b. “Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano”, en: CEPAL *Educación Reproductiva y Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*. México: CEPAL
<http://www.eclac.cl/mexico/publicaciones/sinsigla/xml/6/11766/Capítulo%202.pdf> (17 de mayo, 2004).
- **Alatorre, Javier y Rafael Luna.** 2000. “Significados y Prácticas de la Paternidad en Ciudad de México”, en: Fuller, N. (ed.) *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- **Amorós, Celia.** 1985. *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Madrid: Anthropos.
- **Amuchastegui, Ana.** 1996. “El Significado de la Virgindad y la iniciación sexual”, en: I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Para Comprender la Subjetividad, Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- **Anguera, María Teresa.** 1997. *Metodología de la Investigación en las Ciencias Humanas*. Madrid: Cátedra.
- **Badinter, Elizabeth.** 1992. *XY: La Identidad Masculina*. Barcelona: Alianza.
- **Ballesté, Mercedes y Ana M. Fernández.** 1997. “Derechos reproductivos y cesáreas”, en: *Cesáreas: Tendencias actuales y perspectivas*. México: Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos, pp. 55-64.
- **Barker, Gary.** 2002. “Gender Equitable Boys in a Gender Inequitable World: Reflexions from Qualitative Research and Program Development with Young Men in Rio de Janeiro, Brazil”, en: <http://www.promundo.org.br/download/GENEQBOY-2.doc> (23 de abril 2003).
- _____. 2002. “La Formación de Niños no Violentos y con Equidad de Género: Reflexiones de la Investigación y Desarrollo de Programas en Río de Janeiro, Brasil”, en: *Conferencia Regional “Varones Adolescentes: Construcción de Identidades de Género en América Latina”* FLACSO-Chile (versión preliminar).
- _____. 2003. *Men’s Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations*. World Bank (final draft).

- **Beltrán, Miguel.** 1994. “Cinco Vías de Acceso a la Realidad Social”, en: García, Ibáñez y Alvira, *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza.
- **Bourdieu, Pierre.** 2000. *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama.
- **Browner, Carole y Carolyn F. Sargent.** 1990. “Anthropology and Studies of Human Reproduction”, en: Thomas M. Jhonson y C. F. Sargent (eds.). *Medical Anthropology; Contemporary Theory and Method*, Greenwood Publishing Group, U.S.A.
- **Campero, Lourdes et al.** 2000. “Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas y el personal clínico del hospital”, en: Stern y Echarri (comps.). *Salud Reproductiva y Sociedad*. Resultados de Investigación. México: El Colegio de México, pp. 263-300.
- **Castro, René.** 2001. “Bases para una política nacional de humanización en la atención del proceso reproductivo”, en: *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud – Universidad de Chile, pp. 211-223.
- **Castro, Roberto.** 1996. “En búsqueda del significado. Supuestos, alcances y limitaciones de los métodos cualitativos”, en: Szasz y Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México, pp. 57-85.
- **Castro, Roberto y Joaquina Erviti.** 2002. “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, en: Rico, López y Espinoza (coords.), *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFEM, pp. 245-263.
- **CEPAL** (Comisión Económica para América Latina y El Caribe). 1993. *Desarrollo y Equidad de Género: una Tarea Pendiente. Serie Mujer y Desarrollo*, N° 13, Santiago de Chile.
- _____. 2000. *Las Mujeres Chilenas en los Noventa. Hablan las cifras*. Convenio CEPAL-SERNAM. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- **Citarella, Luca** (compilador). 1995. *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Sudamericana.
- **Comelles, Joseph M. y Angel Martínez.** 1993. *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.
- **Connell, Robert.** 1995. *Masculinities*. London: Polity Press.
- **Davis-Floyd, Robbie.** 2001. “The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth”, en: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, pp. 5-23.
- _____. *The pre-the partner*. <http://www.davis-floyd.com/> (15 de mayo 2004).
- **Davis-Floyd, Robbie y Carolyn Sargent.** 1997. “Introduction: The Anthropology of Birth”, en: Davis-Floyd y Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: California Press, pp. 1-51.
- **Declercq, Eugene et al.** 2001. “Where to give Birth? Politics and the place of birth”, en: Devries et al. (eds.), *Birth by Design: Pregnancy, Maternity care and Midwifery in North America and Europe*. Great Britain: Routledge, pp. 7-27.
- **De Keijzer, Benno.** 1998. “Paternidad y transición de género”, en: Schmuckler, B. y A. Langer (eds.), *Familias y relaciones de género en transformación*. México: The Population Council-Edamex.

- _____. 2000. Paternidades y Transición de Género, en: Fuller (ed.) *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- **De la Parra, Marco Antonio**. 1996. “Sobre una Nueva Masculinidad o el Padre ausente”, en: Sonia Montecino y María Elena Acuña (comps.) *Diálogos sobre el Género Masculino en Chile*, Santiago: CIEG, Bravo y Allende Editores.
- **De Souza, María Clausa y Luiza Komura**. 2004. “Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales”, en: *Ciencia y Enfermería X (1)*: 57-66. Concepción: Universidad de Concepción.
- **Díaz, Ana María y Fredy Gómez**. 1998. *Los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Varones, una reflexión acerca de la Masculinidad y los Derechos*. Santafé de Bogotá: Profamilia.
- **Ehreneich, Bárbara y Deirdre English**. 1988. *Brujas, Comadronas y Hechiceras. Historia de las Sanadoras*. Barcelona: La Sal, Ediciones de Les Dones.
- **Fachel, Ondina**. 2000. “Impases de la Paternidad: la reproducción desde la Perspectiva Masculina”, en: Fuller (ed.) *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- **Fernández, María Angélica**. 2001. “Paternidad Compartida”, en: *Nacer en el Siglo XXI, De Vuelta a lo Humano*. Santiago: Ministerio de Salud, Universidad de Chile.
- **Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. 1995**. *Participación y Responsabilidad Masculina en la Sexualidad, Reproducción y Crianza*. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994. Santiago de Chile.
- **Foucault, Michel**. 1996. *La Vida de los Hombres Infames*. Argentina: Altamira.
- _____. 1997. *El Nacimiento de la Clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- _____. 1998. *Historia de la Sexualidad. Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- **Fuller, Norma**. 2000. *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú Fondo Editorial.
- _____. 2000b. “Significados y Prácticas de Paternidad en Varones Urbanos del Perú”, en: Fuller, N. (ed) *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- _____. 2001. *Masculinidades. Cambios y Permanencias*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- **Geertz, Clifford**. 1989. *El Antropólogo como Autor*. Barcelona: Paidós.
- _____. 1989b. *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa.
- _____. 1994. “Géneros confusos. La refiguración del pensamiento social”, en: *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós, pp. 151-182.
- **Giddens, Anthony**. 2000. *La Transformación de la Intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- **Golub, Edward**. 1996. *Los Límites de la Medicina*. Santiago de Chile: Andrés Bello.

- **González, Marta y Eulalia Pérez.** 2002. “Ciencia, tecnología y género”, en: *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Información*. Número 2, enero-abril 2002. OEI (Organización de Estados Americanos para la educación, la ciencia y la cultura: <http://www.campus-oei.org/revistactsi/numero2/varios2.htm> (2 de agosto 2003).
- **Gutmann, Matthew.** 1996. *The meanings of macho. Being a man in Mexico City*. Berkeley: University of California Press
- **Haraway, Donna.** 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Cátedra, Madrid.
- **Harding, Sandra.** 1995. “Después del Eurocentrismo: Desafíos para la Investigación Feminista en el Norte”, en: *Feminismo, Ciencia y Transformación Social*. Granada: Universidad de Granada, pp.13-29.
- _____. 1996. *Ciencia y feminismo*. Morata, Madrid.
- _____. 1998. “¿Existe un método feminista?”, en: *Debates en Torno a la Metodología Feminista*. México: UNAM, pp. 9-35.
- **Harstock, Nancy.** 1983. “The Feminist Standpoint”, en: Harding y Hintikka (eds), *Discovering Reality*. Holanda; Boston; Londres: D. Reidel Publishing Company.
- **Hasbún, Julia.** 2003. *Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer: Asunto tanto del Hombre como de la Mujer*. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la mujer INSTRAW. http://www.un-instraw.org/docs/mrrwh/Hasbun_working_draft.pdf (28 de octubre, 2003).
- **Helman, Cecil.** 1994. *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- **INE** (Instituto Nacional de Estadísticas) 1998, 1999, 2000, 2001, 2002. *Anuario de Demografía*. Santiago de Chile.
- **Jordan, Brigitte.** 1993. *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press.
- **Junge, Patricia.** 2001. *Nuevos paradigmas en la antropología médica*, presentado en el 4º Congreso Chileno de Antropología, Universidad de Chile, en: <http://csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1201.html> (7 de junio 2003).
- **Kaufmann, Michael.** 1997. “Los Hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres”, en: Valdés y Olavaria (eds.) *Masculinidades*. Santiago: ISIS / FLACSO
- **Kimmel, Michael.** 1992. “La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes”, en: *Fin de siglo, género y cambio civilizatorio*. Ediciones de las Mujeres nº 17. Santiago: ISIS
- _____. 2001. “Masculinidades globales: restauración y resistencia”, en: Sánchez-Palencia, C. y J.C. Hidalgo (eds.), *Masculino plural, construcciones de la masculinidad*. España: Edicions de la Universitat de Lleida.
- **Kitzinger, Sheila.** 1997. “Authoritative Touch in Childbirth: a Cross-Cultural Approach”, en: Davis-Floyd y Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: California Press, pp. 209-232.
- _____. 2000. *Rediscovering Birth*. Italy: Pocket Books, Simon and Schuster.

- **Klaus, Marshall y John Kennell.** 1978. *La Relación madre-hijo*. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.
- _____. 1993. *Pais e bebés: a formacao do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- **Lagarde, Marcela.** 1994. *Democracia Genérica*. México: REPEM – México y Mujeres para el Diálogo.
- **Lamas, Marta.** 1996. “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”, en: Lamas (comp.), *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) - Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 327-366.
- _____. 1996b. “La Antropología Feminista y la Categoría de Género”, en: *Nueva Antropología*, Vol. VIII, N° 30, pp. 173-198.
- **Laqueur, Thomas.** 1992. “Los hechos de la paternidad”, en *Debate Feminista* Año 3, vol. 6, septiembre.
- **Lazarus, Ellen.** 1997. “What do Women Want?, issues of choice, control and class in American pregnancy and childbirth”, en: Davis-Floyd, R. y C. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California Press, California. pp. 132-158.
- **Lerner, Susana.** 1996. “La formación en metodología cualitativa, perspectiva del programa salud reproductiva y sociedad”, en: Szasz y Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México, pp. 9-15.
- **Luco, A., J. Robinovich y M.I. Espinoza.** 2001. “Involucramiento del varón en la salud sexual y reproductiva: un estudio cualitativo”, en: *Nacer en el Siglo XXI, De Vuelta a lo Humano*. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud y Universidad de Chile.
- **Magallón, Carmen.** 1995. *Privilegio Epistémico, Verdad y Relaciones de Poder. Un debate sobre la Epistemología del Feminist Standpoint*. Illinois.
- **Malinowski, Bronislaw.** 1975. “Confesiones de ignorancia y fracaso”, en: Llobera, J. (comp.), *La Antropología como Ciencia*. Barcelona: Anagrama.
- **Martin, Emily.** 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- **Martínez, Carolina.** 1996. “Introducción al trabajo cualitativo de investigación”, en: Szasz y Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México, pp. 33-56.
- **Matamala, María Isabel et al.** 1995. *Calidad de la Atención. Género ¿Salud Reproductiva de las Mujeres?* Santiago de Chile: Reproducciones América.
- **Mead, Margaret.** 1990. *Sexo y Temperamento*. México: Paidós.
- **Mello de Carvalho, Maria Luiza.** 2001. *A participacao do pai no nascimento da crianca: as familias e os desafios institucionais em uma maternidade publica*. Dissertacao de mestrado. Rio de Janeiro: Universidad Federal do Rio de Janeiro.
- **Menéndez, E.** 1984. “Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención”, en: *Cuadernos de la Casa Chata*, N° 86, CIESAS.

- _____. 2001. “De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación”, en: *Relaciones* 88 (22): 119-163.
- **Michelet, Jules.** 1989. *Historia del Satanismo y la Brujería*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- **MINSAL** (Ministerio de Salud). 1991. *Programa de Salud Materna y Perinatal*. Santiago de Chile: MINSAL, Depto. Programa de las Personas.
- _____. 1996 *Anuario de Egresos Hospitalarios, 1996*. Santiago de Chile: MINSAL, Depto. de Coordinación e Informática.
- _____. 1997. *Programa Salud de la Mujer*. División Salud de las Personas. Santiago de Chile: MINSAL, Depto. Programa de las Personas.
- _____. 1998. *Atención de Salud con Enfoque Familiar*, en: <http://www.minsal.cl/> (15 de agosto 2003).
- _____. 2001. *Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile*. Santiago de Chile.
- **Montecino, Sonia.** 1991. *Madres y Huachos, alegorías del mestizaje chileno*. Santiago de Chile: Cuarto Propio, CEDEM.
- _____. 1996. “Devenir de una traslación: de la mujer al género o de lo universal a lo particular”, en: Montecino y Rebolledo, *Conceptos de Género y Desarrollo. Serie Apuntes Docentes*. Santiago de Chile: PIEG.
- _____. 1996b. “De lachos a machos tristes: la ambivalencia de lo masculino en Chile”, en: Montecino, Sonia y María Elena Acuña (comps.) *Diálogos sobre el Género Masculino en Chile*. PIEG, Universidad de Chile. Santiago de Chile: Bravo y Allende, pp. 14-26.
- **Morales, Francisca.** 2001. *El Desarrollo y Formación de los Hijos e Hijas desde la Perspectiva del Padre*. Documento de Trabajo. Santiago de Chile: CIDE.
- **Muñoz, Hugo et al. (eds.)** 2001. *Nacer en el Siglo XXI, De Vuelta a lo Humano*. Santiago: Ministerio de Salud, Universidad de Chile.
- **Nakano Glen, Evelyn, Grace Chang y Linda Rennie Forcey (eds.)** (1994). *Mothering, Ideology, Experience, and Agency*. Routledge, New York.
- **Obando, Ana Elena.** 2003. *Derechos Sexuales y Reproductivos*. WHRnet (Women’s Human Rights net): <http://www.whrnet.org/docs/tema-derechossexuales.html> (15 de julio 2003).
- **Olavarría, José.** 2001. *Y Todos Querían ser (Buenos) Padres. Varones de Santiago de Chile en Conflicto*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Lom Ediciones.
- _____. 2001b. *¿Hombres a la Deriva?* Santiago: FLACSO.
- **Olavarría, José et al.** 2002. *Panorama de la investigación sobre el rol y responsabilidades de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres: identificación de tendencias emergentes, vacíos y desafíos (1994-2002)*. INSTRAW.
- **OPS (Organización Panamericana de la Salud).** 2001. *Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud*. Washington DC. En, http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfiles/comparados/salud_reproductiva (13 de agosto 2003).

- **Ortner, Sherry.** 1979. “¿Es la Mujer con respecto al Hombre lo que la Naturaleza con respecto a la Cultura?”, en: *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Eneagrama.
- **Palma, Milagros.** 1990. “La malinche: el malinchismo o el lado femenino de la sociedad mestiza”, en: Palma (ed.) *Simbólica de la Femenidad. La mujer en el imaginario mítico-religioso de las sociedades indias y mestizas*. Colección 500 Años. Cayambe: Ediciones Abya-yala.
- **Parrini, Rodrigo.** 2000. “Los Poderes del Padre: Paternidad y Subjetividad Masculina”, en: Olavarría, José y Rodrigo Parrini, (eds.) *Masculinidad/es. Identidad, Sexualidad y Familia*. (2000) FLACSO-Chile, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Red de Masculinidad. Santiago: Lom Ediciones.
- **PRIMAL** (Organización para la humanización del parto, la vida y el nacimiento). 2001. “Parir y nacer dignamente”, en: http://www.cosmovisiones.com/primal/t_dere01.html (15 de septiembre 2003).
- **Puleo, Alicia.** 1992. *Dialéctica de la Sexualidad*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- **RAE** (Real Academia Española). 2001. *Diccionario de la Lengua Española*, Vigésimo segunda edición, en: <http://www.rae.es> (septiembre 2003).
- **RELACAHUPAN** (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento). 2000. “Declaración de Ceará en torno a la Humanización”, en: <http://www.relacahupan.org/declaracion.html> (13 de marzo 2003).
- _____. 2001. “Encuesta sobre la atención de parto en América Latina”, en: <http://www.relacahupan.org/encuesta.html> (13 de marzo 2003).
- _____. 2003. “Caminos para la humanización del parto y el nacimiento”, en: <http://www.relacahupan.org/caminos01.html> (29 de septiembre 2003).
- **Rodríguez, Gabriela y Benno de Keijzer.** 2002. *La Noche se Hizo Para los Hombres; Sexualidad en los Procesos de Cortejo entre Jóvenes Campesinos y Campesinas*. México: Population Council, EDAMEX.
- **Rubin, Gayle.** 1996. “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo”, en: Marta Lamas (comp)., *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG (Programa Universitario de Estudios de Género) - UNAM.
- **Sabo, Don.** (2000). *Comprender la Salud de los Hombres. Un Enfoque Relacional y Sensible al Género*. Publicación Ocasional Número 4. Harvard Center for Population and Development Studies. http://www.paho.org/Spanish/DBI/po04/PO04_body.pdf (25 de marzo, 2004).
- **Salgado, Carolina.** 1996. “Introducción al Trabajo Cualitativo de Investigación”, en: Ivonne Szasz y Susana Lerner, (comps.) *Para Comprender la Subjetividad, Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad*. México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- **Sánchez, Dolores.** 1999. “Mujer hasta la tumba. Discurso médico y género: una aproximación desde el análisis crítico del discurso a un texto didáctico de ginecología”, en: *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad* 1 (2): 61-84.
- **Scheper-Hughes, Nancy.** 1990. “Three propositions for a critical applied medical anthropology”, en: *Social Science & Medicine*, vol. 30, Nº 2. Londres: Pergamon Press Ltd.

- **Seidler, Victor.** 2000. *La Sinrazón Masculina; masculinidad y Teoría Social.* UNAM, PUEG, CIESAS. México: Piados.
- _____. 2002. *Subjetividades, prácticas, derechos y contextos socioculturales.* Conferencia Regional Varones Adolescentes: Construcción de Identidades de Género en América Latina. Santiago: FLACSO-Chile, 6 al 8 de noviembre.
- **SERNAM, INE** (Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de Estadísticas). 2001. *Mujeres Chilenas, Estadísticas para el Nuevo Siglo.* Santiago de Chile.
- **SERNAM** (Servicio Nacional de la Mujer). 2003. Infoestadísticas, “Parto con presencia del padre”, y “Servicios adecuados para la presencia del padre en el parto”, en: <http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm> (26 de septiembre 2003).
- **Shepard, Linda.** 2002. “The feminine face of science”, en: *Resurgence Magazine on-line:* <http://resurgence.gn.apc.org/home.htm>. (15 de agosto 2003).
- **Stepan, Nancy.** 1986. “Race and Gender: The Role of Analogy in Science”, en: *Isis* 77: 261-277.
- **Szasz, Ivonne y Ana Amuchastegui.** 1996. “Un Encuentro con la Investigación Cualitativa en México”, en: Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.) *Para Comprender la Subjetividad, Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad.* El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, pp. 17-30.
- **Szasz, Ivonne y S. Lerner.** 1996. “Un Encuentro con la Investigación Cualitativa en México”, en: Ivonne Szasz y Susana Lerner, (comps.) *Para Comprender la Subjetividad, Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad.* México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- **Taylor, Steven y R. Bogdan.** 1992. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación.* Barcelona: Paidós.
- **UNICEF.** (2001) *Estado Mundial de la Infancia.* Nueva York: UNICEF.
- **Valdés, Teresa y José Olavaria.** 1998. “Ser hombre en Santiago de Chile, a pesar de todo un mismo modelo” , en: Valdés y Olavaria (eds.) *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina,* Santiago: FLACSO.
- **Valenzuela, Sergio.** 2001. “El Parto Humanizado: Modelos de Apoyo Emocional y Concepción de Parto Natural”, en: *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano.* Ministerio de Salud – Universidad de Chile.
- **Valles, Miguel.** 2000. *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Síntesis.
- **Vega, Ana María.** 2003. *Los derechos reproductivos y sus interpretaciones: Una causa que se promueve en la ONU,* en: <http://www.vidahumana.org/vidafam/onu/derechos-rep.html> (17 de agosto 2003).
- **Viveros, Mara.** 2000. “Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, perspectivas teóricas y analíticas”, en: Fuller, N. (ed.) *Paternidades en América Latina.* Perú: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- _____. 2002. *De Quebradores y Cumplidores.* Colombia: CES, Universidad Nacional, Fundación Ford, Profamilia.

- _____. 2002b. *Orientaciones Íntimas en las Primeras Experiencias Sexuales y Amorosas de los Jóvenes. Reflexiones a partir de Algunos Estudios de Caso Colombianos*. Conferencia Regional “Varones Adolescentes: Construcción de Identidades de Género en América Latina” FLACSO-Chile.
- **Wagner, Marsden. 1994.** *Pursuing the birth machine, the search for appropriate birth technology*. Australia: Australian Print Group.
- _____. 2000. “Fish can’t see the water: the need to humanize birth”. Ponencia presentada en Homebirth Australia Conference, Noose, Australia, en, <http://www.acegraphics.com.au/articles/wagner03.html> (5 de agosto 2003).
- **Weisner, Mónica.** 1999. “La Antropología Médica, Lo Uno- Lo Múltiple”, en *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología*, Tomo I, pp. 71-80.