

El enfoque sociológico en salud en el abordaje de la maternidad y la paternidad



The sociological approach in terms of health, in the discussion of motherhood and fatherhood

Dra. Reina Fleitas Ruiz

Doctora en Ciencias Sociológicas, profesora titular del Departamento de Sociología, Universidad de La Habana

RESUMEN

La Maternidad y la Paternidad son dos conceptos que reflejan realidades que han variado a lo largo de la historia, aún cuando mantienen una lógica estructural de tipo patriarcal que se reproduce desde la antigüedad hasta nuestros días la cual debe ser considerada una determinante social en el comportamiento de la salud sexual y reproductiva de nuestros días. El discurso de género en salud contribuye a una visión crítica de su diseño histórico en Cuba.

Palabras claves: sociología de la salud, género en salud, maternidad, paternidad

ABSTRACT

The sociological approach in terms of health, in the discussion of motherhood and fatherhood

Motherhood and fatherhood are both concepts that reflect realities that have changed along history, even when they still have a structural logic of a patriarchal kind that is reproduced from ancient times to the present world and must be considered a social determinant in sexual and reproductive health behavior nowadays. The reasoning of gender in terms of health helps to a critical view of its historic design in Cuba.

Key words: health sociology, gender in terms of health, motherhood, fatherhood

La Sociología de la Salud es una disciplina joven, comparada con el resto de las ciencias que han contribuido al desarrollo del enfoque social en salud. Su institucionalización se produce en la década de los cincuenta del siglo xx, aunque escritos que hablaban de su importancia y pertinencia en este campo de la actividad humana, y que contribuyen a perfilarla, se pueden hallar desde el siglo xix, etapa en la que se produce el nacimiento y establecimiento de esta ciencia social.

Su llegada tardía no minimiza la importancia de los saberes y enfoques que ha aportado al estudio de la salud humana, pues sus contribuciones han sido múltiples. Asimismo, en un período muy corto las investigaciones sociológicas en salud batieron los récords de publicaciones y de estudios concluidos en los Estados Unidos y se fueron abriendo paso en diferentes regiones. En América Latina fue relevante su expansión a partir de la década de los setenta del siglo pasado. No sucede así en el caso de Cuba, donde aún no se ha producido un despegue.

Uno de los aportes de esta disciplina ha sido la de construir una visión más compleja e integral de la salud; aunque esta no ha sido una característica del pensamiento de todas sus escuelas, puede encontrarse en la concepción marxista y crítica. En el siglo xix La situación de la clase obrera en Inglaterra de Engels es un excelente ejemplo de cómo se requiere relacionar salud y pobreza para entender las condiciones de vida en un grupo humano. Su mejor legado fue la aplicación del método dialéctico al estudio de los procesos sociales que, llevado al campo de la salud, ha significado el desarrollo de la capacidad de evaluar la interacción o conexión entre todos los procesos que intervienen como determinantes de la salud (económicos, de conocimiento, culturales, políticos, psicológicos, jurídicos, sociales y biológicos) (1), así como admitir que la salud no es solo un efecto de estos procesos, sino que también interviene como desencadenante (causa) de redefiniciones de política económica y social, y pesa sobre decisiones de migración y movilidad social de grupos y familias, por mencionar solo algunos de los tantos aspectos en los que repercute.

Otra arista de tal concepción es la necesidad de evaluar la relación entre salud y sociedad como una construcción histórica que cambia con las épocas y los espacios

sociales. Henry Sigerist¹ fue un pionero en ese sentido, porque su investigación histórica sobre la medicina y los sistemas de salud la realizó siempre desde una mirada sociológica que presuponía la relación entre estructura social y salud, destacando las ventajas de unos modelos de salud con respecto a los otros y su estrecho vínculo con el progreso en el conocimiento científico y el desarrollo económico y social. El estudio que realizó de la medicina antigua y de la soviética, son lecciones de buenos análisis históricos de la salud.

A diferencia de la Sociología de la Salud, los estudios de familia en esta ciencia nacieron desde el siglo XIX y han logrado acumular un amplio espectro de saberes de gran actualidad. Uno de estos es la visión sistémica de la relación familia-sociedad, de su carácter histórico cambiante, protagonismo en las transformaciones sociales y en la construcción de estrategias de enfrentamientos a los impactos negativos de las políticas, un legado de incalculable valor para la comprensión de la función del cuidado de la salud que desempeña esta institución social y de su relación con las entidades de salud.

La noción de sociedad como sistema y de la familia interactuando con esta en el proceso de su formación como una estructura social cuyos componentes se integran, es básica para poder comprender la complejidad de los roles que la definen como grupo o institución social, entre estos los parentales: madre-hijo y padre-hijo. Tales procesos de integración casi nunca transcurren armónicamente, pues se trata de roles que se forman en sociedades contradictorias en las que impera una división social del trabajo generadora de desigualdades sociales de muy diversa naturaleza: raciales, de género, de clase, territoriales,...

La familia es una estructura social, un subsistema de relaciones sociales en cuyo interior se identifican distintos componentes. Dichas relaciones se definen en términos de parentesco, convivencia y residencia. El diseño desigual en base al género y a lo generacional de los roles familiares determina que estas relaciones sean altamente conflictivas, como lo muestra la historia de las culturas a través de todos los tiempos.

¹ Entre sus obras se encuentra *Los modelos cambiantes de la atención médica y la profesión del médico a través de las edades*, aunque todas tenían incorporada la visión histórica de los procesos de salud-enfermedad.

El pensamiento salubrista que prevalece en Cuba está muy influenciado por la teoría de riesgos que, como dijera Jaime Breilh, es «una tesis de claro guión empirista que incorpora como elemento interpretativo central la contingencia o probabilidad» (2). Privilegia el análisis de las causas individuales y del papel de las personas en sus problemas de salud, entre cuyos factores se hallan los estilos de vida, y no visualiza claramente los factores históricos, estructurales y permanentes como determinantes de la salud. Es además un pensamiento centrado en una racionalidad que tiene como base la biología y no siempre logra incorporar la noción compleja de salud como bienestar físico, psíquico y social, que publicó la OMS en 1948.

Como en tantas áreas de la salud, la teoría de los riesgos y el enfoque biomédico han penetrado en los estudios sobre sexualidad y reproducción impidiendo la construcción de un análisis de las enfermedades y la mortalidad que enfrentan las familias y sus miembros desde una perspectiva sistémica e histórica. De ahí la necesidad de que en la formación curricular del médico se incorporen enfoques sociales más complejos, como el de la sociología y la teoría de género, que le permitan desarrollar una labor más eficaz en la investigación y en la atención primaria y secundaria de la salud, en particular sobre la prevención primaria de las enfermedades. Dotar al médico de una visión sociológica sobre temas de género, salud, sexualidad, reproducción y familia, sería una buena acción de formación en aras de mejorar su participación en el Programa Nacional Materno-Infantil.

¿Por qué el género?

El discurso y pensamiento sexista en medicina ha tenido, en diferentes períodos históricos, una incidencia nociva sobre la salud de las mujeres, favoreciendo el desarrollo de una cultura de la desigualdad entre hombres y mujeres.

En la historia de la salud el discurso médico evolucionó desde una antigüedad en la que la escuela hipocrática expandió la creencia de que la mujer era un receptáculo pasivo del semen, atribuyéndole al hombre el rol activo en la fecundidad y en la integración del niño a la familia, hasta una modernidad que en el siglo XVIII glorifica a la mujer/madre, aunque bajo la autoridad del hombre. Esos discursos médicos estuvieron apoyados y legitimados en cada momento histórico por el derecho civil y de familia y por una cultura sexista en la vida familiar, la política, la religión y la

economía, pues reforzaban la creencia de que el patriarcado como sistema social era el mundo adecuado para el desarrollo de una reproducción sana. Este fue también el momento en que progresivamente los hombres/médicos pudieron acceder al cuerpo de las mujeres y fueron desplazando del parto a las comadronas y parteras, estableciendo su dominio absoluto sobre el cuerpo de las mujeres.

La centralidad que por largo tiempo tuvo la reflexión sobre la reproducción de las mujeres en el pensamiento médico, influyó en el descuido del estudio de su sexualidad y en otros problemas de salud que las aquejaban. En la historia de la medicina, la práctica de investigar los cuerpos masculinos e ignorar las especificidades de los femeninos se mantuvo hasta el nacimiento de la modernidad y fue un factor que influyó en el retraso de la ginecología y la obstetricia. Dicha práctica se sostenía por las prohibiciones que establecía la Iglesia en relación con el acceso de los hombres/médicos al sexo de las mujeres. La ignorancia médica sobre la menstruación de las mujeres convirtió ese proceso natural en un calvario para ellas; se prescribía que era una sangre maligna que podía ser contagiosa y las mujeres debían aislarse mientras duraba ese proceso.

A la idealización de la maternidad contribuyó de manera especial el gran filósofo ilustrador Jean Jacques Rousseau a través de su libro Emilio. Quiere decir que el concepto de maternidad y paternidad que hoy heredamos es fruto del nacimiento del capitalismo, de su negación a la libertad de las mujeres y de subordinación al papel que «la naturaleza le ha otorgado: la maternidad».

No siempre la ciencia médica, que ha reivindicado objetividad y distanciamiento, ha sido tan neutral. Solo un ejemplo más en este campo nos permite aseverar esta idea: el discurso de la lactancia, que ya en el siglo XIX se mostraba en su carácter racista y sexista. La figura de la nodriza negra o blanca de clase popular se dedicaba al amamantamiento a tiempo completo, debido a que el marido de la mujer de clase alta reclamaba la atención a sus necesidades sexuales y creía que esa actividad no era propia para una esposa de cuna aristocrática. Las obras que aún perduran en las bibliotecas sobre lactancia materna,² son testigos de esa ideología discriminatoria. Más adelante, en la medida que la ciencia médica tomó

² Se pueden consultar Apuntes sobre lactancia artificial del médico cubano M. Valdés con relación a las haciendas de la isla de Cuba y Memorias sobre la lactancia de J. Castro. Ambas obras eran referentes en la orientación sobre lactancia que se seguía en el siglo XIX y, dada la migración de médicos cubanos a España, tuvo también repercusión en algunas regiones donde se asentaron esos médicos.

conciencia de la alta mortalidad infantil y materna durante el siglo XIX, también se fue generalizando la idea del rechazo a las nodrizas y a la madre aristocrática que no daba de lactar.

En fin, es importante para el médico cubano contar con una noción articulada de los procesos históricos de género y generacionales, que son transversales a procesos económicos, políticos, familiares, ideológicos y culturales que influyen sobre los problemas de salud en un contexto específico, sin olvidar su ubicación en el escenario internacional y las interacciones entre el pasado y el presente.

Los avances en el pensamiento biomédico y en la práctica de las especialidades dedicadas a la salud sexual y reproductiva humanizaron la atención al embarazo, al parto y a la salud del niño, pero no lograron replantear los términos patriarcales en que se continuó desarrollando esa actividad hasta que el pensamiento feminista primero, y luego la teoría de género en salud, ubicaron el dilema de la salud de mujeres y hombres en una comprensión sociocultural del proceso. Solo entonces se pudo construir un discurso crítico sobre la discriminación entre los sexos y se innovó en el campo de la investigación social, así como en la atención a la salud de hombres y mujeres.

Una singularidad de esta propuesta en el campo de la salud es la necesidad de reconocer la dialéctica entre los factores biológicos y culturales que determinan la morbilidad, la mortalidad y diferentes problemas de salud que experimentan los hombres y las mujeres. En realidad la formación especializada de sus investigadores no siempre ha hecho posible la interdisciplinariedad que proponen los estudios de género, pero se ha podido contar con numerosos resultados que explican el papel de los factores socioculturales en la producción de desigualdades que aún viven en hombres y mujeres con relación a su salud.

La visión sociocultural de la maternidad y la paternidad supone que mujeres y hombres tengan iguales derechos y sean igualmente libres para escoger si desean tener hijos, lo cual deben hacer compartiendo iguales responsabilidades. Pero la investigación en género, familia y salud muestra que estas libertades y derechos, consignadas en muchas legislaciones, se incumplen constantemente en la práctica de la política, la vida cotidiana de las familias y la medicina. No solo los niños sufren el peso de la violación de sus derechos en el mundo contemporáneo, sino

que aún se siguen subordinando los intereses de la madre/mujer a los otros dos miembros de esta tríada, el padre y el hijo.

¿Cuáles son las realidades históricas que se experimentan en la Cuba actual que atentan contra el ejercicio de una maternidad y una paternidad basada en la Igualdad de Derechos y Responsabilidades?

El escenario actual de Cuba es contradictorio en materia de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. Se experimenta una cultura de la transición de un modelo patriarcal a uno de equidad, que no logra realizarse en su plenitud. En la mentalidad de hombres y mujeres, y en la práctica de la política y de las familias, coexiste una tensión entre un enfoque humano que se basa en la igualdad de oportunidades y otro que puja hacia la reproducción de un modelo que sobrevalora la maternidad en detrimento de la mujer y disminuye el papel del hombre como padre, aunque reproduce su condición de sexo dominante.

Está comprobado que mientras siga sin valorarse igual el trabajo del hogar que el productivo y reproductivo público y remunerado, la mujer necesita de un proyecto alternativo de independencia económica para el desarrollo de sus capacidades y la de sus hijos. Las mujeres cubanas eran, antes de 1959, solo 12 % de la fuerza de trabajo (3). La tasa de actividad económica de ellas en 2012 fue de 57.4 %, mientras que la de los hombres fue de 89.5 %. O sea, resulta muy superior a la de las mujeres ocupadas en 1959, pero sigue siendo inferior a la de los hombres hoy. En Cuba se ha feminizado el trabajo profesional: ellas representaban 59 % de esa categoría ocupacional en 2012. El trabajo profesional está valorado como un trabajo de prestigio, se reconoce como un indicador para evaluar el índice de potenciación de las mujeres, y aunque en el país no siempre ofrece los ingresos que cubren todas las necesidades primarias, salarialmente es superior a otras categorías ocupacionales. La paradoja aquí está en que las mujeres también son mayoría en las actividades de menor calificación que predominan en el sector de servicios comunales, tienen una tasa de desocupación ligeramente más elevada (3.6) que la de los hombres (3.4), y son las más representadas en la población no económicamente activa (4).

¿Qué significado tiene esta situación para el ejercicio de la maternidad? Las mujeres siguen teniendo menos poder económico que los hombres, factor decisivo

para enfrentar el cuidado material de un hijo y el costo de un embarazo, un parto y la crianza.

Una condición entonces para muchas mujeres sigue siendo buscar una pareja estable con capacidad económica para sostener ese proyecto. La mayoría de los nacimientos de 2012 fueron entre mujeres que solo trabajaban en el hogar³ (49 %), mientras que 90 % de los nacimientos se produjeron entre madres que compartían esa obligación y derecho con un hombre, tanto como casadas (18 %) o en situación de acompañadas (72 %) (5). O sea, la mayoría de las madres de 2012 están entre las mujeres que solo trabajan en el hogar y son casadas o unidas.

Los avances en educación de las mujeres se observan en el nivel de enseñanza de las madres para ese año: 75.5 % ostentan entre preuniversitario y universidad concluida. Ese nivel escolar es alto tanto entre las madres de zonas urbanas como de las rurales, pero más elevado entre las primeras (79 % y 64 %, respectivamente), situación que evidencia la mayor desventaja de las madres de áreas rurales (6).

Aunque la escolaridad no es una garantía absoluta de una cultura de la maternidad responsable y libre, da la oportunidad de una mejor capacidad para asimilar los nuevos enfoques de salud sobre el cuidado infantil y genera expectativas personales que buscan combinar proyectos de vida alternos a la maternidad. No se debe desestimar este dato, pues puede que una mujer no trabaje al momento de concebir un hijo, pero no quiere decir que, en sustitución, su único proyecto de vida sea la maternidad. La vida de muchas mujeres no se reduce a trabajar y tener hijos. Es de esperar que en un país donde se han otorgado derechos reales a las mujeres y se ha divulgado un discurso sobre la igualdad de oportunidades, se haya producido una transformación cultural que trascienda la escolarización.

Uno de los derechos más importantes que ha conquistado la mujer cubana, y que mejor refleja ese avance, es el derecho al aborto en servicios hospitalarios y sin restricción en cuanto a la determinación de escoger libremente lo que más le convenga: tener el hijo o postergarlo. Las restricciones son médicas y protegen a las mujeres de una mortalidad por su uso. Este derecho le da a la mujer el control sobre su cuerpo y sobre la fecundidad. Ha repercutido sobre el descenso de la

³ En «quehaceres del hogar», ubicadas entre las inactivas en el Anuario demográfico (5).

fecundidad, pero se requiere analizarlo en relación con otras determinantes, en particular las de género.

No puede obviarse que el ejercicio de ese derecho se produce en un contexto de género en el que la planificación familiar sigue siendo una responsabilidad de las mujeres. La industria nacional e internacional continúa centrada en la producción de anticonceptivos femeninos. La Encuesta Nacional de Fecundidad de 2009 demuestra cómo las mujeres tienden más a su uso que los hombres. En 2013, el porcentaje de mujeres que declaran el uso del condón (14.1 %) sigue estando detrás de las que utilizan dispositivos intrauterinos (50.1 %) o se han sometido a la esterilización femenina (20.1 %) (7). En investigaciones realizadas por la autora, incluso el uso del condón apunta a ser una responsabilidad de las mujeres, que lo garantizan en el acto sexual para evitar el contagio de enfermedades, más que para la planificación de los embarazos.

La distribución sexista de roles, que aún hoy existe en la vida sexual de la pareja, influye en las asimetrías que se observan todavía durante la crianza de los hijos. La maternidad sigue siendo sobrevalorada en términos de la función del cuidado. Si sobre las mujeres recae la responsabilidad del control de la fecundidad y de la crianza de los hijos, y además siguen mostrando desventajas en las relaciones de distribución del empleo y los ingresos, lo menos que la sociedad puede hacer para reponer cierto equilibrio y permitirles elaborar estrategias que las ayuden a enfrentar las situaciones de desventajas, es darles el derecho a controlar su fecundidad. ¿Por qué la política se cuestiona este derecho femenino en casi todas partes del mundo?, ¿por qué no hace reglas para imponer al hombre métodos de control sobre su fertilidad?, ¿por qué no escribe más sobre sus deberes e innova más en ese campo? La sociedad es más tolerante con los hombres, no se condena su promiscuidad, no se estudia lo suficiente su reproducción y no se producen estadísticas sobre los nacimientos de los padres. Todas las normas que se asumen siempre tienen que ver con el control de la sexualidad y la reproducción de las mujeres: la ablación, la esterilización forzada femenina, la penalización del aborto. A esta autora le es imposible realizar una descripción elemental sobre la paternidad como la que se ha hecho aquí de la maternidad, porque el Anuario demográfico habla de nacimientos siempre asociados a las madres. Sabemos demográficamente mucho sobre las madres y casi nada sobre los padres.

La mujer trabajadora en Cuba cuenta con una Ley de Maternidad que le otorga el derecho a una licencia retribuida por un año, con la posibilidad de alternarse con el esposo cuando lo decida la pareja. No siempre las mujeres se acogen a todos los derechos que la legislación les otorga; en ello pueden intervenir tanto los estereotipos de género como las realidades sexistas que aún imperan en la división del trabajo público y familiar. Una encuesta realizada en 2013⁴ en dos municipios de la capital a 70 madres, que exploraba su conocimiento sobre la licencia retribuida para los hombres, revela que ninguna se había acogido a esa oportunidad y 50 % de ellas no sabía ni siquiera que existía. Las restantes respondieron que no habían hecho uso de ese derecho por diversas razones: el salario de su pareja era mayor, no estaba de acuerdo el papá, ella lo cuidaba mejor o eran madres solas (8).

El Estado cubano garantiza a la madre una detección temprana y un seguimiento a su embarazo, organizados en el nivel de atención primaria, y un parto hospitalizado con personal calificado; todos con servicios gratuitos. Esa es una garantía que disfrutan las mujeres de todas las edades, razas, ocupación y territorio. Pero la fluidez en el acceso varía en dependencia de su disponibilidad territorial. Aún entre las provincias de Cuba existen disparidades en la disponibilidad de ese tipo de servicio; para algunas mujeres de zonas rurales se hace complicado parir por las distancias que deben recorrer, a pesar de los hogares maternos. La crisis con el transporte, que ya dura varias décadas y se agrava en zonas rurales y de montaña, encarece mucho el costo de tener un hijo. Sin embargo, en las montañas y zonas rurales parece que se hallan las tasas más elevadas de fecundidad, sobre todo porque hay menor desarrollo social y las mujeres no tienen muchas opciones y optan por la de una carrera temprana de matrimonio y fecundidad. En 2012, los nacimientos de madres adolescentes que residían en zonas rurales, representaban 20.1 % de todos los nacimientos de esa zona, mientras que en las urbanas era de 13 % (6).

La maternidad temprana en Cuba es sobre todo un problema de género en salud. Los médicos afirman que uno de los riesgos de la maternidad adolescente es el bajo peso de los hijos al nacer. Pero en 2012 las madres adolescentes aportaron solo 17 % de los niños con bajo peso frente a 30 % de las madres entre 20 y 24 años. Es

⁴ La encuesta fue realizada por el equipo de Estudios de Salud, Género y Familia, del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana.

probable que a ello contribuya el seguimiento que desde temprano se le brinda a las embarazadas en edades de riesgo. El hecho es que el país no aporta complicaciones a la mortalidad materna por concepto de embarazo adolescente, pero sí a un proyecto de vida en base a la igualdad de oportunidades. Las adolescentes abandonan el sistema escolar y no concluyen el ciclo de enseñanza, para luego tener problemas con la calidad del empleo que pueden desempeñar o se dedican al ejercicio de roles tradicionales sin salir de la lógica de la dependencia a la familia de origen primero y al marido más tarde. En la investigación que realizamos en 2012 sobre familias pobres y desigualdades de género en salud en el barrio de San Isidro, el embarazo precoz se reveló como un factor que contribuyó a la reproducción de la pobreza entre mujeres que dirigían hogares.

La participación de los hombres durante el seguimiento al embarazo y al parto, meta que se propone el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables, no se cumple. La encuesta sobre lactancia mencionada también exploró este indicador y obtuvo que solo 6% contaron con su pareja durante el parto y 64 % no fueron acompañadas por ningún familiar (8).

El escenario económico de Cuba hoy es complejo. Desde la década de los noventa, cubanos y cubanas viven una cotidianidad impactada por la escasez de productos de todo tipo, la vulnerabilidad alimentaria, la inflación, la pérdida de valor de su salario y sus insuficientes incrementos.

En la actualidad se produce una redefinición de la política económica cubana hacia pautas que buscan eficiencia y cambian términos de las relaciones entre instituciones y actores sociales de diferente tipo, lo cual tiene un impacto social importante en el funcionamiento de las familias y en la vida cotidiana de todos sus miembros. Asimismo, se derogan prohibiciones que facilitan el acceso a personas con más recursos.

Este enfoque se instrumenta en un período en el que se mantiene el bloqueo económico de los Estados Unidos a la economía, efecto que se agrava por la crisis económica internacional. No se ha logrado aún construir un modelo económico independiente, no hay inversiones que mejoren la situación del empleo y no es suficiente lo que se genera por la vía de las nuevas alternativas de trabajo, porque además los procesos marchan muy lentamente. Se mantienen niveles elevados de

ineficiencia en el trabajo. Y el resultado final, que más directamente impacta en el ejercicio de la maternidad y la paternidad, es el deterioro de la vida cotidiana, el incremento de la desigualdad social y su feminización. No se debe desestimar el hecho de que quienes tienen menor poder económico son los que están en más desventaja para afrontar una crisis, lo que sucede en relación con el género, la raza, las ocupaciones y el territorio. En esas circunstancias siempre se profundizan las desigualdades sociales que son punto de partida y no se han superado totalmente.

La coexistencia de varios de esos factores (la precariedad de la vida cotidiana con el ejercicio desigual de los roles de género y la sobrecarga que implica un proyecto de vida participativo en varios espacios) puede llevar a las mujeres a tomar decisiones de reducir la fecundidad, postergarla, renunciar a esta, migrar, suspender lactancia materna para aprovechar la licencia y emplear el tiempo en buscar ingresos, por mencionar algunas. En esas condiciones un proyecto de vida activa puede tener un costo para la salud de las mujeres, sobre todo cuando se realiza bajo un estrés casi crónico debido al tiempo que dura.

A estos factores se unen otros como el de la precariedad de la vivienda y la obligación que tienen los hijos de procrear en el hogar de origen, porque no se ha dado solución a este problema social, que más bien se agrava. En varias investigaciones, cuando les preguntamos a hombres y mujeres por qué cambiaron su ideal de cantidad de hijos y se conformaron con menos, la más recurrente de las respuestas es la falta de una vivienda que les permita enfrentar por sí solos el cuidado de esos hijos. Los conflictos generacionales por la apropiación de los espacios residenciales son frecuentes y tienen una base en los diferentes puntos de vista que existen entre padres y abuelos sobre el cuidado de los hijos/nietos y la participación de la pareja en el proceso, agravado por las frecuentes limitaciones de ingresos que algunos hijos/padres tienen y la dependencia material a sus padres/abuelos.

Estas contradicciones se reflejan en ciertas paradojas de la fecundidad. Se incrementa la cantidad de mujeres que tienen hijos en la adolescencia, pero también las que están entre 30 y 39 años. En este segundo caso hay que tener en cuenta la combinación de varios factores; por un lado, el empoderamiento económico tardío de los hijos/as que entran en edades reproductivas y aún no son

solventes para enfrentar esa realidad; por otro, el envejecimiento de una sociedad que otorga el derecho a jubilación sin carácter obligatorio y que no genera suficientes recursos para ampliar el empleo, lo cual redundaría en la inserción lenta en el mercado laboral de los jóvenes. Esos obstáculos que experimentan los jóvenes para prosperar, pueden encontrar varias salidas: una migración o vivir por un tiempo mantenidos por sus padres, razones que pesan en la decisión de postergar el ejercicio de la maternidad/paternidad.

Súmese a este dilema la determinante de género. Las mujeres profesionales, que ya dijimos que son numéricamente relevantes, empiezan su vida reproductiva cuando inician su vida laboral y priorizan maestrías, doctorados y un desempeño profesional que las obliga a postergar la maternidad para lograr una participación de más calidad en ese mercado. En las condiciones actuales, cuando aún prevalece en las instituciones nacionales una cultura organizacional machista, a partir de la cual resulta muy difícil conciliar lo público y lo privado, el ascenso se convierte en un camino espinoso para las mujeres, en particular para las dirigentes y profesionales, quienes buscan estrategias inmediatas de controlar su fecundidad para avanzar y estar en mejores condiciones en el futuro para reproducir.

La postergación de la maternidad, junto a la convivencia durante un mayor tiempo con los métodos de planificación invasivos como resultado de una responsabilidad no compartida, el uso frecuente del aborto y la exposición a las ITS, inciden sin lugar a dudas en un problema de salud femenina: el incremento de su infertilidad. Las mujeres deben conocer el costo de una vida independiente en un escenario de mayores desventajas para ellas, con el fin de que puedan tomar decisiones que afecten menos su salud. Sin embargo, la solución al problema nunca será la restricción de sus derechos. El costo que la penalización del aborto y la maternidad adolescente traen para las mujeres, es mucho mayor que el uso irresponsable del aborto y de una infertilidad, sobre todo porque le imponen un cerco a su libertad y a su humanidad.

Este razonamiento solo nos puede llevar a la conclusión de que la solución a los problemas que enfrentan hombres y mujeres en el ejercicio de la maternidad y la paternidad es intersectorial y tiene que ver con la política, así como la inclusión en esta de la perspectiva de género. No puede ser solo un problema del sistema de salud, pero es posible que este contribuya fortaleciendo su accionar y enfoque

social complejo con una visión crítica, no solo desde la teoría de los riesgos, o al menos incorporar el análisis de los factores socioculturales como determinantes de la salud sexual y reproductiva.

La atención a la salud es un hecho individual. Cada médico de la Atención Primaria de la Salud (APS) debe preguntarse sobre lo que conoce de cómo estos problemas de género y socioeconómicos afectan a sus pacientes en el ejercicio de una maternidad y paternidad responsables, y de cómo pesan en los problemas de salud que padecen las mujeres durante el embarazo y el parto.

La incorporación de esta visión puede hacer más efectiva la labor educativa y de promoción de salud del médico. En la APS el trabajo profesional del médico puede mejorar con el apoyo del trabajador social para buscar las alternativas de tratamiento de cada caso. Progresar en su labor como actor en las decisiones de políticas de salud, lo cual debe considerarse tan importante como indicar una prueba de laboratorio, un exudado, una tomografía o cualquier examen que busque un diagnóstico biomédico.

Por solo poner un ejemplo desde la promoción de salud, los mensajes sobre lactancia materna no deberían incorporar de manera exclusiva los efectos que tiene el amamantamiento para la salud del niño. Es importante que se visibilicen los intereses de la mujer, lo que para ella significa, en términos de su salud, no estar acompañada en ese proceso por la pareja y la familia, y hacerlo bajo estrés y malas condiciones de vida. Lactar es un trabajo como cualquier otro, puede proporcionar placer en dependencia de las condiciones en que se realiza o provocar una enorme fatiga y agotamiento.

El ejercicio de la maternidad requiere de información para que las mujeres tomen decisiones sabias, pero también sin presiones en un entorno de libertad. La maternidad libre y responsable, en igualdad de derechos y oportunidades con la paternidad, implica coparticipación e interacción de roles: cuidar, proteger y aprovisionar deben entenderse como roles que definen la participación de mujeres y hombres en la crianza de los hijos.

Referencias bibliográficas

1. Engels F. La situación de la clase obrera en Inglaterra. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1974.
2. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 200.
3. Pavón R. El empleo femenino en Cuba. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1977.
4. ONEI. Anuario estadístico 2012. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2012.
5. ONEI. Anuario demográfico de Cuba. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2012. p. 35.
6. Ob. cit. 5:33.
7. MINSAP. Anuario estadístico de salud 2013. La Habana: OMS/OPS, UNFPA, UNICEF, Dirección de Registros Médicos y de Estadísticas; 2014. p. 167.
8. Fleitas R, Ávila N, Hernández R, Solares L. Discurso médico, cultura de la maternidad y lactancia. En Fleitas R, Ávila N, compiladores. Género, salud y sexualidad. La Habana: Editorial Centro de Estudios Demográficos; 2013.
9. Fleitas R. Familias pobres y desigualdades de género en salud. Colección clacso-crop. Buenos Aires; 2013.