

Sadler, Michelle. 2013. "Una aproximación a la antropología de la reproducción". En Mackenna, Antonio (ed.), *Reproducción Humana e Infertilidad*. Santiago: Publicaciones Mediterráneo, pp. 19-25.

Una aproximación a la Antropología de la Reproducción

En el presente capítulo, se realiza una revisión de la sub-disciplina de la antropología social conocida como antropología de la reproducción, profundizándose en algunos de sus ejes temáticos específicos: la atención del nacimiento, el dolor en la atención del parto y la infertilidad y nuevas tecnologías reproductivas. Se enfoca en el estudio de la variabilidad cultural de creencias y prácticas en torno a los procesos reproductivos, como fertilidad, menstruación, concepción, gestación, parto, puerperio y menopausia, entre otros. Estas dimensiones de la salud humana combinan de manera indisoluble aspectos biológicos de la reproducción con sus respectivas configuraciones culturales, por lo que se ubican en los dominios teóricos tanto de la medicina como de la antropología.

Antes de entrar en la descripción de la sub-disciplina, se presenta a continuación una breve contextualización de las relaciones entre la antropología y la medicina, que entrega ciertos conceptos que serán de utilidad para realizar la lectura del texto.

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 su teoría y de su papel político. El discurso antropológico sostenido por los médicos hacía referencia a las diferencias biológicas y morales y se remitía a la discusión sobre el papel de las variables biológico-ambientales o socio-políticas y culturales en la evolución de la especie humana. La medicina utilizaba técnicas de campo cualitativas, como la observación participante, incluyendo el estudio de casos clínicos junto a metodologías etnográficas (1).

A principios del siglo XX, los vínculos entre la antropología y la medicina no resistieron el proceso de fragmentación de las ciencias naturales y sociales, escisión que se efectuó desde ambas disciplinas. Por un lado, la medicina incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y abandonó el discurso político social sobre la salud y la enfermedad (1). Por otro lado, la antropología se centró en las dimensiones más distinguiblemente socio-culturales de los grupos humanos estudiados, dejando de lado aquellos fenómenos estrechamente ligados a la biología. Si bien se mantuvieron relaciones entre ambas disciplinas, fue en los años sesenta

que volvieron a tener un puente de comunicación en la antropología médica, que estudia la diversidad de concepciones culturales en torno a la salud y enfermedad (2).

La antropología médica –de la cual la antropología de la reproducción forma parte- se enfoca en el estudio de los diversos sistemas médicos presentes en las sociedades actuales, entendidos como conjuntos organizados de creencias, acciones, conocimientos y habilidades en torno a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados, que comparten los miembros de un grupo o cultura (3). En nuestra región nos encontramos con la presencia de una diversidad de sistemas médicos. Por un lado, la biomedicina, que representa el modelo oficial y hegemónico, y por otro las medicinas indígenas y populares, junto con tradiciones médicas surgidas en otros contextos culturales, como las medicinas complementarias, la medicina china y el ayurveda, entre otros.

Las diferentes maneras de conceptualizar y vivir las situaciones de salud-enfermedad son moldeadas por diversas variables sociales, como el contexto político-económico, la religión, los sistemas médicos presentes en una sociedad, los ordenamientos de género, entre otros muchos factores. A partir de estas dimensiones, las personas generan itinerarios o circuitos terapéuticos para hacer frente a los procesos de salud y enfermedad, donde la jerarquía y orden de las terapias utilizadas responde a decisiones que articulan las variables antes mencionadas (4). De este modo, lo que domina en las sociedades actuales es lo que se conoce como pluralismo médico, término que se refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención y de sistemas médicos, no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud (5).

Los procesos reproductivos forman parte de las concepciones de salud y enfermedad de los miembros de cada grupo social. Las definiciones, creencias y prácticas que se articulan en torno a ellos se vinculan estrechamente con los sistemas médicos presentes en cada sociedad. Asimismo, en las sociedades contemporáneas se crean multiplicidad de circuitos terapéuticos para enfrentar los procesos reproductivos, que se vinculan con variables tanto sociales, como individuales. En los siguientes acápites se ilustrarán estos conceptos con ejemplos de interpretaciones y prácticas culturales en torno a los procesos reproductivos.

Antropología de la reproducción

Los procesos reproductivos han sido un tema central en las configuraciones culturales de las sociedades a lo largo de la humanidad, pues de ellos depende la supervivencia y perpetuación de la especie. La sexualidad, la fertilidad y los hitos reproductivos como la menstruación, nacimiento y menopausia- han estado en todas las culturas expresadas en creencias y prácticas que les dan sentido dentro de cosmovisiones particulares. Es en este sentido que la reproducción humana no es nunca un fenómeno únicamente biológico, pues todas las sociedades moldean los comportamientos reproductivos de sus miembros (6).

Cada cultura genera definiciones culturales de los procesos reproductivos, informando a sus miembros acerca de quiénes pueden participar, dónde y cómo deben ocurrir, produciendo así configuraciones sistemáticas de las prácticas, que son mutuamente dependientes e internamente consistentes. Lo que las hace aparecer como correctas es la definición cultural específica que norma, a nivel tanto práctico como simbólico, lo que debe ocurrir. Estas visiones locales adquieren un status ideológico, en el sentido de que sirven como guía para conducir los procesos y aseguran que los participantes compartan ideas similares acerca del modo de enfrentarlos y tratarlos (7).

A pesar de tratarse de fenómenos socioculturales de gran interés antropológico, el estudio de los procesos reproductivos fue por bastante tiempo ignorado desde la disciplina. El origen de dicho desinterés se puede relacionar, por una parte, por una inclinación general de las primeras generaciones de antropólogos hacia el estudio de los fenómenos más “puramente” socioculturales, en desmedro de los biológicos. Por otra parte, la carencia de estudios en el área también se relaciona con el hecho de que las primeras generaciones de antropólogos fueran principalmente hombres, que no estaban interesados en estos temas o a quienes se les negaba acceso a los procesos reproductivos femeninos en las distintas culturas que estudiaban. Aquellos que estudiaron aspectos de los procesos reproductivos, como el parto y nacimiento, se concentraron en aspectos como los tabúes alimenticios y las creencias folklóricas, o examinaron los procesos no en sí mismos, sino como un medio para estudiar el ritual y sus practicantes. Así, por ejemplo, en 1950 se planteaba que en la disciplina no existían observaciones directas de parto en culturas tradicionales realizadas por observadores competentes (8).

En la primera mitad de siglo XX los temas reproductivos no fueron tópico central de investigación. Los pocos datos que se registraron se encuentran, en la mayoría de los casos, contenidos en descripciones completas de sociedades. Fue sólo desde la década del setenta que comenzó a surgir un prolífero campo de estudio conocido como antropología de la reproducción, enfocado en la construcción cultural de las experiencias reproductivas. Estos estudios surgieron tras la entrada de las mujeres a la disciplina antropológica, con fuerte influencia de los movimientos feministas de la época y de la mano de la proliferación de esfuerzos de salud pública internacional dedicados a la salud materna e infantil tras la Segunda Guerra Mundial. La antropología de la reproducción se ha centrado desde entonces en mostrar cómo las diversas formas en que las sociedades organizan el comportamiento reproductivo de sus miembros reflejan sus valores nucleares y principios estructurales, considerando que la investigación acerca de salud reproductiva puede constituir un poderoso medio a través del cual analizar procesos sociales generales (6).

En la década del setenta la investigación puso énfasis en la descripción de las configuraciones culturales de los hitos reproductivos, especialmente de sociedades pre-industriales o del llamado “tercer mundo”, siendo las mujeres el principal sujeto de estudio. Algunos de los estudios tuvieron un enfoque comparativo, contrastando los modos de enfrentar la

reproducción entre diversas sociedades pre-industriales o entre aquéllas y las sociedades industrializadas occidentales. Los estudios realizados en sociedades pre-industriales se enfocaron en la descripción de sistemas médicos indígenas, en los cuales los procesos reproductivos son concebidos como parte natural del ciclo vital. Las mujeres y miembros de la sociedad comparten conocimientos sobre los tratamientos y formas de lidiar con dichos procesos, los que se encuentran menos especializados que en la biomedicina. En las sociedades occidentales, el sistema médico oficial e imperante es, por lo general, la biomedicina, por lo cual el corpus de saberes alópatas es el que se considera adecuado para lidiar con los procesos reproductivos, lo que deriva en que sean los especialistas médicos quienes controlan dichos procesos y que los miembros de la sociedad concuerden en que es correcto que así sea.

Desde los años ochenta en adelante los estudios analizaron el modelo biomédico de atención de los procesos reproductivos como un tópico en sí mismo y no solamente a modo de comparación con otros modelos de atención. En general, esta línea de trabajo presenta una crítica a la biomedicina, por cuanto privilegia un enfoque reduccionista y fragmentado de los cuerpos femeninos y un acercamiento patológico a sus procesos reproductivos. Ejemplos paradigmáticos de esta aproximación son las obras de Emily Martin y de Robbie-Davis-Floyd. Martin, en *The woman in the body* (9), examina las metáforas médicas en torno a los cuerpos femeninos y sus procesos reproductivos, como la menstruación, parto y menopausia. Plantea que son las metáforas mecánicas de producción en masa —propias de sociedades capitalistas— que dominan el lenguaje médico, en las cuales el valor se sitúa en cantidades y eficiencia de escala. El análisis de Martin pretende mostrar que las formas en que se interpreta culturalmente la ciencia varían y están cargadas de sesgos sexistas. Dicho sesgo de género refuerza las inequidades de género presentes en la sociedad mayor. Davis-Floyd, en *Birth as an American rite of passage* (10), plantea que las prácticas obstétricas modernas constituyen elaborados rituales que apoyan una visión tecnocrática del nacimiento y de la sociedad en su conjunto.

A lo largo del desarrollo de la antropología de la reproducción, el foco de estudio se fue ampliando: las primeras investigaciones en el campo se centraban en ciertos hitos reproductivos en culturas particulares y más adelante dichas descripciones locales se fueron vinculando cada vez más con procesos sociales globales (11). La definición de la reproducción también se fue expandiendo, para comprenderla como la perpetuación de los sistemas sociales, como las relaciones y actividades involucradas en la crianza y socialización de los miembros de una sociedad o, incluso, como el set completo de relaciones sociales asociadas a la mantención de las estructuras políticas e ideológicas de una sociedad (6). El interés de la antropología de la reproducción desde entonces está puesto en comprender las relaciones entre los principios estructurales y simbólicos de una sociedad y las actividades reproductivas y significaciones que las comunidades locales les asignan, insertos en contextos multiculturales y transnacionales. Además del énfasis transnacional que se ha integrado a los estudios de los últimos años, los tópicos que se estudian se han ampliado, para abarcar temáticas emergentes, como las nuevas

tecnologías reproductivas, los cambios en los sistemas de parentesco que éstas conllevan y la consideración de los hombres como sujetos reproductivos, entre otros.

Un ejemplo de los temas tratados por la antropología de la reproducción es el estudio de la menstruación. La mayoría de los reportes etnográficos sobre las prácticas y creencias en torno a la menstruación en distintas sociedades, hasta los años setenta, coincidieron en plantear que la sangre menstrual era simbólicamente peligrosa y contaminante y en describir formas de contener la potencia negativa de la sustancia (12). Estos análisis se centraron en el concepto de tabú y polución, describiendo prácticas como la separación y reclusión de las mujeres de la comunidad durante los días en que menstruaban, para proteger de ellas al resto de la comunidad (6).

El análisis antropológico más reciente ha mostrado que el supuesto tabú menstrual no es tal. En efecto, lo que se encuentra en los estudios de diversas culturas es una gran variedad de reglas diferenciadas para las conductas en torno a la menstruación que demuestran significados diferentes e incluso totalmente opuestos. Muchos tabúes menstruales, más que proteger a las comunidades del mal y de la contaminación femenina, explícitamente protegen la creatividad espiritual de las mujeres menstruantes de la influencia de los demás miembros de sus comunidades, a la vez que protegen a dichos miembros de la poderosa fuerza espiritual adscrita a dichas mujeres. En otras culturas, las prácticas menstruales proveen a las mujeres con medios de asegurar su propia autonomía, influencia y control social (12). Como plantean Browner y Sargent, estudios en culturas indígenas norteamericanas muestran que se considera que las mujeres menstruantes están en la cima de su poder creativo. Para los Yurok y Navajo la sangre menstrual es una sustancia generativa que, de no ser utilizada para la reproducción, puede ser peligrosa para otras cosas con poder creativo. Para estas culturas, la reclusión femenina expresa el poder de las mujeres en sus ciclos reproductivos (6).

Buckley y Gottlieb plantean que la interpretación de la menstruación como contaminante derivaba de una visión etnocéntrica de varias generaciones de investigadores, que trasladaron las categorías construidas en las sociedades industriales occidentales al análisis de otras culturas (12). En las sociedades occidentales se tiende a significar la menstruación como un estado patológico. De hecho muchas mujeres hablan de estar “enfermas” cuando menstrúan, lo que conlleva diversas características negativas asociadas a malestar, hipersensibilidad y cambios bruscos de humor, entre otras (9).

El ejemplo del estudio de la menstruación ilustra que los significados y prácticas asociados a los procesos reproductivos son culturalmente dependientes, es decir, varían en distintas culturas. Las diferencias culturales se pueden apreciar en todos los procesos reproductivos. Por ejemplo, estudios interculturales han mostrado que el síndrome premenstrual es mucho más prevalente en Estados Unidos y otras sociedades occidentales industrializadas, que en otras culturas. Incluso hay culturas donde no existen síntomas para lo que nosotros conocemos como síndrome premenstrual (13). Asimismo, los significados de la menopausia presentan

grandes diferencias en distintos contextos culturales. En algunas culturas, las mujeres menopáusicas adquieren mayor reconocimiento y prestigio social que durante su etapa fértil, en otras se considera que es un período en el cual las mujeres retienen su sangre sabia, por lo cual serían más poderosas que las que menstrúan (14). En las sociedades occidentales predomina una visión negativa y patológica de la menopausia, asociada a pérdida y a envejecimiento (9), con síntomas que pueden incluir bochornos, insomnio, sudor por las noches, sequedad vaginal, depresión, tensión nerviosa, palpitaciones, dolores de cabeza, falta de energía y fatiga, entre otros. Estos síntomas no se presentan de la misma forma en todas las culturas. Mientras en algunas se identifican síntomas diferentes, en otras no se presentan y en otras se pueden reportar síntomas similares, pero atribuidos a condiciones de salud diferentes a la menopausia. Dadas las grandes divergencias entre los síntomas asociados a dicho período en las diversas culturas del mundo, hay autores que han planteado que, incluso, no habría evidencia de un síndrome menopáusico universal (14).

Tras esta breve entrada al campo de estudios de la antropología de la reproducción, revisaremos a continuación algunos de los temas que han ocupado su atención. Es necesario recalcar que hay una gran diversidad de tópicos y enfoques en la materia, por lo que los temas que se presentarán representan sólo algunos de los ejes analizados desde la disciplina. Comenzaremos por presentar el campo de estudio de las culturas de nacimiento, deteniendo el análisis en el eje del dolor durante el trabajo de parto, como un ejemplo de la variabilidad cultural de las creencias y prácticas en torno al evento. Luego revisaremos brevemente las reflexiones antropológicas que han surgido en las últimas décadas en torno al tema de la infertilidad y las nuevas tecnologías reproductivas.

Culturas de nacimiento

Los estudios que inauguraron la antropología de la reproducción, a fines de la década de los sesenta y durante los años setenta, tuvieron como uno de sus tópicos centrales la atención del nacimiento y los procesos reproductivos que se le relacionan. Estas investigaciones acuñaron el concepto de cultura (o sistema) de nacimiento, entendido como las percepciones acerca de la concepción, gestación y parto en los distintos grupos culturales. Estos sistemas de creencias heredadas informan a los miembros de una sociedad acerca de las reglas del comportamiento pre y post-natal (15).

El estudio pionero en esta área fue realizado por Margaret Mead y Niles Newton en 1967 y consistió en una comparación intercultural de distintos sistemas de nacimiento que realizó la integridad y sistematicidad de las prácticas de parto en las culturas tradicionales, destacando la gran necesidad de realizar más etnografías acerca del tema (16). Una década después, fue la publicación de Brigitte Jordan, *Birth in four cultures* (7), que sirvió para enfocar la atención antropológica en el tópico del parto como digno de trabajo etnográfico y comparación intercultural. Para esta autora, se trata de 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.

El trabajo de Jordan comparó la atención del parto indígena en una comunidad Maya de Yucatán, con los modelos biomédicos de Estados Unidos, Holanda y Suecia. Planteó que el sistema de nacimiento en Estados Unidos concibe el parto como un evento patológico y de riesgo, que debe ser intervenido en recintos hospitalarios donde prima el personal médico por sobre las redes familiares de las mujeres y donde se privilegia el uso intensivo de tecnología. En Holanda y Suecia, si bien, la biomedicina es también el modelo médico oficial, prima una visión fisiológica del nacimiento. Las matronas son las especialistas que atienden el parto, las mujeres cuentan con mayor información y protagonismo durante el proceso de gestación y nacimiento y hay menor intervencionismo médico. Finalmente, en una comunidad Maya de Yucatán (México) el parto se concibe como un proceso totalmente natural, que debe ser mínimamente intervenido. Es un evento comunitario, donde la familia y mujer son protagonistas y ocurre en el hogar, atendido por una partera.

Jordan plantea la necesidad de generar un modelo de atención donde se acomoden los sistemas biomédicos e indígenas; por ejemplo, un modelo que surja tras el análisis de las prácticas Maya bajo el criterio de la obstetricia moderna y viceversa. Dicho diálogo podría mostrar que desde un punto de vista biomédico las mujeres Maya fomentan un pujo muy temprano en el trabajo de parto, resultando en un cuello uterino inflamado y un trabajo de parto más doloroso de lo necesario. Desde la perspectiva Maya, podría mostrar la importancia de permitir a las mujeres estar acompañadas por sus seres queridos durante el trabajo de parto.

Tras la obra de Jordan, diversas investigaciones enfocaron su atención en el tópico del nacimiento durante la década de los ochenta, destacándose los trabajos de Sheila Kitzinger, Robbie Davis-Floyd, Margarita Kay, Carol MacCormack, Sheila Cosminsky, Carolyn Sargent y Carole Browner. En general, estos estudios mostraron la existencia de sistemas indígenas de atención en peligro de ser desplazados por la implantación del modelo biomédico tecnologizado, que busca reemplazarlos por una administración del parto que se apoya en tecnología que es difícil de implementar y entender en áreas rurales y que es muy cara para ofrecerse a nivel masivo (8). Los trabajos llegan a conclusiones similares: los sistemas tradicionales de nacimiento se centran en la comunidad y familia, el apoyo emocional brindado a la mujer parturienta por sus familiares y por parteras es esencial y la mujer es la protagonista del evento. El nacimiento es visto, no sólo como un proceso biológico, sino como un evento social, emocional y espiritual. Por otro lado, en las sociedades occidentales, donde prima el modelo biomédico de atención del nacimiento, el evento es concebido como un fenómeno clínico, patológico, regido por las leyes biológicas y no afectado por procesos sociales (17). Lo que ha ocurrido en la mayoría de los casos es que el modelo biomédico ha tendido a reemplazar a los sistemas indígenas y populares, en lugar de generarse un diálogo fructífero entre las distintas tradiciones, en busca de sus usos complementarios.

Resulta importante constatar que en mucha de la producción académica la biomedicina ha sido analizada como un modelo idealizado, como un set homogéneo de prácticas y creencias en torno a la salud-enfermedad, sin tomar en consideración que en cada contexto donde se aplique va a tomar una forma particular. En este sentido, hay autores que sostienen que las instituciones biomédicas y la práctica alópata muestran una gran diversidad alrededor del mundo. Byron Good, entre otros, plantea que los análisis generales sobre el modelo biomédico sirven poco para comprender la medicina contemporánea o para hacer una comparación de este sistema con otras formas de conocimiento médico, argumentando que las investigaciones en antropología médica deben estar situadas, contextualizadas y enriquecidas a partir de datos etnográficos (18, 19).

Es así como el modelo biomédico no es único, sino que presenta grandes variaciones según los contextos donde se inserte. De ahí, que sea interesante analizarlo también como un sistema cultural, que se adapta a estructuras socioculturales particulares. Este es el propósito, por ejemplo, de los estudios compilados en el volumen *Birth by design* (20), publicado en el año 2001, que analiza los modelos de nacimiento de nueve países industrializados donde la biomedicina es el sistema oficial de atención (Finlandia, Noruega, Suecia, Alemania, Holanda, Francia, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá). Los autores muestran la gran heterogeneidad en los modelos de atención del nacimiento entre estos países, lo que levanta la pregunta sobre la presunta unidad de la biomedicina como práctica a nivel mundial. Si bien la ciencia médica debería entregar estándares aplicables universalmente, en el caso de la obstetricia se encuentran extremas variaciones en el tratamiento cultural del parto entre estas naciones, a diferencia de lo que ocurre con otras especialidades médicas, en las que hay una mayor uniformidad transnacional. El rol de la cultura en la organización del cuidado queda en evidencia en la comparación intercultural: los países nórdicos están marcados por un pragmatismo que busca combinar el costo-beneficio con los mejores resultados. Esta misma actitud se encuentra en el Reino Unido, con un fuerte énfasis en los ensayos clínicos randomizados, y en Holanda, donde el gobierno ha invertido mucho en investigación y apoyo al parto en casa, atendido por matronas. Tanto en Estados Unidos como en Canadá, la tecnología en la atención del nacimiento ocupa un lugar importante, pero en Estados Unidos se permite que el mercado determine muchos aspectos del cuidado de la salud, mientras que Canadá tiene una preocupación por el bienestar social más parecido a los países europeos.

Los autores plantean que la organización y provisión del cuidado materno es un campo donde la ciencia médica interactúa con ideas culturales y fuerzas estructurales, de manera de hacer estas dimensiones inseparables. Ello, pues como fenómeno fisiológico el nacimiento se distingue de otras formas de cuidado médico por diversas razones. Por una parte, lo que implica no es sólo el cuidado de un paciente, sino la reproducción de la sociedad. Además, en el cuidado entregado a las mujeres hay ideas latentes sobre la sexualidad y las configuraciones de género y de familia de la sociedad. Por otra parte, la calidad del cuidado materno es, usualmente, utilizada como medida de la calidad de todo el sistema de salud. En este sentido,

las prácticas y creencias en torno al nacimiento son moldeadas en diferentes niveles de la sociedad: en el nivel macro por los sistemas políticos e intervención del Estado, en un nivel medio por la organización de las profesiones y especialidades médicas y en el nivel micro por las interacciones entre profesionales de la salud y pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la multiplicidad de dimensiones involucradas en la atención del nacimiento y, desde el año 1985, recomienda integrar diferentes modos de atención en un sistema que combine los avances biomédicos con principios culturalmente significativos para la población atendida en cada contexto particular. Las recomendaciones de la OMS sobre la apropiada tecnología para el nacimiento se basan 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 socio-culturales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión en implementación de una apropiada atención prenatal. Para ello, se recomienda que toda la comunidad esté 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. Se sugiere, además, que los sistemas informales de cuidado perinatal, donde existan, coexistan con el sistema oficial de cuidado del nacimiento y que se mantenga la colaboración entre ellos. Estas relaciones, de establecerse en paralelo sin el concepto de superioridad de un sistema sobre el otro, pueden ser altamente efectivas (21).

Así, se ha planteado que en la actualidad nos encontramos en un momento en el que se pueden combinar las ventajas de las diversas culturas de nacimiento para crear el sistema de cuidado más efectivo que se haya conocido (22). En distintos contextos culturales, esta acomodación y acercamiento entre modelos se está realizando con diferentes énfasis. En diversos países se entrenan parteras empíricas o indígenas en técnicas biomédicas y, en sentido contrario, el personal biomédico aprende técnicas tradicionales e indígenas de manejo del parto. En otros existen alternativas a los hospitales o clínicas, como casas de parto (centros donde se atiende parto natural) y parto en casa. Esta última alternativa, con las facilidades para un eventual traslado a un centro de alta complejidad, es una opción oficial en muchos países. Por ejemplo, en Holanda en el año 2002, el 29,4% de los nacimientos del país ocurrieron en casa (23). Esta cifra se mantiene hasta la actualidad y, como ha demostrado un reciente estudio que analizó una cohorte nacional de 529,688 mujeres de bajo riesgo obstétrico que dio a luz entre los años 2000 y 2006, el lugar donde ocurra el parto no incide en los resultados obstétricos (24).

En nuestra región se está promoviendo el modelo personalizado de atención del nacimiento, en el cual se reduzcan índices de intervencionismo no justificados (como operaciones cesáreas), se integren medidas que protejan el bienestar psico-social de las personas, como el acompañamiento de una persona significativa para la mujer, y donde se respeten las diferencias culturales de la población en la atención. Específicamente en Chile, han surgido experiencias de atención intercultural del nacimiento, donde parteras indígenas brindan atención en

conjunto con los especialistas biomédicos, integrando prácticas culturalmente significativas para la población indígena. El gobierno ha financiado estudios sobre estos modelos interculturales (25), sobre procesos reproductivos en las culturas aymará y mapuche (26, 27) y guías de la gestación y nacimiento en versiones especiales para las poblaciones aymará, mapuche y rapa nui. En la misma línea, en las maternidades de salud pública se han estado haciendo mejoras en la infraestructura, como salas donde la mujer realiza el parto, parto y puerperio (sin traslados) y donde puede estar acompañada desde el parto por uno o más de sus acompañantes significativos, junto con cambios en las prácticas obstétricas tendientes a un mayor protagonismo de las mujeres parturientas y a la reducción de intervenciones de rutina (28).

La sociedad civil también participa de este proceso de cambio de enfoque en el modelo de atención del nacimiento, buscando información y creando organizaciones y redes de trabajo y de información en la temática. Estos procesos de cambio están ocurriendo a nivel global, y muestran la importancia de considerar las dimensiones tanto socioculturales como fisiológicas de la atención.

Dolor durante el trabajo de parto

“El parto es uno de los eventos más dolorosos que una mujer puede experimentar, cuyo aspecto multidimensional e intensidad exceden por mucho las condiciones de la enfermedad” (29). Así comienza una revisión sistemática de la literatura empírica sobre experiencias de dolor y de alivio del dolor de mujeres, realizada por investigadores del Reino Unido en el 2008, que concluye que si bien las mujeres pueden tener ideales sobre lo que les gustaría que sucediera en torno al alivio del dolor durante el parto, en torno al control que puedan mantener y a su participación en la toma de decisiones en el proceso, la experiencia es frecuentemente distinta a sus expectativas. Si bien dicha revisión, que incluye 32 estudios, resulta muy interesante, compara las experiencias de mujeres de contextos culturales muy diversos –por ejemplo Australia, Jordania, Suecia, entre muchos otros- sin levantar la pregunta sobre cómo dichos contextos pueden incidir en las experiencias del dolor. A lo largo del artículo se encuentran comentarios que indican que los autores son conscientes de la influencia de los aspectos culturales en la experiencia del dolor. Por ejemplo, mencionan que los resultados de un estudio son limitados, pues tanto las diferencias culturales como el cuidado materno entre Jordania y la cultura y medicina occidentales son enormes. También comentan que un estudio fue conducido durante el post-parto en un centro de parto donde se considera que el parto natural y el dolor acercan a las mujeres a sus bebés, por lo cual es probable que estas concepciones, junto con el hecho de que las mujeres fueron entrevistadas durante el post-parto, influenciaran las expresiones positivas sobre el dolor. No obstante este reconocimiento, se comparan los estudios como si fuera posible hacerlo, lo cual abre preguntas como las siguientes: ¿es analíticamente posible comparar las experiencias de mujeres jordanas con mujeres suecas,

inglesas o australianas? En este sentido, si bien es indudable que hay una experiencia fisiológica, física del dolor, la forma subjetiva en que sea vivida va a vincularse con la cultura donde ocurra. Es entonces necesario preguntar ¿qué tipo de cultura de nacimiento impera en los contextos donde los estudios fueron realizados?; ¿cuáles son las ideologías de género y de maternidad imperantes?; ¿qué tipo de conceptualización y significaciones sociales existen sobre el dolor en el parto?; ¿en qué tipo de instituciones se realizaron los estudios (hospitales, casas de parto, etc.)?; ¿qué tipos de partos tuvieron las mujeres que forman parte de los estudios? Y se podrían seguir planteando preguntas que enfatizan que el dolor en el parto emerge como un fenómeno en estrecha relación tanto con la conceptualización que cada sociedad hace del proceso de nacimiento, como con las condiciones locales en que sucede. En este sentido, la pregunta de interés no es tanto si las mujeres en cada sociedad sienten o no dolor durante el parto, sino más bien qué rol cumple el dolor en cada sociedad.

Leap y Anderson plantean que en los países occidentales el alivio farmacológico del dolor durante el parto ha ido en constante aumento, con el foco puesto en el derecho de elección y el cuidado centrado en la mujer. En este sentido, el uso de anestesia epidural durante el trabajo de parto tiende a ser visto como un derecho de las mujeres en las sociedades occidentales, donde el dolor se concibe como una experiencia evitable, indeseada y que debe ser aliviada en la medida de lo posible (30). La analgesia durante el parto ha sido objeto de políticas públicas y se ha tratado como un tema de equidad, al cual todas las mujeres –atendidas tanto en salud privada como pública- deben tener acceso. Sin negar que se deba dar acceso a anestesia a toda mujer que lo desee, el tema es más profundo, y remite a la concepción y significado del dolor dentro de cada cultura de nacimiento particular.

Revisemos lo que planteara Jordan sobre la experiencia del dolor en el parto (recordemos que su estudio fue realizado en la década del setenta). Para la autora, resulta notable que las mujeres en Estados Unidos, donde en gran parte son atendidas por personal médico capacitado que cuenta con las herramientas para aliviar el dolor, reporten haber vivido mucho dolor durante el parto. La experiencia del dolor es más visible a través de la observación en las maternidades de Estados Unidos, que en Holanda, Suecia o Yucatán. La autora plantea que las expectativas generadas por la concepción local del parto influyen en el nivel en que el dolor se demuestra y se vive. En un modelo médico donde la medicación para el alivio del dolor en el parto es accesible pero la decisión de administrarlo depende del personal médico, la tarea de la mujer es la de convencer al equipo médico de su necesidad de aliviar su dolor. Como el dolor no se puede medir objetivamente, la mujer debe demostrar su experiencia de dolor. Más aún, como el personal de salud está limitado –por los posibles efectos de las drogas en el curso del parto- a retener la medicación en la medida de lo posible, el sistema tiende a orientar a las mujeres y los practicantes a la demostración del dolor (7).

Esta observación de Jordan, en el contexto de Estados Unidos en la época en que realizó su estudio, contrasta con nuestras observaciones en hospitales públicos chilenos, realizadas hace una década (31). En nuestro contexto hospitalario aún no hay una total cobertura de analgesia

epidural durante el parto. En general las mujeres esperan poder acceder a la anestesia, pero saben que no hay garantía de ello y conocen muchos casos en los cuales el parto ha ocurrido sin ella. A diferencia de lo descrito por Jordan, donde las mujeres demuestran el dolor para acceder a la anestesia, hemos encontrado en diversos relatos el comportamiento contrario. Ello implica el no descontrolarse con el dolor, pues si se hace se estaría molestando al personal médico, que podría castigarlas con la no administración de analgesia. 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.

Volviendo al trabajo de Jordan, la autora describe que en Suecia las mujeres son informadas sobre los tipos de medicación para aliviar el dolor a los que pueden acceder, las condiciones en que no son recomendables, y sus posibles efectos secundarios. La decisión sobre el uso de medicación es de las mujeres. Consecuentemente, ellas son capaces de enfocar su atención en el trabajo de parto y mientras la medicación es utilizada habitualmente, el ambiente de las salas de parto es de concentración intensa más que de gritos de pánico o desesperación. En este caso, la conceptualización local del proceso de parto como el logro de la mujer, encuentra expresión en la forma en que se administra la medicación para el dolor. Similarmente, en Holanda la concepción del parto como un proceso natural desincentiva cualquier tipo de intervención médica. Los participantes comparten la convicción de que el cuerpo de las mujeres es sabio y de que si se le da al parto el tiempo suficiente, el proceso seguirá su curso natural. Esta orientación es similar a la de las mujeres Maya, que también presentan una actitud de espera ante el curso natural del proceso. Para ellas la experiencia del dolor es una parte esperada del parto, como lo es de los procesos vitales en general. Algunas características y comportamientos esperables en la sociedad son considerados deseables en el parto, como el trabajo duro, el estoicismo y la poca expresión de sentimientos y emociones. De hecho, son precisamente los eventos estresantes y potencialmente peligrosos, como el parto, los que proveen una oportunidad para los individuos de demostrar estas características en forma pública (7).

Si atendemos a otro ejemplo, en Japón se concibe que la mujer debe ser capaz de dar a luz vaginalmente sin uso de medicación para aliviar el dolor y se espera que así lo haga. Se considera que una mujer que solicita analgesia ha abandonado su rol de género y se aleja en cierto modo de las leyes de la naturaleza y lo mismo ocurre con las mujeres que solicitan una cesárea. La impopularidad de la cesárea y anestesia en Japón se originan en la idea de que las mujeres pueden y deben seguir lo que fisiológicamente están preparadas para hacer. Se comentan cosas como *“un bebé que no pasó por el canal del parto carece de la fuerza mental para enfrentar dificultades en la vida”*, o *“¿se puede ser madre sin pasar por los dolores del parto?”* (32). En nuestra propia experiencia de investigación en maternidades de Japón (33) nos llamó la atención la poca demostración de dolor que las mujeres realizaban durante el trabajo de parto, en comparación con nuestro país. En la mayoría de los partos observados las mujeres emitían pocos ruidos y parecían muy concentradas en el proceso. En sus relatos el dolor no aparecía como un temor

central –a diferencia de los que encontramos en Chile-, sino como algo natural, que toda mujer debe vivir, pues es su tarea hacerlo. Esto se relaciona con que en Japón la definición cultural del parto es la de un proceso fisiológico normal que sólo ocasionalmente deviene en patológico (34), en el cual la mujer puede dar a luz sin ayuda de medicación para el alivio del dolor. Esta concepción se vincula con los bajos índices de cesárea del país -17.4% en 2005- y de uso de analgesia –alrededor del 2.1% en 1999- (32).

En base a los ejemplos anteriores se puede plantear que las elecciones que hagan las mujeres sobre el alivio del dolor se vinculan con las definiciones culturales del nacimiento imperantes en sus sociedades y, a la vez, con sus trayectorias de vida y experiencias personales. En este sentido, en cada sociedad se puede esperar que la mayoría de las mujeres sigan las prescripciones en torno al alivio del dolor del modelo de nacimiento imperante. No obstante lo anterior, en todas las sociedades algunas mujeres desplegarán mecanismos contra-hegémicos, eligiendo prácticas diferenciadas a las oficiales.

Lo que se desprende de los ejemplos descritos es que el dolor no es una experiencia única, que se pueda tratar con un set homogéneo de prácticas, sino un campo con diversas interpretaciones culturales y personales. Por ello, resulta relevante indagar en los diversos significados existentes respecto al dolor durante el parto para poder conjugar la atención técnicamente adecuada con aquella que haga sentido a cada mujer en base a su percepción particular del nacimiento y, en este caso, del dolor.

Infertilidad y nuevas tecnologías reproductivas

A pesar de la proliferación de estudios antropológicos sobre temas reproductivos, algunos tópicos han sido privilegiados a expensas de otros. Se ha favorecido la investigación de lo que se podría denominar la reproducción normativa, como la fertilidad, concepción y parto exitosos, en detrimento de lo que serían los escenarios reproductivos no-normativos, como las enfermedades de transmisión sexual, embarazos y partos problemáticos, nacimientos de niños con malformaciones o enfermedades congénitas, problemas en la lactancia, muerte materna y neonatal, complicaciones postparto, e infertilidad (35).

La infertilidad se ha transformado en tópico de indagación para la antropología sólo en las últimas dos décadas, de la mano del interés por las denominadas nuevas tecnologías reproductivas (NTR). Estos estudios se gestan tras los grandes cambios en la conceptualización de las categorías de concepción, reproducción y paternidad-maternidad que han sucedido en la historia reciente. El primero de estos cambios ocurrió en respuesta a la separación entre el acto sexual y la reproducción, a través de los métodos de control de natalidad. El segundo sucedió como resultado de la emergencia de tecnologías de reproducción asistida y la subsecuente fragmentación de la unidad de la reproducción, cuando fue posible que el embarazo ocurriera sin necesidad de una relación sexual. Y el tercero ha sucedido con los avances en la medicina reproductiva, que disuelven la unidad orgánica del feto y la madre.

Como resultado, las NTR han contribuido a cuestionar lo que antes era considerada la base natural de la procreación humana y el parentesco, poniendo en cuestión las definiciones tanto de la familia, como del parentesco -que antes se basaban principalmente en las relaciones biológicas- y dispersando las relaciones familiares, para incluir no sólo a quienes tienen un hijo con ayuda de la tecnología, sino también a quienes colaboran para que ello pueda suceder. Así, la introducción de las NTR ha cambiado las definiciones tradicionales de lo que constituye una familia y de lo que significan la maternidad y la paternidad (13).

Dada la utilidad de la infertilidad como lente para analizar procesos sociales, la pregunta que se abre es: ¿por qué su descuido como objeto legítimo de estudio social? Por una parte, en las sociedades occidentales la infertilidad ha sido frecuentemente concebida y tratada como un problema médico y no como un problema digno de análisis social. Además, en la mayoría de las sociedades occidentales la infertilidad ha sido un tema tabú, que no es fácilmente discutido con otras personas. En este sentido, la infertilidad nos lleva incómodamente al reino de la sexualidad, por tanto, cuando las parejas no logran concebir, se levantan preguntas sobre su vida sexual. Otra dificultad radica en que los estudios sociales se han centrado en occidente y en unos pocos países, como Estados Unidos, Inglaterra y Australia, los cuales están entre los mayores productores de tecnologías reproductivas. Dado este contexto, las investigaciones presentan sólo las concepciones sobre infertilidad de estas naciones, quedando excluido gran parte del mundo (35).

Desde que la infertilidad se considera un tópico de estudio social, emergen diversas vetas de reflexión. Una de las temáticas que surgen se vincula con la posibilidad y viabilidad de exportar tecnologías de reproducción asistida a contextos culturales diferentes a los occidentales, donde fueron producidas. ¿Es posible utilizar las NTR en culturas con estrictas prescripciones religiosas, sexuales o de género, que se opongan a la intervención de los ciclos reproductivos naturales? Cuando esto sucede, las NTR se insertan en mallas culturales que las moldean según prescripciones locales, tomando nuevas formas. Un ejemplo son las sociedades musulmanas, donde hay limitaciones culturales contra el uso de semen de donantes (35).

Se abre también la pregunta sobre los diversos significados que la infertilidad puede tener para las personas de distintos contextos culturales. En comunidades donde la biomedicina no es hegemónica, las definiciones locales de infertilidad pueden diferir considerablemente de aquellas dictadas por la medicina alópata. Por ejemplo, en culturas donde se espera que ocurra un embarazo rápidamente tras el matrimonio, se puede percibir que hay infertilidad cuando la pareja no logra concebir durante el primer mes o dos meses de matrimonio. En sociedades patriarcales, donde se asigna valor sólo a los hijos hombres, el no dar a luz hijos hombres puede ser el equivalente social a no tener hijos, haciendo al padre y madre aparecer como infértiles. En comunidades que dictaminan que una pareja normal debe tener muchos hijos, puede ocurrir que una pareja sea considerada infértil si tiene uno o dos hijos. En otras palabras, los significados y experiencias subjetivas de la infertilidad son culturalmente variables (35).

Otros debates que abre la temática de la infertilidad se vinculan con las ideologías de género de las sociedades, en el sentido que la infertilidad pone en cuestión las definiciones tradicionales de lo que implica ser hombre y mujer y ser padre y madre. En esta línea podemos preguntar: ¿cuáles son las consecuencias sociales de la infertilidad para mujeres y hombres, en cuanto a sus identidades de género, sus relaciones de pareja, su aceptación en la comunidad? Si bien la infertilidad es una experiencia angustiosa y dolorosa, que lleva a un detrimento en el bienestar de todas las personas involucradas, los estudios muestran que afecta más a las mujeres que a los hombres. Son las mujeres quienes llevan la mayor carga de la infertilidad en términos de la culpa o responsabilidad del fracaso reproductivo, con respecto a los problemas de pareja derivados de la situación y al estigma social asociado, que lleva incluso a su exclusión de sus comunidades. En general, estas consecuencias sociales y psicológicas aparecen más presentes en mujeres de las llamadas sociedades en desarrollo o de culturas pre-industriales, donde, por ejemplo, pueden ser culpadas por el fracaso reproductivo y llegar a transformarse en verdaderas parias sociales si no logran encontrar una solución al problema. Esto, aunque los efectos de la infertilidad pueden variar enormemente entre sociedades y entre individuos de las mismas sociedades (35).

En las sociedades occidentales las consecuencias de la infertilidad también son más marcadas en mujeres que en hombres, si bien ambos sufren efectos adversos. La infertilidad trastoca las expectativas y sentido de identidad personal. La perspectiva de una vida sin hijos puede llevar a la depresión, enfermedades mentales y problemas en la pareja, y la búsqueda de intervenciones médicas puede llevar a problemas financieros, efectos físicos secundarios y, eventualmente, puede no ser exitosa.

Los hombres también se ven afectados por la infertilidad, pudiendo sufrir consecuencias similares a las de las mujeres. Por ejemplo, en el sistema médico de los Macua de Mozambique se concibe que los hombres son los principales responsables de la infertilidad. Se trata de una cultura matrilineal en la cual las mujeres en matrimonios que no logran concebir hijos pueden pedir el divorcio por este motivo y son alentadas por la comunidad a buscar otras parejas sexuales. Estas mujeres son de todas formas estigmatizadas por cuanto no se les permite participar en los rituales de fertilidad de la comunidad, pero la matrilinealidad las protege, al prevenir muchas de las repercusiones sociales que experimentan las mujeres de sociedades patriarcales (36). Esta cultura constituye una excepción, pues la mayoría de los estudios sobre infertilidad en África han sido realizados en sociedades patrilineales, donde las mujeres son culpadas por la infertilidad y se espera que la superen a través de una variedad de tratamientos provenientes de sus sistemas médicos locales.

Para entender a cabalidad las consecuencias de la infertilidad, se debe examinar el concepto del deseo de tener hijos, es decir, de la importancia de tenerlos. En algunas sociedades y segmentos socioeconómicos, el tener o no tener hijos se está transformando cada vez más en un asunto de elección y las razones para tener hijos recaen en el reino de la felicidad personal y familiar y en la posibilidad de dar y recibir amor y afecto. Otras razones que se identifican

pueden ser los deseos de seguridad social, es decir, la convicción de que los hijos son necesarios en una variedad de formas para asegurar la supervivencia de los padres y de las familias, a través de su contribución laboral y su apoyo a los padres cuando envejecen (sobre todo en contextos donde no se cuenta con pensiones, seguros médicos, hogares para adultos mayores u otras formas de apoyo). Asimismo, se encuentran deseos de perpetuidad social, de preservar y continuar con las líneas de parentesco. El tener hijos también tiene una veta política, por cuanto puede ser visto como una inversión política o una declaración ideológica, pues varios movimientos étnicos, nacionalistas y religioso-fundamentalistas utilizan a los niños para promover sus causas y comprometerse en guerras demográficas de supervivencia frente a otros grupos en la arena política (35).

Otro tema de reflexión se relaciona con la accesibilidad de las NTR en el mundo, pues se trata de tecnología inaccesible, tanto para la gran mayoría de las personas de países en vías de desarrollo, como para los segmentos vulnerables de la población de países industrializados que no cuentan con políticas sociales que cubran los tratamientos. Es así como, en una escala global, las NTR son poco comunes y la mayoría de las personas infértiles buscan ayuda en los sistemas médicos locales, muchas veces diferentes a la biomedicina. Incluso, en contextos donde la medicina alópata es la hegemónica, las parejas infértiles reportan haber utilizado otros sistemas médicos. Por ejemplo, en Holanda en 1995 más del 10% de las parejas infértiles utilizaron alternativas terapéuticas a la biomedicina (37).

Esto lleva a considerar la importancia de analizar el pluralismo médico en contextos donde la biomedicina es hegemónica, pues este sistema médico tiende a opacar a los otros modelos de atención de salud que existen y que se utilizan en cada sociedad. Esto sucede pues por una parte, aunque las personas recurran a diversos sistemas médicos para buscar alivio a sus problemas de salud, es común que sólo comenten sus experiencias biomédicas, pues son las socialmente aceptadas. Más aún, es muy frecuente que no comenten con sus propios médicos (alópatas) las experiencias en otros sistemas de atención de salud, por considerar que se está traicionando, de alguna manera, al sistema oficial que ellos representan. De ahí que sea de gran importancia estudiar los recorridos que hacen las personas infértiles por diversos tratamientos y por distintos sistemas de salud para buscar la solución a su problema.

Los estudios que se enfocan en los circuitos terapéuticos muestran que los individuos transitan entre distintos modelos de atención, en busca de la sanación. Mientras más grave sea la dolencia o enfermedad, es más probable que los circuitos terapéuticos sean más complejos e involucren más especialistas y mayor número de sistemas médicos o de tipos de terapias diferentes. Si consideramos la importancia que puede adquirir el deseo de tener hijos para parejas y personas que no lo logran, se trata de un campo donde es probable que se encuentren complejos recorridos. Atendamos al caso de una pareja de 35 años –a quienes llamaremos Sofía y Juan– que logró concebir a su hijo tras cinco años de intentos. Enumeraremos en orden cronológico los tipos de tratamientos y terapias a los que se sometieron:

Al dejar de tomar anticonceptivos, Sofía se dio cuenta de que tenía amenorrea, tras lo cual se sometió a diversos tratamientos en una clínica privada, que no dieron resultado. En paralelo se sometió a masaje japonés (shiatsu) para la recuperación de la menstruación, sin resultados aparentes. Decidió cambiarse de médico y fue a ver a un ginecólogo recomendado por una amiga. Luego de estudios hormonales, intentaron lograr un embarazo por alrededor de un año, sin resultados positivos. Volvieron al ginecólogo que habían consultado antes, quien le repitió los exámenes a Sofía e hizo que Juan se hiciera diversos exámenes, sin encontrar nada anormal. El médico dijo ya no saber qué más hacer, por lo que la pareja se sintió rechazada y abandonada, decidiendo buscar a otro especialista. Por diversos motivos personales, en esa época Sofía tuvo un cuadro de depresión y asistió a terapia con un psiquiatra, quien le recetó antidepresivos. Además de eso, acudió a una terapia alternativa con un budista, quien le enseñó ejercicios de meditación, relajación y visualización.

La madre de Sofía le recomendó hablar con el ginecólogo de la familia, quien en base a los antecedentes familiares y a lo que la pareja ya había vivido, opinó que debían consultar con un especialista en infertilidad. Así lo hicieron y el nuevo especialista les hizo repetir los exámenes de rigor, los que dieron como resultado que no había nada anormal, solo el conteo de espermatozoides de Juan, que aparecía un poco bajo. Tras varios meses de seguimientos foliculares, decidieron probar con inseminación artificial: hicieron cuatro intentos fallidos.

Luego decidieron intentar con la fecundación *in vitro*, sometiéndose a cuatro ciclos de tratamiento, y el último dio resultado. En paralelo al tiempo en que se realizaron los tratamientos *in vitro*, Sofía se acercó a diversas tradiciones terapéuticas: medicina china, flores de Bach, flores californianas, reflexología, terapia de sonido, sanación de luz dorada, naturopatía y reiki. También comenzó a realizar actividad física, haciendo yoga y nadando. Ya terminado su tratamiento con el psiquiatra, comenzó terapia con un psicólogo transpersonal, que en lugar de mejorar su estado de ánimo, la hizo sentirse cuestionada. Luego retomó terapia con otra terapeuta, quien la ayudó mucho. Por su parte, Juan también se trató con medicina china, naturopatía y asistió a una terapia psicológica.

El circuito terapéutico seguido por Sofía y Juan muestra el uso de una diversidad de recursos y de sistemas médicos, utilizando, en paralelo, la medicina alópata con una amplia gama de medicinas complementarias y con terapia psicológica. Este tipo de itinerarios médicos merece gran atención, pues complejiza las nociones sobre la efectividad de los tratamientos alópatas: ¿qué lleva a las personas a buscar alternativas terapéuticas a la biomedicina?, ¿qué significado conlleva el uso de dichos recursos terapéuticos?, ¿a cuál/es sistemas médicos o terapias adscriben mayor valor y mayor efectividad?, ¿a cuál/es adscriben el éxito o fracaso de los tratamientos? Podemos comenzar el análisis atendiendo a las reflexiones de Sofía: *“Mi necesidad de ampliar los repertorios terapéuticos nació de una búsqueda por generar respuestas a la problemática que incluyeran diversos aspectos de mi persona. Desde el comienzo tuve conciencia que el problema no era solo fisiológico, sino que multicausal, y que involucraba no sólo aspectos físicos, sino también emocionales y espirituales. Por otra parte, embarazarse es un tema de dos, por lo que las variables se van sumando. Creo que*

todas las terapias a las que fui me ayudaron en este camino. Cada una aportó su propio grano de arena, cada cual desde su propio campo de acción y por eso intenté extraer lo mejor de cada una para el fin que yo estaba buscando. La medicina por su parte creo que también jugó un rol fundamental, porque la tecnología me sirvió para poder hacer físicos esos cambios internos. En este sentido, creo que todas las terapias me ayudaron, pero el trabajo fue personal e interno, tanto en mí como en Juan. Hasta hoy no tengo idea de qué fue exactamente lo que impedía el embarazo, pero sí sé todo lo que aprendí de mí misma y de mi relación con Juan en esos 5 años y creo que ese aprendizaje es el que finalmente se manifestó en nuestro hijo. Tengo la convicción de que lo que permitió el embarazo fue un cambio interno, tanto en mí como en Juan, el cual se reflejó en el plano físico a través del embarazo.”

Resulta muy interesante constatar que los médicos alópatas de Sofía y de Juan no se enteraron de los tratamientos complementarios que estaban siguiendo. La pareja consideró que los médicos, probablemente, no le iban a asignar valor a las otras terapias o que incluso podían desincentivarlos a seguir con ellas. Así, para ellos, la biomedicina cumplía el rol de velar por la dimensión física del problema, mientras que los otros tratamientos trabajaban con las dimensiones emocionales y espirituales, que para ellos estaban también involucradas en la problemática.

Es muy probable que la mayoría de las personas que buscan ayuda por temas vinculados a la infertilidad reconozcan una multiplicidad de factores involucrados en el problema y no sólo una condición física desfavorable. De ahí que sea también probable que recurran a diversos sistemas médicos que, en su conjunto, cubran las diversas dimensiones –física, psíquica, espiritual- que consideran vinculadas con su problema.

Conclusión

La presente revisión ha recorrido una pequeña fracción de los temas que trabaja la antropología de la reproducción, en un intento por mostrar las potencialidades de los estudios sociales aplicados al campo de la salud.

Como revisamos a lo largo del capítulo, la antropología visibiliza la coexistencia de diversos sistemas médicos y formas de atención en las sociedades contemporáneas, entre las cuales las personas transitan en busca de alivio a sus problemas y dolencias. De ahí que sea importante reconocer estos circuitos y asignarles valor, en cuanto las personas efectivamente los usan. La biomedicina es uno de los sistemas médicos que las personas utilizan que, más que un sistema homogéneo de prácticas, constituye un sistema cultural que se adapta a las configuraciones sociales de los contextos donde se instala.

La antropología de la reproducción insiste en la importancia de comprender los procesos reproductivos tanto en sus dimensiones fisiológicas como psico-socio-culturales. Cada vez hay un cuerpo más sólido de evidencia científica que demuestra la imposibilidad de separar las dimensiones psíquica y física de las experiencias. Los avances en las neurociencias,

especialmente en la neuropsicología y neuroinmunología, apoyan un entendimiento integral de los seres humanos (38).

La incorporación de los aspectos culturales a la investigación y práctica clínica debe hacerse con cautela, pues resulta tentador pensar que la cultura puede servir como una nueva variable explicativa, capaz de predecir y explicar porciones significativas de las variaciones observadas en el comportamiento y la enfermedad. Es importante considerar que la cultura importa, pero no debe ser tratada como una variable. Más que agregar la cultura a los estudios clínicos, el desafío consiste en combinar las experticias de la medicina y la antropología para diseñar y desarrollar proyectos que fundan tradiciones y cuestionen las maneras tradicionales de conducir la investigación. Los intercambios interdisciplinarios son más productivos cuando los investigadores trabajan juntos para definir las preguntas, objetivos, diseños, métodos y análisis (39).

Esto lleva a considerar la necesidad de que la investigación en salud reproductiva sea realizada con metodologías mixtas –tanto cuantitativas como cualitativas- que, junto con las pruebas clínicas, tomen en consideración las experiencias de las personas. Las experiencias no sólo deben ser registradas mediante métodos discursivos –como entrevistas o grupos de discusión-, sino que también mediante métodos etnográficos, que privilegien la observación de las conductas y prácticas en los propios contextos donde suceden. El desafío es entonces el de generar equipos interdisciplinarios de profesionales que produzcan un tipo de conocimiento que se base en la integralidad de las experiencias reproductivas.

Referencias bibliográficas

1. Comelles JM, Martínez A. Enfermedad, cultura y sociedad, un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina. Madrid, Eudema, 1993.
2. Weisner M. La antropología médica, lo uno- lo múltiple. En Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología, Tomo I, 1999: 71-80.
3. Citarella L (comp.). Medicina y culturas en la Araucanía. Santiago, Editorial Sudamericana, 2000.
4. Obach A, Sadler M. La huella femenina en los sistemas médicos informales del Chile actual. En Montecino S (comp.); Mujeres Chilenas, Fragmentos de una Historia. Santiago, Catalonia, 2008: 181-194.
5. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos, de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc. saúde coletiva. 2003; Vol. 8 (1): 185-207.

6. Browner C, Sargent C. Anthropology and studies of human reproduction. En Sargent C, Johnson T (eds.); *Medical anthropology, contemporary theory and method*, revised edition. Nueva York, Praeger, 1996: 219-234.
7. Jordan B. *Birth in four cultures, a crosscultural investigation of childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Cuarta edición, Illinois, Waveland Press, 1993.
8. Davis-Floyd R, Sargent C. Introduction, the anthropology of birth. En Davis-Floyd R, Sargent C (eds.); *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. California Press, 1997: 1-51.
9. Martin E. *The woman in the body, a cultural analysis of reproduction*. Boston, Beacon Press, 2001.
10. Davis-Floyd Robbie. *Birth as an American rite of passage*. University of California Press, 1992.
11. Ginsburg FD, Rapp R (eds.). *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. University of California Press, 1995.
12. Buckley T, Gottlieb A. A critical appraisal of theories of menstrual symbolism. En Buckley T, Gottlieb A (eds.); *Blood magic, the anthropology of menstruation*. University of California Press, 1988: 3-50.
13. Ragoné H, Willis S. Reproduction and assisted reproductive technologies. En Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC (eds.); *The handbook of social studies in health and medicine*. Sage, 2003: 308-322.
14. Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome? *The American Journal of Medicine*. 2005; Vol. 118 (12B): 37S-46S.
15. Helman C. *Culture, health and illness*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1994.
16. Mead M, Newton N. Cultural patterning of perinatal behavior. En Richardson SA, Guttmacher AF (eds.); *Childbearing, its social and psychological aspects*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967: 142-244.
17. Lewis G, McCaffery P. Sociological factors affecting the medicalization of midwifery. En Van Teijlingen ER, Lowis GW, McCaffery P; *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*. Nueva York, Nova Science Publishers, 2004.
18. Good B. *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona, Edicions Bellaterra, 2003.
19. Good B, Del Vecchio Good M. 'Learning Medicine', the constructing of medical knowledge at Harvard medical school. En Lindenbaum S, Lock M (eds.); *Knowledge, power and practice, the anthropology of medicine and everyday life*. University of California Press, 1993: 81-107.
20. Devries R, Benoit C, Van Teijlingen ER, Wrede S (eds.). *Birth by design, pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*. Reino Unido, Routledge, 2001.
21. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet* 1985; 2: 436-437.
22. Davis-Floyd R. Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2001; Vol. 75 (1): S5-S23.

23. De Vries R, Wieggers TA, Smulders B, Van Teijlingen E. The Dutch obstetrical system, vanguard of the future in maternity care. En Davis-Floyd R, Barclay L, Daviss BA, Tritten J (eds.); *Birth models that work*. University of California Press, 2009: 31-53.
24. De Jonge A et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009, Vol. 116 (9): 1177-1184.
25. Hospital de Iquique. Sistematización parto humanizado en población aymará. Santiago, FOSIS-Ministerio de Planificación, 2006.
26. Universidad de Chile (CIEG), Universidad de La Frontera (CIGES). Pautas de crianza mapuche; significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuches en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años. Santiago, FOSIS-Ministerio de Planificación, 2006.
27. Universidad Arturo Prat, Centro de Investigaciones para el Desarrollo del Hombre en el Desierto CIHDE. Pautas de crianza aymará, significaciones, actitudes y prácticas de familias aymaras en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los diez años. Santiago, FOSIS-Ministerio de Planificación, 2006.
28. Sadler M. Re-Visión del Parto Personalizado: herramientas y experiencias en Chile. Resultado de proyecto FONIS SA06I20034, Oportunidades y resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación-parto-nacimiento. Santiago, Chile Crece Contigo, 2009.
29. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*. 2008; 6: 7.
30. Leap N, Anderson T. The role of pain in normal birth and the empowerment of women. En Downe, S y McCourt, C (eds.); *Normal childbirth, evidence and debate*. Londres, Churchill Livingstone, 2008: 29-46.
31. Sadler M. 'Así me nacieron a mi hija', aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En Sadler M, Acuña ME y Obach A; *Nacer, educar, sanar, miradas desde la antropología del género*. Santiago, 2004: 15-66.
32. Matsuoka E, Hinokuma F. Maternity homes in Japan: reservoirs of normal childbirth. En Davis-Floyd R, Barclay L, Daviss BA, Tritten J (eds.); *Birth models that work*. University of California Press, 2009: 213-237.
33. Sadler M. A comparison of childbirth practices in Japan and Chile. *The Sylff Newsletter*, N° 9. Japon, *The Japan Times*. 2004: 1-4.
34. Cordero, D. Authoritative knowledge and birth territories in contemporary Japan. En Davis-Floyd R y Sargent C (eds.), *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. University of California Press, 1997: 159-179.
35. Inhorn, Marcia y Frank Van Balen (eds.). *Infertility around the globe, new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*. University of California Press, 2002.

36. Gerritz T. Infertility and matrilineality: the exceptional case of the Macua of Mozambique. En Inhorn, Marcia y Frank Van Balen (eds.); Infertility around the globe, new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies. University of California Press, 2002: 233-246.
37. Van Balen F, Verdurmen JEE, Ketting E. Caring about infertility: main results of the national survey about behavior regarding infertility. Delft (Holanda), Eburon, 1995.
38. Walsh DJ. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health & Illness*. 2010. Vol. 32 (3): 485-501.
39. Trostle J. *Epidemiology and Culture*. Cambridge University Press, 2005.