



ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Título: Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud.

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud

Autora: Zoe Díaz Bernal
Tutora: Dra. C. Leticia Artilles Visbal

[La Habana]
[2012]

A aquellas personas que brindaron sus testimonios y compartieron sus vivencias, en especial a las personas y parejas infértiles, que vieron en esta investigación el interés científico por sus condiciones humanas.

A la dirección de los hospitales incluidos en el estudio, por colaborar en la realización de esta investigación.

A la Escuela Nacional de Salud Pública, representada por su colectivo de profesores y trabajadores, quienes contribuyeron en ocasiones sin saberlo, a la culminación de esta investigación y a la confección del documento que constituye esta tesis. Un agradecimiento especial a los profesores que forman parte del Departamento de Ciencias Sociales, quienes han influido considerablemente en mi formación profesional.

Mi gratitud inconmensurable al colectivo del Departamento de Doctorado por quererme tanto y ayudarme a ser siempre mejor ser humano.

Al Dr. C. Luis Alberto Vargas por tanta teoría y aportes obsequiados a la Antropología Médica y a esta investigación en particular, al MsC. Guillermo Díaz Llanes por hacerme comprender el valor de la teoría fundamentada.

A mi tutora, Leticia Artilles Visbal por su imprescindible apoyo, sabiduría y crítica oportuna, pero sobre todo por pretender legarme un lugar como antropóloga médica.

A mi amiga Dailys por su dedicación y aportes, por haberme invitado a convertirme en antropóloga y por todo lo demás que ella conoce.

A Naisvel y Marlen por sus horas dedicadas.

A Ileana Pérez Prieto, al Dr. Vingut y al Dr. Carlos Raúl del Pozo, por las ayudas siempre oportunas, desde sus lugares.

A mis amigos y amigas, de siempre y de hace poco, por serme y hacerme.

A ti por ser hombre y arquero, todo junto con un solo corazón y así, hacer control epistemológico para mí.

A mi familia por brindarme refugio y ayuda incondicional en todo momento.

Agradecimientos

Introducción

La infertilidad modifica las expectativas que muchas personas tienen como parte de su curso vital. Es una condición que una vez sospechada y diagnosticada, agrega adversidad a la cotidianidad, y puede llegar a comprometer la visión que se tiene sobre el lugar que se ocupa en el mundo y sobre la propia existencia.

La procreación posee multiplicidad de significados socioculturales y para la mayoría de las personas reviste gran importancia. La maternidad y la paternidad son parte de lo socialmente esperado, que se naturalizan como eventos biológicos predecibles, sin embargo la infertilidad altera esa configuración y obliga a reformularla (1).

En la actualidad se reconocen dos términos diferentes para hacer referencia a la falta de concepción de una pareja, la infertilidad y la esterilidad. La primera es la disminución o ausencia de la fertilidad que se presume reversible y se define como aquella situación en la que tras un año o más de relaciones sexuales continuadas y sin ningún tipo de método anticonceptivo, no se produce el embarazo. La segunda se define como una situación irreversible, que alude a la capacidad nula para concebir sin recurrir a las técnicas de fecundación artificial. También se considera infértil quien aborta repetidamente (tres abortos seguidos o cinco alternos) o no llega a celebrar el nacimiento de un bebé vivo (2, 3).

Los datos epidemiológicos sobre la infertilidad varían de una región a otra, e incluso al interior de un mismo país. Estudios realizados refieren una prevalencia a nivel mundial entre el 8 y 15% de las parejas en edad reproductiva, lo que quiere decir que pueden existir entre 60 – 80 millones de parejas infértiles (3, 4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que aproximadamente del 8% al 12% de las parejas experimentan algún problema de infertilidad durante su vida fértil lo que, de extrapolarse a la población mundial, representaría entre 50 y 80 millones de personas (5, 6). En Cuba, los datos más recientes fueron referidos por Padrón en el año 1998, quien reportó entre 12% y 14% de parejas infértiles (7), pero en la actualidad se desconocen las tasas de incidencia y prevalencia.

La atención a la salud de la población cubana, posterior al triunfo de la Revolución en 1959, estuvo dirigida en los inicios, a la reducción de los pésimos indicadores de salud que exhibía la misma y a la atención de los grupos sociales hasta ese momento excluidos, lo que conllevó a la creación y organización de un sistema de salud pública que garantizara la cobertura total. Desde la década de los 60 se prestaban servicios de atención a la infertilidad, aunque escasos por la precariedad de recursos y de especialistas. En la década de los 80, el Estado destinó cuantiosos fondos al desarrollo de un Programa de Atención a la Infertilidad, que incluyó la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). La crisis económica de los años 90 impactó desfavorablemente y disminuyó la capacidad resolutoria de este programa, pero se mantuvo la especialización de profesionales en el campo de la reproducción humana y la atención a este sensible problema de salud (8).

La mayoría de los aspectos de la salud reproductiva, incluyendo los relativos a la infertilidad, han sido muy bien caracterizados desde el punto de vista morfo-fisiológico, pero aún resulta limitada la comprensión de sus nexos con las representaciones socioculturales, los comportamientos, y cómo estos determinan la aparición de padeceres, como expresión de la manera individual en que cada persona vive su propio problema de salud (9).

La infertilidad tiene importantes connotaciones en el orden psíquico y social de los seres humanos, y no siempre se asume integralmente por quienes la estudian y atienden (10). Fernández y Rivero (1997), daban cuenta de que la asistencia a la planificación familiar se centraba fundamentalmente en el “control de la natalidad” y subestimaba temas como la prevención de la infertilidad (11).

Las parejas infértiles en su afán por encontrar solución, siguen diferentes alternativas de atención determinadas por la cosmovisión y cultura imperantes en el contexto donde se desarrollan, que influyen en los comportamientos en torno a la salud y su atención. Calero y Santana (2006),

reportaron que en Cuba son dos los modelos médicos a los que acceden las personas según sus creencias, conocimientos y sistema de interpretaciones: el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y el Modelo Curativo Alternativo (MCA) (12), que en alguna medida coinciden dentro del sistema de salud cubano con el empleo concomitante de la llamada “medicina natural, tradicional o alternativa” (fitoterapia, homeopatía, acupuntura, moxibustión y otras) y la “medicina occidental o científica” (13, 14). A los servicios de salud de la “medicina occidental o científica”, en la que perviven los rasgos del MMH, es por lo general a los que primero se acude con el objetivo de confirmar el diagnóstico de infertilidad, lo que se sospecha según lo que comunican los cuerpos, contrario a lo naturalmente esperado para una relación de pareja que se mantiene teniendo relaciones sexuales desprotegidas y frecuentes (12). El segundo modelo (MCA) integra las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales”, pero no solo las provenientes del conocimiento ancestral sino toda la serie de prácticas alternativas nuevas que se van constituyendo como dominantes, que en gran medida se derivan del MMH, sintetizando e inclusive transformando a las llamadas prácticas tradicionales. Entre estas prácticas se incluyen también las provenientes de las religiones y el espiritismo, que presentan rasgos no “homogenizables” (8, 15, 16, 17, 18). En todas las épocas, las parejas “desventuradas” que no logran la concepción, han buscado “ayudas mágicas o providenciales para conseguir sucesión”, cuando el tiempo los ha privado de la capacidad biológica o porque la medicina científica los ha “desahuciado” (19).

En el contexto cubano, de manera similar a lo que predomina en otros, la infertilidad se ha abordado fundamentalmente desde dos enfoques: el biomédico y el psicológico, centrados fundamentalmente en la población femenina, y predominantes sobre el enfoque social. La biomedicina ha generado gran cantidad de información fisiopatológica, de laboratorio, y pautas para intervenciones diagnósticas y terapéuticas y la psicología ha estado orientada a evaluar el impacto adverso de este trastorno sobre el bienestar mental y la experiencia vivida de manera individual (1, 12). El enfoque antropológico, dirigido a entender el modo en que las personas infértiles entienden y viven su problema de salud, lo que incluye el análisis de sus representaciones socioculturales y de las personas que lo atienden, ha estado ausente, de acuerdo con una investigación realizada por Salazar en 2006, donde realizó un balance entre la bibliografía biomédica y psicológica, sobre infertilidad generada hasta ese momento, frente a las de otro tipo (20).

La noción de representaciones socioculturales que se maneja en la investigación que le da salida a esta tesis, es la aportada por Montes- Muñoz en su tesis doctoral del año 2007, referida a las creencias, valores, actitudes y símbolos integrados en el sistema de interpretaciones de las personas, que organizan sus conductas y la comunicación social con respecto a un fenómeno determinado (21). En Cuba como en el resto del mundo, son muy escasos los estudios sobre la vivencia de la infertilidad, entendida esta como el modo en que las personas y parejas infértiles, experimentan la infertilidad en su vida cotidiana en relación con dichas representaciones socioculturales (17, 20, 21, 22). El acercamiento a las representaciones socioculturales predominante en este trabajo proviene de dos referentes teóricos fundamentales, uno es la Antropología aplicada a la salud y el otro la Antropología de Género.

La Antropología aplicada a la salud, también conocida como Antropología Médica, estudia las dimensiones biológicas, culturales y sociales, a través de la comprensión y el análisis de los distintos sistemas de representaciones socioculturales y prácticas, respecto al proceso salud-enfermedad en cualquier tipo de sociedad. Contribuye al entendimiento de la respuesta personal y considera aspectos socioculturales relativos a procesos bioculturales medicalizados, para contribuir desde las ciencias de la salud, a la comprensión de las relaciones entre lo normado y el contexto sociocultural, así como de las relaciones entre los diferentes actores sociales involucrados en la atención a la infertilidad, prestadores de salud y usuarios de los servicios de atención.

Esta rama de la Antropología, explica cómo las personas interpretan y dotan de significados particulares y diversos a las sensaciones de su cuerpo y enfrentan su enfermedad o problema de salud de modos diferentes de acuerdo al contexto donde se desarrollan (23). A través de esta perspectiva, la infertilidad se puede analizar desde el relato de lo vivido por los y las protagonistas, para “hacer surgir lo que suele despreciarse del proceso terapéutico: la dimensión del sentido y de los valores” (24, 25), con la “mirada” que sabe hacer extraño lo cotidiano y ve más allá de los acontecimientos, para explicar la infertilidad de una manera más amplia, lo que ayudaría a mostrar los problemas que pudieran subyacer (21).

El abordaje al tema de la infertilidad desde la perspectiva antropológica, incluye la valoración integral del imaginario y capital simbólico de las personas y parejas involucradas, vinculado a sus representaciones socioculturales sobre la sexualidad, la función reproductiva y la propia infertilidad, lo que permitirá identificar las especificidades interculturales y contribuirá a la atención del problema de salud desde la perspectiva médico-social, para un manejo culturalmente competente de las parejas y personas infértiles. La inclusión de los determinantes socioculturales puede dar respuesta a las insatisfacciones con la atención recibida por las parejas infértiles, centrada en los aspectos clínicos y biológicos del problema, como lo declaran investigaciones precedentes en este y otros contextos, lo que se corresponde con la medicalización de los procesos implicados en la atención a la infertilidad (1, 12, 17, 18).

La Antropología de género por su parte, permite analizar y comprender las características que definen las diferencias entre las representaciones socioculturales de mujeres y hombres, y entender su contribución al sentido de sus vidas, a sus expectativas, sus relaciones inter-genéricas e intra-genéricas, y a la manera de afrontar los conflictos institucionales y cotidianos, relativos a la infertilidad. Socialmente se le asignan a las mujeres, valores, responsabilidades y comportamientos particulares asociados a la maternidad, como parte de la reproducción biológica y social, expresada en el binomio mujer igual a madre, donde la figura del padre aparece como de apoyo y soporte, como proveedor y no como copartícipe responsable. La inequidad en las relaciones de pareja expresan desigualdades de poder determinadas por el condicionamiento de género, vistas en los roles y estereotipos que le caracterizan, lo que se refleja en los comportamientos ante la concepción biológica o ante su imposibilidad. La cultura patriarcal, propia del modelo hegemónico de masculinidad, influye en que los varones se mantengan distantes durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, que los “protege” del estigma social que representa para su masculinidad y de lo que esto les genera (22, 26), mientras que la mujer se involucra más, con repercusión para su autoestima, satisfacción personal y salud mental (27, 28).

Actualmente es insuficiente y fragmentado, el conocimiento de la representación sociocultural, de la infertilidad y de su atención, para su inclusión en los programas de salud. La medicina ha establecido algoritmos de trabajo para la atención, estudio y tratamiento de la infertilidad, que funcionan como esquemas de atención, con un orden jerárquico y cronológico, que al no tomar en cuenta la perspectiva sociocultural de las personas, expresan un carácter eminentemente biologicista y aporta la noción de que no ser capaz de reproducirse biológicamente, es una anormalidad o limitación que necesariamente hay que corregir (12, 17, 18, 20, 29). Prevalece la concepción de la infertilidad como un trastorno puramente físico, sin que se distingan los padeceres que sufren las personas y las conductas que estos generan. Todo ello reclama el desarrollo de investigaciones desde la salud pública, y sustenta el problema científico de la presente tesis.

Problema Científico:

La caracterización de las representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención, y el conocimiento sobre sus contribuciones al abordaje médico social del problema de salud, son insuficientes.

Dicho Problema Científico se articula en las siguientes interrogantes:

- ¿Qué caracteriza las representaciones socioculturales de la infertilidad de las personas involucradas en su atención, en servicios de salud seleccionados?
- ¿Cómo vivencia su condición la pareja infértil atendida en los servicios seleccionados y cuál es la contribución del género en ello?
- ¿Qué caracteriza la cualidad del vínculo entre la pareja infértil y el personal de salud, en la prestación de atención a la infertilidad en los servicios de salud seleccionados?

Objetivo General

Caracterizar la representación sociocultural de la infertilidad y su atención, en parejas infértiles y prestadores de servicios especializados.

Objetivos Específicos

1. Identificar la contribución de la concepción de parentalidad a las representaciones socioculturales de la infertilidad en parejas infértiles.
2. Describir las representaciones socioculturales de la infertilidad y las vivencias cotidianas, de parejas infértiles y prestadores de servicios de salud especializados en la atención a la infertilidad.

3. Caracterizar el vínculo entre la representación sociocultural de la infertilidad y de su atención, con las características de la prestación de servicios de salud.

La **novedad** de la presente investigación radica en:

- Contribuir desde la perspectiva antropológica, al abordaje holístico de un fenómeno que ha sido tratado de manera fragmentada con un enfoque predominantemente biologicista.
- Develar la representación sociocultural de la infertilidad y de su atención por el sistema de salud.
- Identificar las relaciones entre los constructos que conforman las representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención.

Los **aportes** de esta investigación apuntan al valor teórico metodológico y práctico de los resultados obtenidos, a partir de la aplicación de la perspectiva antropológica, de las representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención. En este sentido ha de mencionarse:

- Proporcionar nuevo conocimiento sobre las condiciones y respuestas sociales involucradas en el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.
- Develar la contribución del género como uno de los determinantes sociales de la salud, a la representación sociocultural de la infertilidad y de su atención, con la finalidad de proporcionar criterios científicos que sustenten propuestas para su abordaje médico social.
- Proporcionar un marco teórico y conceptual desde la Antropología Médica y de Género, aplicado al estudio de la prestación de los servicios de atención a la infertilidad.
- Contribuir a la consideración del papel de las emociones generadas por la condición infértil (el padecer la infertilidad) y del papel del sujeto, que ante el problema de salud reformula sus expectativas y adapta sus estrategias de afrontamiento.
- Contribuir a visualizar que las representaciones socioculturales de la infertilidad son fruto de la vivencia de las contradicciones diarias de las personas infértiles, de los prestadores de salud encargados de atenderlas y del grupo humano al que cada uno pertenece.
- Contribuir a la comprensión de que las representaciones socioculturales de la infertilidad expresan el entendimiento de las personas infértiles y de los prestadores de salud con sus pares, sus contrarios, con las instituciones y normativas para su atención.
- Aportar al reconocimiento de que las representaciones socioculturales sobre la infertilidad se manifiestan en el habla, actitudes, comportamientos y conductas, que se institucionalizan y se transforman en rutinas.
- Contribuir al entendimiento de que las representaciones socioculturales de la infertilidad dan sentido a la vida de los actores sociales involucrados en ella.
- Demostrar que si bien las representaciones socioculturales de la infertilidad revelan la visión histórica sobre la vida, la reproducción y los condicionamientos de género, reflejan también inconformidades, elementos transformadores y proyecciones de futuro que contribuyen a la deconstrucción de patrones concebidos como universales e inmutables.
- Aplicar una metodología de corte cualitativa que emplea el método inductivo, de escaso uso en las ciencias de la salud y en las ciencias sociales en Cuba. En esta arista ha de destacarse:
 - ✓ La demostración de la capacidad de las representaciones socioculturales observables, para revelar la naturaleza contradictoria de la organización donde los actores sociales están insertados, dígame sociedad, familias, parejas, instituciones, normativas.
 - ✓ El contribuir a la idea de que las representaciones socioculturales no deben ser estudiadas de forma directa por las representaciones conscientes de la persona y que requieren de interpretaciones inductivas, desde referentes teóricos diversos.
 - ✓ El aportar a la aplicabilidad de las representaciones socioculturales en el análisis de los fenómenos de salud, específicamente a la infertilidad, para la acción transformadora, tanto pedagógica como política, aunque no deban ser consideradas verdades científicas.

Capítulo 1. Aproximaciones al tema de la infertilidad

Capítulo 1. Aproximaciones al tema de la infertilidad

1.1. Salud Reproductiva. Infertilidad.

El proceso de reproducción humana se ha tratado tradicionalmente con un enfoque restringido a la salud materno-infantil. El desarrollo y empoderamiento actual de las mujeres con mayor conciencia del ejercicio de sus derechos, exigen de estas una mayor participación no sólo como madres, sino también en el autocuidado de su salud, de su familia y de su sexualidad (30, 31). Como respuesta a esta situación cambiante y dinámica, se ha evolucionado a una conceptualización más integradora del concepto de salud sexual y reproductiva: que se define como *“la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad, para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”* y que deja implícito el derecho de las personas para obtener información al respecto, elegir, acceder y recibir servicios de atención a la salud, que les permitan *“las máximas posibilidades de tener hijos sanos”*, en correspondencia con la definición, aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ampliada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, celebrada en 1994 (32).

En el tránsito por el curso vital humano, la maternidad y la paternidad son etapas en las que se esperan ocurran determinados eventos biológicos y sociales (1, 28), y la no ocurrencia de lo naturalmente esperado, responde al objeto de estudio de esta Tesis: la infertilidad.

Según la historia reproductiva, la infertilidad puede ser de dos tipos: primaria o secundaria. La primaria consiste en la incapacidad de una pareja para lograr un embarazo después de un año o más de relaciones sexuales regulares sin emplear métodos anticonceptivos, o la incapacidad de la mujer de llevar a término un embarazo. La infertilidad secundaria alude a la incapacidad para concebir o llevar a término un embarazo después de haber concebido con éxito y haber llevado a término uno o más embarazos anteriores. Otra clasificación responde a los factores etiológicos: de causa masculina, de causa femenina o de causa mixta, e infertilidad idiopática, cuando la causa de la infertilidad no se explica después de un examen médico completo (2).

Hasta mediados de los años ochenta se pensaba que las mujeres eran las únicas responsables de la infertilidad, y a pesar de la información científica acumulada en este sentido, aún a nivel colectivo persiste dicha concepción aunque se conoce que sus causas son igualmente comunes en ambos sexos (17, 33). La asociación de las causas de la infertilidad con factores masculinos, amplió la visión y permitió diagnosticar acertadamente algo menos de la mitad de los casos (21). En la actualidad se reconoce que el 42% de los problemas para la concepción dentro de la pareja, son debidos a problemas en el varón. No obstante, el descubrimiento de un factor de infertilidad en un cónyuge no elimina la necesidad de buscar más factores en el otro, ya que pueden aparecer varios factores concurrentes en una misma pareja (32, 33). El concebir a la pareja infértil como unidad biológica, hace imposible hablar de infertilidad exclusivamente femenina o masculina, puesto que en muchos casos sólo es posible determinar una subfecundidad en ambos cónyuges (34).

Las causas de infertilidad en una mujer pueden ser muchas: fracaso en la ovulación, en la recogida y transporte del óvulo por las trompas de Falopio, transporte defectuoso de los espermatozoides por el cuello del útero, fondo del útero y trompas de Falopio, y también el fracaso en la implantación o el desarrollo precoz del embrión. La infertilidad masculina por su parte es más a menudo el resultado de una producción disminuida de espermatozoides, un fracaso en el depósito de espermatozoides durante el coito, o la incapacidad de los espermios para fecundar el ovocito (35). Más recientemente se vienen reconociendo algunas causas de índole social y ambiental para los trastornos orgánicos antes mencionados, tal es el caso de la exposición a toxinas ambientales, la anorexia y bulimia, la desnutrición, drogadicción y agentes tóxicos (36, 37). Existen reportes de hasta un 5 % de parejas que consultan por infertilidad debido a un vaginismo que no ha permitido el coito y dispareunia (dolor durante el coito) que dificulta la relación sexual o

que provoca su evitación (33). En estos casos además de inadecuación sexual, mala técnica coital, e impericia sexual, hay que buscar lesiones orgánicas perineales y otras como pueden ser úteros fijos, endometriosis y adherencias; pero siempre hay que descartar el factor psicógeno (38).

La infertilidad puede estar condicionada a problemas en la frecuencia coital, si es baja las posibilidades de concepción son escasas porque se afecta la oportunidad de que el coito tenga lugar durante la fase fértil del ciclo y de forma indirecta afecta la movilidad y longevidad de los espermios. Cuando la frecuencia es alta, el aumento promedio de eyaculación diaria tiende a disminuir el recuento espermático lo que afecta la fertilidad, ejemplo de ello es cuando el hombre tiene relaciones extraconyugales, o cuando la eyaculación por masturbación frecuente disminuye la cuenta espermática. En algunos hombres también podría aparecer o ya existir una eyaculación retrógrada, lo que puede ser el resultado de ciertas condiciones biológicas preexistentes. La disfunción sexual eréctil no constituye causa frecuente de infertilidad; cuando aparece, mayormente resulta como respuesta al tratamiento de la infertilidad, o porque hay que tomar muestras del semen, lo que inquieta y preocupa al hombre, y como respuesta surgen imposibilidades de la erección (27).

1.2. La infertilidad como problema de salud.

El culto a la fertilidad es algo tan antiguo como lo es la existencia humana misma y ha supuesto gran importancia para la supervivencia de la humanidad. La paternidad y la maternidad deben entenderse también, como constructos socioculturales soportados por la dicotomía existente entre la masculinidad (asociada al rol de proveedor económico) y la femineidad (destinada al cuidado diario de los hijos) (39).

Las asignaciones cultural y social a la mujer, de la responsabilidad de la reproducción biológica y del logro exitoso del embarazo, unida a la concepción del semen a nivel simbólico, como un fluido esencialmente fértil y fecundo, conducen a que cualquier alteración tenga una connotación a nivel social, lo que ha hecho que la infertilidad haya sido considerada en algunas sociedades como deshonra, inferioridad, maldición o castigo de los dioses y fundamento o causa para la disolución del matrimonio (19, 40, 2).

La infertilidad influye en la salud sexual y reproductiva, la estabilidad emocional de los individuos involucrados, sus identidades, relaciones sociales y de pareja. Desde el legado cultural supone un estigma, dada la incapacidad de cumplir con las demandas sociales para mujeres y hombres. Desde una visión evolucionista, la infertilidad actúa en contra de la perpetuación de los genes de los individuos involucrados en la siguiente generación y, por tanto, amenaza la posibilidad de preservar la especie y la cultura (22).

La procreación y el tener descendencia pueden tener significados diferentes para los miembros de las parejas. Para las mujeres suele ser sinónimo de desarrollo del rol materno, expresado en la protección, afecto y educación, mientras para los varones se asocia comúnmente con el ejercicio de poder, que establece el patriarcado, como visión dualista entre los sexos, de la jerarquización del hombre sobre la mujer y como ejercicio de control en función de su paternidad, además de su papel asignado socialmente de protección, de proveedor, y a nivel simbólico asociado con el arribo a la plenitud de la hombría, como varón adulto (41, 42).

Para la familia

La infertilidad se considera un evento que obstaculiza el desarrollo de la dinámica familiar, que por su naturaleza y repercusión facilita la aparición de crisis por desorganización, que ponen en riesgo la salud familiar y se caracterizan por una subversión del orden en la dinámica de las relaciones interpersonales en la familia, que puede generar en sus miembros reacciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y aislamiento (43, 44).

La infertilidad puede repercutir de modo muy diferente según la familia y las circunstancias, algunas pueden ser estremecidas hasta sus bases por una infertilidad breve y otras, mantenerse inmutable ante la esterilidad. El grado de solución o no de la crisis que se genere, depende de la habilidad y capacidad que tenga la familia para adaptarse a la situación. La repercusión familiar suele ser mayor ante una infertilidad primaria y se incrementa con el número de años que transcurre la pareja en estudio. El apoyo social disminuye el impacto en cualquiera de las condiciones (45, 46).

Para la Pareja

El tener hijos ha sido tradicionalmente visto como la "realización de un matrimonio". Desde los referentes históricos, la parentalidad, especialmente la maternidad, tenía esa única salida. Actualmente las razones económicas y culturales para la paternidad y maternidad han variado. Según diferentes corrientes de estudio se ha considerado como una arista de desarrollo básica, generatriz de la generación venidera; como la necesidad de inmortalidad de la gente, o como la esencia natural común a todo el reino animal (47, 48).

La capacidad para procrear cuando se desee, se presume natural, por lo que la infertilidad rara vez se espera y supone una de las situaciones más difíciles a las que tiene que hacer frente la pareja, que afecta no sólo a la identidad personal de cada uno de sus miembros sino también sus proyectos vitales, por lo que suelen desarrollar trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión. Sobre las parejas se ejerce una presión social y familiar para que cumplan con lo normado y como consecuencia se produce la asignación de culpas mutua entre los miembros de estas que suelen manifestar enojo e irritación (49- 51). La infertilidad es un problema que afecta a la pareja como entidad unitaria y así debe ser tratado, que puede ocasionar dificultades en la relación marital, en el ámbito afectivo, la comunicación y en la relación sexual, lo que repercute negativamente en la dinámica de pareja (37, 52).

Históricamente la infertilidad se ha considerado como factor causal de disfunciones sexuales. En el proceso de atención, la indicación del incremento en la frecuencia de las relaciones o de las relaciones programadas, resulta negativa, lo que se expresa en síntomas que van desde un deseo sexual hipoactivo, hasta una disfunción eréctil situacional (53). La actividad sexual de una pareja con problemas de fertilidad puede llegar a realizarse de manera compulsiva en los supuestos momentos de la ovulación, lo que puede llevar a que la experiencia erótica no sólo sea insatisfactoria, sino que se convierta en desagradable y hasta frustrante al no responder a la demanda del hijo deseado (54).

Algunas investigaciones apuntan que la infertilidad aumenta la unión, el amor, el apoyo en la pareja y supone una experiencia de crecimiento personal para ambos cónyuges. La calidad de la relación de pareja y el adecuado ajuste marital previo a su aparición, parecen explicar el mantenimiento y fortalecimiento de la relación tras su diagnóstico (55, 56).

El impacto diferencial que tendrá la infertilidad para cada pareja puede explicarse, de acuerdo con lo planteado por Gerrity (2001), según el tipo de infertilidad, el modo de afrontar el problema y el rol que adopte cada miembro (57). Otro factor que también contribuye al adecuado afrontamiento es el apoyo social percibido por la pareja, tanto de familiares como de amigos. A pesar de la variabilidad de respuestas a esperar, ha sido identificado un número de estas que parecen ser las más comunes y que van desde el estado de shock inicial, pasando por la negación, la culpa, la pérdida de control hasta terminar en el aislamiento social (37, 43, 57, 58).

Cuando la pareja decide iniciar un tratamiento de reproducción asistida (TRA), comienza un proceso largo y continuo de toma de decisiones. La utilización de las TRA genera un importante aumento en los niveles de estrés y ansiedad, los cuales pueden ser variables en cada uno de los miembros de la pareja, pero que afecta la calidad de vida de esta y puede tener consecuencias negativas para la relación (37, 59, 60). Estudios realizados coinciden en que las mujeres vivencian mayor nivel de estrés psicológico y ansiedad, antes, durante y después de la realización de las TRA, que el experimentado y registrado por los varones (61, 58).

Una consecuencia de lo estresante que puede llegar a ser el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, es que las relaciones sexuales se limiten a días concretos e incluso que las parejas se abstengan de ellas, especialmente en los días previos a las pruebas diagnósticas o en aquellos en los que no existe oportunidad de lograr el embarazo. En ocasiones los miembros de las parejas se culpan mutuamente de no participar por igual en el diagnóstico y tratamiento, y en respuesta a ello uno u otro puede ser más demandante de sexo o estar negado a ello, lo que puede producir disfunciones sexuales que complican aún más la situación, y la relación sexual adquiere un matiz de "trabajo" o "tarea obligatoria", más que un carácter placentero (38, 58, 62, 63).

El efecto psicológico y emocional que produce en la pareja el diagnóstico de infertilidad idiopática o no tratable, es traumático, y la elaboración del duelo puede ser compleja en función del tiempo que haya estado sometida a investigaciones y procedimientos "reparadores de la anormalidad". No

obstante, para algunas parejas es un alivio terminar con los tratamientos a los que han debido someterse durante tanto tiempo (64).

Respecto al abandono de los estudios y tratamientos por parte de las parejas, se ha argumentado que está influenciado por la edad de sus miembros y por el factor de infertilidad, si es masculino, femenino o mixto. En una investigación reciente, se constató que cuando la pareja es joven, el abandono de los estudios diagnósticos ocurre con mayor frecuencia que en las parejas de mayor edad, bajo la creencia de que el tiempo puede producir algún cambio en el estado de la fertilidad del afectado o afectada (20). Cuando el factor causal es exclusivamente masculino, resulta más propensa la deserción del estudio y tratamiento que cuando la infertilidad responde a una causa exclusivamente femenina o compartida. En estos estudios no se expresan las razones que fundamentan dichos resultados (20, 65, 66). De manera contradictoria según un estudio realizado por Calero y Santana (2006), los varones que reconocen la existencia de un factor de infertilidad masculino suelen cooperar mucho más con el proceso de estudios y tratamientos que aquellos que no lo presentan, ya que desean a toda costa encontrar una solución al problema que los afecta (12).

La búsqueda de alternativas de solución ante el padecer de infertilidad por parte de la pareja, no cesa aun cuando deciden abandonar los estudios y tratamientos que les ofrece la medicina occidental. Es común la recurrencia y refugio en otras entidades "curadoras" (17).

La resignación a vivir sin hijos y la separación definitiva de la pareja constituyen alternativas que dan cuenta de actitudes desesperadas y dejan profundas huellas en el sistema de afectos de las personas que padecen la infertilidad. La resignación muestra un rechazo a continuar inmersos en un proceso de atención de salud, pero eso no significa que la persona deje de "padecer" respecto a su condición (12). Existen estudios en el país que refieren, que una de las causas de discontinuación en las consultas de seguimiento de las parejas infértiles, responde a la separación de estas (65, 66). Aunque no se cuenta con suficiente evidencia que explique los factores asociados a dichas decisiones, podrían interpretarse culturalmente según la ancestral creencia de que la presencia de hijos en el matrimonio consolida la relación, hace que perdure, y minimiza la existencia de conflictos, para en caso de existir, pensarlo más de una vez antes de disolver el vínculo marital (1, 12).

Para las mujeres

Históricamente a la mujer se le han asignado, incluso de forma mítica, binomios inseparables tales como que mujer es igual a madre, o que mujer es igual a familia, lo cual ha definido algunos mitos femeninos que influyen en todas las esferas vitales femeninas y organiza su vida independientemente de cualquier condición (29). Los roles de buena madre y esposa conforman el eje de la subjetividad femenina. Con la llegada del embarazo la mujer deja de serlo para convertirse en madre, muchas veces en detrimento del propio rol de mujer (67).

En la cultura occidental, la coexistencia de las funciones reproductivas y eróticas en los órganos sexuales pélvicos ha representado la asociación entre reproductividad y sexualidad. El útero como pieza anatómica ha simbolizado la reproducción (68).

El concepto de maternidad se ve atravesado por el hecho biológico de la reproducción, inscrito en un contexto social que otorga significado a las definiciones de esta. Además, el orden social, económico y político delimita la función materna y el lugar de las mujeres convertidas en madres o por convertirse. Y en el orden simbólico se reflejan las distintas representaciones o imaginarios colectivos que están atravesados por relaciones de poder (31).

Desde el punto de vista social, la maternidad es sobrevalorada independientemente de las demás funciones sociales que cumpla la mujer, de manera que toda aquella que tiene una vida sexual activa debe embarazarse a toda costa sin tener en cuenta las posibilidades reales que tiene para afrontar sus consecuencias; esto es reforzado por las estrategias propagandísticas y publicitarias que presentan imágenes idealizadas de mujeres y niños frecuentemente descontextualizadas de la realidad (69).

Lo femenino socializado en el modelo de la pasividad, la ternura, el afecto, la complacencia, y la valoración del ser mujer a partir de la maternidad supone un mandato de vida para un número de mujeres. En muchos países y durante determinadas épocas, la condición de la maternidad ha sido y, en algunos lugares, todavía es, determinante en la delimitación de las posibilidades de las

mujeres a todos los niveles, e incluso el aspecto por el cual son valoradas personal y socialmente (31). Ante la imposibilidad del embarazo se sienten frustradas, al dejar de cumplir con una de sus principales funciones asignadas y asumida desde lo cultural, como uno de los principales arquetipos femeninos. La imposibilidad de procrear acudiendo a sus posibilidades fisiológicas, significa un “no poder” que implica involuntariedad, lo que hace que muchas mujeres infértiles se sientan vacías y frustradas en su condición femenina dado que la concepción y el parto son parte medular de dicha condición (22, 31, 70).

Para los hombres

La paternidad es uno de los roles sociales culturalmente esperado para y por los varones en la adultez, que la infertilidad viene a obstaculizar y que se traduce en padecer. La paternidad es un eje central de la masculinidad, que estructura un “deber ser” en el curso de la vida, frente a los mandatos sociales, entre los que está el formar una familia y tener hijos. La paternidad provoca un reordenamiento en la vida del varón para su inserción en una nueva etapa que implica pleno reconocimiento y consideración social como ente adulto- responsable, y una identidad pública como representante de su grupo familiar. La paternidad también significa para los varones el espacio para crear un sistema de jerarquía dentro del contexto familiar, al convertirse en jefes de la familia con autoridad en el hogar (39, 42, 71, 72).

En la actualidad, la paternidad prescribe la generación y el fortalecimiento de lazos afectivos duraderos entre padres, cónyuges e hijos, así como el cuidado y la provisión de alimentos, vestimentas, educación y salud de los niños. Todos esos aspectos, que hacen a la socialización primaria, se proyectan en su relación con otros miembros de la sociedad y las instituciones sociales. Los cambios en los significados de la figura paterna se han dado de manera acompañada con los de la maternidad, que se han expresado en el acceso de las mujeres al mundo del trabajo, la difusión del movimiento feminista, los avances en la anticoncepción efectiva y segura, el crecimiento de las separaciones y divorcios y la expansión de los hogares monoparentales, principalmente los de jefatura femenina. Los entornos culturales han puesto en debate los aprendizajes transmitidos por las generaciones previas y planteó nuevas modalidades de ejercer roles y hábitos dentro de las parejas. La imagen del padre protector se ha matizado con nuevas identidades, construyéndose otra en la cual los varones se sienten libres para expresar sentimientos, tratan de participar en las tareas de mantenimiento y limpieza del hogar y se ocupan más activamente que antaño de la crianza de sus hijos (72, 73, 74). Una investigación de tipo cualitativa, realizada entre varones padres, de la Ciudad de Buenos Aires, identificó que se le adjudicaba a la paternidad un sentido casi reverencial, y había sido un anhelo deseado, muy vinculado con la trascendencia, la transmisión de valores y el placer (73).

Según investigaciones recientes realizadas en Cuba, convertirse en padre es un deseo profundo y parte del proyecto de vida para la mayoría de los hombres, los que perciben una intensa presión social, ya que se tiende a dudar de la hombría de aquellos que no cumplen ese “mandato” (1, 12). La infertilidad puede desencadenar en los varones sentimientos de inferioridad y daños en la autoestima, al estar sometidos al cuestionamiento social de sus capacidades como varón pleno y a la necesidad de vivir un proceso de reconstrucción de la identidad masculina (1, 12, 26). En la paternidad también está implicada la visión de futuro, en la que los hijos aparecen como compañeros en la vejez; como la ayuda económica, moral y sentimental; el cuidado ante la enfermedad, y la perpetuidad del apellido familiar, en el caso de ser hijo varón (42).

De acuerdo con los reportes de una investigación realizada en Cuba en el año 2006, dentro del sentido “natural” que le atribuyen los varones a la paternidad, el vínculo biológico ocupa una jerarquía superior al afectivo, lo cual fue comprobado a través del discurso de hombres entrevistados, que eran compañeros de mujeres con hijos/as de otra relación. Tras esta lógica de análisis, afloró el sentido de “*falta de pertenencia*” que experimentaban estos varones en relación con la crianza de esos niños. Con relación al sentido que le atribuyen los varones a la procreación, los reportes de esa misma investigación, revelaron que la preñez de la mujer ocupaba un lugar importante, al demostrar a nivel simbólico, la virilidad, la capacidad reproductiva y la orientación heterosexual, como parte del modelo de masculinidad hegemónica expresado en la etapa adulta del varón (1, 12).

Según otra investigación, la práctica de creencias religiosas y/o sincréticas en Cuba por parte de los varones para atender la infertilidad, es baja. La mayoría de los que lo hacen, utilizan la santería como culto sincrético, lo que desde el punto de vista cultural se corresponde con las tradiciones legadas por sus ancestrales inmigrantes africanos (75).

A pesar de que son pocas las investigaciones realizadas en este sentido, la mayoría parece coincidir en que el padecimiento de la infertilidad para los varones puede compararse con aquel que se siente ante la pérdida de un ser querido (1, 72, 58). La edad es una categoría de análisis importante para la interpretación de los significados que le otorgan los hombres a la infertilidad, a medida que aumenta la edad se perciben con menos posibilidades para disfrutar de los hijos, y resulta difícil encontrar varones infértiles resignados a vivir una vida futura sin descendencia, por el contrario, ellos mantienen con mucha fuerza la idea de poderla lograr, por la alternativa que fuera. Una de esas alternativas, utilizada ante la desesperación y desasosiego que genera en los varones la imposibilidad de procrear, es la disolución definitiva del vínculo matrimonial o consensual, con la esperanza de lograr el hijo deseado con otra compañera (12).

Muchos hombres se muestran reacios a enfrentar la infertilidad o temen que se conozca públicamente, se niegan a la realización de estudios, a asistir a consulta, pues lo consideran "cosas de mujeres", y esto hace que surjan tensiones o conflictos en la pareja (42). Estudios recientes muestran que los hombres experimentan menos placer sexual en relaciones programadas, probablemente por la presión psicológica que representa un intento por concebir o bien por forzar la relación en un momento determinado dentro del ciclo ovárico (76).

Para los prestadores de salud y los servicios de salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS y la Asociación Mundial de Sexología, se reunieron en el año 2000 para reevaluar las estrategias de promoción de la salud sexual, donde se consideró el papel del sector salud en la consecución y mantenimiento de la salud sexual. Entre otros temas se trataron, aquellas "*situaciones relacionadas con la reproducción que pueden afectar la salud sexual*" y llegó a aceptarse la "*falta de servicios de prevención y cuidado de la infertilidad*". Como resultado se propusieron "*acciones y estrategias para promover la salud sexual*", sin embargo y pese a ello, tras una década, aún son deficientes las que se llevan a cabo, encaminadas a la prevención y mejor manejo de la infertilidad (77).

Tradicionalmente la atención brindada a la infertilidad por los prestadores de salud, ha tenido un carácter eminentemente biologicista, el cual pocas veces toma en consideración la perspectiva psicosocial de las personas y aporta la noción de que no ser capaz de reproducirse biológicamente, es una anormalidad o limitación que hay que corregir (16, 17, 78). El sistema médico ha establecido algoritmos de trabajo para su atención, estudio y tratamiento, los que funcionan como esquemas o modelos de atención, marcados por un orden jerárquico y cronológico.

Los modelos médicos constituyen construcciones metodológicas emanadas de los principales rasgos estructurales y características de la organización y funcionamiento de los diferentes sistemas médicos que operan en una sociedad determinada. Menéndez (1984) ha reconocido tres de ellos: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo curativo alternativo subordinado (MCAS) y el modelo médico basado en la autoatención (MMA) (79).

Las características descritas para el Modelo Médico Hegemónico (MMH) son el énfasis en la eficacia pragmática y la racionalidad científica; la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los usuarios en las acciones de salud; las acciones que tienden a excluir a los usuarios de la toma de decisiones y la normalización de la salud y de la enfermedad, las que se expresan en la práctica de la llamada medicina occidental. Como parte de la crisis, transformación y expansión del MMH, este ha hecho suyas algunas "*prácticas curativas alternativas*" (79).

Normalmente en Cuba, las parejas infértiles en aras de resolver el problema que padecen, acuden en primera instancia a los servicios de atención a la infertilidad que brinda el sistema de salud cubano, en los que predomina la "*medicina occidental*", en concomitancia con la "*medicina natural, tradicional y curativa*" (12, 13, 14, 79, 80). A la vez las personas infértiles, pueden acudir a otras "*prácticas curativas alternativas*" que quedan fuera del sistema salud, como las religiosas y sincréticas, y algunas tradicionales y naturales que expresan rasgos no homogenizables, propios del Modelo Curativo Alternativo Subordinado (MCAS). (16, 17, 79).

Un gran número de ritos y creencias han surgido por combatir la infecundidad, similares en muchas partes del mundo. Los rituales más antiguos están asociados a elementos naturales como

las piedras, el agua y los árboles. Los más recurridos actualmente son los cristianos, como las ofrendas y promesas a personas benditas, y los rezos (19, 40).

En el contexto cubano, las parejas infértiles recurren a diferentes entidades curadoras: la iglesia, los curanderos, los yerberos y los espiritistas (17). La práctica de creencias religiosas o sincréticas y el empleo de tratamientos naturales alternativos funcionan simultáneamente o no, con los tratamientos emanados del sistema de salud (12). Una investigación realizada en el año 2007, obtuvo información sobre los métodos curativos alternativos más utilizados para el tratamiento a la infertilidad y el comportamiento de las parejas al respecto. El más conocido y de uso más frecuente fue el consumo de jarabe de güira o miel de güira, preparado en general por yerberos, que varía en su constitución según criterio de quien los prepara. Otros empleados son las limpiezas de vientre con calabaza (más común) y/o huevos con miel. El conocimiento de la existencia de estos métodos, en especial del jarabe de güira, es bastante amplio entre la población, aunque se desconoce el mecanismo por el cual ejerce su acción y los posibles efectos secundarios. Otro resultado de esa investigación fue el que las parejas infértiles que recurrieron por su cuenta a métodos alternativos, no lo conversaron previamente con sus médicos por considerar que no tienen efectos adversos. En cuanto a las representaciones simbólicas asociadas al empleo de estos métodos, se identificó que las mujeres infértiles manifestaron mayor disposición hacia el consumo de un producto de origen vegetal que hacia la práctica de métodos de curación simbólica como los que se usan en santería, y siempre mantuvieron paralelamente el tratamiento médico orientado por el facultativo perteneciente al sistema de salud. El éxito del embarazo, en caso de lograrse fue adjudicado a uno u otro tratamiento en dependencia de la fe de estas personas (80).

En la prestación de la atención a la infertilidad por el sistema de salud prevalece la concepción de esta como un trastorno biológico, sin que se distingan y traten los padeceres que sufren las personas infértiles del trastorno orgánico o enfermedad de base, en caso de que exista. La forma en que cada individuo entiende y vive su condición infecunda determina su padecer, que puede coexistir o no con una enfermedad de base, asociada a una entidad nosológica concreta e identificable por los medios diagnósticos (9). La medicina occidental estudia un cuerpo separado del sujeto, valorado y percibido como un receptáculo de la enfermedad, e impregna al cuerpo con la carga simbólica hegemónica. El discurso ginecológico, por su parte, reconoce la necesidad de dominar, controlar, administrar la naturaleza femenina, y la parte central de ese orden es sostener el imperativo maternal en las mujeres (78).

El desencuentro

Los individuos implicados en la infertilidad suelen argumentar que la atención que les ofrecen los proveedores de salud se dirige básicamente a la atención de la infertilidad como enfermedad puramente orgánica y no a la atención a la pareja infértil como personas que vivencian un padecimiento, lo que resta calidez al trato recibido. Personas con problemas de infertilidad y esterilidad se han quejado por no lograr expresar en la consulta médica el dolor que los envuelve; de manera que la atención se centra casi exclusivamente en los aspectos biológicos del problema presente (12, 52). También han referido que los médicos los mantienen al margen de lo que ocurre, al no brindarles de manera clara las explicaciones que les permitan comprender la necesidad de los estudios a los que deben someterse y las alternativas y/o tratamientos a seguir; no se propicia el espacio para la reflexión y educación conjunta. A esto se le agrega que la mayoría de los pacientes coinciden en que las consultas son distantes y espaciadas en el tiempo, lo que hace prolongada la espera para la obtención de resultados, y algunos prestadores justifican esa percepción de demora con los niveles de ansiedad que la espera les genera, elemento que atenta y refuerza el dolor que siente la pareja (17). Desde la perspectiva médica, el prolongado tiempo que requieren los estudios y tratamientos se fundamenta en que hay que realizarlos en momentos específicos del ciclo menstrual de la mujer y si las condiciones biofisiológicas de la pareja lo permiten. A pesar de que las parejas reconocen la necesidad de esta demora, muchas veces se retiran del proceso sin haber alcanzado su objetivo (65, 66).

Lo anterior se encuentra muy relacionado con los comentarios realizados por Menéndez (1984) sobre el MMH, donde señala que rara vez los proveedores de salud hacen partícipes del proceso curativo a los actores que vivencian el padecimiento. La atención a la salud que caracteriza a la práctica médica occidental alude a la biomedicina, medicina científica y alopática, que a nivel social se acepta como la forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad con dominio de una orientación curativo-asistencial, la identificación ideológica con la racionalidad, la concepción del paciente como ignorante o portador de un saber

médico equivocado, consumidor pasivo y su exclusión del saber médico. Es un modelo que a pesar de las críticas que se le han planteado continúa en evolución y expansión (16, 79, 81- 83).

Las características de la atención que reciben y perciben los usuarios de los servicios de atención a la infertilidad, se vinculan a la calidad de estos en virtud de sus corolarios. Una revisión crítica de la literatura publicada sobre infertilidad entre los años 1995 y 1999 evidencia que las investigaciones sobre la calidad de los servicios de atención a las parejas infértiles son insuficientes, como también lo son las que indagan sobre las relaciones sociales con repercusión en el proceso de atención (28, 53).

Tradicionalmente la calidad de la atención se ha entendido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente. Pero la calidad de la atención es multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas (84). Históricamente se le ha dado prioridad a las evaluaciones normativas, ya sea de protocolos técnicos o administrativos, y los datos sociales han quedado reducidos a datos complementarios, y en el mejor de los casos a un determinante psicológico individual, para no constituir elementos valorativos de la calidad, desde la percepción de los usuarios de un servicio (84, 85).

La evaluación contemporánea de la calidad de los servicios introduce la “*satisfacción de los clientes internos*” (prestadores de salud) y la “*satisfacción de los clientes externos*” (usuarios de los servicios) (85), y se han propuesto parámetros a evaluar tales como: a) los mecanismos que aseguren el seguimiento a los usuarios del servicio y la continuidad de éste; b) considerar las relaciones de género, y c) el acceso de los clientes a los servicios, incluida la distancia, las actitudes de los proveedores y aquellos requisitos innecesarios que se imponen a los usuarios para tener derecho al servicio y que pueden excluirlos por razón de su edad, estado civil, o sexo (84). Hasta el momento, las opiniones del *cliente externo* analizadas desde la perspectiva de género, han sido insuficientes (85).

Para medir la calidad se han empleado los modelos explicativos (ME), que permiten evaluar el grado de eficacia de la atención médica y los problemas en general de la calidad de la atención e identificar el conjunto de ideas y explicaciones de personas o grupos particulares con relación a problemas de salud, influenciadas por un complejo entramado sociocultural, que determina sus percepciones y valoraciones, y que obliga al despojo del juicio de valor sobre las explicaciones individuales desde el punto de vista biomédico. Las explicaciones individuales estarán indisolublemente determinadas por las biografías individuales y las de su entorno social (86, 87). La aplicación de los ME permite abordar simultáneamente dos perspectivas: la de usuarios/as y prestadores/as e incorporar las ideas de los actores sociales acerca del proceso de salud-enfermedad, y conocer el modo en que se construyen dichas valoraciones.

En otro sentido, muchos de los tratamientos que brinda la “*medicina occidental o científica*” atentan contra la naturalidad de la concepción (17). El éxito de las llamadas TRA no consiste en revertir el problema al que obedece la incapacidad para concebir, sino en reproducir un vínculo de consanguinidad, de ahí que una de las principales consecuencias culturales de dichos tratamientos, sea el desarrollo de concepciones fuertemente “*biologizadas*” de la procreación, de la persona y de las relaciones familiares. Esa es la razón por la que la mayoría de los tratamientos de la infertilidad producen una inversión de prioridades ideológicas en la definición de la procreación. La “*biologización*” de la procreación es resultado de un intenso proceso de “*medicalización*”, la que se intensifica en los procesos de atención a la infertilidad (33, 41, 78).

Un efecto cultural inminente de la “*medicalización*” es que la procreación sufre la “*uniformización*” y una reducción a lo eminentemente biológico. De tal modo, las parejas con problemas de infertilidad acuden al ginecólogo para conseguir un objetivo: la procreación, que en cualquier sociedad humana tiene componentes biológicos, sociales y culturales. Aun cuando los deseos de tener un hijo y formar una familia surgen para cada persona y pareja, de ambientes emocionales, sociales y culturales muy diversos y diferentes, todos parece que recibirán una misma atención: todos serán sometidos al mismo interrogatorio, al mismo protocolo de atención y a la misma disciplina. Según Bestard y colaboradores (2003) en el contexto clínico lo que se busca no es fundar una familia, sino hacer que se produzcan óvulos suficientes, que el semen contenga suficiente cantidad de esperma de buena calidad, que dos gametos fundan su núcleo y que el embrión se implante en el útero (40).

Hasta aquí parece evidente la insuficiente consideración por los servicios de atención a la infertilidad, de la carga sociocultural de la persona, de su biografía, de su imaginario, de sus capitales simbólico y económico, en función del control sobre los recursos, que permitan la disponibilidad y sostenibilidad de los tratamientos a largo plazo. Tampoco el capital cultural es tenido en cuenta para la aceptación individual y grupal de la relevancia de la capacidad de reproducción biológica, para uno u otro sexo, lo que se expresará de diferente manera en el territorio urbano o rural, ciudadano, capitalino; en las diferentes actuaciones de los sistemas de salud y finalmente en la disponibilidad de las redes sociales de apoyo, todo lo cual se enmarca antropológicamente en distintos ambientes donde lo relevante es la persona como centro de la relación.

La salud es equiparable con estados dinámicos de equilibrio entre los componentes biológicos, psíquicos y sociales expresados de acuerdo al relativismo cultural que los constituye, dichos componentes adquieren una significación simbólica en cada contexto sociocultural particular. Por lo tanto salud es un concepto esencialmente colectivo que manifiesta en sus contenidos las características de cada sociedad y cultura, pero que también es posible reducirlo a niveles individuales (88). El padecer de un problema de salud, sea este una enfermedad o no, se expresa de acuerdo a las características de las personas y las de su contexto sociocultural, lo que es de relevante importancia para la individualización del diagnóstico y la pertinencia en la decisión terapéutica. Al colectivizar las enfermedades estas se asocian a tendencias, a comportamientos y hábitos, los que llegan a considerarse factores predisponentes. Así, la enfermedad llega a ser sólo un referente y son las variables explicativas o condicionantes las que nos preocupan. Estas condicionantes más que ser un dato diagnóstico son fenómenos sociales con fuerte arraigo en la cultura, expresados en las representaciones de las personas sobre su salud. De acuerdo a los modelos conceptuales de la salud pública es el Modelo Médico Social el que exige de la antropología una particular atención a la salud en ambientes acotados a la familia, comunidad, redes de apoyo social, entre otras organizaciones sociales incluyendo a las sanitarias (9, 89).

En los últimos 20 años se han registrado notables progresos en la valoración y tratamiento de la infertilidad. En la mayoría de los textos de ginecología puede encontrarse un capítulo dedicado a la evaluación de la pareja infértil, donde se refiere la necesidad de la concurrencia en pareja a la consulta al menos en la primera de estas, así como los aspectos a tener en cuenta al realizar "el interrogatorio" para la confección de la historia clínica; el protocolo para el diagnóstico y las alternativas terapéuticas (90).

1.3. El género: una categoría para el análisis de la naturalización de constructos sociales

Desde la infancia se comienza a transmitir el valor de la fuerza a los varones y a las niñas la naturalidad de su dependencia. De esta manera se reproducen socialmente las relaciones de género, que se contextualizan según la época, las características socioeconómicas, históricas y culturales.

En la distinción biológica de la mujer descansa aún el discurso del destino maternal natural ineludible, reforzado por el mandato divino y como deber social (25, 91). Se suele identificar la maternidad con la feminidad, donde el deseo del hijo o de la hija se conceptualiza como aquello que puede hacer feliz a la mujer o, en extremo, lo más importante que puede hacerla feliz (31).

La maternidad de las sociedades occidentales actuales ha sido apropiada por el patriarcado. El patriarcado conforma el discurso dominante que se arroga el sentido de la maternidad y despliega múltiples mecanismos de convencimiento y refuerzo para que los hechos sociales, políticos, económicos culturales y biológicos queden a disposición de sus definiciones en torno a la maternidad (31). Se entiende por patriarcado la estructura social jerárquica, basada en un conjunto de ideas, prejuicios, símbolos, costumbres e incluso leyes respecto de las mujeres, por la que el género masculino domina y oprime al femenino (92).

En las últimas décadas se han introducido modificaciones en la construcción cultural de la maternidad y su idealización. La mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral y con ello la autonomía económica, la anticoncepción, el valor del tiempo libre y una mayor información, entre otros factores, hacen de la maternidad no un fin en sí mismo, sino una posibilidad más entre otras de su vida (25). Esta modificación se debe fundamentalmente a la diversidad de formas de pensar y actuar de las mujeres en torno a la maternidad, en relación con su edad, condiciones de vida, historia familiar y en respuesta a los deseos y necesidades de su compañero, ya que la

mayoría de las mujeres quieren ser madres y una vez que lo son sienten que la mayor responsabilidad sobre el cuidado y protección del hijo o hija es suya, como un estereotipo y rol, asignado y asumido individual y socialmente.

La masculinidad y la función paterna son construcciones socio- antropológicas relativizadas por lo histórico y lo cultural, lo que quiere decir que lo que ayer fue hoy no ha de ser y lo que es para una cultura no lo es para otra, necesariamente (73). No obstante, algunos autores plantean como un rasgo bastante constante, la necesidad de los hombres de reafirmar reiteradamente su masculinidad. La función paterna ha sido considerada como una función cultural que facilita el distanciamiento de lo biológico e instintivo, lo que algunos autores han dado en llamar la excedencia de lo biológico, favoreciendo el acceso hacia lo simbólico, sin que exista una relación lineal entre ella y la masculinidad, ya que aunque dentro de ciertos límites, los roles y funciones pueden intercambiarse o hacerse equivalentes (73, 74, 93).

En términos cualitativos existen quizás pocas diferencias entre las maneras como potencialmente pueden hombres y mujeres atender las necesidades básicas de la descendencia. Las investigaciones han demostrado que el padre es una figura con la que el infante desarrolla una relación de apego desde su nacimiento, en tanto sea una figura cercana. Sin embargo, las diferencias que parecen mantenerse relativamente invariables entre variadas culturas, parecen deberse a una construcción socio- psico- cultural que coloca a los hombres como cuidadores secundarios, que realizan actividades diferenciadas con el hijo o hija, con relación a las madres, en dependencia justamente del sexo de la descendencia (93). Hoy día los varones se involucran cada vez más en el cuidado de sus hijos/as y el proyecto de parentalidad es casi siempre una decisión consensuada en la pareja, no obstante la práctica de la paternidad, aún se presenta como una posibilidad de libre elección para los hombres más que como un derecho u obligación (25). En la vida de los varones se suele dar prioridad a la autonomía y realización personal, mientras que, en la vida de las mujeres, se sigue pensando que una mujer no es "mujer-mujer" si no se es atractiva, "pareja de" (presente o futura) y madre (presente o futura) aunque por fortuna se ha conseguido que puedan ser y hacer otras cosas que no tengan nada que ver con ello (92).

El género como categoría, hace alusión a las construcciones socioculturales que se desarrollan a partir de las diferencias sexuales, por lo que ofrece un modo para decodificar el significado que las culturas otorgan a estas diferencias entre los sexos. Estudios anteriores a 1930 se sustentaban en supuestos predominantes en esa época, que no estaban sujetos a ningún tipo de cuestionamiento, como los papeles originados de la división sexual del trabajo, lo que a su vez se sostenía en las obvias diferencias biológicas entre los sexos y sobre todo en la maternidad. Lo anterior se define como roles sexuales que marcan la participación diferencial de hombres y mujeres, lo que una sociedad determinada conceptualiza como femenino y masculino (94). Margaret Mead (1990), llegó a rebatir la teoría sobre que el carácter innato de los roles femeninos y masculinos no podía ser modificados. Postuló que los atributos de cada sexo son determinados por la socialización continua de los padres y miembros del grupo familiar y no un producto de diferencias sexuales innatas y genéticas, como se creía. Las personalidades femeninas y masculinas son un producto social y por lo tanto pueden variar de una cultura a otra y en el transcurso de la historia (95).

Desde la Antropología, la definición de género alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual (94). Para Lagarde (1997), la perspectiva de género hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica que sintetiza la teoría, la filosofía y la política liberadoras, creadas por las mujeres en la cultura feminista (96). Dicho enfoque, conocido como construcción simbólica de género plantea que, las diferencias sexuales son la base desde la cual se estructuran categorías que definen lo que corresponde a lo masculino y lo femenino en cada contexto particular. Definen prácticas, ideas, discursos e ideologías que dan forma a las estructuras de prestigio y de poder de cada sociedad (97). La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los varones de manera específica, sus semejanzas y sus diferencias; analiza las posibilidades vitales de las mujeres y de los varones: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras como lo hacen.

Para explicar y comprender mejor la categoría género, resulta indispensable reconocer, en primer lugar, el carácter permanente de su construcción que se traduce en un "hacer género" cotidiano, a través de la negociación y renegociación de las identidades sociales por parte de mujeres y hombres (85). De ahí que la noción de cotidianidad y de contextos culturales e históricos concretos

alcance gran notoriedad en los estudios con enfoque de género. En un segundo orden, el carácter variable del género, ya que dentro de un mismo grupo social determinado, podrán coexistir diferentes conceptualizaciones de lo femenino y lo masculino.

En el marco del 53 período de sesiones de la Comisión Jurídica y Social de la Mujer, se ratificó que la aplicación de la perspectiva de género es de importancia crítica para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en particular la de la mujer, y que tanto la información en salud como las investigaciones sanitarias solían ser neutrales, ciegas o incluso antagónicas al género. La necesidad de asumir un enfoque de género en el abordaje de los problemas de salud es un desafío que trata de mostrar las múltiples formas en las cuales las construcciones de género producen situaciones de inequidad que afectan la salud, y de analizar las normas culturales que “naturalizan” dichas diferencias, haciéndolas parecer inmodificables. Se trata de poder demostrar y estudiar como el género influye en el proceso salud-enfermedad-atención (98).

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque existen factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desiguales, en la morbilidad, la mortalidad y en la calidad de vida entre hombres y mujeres. El conocimiento del estado de salud y de los riesgos de enfermar merece un análisis crítico que permita no solamente poner de manifiesto las desigualdades en salud entre ambos sexos, sino identificar cuáles de esas desigualdades, constituyen inequidades en salud, pues muchas de las distinciones en el estado de salud de mujeres y hombres, trascienden a las diferencias biológicas y son construidas socialmente (99).

Para obtener y analizar información de salud con perspectiva de género es necesario partir del reconocimiento de la desigualdad entre los sexos, dentro y fuera del ámbito reproductivo biológico, incorporar el impacto del desempeño de roles, de sobrecargas sociales diferenciales, asignadas y asumidas sobre el proceso de salud-enfermedad, tomar en cuenta las necesidades, contribuciones, los riesgos y las oportunidades particulares de cada sexo, no sólo desde las diferencias biológicas, sino también, desde la forma en que se articulan las posiciones de mujeres y hombres en lo social, político y económico (100). Para la prestación de servicios de salud con enfoque de género, deben tenerse en cuenta los factores culturales que explican las distintas actitudes de hombres y mujeres cuando buscan servicios de atención a su salud, entre los que, la participación de la mujer en las decisiones que afectan a su salud ocupa un lugar fundamental, que debe promoverse y potenciarse desde la atención primaria (101).

Existe una serie de creencias compartidas por la sociedad que inciden en las representaciones acerca de los roles que han de desempeñar las mujeres. Es el caso de la maternidad, la que para la sociedad es un mandato que las mujeres no pueden eludir, eliminándola de las decisiones opcionales libres. El término “madre” es una combinación idealizada de comportamientos, relaciones sociales y emocionales que son asumidos exclusivamente por la mujer. Además, existe una identificación de las mujeres con la reproducción y el cuidado de la descendencia, debido a su relación intensa con esta, tanto antes como después del hecho de dar a luz (99). Desde hace algunos años, además de la mujer y la feminidad, la masculinidad ha entrado en los debates de la salud reproductiva. Hasta hace algún tiempo no se involucraba al hombre en la atención a estos procesos, ya que se consideraba responsable solo de provocar la gestación (102).

El condicionamiento de género define mejor la articulación entre lo biológico y lo socio-cultural, al entenderlo como un condicionamiento biocultural determinado por el conjunto de atributos culturales asignados según el sexo biológico, que conforman una manera particular de vida y de concepción del mundo, o lo que es lo mismo, una subjetividad diferente para hombres y mujeres, la construcción de una identidad excluyente de lo masculino y lo femenino, a partir de la apropiación consciente o inconsciente de un universo de valores, prácticas, lenguajes, símbolos y formas de aprehender al mundo, lo que condiciona la reproducción de la cultura como continuidad (103).

La categoría género ha sido utilizada en la evaluación de la calidad de la atención fundamentalmente en dos áreas: la salud sexual y reproductiva y la violencia contra la mujer (85). El punto de partida es la aplicación de los modelos explicativos a determinada enfermedad o problema de salud de hombres y mujeres, y la preocupación por sus valoraciones de la atención,

a partir de lo cual se identifican las diferencias y similitudes en las valoraciones que hacen los usuarios con respecto a los prestadores de salud.

A pesar de que los trabajos sobre infertilidad han ido en aumento la mayor parte se ha centrado en el estudio de las mujeres infértiles, independientemente de que el factor diagnóstico fuera femenino, masculino, de origen desconocido o mixto, lo que se ha explicado con el argumento de que es la mujer la que desarrolla más trastornos emocionales, incluso en el caso de que el factor diagnóstico sea masculino (28, 53). Lo anterior pone de manifiesto la escasez de la aplicación de la perspectiva de género en dichas investigaciones.

Con el avance de la medicina, se han echado por tierra muchas falsas ideas acerca de este padecimiento, como, por ejemplo, que la mayoría de quienes lo padecen son mujeres, y que una causa muy frecuente son los factores psicológicos. La vivencia del problema está condicionada por factores socioculturales en lo referente al género, con una mayor carga emocional en la mujer; por ello, la esterilidad en la pareja no debe considerarse como un trastorno meramente fisiológico, ya que de manera importante afecta también las áreas psicológica y social (69).

1.4. La Antropología aplicada a la salud y la investigación cualitativa en salud.

Desde más de una década se viene alertando sobre el llamado “morbicentrismo sanitario”, lo que se traduce en el afán por acumular conocimientos no propiamente sobre la salud, sino específicamente sobre la enfermedad, lo que al interior del saber médico ha desprovisto de científicidad el saber sobre la vida (104).

Frente a la escasez de los estudios de corte antropológico referidos a la infertilidad, ha sido la Psicología la que le ha dado a la infertilidad una mirada como experiencia de vida, pero en la que ha sido insuficiente la inclusión del entorno social (105, 106). Recientemente se ha reconocido la necesidad de abordar el problema de la infertilidad desde la Antropología, como algo insoslayable (20), para aportar una perspectiva que parta de los referentes contenidos en los cuerpos humanos, con anatomías y fisiologías cargadas de significados culturales en lo individual y en lo colectivo, traducidos, manifestados y entendidos en lo social, dado que la humanización hace de los cuerpos biológicos, sujetos con motivaciones, deseos y emociones dentro de marcos socio- históricos concretos (107).

La presente investigación aborda el tema de la infertilidad desde una perspectiva biocultural, que la concibe como un fenómeno derivado de la fisiología humana, modificada y matizada por la cultura (108), ubicándose así en el campo de las ramas de la Antropología aplicada a la salud, comúnmente conocida como Antropología Médica (89, 109). En el marco conceptual de esta disciplina se distinguen tres conceptos: problema de salud, padecer y enfermedad. El **problema de salud** es el planteamiento concreto que cada persona se hace en torno a su salud cuando percibe, por aproximaciones sucesivas, cambios en lo que le comunica su organismo y lo interpreta como desviación de lo que considera “normal”; **enfermedad** es la desviación concreta, subjetiva y casi siempre objetiva de la anatomía y/o función orgánica considerada “normal”, identificable por la clínica de los sistemas de salud, y muchas veces equiparable para la “medicina científica”, a una entidad nosológica tan concreta como la diabetes mellitus tipo II o bronconeumonía; el **padecer** es la manera individual como cada persona vive su propio problema de salud. Así entendido, resulta la posibilidad de la existencia de problemas de salud y de padeceres, sin enfermedad (9).

Para la presente investigación la infertilidad ha sido considerada un problema de salud, teniendo en cuenta que quienes perciben amenazas contra su fertilidad, o dan cuentas de anomalías en su organismo asociadas a la imposibilidad de concebir, suelen consultar sobre ello y como parte de este proceso se transforman en pacientes (15, 110).

La Antropología aplicada a la salud al distinguir el padecer de la enfermedad, contribuye al entendimiento de la respuesta personal ante la infertilidad, según el tipo de sociedad, ideología, situación socioeconómica y otros factores socioculturales, los que también influyen en el modo en que se ejerce la medicina, aun cuando se supone erróneamente no deban existir diferencias en la aplicación de una ciencia basada en la objetividad. Incluye la consideración de aspectos socioculturales que vinculan lo cultural y lo relativo al comportamiento para procesos bioculturales altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas como es el caso de la infertilidad, para contribuir de este modo a las Ciencias de la Salud y facilitar la comprensión de las relaciones

entre lo institucionalmente establecido y la sociedad, y entre los grupos interactuantes: prestadores/as de salud y usuarios/as de los servicios. Todo ello permite explicar y orientar las intervenciones, donde queden visualizadas las relaciones complejas que se establecen entre las personas en su interacción con el medio y el riesgo asociado a la salud (28, 108, 109, 111). Se considera que los comportamientos humanos son resultado de una estructura de relaciones y significados que operan en una realidad, en un determinado contexto social, cultural e ideológico; realidad que es estructurada o construida por los individuos, pero a su vez actúa estructurando su conducta (112, 113).

La metodología cualitativa privilegia el conocimiento y la comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones relativas a su salud (108). Con esta metodología se pretende desdibujar el límite entre investigador/a e investigado/a, haciéndolo/a pertenecer al mismo orden de la realidad que investiga (114).

En la presente investigación las técnicas antropológicas permiten conocer, a través del relato de las personas, sus concepciones reales o ideales, percepciones, vivencias, el análisis e interpretación de las representaciones y prácticas de las parejas infértiles, al transitar por el proceso de diagnóstico y atención, que reflejan la cultura colectiva y su efecto sobre la salud individual y de pareja. Se dirige a identificar el sentido, las motivaciones, intenciones y expectativas que atribuyen las personas a sus experiencias, a partir de las representaciones sobre la infertilidad, construidas desde su problema de salud y padecer, sus vivencias en la interacción con el servicio de atención, en su entorno social y cultural. Los datos *emic* contenidos en los discursos y actos de los/as protagonistas, obtenidos mediante entrevista y observación, arriban a la saturación teórica o de categoría, momento en que el dato deja de aportar algo nuevo y la información suele hacerse repetitiva o redundante, y se hace suficiente para la comparación y corroboración mutua de la información, que irremediablemente será fragmentaria en algunos aspectos (115, 116, 117). Se completa el análisis con la utilización de los criterios *etic* desde la posición de la investigadora. De la integración de ambos criterios resultan los resultados de la presente investigación (112).

Capítulo 2. Diseño Metodológico

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en servicios de atención a la infertilidad ubicados en La Habana, en el período comprendido entre abril del 2007 y marzo del 2010.

Para garantizar la captación de la realidad a nivel fenoménico debido al elevado contenido subjetivo de la información sobre el objeto de estudio, se utilizó el diseño cualitativo sustentado en la teoría fundamentada (115, 118). Con el uso del mismo no se aspira a hacer generalizaciones sino extrapolaciones contextualizadas, con el propósito de conferir sentido a la información obtenida.

2.1. Población de estudio y selección de la muestra.

La población objeto de estudio se estructuró en cuatro grupos (G 1, G2, G3 y G4) que permitieron contrastar discursos, experiencias y prácticas. La muestra para cada grupo se seleccionó a partir de un muestreo no probabilístico "intencional por criterios" (119). El tamaño de la muestra para G2: Expertos y G3: Parejas infértiles bajo tratamiento atendidas en los servicios de atención seleccionados, se definió según el criterio de "saturación teórica o de categorías" (115).

Grupo 1- Personas infértiles (Casos de estudio).

La selección de este grupo se realizó por un diseño no probabilístico de "unidades homogéneas" y se sustentó en la riqueza de información que portaba la persona, para describir en detalle los antecedentes y experiencias comunes (117).

Los criterios de inclusión que se establecieron para este grupo fueron:

- Que el tiempo de diagnóstico de la infertilidad fuera superior a los tres años.
- Que no tuvieran descendencia propia.
- Que aceptaran participar previo consentimiento dialogado.

El grupo quedó conformado por dos mujeres y dos hombres.

Grupo 2- Expertos (Anexo 1)

En este grupo se incluyeron los profesionales de la salud de experiencia en la especialidad de Ginecología, en los servicios de atención a la infertilidad y en el campo de la Salud Pública.

Los criterios de inclusión que se establecieron para este grupo fueron:

- Poseer más de 30 años de experiencia en la especialidad, o 10 años o más de experiencia en servicios de infertilidad.
- Aceptar participar en la investigación.

Para la selección de los expertos se empleó el muestreo no probabilístico denominado "Bola de Nieve". La técnica parte de selección de un informante que posee conocimiento e información consistente y suficiente para dar respuesta al objeto de investigación, razón por la cual se considera "clave". A partir de este se derivan dos o más especialistas, que a su criterio poseen los conocimientos, y son imparciales para proporcionar información sobre el objeto de estudio. Este método se utiliza para minimizar la subjetividad que puede introducir la investigadora (118). El punto de arranque se estableció en una médica, de más de 45 años de experiencia en la especialidad de Ginecología y en los servicios de infertilidad, Profesora Titular y consultante, con desempeño profesional en diversas provincias del país, residente en La Habana en el momento de la investigación.

De acuerdo con la saturación teórica o de categorías, el grupo quedó constituido por ocho expertos: cinco especialistas en Ginecología, dos en atención a la infertilidad y uno en Salud Pública. Seis de los entrevistados realizaban sus estudios universitarios o comenzaron a ejercer su profesión durante la primera década posterior al triunfo de la Revolución en 1959. Estuvieron vinculados a la asistencia durante su formación académica, cumplieron el servicio médico rural posgraduado y posteriormente desempeñaron diversas funciones en diferentes ámbitos del sistema de salud.

Grupo 3- Parejas infértiles bajo tratamiento, atendidas en los servicios de infertilidad seleccionados (Anexo 2).

Los criterios de inclusión para este grupo fueron:

- Que tuvieran tres o más años de relación de pareja.
- Que no fuera la primera vez en la asistencia al servicio.
- Que acudieran al servicio en el período del trabajo de campo en presencia de la

investigadora.

- Que aceptaran participar de manera desinteresada previo consentimiento dialogado.

La muestra quedó constituida por 27 parejas infértiles de acuerdo con el criterio de saturación teórica o de categorías.

Grupo 4- Prestadores de salud de los servicios seleccionados.

Todos los prestadores de salud (médicos y otros profesionales) integrantes de los servicios de infertilidad en los Hospitales seleccionados a partir del criterio emitido por los expertos.

El criterio de inclusión fue:

- Que aceptaran participar de manera desinteresada previo consentimiento dialogado.

En el grupo quedaron incluidos dos médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, y dos Licenciadas en Biología. El médico del Hospital III rehusó a ofrecer su testimonio, aunque permitió se realizara la observación abierta, y la Licenciada de Biología de ese mismo Hospital no aceptó las condiciones del estudio.

Se estudiaron los servicios de atención a la infertilidad de tres hospitales ginecobstétricos seleccionados según el criterio emitido por el Grupo de Expertos (Grupo 2). Para la selección la investigadora solicitó que en la propuesta se consideraran las características socio- ambientales de la población, que según la experiencia del experto, sustentara heterogeneidad en la composición social y territorial de los/las usuarios/as de los servicios. Para mantener la confidencialidad, se les asignó la nomenclatura: Hospital I, Hospital II y Hospital III. Se solicitó autorización a los Hospitales para el desarrollo de la investigación, la que fue otorgada en los tres casos (Anexo 6).

Se elaboró una Carta Informativa de los objetivos de la investigación para disponer del consentimiento dialogado de los participantes (Anexo 2).

2.2. Técnicas para la recolección de la información.

Se emplearon cuatro técnicas para recabar los datos 1) revisión de documentos, 2) entrevista en profundidad no estructurada, 3) entrevista en profundidad semiestructurada 4) observación abierta. La aplicación en conjunto de estas técnicas, facilitó la detección de la congruencia o discrepancia entre los discursos y las prácticas y clarificar las diferencias entre aquello que los participantes dicen y lo que realmente hacen (115, 116).

1) Revisión de documentos.

Con la finalidad de conocer lo establecido a nivel institucional y las normativas con relación a la atención a la infertilidad en el contexto de estudio, se revisó:

- El Capítulo 35 del Libro de Obstetricia y Ginecología de Rigol y colaboradores "Evaluación de la pareja infértil" (2004), donde se establecen los principales conceptos, métodos para la evaluación según la etiología de la infertilidad, pruebas diagnósticas e información a reflejar en las historias clínicas (90).
- EL Capítulo IX "Estudio y tratamiento de la pareja infértil" del Manual de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia (Cabezas, Cutié, Santisteban, 2006), que regula los requerimientos, procedimientos y normas para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad (120).
- El Proyecto de Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil (121) elaborado en el año 2007 por un grupo de especialistas convocados por el Vice- Ministerio de Asistencia Médica del Ministerio de Salud Pública cubano, donde se analizan y proponen, elementos para el tratamiento y manejo de la pareja infértil que dan cuenta de los procesos fundamentales dirigidos a la atención del problema de salud, como son: el tiempo empleado para la investigación de la pareja, la edad óptima de la madre, los protocolos con esquemas ágiles para el diagnóstico y tratamiento adecuado en los diferentes niveles de atención del sistema de salud y las regulaciones éticas.

2) Entrevistas en profundidad empleadas para el estudio de casos.

Los estudios de caso han sido definidos como el análisis profundo que se realiza de una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teorías, lo que permite investigar un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto en la vida real, y en esta investigación estuvo dirigido a documentar la experiencia de la infertilidad desde la perspectiva de

quienes lo vivieron (115). Se realizaron cuatro casos, consistente con la propuesta de Yin (2003) que plantea que se deben estudiar entre dos y diez casos para lograr validez (122). Constituyó la herramienta para la identificación de los temas a indagar con expertos y parejas infértiles, definidas a partir de las unidades de análisis emergentes del discurso, que pueden apreciarse en la Tabla 1 que aparece al inicio del Anexo 4.

Las personas fueron identificadas por informantes de la comunidad donde residían o laboraban, teniendo en cuenta el criterio de inclusión establecido. Los informantes conocían a las personas y sabían de su condición, por estar relacionados o próximos a estas. Una vez obtenido el consentimiento inicial, se concertó un primer encuentro con la investigadora, donde se les explicó en qué consistía la investigación y cuál sería su participación. A esta cita la investigadora fue conducida por el informante, quien realizó las presentaciones formales para después retirarse. En este encuentro, además de obtener el consentimiento dialogado correspondiente, se comprobó que la persona reuniera los requisitos contemplados en los criterios de selección (115). Las personas que mostraron interés fueron contactadas para concretar la entrevista.

Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares concertados para ello y se cumplió con la privacidad requerida para este tipo de estudio. El análisis se realizó a nivel individual y grupal (los cuatro casos), con la finalidad de integrar la información obtenida a partir de la totalidad de los casos estudiados, lo que permitió identificar las consistencias e inconsistencias entre casos. Para mantener la confidencialidad de ellas se han utilizado pseudónimos.

Las áreas de indagación se establecieron a partir del Marco Teórico sobre el tema objeto de estudio: concepciones sobre maternidad/ paternidad e infertilidad; vivencias y percepciones respecto a su condición infecunda y en relación con la atención por parte del sistema médico. Los resultados permitieron:

- a. Definir la guía inicial de temas a abordar en la entrevista en profundidad a expertos (G 2), en las entrevistas a las parejas infértiles (G 3) y prestadores de salud en los servicios de atención seleccionados (G 4). (Tabla 1 Anexo 4)
- b. Identificar los eventos de mayor significación durante la vivencia y atención de la infertilidad, con la intención de elaborar la Guía de Observación a aplicar en los Hospitales seleccionados.

Se entrevistaron dos mujeres y dos hombres infértiles para los que había transcurrido un promedio de ocho años desde que comenzaron a intentar tener descendencia sin éxito. Las mujeres entrevistadas tenían 42 y 43 años y los hombres 39 y 40 años. El análisis se realizó en función de sus características personales, en relación con sus concepciones sobre la maternidad, la paternidad y la infertilidad, y sus vivencias y percepciones sobre la atención por el sistema médico.

Al finalizar cada entrevista se le pidió a la persona que resumiera en una frase la idea que desearía transmitir a parejas infértiles. El relato íntegro de la experiencia vivida por cada caso, se ubica en el Anexo 8.

3) Entrevistas en profundidad a expertos (Grupo 2).

En las entrevistas a los expertos se exploraron los temas definidos a partir del estudio de casos, se indagó la definición de hitos, entendidos como sucesos cruciales vividos y experimentados, con referencia a los servicios de atención y a la normativa del Ministerio de Salud, respecto al objeto de estudio (120). Los criterios de los expertos se sustentaron en la experiencia vivida y los resultados que se exponen están limitados a su juicio.

Las entrevistas en profundidad a expertos/as se realizaron con los siguientes propósitos:

- a) Contextualizar la temática de estudio en la sociedad cubana desde la perspectiva de prestadores de salud.
- b) Identificar los hospitales ginecobstétricos donde desarrollar el trabajo de campo para el estudio de los servicios de atención a la infertilidad. Considerar desde su propuesta diferentes entornos socio ambientales y especificidades de la práctica médica en las instituciones seleccionadas, las que estuvieron ubicadas geográficamente en Ciudad de La Habana a las que tributaban usuarias/ usuarios de diferentes territorios del país.
- c) Refinar las guías de temas o tópicos a tratar en las entrevistas a las parejas infértiles (G 3) que acudían a los servicios de atención seleccionados y a sus prestadores (G 4) (Anexo 4).

- d) Refinar la guía para la observación participante a realizar en los servicios de atención a la infertilidad en los hospitales seleccionados (Anexos 5).

4) Entrevistas en los Servicios de Atención a la infertilidad (parejas y prestadores de los servicios salud) (G 3 y G 4).

A todas las personas se les comunicó el interés de obtener información relacionada con su experiencia acerca de la parentalidad (maternidad y paternidad) y de la infertilidad como experiencia de vida en su vínculo con los servicios de prestación de atención a esta, y se obtuvo su anuencia para registrar la información.

Las entrevistas a las parejas infértiles fueron concertadas en los propios servicios de atención estudiados. Los tiempos de entrevista fueron negociados con la pareja y se garantizó que no interfiriera con el proceso de atención, dígase orden en la fila, realización de pruebas diagnósticas y acceso a la consulta. En cada servicio las entrevistas se hicieron en lugares con la privacidad necesaria, independientes de la consulta. Los miembros de las parejas fueron entrevistados individualmente por separado.

La guía de temas abordados en las entrevistas se definió por el estudio de casos (Tabla 1 Anexo 4) y se refinaron durante el avance del trabajo de campo. Las entrevistas duraron aproximadamente una hora y fueron grabadas, previo consentimiento dialogado de los/as participantes y transcritas para el análisis de contenido. Se crearon las condiciones para establecer una relación de confianza y empatía, se respetó el protagonismo de las/os entrevistadas/os y se garantizó la privacidad de la información. Se tomaron notas relacionadas con el componente extra-verbal observado.

5) Observación participante.

Se utilizó la técnica de “observación abierta” dirigida a registrar la conducta según los propósitos de la investigación, mediante la declaración del objetivo y la presencia de la investigadora ante la población objeto (115). Esta condición tiene la limitación que los sujetos de estudio se sienten observados lo que puede influir en la objetividad del análisis. Se consideró el sesgo que puede influir en los resultados, teniendo en cuenta las contradicciones y reafirmaciones de las declaraciones precedentes por los diferentes grupos estudiados. Para minimizar el efecto del observador, se utilizó la técnica de dos observadores simultáneos; la autora y otra especialista en Antropología entrenada para ello. La observación se realizó de forma independiente.

La técnica se aplicó en áreas de consultas y salas de espera. La guía de observación fue elaborada a partir del análisis de los datos obtenidos de los Grupos 1 y 2 (Anexo 5). Las observaciones en las áreas de consulta fueron realizadas en el horario programado por la Institución. El tiempo total empleado fue de 32 horas en cada servicio, distribuidas en 8 sesiones de trabajo de duración variable. La observación en salas de espera incluyó 32 horas para cada servicio, distribuidas en 8 sesiones de trabajo de igual duración.

Las descripciones procedentes de la observación se grabaron siempre que las condiciones locales lo permitieron, cuando no fue posible, se tomaron notas manuales (Anexo 11).

2.3 Triangulación de datos

La triangulación de datos es el hecho de recurrir a diferentes fuentes y métodos de recolección de datos, lo que en esta investigación se complementó además, con la aplicación de dos perspectivas teóricas en la interpretación de los datos, y el trabajo y análisis cruzados entre varias investigadoras (115, 116, 117).

Los resultados se presentan para cada tema o categoría y muestran los datos, obtenidos por las diferentes fuentes de información y técnicas aplicadas, lo que permite mostrar la saturación teórica o de categorías no solo al interior de los grupos sino entre estos. La triangulación se alcanzó cuando se produjo el paradigma codificado ya que es entonces que se complementó, con el empleo de los dos abordajes teóricos diferentes para el análisis.

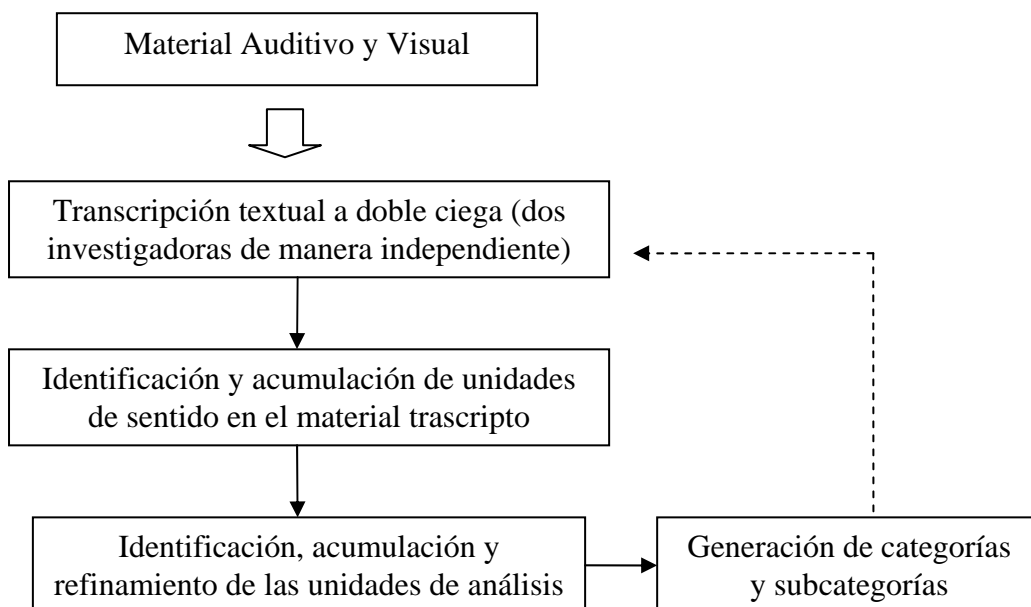
2.4. Análisis de la información obtenida

La información obtenida a partir de las entrevistas y la observación se transcribió textualmente para ser enriquecida con las anotaciones manuales de la entrevistadora/observadoras.

Para el análisis se aplicó el método cualitativo de la “Teoría Fundamentada”, mediante el empleo de un diseño sistemático cualitativo, que permitió desarrollar proposiciones teóricas surgidas de los datos que emanan de la investigación de campo, más que de los estudios previos, para generar entendimiento sobre un fenómeno insuficientemente explicado y las explicaciones disponibles no cubren a todos los actores del proceso. A través del relato de las personas involucradas en la investigación se identificaron las percepciones y representaciones socioculturales sobre la infertilidad, las concepciones reales o ideales, cómo la experimentaron y las prácticas que realizaban.

La interpretación se inició con la “codificación abierta”: se estudiaron los textos transcritos, se identificaron los conceptos, ideas y sentidos que contenían, se eliminaron las redundancias y se acumularon unidades de sentido (segmentos de contenido) que fueron las que nutrieron las unidades de análisis (temas). A partir de dichos temas se generaron categorías y subcategorías inductivas (Esquema 1) (115). Las unidades de sentido son los datos a los que se les aplicó el enfoque *emic* de la investigación antropológica, con el que el investigador analiza el lenguaje o la conducta ajena en los términos del “otro” para descubrir las unidades de análisis. Esto permite, conocer cómo piensa la persona, cómo perciben y categorizan el mundo, cuáles son sus normas de comportamiento, qué tiene sentido para ellos, y cómo se imaginan y explican las cosas (112, 115).

Se generaron de manera inductiva, un conjunto de categorías y subcategorías, elevando el nivel de abstracción cada vez más mientras se procesaban los datos. Las proposiciones para cada categoría y subcategoría fueron elaboradas bajo el enfoque *etic* o enfoque del investigador (112). El próximo paso fue la codificación axial, que se realiza mediante la agrupación de los datos obtenidos por la codificación abierta. Esto permite crear conexiones entre categorías, que facilitan explicar las condiciones en que ocurre un fenómeno, el contexto donde se desarrolla, las modulaciones que recibe y sus consecuencias.



Esquema 1. Esquemización del proceso de análisis de los datos de acuerdo con la codificación abierta.

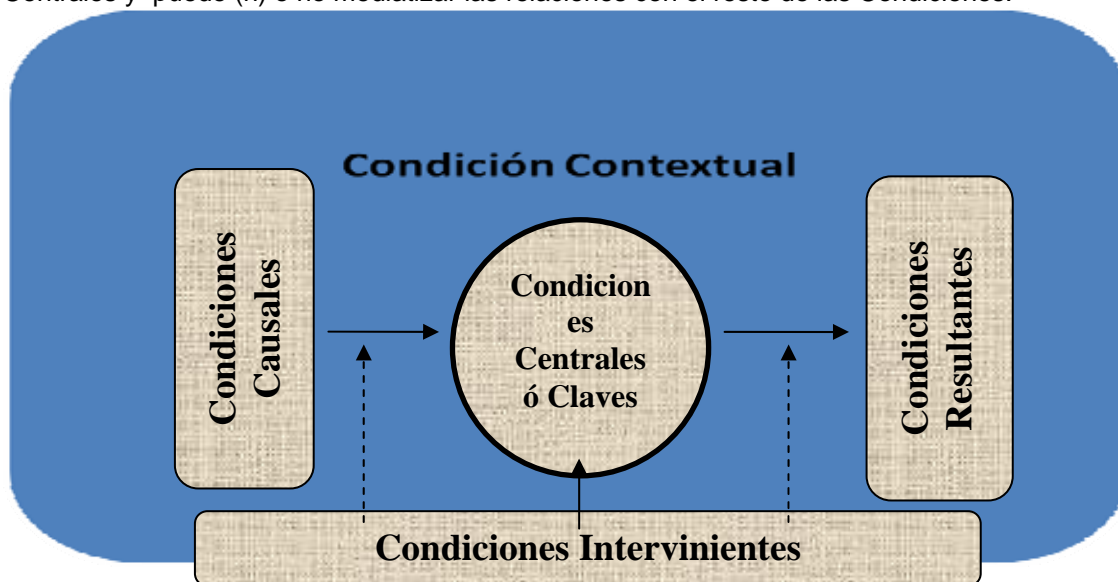
La codificación axial concluyó con el esbozo de diagramas explicativos (paradigma codificado) que proporcionaron las propuestas teóricas que explican el fenómeno en estudio. Cada diagrama muestra las relaciones entre los elementos involucrados para dar salida a los objetivos (Condiciones Centrales o Claves, Causales, Intervinientes, Contextuales y Resultantes) (Figura 1). La propuesta teórica resultante va más allá de los estudios previos y los marcos conceptuales preconcebidos, y aunque es sustantiva o de alcance medio, o sea que se circunscribe a un contexto particular, busca nuevas formas de entender los procesos sociales vinculados a la infertilidad y su atención, posee riqueza interpretativa y aporta una nueva visión al fenómeno que se estudia.

Condiciones Centrales o Claves: Se constituyen por la(s) categoría(s) con mayores implicaciones en la generación de la teoría. Es el tema o los temas que impulsan el proceso en torno al fenómeno que se estudia.

Condición Contextual: Categoría(s) que forma(n) parte del ambiente o situación, que enmarca a la categoría central y puede o no enmarcar a las otras.

Condiciones Causales: Categoría(s) que influye(n) y afecta(n) directamente a las Condiciones Centrales.

Condiciones Intervinientes: Categoría(s) que mediatiza(n) la expresión de las Condiciones Centrales y puede (n) o no mediatizar las relaciones con el resto de las Condiciones.



----> : Relación que puede o no darse

——> : Relación que siempre se da

Figura 1. Modelo de diagrama explicativo para la codificación axial. Adecuación al ofrecido por Hernández-Sampieri y colaboradores (2006) (115).

Para verificar que los datos se correspondían con los significados e interpretaciones que los participantes atribuían a la realidad, se devolvieron los resultados a individuos del G 1 y G 2; el informe se sometió a la consideración de la otra investigadora que participó en la investigación y a la auditoría externa por parte de la tutora de la tesis.

Para la presentación de los resultados, cada una de las categorías emergidas se acompañó, según recomendación de Hernández-Sampieri y col (115) de ejemplos de discurso por categoría y subcategoría. Fragmentos y ejemplos ilustrativos (Anexo 9).

2.5. Consideraciones éticas

Las/os participantes en la investigación tuvieron absoluta libertad para decidir colaborar con el estudio y responder cada pregunta que se les realizó. Se les explicaron los objetivos y lo que se requería de su participación. A las parejas que fueron abordadas en los hospitales se les garantizó la libertad de abandonar la investigación, sin que esto afectara la atención que recibían; así como el anonimato y la confidencialidad como premisas durante toda la investigación. En cada caso mostraron su conformidad firmando el Consentimiento Dialogado (Anexo 3). Para mantener el anonimato de las/os entrevistadas/os, los nombres de referencia utilizados en el documento no son los verdaderos. Se garantizaron las condiciones de privacidad para la realización de las entrevistas y las grabaciones y descripciones de la observación participante fueron eliminadas una vez transcritas. Las transcripciones se conservaron en los archivos personales de la investigadora.

Durante el proceso investigativo, la investigadora propició el encuentro intersubjetivo con su objeto de estudio, para comprender la lógica interpretativa de primer nivel de los actores sociales vinculados al mismo, en otras palabras el constructo *emic* que emanó del trabajo de campo. La investigación aportó un producto comprensivo que no es la realidad concreta, sino un constructo descubierto, elaborado bajo el enfoque *etic* o constitutivo a la investigadora, según su formación académica y humana. En el caso particular del enfoque antropológico empleado en esta investigación, se promovió una lectura desde el relativismo cultural, evitando el establecimiento de

relaciones de dominación sobre el objeto de estudio o el intercambio desigual entre los actores del proceso investigativo. La participación en el proceso social que se estudió persiguió la comprensión de la naturaleza interna de su contenido y se vigiló las incursiones en el campo de investigación, a través de la rigurosidad de los métodos y técnicas a emplear y de los análisis de los datos obtenidos, con la intención de que las elaboraciones producidas fueran más objetivas (116).

Capítulo 3. Datos emergentes para la integración teórica sobre infertilidad

3.1. Revisión vinculante de tres documentos.

En la revisión que se hiciera de los documentos especificados en el capítulo anterior, se pudo constatar que, tanto el libro para la docencia de Rigol y coautores (2004) como el Manual de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia de Cabezas y coautores (2006), contienen el protocolo a seguir para la evaluación y tratamiento de la pareja infértil. Ambos documentos ofrecen los conceptos básicos referentes al tema, y las clasificaciones en uso, para seguidamente ofrecer los requerimientos que debe cumplir una pareja para someterse a un estudio de infertilidad y la información que debe recoger la historia clínica a confeccionar en la primera consulta. Para esta última existen diferencias entre uno y otro documento. En el capítulo dedicado a la "Evaluación de la pareja infértil" del libro de Rigol y colaboradores (2004), además de los aspectos sobre la "historia de infertilidad", la "historia médica general", la "historia quirúrgica" y la "sexual", se incluyen los aspectos psico- sociales, contextuales y culturales que a continuación se detallan, y que denotan un abordaje holístico al problema de salud (32, 120):

1. *Tipo de vida*: ocupación, exposición a radiaciones; empleo de tabaco, alcohol y drogas; si la pareja realiza ejercicios, frecuencia, duración e intensidad. Hábitos dietéticos, desórdenes alimentarios y exposición al calor.
2. *Interrogantes para plantear*: ¿por qué piensa que no ha logrado embarazo?
3. *Interrogante sobre motivos para atenderse*: para experimentar un embarazo; para crear un hijo; para mantener un embarazo o para salvar un matrimonio.
4. *Interrogantes psicosociales*: presión familiar; impacto de un embarazo cuando se cursa una carrera; factores culturales y estabilidad marital.
5. *Interrogantes psicosexuales*: depresión, ansiedad, enojo, imagen corporal y sexualidad.
6. *Razones personales, éticas y morales*: aceptación de inseminación de un donante; fertilización asistida, técnicas de reproducción asistida simple o compleja, donación de óvulos y adopción.

En el Manual de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia de Cabezas y coautores (2006), los aspectos a recoger en las historias clínicas, quedan circunscritos a la "historia médica general", "ginecológica", "de infertilidad", "quirúrgica y sexual"; "exploración general y genital" y en el orden social solo se tienen en cuenta la ocupación, exposición a agentes tóxicos, práctica de ejercicios físicos y hábitos alimentarios. Además en este Manual se acota que la mujer para someterse al estudio debe ser mayor de 20 años y menor de 35, aunque habla de cierta flexibilidad con la aparición de la fertilización asistida (120).

En la Propuesta de Proyecto de Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil elaborada en el año 2007, se detallan las especificidades y los criterios para la referencia y contrareferencia entre los niveles de atención (121). En dicha propuesta, se hace una revisión de la organización de los servicios de atención a la infertilidad en el país, se reconocen las limitaciones en su capacidad resolutoria, y se proponen estructuras y procesos más ágiles, para evitar el arribo de la mujer a las edades en que se hace más improbable el éxito reproductivo. Se establecen las funciones, normas y algoritmos para la atención de la pareja infértil en cada nivel de atención, tomando en consideración las debilidades que presenta el Sistema de Salud para la atención a la pareja infértil con vistas a la mejora de sus procesos: a) "*La Atención Primaria de Salud, base fundamental de nuestro sistema, no cuenta con posibilidad alguna para enfrentar la problemática ni con vías de remisión establecidas oficialmente para estos casos.*" b) "*(...) las Instituciones del 2do nivel que realizan procedimientos de reproducción asistida de baja tecnología, más que todo animados por el deseo de satisfacer una demanda creciente, lo hacen sin normativas específicas y con amplio margen para la espontaneidad, con los consecuentes riesgos de mala praxis y de violaciones técnicas y éticas.*" c) "*(...) en todo este proceso se producen demoras excesivas, tanto en la búsqueda de la atención como en alcanzar un diagnóstico y el ulterior tratamiento de las parejas.*" En este documento no se detallan los datos a recoger en las historias clínicas.

3.2. Etapas de la Atención a la salud Sexual y Reproductiva en Cuba: Hitos.

Las entrevistas realizadas a expertos permitieron identificar tres etapas.

- *Cuba Pre- revolucionaria.*
- *El período comprendido entre los años 60 y 80.*
- *La década del 90 hasta el presente.*

En cada etapa se identificó una evolución armónica de la representación sociocultural de la parentalidad, con la evolución cultural de la población cubana. En dos de ellas se distinguieron hitos (123). En este epígrafe se ha privilegiado el análisis *emic* de los datos por lo que las ideas que a continuación se expondrán están sujetas a los criterios de los expertos y contienen sus juicios de valor.

Cuba Pre- revolucionaria:

La maternidad era entendida por las mujeres como un instinto, la paternidad por los hombres como un hecho asociado al matrimonio y la constitución de una familia, y para ambos miembros de la pareja primaba la concepción mujer=esposa=madre. Las conductas sexuales de los varones eran más liberales y desprejuiciadas que las de las mujeres, ya que la presión social para éstos era mucho menor, propio de la cultura patriarcal dominante. Los hijos representaban un legado de posteridad y existía la expectativa social alrededor de la concepción por las parejas constituidas.

Los expertos no pudieron afirmar que la infertilidad constituyera o no un problema de salud en función de sus estadísticas sanitarias en ese período, las que eran desconocidas. Las mujeres carecían de la suficiente información e instrucción, y asumían la condición infecunda como un destino o deseo divino que debían aceptar, expresión de un capital simbólico que suplanta la incapacidad de tener respuesta argumentada para su problema de salud transfiriendo la responsabilidad a lo "divino".

El período comprendido entre los años 60 y 80:

Esta etapa se caracterizó por la generación de numerosos y profundos cambios a todos los niveles de la sociedad. A raíz del triunfo revolucionario se comenzaron a hacer reformas e intervenciones en el sistema de salud, con la intención de ofrecer un acceso total y equitativo a los servicios. Los indicadores de salud eran nada halagüeños, la situación sanitaria de la población rural era deplorable, a lo que se adicionaba la emigración de médicos con fuerte arraigo pequeño burgués formados en la etapa pre- revolucionaria.

Primer Hito: El triunfo de la Revolución cubana en 1959 fue el primer hito reconocido por los entrevistados para el abordaje del problema que trata la presente investigación, que incide de manera directa en la generación de cambios en el sistema de salud. Produjo cambios culturales y sociales que promovieron la participación activa de cubanos y cubanas en las tareas de construcción de una nueva sociedad. Las mujeres comenzaron a insertarse cada vez más en el espacio público: laboral, de enseñanza y político. A criterio de los entrevistados este nuevo condicionamiento y posicionamiento social de las mujeres no se contraponía al deseo de tener descendencia, y como concepción y valor de la familia la idea de una extensa prole era bien apreciada, lo que se constata en esta etapa por la alta frecuencia de madres multíparas, fundamentalmente en la zona oriental del país.

"(...) nos tocó en Moa...allí las mujeres parían muchísimo, era normal tener más de tres hijos" (E2)

"(...) no era raro encontrar pacientes que tenían 3, 4 hijos (...) en Oriente seis, siete hijos." (E5)

"Donde yo hice mi postgraduado vi mujeres que venían a parir y que ya tenían seis hijos" (E6)

La totalidad de los expertos reconoció que en la década del 60 se prestaban algunos servicios de infertilidad, aunque escasos por la insuficiente disponibilidad de especialistas, a los que las mujeres asistían solas, sin la compañía de familiar alguno. Primaba entonces la representación de la fecundidad como don divino otorgado a la mujer, que explicaba la conformidad de las mujeres infecundas, sobre todo en el área rural, *"si Dios no lo había querido"* (E2).

La década del 90 hasta el presente:

Los últimos veinte años en el contexto cubano y mundial, se han caracterizado por acelerados y complejos cambios en múltiples sentidos, lo que de hecho condiciona la diferenciación de períodos dentro de estos.

Segundo Hito: Se reconoció por parte de los expertos, la producción de un cambio en cuanto a la concepción sobre la maternidad de las mujeres. El *"sentimiento instintivo"* pasó a ser razonado, valorado acorde con los proyectos de vida y la cultura de cada mujer según su procedencia socio cultural, aunque persiste la concepción de la maternidad como rol femenino asignado y asumido, y

como norma de vida. Lo culturalmente añadido, debido al vertiginoso desarrollo en cuanto a instrucción y desarrollo social que ha tenido la mujer cubana, es la capacidad de esta para decidir cuál es el momento más conveniente para ser madre y el número de hijos a tener, que se ha reducido a uno o dos en la actualidad, y que ha influido críticamente en el efecto demográfico del reemplazo poblacional en Cuba.

“(...) el sentimiento maternal no ha variado, lo que indudablemente los patrones de la mujer si se han modificado de manera sustancial sin que la mujer abandone el sentimiento maternal (...)” (E3)

La mujer fue priorizando otras cosas por encima de la maternidad. (E 2, E3, E4)

“La mujer moderna considera que aumentar su familia puede interferir con su desarrollo profesional” (E5)

La mayoría de los expertos entrevistados opinó que quien se concibe mujer se siente obligada a parir y ante la imposibilidad de cumplir este rol, no se consideran mujeres biológicamente completas, lo que alude al significado biológico que se le otorga a la maternidad.

Tercer hito: Un tercer hito reconocido por la totalidad de los entrevistados fue el denominado “período especial” cubano, que marcó pautas en varios sentidos. A modo de consenso los expertos marcaron este momento como aquel que *“vino a dar el puntillazo” (E4)* al cambio en cuanto al número de hijos deseados por las y los cubanos. Muchas mujeres detuvieron sus planes de procreación y postergaron la maternidad, en espera de *“un mejor momento” (E6)* que además no interfiriera con su desarrollo profesional. Opinaron que la mujer cubana, en este período, priorizó otras actividades por encima de la maternidad. El desarrollo educativo y la ocupación del espacio público empoderó a las mujeres; la situación económica compleja expresada en la vida cotidiana durante el período especial, tuvo su efecto en la disminución de las tasas de reproducción. La postergación de la edad del embarazo se asoció también con otros factores vinculados al contexto social y económico. Para la mayoría de los expertos es la mujer quien decide el momento de tener descendencia y para ello espera reunir ciertas condiciones materiales, lo que se torna muy demorado en nuestro contexto; el tema de la escasez de vivienda que propicia la convivencia de varias generaciones en espacios reducidos, las dificultades para encontrar compañero y el consecuente desplazamiento de la edad de casamiento, influyen también.

“(...) La mujer va pensando en la procreación tardía, tiene la posibilidad del acceso a los estudios superiores y esto impide un poco la procreación a temprana edad (...) Hay una tendencia (...) a que la mujer traslade sus preferencias reproductivas para la 4ta década de la vida o final de la 3ra (...) cada vez más la mujer espera tener las mejores condiciones para ser madre y como sabemos en nuestro medio el logro de esas condiciones es muy lento. El tema de la vivienda es muy importante (...)” (E2)

“(...) con 40 años no se puede parir en Cuba (...) no es lo mismo llegar a los 38 años aquí que en Suecia (...) En Cuba la mujer llega a los 38 años con un montón de afectaciones orgánicas” (E4).

“Ya hay mujeres que comprenden que no necesariamente tienen que ser madres” (E6).

La impronta del período especial cubano en la incidencia y prevalencia de la infertilidad, fue unánimemente reconocida. Se retomó en este sentido la influencia de la postergación de la maternidad, con consecuencias no solo en el decrecimiento de la tasa reproductiva, sino también en el deterioro progresivo de las capacidades biológicas y reproductivas de la mujer al arribar a edades en que la reserva ovárica va decreciendo y la historia sexual y reproductiva *“cobra su precio” (E4).*

“La incidencia de ITS que destruyen trompas se ve a edades mayores.” (E2)

“(...) esos años 92, 93, fueron los años más difíciles...por eso te encontraste la mujer, que en el año 90 tenía 25 años, en el 2005 ya tenía 35 (...) la edad biológica ya le había ajustado cuentas (...) en la etapa fértil, no se trazaron metas en cuanto a la posibilidad de embarazo (...) se aplazó, tratando de sobrevivir.” (E4)

La totalidad de los entrevistados describió la maternidad como instinto heredado, “maternidad instintiva”, que en la actualidad ha evolucionado hacia una “maternidad razonada”. Ello hace que armonicen el deseo con la responsabilidad, para condicionar el arribo “natural” de la mujer a la maternidad, en correspondencia con el “maternaje”, entendido como el modo y concepción de la crianza y relación con la descendencia. Dos expertas, vinculadas por muchos años a los servicios de maternidad, coincidieron en recalcar que el sentimiento maternal de la mujer y familias cubanas es muy elevado. Uno de los expertos planteó la relación biológica directa que tiene la paternidad y maternidad para los hombres y mujeres cubanos(as), para quienes *“ser padre y madre es parir”* (E7).

“(...) las mujeres quieren tener un hijo y a lo sumo dos. Yo creo que ahí aunque es criterio de la pareja la que lleva el rol más importante es la mujer (...).” (E2)

“La maternidad es algo culturalmente aprendido (...) todavía ese concepto de maternidad y el binomio mujer=madre es algo que se mantiene (...) el concepto de mujer está unido a la maternidad, a ser joven, a la sexualidad.” (E6)

Entre los cambios ideológicos y conductuales acontecidos en Cuba durante los últimos 50 años, están los relativos a los comportamientos sexuales y reproductivos. Por algunos de los expertos se le atribuyó a estos un *“carácter permisivo”*, en otros casos se le reconoció como parte de la liberación de la mujer relacionada con la conquista de espacios anteriormente privativos para los hombres, así como su inserción en el entorno socioeconómico casi a la par de ellos, lo que se asume como un factor que ha frenado la maternidad, por implicar un doble esfuerzo para ellas al compartir las labores sociales con la crianza y cuidado de la descendencia.

“Al ser la sociedad más permisiva han aparecido mujeres que han optado por su libertad (...) y no les interesa ni el matrimonio ni tener hijos.” (E1)

Los expertos apuntaron hacia el cambio operado sobre todo en las mujeres, en cuanto a sus comportamientos sexuales y el ejercicio de sus derechos reproductivos, a pesar de ciertas actitudes y comportamientos que se han mantenido inamovibles, como son el escaso uso del condón y su insuficiente capacidad de negociación por parte de las mujeres; la recurrencia al aborto, lo que alude a una *“cultura abortiva”* y *“no anticonceptiva”* (E2), que perdura hasta nuestros días. Para la mayoría de los entrevistados, en la actualidad las conductas sexuales suelen ser más “libres” y se han perdido muchos de los tabúes relacionados. (E1, E2, E3, E4, E6, E8).

En la actualidad, si bien no se conocen estudios sobre la incidencia y prevalencia de la infertilidad en Cuba, la mayoría de los expertos estimó que ha aumentado la incidencia y prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) con sus consecuencias adversas para la salud sexual y reproductiva de la población, y más específicamente para la fertilidad. La mayoría recalzó el incremento de los embarazos ectópicos que incide en el aumento de los casos de infertilidad secundaria, sobre todo aquellas de causa tubaria. Una de las entrevistadas, quien se ha mantenido por más de 20 años vinculada a los servicios de atención a la infertilidad y es considerada además una experta en TRA de baja tecnología, apuntó que en la actualidad se observa en la práctica clínica la disminución progresiva de la calidad del semen, producto de las ITS y de los hábitos tóxicos, con el consecuente impacto en las tasas de incidencia y prevalencia para la infertilidad en la actualidad. También se asoció este incremento de los casos de infertilidad percibido, al empleo del aborto como medio anticonceptivo a temprana edad y sus consecuencias ginecológicas. La postergación de la maternidad a partir del período especial también fue reconocida como factor incidente para el caso de la infertilidad primaria femenina, así como los hábitos tóxicos y las ITS para la infertilidad primaria masculina.

“Otra causa de infertilidad secundaria son los legrados (...) Hay más infertilidad secundaria (en aumento) que primaria, por las conductas sexuales inadecuadas.” (E1)

“No tengo certeza en cuanto a si se ha producido un incremento en la incidencia de la infertilidad, pero supongo que sí, sobre todo aquella de causa tubaria, por el incremento de las ITS. La incidencia de los embarazos ectópicos ha aumentado (...) y tienen igual etiología.” (E2)

“(...) casi podría aseverar que la infertilidad debe haber aumentado, sobre todo en el orden del factor tubario (...)” (E3)

“Cuba ya tiene prácticamente la misma tasa de infertilidad que los países desarrollados (...) el problema se agrava por la cantidad de tiempo en que no hubo recursos asignados (...) El PE afectó la infertilidad por las carencias económicas y porque muchas parejas limitaron su reproducción por no contar con una seguridad económica para esa descendencia (...) Lo más notable ha sido la disminución de la calidad del semen (...) y en ello inciden las ETS, el hábito de fumar, el hábito de consumir bebidas alcohólicas, otras drogas y esteroides anabólicos. De cada 10 espermogramas que hacemos, 8 hombres beben y 8 fuman (...)” (E4)

“A la infertilidad se llega por varias vías (...) todavía no ha aprendido a usar los anticonceptivos y recurren al aborto y una consecuencia del aborto reiterado o de un aborto que se complica, es la infertilidad.” (E8)

Se corroboró una idea expuesta por la informante clave o primera entrevistada, relacionada con la liberación de la mujer cubana expresada en su comportamiento sexual, para lo que aseguraron le faltaba instrucción y educación, lo que ha influido en la incidencia de la infertilidad, sobre todo de la secundaria. El hecho de que las mujeres mostraran conductas sexuales promiscuas y desprotegidas, elevó de alguna manera la incidencia de las ITS con las consecuencias anatomofisiológicas esperadas: obstrucciones tubarias, embarazos ectópicos y otras. Otros entrevistados consideraron la liberación de la mujer como positiva y opinaron que esta conducta también la experimentaron los hombres quienes habían sido siempre los más promiscuos e irresponsables en cuanto a comportamientos sexuales.

“La mujer quiere ser igual al hombre, pero al tener otra anatomía más riesgosa, paga muy caro según su conducta sexual: una mujer con absceso tubo-ovárico nunca más podrá tener un embarazo, porque aunque se preserve una de las trompas, ésta siempre queda dañada” (E1).

Antes de darle libertad a la mujer hay que darle educación, crearle el concepto de su libertad y el concepto de la protección de su salud. Faltó un poco de educación para asumir esa liberación de la mujer tan violenta después del triunfo de la Revolución (E1, E2, E3, E8).

La percepción de los entrevistados en referencia al sexo seguro y su determinación en las complicaciones que conducen a la infertilidad, también ubica la responsabilidad de la “seguridad” en la mujer: *“la mujer se niega a usarlo”, “justifican a su pareja por negarse a usarlo”*. En la relación de pareja, una de las debilidades que identificaron los expertos fue la baja capacidad de las mujeres para la negociación en el uso del condón, lo que a partir del análisis que hacen los entrevistados, deriva que el riesgo por complicaciones ginecológicas es más alto.

“(...) eso incide en el éxito del tratamiento de la infertilidad, pues hemos tenido que suspender varias veces la inseminación de mujeres por Enfermedades de Transmisión Sexual y es una situación delicada” (E4).

La totalidad de los expertos apuntó que la infertilidad es un evento inesperado y desagradable para la mayoría de las personas, y que en el contexto cubano no parece existir la adecuada percepción de riesgo asociado a este. A la vez apuntaron hacia la fuerte presión sociocultural que en el contexto cubano gravita sobre las mujeres que presentan dificultades para concebir, pues la demanda social desde la construcción de género les exige ser madres, de ahí que quien no logre ser madre se considera a sí misma, y es considerada, disminuida e incompleta.

En resumen, de la contribución de los expertos respecto a la historia, conducta social e individual, respecto a la maternidad y a la condición de infecundidad, emana:

- La existencia de una representación sociocultural de la maternidad vinculada a lo natural, lo esperado por y para una mujer, y a la construcción de la familia como sustento del grupo social, en correspondencia con la cultura prevaleciente al respecto.
- Evolución de la concepción individual y social de la maternidad, de lo instintivo a lo razonado, debido al empoderamiento de las mujeres en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, dado por su desarrollo educacional y profesional, expresado en la postergación de la maternidad.
- Crisis económica (Período Especial) como capital económico determinante social de las actitudes y prácticas en la reproducción biológica y social.

- Baja percepción del riesgo en los comportamientos sexuales, sobre las ITS y sus consecuencias para la fertilidad de mujeres y de hombres, expresada en el escaso uso del condón y la recurrencia al aborto (cultura abortiva vs cultura anticonceptiva).

3.3. Construcción de datos a partir de las categorías emergentes

De acuerdo con el modelo de análisis de la Teoría Fundamentada, la información obtenida de las diferentes fuentes fue organizada siguiendo el procedimiento de codificación abierta. Se identificaron tres categorías principales construidas por el método inductivo. Cada categoría posee subcategorías que conforman o dan dimensión a la categoría central, y expresan las proposiciones elaboradas bajo el enfoque *etic*, para el análisis de la información recabada en el campo de investigación. Cada subcategoría está representada por una serie de conceptos o unidades de análisis (constructo *etic*), emanadas a partir de las unidades de sentido contenidas en los discursos de los entrevistados (relato *emic*). En la Tabla 2, se presenta un resumen de las categorías principales con sus respectivas subcategorías.

Tabla 2: Codificación Abierta: Resumen de Categorías

Categorías	Subcategorías y sus proposiciones	Unidades de análisis construidas a partir de las unidades de sentido contenidas en los discursos
<p>Representaciones sobre la Parentalidad*</p> <p>Formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos informativos, cognitivos, ideológicos y normativos (21) respecto a la maternidad y paternidad. Abarca las creencias, valores, actitudes y símbolos integrados en el sistema de interpretaciones de los humanos con el mundo, que organiza sus conductas y la comunicación social, con relación a la maternidad y la paternidad.</p>	<p>1. <i>Cultura sobre la maternidad y la paternidad</i></p> <p>Conjunto de conceptos y creencias elaboradas en torno a la maternidad y a la paternidad, que se expresan en forma material e ideológica, a nivel individual y colectivo, en correspondencia con el contexto social donde se desarrollan los individuos.</p>	<p>Parentalidad biológica y social. Imaginario de la vivencia de la parentalidad</p>
	<p>2. <i>Construcciones sociales en torno a la maternidad y a la paternidad</i></p> <p>Valor simbólico asignado a la maternidad y a la paternidad en el contexto social y las relaciones que se establecen en su interior (redes sociales, familiares, relaciones de pareja).</p>	<p>Identidad masculina/femenina Valor simbólico de la parentalidad, biológico y social. Roles asignados y asumidos por mujeres y hombres relativos a la maternidad y a la paternidad.</p>
	<p>3. <i>Anhelos de ser madre o padre</i></p> <p>Motivaciones y deseos de mujeres y hombres por ser madres y padres, respectivamente.</p>	<p>Edad biológica que a nivel simbólico se percibe como límite para cumplir con la condición de madre o padre Capital económico y social que garantice las condiciones óptimas para reproducirse. Estereotipos femeninos y masculinos y de pareja.</p>
<p>Representaciones sobre la infertilidad</p> <p>Formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos</p>	<p>1. <i>Cultura Médica</i></p> <p>Modo como se percibe y concibe la infertilidad en el eje salud-enfermedad- atención, de acuerdo con la información que</p>	<p>Percepción de la Infertilidad a nivel simbólico Percepción sobre recursos para afrontar la infertilidad por mujeres y hombres. Percepción sobre la</p>

<p>informativos, cognitivos, ideológicos y normativos (21). Abarca las creencias, valores, actitudes y símbolos integrados en el sistema de interpretaciones de los humanos con el mundo, que organiza sus conductas y la comunicación social, con relación a la infertilidad</p>	<p>poseen los individuos, la pareja, la familia, los prestadores de salud y la sociedad toda, y su influencia en la utilización de los servicios de atención en el de cursar del tiempo.</p>	<p>demanda a servicios de atención a la infertilidad.</p>
	<p><i>2. Padecer la infertilidad</i></p> <p>Modo en que las parejas entienden y viven la infertilidad, de acuerdo con las representaciones sobre la parentalidad en el contexto social al que pertenecen.</p>	<p>Sentimientos y Percepciones frente a la identidad anhelada frustrada. Presión social y familiar percibida. Estados emocionales de mujeres y hombres. Impacto de la infertilidad en la relación de pareja. Frecuencia y sentido de las relaciones sexuales. Conductas y prácticas vinculadas a la relación sexual. Necesidad de información relativa a la infertilidad.</p>
<p>Representaciones y conductas en torno a la atención a la infertilidad por los servicios de salud</p> <p>Formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos informativos, cognitivos, ideológicos y normativos (21). Abarca las creencias, valores, actitudes y símbolos integrados en el sistema de interpretaciones de los humanos con el mundo, que organiza sus conductas y la comunicación social, con relación a la atención que se le brinda a la infertilidad por los servicios de atención.</p>	<p><i>1. Atención a la infertilidad por el sistema de salud</i></p> <p>Prioridades, estrategias y proyecciones del sistema de salud en torno a la atención a la infertilidad.</p>	<p>Percepción sobre recursos destinados a dar cobertura a los servicios de infertilidad. Desarrollo de la especialización y de los servicios de atención.</p>
	<p><i>2. Organización, Funcionamiento y Satisfacción con los servicios de atención</i></p> <p>Manera en que se organizan y funcionan los servicios de atención y la percepción de la satisfacción con la atención recibida frente a la esperada.</p>	<p>Características de la organización, el funcionamiento y la calidad de los servicios de atención a la infertilidad. Desarrollo de los servicios de atención. Percepción de la calidad de los servicios de atención a la infertilidad.</p>
	<p><i>3. Relación usuarios-prestadores</i></p> <p>Cualidad del vínculo que se establece entre los prestadores de salud y los usuarios de los servicios de atención a la infertilidad</p>	<p>Sentido y dirección de las relaciones entre prestadores de salud y usuarios de los servicios de atención. Comunicación entre prestadores de salud y usuarios de los servicios. Calidez en el trato percibido.</p>
	<p><i>4. Tránsito de los usuarios por los servicios de atención a la infertilidad</i></p> <p>Características de los procesos de referencia entre los diferentes niveles de atención. Modelos de prestación de salud a los que acuden las parejas infértiles.</p>	<p>Tiempos de atención al problema de salud. Vías de acceso a los diferentes niveles de atención. Selección de tipos de prestación de salud por las parejas infértiles.</p>

* Parentalidad: referida a la maternidad y a la paternidad

3.3.1. Representaciones sobre la parentalidad: maternidad y paternidad.

La categoría **representaciones sobre la parentalidad** está conformada por las sub categorías: *cultura sobre la maternidad y la paternidad, construcciones sociales en torno a la maternidad y la paternidad, y anhelo de ser madre o padre* (Tabla 2). La información para esta categoría obtenida a partir de los expertos (Grupo 2) quedó incluida en el epígrafe anterior, por lo que se consideró inoportuno repetirla acá.

- *Grupo 3: Parejas infértiles atendidas en los servicios de infertilidad seleccionados.*

A partir del análisis de la alocución de las parejas acerca de las **representaciones sobre la parentalidad**, se obtuvo que, la maternidad y la paternidad se asocian con la virtud y se les otorga un valor supremo.

Cultura sobre la maternidad y paternidad

La maternidad se representa como un don, un sueño, una necesidad y una experiencia insustituible. Por la mayoría de las mujeres se entendió como lo naturalmente esperado para y por una mujer, un instinto y condición biológica de carácter innato que las diferencia de los hombres, y que traduce una *cultura sobre la maternidad* biológica e instintiva. Para algunas de las mujeres que formaron parte de las parejas entrevistadas, sin bien la condición instintiva y biológica de la maternidad estuvo matizada por la expectativa social asociada al hecho de convertirse en madres, como para la mayoría de estas, la capacidad para engendrar intraútero emergió como un valor simbólico, que naturalizó lo que constituye a nivel social un mandato: el convertirse en madres. Ideológicamente predominó la parentalidad biológica centrada en la mujer, lo masculino quedó representado para las mujeres, como una participación de “compromiso”, aunque la contribución biológica masculina fue reconocida también, por aquellas con mayor nivel de instrucción.

La mayoría de los hombres manifestó concebir la paternidad como la forma de reproducir enseñanzas, valores y principios en el nuevo ser que aportan a la sociedad, y fueron pocas las referencias a la concepción de la paternidad como hecho biológico, aun cuando reconocieron que convertirse en padres era un hecho predecible desde lo “natural”, desde lo “biológico”.

Las parejas entrevistadas vincularon las representaciones de la parentalidad a lo que significa para sus miembros convertirse en madre y padre, según sus experiencias durante la infancia, a partir de la vivencia familiar, las que fueron positivas tanto a nivel individual como social.

“(…) significa lo que me enseñó mi papá y mi abuelo: guiar a los que están por debajo de uno, transmitir mis conocimientos, valores.” (HP7)

“Todo el mundo quiere ser mamá (...) es el propósito (...) es natural.”(MP18) “(...) es un derecho y un deber (...) es lo más bonito que le puede pasar a un hombre (...) es un instinto biológico (...).” (HP18)

“Yo quiero tener mi hijo, algo que sea mío, que yo pueda decir: es mío, eso lo hice yo.” (MP23) “(...) me encantan los muchachos (...) eso de educarlos, de guiarlos por la vida (...) tener una familia (...) por descendencia me imagino que me venga esos deseos de tener familia (...) eso lo he aprendido (...) no creo que sea necesario biológicamente ser padre (...).” (HP23)

Construcciones sociales en torno a la maternidad y paternidad

La *construcción social de la maternidad* para la mayoría de las mujeres entrevistadas, constituyó el centro de la identidad femenina, en tanto no cumplir con ella significa sentirse incompletas como mujeres. Para la mayoría de los hombres la paternidad opera como la condición que cierra un período en sus vidas y los convierte en adultos responsables de la protección, cuidado y educación de la descendencia; constituye eje de la masculinidad que permite la expresión de los roles asignados y asumidos para y por los varones. Las singularidades sobre estos aspectos, estuvieron referidas a la resignación a vivir sin hijos en caso de no lograr revertir la condición infértil, lo que ocurrió para aquellas parejas e individuos para las que había transcurrido mayor tiempo buscando descendencia unido a la edad biológica de sus miembros.

El valor simbólico de la maternidad para las mujeres, a nivel grupal y social, apuntó a la consolidación de la relación de pareja y al completamiento de la familia. Para los hombres el valor simbólico social de la paternidad emergió fundamentalmente como el sentido de posteridad que le otorga a sus existencias y con respecto a las mujeres fueron menos los hombres que reconocieron el valor simbólico referido al completamiento de la pareja y a la noción de familia. Las parejas realizaron valoraciones positivas, empleando adjetivos que enaltecían y equiparaba a la maternidad y a la paternidad con la “felicidad” y la “satisfacción personal” lo que refleja el valor individual de cumplir con el rol reproductivo normado, condición para sí y para los otros miembros de la sociedad, que demanda tal comportamiento.

“(...) es sentir un niño aquí en el vientre y sentirlo así (se toca el vientre, se lo mira y llora).” (MP8)
“Es una necesidad de la pareja (...) poder realizar el rol de padre, la educación de un nuevo ser (...) Una de las virtudes del hombre como ser social (...) Las parejas que no tienen descendencia suelen tener un grado de insatisfacción psicológica importante (...).” (HP8)

“Quiero sentirme madre. Eso me viene natural, me nació así.” (MP10) *“(...) ser padre es todo, educarlo, criarlo, es hacer mi familia (...) en la medida en que van pasando los años uno se da cuenta que también uno debe tener su familia, tener un hijo que me pueda cuidar (...).” (HP10)*

“Un hijo es algo que le hace falta a la pareja.” (MP13) *“Pienso que tener un hijo puede complementar a la pareja (...).” (HP13)*

“(...) a la mujer sin eso le falta una parte de la vida por vivir (...) hay que crear una familia, porque si uno se queda solo y la vejez y todo eso (...) la pareja necesita un hijo (...).” (MP20) *“Quiero ser papá para tener a alguien por quien en el futuro hacer lo que uno hace por los hijo (...) debe ser una necesidad biológica, pero también lo aprendí muy bien de la familia mía (...).” (HP20)*

“(...) Toda mujer quiere pasar por ahí.” (MP27) *“(...) los hijos son la forma de demostrar que uno pasó por la vida, es la forma en que uno trasciende (...) Es muy importante un hijo para una relación, sobre todo cuando se trata de una relación de tiempo.” (HP27)*

Anhelo por ser madre o padre

Las parejas entrevistadas vincularon la motivación al momento o circunstancias en que sintieron “la necesidad de ser madre o padre”, en el que tuvieron las condiciones de vida necesarias para tener descendencia, vinculado a la edad biológica que a nivel simbólico marca un límite. La necesidad de lograrlo fue más enfática, en aquellos casos en que había sido interrumpido un embarazo anterior por decisión individual o de pareja. La mayoría asoció la motivación de ser madre o padre con las siguientes condiciones: la culminación de los estudios, la edad biológica, la estabilidad económica y mejores condiciones de vida, y en menor proporción al logro de la estabilidad de pareja con una persona “adecuada” para estos fines.

Coinciden estos criterios con los del Grupo 2, referidos a que a pesar de que el binomio mujer=madre persiste en el imaginario social, el denominado “instinto maternal”, como tendencia innata de la mujer, ha evolucionado a una “maternidad razonada”, acto consciente, que responde a la evaluación de las condiciones personales, de pareja y de vida en general.

“(...) más madura decidí no lo iba a tener en contra de todos (...) porque estaba estudiando (...) se le suma una pareja que yo sabía no iba a llegar a nada (...).” (MP2)

“ya yo tengo 31 años y criar un hijo (viejo), no es fácil. El niño me va a pedir un par de adidas y yo no voy a poder dárselos. Me va a decir papá quiero correr...entonces lo quiero ahora. Es que yo estoy pasado ya con 31 años.” (HP7)

“(...) la pareja decide tener un hijo porque tiene que tener un hijo. Ya ella está cumpliendo los 40 años (...) Era una etapa donde lo primero eran los estudios. Se me fue el tiempo, en realidad se nos fue el tiempo, cuando nos dimos cuenta (...).” (HP8)

“(...) ahora quiero porque vivo sola con mi esposo (...) Salía embarazada y me lo sacaba (...) porque me gustaba la calle (...) lo que quería era salir a divertirme (...).” (MP10). *“Ahora llevo 6 años con mi pareja, ella quiere tener un hijo (...) yo lo deseo igual (...) Esta pareja me cuadró para tener un bebé, porque no lo voy a tener con una mujer que sea más mujer que madre (...).” (HP10)*

“Yo quiero ser mamá, porque yo hallo que eso es lindo (...) y yo siento que lo necesitamos (...) Ya la edad también (...).” (MP23) “Yo sí lo necesito, espiritualmente lo necesito (...).” (HP23)

- *Según el Grupo 4: Prestadores de salud de los servicios seleccionados.*

Para los prestadores de los servicios de atención a la pareja infértil de los servicios seleccionados, sobresalió la categoría **representaciones sobre la parentalidad**, tanto a nivel individual como colectivo, como el instinto propio de los seres humanos que posee significado relevante para la realización personal. Todos reconocieron que en la población cubana esto alcanza alta connotación aunque se ha producido un cambio en la disposición, sobre todo de la mujer, para tener más de un hijo e incluso algunas, que muestran desinterés por ser madres. Fue criterio unánime entre los entrevistados que en Cuba se vienen observando, patrones de “sociedades desarrolladas”, referidos a la postergación de la maternidad por priorizar la realización profesional y el alcance de estabilidad económica, lo que hace que el primer hijo se tenga por encima de los 30 y 34 años.

“La maternidad y la paternidad desde el punto de vista psicosocial son muy importantes para la pareja (...) en un momento de la vida juega un papel primordial para la pareja (...) todo el mundo tiene ese instinto de procrear (...). Para la población cubana es muy importante procrear (...) la mujer y la pareja ha tratado de ir postergando la maternidad hacia edades más avanzadas (...).” (Médico del Hospital I)

“La gente no renuncia a tener hijos (...) la gente quiere tener al menos uno.” (Licenciada en Biología del Hospital I)

“En Cuba la maternidad es una fiesta. El deseo de tener hijos es importante (...) Es muy raro encontrarse una mujer cubana que no quiera tener hijos (...).” (Licenciada en Biología del Hospital II).

“(...) está mejor definido lo que es la maternidad (...) en la maternidad hay de las dos partes (...) tanto de instinto como de cultura, para algunas lo máximo en la vida es tener un hijo y otras lo hacen porque se ven presionadas (...) Se les exigen aunque ellas realmente no deseen tener hijos (...).” (Médico del Hospital II)

- *De la observación participante abierta*

Las características generales de los ambientes observados en Salas de Espera y Consultas, por Hospitales, puede consultarse en los Anexos 10 y 11, respectivamente.

Las sesiones de observación realizadas en las salas de espera de los servicios de atención a la infertilidad seleccionados, aún cuando las condiciones de dichos espacios difirieron entre un hospital y otro, aportó un aspecto coincidente entre los Hospitales I y III: la coexistencia en el mismo espacio destinado para la espera, de parejas infértiles o mujeres infértiles, y de mujeres embarazadas o con niños recién nacidos en brazos, justificado por el funcionamiento de diferentes consultas al unísono. Esto permitió observar que las parejas y mujeres que esperaban para ser atendidas en la consulta de infertilidad, miraban con atención a las mujeres embarazadas y puérperas, y en muchos casos realizaban comentarios al respecto, lo que contribuyó al refinamiento de la categoría **representaciones sobre la parentalidad**, a partir de la interacción con la vivencia del evento por parte de otras personas. La mayoría de las mujeres mostraron ternura y agrado al observar la maternidad de otras mujeres, no así los hombres, quienes en su mayoría se mantuvieron al margen de los comentarios y no reflejaron expresiones de agrado en sus rostros.

La observación de consultas aportó refinamiento a la categoría, pues reveló el modo en que se conducen y expresan los médicos cuando le comunican a las mujeres y/o parejas que se ha logrado el embarazo. Los médicos atribuyen a la maternidad el sentido afectivo, emotivo y trascendental que le atribuye la sociedad de la cual forman parte. Reproducen la asignación de responsabilidad femenina con el logro de la descendencia, subvalorando la coparticipación masculina en el proceso, desde la propia paternidad, lo que refleja la reproducción de los

estereotipos y contribuye a reforzarlos. Se observó que la relación del profesional de la salud estuvo dirigida a la mujer, no a la pareja, aunque las conductas a seguir, si se produce el embarazo, dependen de los dos.

Observación de Consulta No 7 del Hospital II: El médico está realizando un ultrasonido. Al esposo no se le ha indicado que se acerque. El médico le informa con alegría a la mujer: "tienes 6 semanas de embarazo intraútero". Cuando la mujer regresa a su silla ni ella ni el médico intercambia palabras con el futuro padre. El médico le extiende a la mujer un papel y le dice "te regalo la primera foto de tu hijo". El médico se dirige únicamente a la mujer.

3.3.2. Representaciones sobre la infertilidad.

La categoría **representaciones sobre la infertilidad** está conformada por las subcategorías, *cultura médica y padecer la infertilidad* (Tabla 2).

- *Criterios de expertos (Grupo 2).*

Cultura médica

Los expertos reconocieron que la población percibe la infertilidad como una enfermedad o problema de salud inesperado, debido a condiciones biológicas de la mujer, que requiere ser tratado para ser resuelto. Coinciden en que la responsabilidad se centra en la mujer, y de no cumplir tal condición son "simbólicamente culpadas", de lo que se genera en ellas la percepción de una presión social ejercida por parte de la pareja y de la familia. En este sentido opinaron que el pensamiento de los hombres cubanos no ha evolucionado como el de las mujeres, lo que se refleja en la resistencia a asistir a las consultas y a realizarse pruebas diagnósticas como el espermiograma. Paradójicamente el acto de vanagloriarse ante el resultado satisfactorio de esta prueba, indica el valor simbólico de la garantía de la fertilidad como masculinidad probada.

"En cuanto al criterio que maneja la población en general, es que la infertilidad es una enfermedad que requiere de un tratamiento específico (...) prima la concepción de que el problema es de la mujer" (E2)

De manera general existe la concepción colectiva de la infertilidad como enfermedad que requiere tratamiento específico (E2, E7)

"(...) yo veo poca participación del hombre, cuando es un problema conyugal (...) el factor es masculino en treinta y tantos por ciento (...). con el machismo que prevalece en Cuba se cree que es un problema de la mujer. Somos culpables de hacerle sentir a los hombres que es un problema de la mujer (...)." (E3)

"Existe otro tipo de pareja cuyos hombres son muy machistas (...) conciben a la mujer como un objeto que obligatoriamente tiene que embarazarse y que son las culpables de que así no sea (...) Y todavía hay quien sigue asociando virilidad con fertilidad, cuando uno le da un diagnóstico con un espermiograma normal, se sienten orgullosos (...)" (E4)

El Padecer la infertilidad

Del discurso de los expertos se induce, que ante el no cumplimiento de lo esperado, el hombre y la mujer se auto devalúan y a la vez son devaluados a nivel grupal y social. La mujer infecunda se califica a sí misma como disminuida e incompleta, debido a que en el colectivo social prevalece la noción de que la condición de mujer está asociada indisolublemente a la de madre biológica; los hombres infértiles perciben que la sociedad les descalifica y cuestiona su virilidad y heterosexualidad lo que traduce las *construcciones sociales en torno a la paternidad*. Simbólicamente el hombre heterosexual engendra y provee, lo que condiciona la presión social y familiar para cumplir con esta condición. El no cumplimiento de lo culturalmente normado determina la reactividad masculina ante la sospecha o diagnóstico de ser el que porta la condición infecunda. El estigma social para los hombres es mayor porque sanciona su virilidad, su poder, lo que es reflejo de las bases culturales sobre la que se construye la masculinidad en las sociedades patriarcales. En ambos casos (femenino y masculino) se producen efectos negativos para la salud en general y para la salud mental frente a la identidad anhelada frustrada.

"Cuando la mujer por alguna razón no puede ser madre se siente disminuida y así la ven todos." (E2)

“Cuando se le dice a un hombre que no produce espermatozoides y que no tiene solución, eso es lo más duro que hay. Pues el hombre no está preparado para llorar (...) y se les salen las lágrimas.” (E4)

“(...) hay hombres que aceptan muy mal, muy mal, que lo primero que se indica es el espermiograma y es como si le dieran un electroshock (...)” (E5)

“(...) el hombre si no hace, es un hombre incompleto, incluso diría yo, con más repercusión social: hay un mayor estigma para ese varón que no ha sido capaz de preñar (...) están descalificados, no compiten (...)” (E7)

Según los expertos la construcción del *padecer la infertilidad*, para las mujeres, tiene el sentido de la pérdida y la inconformidad. Ellos lo vincularon con el imaginario de la maternidad como instinto, a la representación del acto de parir como referente de la “mujer completa”, lo que confirma los criterios obtenidos sobre las subcategorías *cultura* y *construcciones sociales en torno a la maternidad* aportados anteriormente. El no cumplimiento de lo esperado, en la satisfacción de “dar” un hijo biológico a la pareja, y la identidad maternal frustrada se expresa en estados depresivos, de infelicidad, que afecta los procesos fundamentales de la vida cotidiana en el ámbito familiar, profesional, de pareja. Las mujeres en respuesta a ello presentan estados emocionales negativos.

“No se conforman, eso es un trauma terrible, las mantiene vivas (...) Lo llevamos dentro, son instintos, se nace con ellos, no se aprende” (E1)

“(...) esa mujer, que tiene un factor de infertilidad, que no puede darle un hijo al esposo, esa mujer cae en una crisis tan grande, porque esta mujer dice “pero es que yo soy mujer y yo tengo que parir” (...) por momentos la cuestión social se minimiza y se hace biologicista (...) quien se percibe mujer tiene que parir, si no pare es una mujer incompleta (...)” (E7)

“(...) una mujer infértil no va a ser feliz, incluso la afecta en el desarrollo de su vida profesional, familiar, personal, de pareja, le afecta en todo. (...) La mayoría de las pacientes caen en estado depresivo cuando menstrúan, de pasarse 3 días en cama, de no bañarse, no hablarle a los maridos, de llorar (...) De no querer vestirse, de no ir a trabajar, son mujeres que están emocionalmente muy golpeadas”. (E4)

Uno de los expertos, que ha estudiado el tema de la infertilidad en la población masculina cubana (Anexo 1), explicó que el *padecer la infertilidad* para los hombres se construye fundamentalmente a partir de la demanda social, más que desde el propio deseo de ser padres. Según este experto, la construcción del *padecer la infertilidad* en los hombres comienza a edad muy temprana, desde la adolescencia, cuando aún no desean tener descendencia, pero sí comprobar la capacidad de embarazar a una mujer en el futuro, y responder a las exigencias sociales, familiares e individuales del “deber ser” pautado para su masculinidad.

“(...) para un varón la cuestión no es tener un hijo, la cuestión es demostrarle a la sociedad que yo soy capaz de preñar (...) El padecer de la infertilidad para el varón comienza mucho antes de su primer contacto con la medicina, comienza en la adolescencia con una duda incipiente acerca de su capacidad para embarazar a una mujer” (E7)

Fue reconocido el impacto negativo de la infertilidad en el desarrollo personal, familiar y profesional de las personas que la padecen. Se coincidió en que se producen disfunciones en las relaciones sociales, familiares y de pareja. La vulnerabilidad se incrementa con la convivencia porque involucra a toda la familia en el problema, lo que desborda la intimidad de la pareja, ya afectada en sí misma, por la autoestima baja y variabilidad de estados emotivos. Dos expertos abundaron sobre las consecuentes crisis de pareja, con peligro incluso para la disolución del vínculo, lo que acumula datos acerca de la limitación en el disfrute del estado completo de salud y bienestar de las personas infértiles, y de su entorno inmediato.

Se obtuvo información sobre las presiones a las que son sometidas las parejas y personas infecundas por la colectividad. En el contexto cubano las condiciones de vida, caracterizadas por varias generaciones conviviendo en un mismo espacio, influyen en que en la comunicación afectiva al interior de las familias y redes sociales, se desdibuje el límite de lo privado. La idiosincrasia respecto a los roles y estereotipos femeninos se refleja en el lenguaje empleado para hacer referencia a hombres y mujeres infecundos, que incluye palabras peyorativas en el argot popular como “suelta agua” y “machorra”. La presión social en base al valor simbólico del

significado del ser varón, del ser mujer y demostrarlo, y como parte de esta condición lograr la paternidad biológica, constituye una exigencia con impacto en mujeres y hombres.

“(...) Las parejas infértiles tienen mucha presión social arriba. Hay familias tan metidas... en primer lugar no viven solas, viven con un batallón de gente que está pendiente de cada detalle (...) son fenómenos socioculturales de nuestra sociedad (...) todo lo hablan, no hay una discreción, ni de la pareja, ni de la gente (...) Dicen: fulano, si fulano lo que suelta es agua, “meao” (...) Y de las mujeres: esa no se embaraza porque es machorra” (E4)

“(...) la misma pareja se margina, deja de ir a cumpleaños, a fiestas familiares, donde se habla de las travesuras de los hijos. Lo ven como un problema, como alguien que no puede (...) los varones nos levantamos por la mañana compitiendo, demostrando en la cotidianidad que somos varones y nos acostamos demostrando que somos varones (...) Así que la libre decisión de tener un hijo o no, para un varón, no es tan fácil (...) Está claro que es su decisión, pero la sociedad no lo ve de la misma manera y el vive en esa sociedad, él se construye varón en esa sociedad” (E7)

- Grupo 3: Parejas infértiles atendidas en los servicios de infertilidad seleccionados

Cultura médica

La fertilidad humana a nivel simbólico está naturalizada, por lo que la infertilidad fue percibida por las parejas como un evento desfavorable e inesperado, que les afecta en múltiples sentidos. Nunca tuvieron dudas sobre su fertilidad, la consideraban natural y predecible. Esta declaración apunta en la misma dirección a lo obtenido para la categoría **representaciones sobre la parentalidad**, referida a la naturalidad que a nivel simbólico se le otorga al hecho de convertirse en madre y padre. La percepción de la infertilidad para la mayoría de las parejas es la de una enfermedad, al considerarla como desviación o alteración del funcionamiento anatómico y fisiológico, condicionante de la incapacidad biológica para procrear; pocas parejas la consideraron como problema de salud, entendida como desviación orgánica de lo que consideraban normalmente esperado. En todos los casos se consideró que debe ser tratada para darle solución.

“Es algo normal que puede sucederle a uno y hay que buscar el motivo.” (M P5)

“(...) la infertilidad es algo normal, yo veo que hay bastantes parejas infértiles (...) Yo veo la infertilidad como un problema de salud, porque si no lo fuera no tuviéramos que venir a vernos con un médico.” (MP7)

“(...) la infertilidad es una enfermedad (...) Porque puede tener como base una enfermedad” (H P9)

“Para mí es una enfermedad mala” (M P19)

“(...) es hasta cierto punto una enfermedad, porque no son todas las personas las que la padecen (...)” (H P27)

El Padecer la infertilidad

La presión social y familiar percibida para cumplir con la condición de madre o padre, se ejerce en virtud de los conocimientos, creencias, valores y actitudes en torno a la fertilidad, capital cultural que se transmite en y a través de las redes familiares, de amigos, prestadores de salud y capital social, que acompaña en forma material y emocional al que padece el factor de infertilidad. La mayoría de las personas declararon sentirse presionadas por alcanzar la identidad anhelada, a través de sus discursos, varios hombres declararon que la presión que sienten proviene de sus compañeras afectivas quienes transfiguran su preñez en una demanda biológica hacia ellos. En estos casos tal exigencia no contribuyó a que las necesidades afectivas y de pareja se instalaran en estos hombres como motivaciones para ser padres, lo que refleja disyunción en los intereses de la pareja, a tener en cuenta en el manejo integral de las personas que acuden a los servicios de atención.

“La única presión que yo he sentido es la de mi pareja, que quiere salir en estado y se le ha hecho una constante en su vida.” (H P4)

“(...) he sentido presión en la familia para ser mamá, ya es una la que va quedando (...) en el centro de trabajo también (...)” (M P6). “(...) presión sí siento, cuando voy viendo que las otras personas van teniendo sus hijos (...)” (H P6)

“Yo también siento mucha presión por parte de ella, quien a veces “me viola” y me obliga a tener relaciones todo el tiempo. Ya a veces no me deja ni ver el televisor y hasta quiere sacarme el TV del cuarto.” (H P11)

“Por parte de mi pareja yo he sentido un poco de presión. Tiene ya 37 años y siente que se le está acabando el tiempo (...).” (H P27)

Emergieron del discurso de estas parejas, sentimientos y percepciones disímiles que expresan estados emocionales negativos experimentados por la mayoría como estados de *“tristeza, melancolía, angustia, culpa, sufrimiento, frustración y depresión”*. También reconocieron sentirse *“estresados, obsesionados, ansiosos, temerosos y desesperados”*, debido al sentimiento de pérdida que experimentan al no lograr alcanzar la identidad anhelada. La construcción del *padecer*, obliga a la persona a salirse de la seguridad de lo “normal” y a amplificar simbólicamente y perceptualmente la incapacidad para lograr un embarazo, que hace evidente que la vida no responderá a un anhelo o expectativa que tiene certeza de cumplirse. Para los hombres entrevistados el padecer no se tradujo en la necesidad de su reafirmación heterosexual, como ente viril y masculino. En las mujeres, la frustrada identidad anhelada, como valor simbólico de la maternidad, las hacía sentirse incompletas, el *padecer* se vivenció como una importante carga de angustia.

“Vivir la infertilidad ha sido horrible (...) momentos de depresión violenta (...) me digo que no dejo de ser persona, no dejo de ser mujer, pero ha habido otros momentos de desesperación (...) tuve períodos en que iba por una calle y veía una embarazada y lloraba, igual veía un niño y lloraba (...) Para él es un pesar también (...)” (M P2)

“(...) me afecta, me hace sufrir mucho (...) a veces me dan crisis depresivas, me siento muy mal, me cambia el carácter” (M P5) “(...) no te sientes desarrollado desde el punto de vista social (...)” (H P5)

“Me deprimó bastante. Estuve ingresada seis meses en un centro de salud mental. (...) Me siento que no estoy realizada.” (M P19) “(...) a veces me siento mal por eso, a veces me entristezco porque imagínese uno lo desea y no puede.” (H P19)

“A veces me siento decepcionada (...) Me he sentido deprimida y triste.” (M P7). “(...) es un reto (...). Yo me he entristecido, me he deprimido (...)” (H P7)

El *padecer la infertilidad* se expresó con más intensidad a la llegada del período menstrual femenino, como prueba objetiva de la infecundidad y del momento en que se cierra un ciclo de tratamiento y diagnóstico para comenzar otro.

“Cuando caigo con la menstruación me siento muy mal, dejo de ser yo (...) es algo que me pone triste, me angustia.” (M P3)

“(...) cuando caigo con la menstruación yo me pongo muy mal, es un dolor aquí [se toca el pecho], una angustia, yo no quiero hablar con nadie, yo no quiero que me miren, yo no quiero saber de nada.” (M P7)

“Cuando veo la menstruación me siento defraudada (...)” (M P13) “Ha sido triste vivir esto (...) Cuando ella cae con la menstruación me afecta la preocupación de ella (...) Ella es la más afectada.” (H P13)

“(...) me pongo triste, me siento frustrado (...) Cuando ella cae con la menstruación ya se que es un mes más a esperar (...)” (H P15)

El sentimiento de “culpa” estuvo relacionado con la biografía de las personas, según el balance retrospectivo de sus comportamientos reproductivos que en el momento de *padecer la infertilidad* auto sancionan como conductas inadecuadas. Entre las mujeres emergió el haberse realizado interrupciones de embarazos anteriores; entre los hombres el propio hecho de portar el factor de infertilidad vinculado a algún comportamiento, como la realización de determinados ejercicios físicos, el consumo de sustancias tóxicas o alguna actividad profesional. Además de la carga de padecer individual, en algunas de las parejas entrevistadas afloró la mutua culpabilización, y en esos casos el padecer la infertilidad fue más complejo, con las consecuencias negativas para un disfrute pleno de la salud individual y de la relación de pareja.

“Yo he tenido dos embarazos anteriores (...) si me hubiera puesto a pensar si en un futuro podría lograrlo o esa era la última oportunidad, a lo mejor hubiera decidido que sí, que lo tendría (...) me hace sentir culpable” (M P2)

“ (...) me siento muy culpable por el aborto que me hice (...) no me he podido recuperar de eso nunca (llora) (...) todos los días yo pienso que mi niño podría tener ahora 6 años, incluso los días en que cumpliría años yo pienso en eso. (...) (llora). En la pareja nuestra sí influye mucho la culpa. (...) El hecho de haber salido embarazada de otro matrimonio... lo saca a relucir. Yo pensaba que la infertilidad mía con él era mía, como él tenía ya una hija (...) nos sorprendió su oligospermia (...) él pensaba que era yo y me di cuenta que él en ese momento se quedó pensando y lo afectó.” (M P16)

“No se ha manejado la culpa, pero yo la siento (...) en los momentos difíciles, se pone mala la cosa.” (H P18)

“A veces me siento culpable y no tengo forma de solucionarlo.” (H P 23)

“(...) Otras veces cuando se saca el tema siempre se llega a culpar a alguien.” (H P 27)

En otros casos el *padecer la infertilidad* en la relación de pareja no resultó del todo negativo. Los miembros de algunas parejas refirieron que conocer el diagnóstico de la infertilidad había influido en que se estrecharan los lazos afectivos entre sí, que se sintieran más compenetrados e identificados. Fue una minoría la que reconoció haber confrontado dificultades de pareja a consecuencia de la infertilidad cuando llevaba poco tiempo de lidiar con el problema.

“(...) la infertilidad nos ha unido más.” (H P3) “(...) esto nos ha unido más, porque es algo que anhelamos los dos.” (M P3)

“(...) esto nos ha unido. Al principio uno se siente culpable y al final me sentía era yo solo el que estaba halando, pero ya ahora me he dado cuenta que somos los dos.” (H P5).

“A nosotros esto nos ha unido mucho, ojala y no hubiese sido de esta manera” (H P1)

La comunicación de la pareja con relación al problema de salud resultó un escenario en el que se expresó el *padecer la infertilidad*. Se obtuvo variabilidad de respuestas, que van desde la evitación del tema hasta el diálogo constructivo y solidario. Las formas de comunicación dependieron de: el tiempo de la relación de pareja; el nivel sociocultural de sus miembros y sus edades respectivas; el factor de infertilidad diagnosticado; el tiempo transcurrido en la búsqueda de descendencia; y el tiempo que ha durado la atención médica, factores que pueden incidir solapadamente. La mayoría de las parejas reconoció que conversan sobre el tema, solo unas pocas llegaron a plantear explícitamente que lo evitan, y para el resto no hubo coincidencia en la respuesta que dieron los miembros de la pareja.

“(...) nosotros nos llevamos muy bien y hemos hablado de todo.” (M P4)

“(...) hablamos sobre esto siempre (...) nos hemos trazado un proyecto en serio (...).” (H P6)

“Yo evito el tema con ella, sobre todo en lo referido a qué pasaría si no lo pueden tener.” (H P13)

“(...) hablamos mucho sobre esto” (H P15). “A mí me hace bien hablar del tema, yo me siento bastante animada.” (M P15)

“(...) es un tema que yo sobre todo evito con mi pareja, porque tengo miedo que el empiece a obsesionarse con los niños (...) por esa vía eso puede terminar la relación.” (M P19)

Otro ámbito en el que la infertilidad se padece, es el de las relaciones sexuales. Se obtuvieron tantas respuestas negativas como positivas aunque algunas parejas se negaron a hablar sobre el tema y en otros casos las respuestas obtenidas fueron contradictorias entre sus miembros. Emergió la asociación de la afectación a la relación sexual con la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos.

“(...) se ha visto afectada la relación sexual en alguna medida. En la parte esa cuando está próxima la consulta, cuando estás próximo al espermograma, que hay que estar 4 días de

abstinencia, o cuando es el día de la ovulación, que hay que tener relaciones (...) no es el mismo acto, bajo presión, que espontáneamente.” (HP9)

“(...) no ha afectado mi relación de pareja, pero sí las relaciones sexuales. Yo quiero tener relaciones todo el tiempo y a veces él no tiene deseos (...) yo siempre estoy pensando en eso.” (M P11)

“(...) la relación sexual nuestra no ha perdido el carácter placentero (...) acordamos eso no podía afectarnos.”(H P14). “En ocasiones, al principio (...) cuando me decían mira los días fértiles son estos (...) ahí sí que nada más que pensábamos en eso. Ya después lo miramos desde otra óptica (...) porque nos íbamos a volver a locos (...).” (M P14)

“(...) hay veces el médico te dice: hay que hacer seguimiento, a ver qué día estás ovulando y entonces ese día hay que tener relaciones, y al otro día, es como algo impuesto, algo obligatoriamente.” (M P18)

“(...) me he pasado tiempo sin tener relaciones sexuales porque no tengo deseo sexual, porque yo pienso que si no salgo embarazada para qué voy a seguir luchando (...) ya lo hago no por deseo, sino por necesidad.” (M P19)

El sentido reproductivo que adquieren las relaciones sexuales y la adopción de conductas “especiales” para ellas, constituyen parte del *padecer la infertilidad*: el aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales con la finalidad de elevar la probabilidad de ocurrencia de la fecundación; la adopción de determinadas posturas durante y posterior al coito para ayudar a la transportación del semen; y la evitación del aseo inmediato después de la relación sexual. Tales conductas en ningún caso fueron indicadas por los facultativos, ni informadas a estos por parte de las parejas, su práctica partió de la transmisión cultural al interior del grupo social al que pertenecen las parejas, reflejo del capital social y cultural con el que cuentan, del que forma parte la *cultura médica*, subcategoría anteriormente explicada. Estos datos sugieren además, insuficiencias en la comunicación médico-paciente durante la atención, vistas en la falta de indagación y conocimiento integral sobre la conducta sexual de la pareja en la vida cotidiana, de los determinantes sociales, de los contextos familiares, sociales y de las condiciones de vida como aspectos fundamentales en el curso del tratamiento de este problema de salud, y para la práctica y disfrute de la sexualidad de la pareja como parte del disfrute pleno de la salud. También emergió al respecto, la evitación del tema sexual en el diálogo entre los miembros de las parejas y con otros; el no tener relaciones sexuales cuando carece de sentido reproductivo; y en algunos casos el establecimiento de relaciones de pareja extramatrimoniales o la aceptación de esa posibilidad para lograr la maternidad o paternidad anhelada.

“(...) teníamos relaciones sexuales más frecuentes de lo normal.” (MP1)

“(...) como estamos sentados en un salón de espera, pues escuchamos a otros pacientes (...) nos han dicho que el día 11, después que empieza la ovulación, tratáramos de tener relaciones sexuales con mayor frecuencia, en la posición más cómoda, mantener cierta costumbre de aseo, pero desde el punto de vista personal no nos han orientado eso, parece que como somos médicos, se infiere que lo conocemos.” (HP8)

“(...) nunca me han preguntado sobre conductas sexuales (...)he escuchado que la mujer debe ponerse boca arriba.” (HP10) “(...) cuando tú no estás en na, tú lo puedes hacer normal, pero cuando tú estás en esto lo tienes que hacer en una posición: posición V.” (MP10)

“Algunas veces no quiero ni que me toque y aunque sé que se debe a un cúmulo de cosas, la infertilidad puede incidir en que yo me ponga así y bastante (...)tener relaciones con otro hombre para lograr mi hijo, sí lo haría.” (MP4)

“Yo me he probado con otras muchachitas (...) dicen que las he embarazado, eso nunca lo he podido comprobar.” (HP7)

“(...) Mucha gente me pregunta si no he probado con otra pareja y yo he sido conservador en ese sentido (...).” (HP13)

“(...) por mi mente sí ha pasado la posibilidad de probarme con otra pareja (...) He pensado probarme con otra.” (HP15) “(...) mis amistades me dicen: sepárate de él y búscate otro (...) ¿y si a lo mejor otro me da un hijo? (...)” (MP15)

Una cuestión que emergió del discurso de las mujeres, fue que cuando perciben cambios en su organismo que le hacen sospechar problemas con su fertilidad y posteriormente ante la certeza del diagnóstico de infertilidad, incrementan la búsqueda de información autodidacta ya sea a través de internet o de otros medios; se mantienen atentas a la información que se publica y divulga, y algunas llegan a convertirse en estudiosas del tema.

“Yo me mantengo al tanto de toda la información relacionada (...) yo busco por Internet y cuando llego aquí se lo digo al médico cuando tengo alguna duda.” (MP2)

“(...) Internet, yo me meto y busco cosas, averiguo qué se está haciendo, como se está haciendo. También tengo libros y de vez en cuando me vuelvo a estudiar todo, pero Internet (...) es mi fuente de información.” (MP9)

“(...) he tenido libros sobre cómo debo hacer el amor (...) Yo misma he estudiado y he preguntado (...)” (MP10)

“(...) cuando me dijeron que tenía clamidia me alteré y busqué información y entonces leí, (...) busqué información muchísimo (...) también he buscado cuando me hice la láparo, cómo era el proceso, cuando me hice la histero, aunque yo tenía conocimientos porque soy enfermera, yo quería saber exactamente cuál era la repercusión de eso y cómo era el umbral del dolor de cada persona, si lo podría resistir (...)” (MP14)

“(...) tratamos de indagar, a veces el baja por Internet cosas interesantes (...)” (MP17)

- Grupo 4: Prestadores de salud de los servicios seleccionados.

Las **representaciones sobre la infertilidad** emanadas, descansaron en la *cultura médica* propia de este grupo. Se manifestó la concepción de la infertilidad como problema de salud al que debe prestársele cada vez más atención. Para este grupo la noción de problema de salud no es la misma que se venía manejando por el grupo anterior, referida a la desviación de la “normalidad” percibida por las personas, y que conduce a la búsqueda de atención médica. El problema de salud lo declararon vinculado a su percepción del aumento de la demanda de los servicios de atención a la infertilidad, la que no necesariamente tendría que responder al incremento de su incidencia, sino que puede sustentarse en el mayor conocimiento, nivel de educación y acceso a la información que posee la población cubana actual, aunque reconocieron que el incremento de hábitos tóxicos y de sepsis vaginales; la postergación del embarazo y el incremento de la incidencia de ITS, pueden determinar en conjunto una tasa real superior.

“Tal vez no ha aumentado con los años el número de parejas que presenta este problema de salud, pero sí ha aumentado la demanda (...) puede obedecer a una mayor cultura, una mayor información (...) el hábito de fumar, el alcohol, las drogas, todo eso ha ido en aumento, las sepsis vaginales, el embarazo ectópico, que hoy por hoy es una de las primeras causas de infertilidad (...).” (Médico del Hospital I)

“Paulatinamente ha habido un incremento de las parejas infértiles acudiendo al servicio (...) ya las parejas vienen aquí y preguntan qué pueden hacer (...) ya hay otro flujo de información (...) Yo pienso que el comportamiento sexual de las personas puede estar incidiendo en el aumento de la incidencia de la infertilidad.” (Licenciada en Biología Hospital I)

“La infertilidad no es una enfermedad, sí creo que debe estar catalogada como un problema de salud y que hay que dedicarle más tiempo y atención.” (Médico Hospital II)

La explicación a la conceptualización de la infertilidad como problema de salud que debe ser tratado, se argumentó además por el impacto que ejercen las presiones sociales y familiares en la esfera biológica, psicológica y social de los individuos, que inciden sobre las parejas que buscan atención. Se coincide, con los restantes grupos, en considerar que la infertilidad afecta todas las esferas de la existencia humana y en específico la esfera social, lo que se manifiesta de forma específica a nivel de la pareja y de la familia. El impacto negativo de la infertilidad sobre la pareja, en la comunicación, la calidad de la relación sexual por obligación en desmedro de la espontaneidad, el duelo y la culpa ante la no deseada aparición de la menstruación, entre otros

determinantes, emergió del discurso de todos los entrevistados, lo que refuerza lo planteado por las parejas en lo referente a su *padecer la infertilidad*.

" (...) afecta ambas esferas, la biológica y la psicológica, y repercute en la esfera social, porque muchas veces esto trae al traste con la vida de pareja.. (...) la relación sexual va perdiendo su plenitud de goce y satisfacción para irse convirtiendo en una relación sexual totalmente reproductiva (...) se convierte en una relación para eyacular (...) También se va produciendo la reacción de luto o duelo, por parte de la pareja, cada vez que aparece la menstruación (...) cuando llegan a la consulta es ya por presiones sociales, porque la familia le pregunta, les piden un nieto (...) la gente del barrio les pregunta, en el trabajo." (Médico Hospital I)

"Todo parece indicar que no hay ese juego amoroso previo (...) una falta de interacción y confianza en la pareja (...) un montón de parejas que el hombre no puede hacerse el espermograma, eso no llega a ser una disfunción sexual, pero sí una disfunción de pareja." (Bióloga Hospital II)

En cuanto a las **representaciones sobre la infertilidad** para la colectividad, vuelve a subrayarse la inconformidad dentro de la población con la condición infecunda, sumada a la escasez de recursos personales y psicológicos de los hombres para afrontar un diagnóstico de este tipo. Esto se sustenta en la deconstrucción que opera en la masculinidad y la femineidad al no cumplir con "el deber ser" en respuesta al imaginario social, lo que para la mujer puede tener mayor connotación toda vez que se le responsabiliza más que a los hombres con la fertilidad y por tanto también con la infertilidad. Esto se traduce en presión y cuestionamiento social que sobre las parejas y personas infértiles, con su consecuente efecto sobre la salud.

"Informarle a un hombre que su semen tiene problemas, es un momento duro (...) Ellos siempre piensan que la del problema es la mujer (...) se ven implicados en un proceso que no estaba en su mente y ahí se les está cayendo el mundo arriba. Muchos lloran, se deprimen (...) ellos no están preparados para eso." (Licenciada en Biología Hospital I)

"Las mujeres infértiles no se conforman (...) es un trauma para siempre, aunque después se compensa con otras cosas (...) Cuando se le dice a un hombre que no produce espermatozoides y que no tiene solución, eso es lo más duro que hay. Pues el hombre no está preparado (...) Las parejas infértiles tienen mucha presión social arriba (...)." (Médico Hospital II)

" (...) es algo que es bastante difícil de tratar cuando tú tienes sentados frente a ti personas, que para ellos el día que le diga por ejemplo que tiene una obstrucción proximal y su única posibilidad es la fertilización in Vitro, y sabemos en el país está limitada, es como decirles: se van a morir (...) Hay parejas que asumen el reto de la infertilidad con mucha más tranquilidad, con mucho más sosiego (...) Es más notorio, más imprescindible para la mujer que para el hombre. El reto en el hombre existe, pero con mucha menos agresividad que en la mujer (...)." (Licenciada en Biología Hospital II)

A partir de los discursos de los prestadores de salud no emergió información relativa a las conductas (sexuales o de otro tipo) de las parejas infértiles que atienden en los servicios de atención a los que pertenecen, solo se hizo alusión por parte de uno de ellos, al autodidactismo en la búsqueda de información por parte de las parejas. Esto reafirma información dada por las parejas respecto a que en el interrogatorio de los profesionales de la salud no se indaga sobre la forma y calidad de sus relaciones sexuales, ni han informado a sus médicos con relación a ello, lo que apunta a debilidades en el proceso de atención a la pareja infértil.

- *De la observación participante abierta*

La observación del desarrollo de las consultas aportó a la categoría **representaciones sobre la infertilidad** características del enfoque médico-clínico-biológico. En la mayoría, predominó la atención del médico al chequeo de los resultados de las pruebas diagnósticas indicadas previamente y al interrogatorio dirigido exclusivamente a indagar los aspectos de índole clínico. No se exploraron, en ninguna de las consultas observadas, las características sociales y culturales del entorno donde se desenvuelven las parejas, que permitan ubicar las características de los contextos familiares, de las redes sociales, amigos, trabajo, del imaginario personal, que permitan identificar el enfoque y capacidad de enfrentamiento a la condición infecunda. Tampoco las conductas asociadas al tratamiento del problema de salud.

Las reacciones más comunes observadas en las personas que son atendidas, sobre todo en las mujeres, es la de contrariedad y desconcierto, en aquellos casos en los que el médico no indica un tratamiento farmacológico u otra prueba diagnóstica, de lo que se puede interpretar que la mujer y la pareja posee también un imaginario y cultura sobre la atención propios, centrados en la clínica y la biología.

Observación de consulta 1 en el Hospital I: El médico le explica a una mujer que asiste sola, después de haber revisado los resultados de sus análisis y sin mirarle al rostro: *“te encuentras en muy buen momento para salir embarazada y aquí tienes mi teléfono para que me llames si sales embarazada, para indicarte progesterona”* (Médico). La mujer refleja desconcierto en su rostro y después de una pausa le dice al médico: *“Dr, entonces no necesito otro tratamiento?”* (Mujer) El médico le responde: *“la progesterona cuando consigas el embarazo”*. (Médico)

Observación de consulta 6 en Hospital II: Antes de mandar a pasar a la próxima paciente el médico lee la HC de ésta y se dirige a la investigadora para decirle que se trata de una mujer de 36 años de edad, que reside en Santa Cruz del Norte. Una vez que la mujer entra, sola, el médico dirigiéndose a la investigadora y obviando a la mujer, le dice: *“ a ella se le estuvo examinando, pero de momento la respuesta ovárica no fue buena, se le indicaron pruebas hormonales y la FSH salió un poco alterada. Ahora lo que toca es hacerle un test de clomifeno”* Se dirige entonces a la paciente y le indica, sin otra explicación previa, que localice a una persona en el Instituto de Endocrinología para realizárselo. (Médico)

Se corroboró que en ninguna de las consultas se indagó por parte de los profesionales de la salud sobre las conductas sexuales de las parejas que se atendieron. En el proceso de atención la indagación se centró en el componente anatomofisiológico de la infertilidad, a verificar por medio de la indicación de pruebas diagnósticas y de tratamientos farmacológicos en los casos en que así procedía. No se observó que los facultativos orientaran cambios en la práctica sexual, ni en forma, ni en frecuencia, ni en calidad de la relación sexual.

3.3.3. Representaciones y conductas en torno a la atención a la infertilidad por los servicios de salud

La tercera categoría que emergió tiene carácter relacional pues adquiere su significado en y durante el vínculo de las parejas infértiles con los servicios de atención estudiados. Se desglosa en cuatro subcategorías que son: *la atención a la infertilidad por el sistema de salud, la organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención, la relación usuarios- prestadores y el tránsito de los usuarios por los servicios de atención a la infertilidad* (Tabla2).

- *Criterios de expertos (Grupo 2).*

Atención a la infertilidad por el sistema de salud

Se consideró que la infertilidad no fue priorizada debido a múltiples causas, la principal de ellas la escasez de recursos en medio de crisis económicas severas y del bloqueo económico y financiero al que ha estado sometido el país, por lo que se ha visto limitada la disponibilidad de los recursos materiales que requiere la atención a este problema de salud. Una vez más emergió la impronta del período especial en la atención a la infertilidad, ya que se dejó de contar con los recursos indispensables para mantener un servicio de atención a la infertilidad, los disponibles había que destinarlos en ese momento a salvar vidas. Este es uno de los hitos reconocido por los expertos y que vuelve a emerger como determinante en el desarrollo de la especialización y por ende en la atención a la infertilidad.

“No se han destinado los recursos necesarios para medicamentos, para las cirugías femenina y masculina, el diagnóstico (...)” (E2)

“(...) El período especial le jugó una mala pasada a la infertilidad.” (E4)

Durante el período especial llegó un momento que ni clomifeno teníamos, nos quedamos en cero. Los recursos disponibles había que destinarlos a salvar vidas. (E2, E4 y E6)

La importancia de la atención a la salud materno-infantil ha privilegiado a la especialidad de Obstetricia más que a la de Ginecología, ámbito de la especialidad en donde se ubican los estudios de la infertilidad. A esto se añade la escasa motivación entre los médicos para dedicarse a la atención de la infertilidad, debido fundamentalmente a la incertidumbre implícita en su

tratamiento, lo arduo que se torna el manejo de la pareja infértil, lo prolongado del proceso de atención, la escasez de medios para el diagnóstico y tratamiento, y de bibliografía actualizada (E2, E3, E4 y E6).

“(...) jamás le han dado a la infertilidad la importancia que tiene realmente, los ginecólogos la rechazan (...) los profesionales se decepcionan ante las dificultades para el diagnóstico y tratamiento (...)” (E2)

“La infertilidad es una especialidad dentro de la ginecología que habría de verticalizarse (...) no tiene el calor y la ayuda que de verdad merece (...) Claro, es que en la Ginecología la obstetricia siempre se ha comido a la ginecología” (E3)

“La infertilidad no es de las especializaciones dentro de la ginecología que más gustan (...) existen médicos operativos que no soportan “cargar” a un paciente por años (...) ni dedicarle horas a hablarles o verlos llorar y consolarlos. (...) Para ser infertilista hay que tener una característica especial (...) Deben ser personas comprensivas, de buen carácter, asequibles, que el paciente pueda interrelacionarse con el médico, personas con las que el paciente sienta que tiene confianza (...) que le dedique tiempo (...)” (E4)

En ocasiones los profesionales se decepcionan ante las dificultades para el diagnóstico y tratamiento. Es la única especialización ginecológica donde nada es absolutamente seguro, por eso a muchos no le gusta. (E2 y E4)

“La falta de prioridad que se le dio a la infertilidad fue porque había que destinar los recursos a salvar vidas.” (E4)

“La especialización nunca estuvo priorizada, ya hace algunos años se está priorizando (...) pero se hacía (...)” (E6)

Organización, funcionamiento y satisfacción en la atención a la infertilidad

Es insuficiente la organización de los servicios de atención a la infertilidad en el país, lo que menoscaba su desarrollo, funcionamiento y calidad. Las ideas al respecto dejan ver una especie de “fatalismo geográfico” expresado en una menor calidad de los servicios en las provincias que se encuentran más alejadas de la capital, en la poca permanencia de especialistas en ellos o incluso en la inexistencia de dichos servicios. Del discurso de los expertos se induce que la insuficiente prioridad que se le ha otorgado a la atención a la infertilidad en cuanto a recursos materiales, ha incidido en la organización y funcionamiento de los servicios, unido a las dificultades para la formación de especialistas que se dediquen a ella debido a la limitación de recursos, y a la concentración de recursos en la capital del país.

“Hay poco desarrollo de las consultas de infertilidad en el país.” (E3)

“Hay hospitales ginecológicos donde no se ha logrado hacer la consulta de infertilidad seguida en el tiempo, con mucha inestabilidad de personal (...) hace que la gente se vaya a otro hospital (...) Así en todo el país. Hay pueblos donde no ha habido consulta de infertilidad nunca (...)” (E4)

“(...) ya en La Habana hay bastante desorganización, quien sabe lo que hay, si es que hay algo, en el resto del país.” (E6)

Los protocolos y las normas para atención a la infertilidad existen en todos los libros de la especialidad, pero no se han estandarizado ni se siguen de igual manera por todos los servicios, lo que de acuerdo con la información emergente se le suma a las disparidades entre los servicios existentes.

“El protocolo para infertilidad está escrito, aquí todo está normado, pero hay que ver qué se hace realmente.” (E2)

“Hay muchas consultas de infertilidad que se circunscriben al espermograma, a una histerosalpingografía, y a veces ni siquiera tomar una curva de temperatura basal en la mujer.” (E3)

“Aunque todo está escrito, la infertilidad no está protocolizada (...)” (E4)

Se reconoció la necesidad de la organización de los servicios de atención a la infertilidad por niveles de atención, de manera que se inicie desde el primer nivel, para lo que se requiere de equipos transdisciplinarios que involucren a ginecólogos, biólogos, endocrinólogos, psicólogos e imagenólogos.

“(...) el objetivo de organizar la atención primaria es que la mujer llegue al hospital donde está la mayor cantidad de recursos, ya estudiada (...) De esa manera ya la pareja viene con un estudio adelantado (...) al hospital le tocarían las pruebas invasivas, los estudios hormonales, los inmunológicos y la inseminación artificial.” (E4)

Relación usuarios- prestadores

Los expertos se mostraron de acuerdo al reconocer que se produce implicación afectiva entre médicos y parejas infértiles por los vínculos tan estrechos que se establecen, lo que puede incidir negativamente en la conducción del proceso de atención y provocar su dilatación en el tiempo, por buscar insistentemente la comprobación de la falla biológica frente a la dificultad para hallar una causa que explique la condición infecunda. El manejo de las parejas infértiles se torna difícil, como se ha reconocido tanto por expertos como por prestadores, por su impacto emocional y psicológico. El trámite del dolor y del sentimiento de pérdida ante un diagnóstico de infertilidad de cualquier tipo, especialmente la idiopática, puede escaparse de las competencias profesionales en aquellos casos en que se ha establecido con las parejas un vínculo afectivo estrecho.

La demora en las consultas puede deberse a que al médico le apene hablar claro y decir que no hay solución. (E1, E2 y E3)

“(...) el médico arrastra a la pareja infértil, ya no como paciente sino como amistad, o que le apene decir que no sabe por qué no se logra el embarazo (...) cuando se crea esa gran empatía entre el médico y el paciente... los médicos repiten una y otra vez las pruebas para estar un poco más seguros, porque certeza nunca se tiene, ninguna prueba es certera (...)” (E2)

“El médico después que agote todas las posibilidades diagnósticas tiene que afrontar y decirle a la pareja: yo creo... eso es una cosa difícil.” (E3)

La relación que se establece entre prestadores y usuarios en la actualidad, adquiere una calidad superior en comparación con épocas anteriores, al tener las personas un mayor nivel cultural y de instrucción. Los datos aportados por los expertos permiten inducir que de la relación que se establezca, dependerá el éxito del diagnóstico y de los tratamientos, cuestión esta que se contrapone hasta cierto punto con lo expresado anteriormente.

Las parejas ahora son más asequibles, más educadas, preguntan más, se relacionan más, ayudan más. (E4 y E6)

“Las mujeres han aprendido, saben mucho, demandan atención, y exigen mucho (...) se relacionan de una forma adecuada con los médicos pero con más autonomía, no tan sometidas (...), con más autoridad para reclamar cosas que tiene que ver con su salud (...) tienen más participación, son capaces de opinar sobre lo que desean y sobre cómo quieren recibir la atención (...) la mujer ha cambiado considerablemente (...) ha salido de su sometimiento cultural, expresado en la cosa médica a una actitud más libre, más autónoma, más conocedoras de sus derechos y por lo tanto más exigente (...). La actitud de los médicos hacia las pacientes ha cambiado con esto del consentimiento informado, esta idea de salir de la posición de beneficencia del médico hacia el paciente, liberar al paciente y darle más autonomía.” (E5)

El nivel cultural y de instrucción que poseen las parejas que asisten a los servicios emana del discurso de los expertos de manera contradictoria. A juicio de ellos las personas llegan a sus médicos con más información, pero no bien informadas, portan informaciones distorsionadas, cargadas de expectativas irrealizables en nuestras condiciones, que les generan ansiedades, incertidumbres y decepciones. Un ejemplo lo constituye el reclamo de los usuarios por el acceso a tecnologías más avanzadas y sus pretensiones de “adelantar” con el empleo de estas, aunque conocen la escasa disponibilidad de las mismas. Las personas perciben la necesidad de la

intervención tecnológica para la solución más rápida y efectiva de su problema, lo que deviene aporte al padecer la infertilidad al no poder recibir esta respuesta debido a las carencias económicas, aun cuando no necesariamente la falla anatomofisiológica lo requiera.

“(...) te encuentras un montón de gente que te discute cosas, que busca en Internet y discuten procedimientos y tratamientos (...) lo manejamos fácilmente: le explicamos y le preguntamos si confían en nosotros. Le tienes que subir la parada a esa pareja, hay que explicarle más, hay que dedicarles más tiempo (...) Años atrás era muy difícil hacer un espermograma o inseminación artificial Eso cambió ahora les dices que vas a inseminar y te aplauden” (E4)

“Las mujeres se han dejado permear de la tecnología y nosotros las hemos dejado caminar sobre caminos de tecnología que no necesitan (...) Vivimos una etapa de tecnología y la paciente se ha hecho parte de esto (...) puede ser que algunos médicos en su deseo de explicar cualquier evento a la paciente hable más de lo que corresponde (...)” (E5)

Tránsito de los usuarios por los servicios de atención a la infertilidad

Los tiempos requeridos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, dependen de la constancia de las parejas; las condiciones y medios de los que se disponga y el seguimiento de un protocolo o ruta certera. La mayoría coincidió en que eran suficientes de tres a ocho meses para dar un diagnóstico a la pareja y comenzar el tratamiento, pero que la evolución de los casos de infertilidad en nuestro medio demora entre cuatro y cinco años, y algunos alcanzan los 10. Reconocieron unánimemente que las parejas infértiles cambian espontáneamente de un servicio de atención hacia otro sin completar el diagnóstico, buscando agilizar la solución a su problema, lo que obedece al agotamiento, decepción y tedio frente a la demora de los diagnósticos y tratamientos (E1, E2, E4 y E6), lo que sugiere que los factores determinantes estructurales y económicos en la organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios, antes mencionados, pueden estar incidiendo negativamente en nuestro contexto.

“En dos meses se puede hacer todo el chequeo y está establecido que en 2 años ya se le dé a la pareja una conclusión definitiva.” (E1)

“Yo no pienso que se necesite tanto tiempo para el estudio de una pareja y el diagnóstico de la infertilidad. Entre 3 y 6 meses máximo, es suficiente, con una frecuencia mensual de consulta (...)” (E2)

“Por lo general un estudio de infertilidad para dar una conclusión, siendo la paciente disciplinada y tu pudiéndole hacer, cada prueba tiene que ver con el ciclo menstrual (...) no tiene porque demorar más de 6, 8 meses.” (E6)

Una única experta expresó que la principal ruta de acceso a los servicios de infertilidad era la remisión desde el primer nivel de atención, el resto reconoció que si bien se cuida el cumplimiento de la sectorización establecida para cada hospital, las parejas proceden de lugares remotos y llegan por indagación o gestión personal, directamente a la atención secundaria y terciaria, lo que incide en la congestión que caracteriza a estos servicios. En los servicios existentes en La Habana se reciben personas procedentes de todas las regiones del país, lo que se explicó por la deficiente organización e inexistencia de los servicios en otras provincias.

“Los pacientes que debieran llegar a este Hospital son los de [menciona un municipio de la capital], pero como nunca nada ha sucedido así, llegan de todo el país, por ejemplo una mujer de [menciona el nombre de una provincia oriental]: la estudiaron, le toca inseminación artificial y allá no se hace (...) por eso el hospital está atiborrado (...) vienen te forman un llanto aquí y entonces uno revisa y como no está protocolizado, a aquel le dio la gana de mandar el clomifeno del 9no al 15 y no estuvo bien, entonces los recibes.” (E4)

“Hay parejas que comenzaron en un hospital, se pasaron un tiempo ahí, no vieron resultados y se pasaron para otro, se pasaron dos o tres años ahí y así han ido transitando por varios hospitales.” (E6)

El “machismo”, como cultura de la masculinidad hegemónica, hace diana en las actitudes y comportamientos de algunos de los hombres en su tránsito por los servicios de atención a la infertilidad y entorpece la atención. La mentalidad femenina y masculina con relación a la

infertilidad, muy influidas por las representaciones socioculturales, tienen aún insuficiente desarrollo para la asimilación de la corresponsabilidad masculina en la gestación del embarazo, lo que incide en el éxito de la propia atención al problema de salud (E1, E2, E3, E4, E5 y E6). Este resultado es congruente con el obtenido para las *construcciones sociales en torno a la maternidad y paternidad* en el contexto de estudio, expresada en los roles asignados y asumidos por mujeres y hombres relativos a la parentalidad y en las conductas ante la infertilidad, que es parte de la *cultura médica*.

“Normalmente es la mujer la que acude a la consulta de infertilidad, es muy raro que venga acompañada de la pareja.” (E2)

“La pareja no muestra preocupación por asistir, ni apoya a la mujer. Es difícil que el hombre asista y se deje estudiar, pues prima la concepción de que el problema es de la mujer. Después de un tiempo los hombres se incorporan (...) Somos culpables de hacerle sentir a los hombres que es un problema de la mujer y debemos exigirle a la mujer que si el marido no viene no la atiende aunque no sea correcto.” (E3)

“Cada día se ven más hombres conscientes de que el problema puede ser de cualquiera de los dos (...)” (E4)

“(...) todavía hoy es difícil indicarle un espermograma a un hombre, hay que explicárselo muy bien (...) Los propios profesionales de la salud no tienen claro qué roles le corresponde a cada miembro de la pareja (...)” (E5)

“Años atrás generalmente venía la mujer sola a la consulta, eso ha cambiado, ahora por lo general viene con su pareja (...)” (E6)

Los motivos por los cuales se reciben quejas por parte de los usuarios de los servicios, estuvieron referidas, según los expertos, a la demora entre consultas, la congestión en los servicios de atención debido a su deficiente organización, la insuficiente comunicación médico-paciente, las limitaciones para el diagnóstico por la escasez de recursos y medios, y por la falta de protocolos estandarizados. Estos datos vienen a redondear parte de las ideas emergentes que se analizaron a partir de categorías y subcategorías precedentes como son la percepción del aumento en la demanda de los servicios de atención y la insuficiente comunicación entre usuarios y prestadores, a la vez que articulan con la información obtenida de la revisión documental.

“La mala comunicación entre médicos y pacientes se debe a la masividad del servicio. Los días de consulta se reciben entre 20 y 30 parejas, cada semana, (...) y el médico tiene un horario (...) Ellas ven al médico, el médico no las ve a ellas.” (E1)

Las parejas se quejan porque las consultas están muy distanciadas y se demoran mucho para dar conclusiones y resultados (...) no se habla claro con los pacientes. Hay parejas que llevan cuatro y cinco años esperando una conclusión y entonces se cansan y van con otro médico y empiezan nuevamente (E1 y E3).

“Más del 45 % de las parejas que se tratan en nuestro servicio tiene una evolución de 10 años de infertilidad, están agotadas y contra eso tenemos que trabajar (...) Hay masividad en los servicios, en todos, porque como no están organizados (...)” (E4)

La totalidad de los expertos aceptó que las parejas infecundas emplean métodos alternativos para el tratamiento de la infertilidad, los que en ocasiones se yuxtaponen con los que reciben en los servicios de atención a la infertilidad, sin que se consulten previamente con el facultativo, los que pueden tener efectos contradictorios e indeseables. La explicación aportada argumenta que las mujeres infecundas, recurren a la medicina natural y tradicional y a las prácticas religiosas y sincréticas, incluidas en el MCA, las que *“alivian”* su padecer al hacerlas sentir que están ocupándose en darle solución al problema y que así podrían apresurarla. A pesar de ello, las pacientes cubanas utilizan la medicina curativa popular, como vía alternativa, pero no se desvinculan de los servicios de atención a la infertilidad que les brinda el sistema de salud. Vuelve a emerger del relato de los expertos, el compromiso que a nivel simbólico tienen las mujeres con la fecundidad y la infertilidad, además se sobredimensiona el padecer femenino lo cual está relacionado con las particularidades contextuales de las subcategorías *construcciones sociales en torno a la maternidad y paternidad y cultura médica*, anteriormente desarrolladas.

“Las pacientes hablan de los remedios naturales y nosotros le hemos dado todo tipo de apoyo (...) hasta con las ciencias ocultas (...) aunque siempre advierto que no vayan a usar nada por vía vaginal o uretral (...). Yo le apruebo a mis pacientes acudir a métodos alternativos, porque a veces es algo que se nos escapa de las posibilidades reales de solución y entonces cuando no logramos éxito se culpa por no haberse tomado esto a aquello.” (E4)

“Algunos pacientes te consultan el usar métodos alternativos (...) les explico los inconvenientes que pueden tener, pero también les digo que se dé casos que han tenido resultados, sin poder comprobar su eficacia (...).” (E6)

Las mujeres emplean métodos alternativos sin consultarlo con el médico y que en muchos casos tienen efectos contradictorios (...) después muchas vienen y te dicen se acuerda doctor de mí, mire lo logré tomando tal cosa y vuelve uno a decepcionarse pues no tiene explicación para eso (E2, E4, E6, E7).

Las pacientes no quieren desligarse de las consultas, cuando ellas se desligan de una consulta de infertilidad es porque van para otra, buscando solución o para agilizar el diagnóstico (E1, E2, E4).

La escasa disponibilidad de alternativas de atención- solución, dentro del sistema de salud cubano, y su aceptación por las parejas infértiles, fue un aspecto que emergió de los discursos (E1, E2, E3, E4 y E6). Por ejemplo, la infertilidad masculina debido a la azoospermia, condición que impide que el hombre fecunde, tiene un pronóstico bastante desfavorable ya que actualmente en el país no se realiza la inseminación heteróloga, por no contar con bancos de semen para ello. Para la Fertilización in Vitro (FIV) existen importantes limitaciones económicas por lo que se ha debido crear una “lista de espera” que data desde la década de los 90 y que se incrementa progresivamente. Varias parejas han accedido a esta tecnología en el extranjero, pero hacerla extensiva a todas las parejas que lo requieren es imposible, debido a los recursos económicos necesarios para satisfacer su demanda. Para dar respuesta se han establecido prioridades que toman en cuenta a las mujeres que carecen de trompas de Falopio, o presentan obstrucción tubaria bilateral de carácter intratable. La adopción como alternativa no cuenta con buena aceptación por parte de las parejas cubanas y no es posible en las condiciones actuales en nuestro país, porque se carece de un cuerpo jurídico legal que lo legitime.

“Para la Fertilización in Vitro los pacientes llegan recomendados de los más altos niveles, es algo completamente elitista. Llega a ser elitista también según la información que tiene la gente que recurre a estos métodos (...) Los recursos para la F in Vitro se centralizarán para manejarlos mejor (...) muchas parejas viajaron al extranjero y es costoso para Cuba.” (E1)

“En Cuba las parejas no tienen muchas opciones alternativas, por ejemplo una pareja con una infertilidad masculina, hasta hace un tiempo había un banco de semen para utilizar un donante y eso fue muy bien aceptado.” (E4)

“(...) tenemos un serio problema con esto de la reproducción asistida, no todas las mujeres resuelven con una inseminación homóloga y la inseminación heteróloga está prohibida aquí, no existe banco de semen, antes había pero se quitó.” (E6)

- Grupo 3: Parejas infértiles atendidas en los servicios de infertilidad seleccionados

Dado el carácter relacional de la categoría que se analiza (persona- servicio de atención), se consideró importante declarar el servicio en que se atendía la persona cuando se ofrecen sus testimonios.

Atención a la infertilidad por el sistema de salud

En congruencia con lo expresado por los expertos, las parejas que asistían a los servicios de atención a la infertilidad estudiados, opinaron que no se le presta la adecuada atención al problema de salud.

“(...) pienso hay que darle más atención (...) se trata de tratamientos que son caros o que no los tenemos, o que se desconocen. Veo muchas, demasiadas mujeres y sin embargo no me parece que se le da a esta especialidad la misma atención como se le da a otras.” (MP2, se atiende en el servicio del Hospital I)

“(...) tiene que tomarse con seriedad (...) debe dársele más importancia por parte del sistema de salud (...) de poder hacer estos estudios de forma temprana podremos tener mejores resultados.” (HP8 se atiende en el servicio del Hospital I)

“en Cuba todo está muy atrasado (...) el laboratorio aquí debe mejorar el equipamiento y los recursos y yo creo que vale la pena, porque esto es una enfermedad que padece no se qué por ciento de la población...no hay las técnicas más actualizadas.” (HP18, se atiende en el servicio del Hospital II)

Organización, Funcionamiento y Satisfacción con los servicios de atención

Se percibe por parte de la totalidad de las parejas entrevistadas, congestión de los servicios de atención a la infertilidad debido a la alta demanda y a la escasez de estos, ello incide en la satisfacción con la calidad de la atención recibida.

“(...) Veo nuevas mujeres cada vez y son más menos 10 o 12 cada vez, de mi misma edad, más jóvenes y mayores, así que me digo contra somos bastante las que estamos en esto (...)” (MP2, se atiende en el servicio del Hospital I)

“En un país con 11 millones de habitantes hay dos o tres centros [se refiere a centros para la atención a la infertilidad]. (...)Hay mucha gente que acude a ellos [se refiere a los servicios de atención a la infertilidad] y se va, por la demora, vas allí al [nombra un hospital de la capital] y unas colas de los mil demonios (...) Con la necesidad que tenemos de población, estamos dándole motivos para que abandonen (...) la demanda de personas está muy por encima de las posibilidades (...) Aquí en La Habana es terrible la cantidad de personas que están ahí esperando (...)” (HP9, se atiende en el servicio del Hospital I)

Las opiniones que al respecto abundaron fueron que existe “fatalismo geográfico”, percibido en el poco desarrollo de los servicios fuera de la capital del país y la disparidad en la profesionalidad de los especialistas y la disponibilidad de los recursos disponibles entre un servicio y otro. La mayoría de las parejas había cambiado espontáneamente de servicio de atención y sus opiniones se basaban en la comparación con el anterior.

“(...) Oí ahora que van a abrir un centro en [menciona el nombre de una provincia oriental] y otro por allá por el centro, sería muy bueno uno en cada provincia. Un hospedaje aquí en La Habana es trabajoso y costoso, el cubano medio no puede, un viaje a La Habana cuesta carísimo.” (...) en [menciona el nombre de una provincia oriental] no tienen recursos, no tienen condiciones (...) Ya cuando me toca el espermograma, estoy predispuesto (...) ya me cuesta trabajo hacerlo. Aquí en La Habana las condiciones para tomarme la muestra han sido mejores, en [menciona una provincia oriental] la verdad es que era terrible, te daban un pomo y busca un baño cualquiera.” (HP9, se atiende en el servicio del Hospital I) “(...) en [menciona una provincia oriental] no tienen recursos, no tienen condiciones ya después que hacen las cosas más generales, lo más elemental, no pueden hacer más nada, mantienen citando a las parejas dos o tres veces al año pero para nada.” (MP9, se atiende en el servicio del Hospital I)

“Yo empecé a tratarme allá [se refiere a su provincia de residencia]. Y yo allá no vi resultados. Yo empecé en el mismo hospital materno y yo veía que las cosas en vez de ir mejorando... entonces eran las consultas de meses y meses, que no es como aquí que te siguen todos los meses.” (MP15 se atiende en el servicio del Hospital II)

La satisfacción percibida por parte de las parejas entrevistadas fue diferente según el Hospital donde se atendían. La mayoría de las parejas atendidas en el Hospital III llegaron a calificar al servicio de “malo y pésimo”, mientras que la mayoría de las que se atendían en el Hospital I lo calificó de “bueno, muy bueno y excelente”, para el caso del Hospital II las opiniones fueron dispares, lo que puede deberse a aspectos organizativos sin desestimar los de índole humano-asistencial que le aportan calidez a la atención y subrayan las diferencias existentes entre un servicio y otro.

Las principales insuficiencias e irregularidades señaladas, cuando se dieron opiniones negativas sobre los servicios fueron: la demora para ser atendidos y lo dilatado del tiempo entre las consultas; el deficiente equipamiento técnico y material que dificulta el diagnóstico certero; la falta de calidez en la atención percibida y la deficiente comunicación con el personal médico, que incide en la escasez de la información recibida frente a la esperada. Tales aspectos fueron vinculados

con la alta demanda de los servicios, cuya cantidad en el país no es suficiente y hace que no se satisfaga.

“Los servicios de atención a la infertilidad a la altura del siglo XXI yo los califico de muy malos por la cantidad, por la calidad, por la promoción, por las condiciones (...). La atención por parte del personal es buena, pero tú no puedes dividir a una persona entre mil, merman las atenciones (...) las consultas de un día entero (...)” (HP9, se atiende en el servicio del Hospital I) “Nosotros hemos cambiado de servicios de atención, en [menciona una provincia oriental] se agotaron las posibilidades (...) en La Habana hay muy buenos médicos (...) el servicio es bueno, la atención es buena (...)” (MP9, se atiende en el servicio del Hospital I)

“(...) la atención a la infertilidad se demora mucho, es muy lenta (...) Quisiera que los doctores tuvieran más comunicación con el paciente, como paciente (...) A veces siento que sí me explican, pero a donde yo quiero llegar nunca he podido, nunca he podido abrirme (...) las consultas son rápidas (...) son frías.” (MP19, se atiende en el servicio del Hospital II) “Hasta ahora nos han tratado (...) siempre nos dan una esperanza. (...) El médico nos trata de lo más bien.” (HP19, se atiende en el servicio del Hospital II)

“Yo la primera vez que abandoné esta consulta lo hice muy molesta, porque veía que no me trataban bien (...) es un proceso que es largo (...) Para mí este servicio está muy mal (...) ese médico tiene que tratarte con amor, tiene que explicarte (...) Aquí no se atiende a la persona (...) no explican ni las pruebas que te mandan (...) nunca se te respeta el pudor ni la privacidad (...) Las cosas aquí se demoran porque por aquí no la atienden a una. Si le mandan a hacer un exudado, por aquí no... dicen que es por su área de atención (...) casi siempre en el área de atención no se pueden hacer las cosas (...) Los espermogramas de él se los ha hecho aquí, le dan el frasco y se lo hace en un baño (...) al lado está la consulta del cuerpo de guardia (...) El baño aquel sucio, no tiene condiciones (...)” (MP23 Se atiende en el servicio del Hospital III) “El servicio de atención es BUAH!!! Malísimo, es pésimo (...) nunca hemos podido sentirnos atendidos particularmente (...) Aquí no se atiende a las personas, se atiende más a la infertilidad, si acaso, porque sencillamente lo que nos mandan son más análisis (...) A lo mejor podía ayudarnos que nos digan: miren, vayan a ver a un psicólogo (...) se demora mucho una consulta de la otra (...) veo esto muy impersonal, muy seco.” (HP23 Se atiende en el servicio del Hospital III)

Ninguna de las parejas que formaron parte de este estudio conocía la existencia de protocolos establecidos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, ni había sido informada sobre cuáles eran los pasos a seguir en su caso. Ninguna vinculó esto con la dilatación del tiempo para el diagnóstico y tratamiento de su problema de salud, cuestión que sí fue reconocida por los expertos y que traduce las diferencias en cuanto a las percepciones sobre la calidad de los servicios de atención, de acuerdo con los conocimientos sobre organización y funcionamiento que posee cada grupo.

“Nunca me han explicado el protocolo que va a seguir ni los pasos que darán” (MP1 se atiende en el servicio del Hospital I)

“(...) no se me han explicado los pasos a seguir, yo pienso que cada paciente es un mundo (...)” (MP2 se atiende en el servicio del Hospital I)

“Mira yo llevo 12 años en esto y nunca he tenido un plan.” (HP3 se atiende en el servicio del Hospital I)

“Hay una pregunta que yo me he hecho: tiene que haber un proceso determinado, un algoritmo para esto, una metodología a cumplir, que a nosotros nunca nos la han explicado.” (HP14, se atiende en el servicio del Hospital II)

“Nunca me han explicado los pasos que se van a seguir para mi tratamiento.” (MP19) “Tampoco nos han explicado los pasos a seguir.” (HP19 se atiende en el servicio del Hospital II)

“Lo que me he hecho son análisis de sangre, pero no se para que son, qué buscan con eso y tampoco me han explicado qué se hace después (...)” (MP22 se atiende en el servicio del Hospital III)

“Nunca nos han explicado ningún protocolo para la atención de la infertilidad, nunca, nunca (...).” (MP23 se atiende en el servicio del Hospital III)

Relación usuarios- prestadores

Pocas parejas entrevistadas opinaron que recibían de los profesionales que las atendían, la información que ellas necesitaban, las que en su mayoría se atendían en el servicio correspondiente al Hospital I, mientras que por el contrario, la totalidad de las parejas que se atendían en el Hospital III opinaron lo contrario. Las opiniones de las parejas atendidas en el Hospital II estuvieron repartidas entre las que la consideraron adecuada y las que no.

“(...) cuando vengo el médico me explica (...) me permite a mí, que es una de las cosas que me gusta de este médico, decirle y por qué esto y por qué lo otro, yo hasta le sugiero y me meto en lo que no me importa (...) el médico siempre tiene todo el tiempo del mundo para explicar.” (MP2 se atiende en el servicio del Hospital I)

“Podría haber más información.” (HP13 se atiende en el servicio del Hospital II) “(...) me explican bien, nos sentimos bien informados, nos hacemos las pruebas bien informados (...).” (MP13 se atiende en el servicio del Hospital II)

“Aquí el médico explica bastante, pero hay veces que yo me mantengo un poco...es que hay cosas que no entiendo o hay cosas que no pregunto porque no se me puede ocurrir la pregunta, porque lo desconozco.” (HP17, se atiende en el servicio del Hospital II)

“A mí no me han explicado aquí nada, ni por qué me mandaron esos análisis, ni qué se está pensando. El espermograma por la gente que te dice, uno sabe más o menos para qué es. Yo me mantengo al tanto de todo lo que sale sobre infertilidad por la televisión.” (HP22 se atiende en el servicio del Hospital III) “Lo que me he hecho son análisis de sangre, pero no se para que son, qué buscan con eso (...).” (MP22, se atiende en el servicio de Hospital III)

Algunas parejas manifestaron contradicciones, lo que quiere decir que uno de los miembros de la pareja opinó no sentirse bien informado, mientras que el otro opinó que sí. En esos casos uno de los dos reconoció recibir esa información a través del otro, lo que ocurrió en todos aquellos en que uno era profesional de salud y el otro no. La comunicación efectiva se ve privilegiada cuando esta se establece entre los prestadores de los servicios y los usuarios de estos que poseen formación en el campo de la biomedicina, lo que sugiere se estén manifestando otros rasgos del Modelo Médico Hegemónico referidos a la medicina científica, que excluye al paciente del saber médico y lo trata como un consumidor pasivo portador de un saber diferente.

“(...) no te dan toda la información que necesitas, Mi esposa es médico y ella me explica, pero ¿y los otros?” (...).” (HP9 se atiende en el servicio del Hospital I)

“En nuestro caso todo depende mucho del nivel de información que tiene mi esposa (...) por ella ser enfermera nos han explicado menos, o nos han explicado pero de una manera que solo ella ha entendido. Cuando salimos tengo que decirle: bueno, ahora podrías tú explicarme a mi porque yo no he entendido nada (...).” (HP14 se atiende en el servicio del Hospital II)

“(...) mi Sra. es estudiante de medicina y está estudiando y por ahí me informo. Ella busca en los libros, en la computadora.” (HP26 se atiende en el servicio del Hospital III)

Tal y como había emergido con anterioridad del discurso de los expertos, la mayoría de las parejas entrevistadas se mantiene al tanto de toda la información que se publica en los medios de información masivos e indaga en otras fuentes, como la propia literatura científica sobre el tema. Llegaron a considerarlo necesario debido a que sus dudas y preguntas no son satisfechas por el personal de salud que los atiende. Otros no dejan de valorar también, la información útil que obtienen a partir de lo que conversan y escuchan en la salas de espera cuando asisten a consultas.

“Las dudas que tengo las resuelvo por mi cuenta (...) Siento la necesidad de informarme por mi cuenta, pues de otra manera no sé cómo.” (HP5, se atiende en el servicio del Hospital I)

“(...) nos informamos por nuestra cuenta. En la consulta se ve más lo médico.” (HP13, se atiende en el servicio del Hospital II)

“(...) busqué información y entonces leí (...) He buscado cuando me hice la láparo, cómo era el proceso, cuando me hice la histero (...) quería saber exactamente cuál era la repercusión de eso (...) he visto muchas mujeres con problemas de infertilidad y ahí se conversa, se conversa de todo, tú oyes (...) hablan de las cosas que se hacen.” (MP14, se atiende en el servicio del Hospital II)

“Yo he buscado otras fuentes de información...yo he entrado a Internet y he averiguado muchas cosas (...) Cuando estoy aquí en la sala de espera si me siento al lado de otra muchacha nos ponemos a hablar y nos contamos las pruebas que nos hemos hecho (...) yo le explico cómo es y viceversa.” (MP27, se atiende en el servicio del Hospital III) “De cada cosa que nos dicen ella trata de buscar información por su cuenta.” (HP27, se atiende en el servicio del Hospital III)

Los principales problemas que se aluden hablan de la relación subordinada que se establece entre prestadores y usuarios, la deficiente comunicación que se logra y del trato poco personalizado que se recibe. Las mejores opiniones en este sentido las ofrecieron las parejas usuarias del servicio perteneciente al Hospital I y las peores, las que se atendían en el servicio del Hospital III para continuar añadiendo datos sobre las disparidades entre los servicios de atención estudiados.

“Yo siento un poco de frialdad en el trato (...) Los médicos no conocen la desesperación, la ansiedad de uno (...) como para ellos es habitual, son un poco fríos (...) el 85 % de la consulta se basa en la parte clínica (...).” (HP17, se atiende en el servicio del Hospital II)

“(...) las consultas son muy rápidas, casi no demoran nada (...) yo creo que deberían explicar por qué se toman las decisiones.” (HP27 se atiende en el servicio del Hospital III)

Tránsito de los usuarios por los servicios de atención a la infertilidad

La parejas infértiles participantes en la investigación llevan un promedio de 5 años atendiéndose a partir de la sospecha de infertilidad, lo que en algunos casos se justificaba por la historia reproductiva con compañeros/as sexuales anteriores. La búsqueda de atención médica al problema de salud fue directamente en la atención secundaria (hospitales ginecobstétricos), a la que arribaron a través de la indagación y gestión personal. Como sugieren los discursos de las parejas y corroborando lo obtenido de la revisión documental realizada y la entrevista a los expertos, la atención a la infertilidad adolece de una organización inadecuada por los diferentes niveles de atención, comenzando por el primer nivel, que garantice la referencia de los pacientes a través de estos.

“(...) decidimos juntos comenzar a averiguar qué era lo que nos pasaba (...) Aquí llegamos a través de una amistad que nos resolvió.” (MP5, se atiende en el servicio del Hospital I) “Antes de llegar aquí primero fuimos a mi policlínico, me dijeron que la consulta era en otro policlínico y cuando fuimos me dijeron la doctora estaba para Venezuela. Entonces fuimos para [menciona el nombre de otro hospital] porque por el TV supe que allí había una consulta y me dijeron que no, que tenía que llegar con la remisión del policlínico. Ya te conté que llegamos aquí entonces a través de una amiga (...).” (HP5, se atiende en el servicio del Hospital I)

“Nosotros conocimos a una persona que tuvo un problema así parecido (...) y mi esposo ya había tenido otras relaciones que las muchachas habían quedado embarazadas y yo estaba sin cuidarme y no quedaba embarazada y decidimos ir a averiguar cuál era el problema (...) A través de una muchacha que conocíamos y ella conocía un médico y nos resolvió. Con él no resultó y fuimos cambiando de médico a ver.” (MP7, se atiende en el servicio del Hospital I) “Llegamos a estos servicios por una amiga mía, que estaba en lo mismo.” (MP7, se atiende en el servicio del Hospital I)

“Estamos aquí por decisión de los dos (...) Yo solamente me he tratado aquí.” (MP21, se atiende en el servicio del Hospital III) “(...) decidimos estudiarnos, mediante una amistad de nosotros porque no sabíamos nada ni na y una amistad de nosotros nos dijo: vayan allá, vean al Dr. [menciona el nombre del médico del servicio]. Estamos aquí, vinimos a la consulta, empezamos (...) (HP21, se atiende en el servicio del Hospital III)

Las parejas entrevistadas gustan de asistir juntos a las consultas por el apoyo que se brindan sus miembros, aunque los hombres en algunas oportunidades no pudieron hacerlo por razones laborales. Los resultados revelan la escasa importancia que la prestación de atención al problema de salud le otorga a la concurrencia en pareja, pues no constituye una exigencia de los servicios. Ello expresa parte de la *cultura médica* que radica en la percepción a nivel simbólico de la determinación femenina en la infertilidad, que a su vez descansa en *las construcciones sociales en torno a la parentalidad* e identifica a las mujeres como responsables de la fecundidad. La infertilidad deja de verse como un problema de la pareja y las justificaciones para la no concurrencia de la parte masculina reproducen los roles del modelo de masculinidad hegemónica, que vinculan al varón con la figura proveedora que trabaja en el espacio público y que tiene una responsabilidad con ello que trasciende la responsabilidad con la reproducción biológica de la especie.

“Yo asisto con mi pareja a la consulta cuando a él tienen que hacerle alguna prueba, de lo contrario vengo sola pues él está trabajando, para no faltar al trabajo los dos.” (MP1, se atiende en el servicio del Hospital I)

“Siempre vengo con mi esposo...” (MP2, se atiende en el servicio del Hospital I)

“(...) hoy vine aquí porque sí me dijeron que tenía que venir yo. Yo allá [se refiere otro hospital donde se atendía antes] iba con ella hasta el hospital, la acompañaba, pero yo nunca entré a una consulta.” (HP3, se atiende en el servicio del Hospital I) “El nunca entró a una consulta conmigo en [menciona el nombre de otro hospital donde se atendía antes] (...) nunca lo examinaron como lo examinaron aquí.” (MP3, se atiende en el servicio del Hospital I)

“(...) yo vengo con ella, a veces no, yo le digo ve solita para allá, para yo ir adelantando.” (HP10, se atiende en el servicio del Hospital I)

“Se ven más mujeres solas, nosotros siempre tratamos de venir juntos, para que me apoye, sobre todo porque llega un momento en que lo rechazas, yo siempre le pedía ven conmigo (...).” (MP14, se atiende en el servicio del Hospital II)

“(...) sinceramente yo nunca recibí una atención a nosotros como pareja.” (MP16, se atiende en el servicio del Hospital II)

La mayoría de las parejas entrevistadas declaró haber acudido a otras formas de prestación de atención fuera del sistema de salud. El consumo de jarabe o miel de güira fue el tratamiento natural al que recurrieron en la mayoría de los casos. De acuerdo a lo planteado por estas personas el factor que más influyó en la adopción de estos tratamientos alternativos, fue la gran cantidad de referencias sobre el éxito de los mismos, transmitidas por familiares o conocidos, y el deseo de solucionar el problema en el menor tiempo posible. La transmisión cultural de creencias y conocimientos sobre prácticas de salud para el tratamiento de la infertilidad, como dato emergente dentro de esta subcategoría, aportó al constructo de una subcategoría precedente *cultura médica* como parte del capital cultural, simbólico y social del grupo en estudio.

“Mi abuela me ha dado los jarabes de güira (...) Se lo he dicho al médico y me dijo que esas cosas naturales no están de más, que no hacen daño.” (MP4)

“(...) hemos tomado el jarabe de güira varias veces y a él también se lo he dado (sonríe), varias botellas. Eso lo han traído del campo, familiares, vecinos (...) con el médico no lo hemos consultado (...) eso es medicina natural.” (MP8)

“Ella ha tomado unos jarabes de güira, averiguando con las abuelas (...)” (HP9) “(...) Sí, eso lo hemos tomado varias veces, los dos lo hemos tomado (...), no lo hemos conversado con los médicos, no hace falta.” (MP9)

“Si, he tomado jarabe de güira, me lo han recomendado, me lo he tomado por tacitas, me lo he tomado en dos pulsos, la mitad de una botella hoy y la otra mañana y así. No se lo he consultado al médico porque no son cosas de ciencia, de salud ni nada, son beberajes de la gente del campo (...) no ha habido esa conversación pa decírselo.” (MP10)

- *Grupo 4: Prestadores de salud de los servicios seleccionados.*

Atención a la infertilidad por el sistema de salud y Organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención.

Los prestadores de salud coincidieron en que la infertilidad es un problema de salud a tener en cuenta y que existen limitaciones para responder a lo sensible que ser torna el mismo. Al igual que los otros grupos estudiados consideraron que existen diversos factores que limitan la capacidad resolutive, expresada en la insuficiencia en el número de servicios, en la cobertura y capacidad resolutive, y en un “fatalismo geográfico” que concentra los recursos en la capital o en unas pocas provincias, lo que constituye una barrera en el acceso a estos servicios. Dentro y entre los diferentes servicios señalaron la existencia de disparidades en el proceso de atención, lo que se relacionó con la no estandarización de un protocolo de atención a la pareja infértil. Además consideraron que las limitaciones económicas influyen en las dificultades para preparar y mantener actualizados a los profesionales que se dedican a la infertilidad, así como el insuficiente conocimiento de información estadística global que dé cuenta de la magnitud del problema de la infertilidad en la población. Las dificultades planteadas constituyen una barrera de acceso a los servicios, para tener orientación y atención formalizada, que contribuyan a la atención con calidad de las parejas, independientemente de lograr o no las expectativas de embarazo.

“No conocemos la magnitud que tiene la infertilidad en nuestro país, no tenemos una dimensión del problema (...) las personas no sabían a dónde ir, los estudios se hacían empíricos, sin condiciones, sin seguir un protocolo estandarizado; las condiciones materiales eran mínimas y en cualquier lugar del país se hacía una consulta por inspiración propia (...) no se le da a esto la importancia que tiene (...) se priorizaron otros programas prioritarios para la vida (...) la infertilidad quedó un tanto rezagada (...) no había recursos y las consultas eran interminables, porque los médicos trataban de hacer lo que podían con lo que tenían, eso hacía que muchas veces se distorsionaran los diagnósticos.” (Médico del Hospital I)

“La infertilidad no ha sido priorizada dentro de los problemas de salud, los recursos son muy costosos y no se le ha dedicado mucho a esto.” (Licenciada en Biología del Hospital I)

“(...) creo que debe estar catalogada [se refiere a la infertilidad] como un problema de salud y que hay que dedicarle más atención. Sé que los recursos para la infertilidad son sumamente costosos, pero es algo que vale la pena.” (Médico del Hospital II)

“Cuba se ha limitado muchísimo (...) Esta reproducción asistida de baja complejidad, el Ministerio no ha analizado que tiene que mejorarla, porque mejorando esta, baja la in Vitro. (...) Yo considero que nosotros hacemos milagros con lo que tenemos, incluso con nuestra falta de preparación (...) somos autodidactas.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

Fue opinión unánime entre los participantes la falta de uniformidad entre los diferentes servicios referida a los procedimientos, métodos diagnósticos y terapéuticos que se emplean, lo que acumula datos acerca de la perentoria necesidad de estandarizar protocolos que regulen la actividad. También se induce la necesidad de mejora en los sistemas de referencia entre los diferentes niveles de salud, que garantice el adecuado acceso de las parejas, la agilidad de la respuesta, y la personalización integral del caso para la decisión de transferencia entre servicios dentro de cada nivel de acuerdo a sus especificidades. Expertos y prestadores coinciden que tener en consideración estos elementos profiere mejora en la calidad de los servicios y la obtención de resultados pertinentes en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

“(...) estamos reevaluando a todas estas parejas que estamos heredando, muchas con edades muy avanzadas, (...) necesitan un final adecuado, después de tantos años de maltrato por diferentes lugares por la no atención estandarizada.” (Médico del Hospital I)

“Al no existir un protocolo universal, estandarizado para las condiciones de nuestro país (...) seguimos nuestro propio protocolo y cada hospital tiene el suyo en dependencia de sus resultados (...) con este protocolo que tenemos nos ha ido muy bien. Y se han disminuido muchos casos que deberían estar hoy en in Vitro (...) Acá tenemos un servicio organizado que consta de varios médicos y técnicos (...). Tenemos una consulta inicial que le llamamos consulta de clasificación (...) uno revisa lo que trae, la interroga, desde el punto de vista clínico le hace una serie de

exámenes y define (...) en dependencia de la edad, de los antecedentes, si realmente tiene criterio o no de estudiarse en una consulta de infertilidad.” (Médico del Hospital II)

“(...) tenemos nuestros propios protocolos, hechos por nosotros, según nuestra propia experiencia (...) desde la consulta de clasificación (...) en otros hospitales se siguen otros (...) nos llegan pacientes que nos dicen: yo me he hecho 10 hidrotubaciones, que no está dentro de nuestros protocolos hacerlas, porque creemos que no tienen ningún objetivo (...) hay una estabilidad de la consulta que no se logra en otros hospitales. El paciente sabe que viene y está su médico (...) Hay otros hospitales donde el paciente llega y ahora lo ve uno y cuando viene a los tres meses lo ve otra y a los tres meses otro y así en el año no vuelven a ver más al primer médico que los vio. Eso acá no pasa.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

Uno de los entrevistados participó en la confección de la propuesta del Programa para la Atención de la Pareja Infértil elaborado en el año 2007, por lo que resultó ser muy informativo al respecto. Este profesional le otorgó una especial importancia a las acciones que debe ejecutar el primer nivel de atención, lo que contribuiría directamente a aminorar la congestión de los servicios de la atención secundaria y terciaria, acortaría los tiempos para el diagnóstico y garantizaría el acceso igualitario a cualquier sector poblacional, independientemente del lugar de residencia y nivel socioeconómico. Otro aspecto destacado fue el papel que jugaría el primer nivel de atención en identificar a nivel poblacional, por medio del Análisis de la Situación de Salud, cómo se comporta la infertilidad y los factores de riesgo, lo cual permitiría realizar la adecuada promoción y prevención comunitaria e intersectorial.

“Hasta este momento en Cuba no existía un programa para la atención sistemática de la pareja infértil. La gente no tenía como llegar a los servicios (...) lo primero que se hizo fue tratar de reorganizar la atención, para que la pareja tuviera disponibilidad de atención y libre acceso (...) con protocolo bien estandarizado, para un diagnóstico rápido y un manejo adecuado. Manual de procedimientos con un patrón de manejo desde el punto de vista clínico, desde el punto de vista psicológico y con patrones de bioética incluidos en el mismo. Se diseñó la atención que abarca los tres niveles escalonados (...) en cada uno de los municipios de nuestro país se iba a insertar en la consulta de planificación familiar (...) esto tendría un gran papel, que sería pesquisar los factores de riesgo de infertilidad en la población y conocer como está realmente el sustrato en la población. Este primer nivel era el que iba a remitir al segundo nivel, que son de baja tecnología (...) debe permitir un diagnóstico y tratamiento ágil (...) se concibe que en un período de 6 meses a un año, tú tengas un diagnóstico y ya después sería la conducta a seguir, que sería a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a los factores que incidan (...).” (Médico del Hospital I)

Relación usuarios- prestadores

Al igual que lo aportado por el Grupo 2, los prestadores entrevistados reconocieron que se establecen relaciones muy estrechas con los pacientes, debido al prolongado tiempo que se mantienen vinculados con los servicios, a lo que se adiciona la propia atención “especial” que demanda este problema de salud. Se enfatizó en la necesidad de la multidisciplinariedad para la atención, sobre todo de los especialistas de salud mental para acompañar el proceso. La relación que se establece es importante para lograr resultados satisfactorios, y en la actualidad es mejor, debido al aumento del nivel de instrucción e información de la población cubana en general. En este sentido también se aportó la idea de que el propio modo en que se organice y funcione el servicio, favorecerá o entorpecerá la relación entre usuarios y prestadores, pues se trata de un problema de salud que toca lo íntimo y privado, a nivel de la pareja, y requiere niveles de privacidad y de ética profesional refinados.

“Estas consultas deben ser privadas, no deben ser interrumpidas, no deben existir conglomeraciones de personas, debe seguirse con una historia clínica, ha de abolirse las consultas de tipo ambulatorias o de pasillo (...) deben ser apoyadas por el equipo de salud mental (...) las personas en estos momentos están buscando servicios con una estabilidad, con una sistematicidad, con una historia clínica, donde puedan ser escuchados y donde aparte del criterio médico y profesional, reciban apoyo emocional (...) se le den alternativas.” (Médico del Hospital I)

“Qué tratamos nosotros, que el ambiente sea acogedor, que ellos se sientan aquí seguros (...) que cuando el médico consulta, los demás esperen afuera, para que sea una consulta privada (...).” (Licenciada en Biología del Hospital I)

“El nivel cultural de los pacientes ha aumentado, la capacidad para expresar lo que sienten ha aumentado, la interrelación con nosotros ha aumentado (...) Las parejas están más preparadas porque tienen acceso a Internet, revisan, investigan, leen. Me puedo comunicar mejor con ellos y entienden mejor lo que uno les explica, son disciplinados.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

Tránsito de los usuarios por los servicios de atención a la infertilidad

Los servicios de atención a la infertilidad se encuentran sectorizados, no obstante atienden población que no les corresponde según el área de residencia e incluso procedente de otras provincias del país. La explicación a este fenómeno radica en los problemas que existen para el acceso a este tipo de servicios debido a su escasez, tanto en la capital como fuera de esta donde se agudiza la situación, lo que vuelve a emerger como el “fatalismo geográfico” reconocido por los Grupos 2 y 3, y que contribuye al congestionamiento que se percibe.

“(...) no existía un acceso directo al sistema de salud, las parejas llegaban muy distorsionadas (...).” (Médico del Hospital I)

“(...) todo está sectorizado (...) a este hospital deben llegar las pacientes a las que les corresponde (...) El resto de las pacientes, llegan o bien remitidas por otros médicos (...) o llegan a través de otras vías (...) Llegan pacientes que te dicen: vengo porque yo quiero atenderme en este servicio porque yo he escuchado..., porque la vecina mía tiene muchas buenas referencias de este servicio o de tal médico de este servicio (...) si vamos a aceptar a todo el personal que venga, no daríamos a vasto (...) tenemos cerradas las inscripciones porque no damos a vasto, tenemos demasiada demanda, con recursos que hasta cierto punto son limitados, consultas que se irían aplazando y alargando en el tiempo, porque yo no puedo ver en una consulta más de 20-25 pacientes, porque entonces la calidad de la consulta no es la adecuada. Tenemos ahora el servicio cerrado, en el sentido de no aceptar casos que no son del área (...) tenemos casos de toda la Isla.” (Médico del Hospital II)

“Tenemos una avalancha de pacientes (...) cerramos el año 2009 con 1038 pacientes (...) Eso es poniendo freno. Por fuera, que no tengan historia, que no se hayan podido inscribir porque no son del área, etc, etc, un montón. Allá abajo hay pacientes que son de la Isla, de Oriente (...) Unas porque han tenido la posibilidad de tener acceso al servicio, otras porque han tenido estudio en otros lugares y no se han sentido satisfechas y han llegado por una u otra vía aquí (...) Si abrimos el banderín, el número ese se duplica. Y entonces el tiempo entre consultas se prolongaría a meses. No daríamos a basto.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

La concurrencia en pareja a consultas no fue considerada un requerimiento indispensable, aun cuando se aceptó que la infertilidad es un problema de la pareja.

“A las primeras consultas viene un 80 % de personas con sus parejas ya después en la medida que va avanzando, viene la mujer sola, raramente vienen hombres solos.” (Médico del Hospital I)

“Nosotros no exigimos que asistan en pareja a la consulta, en ningún momento lo hacemos. Si le pedimos, le decimos, que como parte del estudio hay cosas que hay que hacérselas a la pareja masculina (...) Desde ese punto de vista de estudio sí le exigimos que el hombre tiene que aceptar eso.” (Médico del Hospital II)

Vuelve a hacerse evidente que las parejas infértiles cambian de un servicio hacia otro, cuestión que ya había sido reconocida por los Grupos 2 y 3, y coincidentemente se alude a la poca disponibilidad de alternativas para el tratamiento a la infertilidad en nuestro medio y a la búsqueda por parte de las parejas de resultados más ágiles frente a la percepción de que están perdiendo el tiempo porque no se les estudia bien por falta de recursos. En el caso de la figura de la adopción para dar respuesta a la maternidad/paternidad anhelada se desestima dadas las características culturales de la población, la garantía de la atención a los niños y niñas en nuestra sociedad, lo que hace poco frecuente su abandono para ser incluidos en esta figura.

“(...) suelen cambiar de servicio, no tanto buscando una mejor atención, sino buscando un resultado. (...) La inseminación heteróloga no se hace acá porque en estos momentos Cuba no tiene banco de semen. Hubo un pequeño banco en los años 80, que después no se ha vuelto a instaurar (...).” (Médico del Hospital I)

“La adopción en Cuba es muy difícil, casi imposible...estamos hablando de niños que sean abandonados y eso es muy raro” (Licenciada en Biología del Hospital I)

“El paciente sale de otros lugares y viene para acá. Eso hace también que acuda más gente aquí. El paciente nos refiere que es el único lugar donde ha encontrado donde todo se le hace, él siente que se le hace todo tipo de análisis (...) Aquí hay pacientes de toda la Isla. Unas porque han tenido la posibilidad de tener acceso al servicio, otras porque han tenido estudio en otros lugares y no se han sentido satisfechas y han llegado por una u otra vía aquí y las hemos aceptado como pacientes” (Médico del Hospital II)

- *De la observación participante abierta*

Organización, Funcionamiento y Satisfacción con los servicios de atención

El primer dato aportado por la observación realizada en los servicios de atención estudiados, es que cada uno de ellos está organizado y funciona de una manera particular y diferente entre sí. Los procedimientos, diagramas de atención y condiciones entre estos, difieren, lo cual ya había sido manifestado por los tres grupos que forman parte de la investigación y que pone de manifiesto la no estandarización del protocolo de atención. En la Tabla 3 que aparece en el Anexo 9 se pueden apreciar algunas características organizativas y de funcionamiento de los tres servicios estudiados.

Las observaciones realizadas en los servicios correspondientes a los Hospitales I y II se acompañarán del testimonio oral de sus prestadores (Anexo 9), lo cual no fue posible en el caso del servicio correspondiente al Hospital III, ya que sus prestadores no accedieron a ofrecer la entrevista que se les solicitó: el médico declaró no disponer de tiempo para concederla y la Licenciada en Biología pidió la entrevista por escrito para consultar las respuestas, lo que no fue aceptado por la investigadora, porque no se correspondía con los objetivos de la investigación. Por tal motivo, de dicho servicio, solo se brindarán los datos observados y escuchados durante la estancia de la investigadora en sus áreas.

La consulta médica fue una de las particularidades estudiadas en cada servicio. Las consultas observadas duraron un promedio de cinco minutos cada una, teniendo una duración de 15 minutos la que más demoró. El tiempo dedicado a la consulta fue destinado en la mayoría de los casos, a la revisión de los resultados de los exámenes médicos, a escribir en las historias clínicas y solo en tres ocasiones se realizó algún examen físico o entrevista a la pareja.

Existían diferencias en cuanto a condiciones materiales y de espacio entre las áreas destinadas a consulta, lo que repercutía en el ambiente imperante dentro estas. En dos de los servicios estudiados (Hospitales I y III) solo se disponía de una silla para los pacientes, por lo que en aquellos casos en los que asistía la pareja, debía quedarse uno de los dos de pie. (Anexo 11) Esto resultaba incómodo para los pacientes, eran los hombres quienes permanecían de pie y confrontaban dificultades para escuchar al médico, algunos optaban por separarse y mantenerse apoyados contra la pared.

La privacidad para la consulta fue insuficiente en los servicios estudiados en los Hospitales I y III, no así en el correspondiente al Hospital II. La privacidad se vio entorpecida por la permanencia dentro de la consulta de personas ajenas a esta, de otras parejas aguardando por atención y por la interrupción de otros profesionales que interactuaron con el médico para preguntar o conversar asuntos de trabajo. La escucha entre médico y pacientes se dificultaba por el ruido ambiental provocado por la conversación de otras personas. Este resultado confirma la falta de privacidad que declararon las parejas pertenecientes al Grupo 3.

En el servicio correspondiente al Hospital I, las investigadoras que realizaban observación participante, fueron presentadas a los pacientes por el médico a cargo de las consulta. En los restantes servicios las propias investigadoras lo hicieron, solicitando el consentimiento a los pacientes para participar de su consulta. Teniendo en cuenta que las parejas y los profesionales se sintieron observados, esta herramienta puede introducir un sesgo en los resultados, limitante que se tuvo en cuenta, por lo que se contrastó con las declaraciones procedentes de los diferentes grupos estudiados, en la construcción de la Teoría Fundamentada que se utiliza en el presente trabajo.

Relación usuarios- prestadores

Los comportamientos individuales durante la interacción que se estableció entre prestadores y usuarios durante las consultas médicas, manifestó en todos los casos una relación vertical jerárquica por los primeros y subordinada por los segundos, que se caracterizó por: la decisión unilateral sobre las conductas médicas a seguir como parte del proceso de atención; los profesionales ofrecieron la información que consideraron pertinente sin indagar sobre las necesidades sentidas de los pacientes; se trató el problema de salud desde la perspectiva biomédica independientemente de las características individuales de las personas que accedieron al servicio, en el proceso no se tuvo en cuenta la participación de la pareja implícita en el mismo. En el caso de las consultas ofrecidas por el médico en el servicio perteneciente al Hospital I, se observó la disposición del prestador por explicar cuando las y los pacientes le hicieron alguna pregunta, lo que fue más frecuente que en el resto de los servicios observados. En el caso del servicio correspondiente al Hospital II, las explicaciones médicas aportadas por los profesionales de la salud se dirigieron a las investigadoras presentes en las consultas, a solas o en presencia de los pacientes quienes en esos casos fueron obviados (recibían las explicaciones a través de terceros). En la mayoría de las consultas observadas se apreció que los y las pacientes quedan ocultos e invisibles tras el problema anatomofisiológico a corregir. En escasas ocasiones las personas que acuden a la consulta son tratadas por sus nombres propios. Cuando se concurre en pareja a la consulta, son las mujeres las identificadas por el personal de la salud y percibidas por sí mismas, como las responsables por los tratamientos, aunque el factor de infertilidad sea masculino, ello hace que sean ellas quienes lleven los resultados de las pruebas diagnósticas, son a quienes se les indica y a quienes se les entrega. Llama la atención además que en muchos casos aunque no existía evidencia de la existencia de un factor femenino y si del masculino, una vez mejorada la condición del hombre, se estudió en profundidad a la mujer.

Las descripciones detalladas de las observaciones que sustentan estos resultados pueden consultarse en el Anexo 9.

Resumen del Capítulo 3, teniendo en cuenta la saturación de categorías entre los grupos y al interior de ellos.

- Las **representaciones sobre la parentalidad** se expresaron en las actitudes, valores, creencias y conocimientos, centrados en la representación biológica de la maternidad para las mujeres y social de la paternidad para los hombres, como fuentes ambas de vivencias positivas individuales y grupales.
- Prevalció a nivel colectivo la asignación a las mujeres de la responsabilidad con la fecundidad y logro de la descendencia, en tanto se reforzaron los condicionamientos de género por parte de los prestadores de salud, al dirigir la atención a ellas.
- Las motivaciones y deseos por ser madre y padre hicieron alusión a los roles y estereotipos que constituyen arquetipos de las identidades femenina y masculina respectivamente, según los cuales, al arribar a una determinada edad se debe tener descendencia, para alcanzar el desarrollo pleno.
- El estereotipo asociado al completamiento o consolidación de la pareja con la llegada de los hijos(as) como un “deber ser”, predominó entre las mujeres y en menor medida emergió entre los hombres.
- La transformación de la “maternidad instintiva” en “maternidad razonada” emergió de los discursos de los tres grupos estudiados.
- La infertilidad fue considerada por las parejas infértiles y por los prestadores de los servicios, un problema de salud, para las primeras referido a la contradicción que perciben entre lo naturalmente esperado y lo que les comunica su cuerpo, mientras para los segundos hace referencia a la percepción de incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de la infertilidad.
- Como parte del proceso vivencial y de atención a la infertilidad, esta se concibió a nivel colectivo, como una enfermedad inesperada, que debe ser tratada.
- El padecer emergió como construcción particular de las parejas infértiles, caracterizada por un conjunto de vivencias sensitivas y perceptivas, vinculadas estrechamente con el sexo, la identidad genérica y con la historia familiar y personal de los sujetos involucrados.
- El padecer la infertilidad se constituyó en estados emocionales negativos y asignaciones de culpas, reforzados por la presión al interior de las parejas, de parte de las familias y la sociedad.
- La infertilidad impactó la relación marital en la esfera sexual y comunicativa, con mayor agudeza durante y después del período menstrual femenino, generando cambios en los comportamientos de los miembros de la pareja.

- La atención a la infertilidad se centró en lo anatomofisiológico del proceso reproductivo, con insuficiente indagación de los determinantes sociales involucrados; la interlocución entre usuarios y prestadores de los servicios de atención, se centró en detectar la hipotética “desviación de la normalidad”.
- La búsqueda de información autodidáctica sobre infertilidad, por parte de las parejas que acuden a los servicios de salud estudiados, es expresión de su nivel de instrucción y sugiere insuficiencias en la comunicación profesional de la salud y la persona como sujeto de atención.
- La insuficiente atención que se le ha brindado a la infertilidad por el sistema de salud, la organización y cantidad de los servicios destinados a la atención a la infertilidad en el país, y la disponibilidad de recursos, es de acuerdo a los grupos estudiados, lo que incide en las disparidades entre los existentes, la expresión de un fatalismo geográfico fuera de la capital, la migración entre un servicio y otro, la congestión de los servicios, y la insatisfacción con la atención recibida.
- Las parejas infértiles accedieron directamente al segundo y tercer nivel de atención a través de vías informales, lo que se expresó en el cambio entre un servicio y otro, en respuesta a la insatisfacción con el trato recibido, las limitaciones para el diagnóstico y el tratamiento, y con el tiempo transcurrido en el proceso de atención, vinculado este con la edad biológica de los entrevistados.
- Las parejas emplearon métodos alternativos para el tratamiento de la infertilidad sin haberlo consultado con los prestadores de salud, a la par de los tratamientos indicados por estos.
- De acuerdo con la información obtenida de todos los grupos y a partir de diferentes técnicas, la relación entre usuarios y prestadores refuerza los roles y estereotipos de género y manifiesta rasgos del Modelo Médico Hegemónico.

4. Propositiones teóricas para la infertilidad en el contexto de estudio

El análisis que se realizará a continuación permitirá generar hipótesis explicativas con base en la selección de temas y el establecimiento de relaciones entre categorías, con la finalidad de interpretar los resultados y entender el fenómeno de estudio. Para encontrar sentido y significado a las relaciones entre los temas se usarán diagramas explicativos.

4.1. La parentalidad como condicionamiento biocultural de género.

El presente estudio confirma que la parentalidad, es un condicionamiento biocultural de género, que se expresa en los roles asignados y asumidos, en la construcción de estereotipos para cada sexo y en la representación del ser mujer y el ser hombre que se conforma en el contexto sociocultural donde se forma el sujeto, y coincide con lo planteado por Vargas y Casillas (1999) respecto a otros procesos fisiológicos humanos (108).

Se consideró como condición central, el anhelo de ser madre o padre, vinculada al arribo a una edad biológica que marca el límite para el cumplimiento de la norma sociocultural y con la disponibilidad de condiciones propicias para procrear, entre las que no se identificó como primaria la estabilidad de la relación de pareja y sí los factores socioeconómicos que caracterizan el contexto donde se reproduce social y biológicamente la población estudiada. La proposición de la condición resultante representaciones sobre la parentalidad (Figura 2) emerge de los datos obtenidos de los tres grupos estudiados, que de acuerdo al análisis del relato de los expertos, descansa en el empoderamiento de las mujeres para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y para los prestadores de salud se expresa en la postergación de la maternidad.

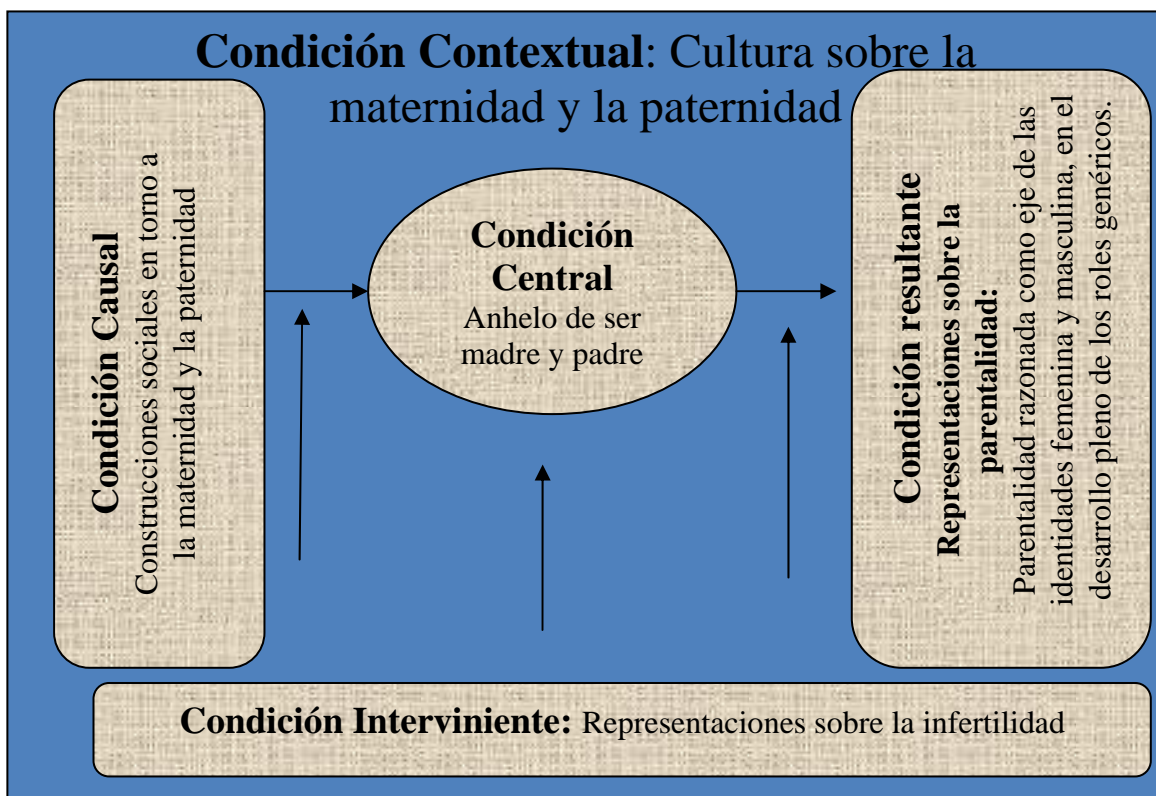


Figura 2. Relaciones entre categorías producto de la codificación axial, que explica la categoría representaciones sobre la parentalidad como condicionamiento biocultural.

La postergación de la maternidad como expresión de la "maternidad razonada", pudiera explicarse por el desarrollo alcanzado por las mujeres en la sociedad cubana y por la expectativa del logro de

mejores condiciones de vida. Datos obtenidos por esta investigación sugieren que debe considerarse en qué medida las mujeres tienen conocimiento de su biología y su determinación con la fertilidad, en particular respecto al agotamiento progresivo de la reserva ovárica con el envejecimiento, el riesgo de las ITS y su tratamiento oportuno y adecuado. Estas consideraciones quedaron implícitas en la mayoría de los discursos de los grupos participantes y comportamientos observados, y que pudiera, de comprobarse en futuras investigaciones, constituir un elemento a considerar para las acciones salubristas.

La evolución del llamado “instinto maternal”, como tendencia innata de la mujer, hacia una “maternidad razonada”, refleja la capacidad en la toma de decisiones en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, que pone de manifiesto la transformación de la mujer desde la condición de subordinación a un nivel superior del disfrute de su sexualidad y participación activa en la definición de sus intereses y proyecto de vida, que la libera conscientemente de la “carga o fardo” que las relaciones de género signan, en otras palabras: la responsabilidad social asignada que la atrapa en dar una respuesta acorde a la cultura androcéntrica imperante, para contribuir a la deconstrucción de las bases estables e irreversibles de las que se pretende dotar a la dominación patriarcal (29, 31).

De los resultados obtenidos en la investigación, se induce que las mujeres postergaron la maternidad, pero no el embarazo, ya que la mitad de las mujeres entrevistadas había tenido al menos un embarazo anterior y lo había interrumpido voluntariamente debido a diferentes causas, la situación económica; las condiciones de vivienda; el compromiso con el estudio o el desempeño laboral; su ocurrencia no planificada; la inestabilidad de la pareja. A esto se une la seguridad que genera la atención de la salud en Cuba, en específico la atención al aborto, que paradójicamente condiciona una “cultura abortiva” que prevalece sobre la anticonceptiva. El insuficiente uso del condón en la población cubana, y sobre todo la baja capacidad de negociación para su uso, constituye una debilidad en el desarrollo de las mujeres, que prevalece como parte de la “demostración de afecto y confianza” a la pareja y por la baja percepción de riesgo asociada a estos comportamientos sexuales no seguros. La historia reproductiva de la mayoría de los hombres estudiados se caracterizó por nunca haber logrado un embarazo con sus compañeras afectivas, debido a que la mayoría de estos eran, los que tenían el factor de infertilidad, lo que se conoció en el momento en que se realizó la investigación, y se infiere que no evitaron el embarazo con compañeras afectivas anteriores, pues el tiempo promedio buscando descendencia superó al tiempo promedio de la relación actual (ocho años).

Una lectura social y feminista sobre la postergación de la maternidad/paternidad, realizada por Campos (2011), ha permitido abundar que el conocimiento sobre la anticoncepción y el control considerable que sobre las pautas reproductivas, se alcanzara durante la mitad del siglo XX, propició la creencia de poder establecer el momento, la forma, el lugar y la cantidad de descendencia a tener de manera exacta, aun cuando los cuerpos no siempre acompañen esos deseos y menos si biológicamente existe un límite temporal (31).

La condición contextual que enmarca a la condición central y al resto de las condiciones, es la cultura sobre la maternidad y la paternidad (Figura 2). La maternidad y la paternidad se expresan en el imaginario de las mujeres y hombres entrevistados, de acuerdo con el capital simbólico y social, como realidades que aportan felicidad, y un bienestar subjetivo superior a cualquier otro. La maternidad se concibió fundamentalmente como un hecho biológico que se traduce en engendrar y parir, para la paternidad predominó la concepción social de que ser padre es la transmisión de valores y saberes; el cuidado y protección de la descendencia, lo que coincide con resultados obtenidos por investigadores en Cuba y en otros contextos (39, 42, 67, 68, 70). Otras investigaciones relacionadas habían dado cuenta de que la paternidad tiene para los varones una significación biológica por encima de la social- afectiva, lo que también emergió en esta investigación a partir de las entrevistas realizadas a los expertos no así de las que se realizaron a los hombres que formaban parte de las parejas incluidas en el estudio (1, 12). Del análisis de los resultados se considera que la causa masculina de la infertilidad para la mitad de las parejas, en algunos casos adicional a una femenina, influye en que el sentido que tuvo para estos hombres la paternidad, trascendiera lo biológico, puesto que les genera incertidumbre acerca de si podrán engendrar un hijo biológico o requerirán de la intervención tecnológica para convertirse en padres. De la representación de la paternidad para los varones, antes explicada, se induce su contribución a la construcción de sus identidades anheladas como padres proveedores de cuidados afectivos, educación y valores a la descendencia, lo que coincide con lo planteado por González Pagés (2010), respecto a que un número mayor de hombres comienza a asumir un nuevo modelo de

ejercer la paternidad lo que pudiera interpretarse como un avance en la concepción de relaciones de género más equitativas, en la medida que los hombres se visualizan no sólo como hombres proveedores, sino en la formación de la descendencia, que puede entenderse como una participación en la transmisión de la cultura en la vida cotidiana (71, 74). Otra consideración que puede hacerse al respecto, es que todos los individuos entrevistados por Calero y Santana (2006) que recocieron necesitar un vínculo biológico con la descendencia por encima de otro cualquiera, tenían compañeras afectivas, madres de hijos producto de uniones anteriores, lo que explica la percepción de falta de pertenencia con respecto a la descendencia ante la incertidumbre de perder la relación con esta en caso de disolución de la pareja, mientras que entre los hombres incluidos en el presente estudio, solo uno se encontraba en ese caso. Si bien el deseo por el vínculo biológico con la descendencia no fue desestimado del todo por la mayoría de los hombres incluidos en el presente estudio, este quedó atemperado en los discursos y de acuerdo con el análisis étic, responde más al sentido de posteridad y perpetuación de la estirpe, que a la demostración en el espacio intra e intergenérico de su condición viril- heterosexual- activa, a través de la preñez de sus compañeras, como sí fue referido en la investigación de Calero y Santana (2006). No obstante, la paternidad fue también entendida como un mandato social, al aportarle el reconocimiento de su identidad masculina adulta asociada al arribo a una determinada edad, lo que concuerda con la mayoría de las investigaciones anteriores (1, 12, 22, 39, 42).

Las construcciones sociales en torno a la maternidad y paternidad referidas a su valor simbólico en el contexto social y a las relaciones que se establecen en su interior afectan directamente a la condición central anhelo de la maternidad/paternidad, en tanto la maternidad y la paternidad forman el eje central de la construcción de las identidades femenina y masculina (20, 37, 72, 91). Los resultados de esta investigación develan diferencias entre mujeres y hombres que en opinión de esta autora no solo reflejan los estereotipos y roles asignados/asumidos para/por cada sexo, que sustentan la permanencia de los hombres más distantes del proceso reproductivo a diferencia de las mujeres, como puede interpretarse por ejemplo a partir de la observación realizada en las salas de espera, cuando los hombres no se mostraron atraídos por la descendencia de las puérperas que compartían dicho espacio. Dichas diferencias están mediadas además por la condición interviniente representaciones sobre la infertilidad que obliga a replantearse el capital simbólico de la maternidad y paternidad, respectivamente, y coloca a los sujetos en condiciones de vulnerabilidad simbólica a nivel grupal y social.

Para las mujeres el útero y poder parir es lo que naturaliza la maternidad, asumida como una función natural del cuerpo, lo que responde al paralelo entre mujer y naturaleza y en ello radica la asociación mujer= madre, lo que las responsabiliza más que a los hombres con la consolidación de la pareja y formación de una familia como sustento ideológico del rol reproductivo de género asignado y asumido. Lagarde (1997) ha expresado la definición sociológica de la madre, considerada como un ser específico dotado de aspiraciones propias, que a menudo no tienen nada que ver con las de su marido ni con los deseos del niño, constituye parte de la ideología dominante de la maternidad (96). Este elemento sustenta la maternidad anhelada donde confluye la representación sobre la maternidad que a nivel individual y grupal se plantea en los diferentes discursos analizados. Para los hombres estudiados la naturalización de la paternidad se debe a la "indiscutible" fertilidad del semen a nivel simbólico y al rol de género asociado a la identidad masculina, en tanto deben convertirse en adultos responsables de la protección, cuidado y educación de la descendencia, la que otorga sentido de posteridad a la existencia. Tales diferencias coincide con lo planteado por Lagarde (1997) cuando asegura que "El primer parto es el ritual simbólico del nacimiento de la verdadera mujer: la madre", expresión de una ideología de la maternidad esencialmente biologicista que concibe el convertirse en madre como función del cuerpo biológico, mientras que el ser padre se suma a los atributos masculinos patriarcales, que le otorga el poder de trascender mediante los hijos, en quienes se perpetúa y sobre quienes ejerce, a nombre del poder, la dirección y el dominio de la cotidianidad (96).

4.2. La vivencia de la infertilidad como proceso biocultural de género.

El padecer la infertilidad es condición central o relevante que da cuerpo a la idea de que la vivencia de la infertilidad es un proceso biocultural de género y la que más aporta a la explicación de las representaciones sobre la infertilidad como condicionamientos bioculturales de género, que descansan en su proposición. Recibe influencia directa de parte de la cultura médica en torno a la infertilidad, ambientado todo ello en las representaciones sobre la parentalidad como condición contextual (Figura 3).

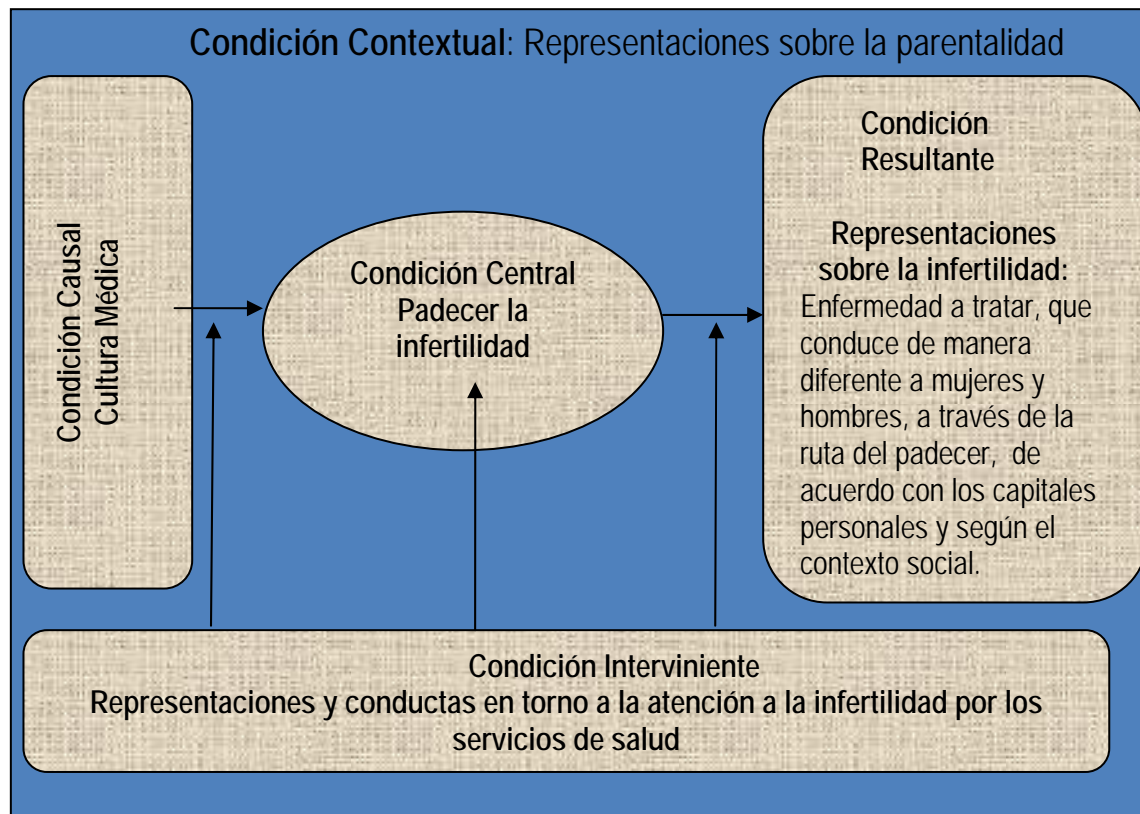


Figura 3. Relaciones entre categorías, producto de la codificación axial, que explica las representaciones sobre la infertilidad como condicionamientos bioculturales de género.

La vulnerabilidad emocional y psicológica de las personas y parejas infértiles, generadas fundamentalmente por la percepción simbólica de la infertilidad, se endurece por la presión social, familiar y desde la pareja, para tratarse o para encontrar solución a la condición infecunda y cumplir así con el ideal simbólico, lo que es expresión del capital social. La infertilidad instaló un duelo a nivel personal y de pareja, expresado sobre todo en la comunicación y la relación sexual, con momentos críticos en la cotidianidad, como es la llegada del período menstrual de la mujer, como prueba objetiva de infecundidad y vuelta a otro ciclo de estudios y tratamientos que pueden llegar a ser traumáticos, de ahí que la categoría representaciones y conductas en torno a la atención a la infertilidad por los servicios de salud actúe como condición interviniente de la categoría central y de las relaciones que establece con el resto de las condiciones (Figura 3), ya que es parte de la biografía personal de los individuos en interacción con el ambiente. De lo anterior han dado cuenta numerosas investigaciones, las que reconocen las consecuencias que tiene la expectativa social de la maternidad y la paternidad como elemento sustantivo de la construcción de la identidad de género sobre mujeres y hombres que no pueden concebir, para por otro lado reconocer, que la naturaleza de los procedimientos médicos conducentes a propiciar el embarazo suelen interferir en la rutina de vida de las personas, tanto por la frecuencia como por la naturaleza “invasiva” de los mismos, por lo que pueden representar una fuente de estrés adicional (1, 18, 21, 22, 20, 28, 38, 40, 43, 53, 54, 62).

Algunas investigaciones aseguran que el impacto de la infertilidad es mayor para las mujeres (20, 28, 105, 106), aunque existen otras más actuales que van denunciando la cada vez más evidente expresión del padecer en los hombres (1, 12, 50, 51, 72). De acuerdo con los datos obtenidos a partir del presente estudio, se considera que el impacto de la infertilidad adquiere su verdadera connotación a nivel de la pareja, pues incluso en aquellos casos en que las mujeres se mostraron más afectadas, los hombres padecían a causa de ellas. También en esta investigación afloró que para un número considerable de parejas, la vivencia de la infertilidad mejoró la relación en cuanto al apoyo mutuo y fortalecimiento del sentimiento amoroso, tal y como ha sido reconocido por otros autores como consecuencia del ajuste marital (37). Se considera que la variabilidad de valoraciones que emergieron en este sentido, se justifica por el tiempo de la relación de pareja, el

nivel sociocultural de sus miembros y sus edades respectivas, el factor de infertilidad diagnosticado y el tiempo transcurrido en la búsqueda de descendencia, así como el tiempo que ha transcurrido de la atención médica al problema de salud, los que pueden incidir solapadamente.

Los aspectos que caracterizan el padecer de las parejas y personas infértiles de acuerdo con lo expresado por los tres grupos estudiados, coincide en mucho con lo que ha sido identificado por otras investigaciones relacionadas, lo que podría interpretarse como una singularidad grupal bastante constante independientemente del contexto (1, 18, 39, 40, 49, 53, 72). No obstante, los datos aportados por las parejas entrevistadas durante la presente investigación, dejan ver el componente personal del padecer de acuerdo con sus sustentos, definidos por Vargas y Casillas (1999) (108): a) la naturaleza biológica del individuo o terreno biológico, que alude a un símil con la cultura vinícola, según la cual la calidad de un vino depende del terreno donde se cultive la uva, lo que para el caso de la infertilidad está muy relacionado con las condiciones biológicas de acuerdo a la edad e historia sexual y reproductiva de los individuos, para el caso concreto de las parejas entrevistadas destaca entre estas los trastornos hormonales y obstrucciones tubarias en las mujeres y los trastornos espermáticos y la presencia de varicocele, entre los hombres. b) la biografía personal con un sentido integral, que remite a las vivencias (experiencias, afectos, temores) acumuladas por el solo hecho de vivir. La manera cómo esta afecta el proceso salud-enfermedad es polimorfa, y en este caso remite a la forma en que las representaciones sobre la parentalidad, a partir de la transmisión cultural al interior de las familias, incide en el padecer la infertilidad, y no se asoció a la experiencia de infertilidad de personas cercanas o familiares. Sumado a esto, el tiempo buscando descendencia y recibiendo atención médica; la interrupción voluntaria o pérdida de embarazos anteriores; la tenencia de hijos con compañeros/as afectivos/as anteriores y los hábitos personales adquiridos por influencia social, como el consumo de alcohol o tabaco pueden incidir a la vez; y c) las relaciones de la persona con el ambiente, lo que resulta difícil separar de la biografía personal, que para la infertilidad reviste mucha importancia el papel que juegan diversas formas de vida o agentes causales de enfermedades ginecológicas en la mujer y urológicas en el hombre, algo que ya ha sido comentado respecto a los comportamientos cotidianos de unos y otros, con baja significación en la percepción de riesgo para la infertilidad. El medio ofrece una plataforma social, económica, política y de relaciones interpersonales sobre las que la persona padece su problema de salud. El papel que ejerce el medio sobre el padecer lo explican mejor los diferentes capitales de la persona, dentro de los cuales el capital cultural, integrado por los conocimientos, valores, actitudes o creencias en torno a la infertilidad, producto de la interacción entre el medio y la persona a lo largo de la vida, influye en el padecer la infertilidad como ya se ha explicado. Otro capital es el social, logrado a través de las redes de familiares, amigos, conocidos, o personas voluntarias o profesionales capaces de apoyar en forma material y emocional a quien padece la infertilidad y apoya la complejidad de las vivencias durante el proceso de atención.

Como se ha descrito las redes sociales y familiares condicionan creencias, actitudes y prácticas respecto al comportamiento de la sexualidad y la reproducción, toda vez que como ha sido testimoniado por los Grupos 2, 3 y 4, al interior de la colectividad humana y las familias a las que pertenecen los sujetos infértiles, se ejercen presiones para y por convertirse en padre y madre, se transmiten saberes relativos a cómo hacer para que la relación sexual tenga mayores probabilidades de éxito reproductivo y al empleo de tratamientos naturales, alternativos al indicado por los facultativos, entre otros. Esto tiene una contribución en la cultura médica, para el reconocimiento de la infertilidad como problema de salud y consecuentemente en la forma de padecerlo, como respuesta a las necesidades en dos dimensiones, la de la persona y la del sujeto de atención en el sistema de salud, diferenciado por sexo, porque a necesidades diferentes se requieren respuestas diferentes del grupo social y del sistema de salud. La forma que asumen los capitales, cuando la sociedad los percibe y reconoce en su legitimidad es el capital simbólico de la infertilidad, que se ha venido caracterizando desde la primera categoría emergente, hasta ahora.

La cultura médica entendida como los conocimientos, creencias, actitudes, valores, lenguaje, conductas, en general, y respecto a la infertilidad en particular, se va a expresar en el imaginario, representaciones y percepciones de las personas, del grupo y de la sociedad a donde pertenecen, lo que se expresa, a los efectos de la presente investigación, en el modo como se percibe y concibe la infertilidad en el eje salud-enfermedad- atención, de acuerdo con la información que poseen los individuos, la pareja, la familia, los prestadores de salud y la sociedad toda, y su influencia en la utilización de los servicios de atención en el de cursar del tiempo. Esta condición, en el marco de la Teoría Fundamentada es la que más influye en el padecer la infertilidad como condición central (Figura 3).

La categoría representaciones sobre la parentalidad (Figura 3) actúa como condición contextual que enmarca a la condición central y al resto de las condiciones por igual, en tanto transfigura a la maternidad y la paternidad en eventos predecibles durante el curso vital de las personas, las parejas y las familias, que naturalmente se consideran dotadas para ello y para lograrlo bastaría con desearlo. Dicha representación en torno a la concepción de la vida humana, es el ambiente donde pervive la cultura médica respecto a la infertilidad, referida al desconocimiento que tienen las personas y la colectividad sobre el tema, debido a que como se ha señalado, las propias condiciones estructurales y económicas han influido en que la atención sobre la infertilidad no haya sido priorizada ni en la formación de recursos humanos, ni en la comunicación mediática, que cree las condiciones para la construcción de un saber sobre infertilidad. De acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación, la infertilidad se percibe como algo impensado e inesperado hasta tanto no se aprecia la alteración biológica que deriva en la sospecha de un “no poder ser”, muy acorde a la concepción histórica de la mujer fértil, en el tratamiento a los temas relativos a la relación mujer- salud en la literatura científica. Algunos autores han acusado la paradoja que se establece entre el conocimiento sobre los factores que inciden directa o indirectamente en los problemas para la concepción, además de las alteraciones anatomofisiológicas (las enfermedades de transmisión sexual, la exposición a agentes tóxicos, el estrés, el empleo de dispositivos intrauterinos como métodos anticonceptivos, el acceso de la mujer al mercado laboral y la postergación de la maternidad), y la escasa percepción de amenaza a priori, para el equilibrio y bienestar de la pareja. Así por ejemplo una mujer que presenta alguna alteración en las trompas de Falopio o un hombre con una escasa producción de espermatozoides, pueden presentar un perfecto estado de salud, y disfrutar de la vida en pareja a lo largo de toda su vida. Solo cuando se desea tener descendencia dichas alteraciones comunican la existencia de un problema de salud, se convierten en disfuncionales y provocan un padecer (20, 37). Fueron varias las evidencias emergidas que indican la saturación de la categoría no solo al interior de esta sino entre los grupos. Al decir de uno de los expertos entrevistados “(...) la infertilidad comienza a ser un problema para la gente en el momento en que se desea tener hijos, antes es un método anticonceptivo” (E7); el testimonio de una de las mujeres entrevistadas, quien interrumpió un embarazo anterior por voluntad propia, habla de cómo se construye la cultura respecto a un fenómeno, desde la prestación de los servicios de salud ubicada en un contexto sociocultural determinado: “(...) Cuando me hice el aborto recuerdo que la doctora me dijo: muchacha tú vas a poder tener todos los hijos que tú quieras después, no se me olvidan sus palabras (Ilorra)(...)” (M P16).

El impacto que tiene la infertilidad en las personas que la padecen coincide con lo documentado por otras investigaciones (18, 20, 43). Las mujeres se sienten incompletas en su identidad femenina y los hombres se sienten frustrados, al no responder a lo normado para su identidad masculina como hombres adultos, padres, jefes de familia, proveedores de sustento y cuidado, lo que acumula datos sobre el valor contextual de la categoría representaciones sobre la parentalidad. Se destaca en los resultados que la condición infecunda no la percibieron como cuestionamiento o duda al interior del grupo al que pertenecen, sobre su orientación sexual heterosexual, la presencia de compañera sexual y la tenencia de hijos/as, ni como descalificación de su virilidad, como sí lo expresaron los expertos que participaron en la presente investigación, y los individuos entrevistados por Calero y Santana (2006) (1). Esta aparente contradicción es congruente con la referida anteriormente para la representación sobre la paternidad: los varones estudiados, ponderaron su papel desde la paternidad en la transmisión de saberes y valores, sobre la contribución biológica, cuestión a la que ya se le ha dado una explicación y que también puede servir para argumentar esta nueva, pero a la vez, esas representaciones masculinas deben estar vinculadas con la historia reproductiva y con la vivencia y padecer de la su condición infértil, de la compañera afectiva o de la pareja en su conjunto, que provoca la reformulación de valores y expectativas, según lo reportado en la literatura (39,42). La mayoría de los varones que formaron el grupo de parejas entrevistadas en esta investigación tenía nivel medio de instrucción; 36 años como promedio de edad, momento del curso vital que posiblemente no subvierta aún el “orden natural” que a nivel simbólico establece una edad límite obligada- esperada de la capacidad para fecundar, ni legítima a nivel grupal el cuestionamiento de su virilidad. Todos los hombres de las parejas estudiadas habían accedido a los servicios de infertilidad ante la identificación de un problema de ellos o de sus compañeras, y el tiempo promedio asistiendo a las consultas especializadas fue de cinco años, superior al que se establece en la literatura como óptimo para lograr un diagnóstico certero y el éxito de los tratamientos (90, 120). La mayoría de estos hombres no había logrado fecundar hasta el momento en que se realizó la investigación, transcurrido un promedio de 13 años desde que comenzaron a tratar de tener descendencia.

La cultura médica de la población estudiada considera la infertilidad como una enfermedad o “trastorno”, expresión de una desviación anatomofisiológica, atribuida fundamentalmente a la mujer. Se reitera la responsabilidad femenina con la función reproductiva, lo que se traduce simbólicamente en la asignación de culpa cuando no puede gestar, reafirmando la ideología biologicista de la maternidad; para los hombres el valor simbólico de la fertilidad de su esperma, es expresión de virilidad probada, y cuando el diagnóstico del factor de infertilidad corresponde al hombre se hace difícil el afrontamiento de cara a la masculinidad cuestionada. Los hombres “acompañan” a su compañera a atenderse la infertilidad, y de acuerdo a los datos emergidos de la observación participante realizada, los prestadores de salud se dirigen a las mujeres, y no a los hombres o a la pareja como una unidad. Esto es reflejo de la cultura médica imperante, que también se ha manifestado en la superioridad del número de investigaciones sobre infertilidad dedicadas a las mujeres por encima de las enfocadas hacia los hombres, tras la explicación de que, independientemente de quién sea el que porte el factor de infertilidad e incluso cuando es mixto o masculino, son las mujeres quienes más desarrollan trastornos emocionales (28). Pone en evidencia además, el vínculo que existe entre el enfoque biologicista de la ciencia y el patriarcado, del que derivan los sesgos que se manifiestan el abordaje a la infertilidad en las investigaciones médicas, tanto cubanas como extranjeras (78).

A la luz de los resultados obtenidos y emitiendo un juicio basado en las expresiones, percepciones y análisis de las personas entrevistadas, la categoría género no forma parte del arsenal cognoscitivo consciente de los prestadores incluidos en esta investigación y en caso de poseerlo puede cuestionarse la reproducción que hacen del mismo. Sin embargo, las representaciones socioculturales no deben ser estudiadas de forma directa por las representaciones conscientes de las personas y requieren de interpretaciones inductivas. De ahí que sea posible que este grupo reproduzca y refuerce, en sus representaciones sobre la parentalidad y la infertilidad, los roles y estereotipos de género de las parejas infértiles que atienden en sus servicios y que sean estas a la vez, las del grupo social al que pertenecen todos, lo que demuestra que las representaciones socioculturales son fruto de la vivencia de las contradicciones diarias de las personas, inmersas en el grupo humano al que pertenecen, y que las mismas expresan el entendimiento con sus pares, sus contrarios y con las instituciones donde se insertan. Aun cuando los prestadores reconocen, que existen diferencias entre mujeres y hombres, comprenden “naturales” las actitudes y prácticas que el condicionamiento biocultural de género impone a las parejas que hacen uso de los servicios de atención a la infertilidad. La mirada que le dan a tales diferencias carece de una perspectiva de género, por lo que más interesantes que los puntos de desencuentro entre las aportaciones que el género hace a las representaciones de ambos grupos, lo más interesante y relevante resultaron sus puntos de encuentro.

Aunque los expertos y prestadores de salud entrevistados reconocieron el impacto que sobre la pareja y la familia tiene la infertilidad, las alusiones al respecto por los dos grupos fueron escasas, lo que se considera puede obedecer al insuficiente tratamiento a la infertilidad como un problema de la pareja en su conjunto, ratificado por el análisis de sus discursos, referidos casi siempre a las mujeres. En los servicios de atención seleccionados, se observó que no se exige ni valora el acceso en pareja, y algunos hombres tuvieron dificultades para ausentarse del trabajo para asistir a la consulta, aunque deseaban hacerlo. Lo anterior evidencia y refuerza la cultura médica a nivel colectivo reconocida por los expertos de que las causas de infertilidad son de origen femenino y contradice lo plasmado en el protocolo para la atención a la infertilidad, lo que evidencia la insuficiente adhesión a este (120).

A partir del análisis de la información obtenida, se considera que la cultura médica en torno a la infertilidad como enfermedad, opera para las personas como explicación a la incapacidad de dar curso natural a la maternidad y paternidad esperada, y que debe ser corregida por la intervención médica. Según Foucault (1990), la reproducción es objeto de intervención médica, aunque “ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad” (sic) (125), lo que responde a la biologización de la procreación como efecto cultural, que para el caso de la infertilidad tiene, su conceptualización a partir de las disfunciones biológicas que la provocan (40), manifestadas en los cuerpos de las personas, que de acuerdo con la información que poseen, ante la noción de “anomalía”, buscan en las vías oficiales o extraoficiales respuestas a esta y acuden al sistema médico oficial o alternativo del que esperan esas respuestas (106). La necesidad de la intervención médica y tecnológica se fundamenta en la inestabilidad de los procesos biológicos, en relación con el aparato reproductor y con los cambios que éste produce en todo el cuerpo (29). Un ejemplo de ello es que las personas perciban y “reclamen” la necesidad de la intervención

tecnológica para la solución más rápida y efectiva de su problema. Esto da cuenta por una parte, de la medicalización que sufren los procesos bioculturales como parte de la atención por parte del sistema de salud y que “contaminan” la cultura médica en torno a la infertilidad con incidencia a la vez en su padecer, para por otra sugerir que la información que portan las personas en la actualidad contribuye a su empoderamiento y contrapone algunas de las características sobrevivientes aún en la ideología y práctica médicas: la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los usuarios en las acciones de salud y las acciones que tienden a excluir a los usuarios de la toma de decisiones. También el reclamo de la intervención tecnológica, puede producirse como opción, ante las insuficientes alternativas que ofrece el contexto cubano para dar solución a la falta de descendencia.

De acuerdo con la información obtenida en los servicios de atención estudiados a través de las diferentes técnicas empleadas, incluida la observación participante abierta, se corroboró que el tratamiento a la infertilidad se concentra esencialmente en la dimensión biológica, lo que se expresa en el énfasis que se hace en la búsqueda de la alteración orgánica por medio de los exámenes clínicos, las tecnologías o cualquier otra vía que permita dar respuesta de “lo que funciona mal”, tal y como se refiere por otros autores (39). El tratamiento individualizado de la persona en su contexto, y la determinación social e individual de su padecer, en la forma en que enfrenta, primero la sospecha y después la espera y confirmación de un diagnóstico, quedan en segundo plano, y continúa como agenda pendiente de los servicios de salud, todo lo cual refuerza la cultura médica en torno a la infertilidad como enfermedad. La aún insuficiente prestación de los servicios en torno a la persona y la determinación social de la salud según condiciones de vida, se expresa en la insuficiente indagación sobre el entorno en que se mueve la persona, de su padecer, de sus capitales y sus redes de apoyo, de sus condiciones de vida y trabajo, de las dinámicas familiares y de pareja lo que puede realizarse como parte de la anamnesis o interrogatorio, en la primera consulta, como complemento al interrogatorio “tradicional” que incluye el motivo de consulta, los antecedentes patológicos personales y familiares y la historia reproductiva, para contribuir a la caracterización integral de la persona y la pareja, que perfila el diagnóstico, las intervenciones terapéuticas, y los requerimientos de apoyo de los diferentes especialistas del sistema. Los prestadores entrevistados reconocieron que esta debilidad en el proceso de atención se debía al empirismo en algunos casos y a la falta de estandarización de protocolos de atención que lo tuvieran en cuenta cuestión que sí está contemplada en el Proyecto de Programa de Atención a la Pareja Infértil propuesto en el año 2007 (121). De ahí que se haga imprescindible discutir sobre el análisis de los documentos revisados, a partir del cual emerge disonancia entre dos de ellos: el libro para la docencia de Rigol y coautores y el Manual de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia de Cabezas y coautores, publicados a solo dos años el uno del otro (2004 y 2006, respectivamente) (90, 120). Pareciera como si para la confección del segundo, se hubiera desestimado la inclusión de los aspectos psicosociales que el primero proponía debían recogerse en las historias clínicas de las parejas infértiles. Las razones de dicha omisión no fueron dilucidadas por esta investigación, la que sí pudo constatar, a través de las entrevistas y observaciones realizadas, que en los servicios de atención a la infertilidad estudiados, el protocolo que se sigue es propio de cada uno, constituyen adaptaciones particulares, lo que según esta autora obedece a la descentralización de la norma en respuesta a las condiciones propias de cada lugar. Por otra parte Suárez (2007) ha planteado que los datos contenidos en las historias clínicas se centran en los aspectos biológicos de los individuos y quedan fuera los psicológicos, sociales y económicos y “mucho menos se plantea realizar un análisis antropológico que facilite la comprensión cultural e integral al respecto”, lo que limita el conocimiento que tienen los prestadores de salud sobre los usuarios (126).

Dentro de los sistemas de salud este problema del insuficiente abordaje psicosocial, se expresa porque las personas que acceden a los servicios devienen en “objeto de atención”, donde las pruebas clínicas de diagnóstico, tratamientos, tecnologías, se ubican primero en el pensamiento y discurso médico jerárquico, que frente al saber “del otro”, convierte al usuario en un consumidor pasivo de indicaciones y decisiones. Eduardo Menéndez (16, 79) ha desarrollado ampliamente este tema, ubicando tales características dentro del Modelo Médico Hegemónico, que al igual que Vargas y Casillas (1999) lo ha denunciado como expresión de la relación intercultural médico-paciente, toda vez que la cultura médica de ambas partes aporta las suficientes diferencias (108). El médico no vive personalmente el padecer de los pacientes y puede que la infertilidad misma le atraiga al grado de transformar a su paciente en objeto portador de una enfermedad digna de ser estudiada, de la que le interesa más sus manifestaciones que su padecer. La persona enferma se transforma en un objeto y la actitud del médico puede llegar a ser ambivalente; olvida a la persona, pero se interesa en el caso, como si la enfermedad y sus manifestaciones existieran fuera de esta;

el desafío lo constituye el realizar una evaluación integral de la enfermedad y el padecer, de la horizontalidad entre prestadores y usuarios, lo que permite que la persona se convierta en el centro de la relación, y se convierta en “sujeto de atención”, algo que Sáez (2008) recomendó cuando expresó la necesidad de reordenar la propia práctica clínica en virtud de lograr un abordaje biopsicosocial de esta (87).

La cultura médica de las personas que forman las parejas infértiles, se expresa en la identificación por sucesivas aproximaciones, de la respuesta inadecuada del cuerpo a la fertilidad, lo que conduce a que la persona desde sus saberes incompletos, para dar respuesta a sus interrogantes, busque a los que culturalmente se les atribuye, o demuestran capacidad para resolver o atender un problema de salud: el médico articulado en el MMH, y cuando este no basta, cualquier otro que pueda dar respuesta a su sospecha o a sus expectativas biológicas y afectivas. En la cultura médica propia de los prestadores de salud, la alusión al término problema de salud, se vincula al referente de la Salud Pública (127), que perciben en el incremento de la demanda de los servicios de atención de acuerdo con el reporte cada año de un número mayor de personas atendidas por causa de la infertilidad. Los datos obtenidos de los diferentes grupos, contrastantes entre sí, expresan las diferencias en cuanto a las formas de conocimiento socialmente elaborado, que proviene de las distinciones cognitivas, formativas e informativas entre dichos grupos, por un lado el saber de los prestadores de salud sustentado en el saber biomédico, reconoce estar ante un problema de salud cuando las tasas de la enfermedad ameritan la intervención médica, para las personas, el problema de salud está en sus cuerpos, y lo interpretan como una desviación de la normalidad, que puede llegar a instaurar un padecer que necesita atender, tal y como ha sido desarrollado por Vargas y Casillas (109, 110).

La construcción intelectual de la infertilidad que hacen la persona- usuaria y la persona- prestador es diferente, porque ocupan diferentes posiciones en el diagrama social de su actuación, el médico no vive y muchas veces desconoce el padecer de su paciente, su acción responde a la elaboración intelectual que hace el sistema médico de la infertilidad como enfermedad, por su parte el padecer de los signos y síntomas para el sujeto-paciente, responde a sus capitales simbólico, cultural y social y a su biografía personal, insuficientemente explorados en la atención que recibe, según los datos aportados en esta investigación por la observación y de los testimonios de los actores participantes en el proceso.

El aumento en la demanda de los servicios de atención fue reconocido por los tres grupos entrevistados, e influyó en que algunas de las parejas opinaran que la infertilidad era algo “normal” en la población cubana. Según lo planteado en el párrafo anterior el incremento de la demanda se traduce en un problema de salud para los expertos y prestadores de salud, sin embargo para las parejas a nivel grupal lo identifican como “si mucho hay” es “normal”. La lectura diferente que se le da a un mismo hecho de acuerdo a los ingredientes particulares de la cultura médica para cada grupo se basa en el punto de vista de cada uno, para los profesionales es el del grupo o población, mientras para los individuos es el de “para sí”. La medición o valoración de los comportamientos está en dos contextos diferentes. Así en el ámbito individual la noción de “normalidad” debido a la condición compartida con otras personas que “cada vez son más”, puede operar como “alivio” para el padecer que genera el problema de salud en las parejas infértiles, y para el sistema médico refuerza la necesidad de incrementar la cobertura para satisfacer las demandas.

El aumento de la demanda de atención a la infertilidad percibido, sobre todo de casos de infertilidad secundaria, puede explicarse desde dos ámbitos: las personas y el sistema de salud. Las parejas estudiadas, constituidas por personas que en su mayoría nacieron después de 1959, expresan en sus conductas sexuales y reproductivas la liberación en cuanto a estereotipos y dogmas, para las que sin embargo, persisten otras conductas cargadas de significados subjetivos: el escaso uso del condón y las dificultades para su negociación en la pareja, donde el papel dominante que ejerce el varón obedece a las asimetrías de género en la toma de decisiones, y genera conflictos para las mujeres, que generalmente claudican practicando un sexo no seguro (58, 128). Otra conducta de las personas a tener en cuenta es la del aborto, como práctica que ha devenido en una cultura abortiva. Las representaciones, creencias, actitudes respecto al aborto, en sí, incluyendo las regulaciones menstruales, empleadas como método menos invasivo con el fin de interrumpir embarazos no deseados, responde a la despenalización del proceso, a su no estigmatización, a la “seguridad” que ofrecen los servicios de salud, a la cobertura que garantiza la atención de servicios específicos en todo el país, que se traducen en que en Cuba se haya convertido en una práctica reiterativa, tradicional, que se transmite de generación en generación (Gran y López, 2003). Lo anterior se expresa en las cifras que presenta el aborto institucionalizado

en Cuba, la cantidad de abortos por cada 100 nacidos vivos se ha mantenido por encima de 50 en la última década (129, 130). Otro aspecto relativo a la recurrencia al aborto, visto con "lentes del género" según refiere Alfonso (2006) (128), es que las mujeres requieran probar su capacidad de reproducirse como vía para reafirmarse, aunque no se desea la maternidad en sí y que se vea esta como la manera de estrechar vínculos afectivos de pareja. Por otra parte, varios prestadores de salud corroboraron lo expresado por la mayoría de los expertos en cuanto la relación de las ITS, los embarazos ectópicos en aumento y el empleo de dispositivos intrauterinos para la anticoncepción, con el incremento de la infertilidad en nuestro medio: "(...) hábitos como el hábito de fumar, el alcohol, las drogas, todo esto ha ido en aumento. La anticoncepción, en una primera etapa fue negativa, por el uso sobre todo de los DIU, que provocaban procesos inflamatorios pélvicos, asociados a sepsis vaginales...todo ello ha hecho que las infecciones sobre todo en la mujer hayan ido en aumento, el embarazo ectópico ha ido en aumento, que hoy por hoy es una de las primeras causas de infertilidad, por las secuelas que deja (...) todavía no hay esa percepción de riesgo en la gente." (Médico del servicio correspondiente al Hospital I). A la vez como ha sido declarado por los grupos 2 y 4, el nivel de instrucción de las personas en la actualidad es mayor y están mejor informadas, lo que puede haber influido en que sea mayor el número de parejas buscando atención a un problema para el que antes prevalecía una cultura médica diferente en tanto muchas parejas consideraban que el no poder reproducirse obedecía a un deseo divino y dejaban en manos de Dios su solución "(...) la gente del campo decía: no que cuando Dios quiera, ya después en la medida en que la población cubana se ha ido educando, ya la gente va al médico." (E4).

En el ámbito referido al sistema de salud, a partir de los resultados se puede inducir que es aún insuficiente la actividad preventiva que se realiza desde allí. Entre los factores más determinantes identificados se pueden destacar, la no explicación a la mujer o a la pareja del agotamiento de la reserva ovárica con la edad, como necesaria alerta para la toma de decisiones, por lo que no se toma en cuenta para decidir la postergación de la maternidad, así como la insuficiente la explicación del empleo de dispositivos intrauterinos, la recurrencia al aborto y las consecuencias de las infecciones de transmisión sexual que de no ser tratadas a tiempo y adecuadamente, incrementan la vulnerabilidad para padecer la infertilidad.

4.3. Relación entre la pareja infértil y los modelos de prestación de servicios de salud.

Los resultados de esta investigación, referidos al modo en que se organizan y funcionan los servicios estudiados, así como el modo en que transitan los usuarios a través de estos, corroboran muchas de las razones que se ofrecen como justificación para la Propuesta de Programa de Atención a la Infertilidad del año 2007 (121), como son las debilidades que presenta el sistema de salud para la atención a la infertilidad en nuestro contexto, lo que redundará en su insuficiente capacidad resolutoria y la consecuente necesidad de establecer las funciones, normas y algoritmos para la atención de la pareja infértil en cada nivel de atención, con vistas a la mejora de sus procesos.

De acuerdo a la codificación axial se consideró que las subcategorías atención a la infertilidad por el sistema de salud, y organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención fueron las condiciones centrales o relevantes para la generación de teoría respecto a la categoría representaciones y conductas en torno a la atención a la infertilidad por los servicios de salud, cuya proposición teórica es la insuficiente organización de los servicios de salud para la atención a la infertilidad por niveles de atención, que genera insatisfacciones en los actores involucrados (prestadores y usuarios) y la adopción de estrategias resolutorias particulares (Figura 4). La segunda de dichas subcategorías, caracteriza la prestación de servicios de atención a la infertilidad en el contexto estudiado y permite conocer la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de salud, en virtud de sus representaciones respectivas en torno a la infertilidad, lo que redundará en el tránsito de los primeros por el proceso de atención al problema de salud.

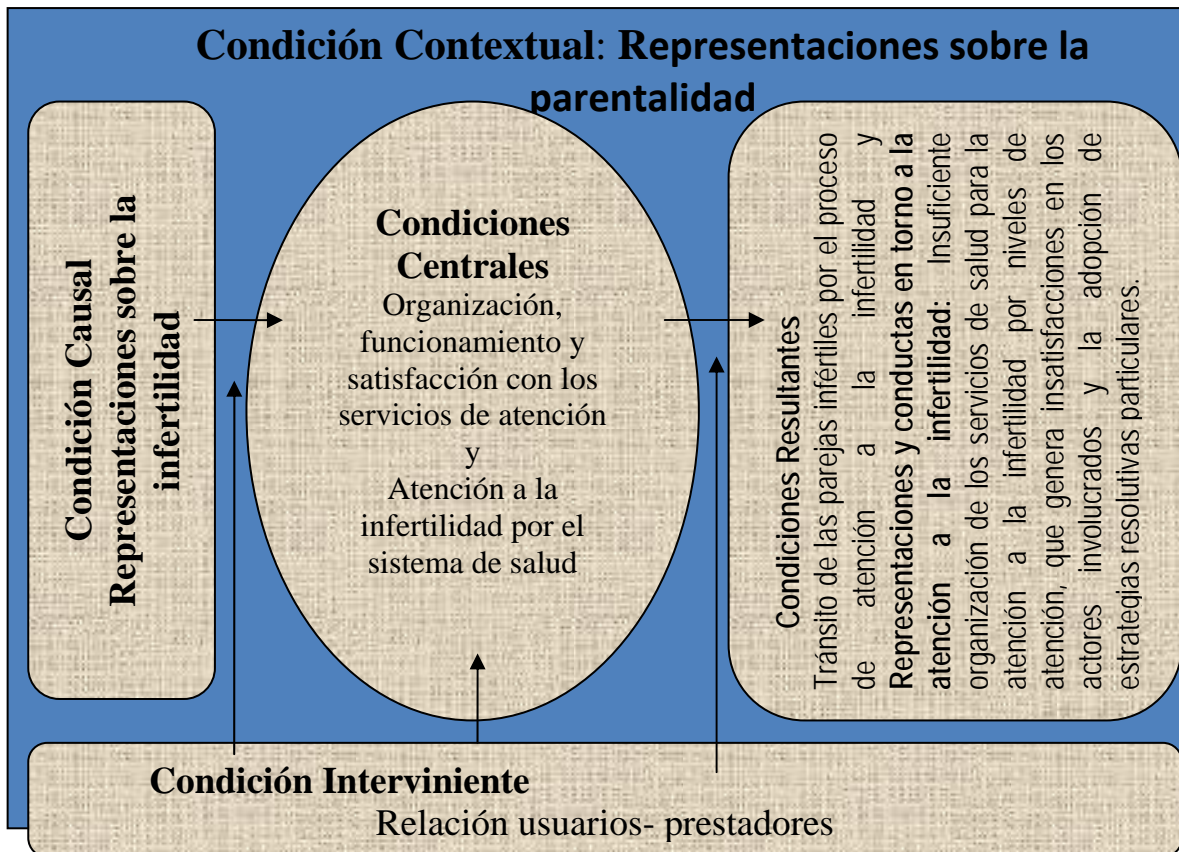


Figura 4. Relaciones entre categorías, producto de la codificación axial, que explica las representaciones y conductas en torno a la atención a la infertilidad por los servicios de salud.

La atención a la infertilidad y la formación de especialistas en esta área, no han sido priorizadas dentro del sistema de salud, lo que de acuerdo con el testimonio de los Grupos 2 y 4, obedece a las dificultades materiales y financieras producto del bloqueo impuesto a Cuba, acrecentadas durante el período especial, lo que se expresa según sus criterios, en los programas de estudio de pregrado y de las especialidades; en la inadecuación y falta de estandarización de sus protocolos de atención; en la ausencia de organización de los servicios por los diferentes niveles y en la escasa disponibilidad de recursos. En opinión de los sujetos incluidos en dichos grupos, ello incide en el insuficiente desarrollo de los servicios de atención; en las disparidades entre los existentes y en las dificultades para ofrecer la cobertura y capacidad resolutiva adecuadas, características estas que emergieron además del resto de las fuentes de información que se tuvieron en cuenta, incluida la propuesta de programa para la atención a la pareja infértil, elaborado en el año 2007 (121). Los expertos y prestadores de salud entrevistados (G2 y G4, respectivamente), con conocimientos técnicos sobre cómo debe organizarse un servicio para su mejor funcionamiento y calidad, observan en las condiciones estructurales y en la falta de protocolos estandarizados, las condiciones causales de las insuficiencias de estos servicios, mientras que las parejas infértiles (G3) aunque coinciden en vincularlo a la falta de recursos materiales, las explican desde otros lugares, más cercanos a los aspectos de índole humano- asistencial, lo que reitera las diferentes formas de conocimiento socialmente elaborado, provenientes de las distinciones cognitivas, formativas e informativas entre dichos grupos, y que provoca valoraciones subjetivas diferentes frente a las expectativas de cada grupo.

Una de las principales aportaciones a partir de los discursos de los tres grupos estudiados, es la insuficiente cobertura y capacidad resolutiva de los servicios existentes, frente a la percepción del aumento de la demanda, aún cuando se desconoce la magnitud real del problema, lo que es reconocido en la introducción del Programa de Atención a la Pareja Infértil propuesto en el año 2007, donde se brindan alternativas que mejoran la jerarquización en el primer nivel de atención,

integrado a la Estrategia Nacional de la Atención Primaria de Salud, con la finalidad de garantizar el acceso ordenado y total a los servicios de atención a la infertilidad; la utilización racional y adecuada de los recursos y el conocimiento de la situación de salud con respecto a la infertilidad (121).

La relación que se establece entre la condición contextual representaciones sobre la parentalidad y el resto de las condiciones (Figura 4), responde a la representación cultural respecto a la procreación como hecho "natural" y "normal", que transfigura la infertilidad como una subversión del orden y se atiende como enfermedad o consecuencia de una a corregir, cuando las personas acuden buscando atención ante su sospecha, para la que no se realiza la suficiente prevención y educación, tal y como fue reconocido desde hace más de una década por Fernández y Rivero (1997) (11), y que de acuerdo con los resultados de la presente investigación le otorga valor como condición causal a las representaciones sobre la infertilidad en la medida en que como parte de la cultura médica al respecto, existe un saber incompleto a nivel colectivo y no se perciben amenazas para la fertilidad presumida.

Según la observación de consultas y las entrevistas realizadas a los usuarios de los servicios de salud seleccionados, la atención que se le brinda a la infertilidad tiene un fuerte carácter biologicista al atender casi exclusivamente las cuestiones biológicas del problema que viven las parejas infértiles. Esto habla del insuficiente pensamiento médico- social desde la propia formación de los profesionales de la salud, en el que persiste la ideología médico hegemónica, propia del MMH descrito por Menéndez (81), sobre lo que han alertado algunos autores cubanos. Por ejemplo Martínez (1997), se ha referido a la consistencia de la formación médica hacia un pensamiento hegemónico médico- clínico y la firmeza de ese pensamiento en los claustros, como limitantes para la ejecución consecuente de un diseño curricular en el que se ha pretendido diseminar los contenidos de las ciencias de la salud (131). Esta misma autora ha reconocido también, la necesidad de transformar el pensamiento médico hegemónico en un pensamiento epidemiológico (132). Otros autores cubanos, plantean la necesidad de mejores estrategias para transitar de una atención médico- curativa de tipo individual, al cuidado integral de la salud de toda la población, al referirse al predominio del componente asistencial en la práctica actual, en el que se emplea el mayor porcentaje de los recursos destinados al sector (133). Es por ello que se considera un buen avance, la inclusión de una perspectiva preventiva- educativa y epidemiológica desde el primer nivel de atención, en el Programa de Atención a la Pareja Infértil propuesto en el año 2007 (124). Sin embargo, el tratamiento a la persona/pareja con enfoque sociocultural, está ausente para los restantes niveles de atención del problema de salud, lo cual puede ser mejorado de tenerse en cuenta la propuesta del Modelo Clínico Centrado en la Persona (MCCPer) que hace esta Tesis como adecuación y mejora al Modelo Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) o "medicina centrada en el paciente" propuesto por Sáez (2008) (87), en el que además de proponer una división del proceso en sus componentes y su interrelación dinámica, se incluyen los referentes teóricos más contemporáneas de la Antropología Aplicada a la Salud: 1. Exploración del problema de salud, padecer y enfermedad, de manera independiente y en su conjunto. 2. Atención a la persona a partir de sus capitales: cultural, económico, social y simbólico. 3. Búsqueda de un campo común de trabajo entre el paciente y el médico: definiendo los problemas, estableciendo los objetivos, identificando los roles de cada uno de los actores de la consulta y estableciendo un diálogo no hegemónico entre el saber médico y los modelos explicativos de la persona. 4. Aprovechamiento de cada oportunidad para la promoción de la salud y para la prevención de la enfermedad. 5. Construcción y cuidado de la relación médico-paciente con énfasis intercultural. 6. Conservación del sentido de la realidad: el tiempo, los recursos y la energía física y emocional.

Otro aporte que contribuiría al perfeccionamiento del Programa de Atención a las Parejas Infértiles, es la introducción de la concepción de un pensamiento y acción sustentados en un Modelo Médico Social Generizado (MMSG), a partir de la propuesta de Artilles (2005) (134), cuyas características y diferencias con respecto a otros modelos pueden apreciarse en la Tabla 4.

Teniendo en cuenta la información obtenida a partir de todas las fuentes y técnicas, los resultados permiten la caracterización del comportamiento de las parejas infértiles en su tránsito por los servicios de atención a la infertilidad por el abandono de un servicio de atención para acudir a otro diferente, como resultante de las particularidades de la organización y funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención, mediatizada por la relación usuarios- prestadores, y que se explica por lo aletargado que se hace en el tiempo la solución de la infertilidad; las insatisfacciones con las limitaciones para el diagnóstico, debido a la escasez de recursos, y la

percepción de insuficiente comunicación con el personal médico que los priva de la información esperada y reclamada, sin desestimar la percepción de poca calidez en el trato recibido.

Un aspecto a discutir son las disparidades en cuanto al funcionamiento de los servicios de atención a la infertilidad, entendido fundamentalmente como “el qué y cómo se hace”, las que fueron vinculadas por los expertos y los prestadores entrevistados, con la ausencia de un protocolo estandarizado, y adicionalmente al igual que las parejas usuarias de los servicios, lo relacionaron con las disparidades en la disponibilidad de recursos materiales y profesionales, que se agudizaba en las provincias fuera de la capital, y que dieron en llamar “fatalismo geográfico”.

Tabla 4. Características de los modelos médicos según categorías de prestación de servicios de atención. Fuente: Adecuación a la propuesta de Artiles (2005) (134).

MODELO MEDICO OFICIAL	MODELO MEDICO SOCIAL	MODELO MEDICO SOCIAL GENERIZADO
Prevalece en la prestación de los servicios de atención, el conjunto de acciones dirigidas a preservar, recuperar o mantener la salud del individuo, la familia y la comunidad.	Prevalen las acciones preventivas y educativas con la participación activa de prestadores de salud, población objeto y redes sociales de su microentorno.	Las acciones preventivas y educativas se diseñan, planifican, ejecutan y evalúan sobre la plataforma de los patrones culturales y comportamientos sociales para los sexos para un contexto determinado.
Método de estudio: clínico	Método de estudio: epidemiológico	Método de estudio: epidemiología de las desigualdades
Visión clínica. Predomina la concepción de la medicina como ciencia biológica.	Visión Humanística. Predomina la concepción de la medicina como arte, en la que se integra la biología con la subjetividad, con la forma de sentir el sujeto.	Visión Humanística: predomina la concepción de la medicina como arte, se integran las condiciones subjetivas que afectan diferencialmente a las mujeres y a los hombres.
Predominio del enfoque curativo centrado en la enfermedad	Predominio del enfoque preventivo centrado en la salud y el bienestar.	Predominio del enfoque preventivo centrado en la salud y el bienestar sustentado en la equidad entre los sexos
Especialización y subespecialización con la consiguiente fragmentación de la atención	Integración de lo biológico y lo social en el sistema de atención	En la integración de lo biológico y social se incorpora el condicionamiento de género
Medicalización de los procesos	Naturalización de los procesos	Naturalización de los procesos desde el reconocimiento de las diferencias
Práctica médica "tecnologizada" de productos tangibles: instrumentos, medicamentos, y medios diagnósticos	La práctica médica se humaniza	La práctica médica se humaniza en una dimensión holística
Relación subordinada durante el acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones, "privativos" del profesional de la salud. El paciente es un sujeto pasivo.	El acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones involucran al paciente como sujeto activo. Se produce una relación participativa y asertiva.	El acto diagnóstico, la orientación y toma de decisiones involucran al paciente según sexo y género
La eficiencia del servicio se mide en función del desempeño y no de las necesidades de la población	La eficiencia del servicio se mide en función de la satisfacción de las necesidades de la población.	La eficiencia del servicio se mide en función de la satisfacción de las de necesidades de la población según sexo

De acuerdo con los datos obtenidos, puede considerarse que el reconocimiento de la inexistencia de un protocolo estandarizado, está haciendo alusión a que, a pesar de que existe un protocolo en el Manual de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia, no se usa por igual en todos los servicios existentes, debido a la disparidad de recursos entre uno y otro (120). Lo anterior lo refuerza el testimonio de los prestadores de salud entrevistados cuando dicen que "sus protocolos" les han dado buenos resultados, y lleva a inferir que las adecuaciones particulares realizadas por cada servicio, obedecen a la adaptación de este y otros protocolos conocidos, para de acuerdo con sus condiciones estructurales y profesionales específicas, poder dar respuesta a la demanda de atención y a las particularidades de los casos que reciben, lo que legitima la descentralización ejecutiva de la normativa. Los datos obtenidos llaman la atención sobre brecha existente en la integración de los servicios de atención a la infertilidad, que provoca falle la gestión y entrega de estos, para que las parejas infértiles reciban un continuo de servicios, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con la mayor calidad posible de acuerdo con las condiciones tecnológicas disponibles, tal y como ha sido definida la red de servicios de salud en la práctica sanitaria cubana por López y colaboradores (2009) (135). Esto podría argumentar en parte, la inadecuada forma en que transitan las parejas a los servicios de atención, el acceso directo al segundo o tercer nivel de atención violando el primero, concebido como entrada natural al Sistema; el cambio de un servicio hacia otro, debido a las insatisfacciones con la capacidad de respuesta: diagnósticas, tecnológicas, y del recurso humano entre las diferentes provincias y al interior de estas, lo que podría atemperarse de existir para la infertilidad un mejor sistema de referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de atención; mejor relación horizontal entre los diferentes servicios dentro de un mismo nivel para la transferencia y contra transferencia de casos con un objetivo particular, un enfoque intersectorial y un Programa de Atención que establezca el alcance de la atención y sus procesos, como está concebido en la propuesta del año 2007.

Los miembros de las parejas entrevistadas gustaban de asistir juntos a las consultas, aun cuando los prestadores no lo exigen y en el protocolo de atención consultado en el Manual de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia (120) aparece como condición necesaria. La observación realizada en los servicios estudiados habla de la baja disponibilidad de recursos con la que cuentan para atender a la vez a los dos miembros de la pareja, por no contar con las condiciones estructurales ni materiales para ello y por otra parte, las dificultades que presentan los hombres para ausentarse del trabajo y poder acompañar a sus esposas, cuestión esta que sirve de justificación para las mujeres pero no para los hombres, y los prestadores. El Modelo de Masculinidad Hegemónica (MMH) que prevalece en nuestra sociedad, hace que el hombre en su figura de proveedor, perciba un mayor comprometimiento con su trabajo en el espacio público lo que sumado a las representaciones sobre la parentalidad y a las representaciones sobre la infertilidad, que responsabilizan a las mujeres con la fecundidad y por ende con la infertilidad, respectivamente, exime un tanto al hombre de la corresponsabilidad con el tratamiento al problema de salud a nivel personal, de pareja y social, donde no se "justifica" que un hombre deba repetidas veces ausentarse al trabajo por esta razón.

El empleo por parte de las parejas infértiles entrevistadas, de métodos curativos alternativos como el jarabe de güira, es una conducta que merece un aparte, por la eficacia simbólica que justifica su empleo, bastante extendida dentro de la población cubana, tomado en cuenta que la mayoría de las parejas lo emplearon por recomendación de terceros y que corrobora resultados obtenidos por investigaciones anteriores (80), habiéndose logrado además la saturación de este dato entre los grupos estudiados. De acuerdo con el análisis del relato de las parejas (G3), el empleo de este y otros tratamientos, ocurrió tanto cuando se encontraban alejadas de los servicios como a la vez que se atendían, pero en momentos en que no seguían ningún tratamiento farmacológico, fundado en la esperanza que les confería lo alternativo para el logro del embarazo. En la mayoría de los casos el uso de métodos alternativos no lo comunicaron o consultaron al facultativo, por considerar no lo ameritaba o porque no fueron indagados al respecto por sus médicos. Tales cuestiones refuerzan dos peculiaridades que emergieron del testimonio de los Grupos 2 y 4, una es justamente el empleo de dichos tratamientos buscando agilizar la concepción frente a la demora del éxito con tratamientos farmacológicos y el no "perder tiempo" en los momentos en que no están siendo tratados farmacológicamente o cuando están alejados de los servicios, lo que les alivia el padecer frente a la escasez de otras opciones como el empleo de FIV y recurrencia a la adopción, debido a limitaciones de carácter económico, jurídico y sociocultural, pues se conoce lo costoso de la primera y la baja aceptación/legitimación cultural y práctica de la segunda. La siguiente es el hecho de que no se le consulte o informe al facultativo, y las razones de ello dan cuenta del vínculo asimétrico que se establece entre usuarios y prestadores, la exclusión y

subestimación del saber del otro y la escasa indagación de los aspectos socioculturales, cotidianos y conductuales de las personas atendidas. Además, la metáfora médica hegemónica ilegítima estas prácticas en el espacio científico, donde tiene lugar la atención a la infertilidad de las parejas estudiadas, de ahí que su uso por parte de estas pueda haberse silenciado. No debe sorprender, que al investigarse con mayor profundidad el empleo del jarabe de güira con estos fines, pudiera ser un obstáculo para el logro de resultados satisfactorios con los tratamientos médicos, cuestión que habría que investigar con mayor profundidad y es por ello que el diálogo entre saberes podría resultar en este caso, trascendental

La relación entre usuarios y prestadores de los servicios si bien se expresa en el ámbito institucional, requiere de un análisis desde las personas implicadas y sus capitales, que se desarrollan en un contexto concreto. La insuficiente comunicación entre prestadores de salud y usuarios de los servicios estudiados y el vínculo asimétrico y subordinado entre ellos, emergieron del discurso de los Grupos 2 y 3, así como de la observación participante al interior de los servicios. La explicación que podría aportar las características del Modelo Médico Hegemónico no es suficiente, en opinión de esta autora influyen también, las particularidades del propio problema de salud que se trata, los problemas organizativos y funcionales en los servicios, los puntos de encuentro y desencuentro entre los condicionamientos de género de los prestadores y usuarios de los servicios, las condiciones de vida y la vida cotidiana de las personas. En este sentido, la incorporación de los fundamentos del Modelo Médico Social Generalizado (MMSG) para la atención a las parejas infértiles en el Programa propuesto en el 2007, contribuiría lo suficiente a dar salida a los problemas identificados.

Es precisamente la subcategoría relación entre usuarios y prestadores, la que mediatiza tanto la expresión de las condiciones centrales como sus relaciones con el resto, ya que el no sentirse bien informados, el someterse a pruebas o tratamientos invasivos, sobre los que no han recibido la explicación adecuada, y la objetivación que experimentan los sujetos, agudizan el padecer, y constituyen eje central de las insatisfacciones declaradas, que se manifestó como causa fundamental para la migración entre un servicio y otro por parte de las parejas infértiles.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones y Recomendaciones

- Las representaciones socioculturales de la parentalidad vistas en los grupos estudiados, son contexto condicionante de sus representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención, en los servicios de salud estudiados, en tanto resultaron eje de las identidades genéricas y evento razonado que se presupone predecible, vinculado a una identidad anhelada.
- Para el grupo de parejas infértiles estudiado, los saberes propios de la *cultura médica* en torno a la infertilidad, son incompletos, y han sido insuficientemente considerados en las acciones de salud pública y en la prestación de servicios de atención individuales, lo que de tenerse en cuenta mejoraría el abordaje médico social del problema de salud.
- De las representaciones socioculturales de la parentalidad, de la infertilidad y su atención, de las parejas infértiles, emergen rasgos que apuntan a la deconstrucción de condicionamientos genéricos propios del modelo hegemónico de masculinidad, que sienta las bases para la construcción de relaciones de corresponsabilidad de la pareja en la vivencia de la infertilidad, a tener en cuenta por la Salud Pública y los servicios de atención individuales.
- En las representaciones socioculturales de la parentalidad, de la infertilidad y su atención, de los grupos estudiados, subyacen condicionamientos bioculturales de género, que conducen a los miembros de las parejas infértiles por las rutas del padecer, los que son reforzados desde la prestación de los servicios de atención individuales seleccionados, en tanto no se valora la concurrencia en pareja, y se responsabiliza a las mujeres con la realización de las pruebas diagnósticas.
- La infertilidad es entendida como un problema de salud por las parejas infecundas incluidas en la investigación, ante la desviación de la normalidad comunicada por sus cuerpos en aproximaciones sucesivas, que de acuerdo con los capitales (social, cultural y simbólico) y biografía personales instaura un padecer, reforzado desde la prestación de servicios de atención individuales estudiados, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento a la infertilidad.
- La representación de la infertilidad como una enfermedad o consecuencia de alguna otra, justifica para las parejas y prestadores de salud que formaron parte de la investigación, el incumplimiento del “deber ser” y la intervención médica con énfasis en los aspectos clínicos lo que se refleja en el padecer expresado en sentimientos de depresión, baja autoestima que no son suficientemente considerados en el manejo clínico y terapéutico.
- Los sustentos del padecer la infertilidad para las parejas estudiadas, radican en la historia sexual y reproductiva de los sujetos, en las representaciones socioculturales de la parentalidad aprehendida, sumado al tiempo buscando descendencia y recibiendo atención médica, la existencia de hijos producto de relaciones anteriores de alguno de los miembros de la pareja y los hábitos personales adquiridos por influencia social, de acuerdo con los capitales cultural y social, acumulados por cada quien.
- De acuerdo con el testimonio de todos los grupos estudiados, la atención a la infertilidad presenta limitaciones en cuanto a los recursos materiales y profesionales necesarios, debido a la situación económica del país y al contexto cultural donde se representa como una enfermedad insospechada, de la que no existen suficientes evidencias de su tasa de incidencia y prevalencia.
- El incremento del número de personas que reclaman atención ante problemas de la fertilidad, de acuerdo con la percepción de los grupos de personas incluidas en la investigación, obedece a los cambios operados en la *cultura médica*, y a la insuficiente organización e integración de los servicios de salud, que provoca fallas en la gestión y la continuidad en la atención, de acuerdo a las necesidades de las parejas infértiles a lo largo del tiempo, a través de los diferentes niveles del sistema de salud.
- La atención a la infertilidad se encuentra normada pero no estandarizada en los servicios de atención estudiados, lo que legitima la descentralización ejecutiva de la normativa al interior de sus prácticas para responder a la disparidad en la disponibilidad de recursos entre ellos.
- La insuficiente consideración de los condicionamientos socioculturales en los protocolos de atención a las personas y parejas infértiles, limita la atención integral para el diagnóstico, consejería y decisiones terapéuticas, lo que propicia la objetivación de los sujetos.

- El ejercicio de poder en la práctica médica- hegemónica, expresado en la subvaloración del saber no médico y pasividad de las/los usuarios(as) en los servicios de atención a la infertilidad estudiados, coloca a las personas y parejas infértiles en una situación de vulnerabilidad y subordinación para el ejercicio de sus derechos y toma de decisiones, en tanto se produce la objetivación los sujetos y afecta la relación entre prestadores y usuarios de estos.

A partir de los resultados derivados de la investigación se recomienda al sistema sanitario cubano:

- Realizar estudios epidemiológicos que permitan conocer las tasas reales de incidencia y prevalencia de la infertilidad y su asociación con los riesgos potenciales para la población.
- Diseñar estrategias dirigidas a la prevención de la infertilidad de pareja, haciendo énfasis en las poblaciones más jóvenes, con acciones de promoción y educación para la salud que tomen en cuenta las representaciones socioculturales de la parentalidad, de la infertilidad y de su atención, que han emergido de esta investigación.
- Introducir las adecuaciones sugeridas a partir de esta investigación, a la propuesta de Programa para la Atención a la Pareja Infértil del año 2007, con énfasis en los sustentos del Modelo Clínico Centrado en la Persona y Modelo Médico Social Generalizado.
- Implementar el Programa para la Atención a la Pareja infértil, elaborado en el año 2007, en correspondencia con los resultados de la tesis, como mejora para la atención en los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

Referencias Bibliográficas

1. Calero JL, Santana F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2006 Abr [citado 2011 Sep 13] ; 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100002&lng=es.
2. Sundby, Johanne, Schmidt, Lone, Heldaas, Kristin, Bugge, Solveig, Tanbo, Tom Consequences of IVF among women: ten years post-treatment. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2007; 28 (2): 115-20.
3. López N, Palacios S, Lago M, Chinchilla N, Beunza M. Retraso de la edad de la procreación e infertilidad. El recurso a la reproducción asistida y selección de embriones. El problema intergeneracional. Cuad. Bioét. XXII, 2011; 2(3): 325- 40.
4. Bentle GR, Mascie-Taylor C. Editors. Infertility in the modern world: present and future prospects. Cambridge: University Press; 2000.
5. World Health Organization. Laboratory Manual for the examination of human semen and sperm cervical mucus interaction. 4th Edition. Cambridge: University Press, 1999.
6. Parada L. Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología. 2006; 2(1): 149-58.
7. Padrón R. Epidemiología de la Infertilidad. La Habana: Científico- Técnica; 1998.
8. Díaz- Bernal Z, García- Jordá D. Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2010 Sep 10] ; 36(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000300002&lng=es
9. Vargas LA, Casillas LE. Perspectiva antropológica de la consulta médica: entre la ciencia y el arte de la medicina. En: Tena C, Hernández Orozco F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México, D.F: CONAMED; 2007. p. 79-110
10. Arteaga A, Toledo A M y Villalón C. La infertilidad en un área de salud del municipio Cerro. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2008 [citado 2012 May 26], 24(4): 1561-3038. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400003&lng=es.
11. Fernández A, Rivero R. Trastornos de la fertilidad en el municipio "Arroyo Naranjo". Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 1997 Jun [citado 2011 Sep 13]; 23(1): 18-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X1997000100004&lng=es
12. Calero JL, Santana F. La solución ante la infertilidad: Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. Rev Cub Endocrinol [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2011 Sep 13] ; 17(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532006000200002&lng=es.

13. Hernandez D, Martinez OL, Domínguez L, Hernández MM. Propuesta metodológica. Vinculación del programa farmacología I con la medicina natural tradicional. Perfil de servicios farmacéuticos: Methodological proposal. Linking the syllabus of Pharmacology I with Natural Traditional Medicine. Profile of Pharmaceutical Services. Rev Ciencias Médicas [revista en la internet]. 2007; 11(3), pp. 259-67. ISSN 1561-3194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942007000300020&lng=es
14. Fuertes Y, Hernández OL, Carballo S, Castillo M. ¿Medicina natural y tradicional en psicología? Aplicación de los contenidos de medicina natural y tradicional al programa de la asignatura psicología médica para estudiantes de tercer año de medicina. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2010 Oct 15] ; 11(2): 315-324. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942007000200027&lng=es.
15. Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios. [CD-ROM] México D.F.: Yolpahtli SA; 2003.
16. Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En: Relaciones de Estudios de Historia y Sociedad. El Colegio de Michoacán. México: Alteridades; 1997. p: 239-69.
17. Calero JL. Salud reproductiva: ¿Estamos educando bien? Rev Sexol Soc. 1999; 5(3):33-5.
18. Castañeda E, Bustos HH. La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. Perinatol Reprod Hum 2001; 15(2): 124-132.
19. De Alencar Eloine. Creencias y rituales en el ciclo vital de la mujer: una breve mirada simbólica. [citado en octubre 2010]. URL disponible en: http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/eloina_alencar.doc
20. Salazar GM. La infertilidad como enfermedad y como experiencia de vida. [Nueva Época](#)/Salud Problema. 2006; 11(20): 27-34.
21. Montes-Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
22. Calero JL, Magallanes M, Rechkemmer A, García M. Infertilidad o paternidad frustrada. Significados de este fenómeno desde la perspectiva masculina peruana. Rev Cub Sal Públ. 2003;29 (Suppl 1): 48.
23. García- Jordá D, Díaz- Bernal Z. Apuntes teóricos para un estudio de la reproducción humana desde la antropología aplicada a la salud. Rev. Catauro. 2011. Año 12 (23).
24. Fajreldin V. Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina. Ciencia & Trabajo. 2006; 8 (20): 95- 102.
25. Blázquez MI. Aproximación a la Antropología de la reproducción. Revista de Antropología Iberoamericana [serie en Internet]. 2005 Jul-Ago [citado 22 dic 2009]; (42):[aprox. 25 p.]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/>
26. Family Health International. Los hombres contribuyen a la infertilidad y sufren a causa de ella. En: Network en español. 2004[citado 22 dic 2009]; 23(2):17-20. Disponible en: http://www.fhi360.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm

27. Kolodny RC, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. La Habana: Edición Revolucionaria; 1985.
28. Moreno Rosset C. Ansiedad y depresión: principales trastornos asociados a la infertilidad. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: abril 2010]; Conferencia 28-CI-F: [30 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_f.htm. Citado: mayo 2009.
29. Schwarz P. Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. 2010; (6):.83-104.
30. Lowen, S. Marco Conceptual de la Igualdad y el Empoderamiento. UNICEF. Disponible en www.unicef.org
31. Campos B. La Falta de descendencia biológica. Una lectura social y feminista de la infertilidad de las mujeres. Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género. 2011; 1(4): 97-121.
32. Capítulo I. Salud reproductiva. En: Rigol R. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
33. Terzioglu, Fusun. Anxiety of infertile men who undergo genetic testing for assisted reproductive treatment, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2007; 28 (3): 147-153.
34. Valencia I. Reproducción humana e infertilidad. Quito: CEMEFES; 2002.
35. González I, Miyar E. Infertilidad y sexualidad. Rev Cub Med Gen Integr 2001; 17(3): 291-5.
36. Dellacqua Mabel. Un problema de ética aplicada: la fertilización asistida a la luz de la ética convergente. Revista Científica de UCES. 2005; 9 (1): 215- 28.
37. Flores N, Jenaro C, Moreno Rosset C. Terapia de pareja en infertilidad. Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(2), pp. 205-212. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles> (Citado: septiembre 2010)
38. Carreño-Meléndez, Ja Bium-Gryberg B, Sánchez-Bravo C, Henales-Almaraz MC. Salud psicológica en la mujer estéril Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 290-302.
39. Fuller N. Masculinidades. Cambios y permanencias. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica de Lima; 2001.
40. Bestard C, et al. Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona; 2003.
41. Martí A. Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias. España: Department de Filosofia i Sociologia. Universitat Jaume. Castello. 2011.
42. Olavarría J. Ser padre en Santiago. En: Fuller N (ed). Paternidades en América Latina. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2000. p. 74- 100.
43. Fernández M, Herrera P M., González I. Infertilidad como evento paranormativo: Su repercusión familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Abr [citado 2010 abril 13] ;

- 18(2):117120. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200002&lng=es.
44. Pérez C. Crisis familiares no transitorias. *Rev Cub Med Gen Integr* 1992; 8(2):144-52.
 45. Moreno A, Guerra D, Baccio G, Giménez V, Dolz P. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. [monografía en internet]. Madrid: Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad; 2008 [citado 30 Jul 2009]. Disponible en: http://nuevo.sefertilidad.com/grupos/siteAdmin/modules/publicaciones/uploads/0_guias%20.pdf
 46. Del Valle Pérez M. Propuesta de Programa Educativo para disminuir la repercusión de la infertilidad sobre la salud familiar. Área VI. [tesis] Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2009.
 47. Papalia D. E. & Wendkos O.S. Desarrollo Humano. 4ª edición. México: Mc Graw Hill; 1992.
 48. Moreno Rosset C. Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Rev Papeles del Psicólogo*. [serie en internet]. 2008 May [citado 10 Ene 2009]; 29(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1581>
 49. Jadur S. La infertilidad y sus modos de sufrimiento. Un dolor puro de esterilidad. Página 12. Año 2002, diciembre, 1. Columna de Psicología. Disponible en: www.pagina12.com.ar|República Argentina.
 50. Hurtado F. Salud sexual. Bases para una sexualidad saludable. Influencia de la anticoncepción y de la infertilidad. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. VI Congreso SEC. Marzo, 2002.
 51. Llavona LM. El impacto psicológico de la infertilidad. *Rev Papeles del Psicólogo*. [serie en internet]. 2008 May [citado 10 Mar 2010]; 29(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1582>
 52. Olivius C, Friden B, Borg, G, Bergh C. Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*. 2004; 81: 276-82.
 53. Álvarez- Díaz J. Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. *Gac Méd Méx*: 2007; 143 (1): 65- 71.
 54. Giambroni C, Cortejarena A, Budich P. Sexualidad y fertilidad. Parejas ESCA = ¿ESCAAs relaciones sexuales? *Revista Argentina de Sexualidad Humana*. 2002; 16: 15- 20.
 55. Peterson B.D., Newton C.R., Rosen K.H. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*. 2003; 42(1): 59-70.
 56. Pasch LA, Christensen, A. Couples Facing Fertility Problems. In: K.B. Schmaling y T.G. Sher (Eds.), *The Psychology of Couples and Illness: Theory, research & Practice*. Washington DC: American Psychological Association; 2000. p. 241- 67.
 57. Gerrity D. A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*. 2001; 9: 151-58.
 58. Pérez I. Vivencias de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad [tesis]. España: Universidad de Almería; 2011.

59. Repokari L, Punamaki R, Unkila-Kallio L, Vilks S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Rev Human Reproduction* [serie en internet]. 2007 [citado 30 Ene 2009]; 22 (5): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/short/22/5/1481>.
60. Olavarría ME. Poder, mercado y tecnología del parentesco contemporáneo. *Revista de Antropología Experimental*. 2008; 17 (8): 235-44.
61. Hardy E, Makuch MY. Gender, infertility and ART. En: Report of a WHO Meeting. Geneva: WHO; 2002. p. 272-80.
62. Monroy A. Estadios psicológicos de la pareja infértil [monografía en internet]. Ciudad México: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología; 2009 [citado 30 Jul 2009]. Disponible en: http://www.amapsi.org/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=67.
63. Antequera Jurado R, Moreno-Rosset C, Jenaro Río C, Ávila Espada A. Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo* [serie en internet]. 2008 May [citado 30 Ene 2009]; 29 (2): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1583>.
64. Bagshawe A, Taylor A. Infertilidad intratable. *BMJ* 327(7423):1098-1100, Nov 2003. Versión en caché: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecoweb265.htm>.
65. Padrón RS, Hernández AJ, Más J, Valdés F, Seuc A. Causas de discontinuación del seguimiento de las parejas infértiles y su relación con el diagnóstico y el estado de la fertilidad. *Rev Cub Endocrinol*. 1997; 8 (3):208-16.
66. Hernández AJ, Padrón RS, Más J, Valdés F, Seuc A. Seguimiento de parejas infértiles durante 2 años. *Rev Cub Endocrinol*. 1997; 8(2):126-34.
67. González I, Miyar E. La Educación Sexual en la Enseñanza Médica Superior. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2002 Jun [citado 2009 Oct 12]; 18(3): 223-225. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000300011&lng=es.
68. Balagueró-Lladó L. Aspectos antropológicos del útero y sus funciones. *Toko-Gin Pract* 2002; 61: 174-83.
69. González Campillo GA, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo Cu, Morales Carmona FA. Estudio comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente. *Psicología y Salud*. 2009; 19: 295-302.
70. González I. El proceso reproductivo: Algunas consideraciones sobre el maternaje. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2001 Oct [citado 2009 Oct 12]; 17(5): 479-482. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000500012&lng=es.
71. González JC. Macho, varón, masculino. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010.
72. Olavarría J.Y. Todos querían ser (buenos) padres. *Varones de Santiago de Chile en conflicto*. Santiago: Lom Ediciones; 2001.

73. Lupica C. La función paterna en la nueva dinámica familiar: de la provisión económica al compromiso emocional, Boletín de la maternidad nº 6. 2009. Buenos Aires, Observatorio de la maternidad: 2-7.
74. Salguero Velásquez, Alejandra. Identidad, responsabilidad familiar y ejercicio de la paternidad en varones del Estado de México. Papeles de Población. 2006; 48: 155-79.
75. Álvarez L, Calero JL, León ME. Percepciones y comportamientos de la sexualidad y la reproducción según los hombres. La Habana: Publicaciones Azucareras; 2004.
76. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology 2004; 63:126-30.
77. OPS/OMS, WAS. Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para. Antigua, 2000. En: Álvarez- Díaz J. Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. Gac Méd Méx. 2007; 143 (1).
78. Schwarz P. La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. Argumentos. Revista de Crítica Social. 2009; 11: 110- 35.
79. Menéndez EL. El modelo Médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu D' Etnografía de Catalunya. 1984; 3: 85- 118.
80. Mederos L, García- Jordá D. Creencias y actitudes populares relacionadas con la infertilidad. Memorias I Congreso Iberoamericano de Antropología Anthropos 2007. La Antropología ante los desafíos del siglo XXI. La Habana Cuba, marzo 2007.
81. Menéndez E. Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México, D.F: Ediciones de la Casa Chata 179; 1990.
82. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud 2da ed. México, D.F: Ediciones de la Casa Chata 86; 1984.
83. Menéndez E. El Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis. En: Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. México, D.F: Alianza Editorial Mexicana; 1990. p. 83- 118.
84. Creel L, Sass J, Yinger N. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Washington: Population Council; 2002.
85. Pittman P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Washington, D. C: OPS; 1999.
86. Kleiman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
87. Sáez M. Modelo clínico centrado en el paciente. Archivos de Medicina Familiar y General. 2008; 5 (1): 2-11.
88. Oyarzún R. Antropología, Salud y Cultura Organizacional. Cuarto Congreso Chileno Antropología 19 al 23 de noviembre 2001. Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile.
89. Reverte Coma J.M. "La tesis doctoral en Antropología Médica, el trabajo de campo". Revista EL MEDICO. 1998; 270 (8): 69-78.

90. Capítulo XXXV. Evaluación de la pareja infértil. En: Rigol R. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
91. Hardy E, Jiménez AL. Masculinidades y Género. Rev Cub Sal Públ. 2001; 27 (2): 77-88.
92. García-Carpintero E. Perspectiva de género en temas de salud. Educare21. 2007; 5 (4)
93. Arvelo L. Masculinidad y función paterna. Otras miradas. 2001; 1(001): 43- 52.
94. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Papeles de Población. 1999; 21: 147-78.
95. Mead M. Sexo y Temperamento. México, D.F.: Paidós; 1990.
96. Lagarde M. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. . 2ª Edición. México: Horas; 1997.
97. Sadler M. Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario [tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2003.
98. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. 53º período de sesiones. 2 a 13 de marzo de 2009. Tema 5 del programa. Seguimiento de las resoluciones y decisiones del Consejo Económico y Social. Las perspectivas de género y la salud pública mundial: consecución de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. E/CN.6/2009/CRP.9
99. Mazarrasa L, Sánchez M, Miralles A. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. 2ª Ed. Madrid: Mac Graw-Hill Interamericana; 2003.
100. Artiles L. Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud. Resumed 2000; 13 (3):119-29.
101. Hierro G. (comp.) Estudios de género. México: Torres Asociados; 1995.
102. Figueroa JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Cad Saúde Pub. 1998; 14(1): 87-96.
103. González V. Cristina y Sánchez B M. La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). 2000 (citado sept 2009). Disponible en: <http://www.reddesalud.org/recursos/rec1.php>
104. Franco S. Proceso Vital Humano. Proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva. Conferencia presentada en el Seminario Marco Conceptual para la formación de profesionales de la salud U. Nacional 1993. En: PROGRAMA UNI – RIONEGRO Administración municipal de Rionegro u. de a. - comunidad de Rionegro. Fundación Kellogg *Uni – salud*.
105. Arranz L, et al. El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia". Inper. 2001; 15 (2): 133-38.
106. Carreño J. Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad. Perinatología y reproducción humana, 2000; 14(1): 14- 19.
107. Vera JL. Las andanzas del caballero inexistente. Reflexiones en tomo al cuerpo y a la Antropología Física, México: Centro de Estudios Filosóficos. Políticos y Sociales. Vicente Lombardo Toledano; 2002.

108. Vargas LA, Casillas LE. Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud. En: García Viveros M, editor. Salud comunitaria y promoción de la salud. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS; 1999. p. 131-45.
109. Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. Gaceta Médica de México. 1991; 127(1) : 3-5.
110. Vargas LA, Casillas LE. El efecto del padecer sobre el individuo persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto-objeto. Primer Coloquio Nacional de Antropología y Psicología de la Dirección Nacional de Etnología y Antropología Social. México; 1999.
111. Junge P. Nuevos paradigmas en la Antropología Médica [monografía en Internet]. Cuarto Congreso Chileno de Antropología; 2001 Nov [citado 7 Junio 2009]. Disponible en: <http://csociales.uchile.cl/antropologia/docs/congreso.zip>.
112. Lerner S. La formación en metodología cualitativa, perspectiva del programa salud reproductiva y sociedad. En: Szasz, Lerner S, editores. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México, D.F: El colegio de México; 1996. p. 9-16.
113. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
114. Levi-Strauss C. Antropología Estructural. La Habana: Ciencias Sociales; 1970.
115. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
116. De Souza MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
117. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 409-22.
118. Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
119. Bacallao J, Alerm A, Artiles L. Texto Básico de Metodología de la Investigación Educacional. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: ENSAP; 2002.
120. Capítulo IX. Estudio y tratamiento de la pareja infértil. En: Cabezas E, Cutié E, Santisteban S. Manual de procedimientos en ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. P. 80- 8.
121. Programa Nacional de Atención a la Pareja infértil, Comisión Nacional. Ciudad Habana: MINSAP; 2007.
122. Yin R. Case study research: Design and methods. Thousand Oaks: Sage, 2003.
123. Piña C. La construcción de "sí mismo" en el relato autobiográfico. Revista Paraguaya de Sociología. 1998; 25 (71):135-176.
124. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. 3ª Edición. México: UNAM; 1997.
125. Foucault M. La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta; 1990.
126. Suárez N. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

127. Álvarez Blanco Adolfo S. Investigación de problemas críticos y su aplicación académica en la Maestría en Educación Médica. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. 2004 Mar [citado 2011 Sep 01] ; 18(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100001&lng=es.
128. Alfonso Rodríguez Ada C. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2010 Abril 13]; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000100010&lng=es.
129. Gran Álvarez Miriam A, López Nistal Libia M. El descenso de la natalidad en cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2011 Ago 30] ; 29(2): 132-138. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000200008&lng=es.
130. Díaz E, Álvarez L, Farnot U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2001 Jun [citado 2011 Ago 30] ; 27(1): 26-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100004&lng=es .
131. Martínez Calvo S. Opción pedagógica para el análisis de la situación de salud en pregrado. *Educ Med Super*. 1997; 11 (2): 69-85.
132. Martínez Calvo S. El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba. *Rev. Bras. Epidemiol* 1999; 2(1-2): 19- 33.
133. Rodríguez F, Toledo ME., Pérez D, Sánchez E. La globalización y el modelo de Medicina General Integral en Cuba. Retos y oportunidades. *Rev Cub Med Gen Integr*. 2000; 16(1): 73- 9.
134. Artilles L. El proyecto Magisterio y la categoría género en la formación de recursos humanos en salud. *Educación Médica Superior*. 2005; 19 (2).
135. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Fernández Díaz I. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [En Internet]. 2009 [citado 2 Sept 2011]; 25(4)86-97. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi09409.htm .

Anexos

ANEXO 1.

Caracterización de los expertos entrevistados

E1: Informante clave o primera entrevistada, a partir de la cual se fue identificando al próximo experto a entrevistar por la técnica en “bola de nieve”. Médica, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Titular y Consultante. Mayor de 75 años de edad, con más de 45 años de servicios. Residente en Ciudad de La Habana. Realizó su servicio posgraduado en la zona oriental del país.

E2: Médico, Ginecobstetra. Especialista de segundo Grado. Profesor Auxiliar. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional y en sociedades científicas en el país y en el área latinoamericana. Mayor de 65 años de edad, con más de 40 años de servicio, varios de ellos dedicados a la atención a la infertilidad. Residente en Ciudad de La Habana. Realizó su servicio posgraduado en la zona oriental del país

E3: Médico, Ginecobstetra., Especialista de Segundo Grado. Profesor consultante,. Mayor de 70 años de edad, con más de 45 años de servicio. Residente en Ciudad de La Habana. Realizó su servicio postgraduado en la zona oriental del país.

E4: Mujer, mayor de 50 años. Licenciada en Bioquímica, con 23 años de experiencia vinculados directamente a los servicios de atención a la infertilidad. Considerada una experta en técnicas de reproducción asistida.

E5: Médica, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Profesora Titular y Consultante. Doctora en Ciencias Médicas. Mayor de 60 años de edad, con más de 40 años de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana. Realizó su servicio postgraduado en la zona oriental del país.

E6: Médica, Ginecobstetra, Especialista de segundo Grado. Profesora Auxiliar y Consultante. Máster en Ciencias. 60 años de edad, con más de 35 años de servicio, 20 de estos dedicados a los servicios de atención a la infertilidad Residente en Ciudad de La Habana. Realizó su servicio postgraduado en la zona oriental del país.

E7: Hombre, mayor de 40 años. Licenciado en Pedagogía en la especialidad de Biología. Investigador y Profesor Auxiliar, Master en género, sexualidad y salud reproductiva. Miembro del grupo de salud reproductiva del centro de colaboración de la OMS, para las investigaciones en reproducción humana. Miembro titular de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

E8: Médico. Master en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular; Investigador Titular. Ha ocupado cargos de dirección a nivel provincial y nacional así como en Sociedades Científicas del País y en el área latinoamericana. Mayor de 80 años, con más de 50 años de servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

ANEXO 2.

Caracterización sociodemográfica de las parejas

La mayoría de las parejas residía en Ciudad de La Habana (16), 8 parejas provenían de otras provincias del país: 4 de Matanzas, 1 de Pinar del Río, 3 de Villa Clara y 1 de Holguín. Otras 2 parejas residen en municipios pertenecientes a la provincia Habana. Un total de 18 parejas vivían solas y la mayoría refirió que mantenía buenas relaciones interpersonales, y que las tareas domésticas eran compartidas por ambos miembros.

La mayoría de las mujeres realiza trabajo de tipo intelectual (19), mientras que la mayoría de los hombres realiza trabajo de tipo físico (17).

Las parejas objeto de estudio cumplieron todas con el criterio de inclusión prefijado para el tiempo de relaciones superior a los 3 años, siendo la media de 8, 8 años. En cuanto al tiempo que llevan dichas parejas buscando tener descendencia la media fue de 7, 4 años, mientras que para el tiempo que llevan recibiendo atención médica (al menos uno de sus miembros) la media fue de 5, 1 años.

En cuanto a la historia reproductiva de estas parejas llama la atención que 13 mujeres han tenido al menos un embarazo anterior al momento en el que se les está entrevistando, la mayoría con un pareja diferente a la actual y que también en su mayoría han interrumpido voluntariamente, aunque 2 de dichos embarazos fueron ectópicos y 4 fueron abortados espontáneamente. Por su parte 6 de los hombres ha tenido hijos producto de relaciones anteriores, mientras que sólo 1 mujer está en ese caso.

Información detallada

Pseudónimo	Edad en Años Cumplidos		Nivel de escolaridad/ Tipo de Trabajo		Tiempo de relación (años)	Tiempo buscando descendencia/ Tiempo Atendiéndose	Antecedentes Ginecológicos y/o Reproductivos/ Diagnóstico		
	Ella	Él	Ella	Él			Ella	Él	
P1	30	32	Superior/ Ingeniera Civil	Superior/ Ingeniero Civil	7	6 años / 6 meses	Patología de cuello (NIC III). No embarazo anterior/ No Diagnóstico	No embarazo anterior/ No Diagnóstico	Haba E
P2	35	41	Superior/ Publicista Corp. CIMEX	Superior/ Informático	6	5 años/ 4 años	Fibromas. 2 embarazos con otras parejas anteriores, interrumpi-dos voluntaria-mente. Uno de ellos en la adolescencia./ No diagnóstico actual	No embarazo anterior/ Oligospermia masculina	Plaza R
P3	33	43	Medio Superior/ No trabaja.	Medio Superior/ No trabaja.	14	12 años/ 12 años	2 embarazos con otras parejas anteriores, interrumpi-dos voluntaria-mente. Ambos en la adolescencia/ No Diagnóstico	No embarazo anterior/ Varicoce-les ya operado.	Ce Ha
P4	26	32	Medio Superior/ Profesora	Medio/ Administra-dor de Mercado	4	2 años/ 6 meses	1 embrazo interrumpi-do voluntaria-mente en la adolescencia y Embarazo ectópico reciente/ Adherencia y obstrucción tubaria femenina	1 Hijo producto de una relación anterior/ Epididimí-tis masculina y trastornos de vitalidad y movilidad espermática.	Ce Ha
P5	29	32	Medio Superior/ Técnico en Economía	Superior/ Dependent e gstronómico	3	2 años/ 1 año	No embarazos anteriores/ No diagnóstico	Operado de varicoce-les en la adolescencia . 1 embarazo con pareja	La

								anterior, interrumpido voluntariamente/ Oligospermia y trastornos de vitalidad y movilidad espermática.	
P6	32	35	Medio Superior/ Relac. Públicas de la Radio	Medio Superior/ Téc. Fuente de Abasto	3	3 años/ 3 años	No embarazos anteriores/ Trastornos hormonales	No embarazos anteriores/ Trastornos espermáticos	Colón
P7	23	31	Medio/ Ayudante de Cocina	Medio/ Operario de máquina en un laboratorio	6	6 años/ 4 años	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	Embarazos con relaciones anteriores, sin confirmar. Dos infecciones de transmisión sexual/ Varicoceles ya operado	La
P8	40	43	Medio Superior/ Téc. Laboratorio	Superior/ Médico	20	15 años/ 12 años	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	No embarazos anteriores/ Varicoceles, ya operado. Aterozoospermia	Cf
P9	40	43	Superior/ Médica	Medio/ Chófer	14	9 años/ 4 años	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	No embarazos anteriores/ Varicoceles, ya operado 2 veces.	Ho
P10	36	49	Superior/ No trabaja	Medio/ Custodio	6	6 años/ 2 años	4 embarazos anteriores interrumpidos voluntariamente/ Trastornos ovulatorios	2 hijos con relaciones anteriores/ No Diagnóstico	Habar
P11	33	34	Medio Superior/ Dependiente de Tienda	Medio Superior/ Chofer	13	10 años/ 10 años	2 embarazos anteriores con esta pareja, uno interrumpido voluntaria-	No embarazos anteriores/ No	San del F

							mente y otro abortado espontáneamente/ No Diagnóstico	Diagnóstico	
P12	33	36	Medio Superior/ Enfermera	Medio/ Albañil	4	4 años/ 3 años	10 años intentando salir embarazada con otras parejas. No embarazos anteriores.	No embarazos anteriores/ Trastornos Espermatícos	Re
P13	30	38	Medio Superior/ Cajera TRASVAL	Superior/ Militar	15	9 años/ 3 años	Parasitismo Vaginal. No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	Operado de hidroceles cuando niño. No embarazos anteriores/ Trastornos Espermatícos	Punta
P14	38	35	Superior/ Enfermera	Medio Superior/ Fotógrafo	10	8 años/ 7 años	2 embarazos anteriores con otras parejas, interrumpidos voluntariamente en la adolescencia/ Infección vaginal por <i>Clamidia.sp</i> ya tratada.	1 embarazo con su pareja anterior, interrumpido voluntariamente/ No Diagnóstico	Haba E
P15	38	42	Medio Superior/ Enfermera	Medio/ Operario de Maquinaria Agrícola	10	10 años/ 10 años	No embarazos anteriores/ Endometriosis	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	S. S (Zona
P16	38	36	Superior/ Cirujana Pediátrica	Medio/ Chofer	3	Ella: 11 años/ 11 años	1 embarazo interrumpido voluntariamente/ Trastornos hormonales	1 hija producto de una relación anterior/ Oligospermia	R chuel C
P17	27	30	Medio Superior/ Jefa de Recursos Humanos en una CCS/ Estudiante de 4to. Año de Contabilida	Medio Superior/ Informático	12	7 años/ 5 años	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	No embarazos anteriores/ Trastornos Espermatícos	Ja Gr M

			d.						
P18	37	41	Superior/ Lic. Farmacia	Superior/ Admón. Grupo Empresaria I MININT	20	12 años/ 11 años	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	No embarazos anteriores/ Trastornos Espermáti- cos	Vara M
P19	32	27	Medio Superior/ Contadora	Medio/ Almacener o	3	Ella: 12 años/ 12 años	Embarazo ectópico a los 18 años que le provocó la pérdida de una de las trompas de falopio. Fibromas uterinos	No embarazos anteriores/ Trastornos Espermáti- cos	La
P20	31	34	Medio Superior/ Esp. Recursos Humanos	Medio/ Almacener o	5	3 años/ 3 años	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	Operado de criptorquidia. Tiene una hija producto de otra relación/ Oligospermia	Cá nas,
P21	32	33	Medio Superior/ Operadora de Micro	Medio/ Chofer	8	8 años/ 3 años	Tiene un hijo de 14 años, un embarazo posterior con la pareja actual que interrumpió voluntaria- mente/ Trastornos ovulatorios	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	La
P22	28	28	Medio Superior/ Profesora	Medio/ Tabaquero	5	4 años/ 3 meses	Un embarazo producto de una relación anterior que interrumpió voluntaria- mente/ No Diagnóstico	2 embarazos producto de relaciones anteriores/ NO Diagnóstico	Alqu Maya
P23	34	33	Medio Superior/ Esp. en Empresa	Medio Superior/ Chofer	11	11 años/ 9 años	Dos embarazos y dos abortos. El primero espontáneo, el segundo consecuen- cia de una biopsia premens-trual realizada en estado de	Operado de varicoceles bilateral. 2 embarazos con su actual esposa/ Trastornos espermáti- cos tratados ya.	M

							gestación. Le falta una trompa de Falopio congénita.		
P24	28	33	Superior/ Abogada Bufete Colectivo	Medio Superior/ Técnico en Química. Polo Científico	4	1 año/ 3 meses	2 embarazos producto de relaciones anteriores interrumpi-dos voluntaria- mente/ No Diagnóstico	No embarazos anteriores/ Trastornos Espermáti- cos	La
P25	25	23	Estudiante de Medicina	Medio/ Albañil	4	4años/ 1 año y medio	No embarazos anteriores. Mantuvo tratamiento con tabletas anticonceptiva s desde muy joven/ Trastornos hormonales	No embarazos anteriores/ No Diagnóstico	PI
P26	32	53	Medio/ No trabaja	Medio / Mecánico refrigeració n	7	5 años/ 3 años	Usó DIU desde los 17 durante 6 años. No embarazos anteriores.	4 hijos producto de relaciones anteriores/ Trastornos espermáti- cos: Vitalidad y movilidad Bajas	P. d
P27	37	33	Medio/ Secretaria	Medio Superior/ Subdirector de aseguramie n-to de una Empresa.	10	10 años/ 4 años	1 embarazo anterior con la pareja actual, que abortó espontánea- mente a los 4 meses y medio	1 hijo producto de una relación anterior, fallecido/ Varicoce-les ya operado.	M

Anexo 3.

Carta informativa y Consentimiento Dialogado

Carta Informativa

Título de la Investigación: Factores culturales, sociales y de género asociados a la infertilidad.

Investigadora Principal: Zoe Díaz Bernal. Profesora Auxiliar e Investigadora Agregado de la Escuela Nacional de Salud Pública. Máster en Antropología. Aspirante a Doctorado en Ciencias de la Salud.

Propósito General de la Investigación: Determinar la contribución de los factores culturales, sociales y de género, en la determinación de la percepción y actuación de la pareja infértil y en la actuación de los profesionales de la salud.

Procedimientos

Para llevar a cabo dicha investigación se le realizará una entrevista, de la que se espera obtener la información necesaria sobre su experiencia vivida. Dicha entrevista explorará algunos aspectos que sobre los que puede resultarle incomodo contestar por lo que será su derecho aportar dicha información o no.

La información obtenida tendrá carácter confidencial, respetándose el anonimato de las personas entrevistadas y de las instituciones a las que pertenecen, y sólo será empleada con fines científicos.

Las personas que acepten participar en la investigación tendrán plena libertad de retirarse de esta cuando así lo estimen conveniente y deseen.

Beneficios Esperados: Los resultados de la investigación permitirán generar conocimientos acerca de la percepción de la persona infértil y su pareja, de la cualidad de la relación entre el profesional de la salud y la pareja, y de la organización de los servicios.

Riesgos e incomodidades: Aunque sus testimonios serán grabados, estos serán utilizados confidencialmente. Su nombre no va a ser utilizado en ninguno de los informes o publicaciones que del estudio se hagan. Las cintas grabadas serán guardadas en un lugar seguro, bajo llave, y posteriormente al análisis de la información serán destruidas. Las transcripciones serán identificadas solamente por un Código de Identificación, asignados a cada persona participante. Algunas de las preguntas que se hagan, podrían hacerlo sentir incómodo, por lo tanto usted puede rehusarse a contestar y puede interrumpir su participación en cualquier momento.

Consentimiento Dialogado

Declaración de la voluntariedad

He entendido que el propósito del estudio que se va a realizar. He leído y/o me han leído, la información sobre el estudio, y he tenido la oportunidad de preguntar sobre cualquier duda que me pudo surgir; a lo cual me han contestado satisfactoriamente las preguntas realizadas por mí. Además, puedo contactar a la autora de esta tesis, en el momento que así lo desee, dado que ella me ha brindado sus datos personales. De esta manera, yo acepto voluntariamente participar en el estudio (brindar la entrevista), entendiéndolo claramente que tengo el derecho y la libertad de abandonarlo en cualquier momento sin que ello me afecte de manera alguna.

Firma del entrevistado/a

Firma de la investigadora

(Opcional)

Fecha:

Nota: En caso que desee comunicarse con la Investigadora Principal del estudio, puede hacerlo a la siguiente dirección: zoe@ensap.sld.cu Teléfono: 830- 8469

ANEXO 4

Guía de entrevista a expertos y prestadores de salud vinculados a los servicios de atención a la infertilidad

Tabla 1. Matriz de temas establecidos a partir de las unidades de análisis emergentes del discurso de los estudios de caso para conducir las entrevistas.

Ejemplos de unidades de sentido que conformaron las unidades de análisis emergentes de los discursos.	Temas
<p>“(...) ser madre es como todo el mundo (...) Es algo bonito, es algo grande (...) Se puede ser madre o no serlo” (Karla)</p> <p>“(...) tener algo que sale de ti (...) la responsabilidad que te toca como ser reproductor, con la posibilidad fisiológica de parir (...) más que un instinto es algo cultural.”. (Emma)</p> <p>“(...) ser padre yo creo que me haría un poco más feliz (...)” (Alberto)</p> <p>“(...) la riqueza más grande (...) He soñado tanto con tener un hijo, con poderlo criar, verlo crecer, tener mi propia familia (...) algo que sea mío, que lleve mi sangre (...) como que lo hubiera arrancado de mi piel.”(Arturo)</p>	<p>Concepción maternidad/paternidad: modo cómo se perciben la maternidad y la paternidad, por los individuos, las parejas y la sociedad.</p>
<p>“(...) mi familia, que se pasa el día tras de mi (...) debe ser que como mis hermanas son madres biológica.” (Karla)</p> <p>“(...) soy la oveja negra [de la familia].”(Alberto)</p> <p>“ (...) es una enfermedad porque te afecta todo (...) un problema muy sensible, muy delicado, muy doloroso (...) no me he acostumbrado a la idea (...) ha sido una sorpresa muy grande (...) el cartel de infértil es duro (...) para mi pareja también ha sido durísimo (...)” (Emma)</p> <p>“Yo nunca pensé que iba a tener problemas para embarazar. Yo pensé eso iba a ser algo natural.” (Arturo)</p> <p>“(...) si algo se atiende en los servicios es la infertilidad como trastorno (...) mucho menos la pareja.” (Emma)</p> <p>“(...) las consultas de infertilidad prácticamente se cerraron (...) han estado en condiciones muy precarias” (Emma)</p> <p>“Yo veía cantidad de mujeres que iban a los servicios de infertilidad, (...)” (Karla)</p> <p>“ (...) ahora van muchas más personas a las consultas de infertilidad (...) creo que hay muchísimos más casos” (Emma)</p>	<p>Cultura médica en torno a la infertilidad: modo cómo se percibe la infertilidad en el eje salud-enfermedad-padecer, por los individuos, la pareja, la familia y la sociedad.</p> <p>Concepción y atención desde el sistema de salud en el de cursar del tiempo.</p> <p>Percepción sobre la incidencia de la infertilidad en el de cursar del tiempo.</p>
<p>“Es tan difícil acceder a esos servicios parece que por lo costosos que son (...) tuve que esperar muchísimo porque cuando me tocaba se acababan tales instrumentales (...) entonces eso te alarga también muchísimo la espera.” (Emma)</p>	<p>Percepción sobre la atención a la infertilidad, los servicios de atención:</p> <p>Accesibilidad, Calidad,</p>

<p><i>“Llegamos aquí por gestión personal, preguntando y llamando por teléfono.” (Arturo)</i></p> <p><i>“Yo primero comencé con un Dr... y dejé de ir porque me sentí muy disgustada con él (...) es un servicio que debería tener cierta delicadeza (...)” (Karla)</i></p> <p><i>“Vinimos para acá porque allá nos peloteaban mucho, no nos mandaban análisis y cosas que mandan aquí. (...)” (Arturo)</i></p> <p><i>“(...) allá las consultas son muy demoronas (...) cualquiera lo abandona al ver tanta demora (...)” (Alberto)</i></p> <p><i>“(...) fui bastante fiel a los médicos, (...) ellos eran los que tenían la sartén por el mango(...) aunque yo estaba muy insatisfecha con su manera de tratarme (...)” (Emma)</i></p> <p><i>“ Utilicé algunos tratamientos alternativos, como el famoso jarabe de güira (...)” (Emma)</i></p> <p><i>“Mi mamá me dijo: déjame prepararte esto que si yo se lo he preparado a otra gente, te lo voy a hacer a ti, total mal no te va hacer. Es la güira cimarrona.” (Karla)</i></p>	<p>Modo en que se usan los servicios. Organización de los servicios. Otras alternativas de atención.</p> <p>Tránsito de los usuarios por los servicios de atención: vías de acceso y referencia entre los niveles de atención.</p> <p>Relación individual con los servicios de atención.</p> <p>Empleo de tipos de prestación de salud</p>
<p><i>“(...) yo me atiendo más bien por mi familia (...)” (Karla)</i></p> <p><i>“La gente me mira con lástima (...) trata de no hablar de eso delante de mi (...)te mantienes en un estrés permanente, en una incertidumbre permanente (...) es algo que te está molestando, que te está disgustando (...) te pone en una situación de un conflicto extraordinario en todas las esferas de tu vida.” (Emma)</i></p> <p><i>“(...) me siento mal por no poder demostrar que puedo embarazar a mi mujer (...)” (Alberto)</i></p> <p><i>“El no poderlo lograr a veces me hace sentir inferior (...) si todos estamos capacitados para tener un hijo, si es algo tan natural ” (Arturo)</i></p>	<p>Concepción sobre la infertilidad: modo cómo se vivencia la infertilidad a nivel personal, familiar y colectivo. Significados y significantes personales.</p>
<p><i>“(...) nosotros nos llevamos bien, lo hablamos todo, él me lo consulta todo.” (Karla)</i></p> <p><i>“(...) perdí muchas noches de sueño pensando qué consecuencias tendría para mi pareja, podría haberla perdido porque él no tiene ningún problema (...) con el tiempo yo si he logrado que me hable (...) de sus miedos, de sus deseos.” (Emma)</i></p> <p><i>“(...) nos trae problemas (...) A veces pienso que quiere que se termine esta relación para buscar otra pareja y tener su hijo (...) me va a dar mucha tristeza al cabo de un tiempo, verla a ella con un hijo logrado con otro hombre (...) La familia está al tanto de todo lo que estamos haciendo por tener un hijo (...) nos preguntan” (Arturo)</i></p>	<p>Relación de Pareja y Convivencia: impacto de la infertilidad sobre la relación de pareja y la convivencia familiar.</p>

La entrevista que se realizó a los expertos, se caracterizó por no tener preguntas pre-establecidas, sino tópicos o temas generales sobre los que se le pidió al(la) entrevistado(a) que hablara y en caso de que la investigadora lo consideró necesario, realizó preguntas esclarecedoras.

Los tópicos explorados, en el caso de los expertos, fueron los siguientes:

1. Concepción maternidad/paternidad en el contexto cubano
 - * Percepciones individuales, de pareja y colectiva
 - * Mirada del fenómeno en el tiempo
2. Concepción sobre infertilidad en el contexto cubano
 - * Percepciones individuales, de pareja y colectiva
 - * Concepción y atención desde el sistema de salud. Mirada del fenómeno a través del tiempo.
 - * Incidencia de la infertilidad
 - * Causas.
3. Percepción sobre la atención a la infertilidad y los servicios de atención
 - * Accesibilidad, Calidad, Modo en que se usan los servicios
 - * Caracterización de los servicios
 - * Otras alternativas de atención

La entrevista que se le realizó a los prestadores de salud, vinculados a los servicios de atención a la infertilidad, se caracterizó por abordar tópicos preestablecidos, a partir del refinamiento de estos después de realizadas las entrevistas al grupo de expertos. En los casos de que la investigadora lo consideró necesario, realizó preguntas esclarecedoras.

Tópico 1: Concepción maternidad/paternidad en el contexto cubano

- * Percepciones individuales, de pareja y colectiva
- * Mirada del fenómeno en el tiempo

Tópico 2: Concepción sobre infertilidad en el contexto cubano

- * Percepciones individuales, de pareja y colectiva
- * Concepción y atención desde el sistema de salud. Mirada del fenómeno a través del tiempo.
- * Incidencia de la infertilidad
- * Causas.

Tópico 3: Percepción sobre la atención a la infertilidad y los servicios de atención

- * Accesibilidad, Calidad, Modo en que se usan los servicios
- * Caracterización de los servicios
- * Otras alternativas de atención
- * Caracterización del servicio que se presta. Resultados obtenidos. Limitantes.

Guía de entrevista a parejas que asistieron a los servicios de atención a la infertilidad.

La entrevista que se le realizó a las parejas que se atendían en los servicios de atención a la infertilidad, se caracterizó por abordar tópicos en forma de preguntas, a partir del refinamiento de

estos después de realizadas las entrevistas al grupo de expertos. En los casos de que la investigadora lo consideró necesario, realizó preguntas esclarecedoras.

Se tomaron los datos generales de los entrevistados:

Sexo

Edad

Ocupación/nivel de escolaridad

Municipio de residencia

Tiempo de la relación de pareja

Tiempo de infertilidad

Tiempo de atención médica a la infertilidad

Antecedentes ginecológicos y reproductivos.

Personas con las que convive la pareja.

Diagnóstico

Tópico 1: Concepción de la Maternidad/Paternidad

Tópico 2: Concepción de la Infertilidad. Vivencias a nivel personal, familiar y colectivo. Modo en que se afronta. Tránsito por los servicios de atención. Relación individual con los servicios de atención a la infertilidad. Empleo de métodos alternativos de atención a la infertilidad. Creencias actitudes y prácticas con relación al diagnóstico, tratamientos, opciones reproductivas disponibles y adopción.

Tópico 3: Relación de Pareja. Convivencia.

ANEXO 5.

Guía de observación participante abierta en los servicios de atención a la infertilidad de los hospitales seleccionados

Guía de observación en salas de espera.

Ambiente general y características del área destinada a la espera

Concurrencia de personas al área de espera

Comportamiento de los pacientes/ Relaciones de pareja (antes de entrar a consulta y después que salen)

Asistencia en pareja o no a la consulta

Guía de observación en consultas.

Ambiente general y características del área destinada a la consulta

Participantes de la consulta

Tiempo de la consulta

Comportamiento de los pacientes/ Relaciones de pareja

Asistencia en pareja o no a la consulta

Interacción prestador(a) de salud- paciente

Forma en que se asimilan las indicaciones médicas/ preguntas que se hacen por parte de los pacientes.

ANEXO 6

Solicitud de autorización a los Hospitales y permiso concedido.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE DOCTORADO**

Ciudad de la Habana, 2 de septiembre de 2009

“Año 50 del Triunfo de la Revolución”

A: Vice-dirección Docente
Hospital Ginecobstétrico “X”

Estimado(a) Dr.:

Por este medio hacemos constar que Zoe Díaz Bernal (Msc. en Antropología), es aspirante a Doctorado en Ciencias de la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública y realiza una investigación titulada “Factores sociales, culturales y de género asociados a la infertilidad”.

Le rogamos por tanto considere su solicitud de hacer observaciones y entrevistas en el servicio de reproducción asistida de su institución. En este trabajo asistirá con la aspirante, la investigadora Daylis García Jordá (Msc. en Antropología) como la colaboradora.

En espera de su atención;

Saludos cordiales;

Dra. Ileana Castañeda Abascal
Secretaria de la Comisión de Grados Científicos de Ciencias de la Salud
J'de Dpto. de Doctorado
ENSAP

ANEXO 7.

Estudios de casos

- *Análisis individual de los estudios de caso (Enfoque Etic) con ejemplos de discursos.*

Caso 1. Karla

Karla es una mujer de 42 años que realiza trabajo intelectual. Está casada hace 19 años con su actual esposo. Su sospecha de infertilidad comenzó 10 años atrás y hace seis buscó por primera vez atención médica. Perdió dos embarazos por abortos espontáneos, el primero con tres meses de gestación y el otro en el segundo trimestre. Karla desconoce el factor de infertilidad pues no cuenta aún con un diagnóstico certero. Plantea que a su esposo nunca lo han estudiado porque tiene un hijo, al que ella crió y debido a esto se reconoce a sí misma como madre.

El entorno más próximo en el que se inserta esta mujer, según su descripción, exhibe buenas relaciones de convivencia así como de pareja, y se percibe a través de su relato, un ambiente armónico y de diálogo entre los miembros de la familia. Vive en compañía de su esposo e hijo adoptivo y todos cooperan conscientemente en la realización de tareas hogareñas por lo que ella no se siente sobrecargada. Normalmente emplean el sábado para realizar de conjunto las tareas domésticas y el domingo suelen pasear.

En cuanto a su relación de pareja expresa no tener problemas. Karla reconoce haber conversado con su esposo sobre la situación hipotética de que nunca lograran concebir un hijo propio y sinceramente no les importa, mantendrían la relación pese a eso y tratarían de disfrutarla de otras maneras. La relación de pareja no se encuentra condicionada por la posibilidad o no de lograr un embarazo y ella ha construido el maternaje a partir de la crianza del hijo de su esposo desde muy pequeño.

"Mis relaciones de pareja después de 19 años es como si fuera el primer día, nosotros nos llevamos bien, lo hablamos todo, él me lo consulta todo."

Aunque las motivaciones de Karla para ser madre, tienen un componente intrínseco y de pareja indudable, esta autora percibió que en el momento en que se realizó la entrevista predominaba la motivación extrínseca, entendida y vivida como una *"presión familiar"* que pretende igualarla a otras mujeres pertenecientes a su mismo grupo, lo que responde a los roles de género instaurados para su contexto. A lo largo del discurso de esta mujer se aprecia que establece una forzosa vinculación entre la condición orgánica- fisiológica y psicológica femenina y la infertilidad. En su discurso esta mujer expresa convencimiento acerca de que la imposibilidad para lograr un embarazo en su caso, no obedece a causas de origen masculino, o sea que no depende de su esposo, pues de hecho ella ha criado a un hijo de él desde que era un bebé de meses de nacido. De hecho plantea que a su esposo nunca lo han estudiado por el hecho de tener ya un hijo. En opinión de esta autora esto refuerza sus sentimientos de culpa. Emerge además, la reproducción de patrones socioculturales patriarcales, según los cuales de radicar la condición infértil en el hombre, se quebranta con mayor impacto la autoestima y estabilidad emocional de este, pues para Karla se contrapone a la fortaleza del sexo masculino.

"Para mí ser madre es como todo el mundo, yo te puedo decir esa experiencia por mí, por el niño, el niño que yo tengo es mío, yo lo he criado, le he puesto ropa, todo... realmente me siento mal por no ser madre biológica. Yo creo que ser madre es algo importante para mí, porque a veces me siento triste por eso. Se puede ser madre o no serlo, eso es como todo, como ser o no universitario, pienso así, pero yo me siento así."

Karla relató que cuando 10 años atrás comenzó a buscar un embarazo, lo logró en dos ocasiones; después dejó de buscarlo aunque nunca se protegió, y cuatro años después comenzó a atenderse con el médico desde el punto de vista *"fisiológico"*. Comentó que el primer embarazo lo perdió con tres meses y el segundo con más de seis. En esa segunda ocasión el médico que actualmente la atiende, le dijo que tenía un útero *"muy flácido"* y que *le investigaría eso*". Karla reconoce no saber qué es eso, pero el médico le explicó que tenía un útero *"como que todo se le salía, que él no se explicaba como había llegado a ese tiempo de gestación"*. Los dos abortos que ha vivido Karla han sido espontáneos y el último ocurrió hace cuatro años.

"(...) yo me sentí muy mal cuando perdí este último embarazo, porque ya con seis meses tú te planificas, empiezas a comprar cosas, todo el mundo te empieza a regalar, como ya tienes la barriga bastante avanzada fulana recoge y te da."

Según la opinión de Karla la razón por la que no cuenta aún con un diagnóstico certero es porque no le han hecho pruebas "muy profundas". Para Karla la infertilidad tiene causas orgánicas propias de la mujer: "útero retroverso y trompas tapadas", aunque reconoce puede obedecer a causas psicológicas de la mujer.

Con relación a la percepción que tienen los hombres sobre la infertilidad Karla hace referencia a algunos casos que ha conocido en los que el factor de infertilidad es masculino y dice suponer que en esos casos el hombre se sienta peor que la mujer, precisamente porque "se supone que es el masculino el sexo fuerte".

En general se aprecia en el discurso bajo nivel de conocimientos sobre los aspectos fisiológicos de su condición. Se refleja durante toda la entrevista el miedo a enfrentar un diagnóstico desfavorable que implique un pronóstico del mismo tipo, lo que está en consonancia con lo difícil que reconoce se le hace aceptar la infertilidad.

Karla suele asistir a las consultas de infertilidad acompañada por su pareja. Describe ver en las salas de espera aproximadamente 10 casos cada vez que asiste, y ha visto tanto mujeres solas como acompañadas por sus parejas, estas últimas en mayoría. Aunque Karla dice acudir a los servicios para la atención de la infertilidad por motivaciones personales, reconoce que siente además una fuerte presión familiar que la hace no abandonarlo. A nivel personal Karla confiesa haber tenido "mucho miedo" al asistir por vez primera a un servicio de infertilidad y cada vez que lo hace tiene el temor de que le digan que no le será posible lograr un embarazo.

"(...) es que yo me atiendo más bien por mi familia, que se pasa el día tras de mí, "oye fulana que si esto que si lo otro...", mi papá, mi mamá, mi hermano, ellos quieren al niño, pero bueno saben que yo no tengo. Sí, a veces siento una presión familiar, "oye, fuiste al turno, que si no fuiste al turno", están al tanto de las cosas, quieren al niño, lo adoran, ese es su nieto, es como si yo lo hubiera tenido, no se por qué les preocupa entonces eso, debe ser que como mis hermanas son madres biológica."

Karla ha cambiado de servicio de atención en varias ocasiones, comenzó en uno de los hospitales capitalinos, y en estos momentos se atiende con un médico que antes la trataba en un hospital y ahora lo hace en otro, con quien dice sentirse "más segura". Dicho médico se encuentra hace un año en el extranjero, pero está "comprometido" con ella en continuar tratándola a su regreso. Hasta ahora todas las pruebas le han "dado bien", aunque "el estudio de ovulación" no se le ha realizado. Llama la atención que Karla lleva seis años vinculada a la atención médica sin haber recibido un diagnóstico certero y sin haber completado los estudios, ni a nivel individual ni de pareja, lo que como ella misma expresa puede estar dado por la inestabilidad en la atención. Aún cuando la explicación para haber cambiado de servicio de atención, radica en la búsqueda de una mejoría de la calidad de esta, esta autora percibe durante su discurso, que el miedo podría estar incidiendo también en tal comportamiento, ya que varias veces lo expresa abiertamente cuando dice imaginar recibir un pronóstico desfavorable por parte de un facultativo.

"Yo primero comencé con un Dr... y dejé de ir porque me sentí muy disgustada con él porque cuando yo iba a las consultas, me mandaba análisis, no? Y pruebas y eso, y entonces cuando llegaba me decía: no pero tienes que seguir viniendo y entonces yo me sentía como que, no se... y como yo tampoco estaba tan puesta para eso dejé de ir."

Al indagar acerca de su opinión sobre los servicios de atención a la infertilidad Karla plantea que "no es la mejor", y hace referencia a la experiencia que le han transmitido otras mujeres con relación a otros servicios, mujeres que han cambiado de servicio "buscando otras respuestas a sus problemas". Basa su opinión en el trato que brindan los profesionales de la salud que en ocasiones "no es el más adecuado", dadas las expectativas y temores con que llegan las mujeres a dichos servicios, esperando una atención profesional con calidez y calidad.

"Me parece que es un servicio que debería tener cierta delicadeza, porque tú no puedes ir a un médico y decirle lo que te sientes y que te diga: " Ah no, pero tú no puedes salir embarazada!!!" él no te ha hecho análisis y te está diciendo que no, que tú no puedes salir embarazada... Deberían tener más tino, y cierto trato, igualito como para cualquier otra enfermedad... últimamente la medicina tiene eso, que las personas no se sienten atendidas en el servicio donde van, a veces salen hasta disgustados. Porque se supone que tú vienes con una esperanza, te hagan cosas y después bueno, no se pudo, no se pudo, te vas contentísima para tu casa, pero que llegues y a boca de jarro así sin nada, te digan oye, tú no puedes, eso es duro... Y yo creo no es por falta de recursos (...)."

Ella basa esta opinión sobre todo en la poca calidez del trato recibido y en la inexistencia de mecanismos para el tránsito hacia una atención especializada desde la APS. Resulta evidente de acuerdo a su discurso, que se ha establecido una ineficiente comunicación entre los profesionales de la salud y ella, ya que refiere que no ha recibido explicaciones sobre las pruebas, los resultados diagnósticos, y el seguimiento médico que se le hace. En ningún momento, durante los años que lleva atendiendo por los servicios médicos, ha sido entrevistada en cuanto a sus prácticas sexuales o las de su esposo. Esta es una información que según ella *"parece no importar"*.

La percepción de esta mujer sobre la accesibilidad a los servicios, desde su experiencia personal y de otras mujeres conocidas a quienes cita frecuentemente, no es buena. En cuanto a la accesibilidad a los servicios de atención a la infertilidad la entrevistada reconoce se hace difícil y en muchos casos, como el de ella, se llega a ellos por gestión personal (*"alguien que te recomienda"*). Se refiere a que en la Atención Primaria de Salud no existen los mecanismos para orientarte en ese sentido y remitir oportunamente a un servicio especializado.

Karla expresa que las indicaciones de las pruebas diagnósticas por parte de los profesionales de la salud que atienden la infertilidad, no es la más correcta, pues pocas veces explican la necesidad de realizarlas, en qué consisten, ni el orden cronológico de las mismas. En estos momentos el médico que la está atendiendo le explica mejor el orden de las pruebas y el por qué.

"El Dr. que me atendía antes me mandó una prueba de...esa de visualizar las trompas, cómo se llama?... y me dijo: "oye tienes que hacerte esto y aquello y no se qué" Ay y yo decía, ay, esta palabra tan rara!!!! Yo me estaba muriendo, él no me explicó, me dijo: "saca turno" y ya...el día que fui a hacérmela, yo estaba asustadísima, la gente que estaba allí hablaba de lo dolorosa que era, salió una de allí con tremendo miedo, llorando y allí mismo a una muchacha le pregunté: chica y esto para qué cosa es? Me dice: "dicen que esto es para verte las trompas" Cuando me estaba desvistiendo allí, asustada... entonces vi por un filito cuando se abrió la puerta, una pila de aparatos, cuando me dijo que me acostara, que yo vi aquella pila de cosas, yo estaba muerta, porque aunque ya sabía para lo que era, te deben ir explicando, "mira esto es doloroso, pero es necesario"... El resultado fue que no tenía ninguna tupición en las trompas. Esa fue la primera prueba que me indicaron, sin haberme hecho análisis, sin haberme hecho nada. Como yo le expliqué que yo había perdido esos embarazos, parece que él me mandó esa prueba para ver si yo tenía tupición en las trompas para mandarme después los análisis de sangre, de ovulación jamás en la vida. Ahora este médico fue quien me dijo que cuando regresara de su viaje me iba a hacer lo de ovulación."

En cuanto al conocimiento y empleo de otras alternativas de tratamiento a la infertilidad, Karla reconoció haber empleado el jarabe de güira, del que se ha tomado cuatro botellas y expresa confianza en dicha práctica en momentos en que se encontraba alejada de la consulta, pero nunca la consultó con su médico debido que no se le indagó al respecto, como tampoco en relación a sus comportamientos y prácticas sexuales. Dicho jarabe le fue preparado por su mamá. Justamente nos relata que después de haberlo tomado salió embarazada al igual que una vecina, a quien la mamá de Karla también se lo preparó y en estos momentos disfruta satisfactoriamente de su maternidad. Ella lo tomó pues confía en la efectividad de la medicina verde y conoce varias mujeres que han logrado embarazarse tomándolo. En el momento en que ella lo consumió, no estaba atendiendo en ningún servicio de salud.

"Mi mamá me dijo: "déjame prepararte esto que si yo se lo he preparado a otra gente, te lo voy a hacer a ti, total mal no te va hacer". Es la güira cimarrona. No lo volví a tomar después porque mi mamá oyó un comentario de que provocaba cáncer."

Karla no conoce de otro remedio aunque ha escuchado de dos doctoras que usan el CAGUT, que según sabe es un tipo de sutura que emplean en un hospital en otra provincia del país, insertando esos hilos en unos puntos en la piel, y tocándose el vientre, dijo creer era en esa zona del cuerpo. Dice que ha tenido noticias de que en Pinar del Río otra doctora emplea este método también.

Karla se mantiene al tanto de la información sobre infertilidad que se publica o transmite por los medios masivos de comunicación, y se refiere a las expectativas que dicha información genera en las personas que sospechan o viven la infertilidad, lo que en ocasiones hace se cuestionen la veracidad de la misma al no coincidir ésta con lo que hallan en la práctica.

Cuando se le solicitó a Karla transmitiera una idea a las parejas infértiles que en estos momentos están vivenciándola, a través de una frase breve, ofreció la siguiente: *"Que lo intenten, que hagan todo el esfuerzo posible, para tener la atención médica necesaria. Que no desistan. Y si les dicen que no, a vivir, qué van a hacer."* En la frase deja entrever la fortaleza y perseverancia que ha debido tener ella para mantenerse en la búsqueda de la gestación exitosa y vinculada

a la atención médica. Por otra parte, denota que la vida sin hijos propios, es una posibilidad que ha previsto y pretende afrontar si así fuera necesario.

Caso 2. Emma

Emma tiene 43 años, es una profesional de alto nivel y realiza trabajo intelectual dentro del sector de la salud. Lleva 15 años casada con su actual esposo, un profesional contemporáneo con ella. Al inicio de la entrevista aparentó estar algo nerviosa, pero en la medida en que esta transcurrió ganó en serenidad, se mostró paciente y reflexiva a la hora de hablar o contestar preguntas.

Emma vive sola con su esposo, aunque con bastante frecuencia tiene a su mamá con ellos. Ella y su esposo comparten las tareas hogareñas y casi todo lo realizan de conjunto, de manera tal que ella no se siente agobiada., pues él realiza las tareas a la par de ella y en caso de que a ella le sea imposible cumplir con una responsabilidad él la asume.

Como parte del microentorno donde se desarrolla esta persona destacan sus buenas relaciones familiares y una sólida relación de pareja, relación que ha perdurado por encima de las dificultades para concebir, aún cuando los temores y dudas de esta mujer se hayan instaurado en ella en determinados momentos. Para Emma el ejemplo recibido de sus padres se transfigura en principios éticos, normas de convivencia, y de ahí parte su concepción de la maternidad y el afrontamiento de la propia infertilidad.

Particularmente no ha sentido la presión familiar por y para ser madre y sí ha recibido el apoyo de su familia en todo momento. Incluso Emma dice que su mamá ha mostrado cierta resistencia para que ella se someta a algunos procedimientos, pues le plantea le preocupa como madre, mucho más su salud y las afectaciones que le puedan acarrear. Por parte de su esposo tampoco ha recibido presiones, por el contrario, él le ha expresado su total incondicionalidad con relación a las decisiones que ella tome, lo que ella justifica por las asignaciones de género con arraigo cultural en nuestra sociedad, según lo cual a los hombres les corresponde ser los más fuertes.

" (...) yo me imaginaba que el la proesión la llevaba por dentro, porque es un humano y algo tiene que sentir, entonces con el tiempo yo sí he logrado que me hable de ese asunto, que me hable de sus miedos, de sus deseos...y este último diseño de proyecto que no se ha concretado, de volver a la fertilización, partió de él, porque él me confesó que él tenía muchos deseos de tener un hijo, que tenía deseos de pasar por criar un hijo, que él se imaginaba dentro de unos años y no se concebía sin al menos un hijo (...)"

La noción sobre la maternidad que emergió su discurso, no dista de la culturalmente aprehendida en la sociedad a la que pertenece, signada por los condicionamientos de género propios de la cultura patriarcal: binomio mujer= madre y condición biológica femenina natural que posibilita parir. No obstante, aunque Emma revela haber variado su concepción con la edad, hacia una mucho más consciente, responsable y con connotación social, la *"realización de la pareja"* y la *"presión familiar"* a las que hace alusión en su discursar, matizan en opinión de esta autora la necesidad de tener descendencia para esta mujer. Por otro lado, la realización profesional constituye para ella otra faceta de realización personal, y modula su actitud ante la maternidad y los propios esfuerzos a realizar en pos de concebir.

Emma concibe la maternidad como esa atracción que sienten las personas que nacen con el sexo femenino, que está presente desde la infancia, por tener algo que *"sale de uno"*, y que se refleja en los juegos infantiles. Reconoce que esa concepción va cambiando con la edad y en la adultez se va convirtiendo en responsabilidad. Para ella particularmente, el tener descendencia, además de lo culturalmente aprendido, tiene el valor añadido de ser *"lo mejor que puede pasarle a su relación de pareja"*.

" (...) después con la madurez, por un lado sintiendo la responsabilidad que te toca como ser reproductor, con la posibilidad fisiológica de parir, bueno pues un poco es esta responsabilidad de que la familia aumente, tener alguien que continúe la descendencia... yo creo que la maternidad más que un instinto es algo cultural."

Antes de formar la pareja actual, Emma había quedado embarazada sin desearlo, aún empleando métodos anticonceptivos, específicamente DIUs. Dichos embarazos los interrumpió voluntariamente. Después de cinco años de relación con su pareja actual, ambos comienzan a buscar el embarazo, pues consideraban encontrarse en las mejores condiciones, *"desde todo punto de vista"*, para convertirse en padres, considerándolo además uno de los *"más grandes logros de la pareja"*. No obstante, Emma recalca que si bien ser madre para ella siempre fue algo de suma importancia, ella tenía otras prioridades en la vida también y de esa manera sólo decidió se encontraba lista para ser madre después

que se graduó y posteriormente hizo su especialidad. Sólo entonces se consideró en condiciones para "entregarse a la maternidad en cuerpo y alma", lo que ella particularmente consideraba debía ser "algo muy bonito y tierno". La pareja hizo muchos proyectos al respecto.

"(...) yo pensaba tener más de uno, yo siempre soñé con eso, también soy única hija, pienso que también eso influyó mucho, que el estar criándome sola, pues me hiciera desear tener muchos hijos, yo quería tener una familia más amplia, mi papá también fue único hijo, y para mí iba a ser un momento muy bueno y muy lindo de mi vida, para el que yo me preparé...yo decidí que eso yo lo iba a tener cuando yo terminara mis estudios, cuando yo ya tuviera mi trabajo estable, cuando mi vida de pareja también fuera estable, cuando yo identificara que la persona que estaba conmigo también lo deseara y tenía condiciones para adquirir una responsabilidad como esa, que es una gran responsabilidad la crianza de un nuevo ser... tú sabes uno se pone a fantasear que cuántas hembras, cuántos varones...de muchas cosas."

Los roles materno y paterno para Emma no tienen muchas diferencias, los ve al mismo nivel en cuanto a responsabilidad con la descendencia, lo que ella relaciona con su historia familiar, por lo que concibe necesario la crianza de los hijos entre dos, entre "las dos personas que lo concibieron y desearon", de ahí la importancia que ella le concede a la transmisión de valores compartidos por ambos progenitores, para la formación de un nuevo ser social.

"Yo tal vez si hubiera tenido la necesidad hubiera sido una madre soltera, pero eso no era lo que yo esperaba para mí, yo siempre pensé tener mis hijos con una pareja y no pensé que fuera cualquier pareja (...)"

Emma y su pareja trataron en vano durante dos años de lograr la concepción hasta que comenzó a sospechar su infertilidad nueve años atrás del momento en que se realizó la entrevista, y es entonces cuando ella decide asistir a consulta de infertilidad, las que conocía como profesional y no tenía una buena experiencia al respecto, pero aclara que sólo el hecho de concebir la maternidad como una de las cuestiones más importantes en su vida, le hizo dar ese paso. Se atendió durante ocho años y tuvo diversos diagnósticos en lo que ella llama "diferentes etapas", todos relacionados con factores de infertilidad femeninos. Perdió durante este tiempo las dos trompas de Falopio y se sometió a fertilizaciones *in vitro* sin éxito en ninguno de los intentos. Con compañeros sexuales anteriores logró embarazos sin desearlos, concepciones que interrumpió voluntariamente debido a la valoración personal de las condiciones poco idóneas con las que contaba para enfrentarse a la maternidad. Entre esas condiciones, el logro de una relación estable, capaz de asumir la tenencia y crianza de los hijos, se ubicaba entre las de mayor importancia.

"(...) traté por todos los medios de que ese momento no llegara, pues yo no estaba muy satisfecha con lo que había visto hasta el momento desde mi profesión, y no quería entrar como paciente en una consulta de infertilidad (...)"

"(...) los primeros diagnósticos fueron de obstrucciones tubarias, que en el intento de ser tratadas fueron agudizadas y que como consecuencia me llevaron a tener que eliminar las dos trompas, y entonces en estos momentos yo no tengo trompas de Falopio, por tanto tengo un diagnóstico...no se cómo se estará manejando en estos momentos... de esterilidad."

Al no existir otra posibilidad para lograr el embarazo, se ha sometido a fertilizaciones *in Vitro* no habiendo resultado fructífero ninguno de los intentos.

Con frecuencia Emma retomaba a lo largo de su narración, el significado que a nivel emocional y afectivo tiene para ella la vivencia de la infertilidad. La angustia es en este caso denominación esencial y repetida, asociada sobre todo a lo dilatada en el tiempo que ha sido la atención a su problema de salud. El factor tiempo constituye un detonante de sus ansias, temores y angustias, lo que según ella misma explica obedece al nivel de información que posee, se describe añosa y con menos posibilidades en la medida en que transcurren los meses. Por otra parte el conglomerado de significantes que para ella tiene su condición infecunda, más allá de su vivencia, se revela como algo "inesperado, sorpresivo y terrible", para cuya aceptación aún no se encuentra preparada. La elaboración consciente y racional que nos expresó la entrevistada sobre sus concepciones sobre la infertilidad, parten al decir de esta, de "la ayuda que ha recibido en el orden psicológico".

"(...) es muy triste y doloroso estar pasando por una cuestión de infertilidad, cuando tú deseas tener un hijo, cuando lo deseas con todas tus fuerzas, es algo que te duele mucho y que te lacera permanentemente."

Emma califica la infertilidad como algo terrible a lo que ha sido muy duro para ella acostumbrarse, y confiesa que aún pese al paso de los años, no está totalmente convencida de que no podrá tener sus propios hijos. Para ella la infertilidad

ha sido una condición que le ha *sorprendido* y le *lacera* mucho pensar que no tenía por qué haber sido así. Emma responsabiliza en gran medida a los servicios con *su final*.

"(...) yo no tenía haber tenido por qué terminar así...con todas las puertas cerradas, que en mi no puede suceder ninguna casualidad. Yo no pudo ni siquiera tener esperanza, porque yo no tengo trompas, porque los médicos decidieron que debía de ser así y bueno me convencieron...pero eso es muy duro, para mi pareja que tampoco tiene hijos también ha sido durísimo, ha sido un sueño que hemos alimentado durante muchos años, una esperanza que todavía tenemos latente porque no hemos cerrado la puerta."

Emma comparó la infertilidad con otro problema de salud padecido por ella anteriormente, que afectó bastante su salud y calidad de vida, y que le hizo tener que tomar decisiones que le fueron difíciles, dado el riesgo que implicaban. Sin embargo planteó no fue tan duro y terrible como lo ha sido el padecer de infertilidad. A nivel individual Emma clasifica la infertilidad como una enfermedad porque afecta todas las esferas de la vida de las personas que la padecen, porque es una situación de mucha incertidumbre e insatisfacción. Ella ha acudido a la atención psicológica por parte de una amiga profesional de este campo y reconoce haber recibido una gran ayuda, lo que le ha permitido elaborar con profesionalidad una serie de concepciones acerca de su padecer. En tal sentido reconoce que ya logra hablar del tema sin llorar y no se niega a hablar del tema, que fue un estadio por el que también transitó.

"En la infertilidad te sometes a muchos problemas éticos, a muchos problemas psicológicos, a muchos problemas fisiológicos, te mantienes en un estrés permanente, en una incertidumbre permanente y todo eso es una inestabilidad del supuesto bienestar biopsicosocial.... Tu carácter y tu manera de enfrentarte todos los días a tu trabajo, a tu estudio, a las personas que te rodean, sean familiares o amigos, también se ve afectado, porque eso es algo que te está molestando, que te está disgustando, algo que tú no sabes si se va a resolver, si algún día lo podrás conseguir, entonces eso te pone en una situación de un conflicto extraordinario en todas las esferas de tu vida."

Con relación a la percepción colectiva de la infertilidad Emma percibe que por lo general las personas la tratan con lástima, evitan el tema de la maternidad en su presencia, evitan invitarla a cumpleaños infantiles, incluso unos amigos que hace poco lograron concebir han tratado de postergar darle la noticia a ella.

La repercusión que pudo tener para la relación de pareja fue otro tópico tratado en la entrevista, y al respecto Emma declara no haber tenido problemas, pero fue un tema que le robó muchas horas de sueño, ya que su pareja no tenía dificultades para concebir y pudo haber decidido tener descendencia con otra mujer, pero obviamente al ser un tema de pareja él decidió que si no era con ella no tenía sentido tener hijos con otra persona. Después del último intento de fertilización al que se sometió la pareja, el cual no fue exitoso, Emma reconoce pasó muchos meses pensando si la normalidad de su relación de pareja era solamente aparente. Acepta que poco a poco fue recuperándose y rescatando la confianza en su relación de pareja, pues por muy sólida que sea una relación de 15 años, la infertilidad es algo que desestabiliza tanto, que puede llegar a romper ese vínculo. Emma confiesa haber sentido muchos temores y dudas, sin saber a qué agarrarse. Ella se siente dichosa por haber contado con el apoyo de su pareja y la demostración de su parte de que no es falso lo que siente y le dice.

"Entonces el cartel de infértil es duro y más si volvemos al tema de la responsabilidad que tenemos como mujer de que esa familia crezca, eso nos afecta mucho y puede afectar la pareja."

Emma planteó que tanto su esposo como ella y hasta la propia familia han logrado llegar a un punto de aceptación respecto a su condición de infértil, de manera que logran tener una vida armónica y feliz.

" (...) yo me siento bastante recuperada y en mi familia todo va bien, de vez en cuando eso menciona, de vez en cuando eso nos produce algo de tristeza, sobre todo una imagen, una película, eso siempre está allí, es una realidad que nadie puede negar y una tristeza de la que tú nunca vas a salir completamente...pero bueno, recuperarte y poder seguir con tu vida y poder ser feliz con otras cosas y poder hacer otros proyectos, es una buena señal de que a pesar de eso tú puedes realizar la vida y desenvolverla bien."

Aún cuando Emma y su pareja esperaron el momento que consideraban idóneo para tener sus hijos, y prestaron antes atención a su desarrollo profesional, la vida en este sentido no culminaría al tener los hijos, los proyectos profesionales de Emma continuaban y de hecho, muchos de estos han debido ser postergados para poder dedicar toda su energía al logro de un embarazo.

"(...) yo he postergado muchos proyectos de mi vida, precisamente por poner toda mi energía en el tema de conseguir un embarazo y al ser procesos tan largos, tan traumáticos, con tantas secuelas, de tanta espera, me hizo postergar todos esos proyectos todos estos años."

En este caso sobresale como rasgo distintivo a través de su discurso, la relación que ha establecido esta persona con los servicios de atención a la infertilidad. Su propia formación profesional la privilegia en cuanto al nivel de conocimientos e información que posee, y le otorga un profundo carácter valorativo y explicativo a la vivencia del proceso de atención al problema, ya que revela una elevada comprensión de su condición y de las experiencias vividas, a la vez que valora de manera precisa la atención que ha recibido. De manera general su percepción es negativa en tal sentido e intrínseca a ella mucho antes de demandar de los servicios de atención a la infertilidad, dadas sus experiencias como estudiante. Emma responsabiliza a los servicios de atención a la infertilidad con su condición de esterilidad actual. Solamente el lugar privilegiado que para esta mujer tiene el hecho de convertirse en madre, la compulsó a buscar ayuda médica y a "dejar de evitar ser paciente de estos servicios", según sus propias palabras.

Emma hizo referencia a la cierta resistencia que ofreció su esposo para asistir por primera vez a la consulta de infertilidad, él opinaba debía asistir ella primero y después podría contar con él para lo que hubiera que hacer. Ella conocía la importancia de asistir en pareja y así se lo explicó. Sin embargo, debió "soportar" que a la salida de la consulta su esposo le reclamara por el "tiempo perdido" y cuestionara tal necesidad, ya que en ningún momento se le dio tratamiento de pareja durante la consulta y a su esposo no le preguntaron ni el nombre. Emma no sabe de la experiencia que en este sentido pudieran tener otras parejas, pero le impresionó un proceder rutinario y aunque posteriormente siempre fue acompañada por él, dado el apoyo que ella necesitaba de su pareja, sí puede asegurar que veía personas asistir a consulta solas y otras en pareja, pero duda estas últimas lo hicieran por un motivo diferente al de ella y su pareja.

"(...) el médico sólo me miró a mí, sólo habló conmigo todo el tiempo y ni siquiera lo mandó a sentar a él. Yo hice todo lo posible por presentárselo, por decirle que era mi esposo, que había venido a la consulta, pero en ningún momento la consulta transcurrió como que el médico estuviera tratando ese asunto como de pareja y toda la conversación, si le pudiéramos llamar conversación, toda la consulta fue del médico dirigiéndose hacia mí, explicándome las cosas (...)"

En busca de una mejor atención, ha transitado por diferentes servicios médicos. Emma hace referencia a las irregularidades que ha apreciado por igual en todos ellos: la difícil accesibilidad a éstos y los escasos recursos con los que cuentan; sus deficientes condiciones higiénico- sanitarias y de privacidad; la no atención al problema de salud como problema de pareja; la despersonalización de la atención; la realización rutinaria de procedimientos iatrogénicos y el fuerte impacto que todo ello tiene sobre la psiquis y los comportamientos de las personas involucradas, que incluso las lleva a alejarse o abandonar definitivamente el servicio de atención.

Es percepción de Emma que en la actualidad existe un número mayor de personas buscando atención y accediendo a los servicios para el tratamiento de la infertilidad. De hecho refiere haber quedado impresionada por la cantidad de personas que llevan muchos años esperando por la fertilización in Vitro y que en la actualidad están siendo reevaluadas para este fin, con la reciente apertura de un nuevo servicio en un hospital de la capital cubana. Se atreve a asegurar que tales cifras deberán ir en aumento, debido entre otras razones a: las condiciones higiénico- sanitarias de los servicios de ginecología, a la falta de educación y advertencia por parte de los prestadores de salud en cuanto al uso de los DIUs y a las interrupciones del embarazo.

Emma reconoce haber sido víctima de múltiples "iatrogenias" a lo largo de su tránsito a través de la atención a la infertilidad y considera haberse sometido a procedimientos que empeoraron cada vez más su condición. La primera prueba a la que se sometió Emma fue la histerosalpingografía, la que catalogó de "fatal y terrible", además de sumamente dolorosa, que la hizo gritar y llorar muchísimo, a pesar de considerarse una persona que soporta bastante los dolores. Por otra parte evalúa de "insuficientes" las condiciones higiénico- sanitarias y asépticas del lugar donde se llevó a cabo el procedimiento, así como la experticia del personal de la salud involucrado en el mismo. Emma recuerda haber vivenciado un tratamiento humillante en esa ocasión. El resultado de dicha prueba fue que sus trompas eran perfectamente permeables, pero al otro día comenzó a hacer fiebre y debió ingresar por presentar un absceso tubario, debiendo llevar un tratamiento con antibióticos por varios días y dejándola con las secuelas consecuentes.

"(...) nunca se me olvidará, que cuando llegué a mi casa no cesaba de llorar, y mi familia me preguntaba que si era por dolor... pero el llanto fue lo humillante que yo me sentí durante esa prueba. Yo le decía a ellos que yo me había sentido como Haydeé Santamaría cuando la ultrajaron, cuando la cogieron presa, que la torturaron, porque mi experiencia ya te digo fue fatal, fue en una mesa muy fría de Rayos X, con personas que se notaba

eran inexpertas, que me hicieron pasar mucho dolor, lo noté porque después de varios intentos fallidos mandaron a buscar a una persona experimentada y aquello se resolvió en 5 minutos y sin apenas dolor. No dejaron pasar a mi familia, no hubo ninguna persona que me apoyara, yo estaba sin ropa sobre una mesa de rayos X que es una mesa fría, porque esos lugares generalmente tienen un aire acondicionado fuerte, sin una sábana debajo, sin nada prácticamente encima."

La experiencia vivida por Emma en esa primera ocasión ella la califica de "traumática" y reconoce haberse separado de la atención a la infertilidad debido a ello, y que únicamente por ser "tan grandes" los deseos de ella y su pareja por lograr descendencia, fue que decidieron volver a consulta, aunque cuando volvieron no pasó muy diferente.

"Todas las veces que yo asistí a la consulta de infertilidad, la pasé muy mal. La tercera histerosalpingografía...me la hicieron en el instituto de gastroenterología, en una mesa donde se hacen colonoscopías... El médico me garantizó que allí la asepsia estaba garantizada y al otro día yo salí con un piosalpin bilateral que me llevó a estar en terapia intensiva durante una semana, a partir de lo cual ya sí, mis trompas, definitivamente se declararon inservibles, y tuve que someterme para poder acceder a la fertilización in Vitro, a una cirugía donde me quitaran las trompas porque los médicos sugirieron que era posible que allí quedara cualquier germen, podía tener malas consecuencias para lograr la fertilización(...)"

Emma opina que los servicios de atención a la infertilidad son "pésimos", tanto en calidad como calidez. Ella reconoce tener ventaja por encima de otras mujeres que estén atravesando este proceso, por pertenecer al sector salud, por ocupar un cargo de dirección en una institución reconocida, que le proporciona relaciones en el mundo médico, lo que le ha permitido tener acceso a servicios como el de los hospitales (menciona el nombre de dos hospitales de la capital cubana), "supuestamente más especializados" y sin embargo refiere no haber encontrado ni calidad ni calidez en ninguno de estos. Esta mujer, ha tratado de tener acceso a los profesionales más experimentados en el tema y a los centros con mayores capacidades tecnológicas y asistenciales. Planteó que "si algo se atiende en los servicios es la infertilidad como trastorno" y que siendo una "condición de pareja" no se atiende como tal. Refuerza todo ello con los procedimientos a los que son sometidas las personas descuidando en muchos casos la condición humana de éstas.

"(...) unos procedimientos que todos son muy dolorosos y ya te digo muy lacerantes desde todo punto de vista, porque lamentablemente aquí no hay parabanos, lo mismo te desnudan y hay otras personas en la consulta, es decir tú pudor te lo están violentando permanentemente."

Emma aportó sus propias explicaciones para lo demorado de los diagnósticos y tratamientos de la infertilidad. Colocó en primer lugar la necesidad de esperar momentos específicos del ciclo menstrual y la espera de meses que ello acarrea, con la consecuente "angustia". Dicha espera es padecida por Emma de manera particular, pues sabe igual que cualquier otro que la vida fértil se acaba, pero debido a su formación profesional conoce que sus óvulos van perdiendo calidad en la medida en que envejece. Tanta demora, para Emma obedece no sólo a la necesidad de realizar las pruebas diagnósticas y tratamientos en un determinado momento del ciclo menstrual, a ello se le suman las veces que la consulta no está funcionando, los momentos en que el médico no está trabajando, los muchos momentos en que se acaban los reactivos necesarios y los largos tiempos para que estén los resultados de las pruebas, pues debe acumularse un buen número de casos para procesarlos.

"Si entonces ya te dijeron que tú única oportunidad es la fertilización in Vitro, entonces ya sí la espera es terrible, porque la opción no existe, porque es algo que existe para una cantidad...yo no se cuántas parejas infértiles haya...pero calcula tú que nada más haya un servicio que de servicio de fertilización in Vitro, que es interrumpido permanentemente, porque faltan muchas de las cosas que se necesitan para eso. Yo que estuve allí, que estuve entre las afortunadas, tributaria de esa fertilización en el (nombre de un hospital habentro), tuve que esperar muchísimo porque cuando me tocaba se acababan tales instrumentales, cosas que son desechables, y que hay que importar, entonces eso te alarga también muchísimo la espera."

Emma reconoció en su discurso la situación precaria por la que han atravesado los servicios de atención a la infertilidad durante bastante tiempo, lo cual según su percepción alejó a muchas personas de la atención. Hace referencia también a los servicios fuera de la capital del país y su experiencia es que allí las condiciones y recursos son todavía más precarios. Piensa que aún cuando en la actualidad se le ha brindado un poco de atención a los servicios de infertilidad y se les ha dotado de más recursos, todavía tienen limitaciones incluso de locales para funcionar correctamente, con la privacidad y confort necesarios.

"La consulta de infertilidad debería tener condiciones especiales, pues estamos hablando de una situación íntima y familiar muy delicada y que además como las consultas de ginecología, llevan muchos procedimientos que afectan el pudor."

El tránsito de Emma por los servicios de atención a la infertilidad transcurrió entre dos hospitales capitalinos, uno de ellos al ser un hospital ginecobstétrico, le permitió acceder a un grupo de cirujanos experimentados que trataran las consecuencias de las iatrogenias sufridas. Emma reconoció haber abandonado muchas consultas dedicadas a la atención a la infertilidad y se iba a otra, buscando una mejor atención, un mejor servicio, pero dice "jamás" haberlo encontrado, por lo que se "resignó" a mantenerse con las mismas personas, en virtud del reconocimiento que tenían como profesionales, de los cuales tampoco ella tiene una buena opinión. Emma se pregunta en qué consiste esa buena reputación profesional, y duda si se trata de una real competencia profesional o se basa en que son los únicos que poseen los escasos medios para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. La primera vez que Emma cambió de médico se debió a que quien la atendía falleció, lo cual ella calificó como algo "lamentable". Emma explicó que cuando se alejaba de la atención, era sobre todo para recuperarse, pero no orgánicamente sino mentalmente, porque para ella resultaba sumamente difícil volver a enfrentarse a personas que la maltrataban y cuyos procedimientos le había producido tanto daño.

"Yo creo que pese a todo fui bastante fiel a los médicos, no porque hubiese querido yo, sino porque la realidad me obligaba, ellos eran los que tenían la sartén por el mango y aunque yo estaba muy insatisfecha con su manera de tratarme y con los resultados de todo lo que me habían hecho hasta el momento, para dónde me iba a ir, si eran los únicos que tenían posibilidades, porque era el único grupo que tenía a su cargo el tratamiento de la infertilidad y la posible solución... Con gusto hubiera acudido a otras personas, pero otras personas no tenían como proveerme de lo que yo necesitaba."

Cuando Emma supo que en un hospital de la ciudad se estaban haciendo las primeras fertilizaciones, regresó a ese servicio y tuvo experiencias "extremadamente malas" con el grupo de profesionales que allí se dedica a esto. Emma relata haber tenido incluso que enfrentarse verbalmente a una de las profesionales del servicio.

"(...) a ella se le ocurrió un día llamarme la atención para que yo pensara y me pusiera en su lugar, porque ella tenía que darle prioridad a algunos casos y a otros no tanto y ella consideró que yo era la que debía ponerme en su lugar como médico y como una de las pocas médicas que estaba atendiendo esos asuntos... Yo tuve la oportunidad de decirle que yo no tenía que ponerme en su lugar porque la del problema era yo y que las personas que trabajaban con parejas infértiles debían de tener una sensibilidad particular, porque eso era un problema muy sensible, era un problema muy delicado, un problema muy doloroso."

Sobre la accesibilidad a los servicios de tratamiento para la infertilidad Es opinión de Emma que puede catalogarse de difícil, ya que según ella no se han logrado satisfacer las demandas de éstos, por lo costosos de los mismos. Emma utiliza su propio ejemplo cuando en un momento determinado estuvo en una lista de espera de más de 50 personas y considera las cantidades son aún limitadas para la demanda que realmente existe.

Se pudo apreciar en el discurso, que esta persona se mantiene al tanto de la información que se brinda sobre la atención a la infertilidad en general, y particularmente en Cuba, pues hace referencia a ella y muy particularmente al Primer Congreso de Reproducción Asistida, efectuado poco tiempo antes de que se le realizara esta entrevista, en la capital cubana.

"Vi el primer congreso de reproducción asistida y vi que salió en el noticiero, qué bueno que exista un servicio de fertilización!!!, al cual se que no llega más que un mínimo número de personas, aquellas que tienen posibilidades, por las relaciones que tienen o por el lugar que ocupan dentro del sistema o inclusive de otros ministerios, pero que su posición les permite entrar a estos servicios y eso lo viví cuando tuve la posibilidad de volver r(...)"

La entrevistada reconoció haber tomado jarabe de güira ella y no su esposo, que sabe es muy famoso y mucha gente lo usa. En este caso fue su mamá quien tuvo información sobre el remedio y se lo hicieron llegar, pero desconocía quiénes lo había preparado ni cómo. Le indicaron se tomara una taza de café todos los días en ayunas y reconoció le era difícil de tomar por lo dulce que le resultaba. El jarabe de güira fue usado como tratamiento alternativo en momentos en que se encontraba alejada de la consulta, lo que nunca consultó con quienes la trataban por no haber sido indagada al respecto, como mismo sucedió con sus comportamientos y prácticas sexuales.

Como parte de la entrevista se le pidió a Emma que describiera en la medida de sus posibilidades, el protocolo de atención que se había seguido con ella. De la información aportada por ella ha de destacarse lo que ella misma denota como clave, y es que nunca se le pidió información respecto a sus prácticas y conductas sexuales, ni siquiera sobre la frecuencia coital de la pareja.

"(...) sobre eso sólo tengo una anécdota: en uno de los tantos exudados que me hice para poderme hacer el procedimiento de la histerosalpingografía, recuerdo que un exudado me dio que tenía un germen que debía de curarme y el médico me indicó el tratamiento que me dijo lo tenía que tomar, yo, mi esposo y mi amante si lo tenía."

En cuanto al tema de si han pensado Emma y su pareja en la posibilidad de adoptar, ella confiesa es una posibilidad que nunca han manejado pues han confiado en que podrán lograr tener sus propios hijos y de hecho es así como lo conciben. Esa posibilidad sólo la han evaluado en un momento fuera del país, cuando tristemente tuvieron que enfrentar el hecho de que la fertilización in Vitro tampoco había resultado y aunque fuera de Cuba es mucho más fácil el trámite que en nuestro contexto, y se les ofreció la oportunidad, la situación de profunda tristeza en la que se encontraban no les permitió pensar seriamente sobre el tema. Emma reconoce no estar dispuesta a enfrentar trámites de adopción en Cuba, lo que califica de diabólicos, que le cree mayores incertidumbres y desasosiegos que el propio tránsito por la atención a la infertilidad.

"Es posible que si aquí la adopción fuera un mecanismo sencillo, yo pudiera considerarlo, porque he llegado inclusive a pensar que soy capaz de criar a una persona pequeña, es decir me gustaría que fuera pequeña, porque siempre he soñado mucho vivir todas las etapas de esa persona, desde su etapa de lactante hasta su etapa adulta."

Emma ha demostrado en diferentes momentos de la entrevista, albergar esperanzas en cuanto a la posibilidad de lograr un embarazo y en tal sentido hace explícitas sus expectativas al decir que tanto ella como su esposo desean someterse a otro intento de fertilización in vitro, siempre y cuando en el lugar donde se le realice, acepten usar los óvulos de otra mujer. Tal condicionamiento parte de la creencia de Emma respecto a que sus óvulos están envejecidos debido a su edad biológica, *lo que atenta contra la calidad del óvulo* y por otra parte ella no tiene ningún inconveniente en que sea otra persona la madre biológica.

"(...) he logrado el desarrollo del embrión con todas las características para obtener un puntaje máximo...y el problema ha sido la implantación... según los científicos, mi útero está perfectamente, mi endometrio madura como debe ser y todo parece indicar que la membrana que recubre al óvulo, su envejecimiento es el que impide que el acto de la implantación se produzca. También está demostrado que los óvulos de las personas más jóvenes tienen muchas más probabilidades de tener éxito en todas las partes de proceso. Yo incluso en el intento este que hice fuera del país, le pedí al médico que usara óvulos de una persona más joven y el que se negó fue él...y bueno, lamentablemente no lo pude convencer de eso."

Cuando para finalizar la entrevista, se le solicitó a Emma dijera una frase para supuestamente transmitirla a mujeres y parejas que estuvieran transitando por el proceso de atención a la infertilidad, dijo lo siguiente: *"Como casi seguro ese auditorio imaginario al que tú me estás pidiendo le hable, va a estar aquí y en el presente, a mi me daría mucha pena, pero no tendría otra cosa que decirle que no vayan nunca a una consulta de infertilidad. Que confíen en la naturaleza, que se entreguen a eso y que si un día les toca pues bienvenido y si no que lo asuman dignamente y con la mayor fortaleza posible, porque es duro. Pero yo en este momento y en este contexto, no le sugiero a nadie que vaya a una consulta de infertilidad, porque yo no se qué decirte, qué cosa hace más daño, si la infertilidad en sí misma o el trato que se le da a una persona infértil."*

La frase que Emma nos ofreció partió, según ella misma lo expresa, de *"su experiencia de vida en relación con los servicios de atención a la infertilidad y del momento histórico concreto actual"*. La misma más que una idea por compartir parece un consejo y alude a la confianza que deben tener las parejas infecundas en la naturaleza, de manera que eviten así el acudir a las ciencias médicas, con sus procederes invasivos y escaso tratamiento cálido y personalizado.

Caso 3. Alberto

Alberto tiene 40 años, reside en Granma y tiene una relación de pareja de nueve años en unión consensual. Ambos realizan trabajo de tipo intelectual. Su compañera tiene 31 años. Él ha intentado ser padre por más de nueve años, llevó tratamiento médico para ello con su compañera anterior sin obtener resultados satisfactorios. En el momento de la entrevista asiste a un servicio de infertilidad en Ciudad de La Habana.

El entrevistado plantea tener buenas condiciones de vida, convive solo con su compañera, con quien expresa tener algunos conflictos debido a su incapacidad para lograr el embarazo y se siente presionado por ella para buscar una mejor atención.

"(...) ella me dice... mira ya yo tengo 31 años, ya ahorita entro en la edad de riesgo, vamos a empezar los tratamientos ahora (...)"

Este hombre reconoció que en la pareja evitan los temas relacionados con la infertilidad, aunque refiere que han hablado al respecto y entre los temas tratados incluyó, la imposibilidad de lograr el embarazo en un futuro y la solución por vía de una inseminación heteróloga, con lo que refiere están de acuerdo ambos. El discurso sugirió que la comunicación en la pareja como comportamiento, ocurre solo en determinados periodos.

"(...) entre nosotros no hay problemas con eso, estamos totalmente de acuerdo, hemos decidido llegar hasta ese nivel."

En el discurso de Alberto se evidencia una gran motivación por ser padre, relacionada sobre todo con aspectos relacionados con la realización como ser humano, la felicidad y la necesidad de prodigar cuidado y amor. De ahí que esta autora considere tienen un componente fundamentalmente afectivo. Reconoce haber desarrollado su paternidad en alguna medida a través del vínculo con sus sobrinos. Para él no es imprescindible la existencia del vínculo biológico con el hijo para sentirse padre, por lo que acepta otras alternativas de solución, como la inseminación heteróloga, en caso de que su diagnóstico definitivo sea insoluble. En este caso el vínculo afectivo que ha desarrollado con sus sobrinos es considerada por esta autora como la razón por la cual su concepción de paternidad no se construye desde lo biológico y sí desde lo afectivo, y a su vez constituye para él un apoyo emocional para asumir la vida sin sus propios hijos.

Por momentos su percepción de la presión familiar y social por ser padre se hizo evidente en algunas de sus frases, aunque explícitamente no lo reconoce así y expresa que sus amigos son muy respetuosos al respecto. Plantea que su familia se mantiene al tanto de sus tratamientos y le da ánimos, lo que él valora positivamente.

"(...) es lo que más quisiera en el mundo (...) Para mí ser padre yo creo que me haría un poco más feliz (...) yo casi me siento padre de mis sobrinos, incluso soy hasta padrino de uno de ellos, que vive en mi casa metido."

"(...) soy la oveja negra [de la familia] como quien dice en ese sentido."

Afronta la ausencia de los hijos, al menos en esta etapa de su vida, como una posibilidad real, que no atenta con lo que para él constituye lo normal. De modo que se considera que tiene recursos para afrontarla en caso de que así deba ser. El no haber logrado el embarazo de su pareja no ha significado para Alberto una frustración. La demanda desde lo sociocultural por ser padre no es percibida explícitamente por él, en sus frases se evidencia en alguna medida que se siente descalificado en el ámbito familiar.

"Yo no me siento mal por no poder demostrar que puedo embarazar a mi mujer, no desde ese punto de vista, mira, yo no me siento incompleto."

Desde la perspectiva de género, se evidencia que no se cuestiona a sí mismo por la incapacidad de lograr un embarazo como hombre heterosexual y entiende que su situación es comprendida y respetada por los demás. Lo que alude en alguna medida a una redefinición del tradicional machismo según lo cual los hombres deben demostrar su capacidad heterosexual activa a través del embarazo de su compañera.

No emerge de su discurso el sentimiento de culpa por la infertilidad, las causas de la misma las coloca en la "naturaleza" o "el señor". A los 17 años él y su pareja de entonces interrumpieron un embarazo no deseado, por lo que nunca pensó que alguna vez estaría ante la imposibilidad de lograrlo. La infertilidad lo sorprendió, pues aunque fue operado de varicocele unilateral siendo adolescente, no lo relacionó con la imposibilidad de tener hijos en el futuro y además, en ese momento no recibió ninguna indicación para seguimiento. Años después y ante la imposibilidad de concebir buscó atención.

Alberto refiere que su pareja actual es fértil, porque tuvo una gestación con otro hombre y no le atribuye valor desde el punto de vista de la fertilidad al hecho de que ella perdiera dicho embarazo con 28 semanas aproximadamente "producto de un susto". Él ha recibido tratamiento médico desde que recibió el primer diagnóstico y transitó por varios servicios de atención en su municipio de residencia, hasta llegar a la capital. Ha debido repetirse con frecuencia los

espermogramas y ha recibido diferentes diagnósticos en los diferentes lugares donde se los ha realizado, hasta que finalmente se le diagnosticó azoospermia. Refiere mala opinión del servicio en su municipio, relacionado principalmente con la dilatación entre las consultas o entre los exámenes y las consultas. Ha cambiado de servicio de atención en varias oportunidades, lo que constituye una estrategia que desarrolla ante la mala opinión que tiene de los mismos. En este momento asiste a una consulta muy distante de su lugar de residencia, lo que presupone además dificultades relacionadas con la movilidad y problemas en el orden laboral, ya que no cuenta con apoyo institucional para ausentarse. El hecho de persistir en este sentido apunta hacia un gran interés en la atención al problema de salud, lo que según lo expresado es motivado también por su compañera.

"(...) allá las consultas son muy demoronas, allá por ejemplo te dan una consulta hoy a la 1:00 pm y te dan otro turno para dentro de 6 o 7 meses... (...) el diagnóstico que me dieron fue que tenía una parte muerta y otra viva, más muerta que viva, de los espermatozoides, hice tratamiento (...)... y me volví a hacer los análisis de nuevo y seguía igual.(...) allá no es fácil, cualquiera lo abandona al ver tanta demora (...)."

Alberto no ha encontrado apoyo en su centro laboral para ausentarse debido a los tratamientos médicos. De modo que refiere que ha priorizado el trabajo y en el momento de la entrevista, se lamenta.

"(...) en el mismo trabajo te ponen trabas para salir, porque no tienes vacaciones acumuladas y eso me ha afectado mucho en los tratamientos, ahora estoy en un período de vacaciones, ya debo entrar el día 23 a trabajar y eso es un dolor de cabeza cuando yo le diga allá: tengo que quedarme 10 o 15 días por La Habana, enseguida me van a decir que no."

La vía de acceso al servicio en Ciudad de La Habana fue por gestión (indagación) personal, se hospeda con familiares y acudieron por su cuenta al Hospital en busca de atención.

Su respuesta ante la situación hipotética en la que no pueda tener hijos en un futuro, evidencia que considera esa salida como una posibilidad real. Lo que se articula además con la frase final dedicada a otras parejas que transitan por la infertilidad.

"Si no logro ser padre, qué voy a hacer!!! Enfrentaré la vida, normal, normal, como hasta ahora."

La última frase de Alberto, destinada a parejas que se encuentran vivenciando la infertilidad fue: *Que sigan insistiendo, y que no se desilusionen si en algún momento les dan un resultado de que no pueden tener hijos* y con ella expresa un mensaje de esperanza y aliento hacia quienes al igual que él atraviesan por esta experiencia de vida, que alude a la perseverancia en el intento por conseguir tener descendencia pese a todos los obstáculos.

Caso 4. Arturo

Arturo tiene 39 años, realiza trabajo de tipo físico, reside en Matanzas y tiene una relación de cuatro años con su actual compañera. Ella tiene 34 años y realiza labores de tipo intelectual. Él ha intentado ser padre durante ocho años y todo ese tiempo ha recibido atención médica. En el momento de la entrevista asiste a un servicio de infertilidad en Ciudad de La Habana.

La vida cotidiana de Arturo expresada por él sugirió estabilidad, aunque no armonía en la relación de pareja. Se sentía abandonado por su compañera en el intento de solucionar su problema de salud y denotaba sufrir por esta causa. Viven solos y cuentan con las condiciones necesarias para llevar una vida agradable. Refiere que la estabilidad de la pareja se torna vulnerable ante la imposibilidad de tener descendencia y les ha generado problemas sobre todo en lo referente a la comunicación y entendimiento mutuo. Expresó que su relación se ha deteriorado y puede llegar a terminarse de no lograr el embarazo de su compañera, a lo que hace referencia con cierta frecuencia a lo largo de su narración discursiva. Todo ello incrementa su sensación de inferioridad y frustración, sobre todo por la idea de verla embarazada de otro hombre en un futuro. Algunas frases empleadas hicieron alusión a su responsabilidad para con el problema de salud.

"A veces pienso que quiere que se termine esta relación para buscar otra pareja y tener su hijo. Hasta ahora soy yo el que está mal, soy yo el del problema, tengo la movilidad baja. Ella hasta ahora me había apoyado... mira he ido incluso solo a las consultas."

"Quizás algún día mi pareja y yo terminemos y me va a dar mucha tristeza al cabo de un tiempo, verla a ella con un hijo logrado con otro hombre."

Arturo consideró que nos e han afectado las relaciones sexuales. En tal sentido el placer y la atracción física son el principal móvil para él, según refiere.

Desde el punto de vista social y familiar refirió que no ha experimentado presiones para ser padre. No obstante en su discurso declara que la familia está al tanto de las consultas y los resultados médicos, y que exigen de ellos llamadas e informaciones al respecto.

Se evidenció en su discurso una construcción de la paternidad desde su concepción de la familia y la necesidad de un vínculo biológico con el hijo. Consideró estar preparado para la paternidad asociado a su edad biológica, no obstante cree que aún tiene tiempo para lograrlo y coloca sus expectativas en Dios, y llega a manifestarse positivamente, aunque reconoce que se deprime y se siente inferior, lo que en su discurso vinculó al incumplimiento de la condición de "normalidad o naturalidad" de la fertilidad humana. Lo anterior justificó para él que la infertilidad lo tomara por sorpresa y se la explica así mismo desde algunas prácticas en la infancia como el levantamiento de pesas. Sin embargo se contradice un tanto cuando al tratar de catalogar la infertilidad no la considera una enfermedad, sino algo "normal que puede solucionarse".

"Ser papá es el sueño más grande de mi vida. (...) Tener un hijo creo es la riqueza más grande que podría tener. He soñado tanto con tener un hijo, con poderlo criar, verlo crecer, tener mi propia familia... (...) quiero tener algo que sea mío, que lleve mi sangre, que lleve mi nombre, algo que yo como que lo hubiera arrancado de mi piel (...) Yo quiero tener algo mío, quiero ver cosas mías en ese hijo, quiero ver lo que yo mismo he creado. (...) me siento joven, me siento fuerte y tengo la esperanza de que algún día Dios me dará un hijo. (...) Eso me hace sentir inferior, porque si todos estamos capacitados para tener un hijo, si es algo tan natural y que yo no pueda tenerlo, me hace sentir deprimido."

"Yo nunca pensé que iba a tener problemas para embarazar. Yo pensé eso iba a ser algo natural."

Este hombre desde muy joven ha logrado una autosustentabilidad económica, ha tenido varias relaciones e incluso ha participado en la crianza y educación de hijos/as de sus parejas. No lograr embarazar en ningún caso a una mujer constituye para él una frustración, relativa a la pérdida de una vivencia, alrededor de la cual se organizaban diversos aspectos de su vida. Es también para Arturo una frustración y motivo de tristeza el tener conocimiento acerca del embarazo logrado por antiguas parejas con otros hombres. Reconoce estar centrado en su interés de ser padre.

"Yo estuve con esa muchacha 6 años y después que terminamos la vi con una niña cargada que era su hija, no sabes cómo me sentí."

En general y desde la perspectiva de género, se evidencia que para Arturo el logro de la paternidad es algo ineludible en el curso de su vida personal y familiar. Considera que su edad biológica lo obliga a ser padre y en ello queda implícita la demanda sociocultural que gravita sobre el hombre heterosexual adulto. No considera que ha constituido una familia hasta tanto no estén presentes los hijos/as. La necesidad del vínculo biológico de este hombre con la descendencia alude al deseo de trascender a través de la continuidad genética. Por otro lado se manifiesta en su discurso un elevado sentido de las implicaciones y responsabilidades relacionadas con el nacimiento de un hijo/a. Otro aspecto que sugiere la concepción que tiene Arturo de la paternidad, es su negativa siquiera a valorar una alternativa de solución que no garantice su participación biológica en la concepción de la descendencia, lo que puede estar condicionado desde las construcciones de género, y sin duda reforzado por sus experiencias de vida al criar los hijos/as de otras compañeras.

La vida sin hijos no ha sido una alternativa a tener en cuenta por Arturo, muestra negación ante su problema de salud frente a los pronósticos desfavorables que ha recibido hasta el presente. Arturo se refleja angustiado y expresa desesperación en su diálogo. Durante la entrevista debe hacer altos para calmar sus emociones y a ratos llora.

Como parte de su transitar por la atención médica, refirió haberse operado de varicocele y haber recibido tratamiento posterior, pero la movilidad de sus espermatozoides es aún baja. Desde que comenzó a recibir atención médica ha transitado por varios servicios, en varios municipios del país, y tiene diferentes criterios de cada uno, en general a partir de su discurso se evidencia que los servicios de la provincia de Matanzas cuentan con menos recursos y menor capacidad para realizar los exámenes médicos que se requieren en su caso.

"Vinimos para acá porque allá nos peloteaban mucho, habían análisis que no profundizaban bien, no nos mandaban análisis y cosas que mandan aquí." [se refiere al servicio en que se atiende en el momento de la entrevista, en Ciudad de La Habana].

La ruta que les permitió acceder al servicio de atención en Ciudad de La Habana, partió de la indagación personal, a través de personas conocidas y gestiones por su propia cuenta. Su valoración de la atención médica recibida difiere entre los diferentes servicios y se basa en la capacidad o incapacidad para realizar intervenciones y pruebas diagnósticas. Arturo tiene una opinión muy positiva y satisfactoria de la atención que recibe, no obstante del análisis de su discurso se evidencia que la atención que recibe adolece de informaciones y explicaciones que él considera necesarias para afrontar el proceso que vive. Se reconoce así mismo como un individuo curioso, y percibe que dicha curiosidad no es satisfecha en muchos aspectos. La respuesta a sus inquietudes y dudas no las recibe del médico que lo atiende sino de otras personas dentro de sus redes personales.

"Nunca me han preguntado sobre nuestras conductas sexuales, pero yo he preguntado a amistades mías que son médicos, sobre posiciones, el tiempo, los días que ella está ovulando."

Entre las alternativas de solución que maneja desde la concepción personal, no se encuentra la adopción ni la inseminación heteróloga, lo que traduce la vinculación biológica que para él tiene la paternidad, concepción esta que se ha visto reforzada por perder lazos que había creado con hijos/as de sus parejas anteriores.

"No he pensado en la adopción porque tengo fe en que yo puedo tener lo mío (...) ... he criado niños que no son míos y cuando se acaba la relación esos niños se alejan y es como si no hubiese pasado nada, yo me he sentido padre de esos hijos. (...) Ahora si no es con mi semen, no sería un pedazo de mí lo que está cayendo ahí y me gustaría fuera un pedazo de mí. No se cómo decirle a mi pareja que va a criar en su vientre un niño que no es mío."

La forma de responder ante la situación hipotética en la cual no pueda tener hijos en un futuro, sugiere que no tiene recursos personales para afrontar tal circunstancia, ni percepción de dicha situación como un hecho probable, a pesar del tiempo de tratamiento, su edad y lo poco satisfactoria que ha sido la evolución de su problema. En su respuesta se evidencia negación ante el problema que vive.

En el caso de Arturo las palabras dedicadas a otras parejas que estuvieran vivenciando un proceso similar fueron: *Que lucharan todo el tiempo y que tengan fe*. Transmite con su frase la necesidad de perseverancia y alude a la lucha incansable, sin dejar de destacar que no ha de perderse nunca la fe.

- ***Análisis integral de los estudios de caso***

Un aspecto común entre los cuatro casos estudiados es que portan el factor de infertilidad identificado y no a sus compañeros/as. Ello condiciona en opinión de esta autora la mayoría de los sentimientos y percepciones expresados: la culpa, el miedo, la angustia, las presiones externas y la ansiedad.

Todos llevan entre ocho y diez años en la búsqueda de la descendencia y similar cantidad de tiempo vinculados a los servicios de atención médica. Este aspecto le otorga un peso importante a las opiniones ofrecidas sobre la calidad de los servicios de atención a la infertilidad a los que han acudido, que en su mayoría son desfavorables.

Para ambas mujeres, pese a las diferencias entre las características personales de cada una, la maternidad es concebida de acuerdo a las asignaciones establecidas según los roles de género, en tanto la naturaleza biológica las convierte en garantes y responsables de la continuidad de la especie. Otra similitud es la resignificación del deseo de ser madres que produce en ellas la demanda que perciben desde la familia.

Entre los hombres sin embargo se aprecia una construcción diferencial de la paternidad. Para un caso la concepción de paternidad trasciende hacia lo afectivo y emocional, mientras que para el otro el vínculo biológico resulta ineludible. Esto puede estar dado por las diferentes experiencias de vida de estas personas. Para el primero el rol paterno desarrollado con la figura del sobrino debe haber contribuido en tal sentido, mientras que para el segundo de ellos, la pérdida del vínculo afectivo establecido con la descendencia de sus compañeras anteriores, una vez disuelta la relación amorosa, ha incidido desfavorablemente.

Aún cuando la edad biológica de las mujeres es muy similar (42 y 43 años) entre ellas se observan diferencias en cuanto a sus percepciones y a la construcción de valores significantes en torno a la infertilidad, las que en opinión de la autora obedecen sobre todo al entendimiento al que cada una ha llegado sobre el problema de salud que vivencian, en parte justificado por sus profesiones, así como sus experiencias durante el tránsito por los servicios de atención, lo que las hace posicionarse en lugares diferentes a la hora de afrontar el problema de salud y su solución.

Un aspecto común a los cuatro casos es la concepción del problema de salud como un problema que trasciende lo personal y que demanda de la perseverancia de los implicados. Todos perciben a la infertilidad y a sus alternativas de

solución, como anormalidad y lucha perenne, respectivamente. Estas personas lucen "cual guerreros que batallan contra imposibles, sometidos a circunstancias suplicantes de heroicidades" tanto por parte de ellos como por parte del sistema médico y sus familias.

Los resultados hasta aquí obtenidos condujeron a la necesidad de profundizar sobre el conocimiento de los mundos valorativos de los sujetos implicados en el padecer y solución de la infertilidad como problema de salud, con la finalidad de desentrañar dónde residen las explicaciones antropológicas. Debido a ello las etapas de investigación siguientes, se desarrollaron en los servicios de atención a la infertilidad seleccionados, donde se encontraban los usuarios y prestadores de éstos.

ANEXO 8.

Segmentos de entrevistas que constituyen argumentaciones de las categorías y subcategorías inductivas

3.2. Etapas de la Atención a la salud Sexual y Reproductiva en Cuba: Hitos.

Década de los 90 hasta el presente:

Segundo Hito:

"Cada día la mujer va pensando también en la procreación tardía, tiene la posibilidad del acceso a los estudios superiores y esto impide un poco la procreación a temprana edad, terminando los estudios tiene la posibilidad de un empleo seguro, y esto en los primeros años también le impide un poco la procreación. Hay una tendencia no solo en este país, es mundial, a que la mujer traslade sus preferencias reproductivas para la 4ta década de la vida o final de la 3ra (...) cada vez más la mujer espera tener las mejores condiciones para ser madre y como sabemos en nuestro medio el logro de esas condiciones es muy lento. El tema de la vivienda es muy importante, pues hay que tener un espacio para el desarrollo vital de ese nuevo ser y eso algo muy deficitario en Cuba." (E2)

"(...) se ha limitado mucho el número de hijos, porque mientras hasta el año 90 era normal tener hasta tres, ya en la medida en que la mujer se ha ido desarrollando desde el punto de vista profesional, se limita a dos y hay muchas que se conforman con uno." (E4)

"(...) estamos en una situación que pienso que es crítica, que puede ser interpretada como crítica, al haber perdido las posibilidades de reemplazo, no es nada raro ver mujeres que tienen un solo hijo. Pocas mujeres desean tener al segundo hijo." (E5)

"En una sola generación cambió el patrón de natalidad en Cuba, la mujer pasó de tener una prole extensa a tener descendencia de hasta 3 hijos... ¡cuanto más!" (E8)

3.3. Resultados por categorías.

3.3.1. Representaciones sobre la parentalidad: maternidad y paternidad.

Representación sobre la maternidad y la paternidad

- Grupo 3: Parejas infértiles atendidas en los servicios de infertilidad seleccionados.

Cultura sobre la maternidad y paternidad

"La maternidad es algo instintivo, es algo que la mujer tiene adentro (...)" (MP1)

"(...) es el desarrollo de la vida del ser humano. Es una forma de transmisión del cariño (...) que la paternidad la aprendemos, no como los animales." (HP13)

"(...) me viene por la biología. Es llevar algo dentro de ti, algo que salga de ti, algo tuyo"(MP19) "(...) es una experiencia en la vida (...) tiene un componente familiar porque te enseñan lo que un padre debe enseñar a un hijo." (HP19)

"(...) ser padre...eso es la virtud de nosotros, de la pareja, el futuro, no sé. (risa nerviosa) coño!! es ser, cuidar a tu hijo, verlo nacer, verlo crecer, darle todo lo que necesita (...)." (HP26)

Construcciones sociales en torno a la maternidad y paternidad

"(...) la maternidad es lo mejor que existe, es la satisfacción más grande que puede tener una mujer (...) nos hace sentir más sensibles, más cariñosas (...)" (MP1)

"La maternidad es parte de ser mujer (...) Tiene de instintivo y de aprendido, porque es un proceso fisiológico, porque la naturaleza le dio a la mujer esa posibilidad de quedar embarazada (...) es algo natural (...) es un complemento de la propia pareja, es algo que falta en un momento determinado, es algo que hay que tener para que la pareja esté completa."(MP2)

"Yo deseo ser mamá porque para mí eso es lo mejor (...) saber lo que es sentirse madre." (MP3) "(...) yo pienso que es algo natural querer tener un hijo. Quiero criarlo y educarlo. Tener un hijo es la felicidad de toda persona, tener su hijo y hacer su propia familia (...)" (HP3)

"Ser padre para mí es una bendición de Dios, es el logro más grande que como ser humano uno puede tener, una responsabilidad bonita." (HP4)

"Ser mamá me va a hacer sentir realizada como mujer en la vida (...) completaría mi felicidad." (MP6) "(...) es algo de mucha responsabilidad, es dejar tu descendencia, tus tradiciones, tu semilla. (...) eso se aprende (...)" (HP6)

"Yo quiero ser papá como a todo el mundo. Eso es un sueño. Para mí significa lo que me enseñó mi papá y mi abuelo: guiar a los que están por debajo de uno, transmitir mis conocimientos, valores. Es algo también para la sociedad, ver a las mujeres embarazadas es algo muy bonito. Eso es lindo vivirlo, yo quisiera vivirlo, porque todo el mundo lo vive." (sic) (HP7)

"Para mí ser madre es algo lindo, importante y siento que no sería una mujer completa si no lo lograra. Para una mujer ser completa debe ser madre (...) Me siento obsesionada con el deseo de tener hijos." (sic) (MP11).

"La maternidad para mí es lo más grande que le puede pasar a una mujer, (...) yo creo que cambia radicalmente a la mujer, puede lograr todo en la vida, pero eso es fundamental." (sic) (MP14)

"Para mí la maternidad es el completamiento como persona, con eso se completa también la pareja y se completa uno también." (MP5)

"Un matrimonio sin hijos es como un jardín sin flores (...)" (MP15) "Yo pienso que a la pareja le hace falta un hijo para estar completa." (HP15)

"Yo quiero ser mamá porque yo pienso es el sueño de toda mujer (...) Yo creo que a la pareja le hace falta tener un hijo (...) nos falta algo (...) yo siento un vacío. Siento que me falta algo." (MP16)

"(...) es un orgullo y un estímulo, te sientes responsable en la vida, mantener una familia, tener una descendencia a quien dejarle... cuando uno tiene un hijo ya uno no está solo." (HP18)

"es una cosa muy bonita, y el día de mañana no quedarme solo tampoco, tener a alguien a mi lado, que cuando tenga unos años más me pueda cuidar, me pueda atender (...) uno mío es un pedacito de uno. Ese amor de padre como tal, que desde que está en la barriga conversas con él, ese tiempo, esos 9 meses que uno está ahí pensando y cómo vendrá y cómo será, a quién se parecerá (...) Nunca he tenido la oportunidad." (HP21)

"(...) queremos hacer nuestra familia. Tenemos muchos planes para nuestro futuro." (H P22)

"(...) yo creo que sí, que eso nace con la persona (...) Yo quiero tener mi hijo, algo que sea mío, que yo pueda decir: es mío, eso lo hice yo." (sic) (MP23) "(...) me encantan los muchachos, desde chiquito, eso de educarlos, de guiarlos por la vida (...) claro que también quiero ver cosas mías reflejadas en ellos, tener una familia (...) mis padres viven juntos (...) por descendencia me imagino que me venga esos deseos de tener familia (...) Yo eso lo he aprendido de ellos (...) no creo que sea necesario biológicamente ser padre (...) hay personas que no lo necesitan. (...)" (HP23)

"(...) es para lo que la mujer fue diseñada (...) es muy bonito para la mujer (...) la realización como pareja también (...)" (MP24)

"(...) ser padre... eso es la virtud de nosotros, de la pareja, el futuro, no sé. (risa nerviosa) coño!! es ser, cuidar a tu hijo, verlo nacer, verlo crecer, darle todo lo que necesita (...)" (HP26)

"Para mí la maternidad es lo máximo, lo más grande que hay. Toda mujer quiere pasar por ahí." (MP27) (...) los hijos son la forma de demostrar que uno pasó por la vida, es la forma en que uno trasciende (...) Es muy importante un hijo para una relación, sobre todo cuando se trata de una relación de tiempo." (HP27)

Anhelos por ser madre o padre

- Según las parejas entrevistadas

"Mi esposo antes parece no tenía mucho interés de que yo saliera embarazada porque estábamos estudiando, pero yo pensé si salgo me lo dejo y después continúo la escuela, si algún día sucedía yo terminaría el embarazo, aunque él no

lo veía muy así (...) Ahora desde que terminó la escuela, porque cuando terminamos la escuela ya nos pusimos de acuerdo.” (MP1)

“Yo tuve dos embarazos con otra pareja y los interrumpí porque realmente estaba estudiando, tenía 17 años, no estaba preparada para eso (...) quisiera poder lograrlo con esta pareja, no quisiera fuera con otra.” (MP3)

“Yo creo que la necesidad de ser mamá va surgiendo en la medida en que el tiempo pasa y que tiene que ver con las diferentes etapas de la vida. Unos años atrás eso no me interesaba, ahora sí lo siento como una necesidad.” (MP6)

“Yo siempre quise ser madre, lo que como siempre estaba estudiando (...)” (MP15) “(...) uno llega a cierta edad en que se necesitan los hijos, por una cuestión natural de la vida.” (HP15)

“Nosotros llevamos dos años de relación, pero nos falta algo, falta algo. Mira yo necesito tener en mi casa alguno que me saque de la rutina del hogar, del estrés de las guardias, de las responsabilidades que tengo en el hospital. Yo necesito tener un hijo. En el momento de la relación con mi pareja (...) parece que quiere mucho tener un hijo conmigo.” (MP16) “Si, tengo muchos deseos de ser padre, y esta es una muchacha buena.” (HP16)

“Yo empecé a querer ser papá, a partir del embarazo de la esposa de un amigo y a partir de ahí, y al haber terminado la carrera, nosotros decidimos ser padres.” (HP18)

“Anteriormente no pensaba tener hijos porque uno es joven y eso, pero ya uno va llegando a cierta edad (...)” (HP19)

“Significa encaminar a alguien en la vida, y si sigo poniéndome viejo y no lo logro, no será un viejito por ahí con un niño pequeño, para que pase trabajo.” (HP20)

“(...) quiero ser padre porque ya tengo una edad (...) me gustaría tenerlo temprano, para así poderlo enseñar más (...) Yo quiero ser padre porque me gustan los niños.” (HP22)

“(...) los hombres a partir de los 30 comienzan a tener esa necesidad de ser padres, yo no porque todavía estaba joven, empezando a trabajar y esas cosas. Pero ya él tiene muchos deseos y bueno, ya se nos ha incorporado en la conciencia. Por lo menos intentarlo.” (MP24) “Tengo 33 años, me siento una persona capacitada, con responsabilidad y fundamento (...)” (HP24)

3.3.2. Representaciones sobre la infertilidad.

- Grupo 3: Parejas infértiles atendidas en los servicios de infertilidad seleccionados

Cultura Médica

“Significa que algo anda mal y como todas las enfermedades debe tener cura.” (M P6).

“Para mi la infertilidad es un problema de salud, porque es que son muchas las causas de la infertilidad.” (H P10)

“Me parece que es un problema de salud momentáneo, en una etapa de la vida de la mujer (...)” (HP14)

“(...) porque esto es una enfermedad que padece no se qué porciento de la población. (H P18)

“Yo antes pensaba que esto era algo anormal, pero ya lo veo como una consulta de catarro, veo muchas mujeres aquí, veo que es una cosa casi normal.” (M P20)

“Yo pienso que la infertilidad es algo normal, en estos tiempos ya es algo normal, veo a muchas parejas viniendo a estas consultas (...)” (M P24)

Presión Social y familiar

“La presión social es violenta (...) desde chiquitos se te dice que tu creces, te casas, tienes hijos y es lo normal y no es lo normal que no tengas hijos (...) a veces me molesta (...) siempre es una presión, y la familia es igual, los padres (...) ellos van envejeciendo y van necesitando un nieto (...)” (M P2)

“(...) he sentido presión social y familiar para ser madre, ya por mi edad (...) toda la gente de tu edad ya parió (...) por parte de la familia de mi esposo sí siento mucha (...) tiene otros dos hermanos que ya tienen hijos (...) el que falta es él (...)” (M P5)

"(...)he sentido presión social para ser papá y en oportunidades a veces te resulta incómodo, es difícil sortear ese tipo de preguntas y comentarios. Desde el punto de vista social el cubano concibe que las parejas deben tener hijos y cuando una pareja no tiene hijos, significa que algo pasa ahí, algo no está funcionando (...) sobre todo cuando se lleva una relación estable, recibimos nosotros los varones una presión por parte de ustedes las mujeres. Eso altera un poco a la otra parte de la pareja." (H P9)

"Mis amistades me preguntan cuándo voy a ser mamá, me han preguntado qué es lo que estoy esperando. Yo les respondo que debe ser sin presión, que sea cuando venga. Hay momentos en que me molesta." (M P13)

" (...) entonces siempre la familia te pregunta: pero cuando van a tener un hijo? De cierta manera eso es una presión, aunque tú no quieras y la respuesta automática que tú te das es: bueno y a ti qué te importa, o te metas más en lo que no te interesa." (H P14)

"Esto tiene segundas partes (...) hay personas incultas, se ríen disfrutan y hacen bromas pesadas,(...) a mi en el trabajo me dice el papá más turbador, pero bueno yo lo tomo como broma (...) Sí, la gente es un poco indiscreta y tú tienes familia? Y tú esposo por que no tiene familia? Y qué le pasa a tú esposa? Imagínate tu entonces en el centro de trabajo cuando tu pides permiso tú tienes que decir a donde tú vas y por qué tu vas (...) hay gente que hace y dice las cosas con doble intención, pero yo estoy preparado para eso, yo puedo afrontarlo bien." (H P16)

"Si he sentido presión (...) yo me he dado cuenta que sus padres también lo quieren, son tres hermanos, él es el único que no ha dado nietos, son una familia muy unida...yo siento que no me ven bien, incluso cuando hemos tenido la ilusión de que ahora sí me han dado la gloria, pero cuando se enteran que no, ya no es así, me retiran el afecto." (M P21) "Siento presión (...) mis hermanos ya tienen dos cada uno, a veces me hacen chistes: "oye, vamos a tener que buscarle un negro a tu mujer a ver si la preña" pero no me ha molestado porque no me lo han dicho en un tono agresivo (...)." (H P21)

"(...) sí la gente me pregunta cuándo voy a ser papá, entiende? Me preguntan cómo es que nosotros con tantos años de casados no tenemos hijos. Yo explico lo de la infertilidad y que estamos en tratamiento...pero no, no sale adelante (...) Sí siento que se me cuestiona (...)" (H P23) "Sí esa presión social para ser mamá la he sentido, eso suele suceder. Incluso mi papá me presionaba mucho en ese aspecto: "pero cuando vas a tener un niño, pero cuándo me vas a dar un nieto??" (Llora) y hasta un día que me senté con él y le dije que no, que no presionara más, que yo quería ser mamá, pero que podía seguir presionándome, hasta que ya me dejó (...)." (M P23)

" (...) recibo presión para ser mamá, desde que nosotros llevábamos dos años de relación (...)" (M P24) "Si siento la presión para ser papá, pero no es el motivo por el cual quiero ser papá. Me lo preguntan mucho por mi edad, sobre todo mi mamá y mi papá. Me dicen que están locos porque le de un nieto. Yo soy el mayor, mi hermano tiene 20 años solamente." (H P24)

Padecer la infertilidad

"Este tiempo sin lograrlo me he deprimido mucho (...) me he sentido triste (...) salgo muy deprimida, sin deseos de hablar, sin deseos de nada, llorando. Es muy doloroso. A veces afecta mi carácter porque siento que me frustró (...) Entonces cuando me deprimó me sube la presión, porque pienso, pienso y pienso." (M P10)

"A mi la infertilidad me afecta mucho (...) Esto me tiene muy ansiosa." (M P12).

"(...) cuando veo en la TV casos de mujeres embarazadas o que paren, eso me provoca sentimientos de tristeza (...)" (M P13) " (...) me he sentido afectado cuando por ejemplo me invitan a un cumpleaños (...) En algunos momentos me he sentido frustrado." (H P13)

"Yo siento un vacío (...) Siento que me falta algo (...) He estado muy deprimida, muchísimo (...) Es muy duro esto. Esto ha afectado mi carácter mucho. Incluso a veces he deseado los niños de otras personas, eso no es bueno (...) Yo soy médico, peor este problema de la infertilidad me saca de mis casillas, estoy todo el tiempo pensando en esto." (M P16)

"(...) a uno le baja un poco la autoestima y el mío cuándo viene?(...) Me siento un poco frustrado" (H P17)

"Ser infértil es una forma de ser incapaz de crear algo (...) Es algo que acaba con uno (...)" (H P18)

"Para mi la infertilidad es un impedimento y trabas y decepciones." (M P20)

"La infertilidad me ha marcado bastante. Para mi ha sido un proceso muy triste. (...) La infertilidad me ha afectado mi carácter." (M P 23)

"El no poder embarazar a mi esposa ha sido bastante difícil. (...) es difícil decir que yo como hombre no puedo procrear de modo natural. De hecho he sentido pena al decirlo." (H P24)

El Padecer asociado a la llegada del período menstrual

"Cada vez que llega la etapa de la menstruación yo me siento como una tristeza (...)" (M P1)

"(...) cada vez que caigo con la menstruación me deprimó mucho y hasta lloro." (M P11)

"A veces pensamos que sí lo logramos y entonces ella cae con la menstruación y se pone muy triste" (H P12)

"Cuando caigo con la menstruación es muy doloroso (...)" (M P16)

"Cuando ella cae con la menstruación es un estrés de 5 o 6 días constante, esperando a ver si bajan las tensiones" (H P18).

"Sobre todo me siento muy mal cuando siento algún síntoma de embarazo y después caigo con la menstruación (...)" (M P19)

"Cuando caigo con la menstruación me siento frustrada, cambia el carácter de uno (...) me pone triste, me deprime" (M P20).

La culpa

"(...) he tenido otros embarazos, pero tengo un sentimiento de culpa porque me hice la interrupción (...) Yo le dije que yo no era sola la del problema, quise herirlo y al final terminé siendo herida yo porque me dijo que él tenía un hijo ya y le dije: pero tus espermatozoides no sirven, no sirven (grita)." (M P4)

"(...) pero quizás en el interior de uno, uno culpe al otro sin exteriorizarlo, para no herir a nadie." (H P10)

El padecer expresado en la relación de pareja

"A nosotros no nos ha desunido esto, ni ha provocado discusiones (...)" (H P10)

"La infertilidad no ha afectado mi relación de pareja (...)" (M P11)

"La infertilidad nos ha unido más como pareja y hablamos todo el tiempo del bebé que tendremos." (M P12)

"Pienso que esto nos ha unido más" (MP13)

"Yo pienso que la infertilidad nos ha unido más, porque queremos tenerlo los dos" (H P15)

"(...) nos ha unido más, porque hemos tomado decisiones... hemos ido al médico, hemos dicho vamos a tratar de salir juntos de esto." (H P18).

"Esto no ha afectado la relación de pareja (...)" (H P20) Yo creo que la infertilidad no ha afectado la pareja. Yo siento comprensión por esa parte." (M P20)

"Al principio sí tuvimos guerra, pero ya después todo se fue resolviendo, a pesar de que soy muy bruto." (H P21)

"Esto nos ha unido más (...) Al principio no lo hablábamos, porque yo no quería tener hijos, pero ya después esto nos ha unido más porque queremos hacer nuestra familia. Tenemos muchos planes para nuestro futuro." (H P22)

El padecer expresado en la comunicación de pareja

"Nosotros conversamos muchísimo, muchísimo sobre esto, con la otra pareja anterior también, pero era diferente porque él ya tenía dos niños, este muchacho ahora tiene una niña, pero es diferente, porque parece que quiere mucho tener un hijo conmigo." (M P16)

"Conversamos entre nosotros y aprendemos." (H P17)

"Estamos aquí por decisión de los dos y sí conversamos sobre el tema, en ocasiones siento que demasiado (...)." (M P21)

"Nosotros conversamos sobre la infertilidad en el sentido de la necesidad que tenemos de tener un hijo, las ganas que tenemos de procrear. La añoranza que tenemos por eso." (M P23)

"Nosotros conversamos bastante sobre el tema, tenemos buena comunicación." (M P24)

"Nosotros no hablamos mucho sobre el tema de la infertilidad, es que no queremos pensar mucho en eso, porque parece que hablando mucho del tema es peor (...)." (MP7)

"Nosotros no le damos información a la familia sobre nuestros asuntos y mucho menos sobre que nos estamos atendiendo, así que son muchos los que desconocen esto." (HP14)

"(...) me doy cuenta que la gente evita el tema. Con todo el mundo no me gusta hablar el tema de la infertilidad, es un tema difícil." (MP16)

"¡No, yo a nadie le digo! No, por qué voy a dar detalles de eso (...) y la gente se puede poner a pensar en qué tendremos (...)." (MP25)

El padecer expresado en las relaciones sexuales

"(...) la relación sexual no se ha afectado." (M P7) "La infertilidad no ha afectado nuestras relaciones sexuales." (H P7)

"(...) creo que sí se ha afectado la relación sexual. Siempre va a ser placentera la relación sexual cuando usted la realiza con una persona que es la adecuada para usted, pero no es lo mismo, cuando usted tiene la relación sexual pensando en que está siendo estudiado o que lo está haciendo para buscar un objetivo, resulta un poco difícil y considero incluso que el resultado no es igual." (H P9)

"Sí afecta las relaciones sexuales, muchísimo (...) hemos tenido deseos y no hemos podido porque tenemos que hacer una prueba o no tenemos mucho deseos y porque yo estoy ovulando sabemos que tenemos que hacerlo." (M P16)

"(...) y las relaciones sexuales están normal. Nuestra vida de pareja la hemos seguido normal. El día que tenemos deseos lo hacemos, si coincide, felicidades." (H P20).

"(...) hasta para tener relaciones se está pensando en eso y no puede ser porque ...En ocasiones la relación sexual se ha visto afectada por esto, yo sí me he dado cuenta que cada vez que terminamos él se pone a mirar que yo hago: si me paro rápido, si me quedo en la cama, está pendiente a mi menstruación, a las fecha." (M P21)

"Nosotros no tenemos sexo porque toca, sino porque lo deseamos, nosotros tenemos esa vida sexual rica, con deseo. Yo creo que con deseo los espermatozoides se mueven más." (H P22)

"Sí, la relación sexual se ha afectado, han pasado las tres cosas...hemos tenido relaciones porque debemos, no hemos tenido queriéndolo pues yo debo hacerme un espermograma y nos han dicho que tenemos que tener relaciones durante la ovulación (...) hemos marcado esos días, pero lo hemos hecho normalmente no con esa presión, a lo mejor hemos estado presionados cada uno por su lado y no lo hemos compartido." (H P23)

"Las relaciones sexuales nuestras no se han afectado para nada, todavía no han llegado a ese punto, porque no sabemos si es algo irremediable. (M P24). "Yo creo que la relación sexual no se ha afectado." (H P24).

"La relación sexual nuestra se ha afectado, tanto porque no podemos tenerlas teniendo deseos no podemos porque yo me tengo que hacer un espermograma o es real que sabemos que ella debe estar ovulando y tenemos que hacerlo aunque no tengamos tantos deseos. A veces ella me dice: ahora no se puede, vamos a esperar hasta tal día, aguántate un poquito." (H P27) "Con relación a las relaciones sexuales, no me gusta encasillarme en la cosas y te obsesionas y no disfrutas el momento (...) Él sabe que estamos en tratamiento y que tenemos que hacerlo. Lo hacemos cuando tenemos deseos, no es todos los días ahí y ahí (...)." (M P27)

- *De la Observación Participante Abierta*

Observación de consulta 2 en Hospital I: Entra un pareja y ella saluda al médico con un beso. El médico (...) pasa directamente a leer la historia clínica de la paciente y a escribir. La mujer se sienta, mientras el hombre permanece de pie observando todo lo que hace el médico. La paciente le muestra los resultados de alguna prueba. El médico busca en un sobre que tiene sobre la mesa, el resultado de una prueba diagnóstica, busca durante un rato el nombre de ella...cuando aparece el médico presilla el papel a la HC sin decir palabra alguna. Comienza a escribir en la HC. Los miembros de la pareja observan con atención lo que el médico escribe, él hombre desde arriba, por encontrarse de pie. El médico le pregunta a ella qué día menstruó y le indica sacar turno para una prueba que no se alcanza escuchar cuál es por el ruido y murmullo dentro de la consulta, provocado por otros profesionales.

Observación de consulta 6 en Hospital II: Antes de mandar a pasar a la próxima paciente el médico lee la HC y se dirige a la investigadora para decirle que se trata de una mujer de 36 años de edad, que reside en Santa Cruz del Norte. Una vez que la mujer entra, sola, el médico dirigiéndose a la investigadora y obviando a la mujer, le dice: " a ella se le estuvo examinando, pero de momento la respuesta ovárica no fue buena, s ele indicaron pruebas hormonales y la FSH salió un

poco alterada" El médico le explica a la investigadora que indicará un test de clomifeno. Se dirige entonces a la paciente y le indica que localice a una persona en el Instituto de Endocrinología para realizárselo.

3.3.3. Representaciones y conductas en torno a la atención a la infertilidad por los servicios de salud

- *Según criterio de expertos*

Ha habido limitaciones para poder culminar los estudios. Se necesitan hacer determinaciones hormonales y hemos estado extraordinariamente limitados. Ha habido hasta dificultades para hacer una HSG para ver la permeabilidad tubárica. Hay limitaciones en las posibilidades diagnósticas (E3 y E6).

A veces el médico alarga el proceso y se conversa poco con el paciente, lo cual es muy importante en el caso de la infertilidad. (E1, E2).

Las parejas que llevan tantos años (hasta 10) está dado por la poca jerarquización de la especialización lo que ha llevado a falta de organización y de protocolos establecidos, y por otro lado el difícil y complicado diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Hay parejas que comenzaron en un hospital, se pasaron un tiempo ahí, no vieron resultados y se pasaron para otro, se pasaron dos o tres años ahí y así han ido transitando por varios hospitales. Hay otras parejas que no han tenido posibilidades de mantener una consulta estable y han pasado los años. (E4 y E6).

- *Según las parejas entrevistadas*

Atención a la infertilidad por el sistema de salud (Subcategoría)

"Allí [se refiere al hospital donde se atendía anteriormente] perdimos mucho tiempo, a ella le hicieron muchas pruebas, pero había mucha gente." (HP3, se atiende en el hospital 1)

"(...) por lo general siempre está esto bastante lleno." (MP5, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Allá [se refiere al hospital donde se atendía anteriormente en su provincia de residencia] mi esposo se pasó tres años en espermograma y un medicamento, otro espermograma y otro medicamento y sí los espermogramas siempre le daban con muchísimos problemas, pero es que tampoco había ni condiciones para uno hacérselo, no había ni un baño para hacérselo. Suponíamos que sí, que tenía algún problema, pero en realidad no confiábamos mucho en ese resultado. Aquí me están haciendo análisis que jamás en mi vida me había hecho, eso es todo totalmente nuevo para mí. A él los espermogramas que le están haciendo, miden otros parámetros que allá tampoco le medían.(...) en los otros servicios no es que sea mala [se refiere a la calidad humana], pero lo que falta es la tecnología, por ejemplo un espermograma se demora mucho y aquí miden más parámetros del semen, que a pesar de que uno no los entiende (...) me doy cuenta que son más y eso debe darle mayor información al médico." (HP6, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"(...) cada médico tiene su capacidad X y en dependencia del paciente él mira hasta donde puede." (MP7, se atiende en el servicio del Hospital 1) "(...) hay doctores que tienen más conocimientos que otros y también hay cosas que no se pueden hacer en determinados lugares." (HP7 se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Nos atendíamos allá [se refiere a su provincia de residencia: Villa Clara] y después desertamos y paramos aquí. Allá la atención no es mala pero no hay condiciones, nosotros nos atendíamos allá pero los exámenes y eso teníamos que venir aquí hacérmelos." (HP16 se atiende en el servicio del Hospital 2) "Vine para acá porque aunque me atendía en Villa Clara y me era más cercano, todos los análisis de las hormonas tenía que venir a hacérmelos aquí al [menciona el nombre de un hospital capitalino], allá la consulta quizás no tiene muchos recursos como aquí, allá otras cosas que hacen aquí no se hacen, como moco cervical y eso (...) yo vine para acá porque allá no me sentía bien, llegar aquí es difícil y no todas las mujeres tienen esa posibilidad, allí las consultas son demoradas, hay mucha gente solicitando el servicio y yo pienso que las consultas deben ser serias, contar con un servicio multidisciplinario (...) tiene una alta demanda del servicio." (MP16 se atiende en el servicio del Hospital 2)

"En Matanzas hay doctores muy buenos. Pero ya en Matanzas llegamos a un punto en que había que hacerse FSH y cosas que llevaban recursos y a veces íbamos a hacernos análisis y no había reactivos o estaban malos y por eso vinimos para acá." (HP17 se atiende en el servicio del Hospital 2)

Organización, Funcionamiento y Calidad de los servicios de atención (Subcategoría)

"Hasta este momento el servicio puedo calificarlo como bastante bueno, el médico te explica. El trato con las personas es bastante bueno y amable. Tú haces tu colita y...atienden a todo el que venga, incluso yo soy de Cojímar y en realidad que creo que me tocaba era La Fátima (...)." (MP1, se atiende en el servicio d el Hospital 1)

"(...) yo pensé que era más difícil, más imposible, pero todo ha sido fácil (...) el Dr. ha sido bastante profesional (...). Hemos estado viniendo todos los viernes seguidos y hasta dos veces en la semana hemos venido. Ha funcionado perfectamente (...)yo me acuerdo que entonces [hace referencia al año 2000 cuando acudía a otra consulta del hospital] yo veía a la gente asistiendo a esta consulta y yo veía era mucho más difícil, veía a la gente pasando muchas más dificultades y ahora lo veo todo tan fácil, vaya más organizado." (HP4, se atiende en el servicio d el Hospital 1)

"Lo que más golpea de la atención es la demora (...)" (MP5, se atiende en el servicio d el Hospital 1)

"Nosotros empezamos a tratarnos en el Mcipio Colón, después en Jovellanos, pero allí no existen consultas especializadas como aquí (...) me siento muy bien aquí, me siento atendida (...). Aquí yo he tenido la mayor atención posible (...) aquí nosotros nos sentimos muy bien (...). Yo diría que este servicio es excelente comparado con los otros por los que hemos pasado. Yo he pasado por tres servicios antes que este, donde no satisfacés ni tus expectativas. Aquí te explican." (MP6, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"(...) no creo que los servicios de atención sean malos, pero...no me he sentido muy conforme porque no he visto resultados (...) Se demoran muchas las consultas entre una y otra, demasiado (...) Yo me he atendido ya con cuatro médicos (...) Cambié de médico porque era análisis tras análisis sin ver resultados (...)." (MP7, se atiende en el servicio del Hospital I) "Cada vez que uno cambia de doctor te piden te repitas el espermograma y las condiciones para eso no son buenas (...) hay doctores que tienen más conocimientos que otros y también hay cosas que no se pueden hacer en determinados lugares." (HP7, se atiende en el servicio del Hospital I)

"(...) los servicios de atención a la infertilidad son buenos, independientemente que sean un poquito demorados por la afluencia de pacientes (...) pero no todo lo bueno que nosotros pensamos debe ser (...)" (HP8, se atiende en el servicio del Hospital I) "Las consultas aquí son rápidas, cada dos o tres meses, en [menciona una provincia del centro del país] si pasaba mucho tiempo (...) allá [se refiere al servicio al que acudía antes] nos decían que todo estaba bien, que no había ningún problema para el embarazo, así estuvimos 12 años (...) no sabíamos nada de que aquí en la Habana había esta posibilidad hasta hace tres años (...)" (MP8, se atiende en el servicio del Hospital I)

"Servicio bueno es cuando la persona comienza a las 11 am y son las 4 de la tarde y está sentada atendiendo pacientes con distintas características, con la deferencia que te tratan y espero no sea una excepción conmigo porque vengo con la bata de médico. El servicio es bueno, pero mira, las condiciones para hacerte el espermograma no son buenas en ningún lugar donde me los he hecho. Las condiciones de las consultas tampoco son buenas en ningún lugar, porque este tipo de consulta debe ser confidencial, debe lograrse una privacidad y deberían aprovecharse esos ambientes para que estuviera nada más ese tipo de parejas y se les brindara información hasta en soporte de video, tratarlos desde le punto de vista psicológico, desde le punto de vista social." (HP8, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Yo le hablo con toda honestidad, esto es lo mejor que existe y las atenciones son...ya le digo, el médico te da fuerzas. Todo ha sido correctamente, sin ningún tipo de problema, nos informan bien, mira esto así, esto deben hacerlo así, esto deben hacerlo asao." (HP10, se atiende en el servicio del Hospital 1). "Yo digo que este servicio es bueno, hasta ahora no puedo tener quejas (...) La atención es buena. Todo ha sido con calma, porque dicen que la prisa no lleva a nada, porque te hacen análisis, exudados, si tienes un parásito te ponen tu tratamiento, todo ha sido con su calma, como debe ser." (MP10, se atiende en el servicio del Hospital 1).

"Yo considero que este servicio es excelente." (MP11, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"(...) antes ella [se refiere a su compañera] se trataba en otro lugar, cuando tenía otra pareja, pero desde que está conmigo nos tratamos en este servicio, que hasta ahora es bueno, aunque se pierde mucho tiempo, porque las consultas son de mes en mes y son muchas las pruebas que mandan, pero bueno, eso ya no depende de uno, depende de los médicos". (HP12, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"El servicio de atención es bueno, y recibimos buen trato. Puede que las consultas estén un poco distantes una de la otra, pero ellos lo hacen con un objetivo (...). Aquí recibimos mucho aliento de los profesionales que nos atienden." (MP13, se atiende en el servicio del Hospital II) "En este servicio son muy humanos, tratables, muy respetuosos, puntuales...hay seriedad. Aquí se le da mucha confianza a la pareja. Podría haber más información. Ellos necesitan

mejorar las condiciones de espacio, casi no hay lugar para que la gente espere.” (HP13, se atiende en el servicio del Hospital II)

“(…) en este servicio hay que mejorar las condiciones técnicas, porque te das cuenta que el equipamiento con el que cuentan está muy atrasado todo. Yo diría que la tecnología está bastante atrasada (…) La consulta es muy demorada y no es porque se demore con los pacientes una vez que entran, sino porque hay muchas personas (…) creo que la demora en los tiempos entre consultas y para realizar las propias pruebas, se debe a la cantidad de gente que se atiende en el servicio, que cuando te van a dar un turno, no se baja de los 3- 4 meses. Los servicios los encontramos un poco más organizados aquí arriba, pero durante los años que estuvimos allá abajo [expresión facial que refiere dificultades]” (HP14, se atiende en el servicio del Hospital 2)

“Recibimos un trato muy amable. Son muy buenos médicos y salimos satisfechos de las consultas.” (HP15, se atiende en el servicio del Hospital II)

“Yo me siento bien aquí, porque me han demostrado que hay seriedad, que hay una ciencia detrás de todo y me convencen más aquí que se está haciendo todo antes de volver a inseminarme. Aquí hay mejores condiciones, porque allá, el materno de Santa Clara... mi esposo se hacía los espermogramas en un baño donde habían personas esperando para usarlo y yo tenía que estar en la puerta de afuera esperando...” (MP16, se atiende en el servicio del Hospital 2)

“Yo siento un poco de frialdad en el trato hacia nosotros (…) Los médicos no conocen la desesperación, la ansiedad de uno. Parece que como para ellos es habitual, son un poco fríos. Yo diría que el 85 % de la consulta se basa en la parte clínica. (…) Ya uno se va acostumbrando, porque al principio era bien difícil porque era una consulta hoy, otra a los 3 o 4 meses (…) a veces es uno el apurado, porque si todas las consultas van demorar tres meses, nada más te vas a ver con el médico tres veces en el año y los años pasan, rápido, eso sí pasa rápido, sobre todo para nosotros (…) Aquí en la Habana sí hay condiciones para hacerse los espermogramas, en Matanzas...para nada. Aquí hay intimidad.” (HP17, se atiende en el servicio del Hospital 2)

“(…) los laboratorios no tienen las condiciones para hacer lo que deben (…)” (HP18, se atiende en el servicio del Hospital II) “Nosotros nos empezamos a atender aquí, después nos fuimos para él [menciona el nombre de un hospital de la capital], allí tampoco y hace 10 años que estamos allí. Ahora hoy, es que volvemos a venir aquí a ver. La verdad es que la atención es muy demorada y tediosa (…)” (MP18, se atiende en el servicio del Hospital II)

“Las pruebas que te mandan son bastante dolorosas (…) También las condiciones de limpieza no son siempre las mejores, las camillas no tiene sábana. Por otra parte no hay mucha privacidad, no se cuida el pudor de una, hay gente que no tiene por qué estar presente, gente conversando (…) Pasamos bastantes horas esperando y se habla bastante, algunas mujeres entran y salen, pero otras...además el Dr. tiene bastantes pacientes (…) lo calificaría de regular [se refiere al servicio de atención], no solamente por el tiempo entre consultas, sino porque por ejemplo hay otras demoras para poder ver al médico (…) el jueves pasado no vino porque estaba enfermo (…) pero ha habido también otras cosas (…) ahora mismo la consulta debió haber empezado a la 1:00 y no empezó a la 1, cosas así que me parece que el tiempo pasa, no se para (…) Falta algo, aquí falta algo (…) en la misma consulta yo he oído muchas historias, de parejas que llevan no tres años como yo que me he hecho 4 cosas, al lado de las cosas que han pasado las mujeres aquí, que le mandan una cosa y no es, que nada les resuelve y así, cosas así, incluso las mismas pruebas se las han repetido sabiendo el resultado de la vez anterior (…)” (MP21 Se atiende en el servicio del Hospital 3) “Hasta ahora aquí nos han tratado muy bien (…) El Dr. nos atendió muy bien, no tenemos queja de él (…) Lo que sí me parecen muy largos los tiempos entre consulta y consulta, pero eso sí está en dependencia del médico, el médico es que sabe el tiempo que puede demorar una consulta de la otra (…) El médico le puso tratamiento con unas pastillas y le dijo a la enfermera: dales un turno para dentro de tres meses, coñó tres meses, pensé yo, pero bueno, él es el que sabe.” (HP21, se atiende en el servicio del Hospital 3)

“(…) al principio todo fue muy bien, pero ya después...como nosotros somos de Alquizar el transporte se nos pone muy malo(…) y esta es la tercera vez que venimos, la vez anterior vinimos por gusto, porque la compañera que da los turnos nos dio el turno mal. Entonces nos resolvieron para el jueves pasado para que no nos siguiéramos demorando. El jueves pasado el Dr. se sintió mal (…) no pudo atender y después nos dieron turno para este jueves. No se qué pasará hoy (…)” (HP22 Se atiende en el servicio del Hospital 3) “Pienso que es un poco largo el tiempo, porque de una consulta a otra pasa mucho tiempo, cuando sin embargo uno se ha hecho los análisis rápido y hay que convencer a las personas para que te den un turno para que no se te pase el tiempo de esos análisis, porque si por ejemplo me lo dan para enero, se me vencen los análisis.” (MP22, se atiende en el Hospital 3)

“(…) las trabas vienen en la forma en que tratan el problema (…) para ellos puede que sea muy normal, pero las parejas tener que exponer su sexualidad delante de todo el mundo. (…) No hay privacidad ninguna para nada (…) El espermograma fue en el cuerpo de guardia sin el mínimo de condiciones y así ha sido para todo (…) El exudado cuando

me lo hice fue en un cuartico sin ninguna privacidad ni higiene (...) El médico que nos indicó los exámenes no nos explicó nada (...) son tan impersonales las consultas que a uno no le da tiempo ni hacer preguntas. Cuando te viene una pregunta a la mente te las contestan malamente." (MP24, se atiende en el servicio del Hospital III) "Las condiciones del hospital realmente dejan mucho que desear. Las condiciones del espermograma fueron muy deficientes (...) esos son temas que aunque para los médicos sea muy normal (...) tratar esas cosas con un poco de privacidad (...) (visiblemente molesto). Fue en un baño sin condiciones, ni un pestillo para uno sentirse protegido (...)." (HP24 Se atiende en el servicio del Hospital III)

"Es demasiado tiempo, mucho tiempo, un mes o dos meses, deberían ser más seguidas y aquí siempre es muy larga la espera, siempre es muy larga." (HP26, se atiende en el Hospital 3)

"Creo que las condiciones para hacer la toma de muestra en este hospital, son ínfimas. Lo único que te separa del mundo real es una puerta, es una oficina dividida en dos, en la que la pared no llega arriba y del otro lado hay una oficina, donde todo el tiempo están hablando y entrando gente. En este hospital no hay buena limpieza en ningún lugar." (HP27, se atiende en el servicio del Hospital 3)

...existencia y seguimiento de protocolos establecidos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad...

"(...) yo soy médico general (...) tengo conocimientos. Pero no, nunca nos han explicado un protocolo a seguir. Me han dicho como paciente: lo primero que se hace para el estudio de la pareja infértil, vamos a hacerte un espermograma, que es lo más fácil, a ella vamos a hacerle US de ovulación para ver cómo está, y en dependencia de cómo esté eso vamos a continuar con el estudio." (HP8 se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Nunca nos han explicado los pasos a seguir para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad." (MP20 se atiende en el servicio del Hospital 2)

"Tampoco me explicaron ningún plan a seguir, o pasos... hoy me explicarán." (MP24 se atiende en el servicio del Hospital 3)

"Nunca me han explicado ningún protocolo o pasos a seguir." (HP27 se atiende en el servicio del Hospital 3)

...escasa información que reciben de los profesionales...

"Aquí en esta consulta estoy tan contenta, no se expresar con palabras la felicidad que tengo (...) Yo iba a hacerme pruebas sin saber siquiera para qué eran [se refiere a cuando asistía al servicio en el que se atendía antes]. Allí [menciona el nombre del hospital donde se atendía con anterioridad] había mujeres que salían llorando. Las condiciones de higiene allí no eran las mejores. Por eso dejamos de ir, porque sentía que no avanzaba, me mandaban a hacer algo y no había, tenía que esperar y no me explicaban nada." (MP3 se atiende en el servicio del Hospital 1)

"A mí aquí me han tratado muy bien, le dan a uno bastante información, uno va a hacerse las pruebas sabiendo bastante (...)." (MP4, se atiende en el servicio del Hospital 1) "Aquí la información que hemos recibido es buena, el Dr. desde el inicio fue muy claro (...)." (HP4 se atiende en el servicio del Hospital 1)

"El médico aquí me ha explicado para qué son los estudios hormonales que me ha mandado y me ha hablado de las decisiones que se tomarán después, de las pruebas que me indicará después (...) A veces yo he tenido dudas y como vivo tan lejos he llamado por teléfono y me han aclarado las dudas." (MP6, se atiende en el servicio del Hospital I)

"(...) nos informan bien, mira esto así, esto deben hacerlo así, esto deben hacerlo asao." (HP10, se atiende en el servicio del Hospital 1).

"(...) nunca me había sentido tan bien informada." (MP11, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"Yo creo que he recibido la información que he solicitado, pero yo pienso podría haber mucha más (...)." (HP9 se atiende en el servicio del Hospital I)

"Nos sentimos informados sobre lo que nos estamos haciendo." (MP15, se atiende en el servicio del Hospital II)

"Los médicos me explican bastante, aunque nunca me han preguntado por nuestras conductas sexuales (...) Los médicos de eso no hablan, nos hemos informado por nuestra cuenta." (MP18, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"A veces me quedo hasta con dudas porque no me explican (...) me gusta saber el por qué de las cosas y preguntar (...) no explican ni las pruebas que te mandan. Cuando yo vine a hacerme la histerosalpingografía, nadie me dijo que viniera acompañada, y es una prueba dolorosa (...) es una prueba que cuando usted sale, usted necesita ver a su familia. (...)." (MP23 se atiende en el servicio del Hospital III)

"Nunca hemos recibido información para cuando nos vamos a hacer las pruebas." (HP23 se atiende en el servicio del Hospital III)

" Te explican si tu preguntas porque tengas algunas duda (...) he aprendido más así por las amistades que he hecho en la sala de espera" (MP25, se atiende en el servicio del Hospital 3)

"La información es hasta cierto punto un poco limitada, las consultas son muy rápidas, casi no demoran nada, pero bueno yo creo que deberían explicar por qué se toman las decisiones." (HP27 se atiende en el servicio del Hospital 3)

...búsqueda de otras fuentes de información...

"Yo me mantengo al tanto de toda la información relacionada con infertilidad, yo buco por Internet y cuando llego aquí se lo digo al médico, cuando tengo alguna duda. " (MP2)

"(...) nos hemos informado por nuestra cuenta." (MP18)

"(...) no me daban mucha información, no me explicaban mucho, incluso mi pareja anterior también es médico y no nos explicaban (...) yo tenía que ir a estudiar, a buscar en Internet." (MP16, se atiende en el servicio del Hospital II) " (...) intercambiamos con otras parejas (...)." (HP16, se atiende en el servicio del Hospital II)

"En la consulta si he escuchado cosas que le han pasado a otras mujeres, millones de cosas. Pasamos bastantes horas esperando y se habla bastante (...)." (MP21)

"Yo me mantengo al tanto de todo lo que sale sobre infertilidad por la televisión." (HP22)

"(...) mi Sra. es estudiante de medicina y está estudiando y por ahí nos informamos, ella busca en los libros, en la computadora." (HP26)

Relación usuarios- prestadores (subcategoría)

"En este servicio son muy humanos, tratables, muy respetuosos, puntuales...hay seriedad. Aquí se le da mucha confianza a la pareja. Conocen muy bien a sus pacientes y saben de sus vidas (...) Podría haber más información (...) En la consulta se ve más lo médico." (HP13, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"A mi no me han explicado aquí nada, ni por qué me mandaron esos análisis, ni qué se está pensando." (HP22 se atiende en el servicio del Hospital 3) "Lo que me he hecho son análisis de sangre, pero no se para que son, qué buscan con eso y tampoco me han explicado qué se hace después." (MP22, se atiende en el servicio de Hospital 3)

Tránsito de los usuarios por los servicios de atención a la infertilidad (subcategoría)

Vías a través de las cuales arribaron las parejas entrevistadas a los servicios de atención estudiados.

"Tú haces tu colita y...atienden a todo el que venga, incluso yo soy de Cojimar y en realidad que creo que me tocaba era La Fátima. Yo estuve en [menciona el nombre de otro hospital] y allí me dijeron que allí habían muchas personas atendiéndose y que ya no podían aceptar a más nadie, entonces yo vine a este hospital y preguntando aquí y allá, llegué a esta consulta y a este médico. Él me aceptó y desde entonces estoy viniendo No quise empezar por el policlínico, lo que me sugirieron muchas personas, quise venir directo al hospital." (MP1, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Yo estuve tratándome primero con [menciona el nombre de un médico de otro hospital] y después cambié para acá a través de una compañera mía de trabajo, quien me habló de la posibilidad de estar dentro del estudio de la fertilización in Vitro..." (MP2, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Aquí llegamos averiguando, por gestión personal y allá a [menciona el nombre de otro hospital donde se atendía antes] llegamos por una amistad, tú sabes como es eso, si no tienes padrino no te bautizas...y llegamos aquí y resolvimos, sin padrino ni nada." (HP3, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Nos decidimos a buscar atención médica porque como él estuvo casado anteriormente y no tuvo hijos (...) y como nosotros siempre teníamos relaciones sexuales sin protección y no salía embarazada, bueno había algo que entonces estaba funcionando mal y con los antecedentes de su matrimonio anterior, decidimos buscar ayuda especializada en el territorio de nosotros, buscando cercanía por el problema del transporte y todo eso...pero ya te dije que hemos perdido tres años. Llego acá por una conversación con una compañera de trabajo (...) Entonces estábamos hablando y por una prima de ella que contactó con este hospital y a ella le dijeron que aquí funcionaba una consulta de infertilidad. Entonces aquí en información del hospital me dieron el teléfono de la consulta y llamé y hablé con el doctor y él me dijo que sí, que podía venir. Fue una gestión totalmente personal." (MP6, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Nosotros hemos cambiado de servicios de atención, en Holguín se agotaron las posibilidades (...) Nos fuimos de la consulta porque ya nos dieron alta y nada, el embarazo no llegaba (...) decidimos venir a La Habana, porque una compañera mía de trabajo vino acá y enseguida salió embarazada. Empezamos en el [menciona el nombre de otro hospital] con [menciona el nombre de un médico de otro hospital, entonces ahora allá estaba para lo de la inseminación in vitro, después de un plan nos mandó para acá y aquí estamos, después de un segundo intento de IA." (HP9, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Aquí llegamos por una vecina de nosotros que nos trajo a ver a una doctora y empezamos con ella (...)" (HP10, se atiende en el servicio del Hospital 1)

"Aquí llegamos por gestión personal y la verdad no se cuál es el modo de llegar por vías normales." (HP13, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"A este hospital llegamos por gestión personal, indagando, llegamos nosotros solos buscando atención y para llegar aquí arriba, creo que se aceleró el proceso por una amistad." (HP14, se atiende en el servicio del Hospital II) "(...) cuando llevaba más o menos un año con él y no salía embarazada, me decidí a empezar a atenderme porque anteriormente había salido embarazada, entonces empecé aquí en la 1ra planta (...) A través de una amistad que trabaja aquí, yo me cansé de estar abajo, yo veía que no adelantaba nada, y no tengo 15 años (...) entonces ella me subió la historia, y tuvo que empezar todo el proceso (...)" (MP14, se atiende en el servicio del Hospital II)

"(...) por mediación de unas amistades mías, que ellos vinieron para aquí (...) Por mediación de ella, me trasladé para acá. Y desde ese entonces estoy aquí. Llevo 10 años tratándome. Empecé allá. Llevo 11 ó 12 años tratándome. Allá [se refiere a un servicio en su provincia de residencia] sí me fue fácil porque yo trabajaba allá y resolví. Aquí me fue fácil acceder, inmediatamente que resolví todos los papeles para la historia, comencé aquí." (MP15, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"Llegué aquí averiguando, llegué aquí y me presenté, les expliqué mi caso, entendieron (...) Mire le soy sincera, ay estoy faltando a la ética, yo vine para acá porque allá [se refiere al servicio donde se atendía antes en su provincia de residencia] no me sentía bien, llegar aquí es difícil y no todas las mujeres tienen esa posibilidad" (MP16, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"Al servicio de [se refiere su provincia de residencia] llegamos por gestión de un familiar que trabaja en el hospital ginecobstétrico de [se refiere su provincia de residencia] (...) Aquí llegamos por mediación de un familiar que es vecina del Dr. Y estaba al tanto de todo lo de nosotros y nos dijo, oye mi vecino es el médico que atiende eso acá y así llegamos aquí (...)" (HP17, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"No es fácil para nada llegar a estos servicios. A mí no me fue fácil. Llegué porque un médico me recomendó y como nosotros somos de [se refiere su provincia de residencia] y allá no hay este servicio...o sea hay, nosotros fuimos, pero lo único que se hace es seguimiento de temperatura, espermograma y ya. Para llegar aquí fue por relaciones con un médico." (MP18, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"Para yo llegar aquí fue a través de una prima que era amiga de una doctora aquí y así...llegar aquí no es cosa fácil (...) Ya yo me he atendido con varios médicos aquí, he cambiado de médico (...) he cambiado porque ellos mismos me van mandando de uno para el otro." (MP19, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"Nosotros desde que empezamos, empezamos aquí (...) yo pienso que es fácil llegar aquí, vinimos por gestión personal. Nosotros empezamos en genética en [se refiere a su provincia de residencia] y de ahí nos orientaron y no fuimos para el hospital de [se refiere a su provincia de residencia] porque el único centro especializado en esto, que

tiene todas las condiciones, es este." (HP20, se atiende en el servicio del Hospital 2) "Aquí llegamos por gestión personal, pero el mecanismo para llegar no se cuál es." (MP20, se atiende en el servicio del Hospital 2)

"Para llegar aquí fue mediante amistades, una muchacha que trabaja aquí y nos dijo: voy a resolverle a ustedes. Nosotros vivimos en un pueblo donde todo es muy informal, es mucho trabajo para ver un médico y por eso buscamos una vía por nosotros mismos para llegar aquí." (HP22, se atiende en el servicio del Hospital 3)

"Siempre nos hemos tratado en este hospital, ahora es que estamos viendo si podemos irnos al [menciona el nombre de otro hospital de la capital], a ver si conocemos a alguien que nos ayude, si no conocemos a nadie es muy difícil entrar allí. Ella [se refiere a su compañera] trató mediante una amistad de colarse y le dijeron que no, que no tenía forma. Estamos tratando de encontrar a alguien que nos pueda llevar allí, a ver si podemos...y por lo tanto seguimos aquí a ver...si se puede (...)" (HP23, se atiende en el servicio del Hospital 3)

"Aquí llegamos porque nos resolvieron [se ríe]. Es que mi tía trabaja aquí y ella me puso en contacto con la consulta (...) Yo pienso que quizás por los canales pertinentes demora llegar aquí. En mi caso por ejemplo que no tengo médico de familia, que ni lo conozco, me hubiera sido muy difícil." (MP24, se atiende en el servicio del Hospital 3)

"A mí me fue fácil llegar a este hospital. Vine con una remisión de mi área de salud. Ya me habían hablado de este médico, entonces ya. Él era cliente de mi antigua pareja y fue él quien me dijo: ay, vamos a ver a mi cliente, que él es bueno." (MP27, se atiende en el servicio del Hospital 3)

Adopción de otras estrategias de solución...

"Te voy a hacer una confesión: él me llevó porque hay un muchacho amigo de él (esposo), que trabaja con energía y él me dijo: vamos allí que él es de lo más bueno...y me revisó a mí y me dijo que yo tenía no se qué enfermedad y a lo mejor a ti te resulta. Fui y me pasó el péndulo, el péndulo ni se movía, porque yo no tenía ninguna intención, pero bueno yo fui a...y me dijo: tu energía...no se me dijo una frase ahí que quería decir que él no podía descifrar mi energía. Yo no quería parece, digo yo." (MP5)

"Hasta yo tomé el jarabe ese, era como una miel, así...No recuerdo si se lo dijimos al médico, pero yo creo que ellos no están en contra de esas cosas." (HP6)

"Nosotros hemos usado la güira, que se la compramos a un señor que lo vende, porque la abuela de ella es religiosa y no se lo consultamos al médico porque fue antes de saber que ella tenía la prolactina alta, después de eso ella no la quiso tomar más y yo no la obligué." (HP7)

"Ella ha tomado unos jarabes, de güira, averiguando con las abuelas que nos han dicho que unas personas los preparan y allá hemos ido." (HP9)

"(...) uno por el hecho de hacer todo lo que pueda por tener un hijo, y fui a ver a ese señor y él me dio unas botellas (...) yo no creo en nada (...) y me aferré a eso (...) no era güira, era una mezcla de yerbas que sabía a rayos y yo me lo tomaba." (MP14)

"Nosotros hemos usado el famoso jarabe ese de güira, que lo tomé yo, porque ella no se lo pudo tomar. Era tanta la desesperación que lo buscamos. No se lo dijimos al médico porque no le di mucha importancia a eso." (HP15)

"Yo tomé el jarabe de güira, que se habla de que la güira de que tiene propiedades de qué se yo. Una vez lo tomé y para prepararlo fue tremendo trabajo, porque hay que buscar miel, unas cuantas güiras, no estoy segura si son cinco o seis güiras y que una viejita que tenga experiencia te lo haga. Bueno lo logré. Pero después buscando en un libro de medicina verde supe que en el ratón el jarabe de güira provoca linfoma, aunque no está probado en el hombre. Y entonces, el esposo mío de entonces, que era médico, me lo botó. Con mi esposo actual, como él sí cree en cualquier cosa, yo sí me tomé una botella e incluso me llevo a un vejito en Santa Clara que sabe mucho, que bueno cuando uno está desesperado hace cualquier cosa." (MP16) "Jarabe de güira sí. Lo hacemos nosotros mismos con recetas, sí lo hemos hecho. Nos lo han dicho personas que lo han hecho y que lo han tomado y que según ellos les ha dado resultado y nos hemos guiado por ellos. Hay mil versiones por la calle, limpiezas de esto, limpiezas de lo otro, curanderismo, pero no practicamos ninguna, inclusive hay un haitiano, pero no, no, lo único que practicamos fue el jarabe de güira." (HP16)

"Hemos oído hablar mucho de eso, del jarabe de güira incluso una familia mía lo tomó y salió en estado, pero nos e si fue por eso o no, porque después no tomó más jarabe de eso y salió en estado, pero nosotros no lo hemos tomado, eso

puede ser una alternativa más, pero hasta ahora hemos confiado en la medicina. (HP17) El jarabe de güira, tenemos otra amistad de Cárdenas, están en la misma situación y están detrás de eso, dicen que es muy bueno y dicen que cuando consiguieran nos iban a avisar para nosotros tomarlo. Yo lo que tenga que tomar lo tomo y él también, él por ese lado no es como otros hombres, él lo que tenga que hacer." (MP17)

"Yo hago lo que me digan. Por ejemplo he tomado el jarabe de güira. Ahora estoy tomando un cocimiento que me preparó un viejito, pero es algo con algas. Yo nos e lo digo al médico porque son cosas tradicionales, que están fuera de la medicina y creo no me haga mal.(...) Lo que tomo yo lo toma él también." (MP20)

"Mi suegra que me trajo una botella de eso, de güira, miel de güira y me lo tomé dos o tres veces, porque no me gustó, estaba muy dulce y me lo tenía que tomar por las mañanas (...)" (MP21)

"Sí (...), a mi me están haciendo uno ahí que es una miel (...) (sic) (MP26) Ella lo ha hecho todo, lo de la güira seca lo hizo, tomar el brebaje ese de un güiro macho y ahora mandó a hacer otro de güira y aguardiente (...)" (HP26)

- De la observación participante abierta

Tabla 3. Algunas características organizativas y de funcionamiento de los servicios estudiados. Fuente: datos obtenidos de trabajo de campo

	<i>Servicio perteneciente al Hospital I</i>	<i>Servicio perteneciente al Hospital II</i>	<i>Servicio perteneciente al Hospital III</i>
<i>Niveles de atención dentro de cada servicios</i>	Los pacientes acceden directamente a la consulta que lidera un médico a cargo de esta, que es quien siempre los atiende.	Los pacientes acceden a una primera consulta llamada "de clasificación" De acuerdo a los resultados de las pruebas preliminares indicadas en la consulta de clasificación se transfiere a los pacientes a los diferentes servicios dentro del hospital o fuera de este, para el completamiento del diagnóstico o al siguiente subnivel de atención. El siguiente subnivel de atención realiza las TRA de baja complejidad.	Los pacientes acceden directamente a la consulta que lidera un médico a cargo de esta. La primera vez los atiende un médico diferente al que los atenderá después (residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia) les realiza un interrogatorio cuyas repuestas las recoge en una planilla de vaciamiento. La próxima consulta es con el médico a cargo del servicio con el que continuarán atendándose.
<i>Pruebas diagnósticas. Orden en que se indican y lugar.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espermograma, ultrasonografía, exudados vaginales y endocervicales, análisis complementarios de sangre entre los que se encuentra el VIH y las pruebas serológicas (En el propio Hospital). 2. Test del mucus cervical y test de penetración postcoital en el período de ovulación (Laboratorio de infertilidad del propio Hospital). 3. Histerosalpingografía y 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espermograma, ultrasonografía, exudados vaginales y endocervicales, análisis complementarios de sangre entre los que se encuentra el VIH y las pruebas serológicas (En el propio Hospital). 2. Test del mucus cervical y test de penetración <i>in vitro</i>, en el período de ovulación de las mujeres (Laboratorio de infertilidad del propio Hospital). 3. Test de hinchamiento hiposmótico 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Espermograma, ultrasonografía, exudados vaginales y endocervicales, análisis complementarios de sangre entre los que se encuentra el VIH y las pruebas serológicas (A algunas parejas se les indica que se los realicen por el área de salud correspondientes, otras los realizan en el propio Hospital). 3. Histerosalpingografía y laparoscopia contrastada para el

	<p>laparoscopia contrastada para el diagnóstico de las obstrucciones tubáricas (En el propio Hospital).</p> <p>4. Estudio de la función gonadal en los hombres (Servicios de urología de otros hospitales).</p> <p>5. Inseminaciones intraútero homóloga (Sala de inseminación en el propio Hospital).</p>	<p>(Laboratorio de infertilidad del propio Hospital).</p> <p>4. Detección de <i>C.lamidy</i> en el semen (Laboratorio de infertilidad del propio Hospital).</p> <p>5. Estudio de la función gonadal en los hombres (Servicios de urología de otros hospitales).</p> <p>6. Histerosalpingografía y laparoscopia contrastada para el diagnóstico de las obstrucción tubaria (Servicio correspondiente en el propio Hospital).</p> <p>7. Inseminaciones intracervical o intraútero homóloga (Cubículo de inseminación en el propio Hospital).</p>	<p>diagnóstico de las obstrucciones tubáricas (En el propio Hospital).</p> <p>4. Biopsia endometrial premenstrual (En el propio Hospital).</p> <p>5. Inseminaciones intracervical o intraútero homóloga (En el propio Hospital).</p>
--	--	--	--

Organización, Funcionamiento y Satisfacción con los servicios de atención

Servicio de atención perteneciente al Hospital I

"El espermograma se mira desde dos puntos de vista: la parte macroscópica y la parte microscópica. En la parte macroscópica tú evaluas el color, la viscosidad, volumen, homogeneidad, ph...y en la microscópica se evalúa como tal la movilidad, el conteo de espermatozoides, que lo normal es hasta 20 millones, ves la supravital, los vivos, los muertos, la morfología...y es ahí donde tú ves si hay presencia de leucocitos, que te dicen a ti si hay una infección en el semen." (Licenciada en Biología del Hospital I)

"A partir del 10 día del ciclo, que comienza la ovulación de la mujer, se le empieza a hacer pruebas para ver el mucus cervical, cuando ese mucus es transparente, cristalino, te da a ti la medida de que hay una ovulación a nivel de ovario, de trompas, y entonces tú la mandas a tener relación sexual a una hora determinada, para recoger muestra al otro día del endocervix, para saber si los espermatozoides se mantienen vivos, si no los mata. En otros servicios se hace fuera porque esas son pruebas cruzadas, que tú unes mucus con semen para ver si hay compatibilidad. Nosotros no hacemos esa." (Licenciada en Biología del Hospital I)

"En cuanto a la toma del muestra de semen, nosotros tenemos condiciones aquí para que ellos se tomen la muestra aquí." (Licenciada en Biología del Hospital I)

Servicio de atención perteneciente al Hospital II

"Tenemos una consulta inicial que le llamamos consulta de clasificación, que es donde llega la paciente, uno revisa lo que trae, la interroga, desde el punto de vista clínico le hace una serie de exámenes y define si realmente esa paciente, en dependencia de la edad, de los antecedentes, si realmente tiene criterio o no de estudiarse en una consulta de infertilidad (...) En la consulta de clasificación vamos depurando y definiendo hacia qué servicio vamos a enviar a la paciente. La paciente que ahí veamos que tiene un factor tubario que descartar, la mandamos a la consulta de laparoscopia. Ahí completamos la mayor cantidad de estudios que podemos hacer y la mandamos acá arriba para ya valorar lo que es seguimiento folicular y la posibilidad de una inseminación. Aquí arriba vienen para eso, para no perder más tiempo. Aquí arriba generalmente lo que hacemos es eso: inseminar a las pacientes." (Médico del Hospital II)

“Se hace el espermograma completo, según lo que dispone la OMS: el conteo espermático por ml, la movilidad espermática por grados de movilidad, la viabilidad espermática con la tinción establecida, la morfología espermática, que es uno de los pocos lugares donde se hace la morfología externa con criterio estricto, con tinción y además, identificando bien las anomalías. En muchos lugares te vas a encontrar por ahí que te dicen Morfología normal 30 %. Se hace la determinación de leucocitos peroxidasa positiva (...) todo lo que estable la OMS y la metodología de la Sociedad Iberoamericana para la reproducción. El que tiene un espermograma patológico (...) debe repetirse como mínimo en 20 días y ahí debe verse con el urólogo. El urólogo es quien valora si hay alguna patología testicular asociada: varicoceles, epididimitis o hay alguna prostatitis que no se ha diagnosticado, o hay algún hidroceles que no se haya visto. El urólogo es quien puede diagnosticar si el volumen testicular está normal (...) Si el hombre no tiene nada, entonces hay que empezar todos aquellos tratamientos empíricos que se mandan. Nosotros tenemos por pauta hacer los espermogramas como mínimo cada tres meses (...) Por ejemplo si el hombre se opera de varicoceles nosotros no hacemos ningún espermograma hasta que no pasen 6 meses, porque para el hombre aunque sea una masturbación le da pena, le molesta, no está habituado” (Licenciada en Biología del Hospital II)

“(...) el moco cervical se produce nada más que en los días de ovulación y alcanza su mayor calidad 48 horas antes de que ocurra la ovulación (...) no hace nada estudiándole a una paciente la ovulación si usted no estudió el moco. Si el moco permite la entrada de espermatozoides o no...usted va a inseminar y qué sobrevida pueden tener los espermatozoides en un lugar donde no haya moco cervical, si el moco es reservorio de espermatozoides, capacitación de espermatozoides, logra mantener la vitalidad de los espermatozoides (...) Eso lo hacemos afuera. Hay dos tipos: el test postcoital que mandas a la pareja a tener relaciones sexuales y a las 4- 6 horas de haber tenido las relaciones sexuales, pues observo a ver la sobrevivida y la movilidad del espermatozoide en el moco cervical. Ese es como decimos, in vivo. Y está el in Vitro: se coge moco cervical, se cogen espermatozoides, se ponen en contacto y se trata de ver la capacidad que tienen los espermatozoides de penetrar en el moco y mantenerse vivos ahí (...) Un test postcoital puede dar patológico por varias causas, o porque le moco no tenga las condiciones requeridas y no permita la sobrevivida de los espermatozoides o porque no se hace una relación sexual adecuada. A veces el hombre dice que eyaculó y no eyaculó, a veces la eyacuación es mínima. A veces el cuello está muy retroverso y sale el semen. Entonces ya nosotros normalmente no usamos tanto esa prueba por todas estas cosas que te estoy explicando. Usamos más el test de penetración que nos descarta primero, la calidad del moco, segundo la calidad del semen, tercero la capacidad que tienen los espermatozoides de meterse en ese moco, cuarto, nos permite diagnosticar si hay algún presunto factor inmunológico: si el moco ha creado anticuerpos contra los espermatozoides. Se puede hacer una prueba cruzada: pones el semen de un hombre con el moco de otra mujer, y al moco de su pareja lo pones en contacto con el semen de otro hombre, con características similares a las de su esposo. Características en cuanto a conteo y demás (...) Este tipo de pruebas las hacemos bastante frecuente y no hace falta ningún recurso extra: el microscopio, la experiencia del técnico y conocer la biología humana.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

“La otra prueba que hacemos es el test de hinchamiento hiposmótico, que es colocar a los espermatozoides en unas condiciones adversas, en una solución hiposmótica, con una osmolaridad por debajo de la habitual. El espermatozoide si está vivo, su pared celular se mantiene intacta, entonces qué hace, por osmolaridad él se hincha, la cola en distintas partes. Si él no está vivo, no se hincha la cola. Entonces usted pone a ese espermatozoide en ese medio, lo observa y mientras más espermatozoides hay, más espermatozoides sobreviven al cabo de las 3- 4 horas. Eso es en esencia lo que se hace acá.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

“(...) la otra cosa que hacemos, que no la hace ningún otro laboratorio es que a través del moco cervical nosotros podemos sospechar la presencia de clamidia. Se está haciendo incluso una tesis para utilizar la presencia de esas células ciliadas como marcador indirecto de clamidia, donde está dando una positividad de alrededor casi del 90 %. Quiere decir que cada vez que nosotros vemos en el moco esas células ciliadas...llevamos años en esto.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

“La otra es la recuperación del semen para la inseminación artificial, que no llega a ser una prueba diagnóstica, pero que te permite a ti ver qué capacidad tú tienes de recuperara esos espermatozoides con buena movilidad y características para la futura inseminación artificial. O intracervical o intrauterina, se trata de que sea intrauterina porque intracervical no estás resolviendo nada (...) en el proceso de inseminación artificial, para lo cual sí debe hacer una donación de semen todos los meses [se refiere al hombre de la pareja en estudio]. Por qué, porque si tuviéramos condiciones para conservar esas muestras...congelábamos espermatozoides. Se plantea que no tienen la misma capacidad fecundante, por lo tanto hay muchos laboratorios del mundo que siguen haciendo igual, con semen fresco, la donación de semen para la inseminación artificial.” (Licenciada en Biología del Hospital II)

Relación usuarios- prestadores (subcategoría)

Hospital I

Consulta No. 1: Mujer que asiste sola y está sentada en la silla pegada a un lado del buró donde el médico está sentado. La paciente le hace preguntas que no alcanzo a escuchar por el ruido ambiental que existe en el área debido a la conversación entre otro personal de la salud presente en la sala contigua dedicada a las inseminaciones. El médico le explica a la paciente las técnicas de reproducción asistida. Le dice que se encuentra en muy buen momento para salir embarazada y le da sus datos (teléfono de su casa) para que lo llame si sale embarazada *"para indicarte progesterona"*. Ella le pregunta al médico si no necesita otro tratamiento. Él le dice que la progesterona cuando consiga el embarazo. La paciente es de Holguín y el médico le dice que puede regresar allá. Ella le plantea que ha abortado con anterioridad y que tiene mucha preocupación. Él le pregunta si hubo estudios al feto abortado. Ella le dice que no sabe. El médico le dice: *"Yo se que no es fácil, tranquila nos llamamos"* Se despiden con un beso. La consulta demora ocho minutos.

Consulta No. 2: Mujer que pasa a sentarse en la silla ubicada a un lado del buró del médico y que antes había estado esperando en el área aledaña donde hay un sofá. El médico le pregunta la edad y revisa su historia clínica. La indica realizarse un ultrasonido y le dice que vuelva cuando lo haga. La consulta demora tres minutos.

Consulta No. 3: Mujer que asiste sola y se sienta en la silla ubicada a un lado del buró del médico. El médico anota en la hoja de cargo su nombre y apellidos. El médico comienza a hacer preguntas sobre su menstruación mientras revisa historia clínica y resultados de pruebas diagnósticas indicadas con anterioridad. El médico le solicita a la bióloga del servicio hacerle test de embarazo. Le indica a la paciente que pase a la otra habitación. La mujer regresa con el test. En ese momento ya hay otra paciente consultándose con el médico, por lo que se mantiene de pie. Colocan el test sobre la mesa, el médico lo mira y lo vuelve a colocar. La muchacha se inclina para verlo. El test es negativo. El médico le indica continuar el tratamiento con Danazol 3 meses más. La consulta frente al médico demora seis minutos.

Consulta No. 6: Mujer sentada en la única silla ubicada a un lado del buró donde el médico consulta. La madre la acompaña y permanece de pie a su lado todo el tiempo. El médico no la mira mientras la mujer le habla. El médico se mantiene todo el tiempo revisando los papeles que ella le entregó. Ella recibe algunas indicaciones por parte del médico y se despiden con un beso La consulta dura menos de cinco minutos.

Caso No. 7: Mujer sola sentada en la única silla ubicada a un lado del buró donde el médico consulta. El médico se mantiene revisando los papeles que ella le entrega, mientras ella le habla. Él la escucha atentamente y le explica algo. Justo al lado de la mesa hay un teléfono. Una médica ajena al servicio conversa desde él. El médico le dice a la paciente que le va a indicar un test hormonal para después de eso decidir que hacer. Ella pregunta si eso es un análisis de sangre. El médico le responde afirmativamente y después se despiden. La consulta dura casi cinco minutos.

Consulta No. 8: Mujer que asiste sola y se sienta en la silla ubicada a un lado del buró del médico. El médico le indica realizarse un ultrasonido con la Dra. Margarita y regresar después. La mujer regresa y el médico le indica un tratamiento médico, el mismo médico le da las tabletas que debe tomar. Ella le entrega un regalo, el lo recibe apenado y se despiden con un beso. La consulta frente al médico demora cuatro minutos.

Consulta No.10: Pareja que asiste junta, el hombre es el entrevistado durante 5 minutos mientras permanece de pie y la mujer sentada en la silla. El médico pregunta datos a ella. Una médica habla por teléfono en alta voz al lado del buró. El médico le indica a la mujer que vaya a hacerse la historia clínica y regresen. Se trata de la confirmación de un diagnóstico realizado con anterioridad, de una presumible azospermia. No alcanzo a ver cuando regresan. La consulta dura ocho minutos.

Consulta No. 11: La pareja entra a la consulta y ella saluda al médico con un beso. El médico pasa directamente a leer la historia clínica de la paciente y a escribir. La mujer se sienta y el hombre permanece de pie, inclinado sobre el buró, observando todo lo que hace el médico. La paciente le muestra al médico los resultados de alguna prueba. El médico (sin hablar) busca en un sobre que tiene sobre la mesa el resultado de una prueba diagnóstica, y cuando aparece presilla el papel a la historia clínica. El médico (sin hablar) comienza a escribir en la historia clínica. Los miembros de la pareja observan con atención lo que el médico escribe. El médico le pregunta a ella qué día menstruó. No alcanzo a escuchar el resto de la consulta pues entra personal de la salud hablando en voz alta y se mantiene cerca del buró del médico. La consulta dura siete minutos.

Consulta No. 12: Mujer sola sentada en la única silla ubicada a un lado del buró donde el médico consulta. El médico le pregunta si ya menstruó en noviembre. El médico lee con detenimiento la historia clínica. Observa cada cierto tiempo el test de embarazo de la mujer que atendió hace un rato. El médico comienza a escribir en la historia clínica sin hablar con la paciente, quien observa lo que el médico escribe. El médico le dice que presenta una obstrucción de la trompa derecha, le explica que la otra está perfectamente permeable. Ella le pregunta qué significa eso y el médico le responde: *"que pasa bien"*. El médico le indica un tratamiento para la endometriosis con tabletas anticonceptivas por tres meses y le dice: *"a ver que pasa, para ver si después te puedo inseminar"*. El médico le dice que esas tabletas se venden por la libre en cualquier farmacia. Ella le hace preguntas al médico que no alcanzo a escuchar, pues hay muchas personas

dentro de la consulta que se mantienen hablando. Ella le describe las características de su última menstruación y él le expresa su duda acerca de que esté embarazada ya y le indica realizarse un ultrasonido y regresar. La consulta demora cinco minutos.

Consulta No. 24: Pareja que asiste junta y es la mujer la que se sienta en la única silla disponible mientras el esposo permanece todo el tiempo de pie junto a ella. El médico hace algunas preguntas generales y el esposo se agacha para escucharlo. El médico pregunta sobre la primera menstruación de ella y cuando la mujer responde, el médico interrumpe para decir que fue una menarquia tardía, ella rechaza esa idea y le dice: *"en mi época la gente no menstruaba tan temprano"* después de lo cual el médico no comenta nada. El médico le realiza una entrevista general a él. Le explica el resultado del espermograma y le dice: *"está bien en términos generales"*. El paciente le hace preguntas al respecto. El paciente la habla al médico sobre su operación de varicoceles y dice que: *"después de eso ha sacado dos barrigas"*. El médico les indica tomar dos tabletas de vitamina E por 30 días y polivit. También les indican un test postcoital. Les explica cómo tener relaciones el día 10 del ciclo para realizar el test. La consulta demora 10 minutos.

Consulta No. 35: Pareja que asiste junta y es la mujer la que se sienta en la única silla disponible mientras el esposo permanece todo el tiempo de pie junto a ella. Ambos se negaron a ser entrevistados. Por la investigadora. Ella dice que la razón es porque ya tiene hijos, pero él no y él se niega porque no tiene hijos y ya estar aquí, para él es bastante malo. El médico lee la historia clínica si mirarlos. Mientras esto sucede, discuten entre ellos por haber extraviado un papel y sobre la responsabilidad en ello. Él se disgusta y hace por retirarse, pero no lo hace del todo. El médico levanta la vista y mira a la investigadora. El médico comienza a hablar con la mujer mientras el hombre se mantiene dentro de la consulta, pero alejado, sin prestar atención. Solo cuando la mujer lo llama y le dice que se acerque, él lo hace. Ella se levanta de la silla y lo hace sentarse a él diciéndole: *"siéntate para que el médico te explique y le hagas todas las preguntas a él"*. El médico le dice que: *"el espermograma le dio elevados leucocitos en el semen y eso indica que hay infección en el semen"*. El mira a la esposa y le pregunta a ella: *"¿qué significa eso?"* Y ella le responde: *"pregúntale al médico"*. El médico vuelve a explicarle, él se nota desconcertado. Ella le pide al médico que le explique lo que ella ya le ha explicado a él acerca de la importancia de que asista junto con ella a la consulta. El médico le explica y seguidamente le indica tratamiento. La consulta demora 10 minutos.

Hospital II

Consulta No. 2: Antes de hacer pasar a la pareja el médico a solas con las observadoras, les ofrece toda la información sobre el caso: pareja que lleva 10 años sin tener descendencia, procedentes de Pinar del Río. Él es piloto. Ella tiene 36 años y él es un caso de azospermia. Él fue tratado con espermotrem y hoy se le van a dar los resultados con un cambio sustancial en el espermograma: junio- escasos espermatozoides, julio- 2 millones, diciembre-19 millones. Se hace pasar a la pareja (él viste uniforme militar), se sienta cada uno en una silla frente al buró. En la consulta se encuentra también la Lic. En Biología que trabaja en el laboratorio y una vez sentados le pregunta a él: *"¿cómo se ha sentido orgánicamente?"* El responde que bien y el médico seguidamente le pregunta: *"¿qué tiempo lleva con el espermotrem?"* Es la mujer quien responde diciendo que 1 mes y que el último espermograma se lo hizo al mes de comenzar con el tratamiento. El médico crea una atmósfera de tensión antes de dar el resultado, demorando el momento de hacerlo, haciendo mientras preguntas relacionadas, dando indicios a medias, creando curiosidad en sus interlocutores. Cuando ha logrado el climax de curiosidad y ansiedad en los pacientes (ríen con nerviosismo y a penas hablan) anuncia el resultado del espermograma, colocando frente al hombre el papel. Se producen unos segundos de silencio por parte de todos. Ella se muestra visiblemente emocionada (lágrimas en los ojos). Él sin expresar demasiado se queda mirando fijamente el resultado y esboza una sonrisa. Él médico le pregunta por las características de la eyaculación y sobre el volumen del semen. Ella le responde que normal. Ella le pregunta al médico *"si continúan tomándolo"* (en plural). El médico le dice que sí, que debe tomarlo dos meses más y agrega que, una vez mejorado el factor masculino, queda ahora *"seguir con ella"*. Ella hace una relatoría de lo que se ha hecho y el médico le dice que *"hay que correr con ella"*. Le indica los exudados para hacer histerosalpingografía. Ella habla de su alegría por el resultado que acaba de recibir. El médico le dice que ahora sí hay posibilidades de embarazo. Le explica a ella que deben sacar de sus mentes que sus posibilidades están en la inseminación artificial, que deben tener relaciones sexuales normalmente. Les dice que no se deben guiar por los días del ciclo y *"deben reforzar tener relaciones para embarazar"*. Se marchan muy contentos y hablan de la posibilidad de ponerle al niño el nombre del médico. La consulta demora 12 minutos.

Consulta No. 3: El médico lee el nombre de la paciente en la historia clínica y la llama. Cuando entra le pide un tiempo para *"ubicarse"*. Mujer que acude sola y que alcanza a leer en la historia clínica que tiene 36 años. Se sienta frente al médico. El médico le pregunta el tiempo que lleva con su pareja y ella le responde que 10 años. Le pregunta si ha tenido embarazos anteriores y ella responde que ha tenido dos ectópicos y que perdió la trompa derecha. Ella le explica al médico que viene porque desde septiembre no ve la menstruación, pero que *"no se siente embarazada"*. El médico le pregunta si es la primera vez que le sucede esta irregularidad. Ella le responde que no, que desde el primer embarazo ectópico ha sido irregular. El médico gira su cabeza hacia donde se encuentran sentadas las observadoras y les dice, refiriéndose a la paciente, que ella tiene permeable la trompa que le queda, pero con una cirugía hecha lo que reduce a un 25 % las posibilidades. Continúa el médico explicándoles a las investigadoras que en octubre fue la consulta anterior

y se le dio tres meses *"tranquila en su casa"* teniendo relaciones sexuales. Seguidamente el médico les extiende a las observadoras los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas: Espermograma- normal, Trompa permeable, Factor séptico negativo. El médico le indica a la paciente que se acueste en la cama para realizarle ultrasonido. Una vez que está realizando el ultrasonido, llama a una de las investigadoras y él explica lo que está observando, sin dirigirse a la paciente: imagen intrauterina. Cuando termina le indica a la paciente un test de embarazo para realizarlo allí mismo, sin explicarle nada. Al rato regresa con el test de embarazo que resultó ser negativo. El médico le pregunta a la paciente dónde vive. Ella responde que en el Vedado. El médico escribe en la historia clínica. Le dice que le inducirá la menstruación para realizar después el resto de las pruebas, que no le explica para que son ni en qué consisten. Le indica tratamiento con progesterona. Le explica a una de las observadoras el por qué de dicha indicación haciendo referencia al hirsutismo de la paciente, tocándose él en la zona del bigote. Le dice a la paciente que venga a verlo al 5to. Día de la menstruación para hacerle un ultrasonido. La consulta duró en total 12 minutos.

Consulta No. 14: El médico hace pasara a la pareja y cada uno se sienta en una silla frente al médico. El médico lee en voz alta la historia clínica: 13 años de relación. Vienen a esta, su primera consulta remitidos de la consulta externa del propio hospital. Dos embarazos anteriores. Espermograma normal. Trompa derecha permeable y la izquierda obstruida. Test de penetración excelente. El médico le pregunta a ella cuándo se hizo los últimos exudados. Ella responde que no recuerda. Él esposo le recuerda que se los hizo *"antes de la láparo"*. El médico le explica que falta ver *"la supuesta infección en el moco cervical"* pues aparecen en él abundantes leucocitos. El médico habla también de estudiar el factor ovulatorio. Después que la paciente hace referencia a su *"miedo"* a la fertilización *in vitro* por tener un primito concebido así, que ella considera no es normal, la Lic. del laboratorio (presente en la consulta) le explica en detalle en qué consiste esta. Seguidamente la especialista los invita a *"formar parte de esta familia"* y les dice que el *"objetivo principal de ellos aquí es embarazarla"*. El médico dice que *"deben quitarse el sentimiento de culpa"*, que la *"infertilidad es de los dos y deben tener confianza"*, y les explica la necesidad de *"liberar el estrés"*. Les indica otras pruebas diagnósticas entregándoles varios papeles y sin explicarles en qué consisten les dice que se las hagan y después vienen a verlo. La consulta demora siete minutos.

Consulta No.18: Pareja que proviene de la consulta de pérdida recurrente del embarazo, según le explica el médico a las observadoras, antes de hacerla pasar. El médico también les informa a las observadoras que la mujer tiene 41 años y padece de tiroiditis de Hashimoto, que ha tenido tres abortos, uno espontáneo y dos diferidos, el último de estos en el 2008. La pareja una vez dentro se sienta cada uno en una silla frente al médico. El médico le pregunta a ella si no le han hecho estudios hormonales recientes y ella le responde que no. El médico le explica que por su edad debe *"buscar cómo anda la reserva funcional ovárica"*. Le explica a la mujer que hay que hacerlo para *"saber la estrategia a seguir"*. Le dice que nunca la va a engañar. El hombre pregunta dudas cada rato, como por ejemplo si *"¿aquí arriba me van a repetir todo?"*. El médico las responde de manera rápida, pero insiste mucho en la edad de ella. Seguidamente le explica a ella el test de clomifeno y que la primera extracción es el día 3 del ciclo. Le indica que debe ir a hacérselo al Aballí, pues es donde tienen coordinado esto. Le entrega los papeles y los despide diciéndoles que *"vengan cuando se hayan hecho eso"*. La consulta dura ocho minutos.

Caso No. 20: Mujer que acude sola a consulta y cuando entra se queda parada esperando porque el médico la haga sentar. El médico nos e percata pues se encuentra leyendo la historia clínica. En la misma las observadoras alcanzan a ve que la paciente tiene 36 años y vive en Santa Cruz del Norte. El médico levanta la vista y le indica que se sienta en una de las sillas. Gira su cabeza hacia donde se encuentran las observadoras y les explica que ella empezó a examinarse, pero de momento la respuesta ovárica no fue buena. Se le indicaron pruebas hormonales y la FSH *"salió un poco alterada"*. Seguidamente le médico le explica a las investigadoras lo que le indicará a la paciente y por qué: test de clomifeno. Le indica a la mujer que localice a una persona en el Instituto de Endocrinología para realizar el test. Se despiden después de entregarle los papeles. La consulta demoró cuatro minutos.

Caso No. 27: Entra la mujer sola a la consulta y el médico pide que pase el esposo quien se encontraba parado afuera. El médico se dirige a las investigadoras y les dice que ella tiene 39 años, viven en el cerro y tienen 5 años de relación de pareja. El tiene un hijo de otro matrimonio y ella lleva 10 años tratándose. El médico continúa explicando a las observadoras que ella comenzó en esta consulta a mediados del 2008, pues antes había pasado por varios hospitales. Lee lo que aparece en su historia clínica: *"microadenoma, hirsutismo, dos abortos, hiperprolactinemia"*. Continúa leyendo: *"se trato desde marzo de 2009 con cabergolina y todavía la está tomando"*. El paciente se nota visiblemente apenado (se sonroja). Ella se nota visiblemente nerviosa (mueve las piernas acompasadamente hacia un lado y otro con las manos ubicadas entre sus muslos). El médico se dirige al esposo y le dice: ¡ríete compadre! Después de lo cual el hombre solo alcanza a esbozar una sonrisa. La paciente saca todos sus papeles los que se encuentran guardados en un álbum de fotos. El médico le indica a ella que pase a hacerse un ultrasonido. El médico le informa que tiene 6 semanas de embarazo intraútero. No mandan a pasar al esposo, sí a las investigadoras. El médico le indica a ella que debe regresar dentro de 15 días para repetirse el ultrasonido y que debe continuar tomando la cabergolina. Ella regresa a sentarse al lado de su esposo visiblemente emocionada (lágrimas en los ojos), pero no intercambia nada con él. El médico le extiende un papel a ella y le dice: *"toma les regalo la primera foto de su hijo, ahora ese álbum lo van a tener"*

que usar para las fotos del bebé, así que vayan sacando todos esos papeles de ahí” El médico les explica el carácter incierto del inicio del embarazo y que si este se “concreta” la remitirá a genética. El médico les indica suspender las relaciones sexuales pues le explica que la prostaglandina del semen puede provocar contracciones uterinas. Ella le dijo que cuando tuvo relaciones tuvo “manchitas”. El médico le resta importancia y se despide de ellos. La consulta demoró 11 minutos.

Hospital III

Consulta No. 1: Mujer que entra sola a la consulta después de haber sido llamada por la enfermera parada en la puerta. Se sienta en la silla colocada frente al buró del médico. No se saludan. Ella le alcanza sin hablar unos papeles al médico y este los recoge los coloca despacio en la historia clínica sin decir palabra. Cuando termina le dice a la mujer que le va a indicar una prueba que es muy importante pues es para “saber la permeabilidad de tus trompitas”. Cuando va a escribir la orden, le pregunta el nombre. Le indica a la paciente que debe dirigirse al Dpto. de rayos X y sacar turno. Le dice: “cuando te hagas la plaquita, entonces sacas turno para mí”. La consulta fue interrumpida tres veces por diferentes personas y motivos y demora en total tres minutos.

Consulta No. 2: Mujer que entra a la consulta después de haber sido llamada por la enfermera parada en la puerta, por un nombre incorrecto que rectifica después. Acude con su esposo y dice buenas tardes. El médico no le responde ni la mira. La paciente se sienta en la silla frente al buró del médico. El esposo permanece de pie pues no hay donde sentarse. El médico revisa el resultado de la “láparo” que ella le entrega y el médico pregunta por qué se ha demorado tanto en venir. Ella dice que un día vino y él no dio la consulta y otro había tanta gente que se fue. El médico la regaña fuertemente y le dice: “después ustedes se quejan porque se demoran” después le dice que el resultado de la láparo es que: “tienes las trompas obstruidas y llenas de múltiples adherencias”. De manera rápida y simple le dice: “aquí ya no tengo más que hacerte y tú única alternativa ahora es ir al [menciona el nombre de otro hospital de la ciudad] para algo que está comenzando ahora, la fertilización in vitro”. El médico comienza seguidamente a escribir en la historia clínica. La pareja aparenta bajo nivel de instrucción y sus caras son muy serias. Ella se nota bastante nerviosa, busca la mirada de las personas a su alrededor y no logra hacer contacto visual con nadie. Hace contacto con la mirada de una de las observadoras y su mirada denota confusión y desespero. Tiene los ojos llorosos. No pregunta nada al médico. El esposo abandona la consulta sin decir nada, aprovechando que se abre la puerta debido a una de las frecuentes interrupciones. El médico continúa escribiendo y sin dejar de hacerlo le dice que le mandará algunos estudios para que llegue bien estudiada al [menciona el nombre de otro hospital de la ciudad]. Le dice que esta prueba que le va a mandar ahora es para saber cómo anda la ovulación., que después quedarían los estudios hormonales y repetirle el espermograma a él. Le dice que cuando caiga con la menstruación venga para sacar el turno para la biopsia y el día que se la haga saca entonces el turno para él. La paciente se levanta y se va. La consulta demora tres minutos.

Consulta No.13: Entra una paciente con su mamá y antes de que ella se siente ya el médico está hojeando la historia clínica. La madre permanece de pie, pues no hay otra silla disponible. Sin saludar a la paciente el médico le pregunta: “¿y tú, no te fuiste a ver con la endocrino que yo te mandé?” -Paciente: “Sí” -Médico: “¿Dónde está lo que ella escribió?” -Paciente: “No, ella no escribió nada.” La consulta es interrumpida varias veces, pues la puerta se abre y entran personas a preguntar diferentes cosas. El médico visiblemente molesto por el tono de su voz y expresiones faciales (cierra los ojos y respira profundamente), le hace recordar todas las indicaciones anteriores, ella responde afirmativamente. El médico le dice que necesita ella lo entienda y le hace buscar entre sus papeles el método que él le había entregado. La paciente busca insistentemente en una jabita de nylon donde hay guardada una gran cantidad de papeles pequeños. El médico espera unos segundos y la hace desistir de buscar. Le dice que volverá a explicarle cómo lo va a hacer porque lo ha hecho mal. La paciente no entiende y el médico vuelve a explicar sin cambiar una palabra. Entonces la madre es quien pregunta: “¿cómo es?” El médico le explica a la madre sin variar una palabra. La paciente y su madre se refieren a la menstruación como “la regla” y el médico como “la menstruación”. El médico les habla de “ciclo”. La paciente aparenta tener un ligero retraso mental, lo que me fue corroborado posteriormente por el médico. El médico dijo al respecto a las investigadoras: “no se le puede decir que no”. La paciente le dice al médico que tiene turno para él el día 25 de febrero y él le dice que la espera. Se marchan y el médico exclama: “Dios sabe”. La consulta demora seis minutos.

Consulta No. 15. Mujer que acude sola, entra después de ser llamada por la enfermera, entra, se sienta y sin saludar le dice al médico que él le mandó “una láparo”, pero no pudo sacar turno porque no están dándolos por “problemas con el salón”. El médico le dice que entonces le va a indicar una biopsia premenstrual “para ir adelantando”. La paciente tiene en sus manos un nylon con los papeles ordenados dentro. El médico escribe en la historia clínica y cuando termina le pregunta a la paciente: “¿qué yo iba a hacer?” La paciente responde: “la orden de la biopsia”. El médico le indica cómo sacar el turno. Seguidamente le dice: “Fíjate te veo tratándote de hacer la láparo en otro lugar y oyeme lo que te voy a decir, las dos cosas al mismo tiempo no pueden ser. Son dos pruebas intempestivas, que no pueden ser a la vez. O una o la otra”. La paciente toma la orden, se despide y se marcha. La consulta demora dos minutos y medio.

Consulta No. 16. Entra una mujer que aparenta más de 50 años acompañada de un joven que le presenta al médico como su hijo. Ella aparenta trabajar en el hospital y viste bata blanca. Seguidamente entra una muchacha que parece ser la compañera del joven. Se sienta la muchacha y el resto de las personas permanecen de pie. El médico lee la historia clínica y le pregunta a la muchacha: "¿de cuántos días son tus ciclos?". El médico hace referencia a su historia reproductiva. En este momento hay 11 personas dentro de la consulta, realizando otras actividades y conversando entre sí. Se abre la puerta y vuelve a entrar el caso anterior a buscar un turno con una de las tres enfermeras que están dentro de la consulta, es ella quien los da y la gente entra todo el tiempo para solicitarlos. El médico se dirige al joven y le dice que su espermograma es normal con motilidad baja. Le dice a su compañera que sus análisis están bien. Le dice a él que le va a repetir el espermograma y a ella le va a indicar una "plaquita" para ver como están sus trompas. La madre del joven explica al médico lo que le dijo a él el urólogo y el médico no hace comentario alguno al respecto. El médico le indica a la joven cómo realizarse la "pruebita" y cómo sacar el turno para verlo a él después. Seguidamente le indica a él un tratamiento por dos meses con: clomifeno, PV2 (le explica "esto es natural") e ibuprofeno. Le dice que después le dirá cuándo se debe repetir el espermograma. El paciente dice sorprendido: "¿Otro más?" El médico dice mientras escribe sin mirarlo: "y otro, y otro, y otro..." Una vez entregados los papeles a la muchacha, se despiden y se marchan. La consulta demoró 5 minutos.

Observación de la primera consulta que conducen dos médicos residentes de ginecología en el servicio correspondiente al Hospital III

Los dos residentes están en un mismo buró. La consulta consiste en un interrogatorio en el que se hacen preguntas generales de tipo sociocultural como por ejemplo: Edad, profesión, número de matrimonios, si la pareja "monta bicicleta" o "toma ron", número de relaciones sexuales en la semana y uso de anticonceptivos. Otras preguntas son sobre la historia reproductiva y antecedentes patológicos personales y familiares.

Las dos mujeres que vienen a esta primera consulta (una con cada médico residente) entran solas y se les hace preguntas sobre sus parejas masculinas. Una médica residente está escribiendo y la paciente se sienta frente a ella y unos segundos después le dice: "enseguida la atiendo". Seguidamente le pregunta: "¿él está ahora afuera?" (refiriéndose a su compañero), la mujer le responde que sí, pero no le indican pasar a la consulta.

Uno de los residentes le hace preguntas al médico sobre dudas que tiene del interrogatorio, quien se encuentra sentado dando su consulta en un buró aledaño. Se dirige a este como "profe". Los residentes hacen comentarios entre ellos en relación con la historia clínica que están llenando. Se escuchan varias voces a la vez en la consulta.

Tocan a la puerta y la abren constantemente desde fuera sin esperar a que se les responda desde dentro.

En esta primera consulta los médicos residentes les indican a los pacientes: serología, VIH y otros análisis como hemoglobina, glicemia, espermograma y exudados endocervical y vaginal. Les indican sobre los turnos y los lugares para sacarlos.

Las pacientes solo hacen preguntas sobre los turnos y los lugares, el resto del tiempo se limitan a responder.

ANEXO 9.

Características generales de los ambientes observados en Salas de Espera

Hospital I

- ✓ Salón amplio con 8 filas de bancas con asiento independientes, algunos de ellos rotos.
- ✓ En algunas ocasiones, varios pacientes y/o acompañantes se mantienen de pie pues no hay suficiente disponibilidad de asientos.
- ✓ El área de Información del Hospital se encuentra ubicada en este salón y las personas detrás del mostrador conversan todo el tiempo, hablan por teléfono y atienden al público.
- ✓ Hay bastante ruido ambiental: voces.
- ✓ El reloj en la pared marca una hora que no es, pues parece estar roto.
- ✓ Una puerta siempre abierta comunica el salón con un pasillo donde se encuentran las consultas con otros especialistas.
- ✓ Una puerta siempre cerrada comunica el salón con la Consulta de atención a la Infertilidad que tiene el rotulo de *Reproducción Asistida*.
- ✓ Una puerta siempre abierta comunica el salón con el baño, el cual despide un olor bastante desagradable.
- ✓ Coexisten en una misma área de espera, mujeres embarazadas, mujeres infértiles y mujeres puérperas con sus bebés, pues funcionan al unísono tres consultas diferentes.
- ✓ Existe aglomeración de personas que se muestran ansiosas, en las dos puertas que comunican con las consultas.
- ✓ Las enfermeras que custodian el paso a través de la puerta siempre abierta se colocan detrás del mostrador de información para leer el orden de las listas de pacientes e indicar el acceso de estos por grupos, hacia el interior del pasillo.
- ✓ Una vez dentro del pasillo los pacientes se mantienen de pie.

Hospital II

- ✓ Reducido vestíbulo al que se accede directamente desde la escalera.
- ✓ Una puerta, siempre cerrada da acceso a la consulta.
- ✓ En la puerta de al consulta se pueden leer varios carteles:
 1. Horario de histerosonografía
 2. Composición del equipo de trabajo
 3. Horario de las consultas de reproducción asistida con el nombre de los médicos responsables.
 4. Organización del servicio de US:
 - Previo turno
 - 4 turnos por hora
 - US transvaginal: vejiga vacía, en saya o vestido
- ✓ En el vestíbulo hay otra puerta que da acceso a una terraza donde no hay asientos.
- ✓ El vestíbulo se comunica a través de un estrecho pasillo con un cubículo que posee 8 asientos y un banco. En dicho pasillo hay un banco y unos closets empotrados en la pared. También una puerta que comunica al laboratorio.
- ✓ En el cubículo que también sirve como sala de espera se comunica con el laboratorio, un pantry y un baño.
- ✓ El cubículo está ornamentado con plantas, hay dos refrigeradores y un cartel colgado en la pared. Es un lugar limpio y ordenado.
- En la puerta del laboratorio hay varios carteles:
 1. Diploma de reconocimiento al laboratorio de reproducción humana.
 2. cartel de Hablar en voz baja
 3. Relación del equipo de trabajo:
 - Médicos (2)
 - Licenciadas (2)
 - Téc. Lab, clínico (1)
 - Auxiliar general (1)
 4. Horario de atención a pacientes con especificaciones según pruebas:
 - 8 am- 9 am: Estudio de Moco cervical, Test postcoital y Test de penetración in vitro
 - 9 am- 11 am: Espermograma
 - 11- 12 pm: Entrega de muestra para inseminación
 - 12: 30 pm- 3: 30 pm: Inseminaciones

- ✓ En el vestíbulo hay personas paradas, en silencio o hablando muy bajo, muy próximas a la puerta.
- ✓ Hay personas paradas en el pasillo.
- ✓ Hay personas sentadas en el cubículo donde están los asientos que conversan en voz baja, animadamente.
- ✓ Cuando se llenan todas las áreas pueden verse personas en la terraza paradas o sentadas donde pueden.

Hospital III

- ✓ Salón amplio con bancas a todo lo largo de este, pegadas a las paredes de ambos lados.
- ✓ No son suficientes los lugares para tomar asiento por lo que un gran número de personas se mantiene de pie.
- ✓ El salón tiene acceso 12 puertas que comunican o bien a consultas o a otro tipo de oficinas como el Archivo del Hospital y el Dpto. de Estadísticas.
- ✓ Hay bastante ruido ambiental: voces.
- ✓ El reloj en la pared marca una hora que no es, pues parece estar roto.
- ✓ Funcionan varios tipos de consulta a la vez.
- ✓ Coexisten en el salón mujeres solas, mujeres acompañadas por otras mujeres, mujeres con recién nacidos y parejas.
- ✓ Las puertas de las consultas se mantienen siempre cerradas.
- ✓ Existe aglomeración de personas que se muestran ansiosas frente a la puerta de la consulta de infertilidad.
- ✓ La enfermera abre la puerta y se coloca en su umbral para llamar a las pacientes (todos los nombres que menciona son femeninos)

ANEXO 10.

Descripción detallada de los espacios físicos con los que se cuenta para la realización de las consultas en cada servicio estudiado.

Hospital I

La consulta tiene una pequeña salita de estar con dos butacas y un sofá. A un metro de distancia aproximadamente, se encuentra el buró del médico con una sola silla para el paciente. Al lado del buró del médico existe una mesa pequeña donde hay un teléfono. Esta habitación donde se encuentra el médico posee una pequeña área dividida por un paraban de tela verde, donde hay una camilla ginecológica.

Contigua a la habitación donde se realiza la consulta se encuentra la sala de inseminación, a la que se tiene acceso a través de una puerta que se mantiene abierta cuando no hay pacientes dentro. Esta consiste en una habitación amplia que posee en su interior una camilla ginecológica. Esta habitación posee otra puerta que regula el acceso al pasillo que da paso al resto de las consultas del Hospital.

Hospital II

La consulta consiste en una habitación dividida por un paraban de tela verde, donde se encuentra una camilla ginecológica y un equipo ultrasonográfico. Este espacio se usa también para realizar las inseminaciones artificiales.

La consulta es un lugar acogedor y limpio, hay cuadros en las paredes y una pizarra acrílica donde se reflejan los datos de los resultados del servicio. En la pizarra se puede leer la definición de Excelencia: "Cuando se logra lo óptimo con el mínimo de recursos; hacer hacia el paciente lo que quisiéramos nos hicieran si fuéramos ese paciente" Tiene cortinas en la ventana.

El buró donde se sienta el médico tiene enfrente dos sillas para los pacientes y sobre él hay muchos papeles, historias clínicas y un teléfono.

Hospital III

Consulta amplia que en su interior posee dos buros. En uno está el médico con una silla para un paciente. En otro buró hay dos residentes sentados cada uno en una silla, con una silla frente a ellos para atender a un paciente.

Hay un lavamanos, varios archivos y un dispensario.

La mitad de la consulta está dividida por un paraban verde. Al otro lado una camilla ginecológica, lámpara y banqueta.

Hay tres enfermeras que hacen disímiles cosas: buscar en archivos, lavarse las manos, buscar medicamentos y hablar entre ellas.

Hay escasa iluminación dentro del local. La limpieza no es buena.

Las observadoras debemos permanecer de pie. No se nos ofrece asiento ni se nos procura confort.

Una persona que trabaja en el hospital le entrega el médico una HC y le dice es de la paciente que le trae y que está afuera. El médico le dice que hoy por ser el primer día se le hace la "anamnesis" por un residente.