

Globethics Repository



La maternización de la sociedad [Mothering of the Society]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Catalá Pérez, Consuelo
Publisher	Revista Internacional de Éticas Aplicadas
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-17 07:04:14
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/228353

La maternización de la sociedad: derechos reproductivos y salud primal

Consuelo Catalá Pérez

Universidad de Alicante

CATALAC@telefonica.net

Mothering of the Society: Reproductive Rights and Primal Health

RESUMEN: El valor social de la maternidad, cuyas raíces se entrelazan con el lema *lo personal es político*, se proyecta en la actualidad sobre nuevos escenarios que generan grandes controversias; escenarios que posibilitan, sin lugar a dudas, la implicación directa en el hecho maternal *biológico* de un mayor número de personas.

En este artículo se exponen algunas reflexiones sobre la ética de los cuidados maternos, de un lado, y los avances científicos en el área de la reproducción humana, de otro lado, que plantean nuevos retos y oportunidades desde la óptica del feminismo y por lo tanto de la sociedad. Tales reflexiones se enmarcan, previamente, en el recorrido de los derechos de la salud sexual y reproductiva, para finalmente exponer posibles instrumentos de *maternización* social, cuya premisa sea la decisión de la mujer. Dicha maternización se plantea en dos aspectos, a saber: el primero, en relación a la salud de los bebés; el segundo, en cuanto al avance de los derechos reproductivos y de maternidad.

PALABRAS-CLAVE: Salud, nuevas tecnologías reproductivas, salud primal, feminismo, maternaje

ABSTRACT: The social value of motherhood, whose roots are intertwined with the slogan "the personal is political", is currently projected onto new greatly controversial scenarios. These scenarios clearly facilitate the direct involvement of a greater number of people in biological maternal matters.

In this paper, some thoughts on the ethics of motherhood and scientific advances in the area of human reproduction are presented, which pose new challenges and opportunities from the perspective of feminism and, therefore, society.

These thoughts have been originally based on the rights of sexual and reproductive health to finally expose potential tools of social motherhood, whose premise is the woman choice. Such kind of mothering concept is developed in two aspects; one concerning the babies health, and the other based on the embodiment of motherhood rights.

KEYWORDS: Health, assisted reproductive technology, primal health, feminism, mothering

1. Introducción

"¿Puede que las condiciones sin precedentes de los nacimientos actuales provoquen transformaciones en nuestra especie?" (Odent, 2014, 1).

El presente artículo se divide en tres grandes apartados. La primera parte aborda la salud de las mujeres desde un punto de vista holístico e integral, donde se contempla los procesos de las mujeres en torno a su salud y cómo las diversas manifestaciones de su cuerpo deben ir unidas a las vivencias de las mismas y sus propias decisiones, en relación a ellas, a lo largo de su vida. Ello se inicia de manera inequívoca con la definición de salud como *bienestar* que la OMS acuña en 1946; de ahí que se realice una pequeña introducción sobre el cuerpo de las mujeres y las emociones. Este primer apartado desarrolla los cambios de paradigmas en salud que enmarcan, a



mi entender, la situación actual en la que se encuentra la vivencia de la maternidad en el siglo XXI, y donde la aparición de la anticoncepción como método científico supone el inicio no solo de la revolución sexual sino también de la revolución de la maternidad en sí misma.

Un segundo apartado trata de las dos grandes áreas de investigación que en la actualidad se están desarrollando en el campo de la reproducción humana, a saber: 1) la de las nuevas tecnologías reproductivas (NTR), la más conocida por entrar de lleno en el patrón de medicalización dominante; 2) el área desarrollada a partir del concepto de salud primal, también avalada por la evidencia científica, y que trata de desarrollar patrones de salud específicos en la atención al parto y al nacimiento así como en los primeros años de crianza. Las NTR posibilitan que el deseo de la experiencia biológica maternal por parte de opciones sexuales no coitales y de hombres homosexuales – aunque en nuestro país no esté legalizada la maternidad subrogada- se hagan realidad y sean accesibles.

El tercer apartado de este artículo aborda con mayor profundidad, precisamente, las prácticas desarrolladas a partir del mencionado concepto de salud primal, que implica praxis concretas en la vivencia del parto, nacimiento y crianza, que promueven una mayor implicación de las mujeres y de los hombres con los bebés. Ambas se pueden compatibilizar (aunque no sea así, a menudo, por razones ajenas a la salud en sí), y nos hablan de una realidad en la que existe un protagonismo directo mayor en el *hecho maternal* de personas (mujeres y hombres) impensable hace pocos años por razones de su opción sexual no coital u otras. Tales experiencias novedosas generan en la práctica demandas de salud (acceso universal a la prestación, dispositivos...) y demandas sociales (derechos de filiación, de fiscalidad, de guarderías...), abarcando y extendiendo las cuestiones ligadas a la maternidad cada vez a mayor número de personas en esta sociedad. Como complemento a esta última parte del artículo, se realiza igualmente (como en la anterior sección) una pequeña reseña sobre el feminismo y la maternidad.

Por último, a modo de coda y conclusión, se aborda el maternaje como una práctica social necesaria y conveniente, susceptible de introducirse en los nuevos derechos de ciudadanía maternal y que está muy ligada a las prácticas en relación al parto y crianza desarrolladas desde el concepto de salud primal, donde las mujeres tienen un protagonismo individual pero también grupal, siendo éste último el reto para los próximos años.

2. Paradigmas en el ámbito de la salud y los derechos de las mujeres

2.1. Sobre el cuerpo y las emociones de las mujeres

El *cuerpo* es una representación sociocultural. Constituye el único espacio propio que nos acompaña toda la vida y, a través de él, nos relacionamos con nosotros/as y con el exterior (incluyendo a los otros/as). A su vez, las *emociones* forman parte de los sujetos sociales, se encarnan cotidianamente en la interacción con los otros y forman parte del flujo de acontecimientos de la vida individual y colectiva. Las emociones son un rasgo de identificación, apego y cohesión social. En ese sentido podríamos decir que son producto y origen de colectividad, porque la vida afectiva establece vínculos sociales (López Sánchez, 2013). Debido a esto, no podemos olvidar que la capacidad de reproducción de la especie y las emociones de las mujeres han sido utilizadas por el patriarcado para someter a las mujeres, teniendo como cómplice necesario para la interiorización del “mandato patriarcal” a la rama de la ginecología y obstetricia (dentro de la medicina), entre otros. Igualmente, debemos recordar que en el cuerpo de las mujeres está la clave para la reproducción de la especie, pero sin olvidar que las mujeres –antes y después de ser madres– desean seguir siendo mujeres (Sedeño et al, 2012).

En la actualidad, y siendo cierto que la aparición de la anticoncepción supuso la posibilidad real de desmontar las bases pseudocientíficas sobre las que se construyó el cuerpo biológico y social de las mujeres, en estos momentos, en el campo de las NTR se están reproduciendo por necesidades obvias (*cuerpo de mujer*), los viejos mandatos con nuevas formas.

2.2. Sobre los paradigmas

El *primer cambio de paradigma* se produce a raíz de la definición de Salud como Bienestar por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946, que obliga –en el ámbito de la prestación sanitaria– a que los pilares de atención de la salud a la población sean la salud pública y la epidemiología. Por tanto, estamos hablando de una salud pública cuyos pilares tienen en cuenta la autonomía de profesionales no médicos, introduciendo el equipo multidisciplinar, así como la participación de la población en general. En el ámbito de las mujeres, más específicamente, se introduce el análisis de género, dándoles visibilidad no sólo biológica sino también socialmente,

a partir de tareas y funciones realizadas tanto en el ámbito privado como comunitario. Es tal la importancia de la nueva definición de salud que incluso acuña el modelo de sociedad democrática al que se aspira, que no es otro que el Estado/Sociedad del Bienestar, en el ámbito económico, social y político.

El *segundo cambio* de paradigma se produce con la *aparición de la anticoncepción como método fiable* en 1950. No voy a referirme al papel fundamental que tuvo Margaret Sanger (EEUU, 1879-1966) –enfermera de profesión–, quien hasta hace poco tiempo era invisible para la historia, apenas para reseñar que financió las investigaciones en el área de la anticoncepción hasta el final de sus días.

El descubrimiento de la píldora anticonceptiva ha tenido tres implicaciones en distintos niveles o ámbitos:

- En el ámbito de la *salud*, introduce por primera vez la prestación dirigida a personas sanas y el concepto saludable de la sexualidad, así como la autonomía profesional de la enfermería y de otras disciplinas en el ámbito de la salud. Establece la participación y decisión de la usuaria/pareja como elemento saludable y liberador en la prestación de la anticoncepción. Por tanto, lleva por primera vez a la práctica el término de salud como bienestar y fue un precedente del concepto de “Atención Primaria de Salud” definido en la Conferencia de Alma-Ata.
- En el ámbito de las mujeres, el poder desvincularse del único destino social a que estaban abocadas por razón de su sexo, significó el inicio de la liberación de la mujer. Además, permitió desenmascarar –tanto desde la evidencia científica como la exclusivamente ideológica– las bases sobre las que la medicina había construido la inferioridad y expropiación del cuerpo femenino. Y, por ello, posibilitó *de facto* la vivencia del cuerpo de la mujer como fuente de salud, de placer y de vida a través de la sexualidad como vivencia saludable, y de la maternidad como opción vital libre y consciente. Todo ello ha tenido gran trascendencia, no sólo para las mujeres, sino para sus hijas e hijos y para el bienestar entendido como felicidad, tanto a nivel individual como de la comunidad.
- En el ámbito político y democrático, inicia el camino de la concreción de los derechos en el área de la sexualidad y de la reproducción (Conferencia de El Cairo en 1994). El reconocimiento de la autoridad de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sobre sus vidas, junto a la obligatoriedad de garantizar mediante políticas

públicas las prestaciones de planificación familiar y de derechos reproductivos, incluida la interrupción voluntaria del embarazo, fueron paralelos al desarrollo democrático de la sociedad. Asimismo, el trayecto recorrido de incorporación de las mujeres a la educación y al ámbito público, ha puesto sobre el tapete la necesidad urgente de formular un nuevo “contrato social” entre mujeres y hombres. En él, la reivindicación del movimiento feminista acerca de “lo personal es político” cobra vigencia y urgencia ante el desequilibrio entre mujeres y hombres en relación a las tareas y obligaciones en el ámbito privado y público.

El *tercer cambio de paradigma* se está produciendo en la actualidad y surge a raíz de las investigaciones y los avances más recientes en el área de la reproducción. Actualmente estamos ante un escenario en el que el coito ya no es la única expresión sexual reproductiva de la especie, aunque dicha reproducción siga pasando por el cuerpo y las emociones de las mujeres. Por tanto, en relación a la maternidad, cabe señalar que en ese deseo de maternidad consciente es necesario añadir actualmente el deseo de maternidad biológica por parte de mujeres solas o con opciones sexuales no coitales y varones que comparten este deseo.

Y ello no es una utopía, sino que es posible y accesible. Además, con una gran aceptación social, tanto por parte de las/los usuarios de estas técnicas como por la de los profesionales que las practican (al contrario que las interrupciones voluntarias del embarazo, IVE). Se abre pues un abanico –impensable hace pocos años– de personas que pueden optar a la maternidad biológica, empezando por obviar el llamado “reloj biológico”: desde parejas, ya sean de hombres o de mujeres homosexuales que pueden recurrir a un “vientre de alquiler” –aunque en nuestro país no esté legalizado–, a las familias *monoparentales* formadas por mujeres y hombres sin pareja, que desean descendencia. Todo ello, además, da lugar a nuevas demandas en relación a los “derechos sexuales y reproductivos”, pues se plantean nuevas prestaciones en el acceso a las técnicas de reproducción (fecundación in vitro, maternidad subrogada, etc.) y nuevos derechos de los hijas e hijos –sin distinción de cómo han sido concebidos, ni en qué tipo de familia se integran–, así como nuevos derechos en el ámbito laboral y social.

Situando los dos primeros paradigmas en el siglo XX y el tercero en el siglo XXI, podemos concluir que en el tercer paradigma aparece un *nuevo denominador*: el *coito ya no es el único y exclusivo acto* que posibilita la reproducción de la especie;

sin embargo, *sí se mantiene un denominador común en los tres paradigmas, a saber: el hecho de que el poder de la reproducción de la especie sigue pasando por el cuerpo de las mujeres.*

3. Las nuevas tecnologías reproductivas y la salud primal

Anteriormente ya hemos apuntado cómo la incidencia de la ciencia y la tecnología en el campo de la reproducción han constituido históricamente un modo de ejercicio del poder patriarcal.

Con el desarrollo de la medicina moderna y, en particular de la ginecología y obstetricia, se produce una apropiación, dominación y control del cuerpo femenino, a través del monopolio de un conocimiento revestido de ciencia. Curiosamente, la inferioridad y el sometimiento de las mujeres al mandato patriarcal se basaba en la inferioridad de nuestros cuerpos y la debilidad de nuestras mentes, marcando como único destino posible el de ser madres, dentro del orden establecido.

El descubrimiento de la anticoncepción y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos han posibilitado a las mujeres desmontar la falsedad de esas bases pseudocientíficas e iniciar el camino de la liberación de las mujeres y, con ello, también de los hombres.

3.1. Sobre el feminismo y la maternidad

Para abordar la complejidad de la maternidad, el feminismo ha generado diversas propuestas, entre las que se encuentran las posturas teóricas que proponen asumir la capacidad generadora del cuerpo de las mujeres, considerándolo como fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos. Esta perspectiva feminista convierte la maternidad en sinónimo de un vínculo intrínseco y básico entre las mujeres; contempla con un nuevo enfoque las relaciones materno-filiales y, al mismo tiempo, rechaza la "institución materna". Resaltando la capacidad de reproducción de la maternidad en un sentido amplio, intenta desligarla de las representaciones hegemónicas que aseguran la permanencia de las mujeres bajo el control masculino; y plantea la distinción entre la maternidad como institución y como experiencia (Saletti Cuesta, 2008).

En cuanto a esta interesante distinción, parece que debe ahondarse más, ya que en la actualidad el deseo de la experiencia maternal por parte de opciones sexuales no coitales y de hombres homosexuales apuntan, precisamente, en esa dirección: de forma inédita en la historia de la humanidad, son cada vez más las personas (mujeres y hombres) implicadas de forma directa, desde el deseo y el placer, en el hecho biológico maternal. Y si entendemos, como Victoria Sau (1995), que la maternidad biológica no puede ser considerada maternidad desde una perspectiva de rango humano si no va seguida de su correspondiente trascendencia en lo social, económico y político, se supone que, en este contexto, estamos en mejores condiciones para lograr o aproximarnos a esa trascendencia.

3.2. Las nuevas tecnologías reproductivas (NTR)

Tan solo un año después del nacimiento de Louise Brown, en 1979, Helen Holmes organizó y dirigió un taller titulado "Ethical Issues in Human Reproduction Technology: Analysis by Women". Noventa feministas acudieron al Hampshire College de Amherst, Massachusetts, para debatir sobre las nuevas y viejas tecnologías de reproducción y discutir el modo de evaluarlas.

El debate en torno al significado de las NTR, como nueva forma de expropiación del cuerpo y de la vida de las mujeres, sigue estando presente. Pero en dicho debate, y dados los avances producidos en el campo de la prevención de las enfermedades genéticas o en el campo de la biomedicina regenerativa, se distingue claramente del concepto de NTR tal como se iniciaron (Martí Gual, 2011).

Ahora bien, treinta y seis años después de ese taller, y en relación al *deseo* de maternidad consciente entre personas con opciones sexuales no coitales y de varones que incluyan el proceso biológico, la práctica médica está en condiciones de resolver esa demanda; y lo está, precisamente, gracias al avance que se ha producido en la investigación en el área de la reproducción y que se ha reflejado a niveles médico, legal y social. La rama más conocida, divulgada y practicada de dicha investigación en torno a la reproducción humana es, precisamente, la denominada sobre las nuevas técnicas de reproducción asistida. Estas NTR abarcan un abanico de técnicas que oscilan de un menor a un mayor intervencionismo médico y la mayoría de ellas suponen para las mujeres una importante medicalización en aras de lograr la gestación.

En España, en 1988 se aprobó la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. La Ley española fue una de las primeras en promulgarse entre las legislaciones sobre esta materia, desarrolladas en países de nuestro entorno cultural y geográfico. Por ello, y dados los avances producidos en los últimos años, tanto a nivel científico como social se aprobó una nueva ley en 2006, la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, en donde solo la mujer puede ser usuaria o receptora con independencia de su estado civil y orientación sexual.

El aumento de la demanda de las NTR ha sido exponencial, y solo en el ámbito de la sanidad pública, según datos del Ministerio de Sanidad, la mayoría de las comunidades españolas declararon tener lista de espera durante el 2006. Casi todas las Comunidades Autónomas han establecido un límite de edad para el acceso a los tratamientos que se situó en 40 años en el 58% y en 38-39 años en el 42%. Todas indicaron limitar el número de ciclos por paciente (rango 2-3 ciclos). Los criterios considerados en todas las instituciones han sido los siguientes: edad materna, diagnóstico documentado de infertilidad, límite de ciclos, duración de la infertilidad, número de hijos/esterilidad primaria sobre secundaria. En cambio, mujeres solteras y parejas del mismo sexo sólo son consideradas por una institución (Oliva, Guillén y Alomar, 2007).

El Registro de Centros de Reproducción Humana Asistida depende de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida prevista en la Ley anteriormente citada. Según este registro, en nuestro país están autorizados un total de 379 centros, de los cuales 98 pertenecen a la red sanitaria pública y los 281 restantes a centros privados. Aunque de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida también depende un Registro de actividades, de este último no contiene ninguna información.

El de las NTR constituye, por definición, un marco hipermedicalizado y, aunque las mujeres y/o parejas que acceden a estas técnicas en la sanidad pública hagan su seguimiento de embarazo en Atención Primaria (donde acceden a la información de la atención al parto natural), en general estas usuarias incorporan de forma casi automática la cesárea como forma de finalización del tratamiento médico al que han sido sometidas para poder gestar. Teniendo en cuenta los criterios restrictivos para los programas FIV de la sanidad pública, y que es la sanidad privada quien absorbe el mayor número de demanda, el índice de cesáreas se dispara. Uno de los

pocos artículos sobre datos referidos en un hospital público, respecto a la modalidad de parto en referencia a los recién nacidos únicos por fecundación natural y por fecundación in vitro, habla de 51% de partos por cesárea en los gestados por fecundación in vitro, frente al 23% de fecundación natural (Martín Moya et al, 2013). No ha sido posible acceder a ningún otro dato, ni en la sanidad pública ni en la privada, en relación a la modalidad de parto en este ámbito.

3.3. La salud primal

En el avance de la investigación en el área de reproducción humana, existe otra rama menos conocida y por supuesto menos divulgada y practicada, que es la que se desarrolla alrededor del concepto de la salud primal (Odent, 1986). La salud primal postula, desde la evidencia científica, la importancia que adquiere el periodo primal -que incluye la vida fetal, el periodo perinatal y el año siguiente al nacimiento-, para la maduración del sistema de adaptación básico, y que condicionará la salud futura de los seres humanos. Es la salud primera en importancia y primera en el tiempo. Es la salud del llamado sistema *psico-neuro-inmuno-endocrino*, fundamental para la calidad de nuestra salud corporal y genérica a lo largo de la vida: de ahí la relevancia de preservar y cuidar la salud desde el periodo prenatal, poniendo el acento en una atención fisiológica al parto, al nacimiento y a la crianza.

En esa atención específica, el parto y el nacimiento son valorados como actos de la esfera sexual, y por tanto se revela la importancia de respetar y favorecer parámetros propios que comparten con otros actos sexuales, tales como la intimidad, el respeto al ritmo personal, la seguridad o la libertad de movimientos, etc., todos ellos necesarios para potenciar el "cóctel hormonal" fundamental para el buen desarrollo del parto y del citado sistema de adaptación del bebé.

Desde estos criterios, el cordón umbilical del bebé no se corta hasta que deja de latir, así no se le obliga a una respiración inmediata mediante maniobras violentas e innecesarias. No se le separa de su madre, respetando el vínculo inmediato después del parto y favoreciendo la lactancia durante la primera hora de vida y el consumo del calostro a demanda. En tal marco, la crianza se entiende como un periodo de gestación extrauterino, y el fomento del vínculo con la madre y la lactancia materna de larga duración resultan elementos saludables que se debe fomentar.

3.4. Investigaciones aceptadas por la OMS en cuanto a evidencias científicas, buenas prácticas y derechos

La OMS ha ido concretando prácticas basadas tanto en dichas investigaciones como en las evidencias que las mujeres reivindicaban en torno a la atención al parto, al nacimiento y a la crianza desde una visión integral y holística. Así, en 1985 la OMS aprueba en Fortaleza (Brasil) La Declaración de los Derechos de la Mujer Embarazada y el Bebé (AAVV, 1985). EN 1996 se aprueba la Guía del Parto Normal, que ya clasifica las prácticas médicas en torno a la atención al parto en cuatro categorías según la medicina basada en la evidencia (AAVV, 1996) y que, en nuestro país, se supone que tuvo su traslado en la puesta en práctica de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Ministerio de Sanidad en 2007 (AAVV, 2007). En este marco se realizaron otros informes similares, como la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal (AAVV, 2010b) y Cuidados desde el Nacimiento: Recomendaciones Basadas en Buenas Prácticas (AAVV, 2010a).

A su vez, en relación a la lactancia materna también se ha ido desarrollando guías y programas específicos, que se han visto reflejados en mayor o en menor medida en las legislaciones referentes, tanto en los derechos de salud como en derechos laborales para las mujeres. La OMS, junto a Unicef y otros organismos, ha puesto en marcha iniciativas específicas como la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, (antes denominada Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, IHAN), que anteriormente solo estaba dirigida a los Hospitales y Maternidades que asistían partos y nacimientos y que desde hace unos años existe también para los Centros de Salud de Atención Primaria, Centros de Salud IHANL.

Estas investigaciones y acciones han ido avanzando en la promoción de prácticas saludables que deben ser introducidas en el ámbito del nacimiento, independientemente de la modalidad de parto y también del tipo de familia.

En cuanto a las parejas homosexuales, que en nuestro país tienen acceso a la adopción, en el caso de adoptar un bebé se podrían introducir algunas de estas prácticas, al igual que casos de maternidad subrogada (vientres de alquiler), que sí está permitida en otros países. El tema de la maternidad subrogada, por

otro lado, plantea muchos puntos de reflexión y debate. El objetivo del presente artículo es, en definitiva, y como venimos mostrando, resaltar que se deben introducir parámetros saludables, sea el escenario que sea, en las *maternidades* del siglo XXI.

3.5. Sobre el pensamiento maternal y la autoridad de la mujer

Partiendo de la distinción mencionada anteriormente entre la maternidad como institución y como experiencia, el rol maternal tiene efectos profundos en la vida y la ideología de las mujeres, en la reproducción de la masculinidad, en la desigualdad sexual y en la generación de formas precisas de poder laboral. Las políticas económicas y sociales tienden a focalizar el trabajo materno en las mujeres, lo que supone considerables ventajas económicas y profesionales para los hombres. Algunas autoras señalan el ejercicio maternal de las mujeres como el punto central de la división sexual del trabajo, promoviendo la necesidad de estudiar la noción de “maternaje” como el resultado de un proceso cultural que ha asignado históricamente a la mujer el papel de cuidadora y rechazando las nociones naturalizadas sobre el ejercicio maternal (Martí Gual, 2011). Por tales razones, se cuestiona la identificación de las madres con las mujeres, distinguiéndose la práctica materna del hecho de dar a luz en sí mismo. El trabajo maternal es y puede ser llevado a cabo por un hombre o por una mujer, desligando así el ejercicio maternal del sexo de quien lo lleva a cabo.

La maternidad es una práctica que, como otra cualquiera, está condicionada a un contexto social particular. En estos momentos, la práctica maternal está siendo reclamada por varones y mujeres con opciones sexuales no coitales y mujeres solas de forma visible, y exigiendo esa opción en el marco de los derechos, cuando se ha podido acceder a controlar la reproducción biológica a través de las NTR. Ese es el campo de análisis que hay que abordar, porque la práctica maternal de esos mismos individuos ya era posible antes de las NTR con el acceso a la adopción.

El acceso normalizado a las NTR por parte de las mujeres y de los hombres es una realidad que nos obliga a iniciar una reflexión que aúne, desde la óptica feminista y el concepto de salud primal, prácticas saludables que en sí mismas y que planteen socialmente algunas propuestas a este nuevo marco de vivencia de la maternidad. Así, hacer visible la diversidad y recuperar la autoridad femenina tiene que ver no

solo con el reconocimiento de los otros, e incluso en la letra de las leyes a nivel formal, sino previo a ello, entre las propias mujeres.

Las mujeres hemos empezado a reconocer la autoridad de otras mujeres y, al reconocerlas, les hemos otorgado visibilidad, existencia. Nos preguntamos por el lugar real que ocupa el legado de las mujeres en la esfera pública, en los hábitos de ser y de razonar de los hombres, de la sociedad del siglo XXI. Y todas las respuestas, además de lo específico, tienen como factor común lo relacionado con la maternidad y los cuidados en el ámbito privado.

Históricamente, las mujeres –y algunos hombres que han constituido minorías de excelencia, generalmente tampoco reconocida- han ofrecido su tiempo para que otros se sientan bien. Han sido las escuchadoras, las sanadoras, las cuidadoras por excelencia. De tal modo que, en el ámbito específico de la salud, se inicia un reconocimiento a esas habilidades y formas de cuidado, básicamente a partir de la mitad del siglo XX, denominándolo *humanización de la medicina*.

La salud primal impulsa la recuperación de esas habilidades y características del cuidado maternal de forma activa y rigurosa, confirmando desde la medicina basada en la evidencia la bondad de muchos de estos cuidados. Esta recuperación es producto también de la experiencia vital de mujeres usuarias, que de forma individual y/o grupal reclamaban otras formas de ejercer el derecho a ser madres, cuestionando la atención en el momento del parto, del nacimiento y de la crianza.

Ese nuevo paradigma, donde se inscribe la atención al parto y los primeros años de vida que favorezcan la salud y bienestar de las personas recién nacidas, posibilita no solo a las mujeres-madres y a su familia la vivencia y disfrute de la maternidad, sino que en el marco de las NTR, abre la puerta a recuperar prácticas de maternaje que las propias mujeres reconocen como propias, visibilizándose y reclamándose como derechos de salud. Y que, finalmente, por todo ello deben ser reclamadas también por los hombres, en tanto reclaman esa experiencia de maternidad.

4. Reflexiones para concluir: el maternaje

Autoras diversas, entre ellas Magallón Portolés (2003), definen el *maternaje* como el aprendizaje social de mujeres y hombres en torno al cuidado y mantenimiento de

la vida y la salud del niño/niña según los conocimientos actuales, sus necesidades de crecimiento en condiciones óptimas (todo lo relativo a la crianza) y al logro de la aceptabilidad social por parte del grupo de referencia.

En el contexto actual de vivencia de la maternidad y específicamente en la relativa a las NTR, se plantean retos que tienen que ver con la introducción específica de tales conocimientos actuales en torno a la salud y a la crianza (salud primal). Siendo la cesárea, en el sentido cuantitativo, la forma más *natural* de parto en las NTR, resulta evidente que se debería incidir en la información a las usuarias de estas técnicas de los pros y los contras de la cesárea programada, y facilitar que pudieran tener un parto más fisiológico. Pero aun así, en la cesárea se deben introducir elementos saludables que aumentan el grado de bienestar del bebé y de la madre: poner al bebé encima inmediatamente después de la cesárea, ya sea a la madre o a la pareja; lactancia materna en la primera hora, facilitar el colecho madre y/o pareja, por ejemplo. En el caso, tan distinto, de la maternidad subrogada, por ejemplo, se debería fomentar la información sobre todas estas cuestiones durante el periodo de embarazo y de preparación al parto.

Es evidente que algunas prácticas como la lactancia materna deben realizarse por la mujer (o mujeres); de ahí que introduzcamos el debate en torno a la normalización de las madres de leche como *figura* de apoyo a otras mujeres y a los varones que acceden a la maternidad; dicho de otro modo, *mujeres cuidadoras de lactantes* (*madres de leche*) que, como en el caso de las cuidadoras de personas dependientes, estuvieran valoradas socialmente como tales. La función de estas madres de leche se plantearía de manera global, incluyendo entre las posibles usuarias a aquellas mujeres que, habiendo sido madres y por razones diversas (entre ellas no querer dar el pecho) y siendo conscientes de la importancia de la lactancia para la salud futura del bebé, pudieran acceder a ello.

En cuanto a la cuestión específica de la lactancia materna, los grupos de lactancia deberían plantearse, en función de las nuevas circunstancias, valorar iniciativas de información y apoyo a los varones que acceden a la maternidad; e incluso rediseñar la finalidad de los bancos de leche, ampliándola más allá de la urgencia.

Existe, sin embargo, otras prácticas de apego y crianza como el contacto piel con piel, el colecho, etc., que son posibles de realizar por parte de los varones (o

parejas acompañantes no lactantes), y de hecho así se hacen ya en las parejas heterosexuales que de forma consciente se planten la crianza de sus hijos e hijas. La información y normalización de todas estas prácticas debería divulgarse para que optimizar su acceso, si así lo deciden, a las personas que acceden a la maternidad a través de las NTR.

El desarrollo de estas iniciativas en el marco del maternaje social incide directamente en la visibilización de las tareas y funciones de las mujeres, y en el reconocimiento de éstas por parte de las propias mujeres y de los varones. Así se fomenta el reconocimiento, práctico y social, de la autoridad de las mujeres, cuestionando el reparto de tareas, los espacios públicos y privados y, en definitiva, la división sexual del trabajo.

La maternidad es cosa de mujeres pero también de varones. El acceso a la *maternidad* de los varones, la vivencia de la paternidad por parte de los varones, las reivindicaciones en torno a mejoras en la atención al parto y al nacimiento, no solo es cosa de mujeres sino también de los hombres como *sujetos directos*, y ello tiene y tendrá implicaciones también directas en la conformación de nuestra sociedad. Los permisos por maternidad y paternidad ya no estarán circunscritos al sexo. Una pareja de varones con hijos exigirán ambos permisos para el cuidado de sus hijos e hijas durante la crianza y en cualquier otra circunstancia (enfermedad grave...).

Debemos empezar a plantear alternativas en el marco de la Salud/Bienestar, que supongan una mejora para la crianza de las hijas/os, sin distinción de la forma en la que han sido concebidos o gestados, o del tipo de familia de la que forman parte. Al igual que el matrimonio homosexual equipara los derechos de las personas sin distinción de su opción sexual, las prácticas de maternaje social deben favorecer el bienestar de los bebés y la normalización social de sus familias.

5. Epílogo bio-bibliográfico y autonarrativo: ¿desde dónde hablo?

Desde el feminismo, como teoría y práctica política en distintos ámbitos, incluidos el institucional y legislativo.

Desde la distinción entre maternidad y experiencia de maternidad.

Desde la práctica desarrollada en la atención profesional de partos y nacimientos sin violencia desde el año 1978 (Declaración de Fortaleza de la OMS 1985, AAVV 1985). En 1989 se redactó el primer Plan de Partos en las *I Jornadas Mediterráneas de Embarazo y Parto: Nacimiento sin Violencia*, organizadas por el Colectivo de Salud Acuario en la ciudad de Valencia.

Desde la práctica desarrollada en la atención profesional en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde 1977 en las casas y finalmente en las clínicas acreditadas. Desde la ilegalidad a la legalidad (la legalización parcial no se produjo en nuestro país hasta 1985).

Desde el Colectivo de Salud Acuario como proyecto vital de las y los profesionales que a lo largo de casi 40 años venimos acompañando a las mujeres en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

Y, finalmente, desde el convencimiento de que todas las políticas a desarrollar durante el siglo XXI, especialmente las relativas a los derechos sexuales y reproductivos, deben contemplar obligatoriamente el reconocimiento a la autoridad de las mujeres.

Bibliografía

- AAVV (1985): *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Tecnología apropiada para el parto*, Organización Mundial de la Salud, Fortaleza, Lancet.
- AAVV (1996): *Cuidados en el Parto Normal: una Guía Práctica*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- AAVV (2007): *Estrategia de Atención al Parto Normal en el sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- AAVV (2010a): *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- AAVV (2010b): *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*.
- López-Sánchez, Oliva (2013) *Cuerpo, salud, género y emociones: estudios diacrónicos y sincrónicos*, México, Iztacala, Revista Electrónica Iztacal.
- Magallón Portolés, Carmen (2003) *Compartir el cuidado, compartir la autoridad: hacía una cultura del respeto entre hombres y mujeres. Pacificar violencias cotidianas*, Zaragoza, Fundación Seminario de Investigación para la Paz (ed), 2003.
- Martí Gual, Ana (2011) *Maternidad y técnicas de reproducción asistida: un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y las experiencias de las mujeres usuarias*, Castellón, UJI, tesis doctoral.

Martín Moya, María del Mar, et al (2013): *Epidemiología y complicaciones obstétricas en el embarazo conseguido por técnicas de fecundación in vitro-microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (FIV-ICSI)*, Almería, Actualidad Médica.

Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

Odent, Michel (1986): *La santé primale*, Paris, Payot.

Odent, Michel (2014): *Nacimiento y revolución del homo sapiens*, Barcelona, La liebre de marzo.

Oliva, Glòria ;Guillén, Mireia y Alomar, Sonia (2007) *Desarrollo de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para técnicas de reproducción humana asistida*, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Saletti Cuesta, Lorena (2008): "Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad", *Clepsydra*, 7, pp. 169-183.

Sau, Victoria (1995): *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*, Barcelona, Icaria.

Sedeño, Eulalia e Ibañez Martín, Rebeca (eds) (2012): *Cuerpos y diferencias*, Madrid, Plaza y Valdés.