

Esther Vivas

Mamá desobediente

Una mirada feminista a
la maternidad

2a
edición



Capitán Swing®

Mamá desobediente

Una mirada feminista
a la maternidad

Esther Vivas

Capitán Swing®

Mamá desobediente

Una mirada feminista
a la maternidad

*Per a en Martí,
amb tot l'amor*

Introducción

La maternidad y todo lo que la rodea, como el embarazo, la infertilidad, el parto, el duelo gestacional, el puerperio, la crianza, son temas que demasiado a menudo quedan invisibilizados en el ámbito doméstico. El ideal materno oscila entre la madre sacrificada, al servicio de la familia y las criaturas, y la *superwoman*, capaz de llegar a todo compaginando trabajo y crianza. Por suerte, las cosas empiezan a cambiar. Los nuevos feminismos han sacado del armario una serie de temas incómodos y la maternidad es uno de ellos. El presente libro quiere reflexionar sobre qué supone ser madre hoy, señalando que no hay una maternidad única, pero sí modelos impuestos que supeditan la experiencia materna a los dictados del patriarcado y del capitalismo.

Parece incompatible ser madre y feminista, pues la maternidad carga con una pesada losa de abnegación, dependencia y culpa, ante la cual las feministas de los años sesenta y setenta se rebelaron —como tenía que ser—. Sin embargo, este levantamiento terminó con una relación tensa con la experiencia materna, al no querer afrontar las contradicciones y los dilemas que esta implicaba. Ser madre no debería significar criar en solitario, quedarse encerrada en casa o renunciar a otros ámbitos de nuestra vida, y ser feminista no tendría que conllevar un menosprecio o una indiferencia respecto al hecho de ser mamá. ¿Por qué tenemos que escoger entre una «maternidad patriarcal», sacrificada, o una «maternidad neoliberal», subordinada al mercado?

Este libro quiere contribuir a pensar la maternidad desde una perspectiva feminista, apelando a una maternidad desobediente a la establecida por el sistema. Valorar y visibilizar la importancia del embarazo, el parto, la lactancia y la crianza en la reproducción humana y social, y reivindicar la maternidad como responsabilidad colectiva, en el marco de un proyecto emancipador. No se trata de idealizarla ni de esencializarla, sino de reconocer su contribución histórica, social, económica y política. Una vez las mujeres hemos acabado con la maternidad como destino, toca poder elegir cómo queremos vivir esta experiencia.

Al cabo de un tiempo de quedarme embarazada, cuando empecé a buscar información sobre dónde y cómo parir, tomé conciencia del maltrato y la violencia que se ejercen hacia las mujeres en la atención sanitaria al parto, de la envergadura de estas prácticas y de cuán normalizadas y aceptadas están. La indignación que sentí fue el impulso que años después me llevaría a escribir este libro. Por ello, la violencia obstétrica ocupa un lugar destacado en la obra; denunciarla es el primer paso para combatirla.

Este libro parte de mi experiencia personal como madre, y la lactancia materna tuvo en los primeros años un papel central. Hay muchos debates abiertos en torno a dar el pecho. Tenemos, por un lado, la industria de la leche de fórmula, que intenta incidir en las decisiones gubernamentales y el sector sanitario así como en nuestras prácticas, afirmando que dar el biberón es lo mismo que dar la teta; y nos topamos, por otro lado, con los prejuicios de un sector del feminismo que considera que amamantar devuelve a la mujer al hogar, obviando que vivimos en un sistema socioeconómico hostil a la lactancia materna. Desmontar estos mitos es otro de los objetivos de la presente obra.

Yo he optado por una forma de parir y amamantar, es mi experiencia. Cada mujer tiene la suya. No pretendo juzgar las prácticas de otras madres, porque cada una de nosotras hace lo que puede con el tiempo y las circunstancias de las que dispone. En cambio, sí que soy muy crítica con el modelo de maternidad, parto y lactancia que nos imponen el patriarcado y el capitalismo en

función de sus intereses, medicalizando procesos fisiológicos y queriéndonos calladas, sometidas y obedientes. Este tampoco es un libro contra el personal sanitario. Denunciar la violencia obstétrica no significa estar en contra de los profesionales de la salud, sino contra determinadas prácticas, y hay que trabajar para que aquellos sean aliados para cambiarlas.

La literatura de la maternidad parte a menudo de la propia experiencia, de una maternidad reciente, vivida en positivo o no, de la dificultad para lograr el embarazo, del arrepentimiento de la condición materna, de un parto traumático. La presente obra no es una excepción. A la hora de escribirla, me he preguntado también sobre la experiencia de las mujeres de mi familia, en particular mis abuelas y mi madre. Recuerdo haber hablado de tantos temas con la *iaia* Elena y la *iaia* Montserrat, del exilio, la guerra, la posguerra, el trabajo en la fábrica o haciendo de modista, el noviazgo, el matrimonio...; pero nunca les pregunté qué significó para ellas tener una niña y un niño, respectivamente —mis padres son hijos únicos—, cómo fueron sus embarazos y partos. Ahora ya no lo puedo hacer, pues no están. Pero he hablado con mi madre y algunos de sus recuerdos quedan recogidos en el libro.

Esta no pretende ser una obra autobiográfica, pero al final resulta imposible no volcar la experiencia personal en un tema que te toca tan de cerca. ¿Cómo podía escribir sobre la maternidad, la crianza, las violencias ocultas tras el embarazo, el parto y el posparto, la lactancia materna... sin hablar de lo que he vivido? Me parecía poco honesto no hacerlo, pues lo que nos pasa marca en parte nuestra manera de ver lo que nos rodea. Una historia que en algunos casos coincide con la de otras mujeres de mi generación, nacidas en los años setenta.

Mamá desobediente es el resultado de mi experiencia como madre, tanto en clave personal como intelectual, de las preguntas que me he hecho, las respuestas que he encontrado y las reflexiones a las que he llegado. Una obra que quiere abrir puertas, romper mitos y silencios. Espero que este libro pueda ser útil a muchas mujeres que son madres, a las que lo quieren ser, a las que no lo son, y a todas aquellas y aquellos que acompañan en los procesos de crianza, porque la maternidad nos implica a todos.

PARTE I

**Maternidades
en disputa**

Incertidumbres

¿Qué significa ser madre? Hay tantas definiciones como experiencias. No se puede hablar de una maternidad en sentido único. Cada vivencia depende del contexto social, las capacidades económicas, la mochila personal. No es lo mismo la maternidad biológica que la adoptiva; criar en solitario que contar con un entorno que te apoye; tener una criatura que criar a dos o tres; o volver al trabajo dieciséis semanas después del parto, cuando finaliza la baja, que cogerte una excedencia si lo que quieres es estar con tu bebé. Todo esto influye de un modo u otro en cómo vivimos la maternidad. Incluso una misma mujer puede tener experiencias distintas en función del momento vital por el que pase. No hay modelos universales.

El mito de la perfección

Sin embargo, se ha generalizado a lo largo de la historia un determinado ideal de buena madre, caracterizado por la abnegación y el sacrificio. La mamá al servicio, en primer lugar, de la criatura y, en segundo, del marido. El mito de la madre perfecta y devota, casada, monógama, sacrificada por sus criaturas, feliz de hacerlo, quien siempre ha antepuesto los intereses de hijos e hijas a los suyos, porque se supone no tenía propios. Un mito que se nos ha presentado como atemporal, cuando en realidad sus pilares son específicos de la modernidad occidental.[1]

El sistema patriarcal y capitalista, a partir de esta construcción ideológica, nos ha relegado como madres a la esfera privada e invisible del hogar, ha infravalorado nuestro trabajo y consolidado las desigualdades de género. Como mujeres no teníamos otra opción que parir, así lo dictaban la biología, el deber social y la religión. Un argumento, el del destino biológico, que ha servido para ocultar la ingente cantidad de trabajo reproductivo que llevamos a cabo. El patriarcado redujo la feminidad a la maternidad, y la mujer a la condición de madre.[2]

Al contrario del mito de la perfección, «fracasar es parte de la tarea de ser madre».[3] Sin embargo, esta posibilidad ha sido negada en las visiones idealizadas y estereotipadas de la maternidad. El mito de la madre perfecta, de hecho, solo sirve para culpabilizar y estigmatizar a las mujeres que se alejan de él.[4] Las madres son consideradas fuente de creación, las que dan la vida, pero también chivos expiatorios de los males del mundo cuando no responden a los cánones establecidos. Se las responsabiliza de la felicidad y los fracasos de sus hijas e hijos, cuando ni lo uno ni lo otro está a menudo en sus manos, y depende más de una serie de condicionantes sociales. La maternidad patriarcal ha hecho que muchas madres a lo largo de su vida sintieran, como escribía Adrienne Rich en su clásico *Nacida de mujer*, «la culpa, la responsabilidad sin poder sobre las vidas humanas, los juicios y las condenas, el temor del propio poder, la culpa, la culpa, la culpa».[5]

El dilema de la maternidad

Los tiempos, se supone, han cambiado, pero a veces no tanto como imaginamos. En el transcurso del siglo XX, la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral, con la consiguiente autonomía económica, la generalización de un modelo de sociedad urbana, con menos presión sobre los individuos, y el acceso a métodos anticonceptivos han hecho que tener criaturas se haya convertido en una elección. Pero cuando la maternidad dejó de ser un destino único, emergió el dilema de la maternidad, es decir, una opción y un deseo confrontados a otros, con los que encajaba muy mal.[6] La maternidad no es sino un camino lleno de incertidumbres.

Desde los años ochenta, al mismo tiempo que la mujer se incorporaba al mercado laboral y a la vida pública, se dio un auge de los discursos promaternales y profamiliares. El ideal de buena madre se hizo más complejo. Las mujeres ahora no solo debemos ser madres devotas, sino supermamas o «mamas máquina»,[7] tan sacrificadas como las madres de siempre, pero con una vida laboral y pública activa y, por supuesto, con un cuerpo perfecto. Se trata de un «nuevo mamismo»,[8] una maternidad inalcanzable, que *de facto* devalúa lo que las madres reales hacemos. El resultado es la frustración y la ansiedad. La maternidad sufre una «intensificación neoliberal»,[9] en la que se mezclan cultura consumista e imaginarios de clase media.

Muchas mujeres siguen expresando a día de hoy las presiones que reciben de su entorno cuando llegan a una determinada edad y no tienen descendencia. «Se te pasará el arroz», «te vas a arrepentir», «si es lo mejor que hay en la vida» son algunas de las frases que tienen que oír a menudo machaconamente muchas de aquellas que deciden o no tienen claro si tener críos. Aún recuerdo años atrás yendo a la fiesta mayor de Sabadell, la ciudad donde crecí —ahora vivo en Barcelona—, y ver cómo todos aquellos con quienes había salido cuando era más joven tenían criaturas. Cada uno iba acompañado por un pequeño o más, con quienes jugaban en la plaza mientras los adultos hablaban de que si la escuela, de que si este no me duerme y el otro no me come... Y yo, que nunca había sentido ni sentía la necesidad de tener críos, veía que allá o los tenías o eras un *outsider*.

A pesar de que se calcula que una de cada cuatro mujeres nacidas en los años setenta no tendrá descendientes, en la mayoría de los casos porque no podrá, ya sea por motivos económicos, de infertilidad, profesionales, por no encontrar una pareja con quien tenerlos..., la opción de no ser madre no encaja socialmente.[10] Lo señala la periodista María Fernández-Miranda en *No madres*: «A la mujer que tiene descendencia se la llama madre; a la que no está emparejada, soltera; a la que ha perdido a su pareja, viuda. Las que no tenemos hijos carecemos de un nombre propio, así que en vez de definirnos como lo que somos debemos hacerlo desde lo que no somos: no madres. Nos vemos abocadas a catalogarnos desde la negación porque representamos una anomalía».[11]

El ángel del hogar o la *superwoman*

Las mujeres en la actualidad nos enfrentamos a una doble presión. Por un lado, la de ser madres como dicta el mantra patriarcal y serlo de una determinada manera, con un manual completo, muchas veces contradictorio, de lo que se espera de nosotras. Por el otro, siguiendo el abecé del capitalismo neoliberal, debemos triunfar en el mercado de trabajo y tener una carrera de éxito, aunque en la mayoría de los casos toca sobrevivir como se puede, con un empleo más o menos precario, sin renunciar, eso sí, se supone, a tener críos.

Ser madre queda reducido y normativizado a dos opciones, la de ángel del hogar o la de

superwoman, que son los modelos que encajan en el sistema y que se espera que reproduzcamos indistintamente. La maternidad es prisionera de «discursos normativos bipolares y estereotipados»^[12] de corte patriarcal y capitalista, que nos condenan a ser tachadas de profesionales fracasadas al no estar disponibles al cien por cien en el trabajo, o de malas madres por no cuidar y dedicar el tiempo suficiente a los pequeños. La culpa es siempre nuestra.

Triunfar o subsistir en el mundo laboral es casi incompatible con tener descendencia. Solo hace falta preguntar a todas aquellas embarazadas o madres que han sufrido *mobbing* maternal y han acabado incluso perdiendo el empleo, a las mujeres en edad de tener criaturas a las que ya ni se les llega a contratar por si acaso, o a las que cobran un salario de miseria y ni se pueden plantear tener pequeños. Un 18 % de las trabajadoras denuncia que en su lugar de trabajo se presiona a las mujeres que son madres, y un 8 % de las que sufren acoso señala que es consecuencia de su maternidad.^[13] No es fácil despedir con la ley en la mano a una mujer que está a punto de parir, pero hay varios subterfugios que lo hacen posible o que facilitan hacerle la vida imposible. La destrucción de los derechos laborales, tras décadas de neoliberalismo, tiene un impacto directo sobre las madres y las mujeres que quieren serlo.

Si tienes criaturas, sobrevivir en el mercado laboral no es fácil. ¿Cuántas mujeres han tenido que renunciar a su vida personal y familiar en beneficio de la carrera o justo a la inversa? Ante el fracaso de la conciliación, hay empresas que incluso ofrecen incentivos económicos a sus empleadas para que congelen sus óvulos y retrasen así la maternidad. Grandes multinacionales como Facebook, Apple, Google, Yahoo, Uber o Spotify lo han hecho. En el Estado español, otro perfil de empresas, como las que se agrupan bajo el Club de Primeras Marcas en Valencia (Arroz Dacsa, la bodega Vicente Gandía o Caixa Popular, entre otras), han llegado a acuerdos con clínicas de fertilidad para proporcionar descuentos a las trabajadoras que quieran acogerse a un tratamiento de congelación de óvulos.^[14]

Sin embargo, ¿qué mensaje se manda a las empleadas? ¿Que es mejor retrasar la maternidad para poder ascender profesionalmente? ¿Que su trabajo es incompatible con tener criaturas? ¿No sería más lógico invertir en conciliar maternidad y empleo? Y un tema que no se tiene en cuenta: ¿qué pasa si cuando quieres utilizar dichos óvulos la cosa no funciona? Tal vez entonces no haya más oportunidades.

Querer y no poder

En el mundo actual, la exaltación de la infancia y la juventud va paralela a la falta de todo tipo de facilidades para la crianza. En el capitalismo, no hay lugar para tener criaturas. Lo confirman las cifras: en el Estado español cada año nacen menos bebés y sus madres los paren a una edad más avanzada. En 2017, hubo unos 392.000 nacimientos, un 4,5 % menos que el año anterior: el número más bajo en los últimos quince años. Una cifra que todavía sería menor si no fuese por la natalidad de las madres extranjeras que es ligeramente superior al de las autóctonas. Mientras, la edad media para ser madre se incrementó hasta los 32,1 años, con una media de 1,31 bebés por mujer.^[15] En Cataluña, la tónica se repite, y desde 2008 el número de nacimientos ha disminuido prácticamente año tras año. En 2017, nacieron poco más de 66.000 pequeños, lo que significa un descenso del 3,6 % respecto a los nacidos en 2016. El número medio de criaturas por mujer fue de 1,36, y la edad media para tenerlas continúa atrasándose, situándose también en los 32,1 años. De hecho, las mujeres de 35 a 39 años en Cataluña tienen hoy más hijos e hijas que las de 25 a 29 años.^[16] Un mundo organizado en torno a los intereses empresariales es contrario a la vida misma.

Varios son los factores que influyen en esta tendencia: el aumento de la edad para emanciparse a causa de la prolongación de los estudios y el paro juvenil, la dificultad para acceder a una vivienda digna a raíz de su encarecimiento, la precariedad del mercado de trabajo, la penalización laboral a las mujeres que son madres y la falta de medidas reales para la conciliación y el apoyo a la maternidad. Algo que se ha agudizado con la crisis económica, y que empieza a afectar a toda una generación cuyo salario apenas les da para vivir. Cuántas parejas jóvenes ni siquiera se plantean tener criaturas porque cuando suman los salarios de ambos no llegan ni siquiera a un sueldo único decente.

Una de las consecuencias directas de la postergación de la maternidad es la dificultad para quedarse embarazada. Lo confirma una investigación sobre la infecundidad en el Estado español, en que se constata que el motivo principal por el cual las mujeres no tienen descendencia es el aplazamiento de la maternidad por razones familiares y económicas, vinculadas en este último caso al empleo.^[17] De tal modo que cuando te planteas o ves la posibilidad real de ser madre, porque has conseguido finalmente un trabajo fijo o tienes una pareja estable, te encuentras con una edad en la que tu tasa de fertilidad ha disminuido drásticamente, y esto puede complicar dicho anhelo. A partir de los treinta y cinco años, los niveles de fertilidad de la mujer empiezan a descender, y es más fácil sufrir una infertilidad sobrevenida por la edad.

Ante esta realidad, empiezan a surgir voces de mujeres de veintitantos que desean ser madres y se preguntan si para cuando reúnan los requisitos necesarios para serlo, dispondrán aún de la fertilidad suficiente para tener criaturas. «En unos meses cumpliré treinta años y cada vez más imagino mi vientre como una tumba a la que algún día llevaré flores. Un lugar en el que nunca habrá nada, que siempre estuvo muerto. Soy una madre sin hijo. Y eso me aterra [...]. Empecé a trabajar en 2011, el mismo año en el que en España la incertidumbre se materializaba en el lema: “Sin casa, sin curro, sin pensión, sin miedo”. Pienso: “Y sin hijos”», escribe la periodista Noemí López Trujillo.^[18]

El Estado español se sitúa a la cabeza del retraso de la maternidad en Europa y la edad de las madres para tener la primera criatura es la más alta del mundo. Si en 1985 la edad media de la primera maternidad se situaba en los 26 años, en 2016 esta alcanzaba ya los 32. Un hecho que tiene un impacto directo en los niveles de infecundidad. La gran mayoría de mujeres sin descendientes no los tendrá a pesar de desearlo, por motivos socioeconómicos o por infertilidad. En realidad, se calcula que solo un 2 % de las mujeres no puede tener criaturas por motivos biológicos y únicamente un 5 % no lo quiere y mantiene esta decisión a lo largo de su vida. El Estado español es uno de los países de la Unión con la mayor distancia entre el número de hijos e hijas que se tienen y el que se desea. De hecho, un 47 % de las mujeres, con datos de 2017, querría tener al menos dos criaturas y un 26 % tres o más, cuando la media se sitúa en 1,31.^[19]

«Estábamos programadas para apurar y estirar nuestra juventud, para dejar la maternidad para ese momento en que la estabilidad laboral (qué quimera) y afectiva —otra quimera— creara un suelo sobre el que soltar los huevos maduros. [...] Ser madre añosa o añeja podía llegar a considerarse una especie de medalla, un trofeo con muescas de otras batallas, pero también una medalla engañosa o con doble fondo: la edad de nuestros ovarios no atiende a las supuestas conquistas feministas ni a las transformaciones sociales», escribía Silvia Nanclares en su novela autobiográfica *Quién quiere ser madre*.^[20] He aquí el despertar de esa eterna juventud para muchas mujeres en la era del capitalismo moderno.

El auge de los tratamientos de reproducción asistida en los últimos años son una buena muestra, aunque las causas de la infertilidad pueden ser varias, a pesar del peso importante de la postergación de la maternidad. En 2015, en el Estado español se realizaron 167.000 tratamientos

de fertilidad, entre ciclos de fecundación in vitro (FIV) e inseminaciones artificiales, una cifra que crece anualmente, y que conllevaron el nacimiento de 36.000 bebés.[\[21\]](#) Las mujeres que se someten a estas técnicas tienen que pasar por un periplo que, más allá de su elevado coste económico, puede llegar a ser exhaustivamente duro, a nivel psíquico y físico.

Cinco años

Lo sé por propia experiencia. Cuando hacía poco que había cumplido treinta y cuatro años, mi pareja y yo pensamos que por qué no tener una criatura y fuimos en su búsqueda; pero no fue hasta los treinta y nueve que tuve a mi hijo. A menudo había pensado que no sería madre, tenía una vida activa, con mil y una cosas que hacer, y no sentía ninguna necesidad de tener un bebé; a mi pareja le hacía más ilusión, y al final me dejé convencer. Le debo una. De hecho, no sabes cómo vivirás la experiencia de ser madre hasta que te encuentras con ella, como todo en la vida, y para cada mujer es distinto. Habrá quien llegue a la maternidad sin quererlo, quien lo querrá desde pequeña, quien después se arrepentirá, quien estará exultante.

No fue un camino fácil. Cuando empezamos a intentarlo pensaba que me quedaría embarazada de un día para otro. Tantos años vigilando que no se rompiera el preservativo, que quedara bien puesto, que no resbalara... que pensé que sería sacarlo y trabajo hecho. No fue así. Creo que a las mujeres de mi generación, las nacidas en los años setenta, nos vendieron la moto de que esto de quedarse embarazada era un visto y no visto, que cuando querías podías. Nuestras madres, muchas de las cuales nos tuvieron a los veintipocos, no padecieron ningún tipo de problema, y pensábamos que nosotras, a pesar de posponer un poco o mucho la maternidad, tampoco lo tendríamos. La fertilidad femenina, sin embargo, no sabe de cambios socioculturales. Somos hijas de una generación que luchó, y mucho, para hacer de la maternidad una elección; nosotras creíamos que teníamos la batalla ganada, pero no éramos conscientes de los condicionantes sociales, económicos y ambientales que nos lo dificultarían.

Pasó un año y otro y otro. Y más allá de mi vida activa de siempre tenía otra vida, una vida secreta, la de intentar quedarme embarazada, una vida que no compartía más que con mi pareja, porque no queríamos oír eso de que «es cuestión de paciencia», «tienes que estar tranquila», «todo es psicológico» y un largo etcétera. Demasiados son aún los tópicos sobre la infertilidad. No está nada normalizado hablar al respecto —aunque cada vez hay más personas y parejas que la sufren— y aún menos hacerlo sin culpabilizar a la mujer.

Una travesía de cinco años que contó con múltiples etapas. Un primer año que pasa rápido, entre intento e intento, pensando que «ya llegará». Un segundo en el que te preguntas «por qué no te quedas embarazada» y empiezas a buscar todo tipo de alternativas, desde las más naturales hasta otras muy invasivas, y te planteas hasta dónde estás dispuesta a llegar. Y un tercer y cuarto año, donde tu vida cotidiana se alterna con todo tipo de tratamientos. Desde aquellos más naturales y respetuosos, en que entras en una dinámica de control del ciclo de ovulación, cálculo de la temperatura basal y relaciones sexuales por rutina, a otros donde quedas literalmente sometida a un proceso de reproducción asistida dirigido por terceros. Vives entre la ilusión y la esperanza antes de que te venga la regla pensando que esta vez será la definitiva y el desencanto y la más profunda tristeza al comprobar que no es así.

Me resistí mucho a pasar por un tratamiento de reproducción asistida, y busqué alternativas. La acupuntura fue una opción, pero después de unos meses intentándolo, y en la medida en que el embarazo no llegaba y el reloj biológico corría, cedí y opté por alternarla con un procedimiento convencional. Guardo los informes de cada una de aquellas inseminaciones, y detrás de las notas hay el recuerdo de tantas horas de espera en la consulta del servicio de Ginecología y Obstetricia

del Hospital del Mar en Barcelona. Aquellas largas horas de cola, después de días de estimulación ovárica para controlar la evolución del endometrio y el tamaño de los folículos. Las horas compartidas con todas aquellas mujeres anónimas, que apenas nos mirábamos, pero todas sabíamos muy bien qué significaba no poder tener bebés. Me imaginaba cuáles serían sus historias, los motivos que las habían empujado hasta allí, una infertilidad de origen desconocido como la nuestra, una endometriosis, un síndrome del ovario poliquístico, una alternación en el semen de la pareja. A veces, me moría de ganas de preguntarles, pero todas callábamos. Algunas venían solas, otras acompañadas por la pareja, la madre o una amiga. Nunca había compartido tanto con unas mujeres con las que había hablado tan poco. Me queda también el recuerdo del dolor físico, los pinchazos, la medicación, el registro personal que llevaba, las jeringuillas y las dosis de Pergoveris, Fostipur, Cetrotide, Ovitrelle, y las consecuencias en mi cuerpo de aquella macroestimulación ovárica. Y encima yo que nunca me tomaba —ni tomo— ni una sola pastilla. Me lo dijo el jefe del servicio de Ginecología: «Lo peor no será el dolor físico, sino la carga emocional». Así fue. La incertidumbre de saber si lo llegaría a conseguir, si aquel proceso, con todo lo que implicaba, valdría la pena.

Ninguna de las inseminaciones había funcionado. No me resultó fácil admitir que el abanico de oportunidades se cerraba, sobre todo porque ya empezaba a tener una edad, y si lo quería seguir intentando con ciertas garantías de éxito, como decía la medicina convencional, no me quedaba más remedio que someterme a una fecundación in vitro (FIV). Si hubiese sido más joven me hubiera resistido, pero no era el caso. La FIV significaba más dosis de hormonas, con los consiguientes efectos secundarios, para conseguir más folículos, es decir, más ovocitos a los que inseminar; pasar por el quirófano y someterme a una punción folicular, con una anestesia a la que temía. Al final, lo acepté. Sin embargo, antes de iniciar el tratamiento, me puse en manos de un médico especialista en medicina biológica, pues quería llegar a la FIV en las mejores condiciones posibles, y durante meses seguí distintos tratamientos que, pienso, ayudaron en lo que vendría.

Pasé toda la mañana contando cada minuto del reloj, el tiempo casi se había parado. Hasta el mediodía no me llamarían para decirme el resultado del análisis de sangre: ¿sería positivo, estaría embarazada o no? Estaba convencida de que esta vez tampoco sería posible. Unos días antes había comprado un test de embarazo, pues no podía esperar, tenía fuertes dolores en los ovarios. Había dado negativo. Nadie llamaba y la hora en que cerraban la consulta se acercaba peligrosamente. Imposible seguir con tanta incertidumbre. Cogí el teléfono y marqué el número. El resultado, sabía, sería negativo. Entonces mi ginecóloga, al otro lado del aparato, me dijo que estaba embarazada. Me eché a llorar. Cuatro años después había sucedido.

Someterse a un tratamiento de reproducción asistida no es fácil: cómo gestionas el proceso, lo cuentas o no, de qué modo lo enfrentas. Y menos aún para alguien —como yo— totalmente reacia a los métodos farmacológicos. El dolor, el malestar emocional, el sentimiento de fracaso, la incertidumbre. Por no mencionar la pérdida de control sobre el propio cuerpo y la hipermedicalización que significan las técnicas de reproducción asistida, así como las contradicciones que implica ser partícipe del negocio de la infertilidad. Hablar de ello nos ayudaría a destaparlas, romper con el estigma y no sentirnos tan solas.

Derecho a rendirse

Tuve suerte: seguro que otras mujeres que esperaban en aquella fría consulta del Hospital del Mar no tuvieron tanta —aunque algunas lo consiguieron antes—. Cuando empiezas un tratamiento de reproducción asistida no sabes hasta dónde llegarás ni cómo acabará. No saber es tal vez una de las cosas más difíciles de sobrellevar. Algunas mujeres a pesar de someterse a múltiples

inseminaciones y FIV, no han conseguido un embarazo o llevarlo a término. Al final, como algunas han dicho, tenían «derecho a rendirse».[22]

No poder tener criaturas a pesar de desearlo intensamente implica asumir un duelo. «Se te ha muerto el sueño de la maternidad», explica Gloria Labay, quien lo estuvo intentando durante siete años, pero tras cuatro abortos espontáneos y ser considerada como no idónea para la adopción, se plantó.[23] Ahora, impulsa el proyecto *La vida sin hijos*, un espacio físico y virtual de apoyo a las mujeres que han pasado por esta situación. Desear tener criaturas y no poder es causa de tristeza, desesperación, ansiedad, miedo, angustia, estrés. Algo que además se vive, la mayoría de las veces, en silencio y soledad.

La civilización actual da la espalda a la fertilidad, no solo de las personas, sino también de animales y especies vegetales, valorándola y protegiéndola poco. Y más allá de los problemas de reproducción humana, es responsable de la desaparición de muchas formas de vida de la biosfera. Hay un paralelismo evidente entre los problemas crecientes de fertilidad en la sociedad y la crisis ecológica global en la que vivimos.[24]

Las instituciones públicas, los medios de comunicación, la sociedad en general se lamentan periódicamente del descenso constante de la natalidad, pero ¿qué se hace para evitarlo? Absolutamente nada. La infertilidad es una enfermedad social: vivimos en un entorno que nos dificulta ser madres, que nos obliga a posponer la maternidad, con un mercado de trabajo precario, sin casi ayudas a la crianza, con precios abusivos en la vivienda, expuestos a tóxicos y contaminantes ambientales,[25] con una alimentación insana. El Estado es cómplice, cuando no promotor, de un medio socioeconómico que nos dificulta tener descendencia. Todo esto contribuye a la infertilidad. Aunque el discurso es otro: «La culpa es tuya, mujer, por haber esperado demasiado».

Entonces, ¿nos imponen tener criaturas o no tenerlas? He aquí la dicotomía. Por un lado, un sistema patriarcal que construye un imaginario que asocia mujer a maternidad y, por el otro, un sistema capitalista que nos pone todas las trabas del mundo para conseguirlo, y que acaba convirtiendo la infertilidad en un negocio.

La infertilidad masculina existe

A pesar de que se habla mucho de la infertilidad femenina, una vez más cargando el peso de la culpa en las mujeres, la tasa de infertilidad masculina no hace sino aumentar. La calidad del esperma, la densidad y el volumen total de espermatozoides de los hombres occidentales, se ha reducido a más de la mitad en los últimos cuarenta años.[26] De seguir esta tendencia, en unas pocas generaciones la mayoría de los varones podrían ser subfértiles o acercarse al borde de la infertilidad. Aun así, el sistema de atención a la salud reproductiva sigue poniendo el acento casi exclusivamente en el cuerpo de las mujeres.

Pero ¿cuáles son las causas de esta caída de la fertilidad masculina? El hecho de que este declive se dé, en particular, en los países occidentales apunta al peso que puede tener la comercialización y el uso generalizado de productos químicos. Hay informes que han señalado motivos ambientales, como la exposición a plaguicidas u otros químicos, y factores relacionados con el estilo de vida, como los hábitos alimentarios, el consumo de drogas, el estrés, el sedentarismo. Son necesarios y urgentes más estudios, como reclaman los investigadores en la materia.[27] Sin embargo, en vez de abordar las causas reales de la infertilidad, se deja la solución en manos de los tratamientos de reproducción asistida —con el consiguiente negocio económico—, como si la tecnología pudiese solucionar los problemas políticos.

La infertilidad masculina, en una sociedad patriarcal como la nuestra, es tabú. Muchos hombres que la padecen se niegan a reconocerlo, incluso en la misma consulta médica. Me lo contaba un acupuntor: «En más de una ocasión he tratado por infertilidad a la mujer, cuando el problema en realidad lo tenía su pareja. Aunque todas las pruebas lo indiquen, muchos no quieren admitirlo, ya que consideran que esto pone en cuestión su virilidad».

Viendo la tendencia a la baja de la fecundidad tanto masculina como femenina, el futuro distópico al que apuntan novelas como *El cuento de la criada* de Margaret Atwood,[\[28\]](#) llevada con gran éxito a la pequeña pantalla, o películas como *Hijos de los hombres* de Alfonso Cuarón, con sociedades que llegan al colapso tras una epidemia de infertilidad generalizada, no parece algo tan lejos de la realidad.

Los malabarismos de la maternidad

Si llegas a parir, lo que te espera es un ejercicio casi imposible de malabarismos cotidianos para compatibilizar la crianza, la vida personal y el empleo. La conciliación se ha demostrado una farsa, que obliga a subordinar el cuidado de las criaturas a un mercado de trabajo precario, con horarios variables, salarios bajos y jornadas interminables, donde las mujeres, además, nos encontramos en inferioridad de condiciones respecto a los hombres. Cada año cobramos de media seis mil euros menos que nuestros colegas y la brecha salarial, la diferencia entre el salario de los hombres y el de las mujeres, se sitúa en el 24 %.[\[29\]](#)

En el Estado español, en comparación con otros países europeos, en especial los nórdicos, la baja por maternidad es una tomadura de pelo. Las escasas dieciséis semanas[\[30\]](#) a las cuales las mujeres tenemos derecho obligan a muchas mamás, que desean estar con sus bebés, a volver al trabajo apenas cuatro meses después de haber dado a luz, para no perder el empleo, no quedar mal con sus compañeros o porque necesitan esos ingresos. En general, son las mujeres más vulnerables, pobres y precarias las que se encuentran en dicha situación. Otras que se lo pueden permitir, con más o menos posibilidades económicas o familiares, toman a su cargo, y sin cobrar, una excedencia. Hay mujeres, en particular aquellas que tienen una carrera profesional, que al cabo de pocas semanas de haber parido quieren reincorporarse al empleo, pero las que no queremos deberíamos tener el derecho a poder estar con nuestros bebés. Los padres, por su parte, tienen actualmente cinco semanas de permiso intransferible.[\[31\]](#) Hasta el año 2016, solo disponían de dos semanas. A partir de enero de 2017, el permiso por paternidad se amplió a cuatro semanas, y desde julio de 2018 suma una semana más. Aunque la baja por paternidad continúa siendo insuficiente, en poco más de año y medio ha aumentado un 150 %; la de maternidad continúa siendo la misma desde 1989, cuando pasó de catorce a dieciséis semanas. No se ha ampliado un ápice en treinta años.

Los países nórdicos son los que cuentan con bajas por maternidad y paternidad más extensas y dan mayores ayudas a quienes tienen descendencia. Suecia tiene las licencias remuneradas más largas, casi 69 semanas, con 90 días exclusivos para la madre y 90 para el padre; el resto pueden repartirlas como quieran. Le sigue Noruega, que puede llegar a las 59 semanas pagadas, que incluyen 70 días de baja intransferible para la madre y 70 para el padre.[\[32\]](#) En el caso de Alemania, donde, aunque formalmente la baja por maternidad es solo de 14 semanas (seis antes del parto y ocho después), la madre o el padre pueden acogerse a una excedencia laboral de hasta 3 años, la cual será subvencionada, con aproximadamente un 65 % del salario, entre los doce y los catorce primeros meses de la criatura. Incluso en el Reino Unido e Irlanda, la baja por maternidad remunerada es de nueve meses.

En muchos países de Europa occidental, como Holanda, Francia, Austria, Bélgica e Italia, las bajas por maternidad acostumbran a ser de 16 semanas, y algunas incluyen un periodo antes del parto. La diferencia de todos estos países respecto al Estado español es que dichas prestaciones pueden contar con una ayuda monetaria al margen del salario o complementarse con licencias parentales remuneradas, lo que aquí equivaldría a la excedencia por maternidad y paternidad, que no recibe ni un euro. Las licencias parentales, accesibles tanto a madres como a padres, las encontramos en todo el continente, y su duración es variable en función de cada país, así como su remuneración, que puede ser más o menos cuantiosa. De aquí que cuando analizamos las prestaciones a las madres, y el tiempo del que disponen para estar con las criaturas tras el parto, es fundamental no solo considerar la baja por maternidad, sino también las licencias parentales y otro tipo de ayudas a las que pueden tener acceso. Si tenemos en cuenta esto último, llegamos a la conclusión de que las madres con los permisos más cortos y a los que se destinan menos recursos económicos de toda la Unión Europea son las del Estado español y Malta.[\[33\]](#)

Si el puerperio, es decir, las seis semanas después del parto —la famosa cuarentena—, y el posparto son de por sí un momento intenso y agotador para las madres, las escasas dieciséis semanas de baja de las que disponemos nos ponen, a muchas, las cosas todavía más difíciles. El recién nacido en sus primeros meses de vida es un ser totalmente dependiente, y necesita de sus padres. Su mejor alimento, siempre que sea posible, es la leche materna en exclusiva, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tomar hasta los seis meses de vida, cuando se empieza con la alimentación complementaria, lo que implica que la madre esté cerca y disponible. Cualquiera que haya tenido un bebé se dará cuenta de cómo una criatura de cuatro meses es un ser extremadamente vulnerable. ¿Por qué entonces no nos queda más remedio que dejarlo a cargo de terceros, ya sea en un jardín de infancia, con los abuelos o con otros cuidadores? ¿Por qué muchas mamás tienen que enfrentarse a situaciones de estrés al tener que volver tan pronto al trabajo, cuando lo que querrían es estar con el bebé? ¿Por qué tantas otras acaban cogiéndose una excedencia, a costa de su bolsillo, o incluso dejan el trabajo? ¿Por qué sencillamente no se legisla a favor de unas bajas por maternidad o unas licencias parentales más extensas?

Permisos iguales e intransferibles

Mientras que las reivindicaciones para alargar los permisos de maternidad han sido sistemáticamente ninguneadas, el permiso paternal no ha hecho sino aumentar. La Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres aprobada en el Congreso de los Diputados en 2007, con el Gobierno socialista, ya contemplaba ampliar la duración del permiso de los padres de dos a cuatro semanas, aunque finalmente esta propuesta no se implementó. En 2012, la Comisión de Igualdad del Congreso aprobó, con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, una proposición no de ley que instaba al Gobierno a reformar la actual estructura de permisos de maternidad y paternidad para que estos fueran iguales e intransferibles, tomando en consideración las demandas de la Plataforma por Permisos Iguales e Intransferibles de Nacimiento y Adopción (PPiNA). En 2016, el Congreso de los Diputados, con solo dos votos en contra, aprobó comprometerse a establecer un calendario para alcanzar dicho objetivo. En enero de 2017, la baja paternal se ampliaba de dos a cuatro semanas, siendo estas intransferibles.

El debate para seguir aumentando el permiso del padre continuó abierto. En enero de 2017, Unidos Podemos registró una proposición de ley en el Congreso para ampliar los permisos de paternidad a dieciséis semanas, equiparándolos con los de maternidad, y exigiendo que fuesen intransferibles, recogiendo las demandas de la PPiNA; pero su tramitación parlamentaria fue

vetada por el Gobierno del Partido Popular, alegando el sobrecoste presupuestario que esto supondría.[34] En septiembre de 2017, el Gobierno del PP, con el apoyo de Ciudadanos, en el marco de las negociaciones de los Presupuestos Generales del Estado del año siguiente, incrementó de nuevo el permiso paternal a cinco semanas. Una medida que tenía que entrar en vigor en enero de 2018, pero que al final no se llevó a cabo, según fuentes oficiales, por falta de presupuesto. Sin embargo, el acuerdo se implementaría meses después. El 5 de julio de 2018, con la publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de los Presupuestos Generales de ese año, los últimos del Gobierno de Mariano Rajoy, la baja paternal se ampliaría definitivamente a las cinco semanas.

La PPIiNA todavía llegaría más lejos con su reivindicación. En junio de 2018, con el inesperado cambio de Gobierno y con el socialista Pedro Sánchez al frente del nuevo ejecutivo, el grupo parlamentario Unidos Podemos presentó otra vez en el Congreso una proposición de ley a favor de unos permisos de paternidad y maternidad iguales, intransferibles y pagados sobre el cien por cien del sueldo. En esta ocasión, el Congreso apoyó por unanimidad la demanda, sumando incluso los votos de los populares, que anteriormente habían vetado la iniciativa.

Con esta proposición de ley, se contemplaban unos permisos iguales e intransferibles para madres y padres de dos semanas obligatorias a partir del nacimiento o la adopción de la criatura y de catorce semanas más que podían tomarse a lo largo del primer año de vida (cuatro de ellas obligatorias y otras diez voluntarias).[35] A partir de aquí, empezó una tramitación parlamentaria en que los partidos podían presentar enmiendas, que continúa abierta mientras acabo de escribir este libro. De hecho, el PSOE apuesta por una ley donde estos permisos se tomen obligatoriamente después del parto o la adopción, y en consecuencia sean simultáneos; y Unidos Podemos, como exige la PPIiNA, defiende que el permiso de la madre y el padre puedan intercarse, y así ambos progenitores desarrollen plenamente su rol de cuidadores, con esta opción la criatura podría estar a cargo de sus padres hasta treinta semanas.

Los Presupuestos Generales del Estado para 2019 que pactó el Gobierno socialista con Unidos Podemos, en octubre de 2018, significaron un paso más en esta dirección, y prevén una equiparación gradual de los permisos de maternidad y paternidad hasta llegar a las dieciséis semanas en 2021. En 2019, el permiso paternal se ampliaría a ocho semanas, en 2020 a doce y en 2021 se alcanzarían las dieciséis.[36] De la tramitación parlamentaria y los acuerdos a los que se lleguen dependerán las medidas finales que incluya esta ley.

¿Quién defiende a las madres?

El pequeño tendría poco más de cuatro meses, era un día de verano, cuando empecé a encontrarme muy mal, con un dolor intensísimo en el pecho. Sin saber muy bien qué hacer, y estando sola con el bebé, decidí llamar a Urgencias. Al cabo de un buen rato, en el que no supe si podría resistir tanta presión en el tórax, llegó una médica. Me auscultó, me tomó la presión, y al ver al bebé a mi lado tuvo claro el diagnóstico. No se puede ser mamá primeriza, todo nos desborda. En realidad, yo no tenía nada grave. La médica me contó que ella también era mamá, y que su bebé era tan pequeño como el mío, pero que no podía estar con él. Había tenido que volver a trabajar, su puesto era precario, venía de América Latina, y de no haber retomado su empleo tras la baja por maternidad lo hubiese perdido.

Ahora que el debate acerca de una ley de permisos de paternidad y maternidad iguales e intransferibles ha llegado tan lejos a nivel institucional y nos dicen que esto es un paso adelante hacia la igualdad, pienso en esa madre y en tantas otras que con un bebé de apenas cuatro meses, y

muy a su pesar, lo tienen que dejar a cargo de terceros para volver al mercado laboral. Madres que han tenido que interrumpir la lactancia materna o que deben hacer todo tipo de malabarismos para sacarse la leche, y criaturas que pasan muchas horas, incluso más de ocho al día, sin sus progenitores. El acuerdo político en torno a esta iniciativa parece muy grande, pero quienes lo apoyan obvian el deseo y las necesidades de estas mujeres y sus criaturas.

Yo me pregunto: ¿quién defiende a las madres?, ¿quién exige un permiso de maternidad que vaya más allá de las exiguas dieciséis semanas actuales? Nadie sabe ni contesta. Las mujeres que desde hace años reclaman aumentar la baja por maternidad han sido ignoradas por las instituciones, con el argumento principal de que no había dinero. Sorprende, entonces, cómo de un tiempo para acá los partidos han asumido, de manera relativamente rápida, la demanda de ampliación del permiso paternal, con el coste económico consiguiente. Tal vez una de las razones sea que no es una propuesta exclusiva de las mujeres. La demanda de ampliación del permiso maternal asimismo levanta recelos en determinados sectores del feminismo que siguen viendo la maternidad y la crianza como fuente de opresión.

Así como existe un fuerte grupo de presión feminista bien conectado, de orientación liberal y socialdemócrata, que ha exigido permisos iguales e intransferibles para hombres y mujeres, buscando equiparar el permiso de los padres hasta las dieciséis semanas, como el de las madres, asegurando que esto permitiría acabar con la discriminación laboral materna, ¿quién defiende y apoya aumentar las míseras dieciséis semanas de baja de las que disponemos las mamás? La PPIiNA no lo incluye en sus demandas, ya que considera que esto ampliaría la brecha de género en la corresponsabilidad y los cuidados.

Aumentar la baja paternal es importante para que los padres se impliquen en la crianza y acompañen a la madre en un periodo tan intenso y agotador como es el puerperio. Pero esta demanda no se puede desligar de la exigencia de ampliar el permiso maternal, y más aún cuando este es tan exiguo. El debate sobre los permisos iguales e intransferibles tiene que ver con el reparto igualitario del trabajo de cuidados y con combatir la discriminación laboral, pero también con el modelo de maternidad y paternidad y la relación entre el cuidado y el ámbito productivo. Este segundo aspecto queda invisibilizado en el debate.

Un 80 % de las mamás en el primer año de vida de su criatura quiere estar con ella. Lo recoge una encuesta realizada a nivel europeo en el año 2010. Esta cifra disminuye a medida que aumenta la edad del pequeño. Las madres, que representan un 76 % de las mujeres en Europa, coinciden en querer mantenerse activas en el mercado laboral y tener tiempo para estar con sus hijas e hijos. [37] Sin embargo, hay quien piensa que esta demanda no se puede tolerar, que el patriarcado nos tiene abducidas y que cuidar es sinónimo de renunciar voluntariamente a todo lo demás. Las madres, sin embargo, tenemos derecho a recuperarnos del parto, a amamantar a nuestros bebés. La baja actual ni siquiera permite la lactancia materna exclusiva a demanda hasta los seis meses, como recomienda la OMS. Los permisos iguales e intransferibles de solo dieciséis semanas por progenitor infravaloran la dimensión corporal de la maternidad y obvian la contribución física de la mujer a la maternidad biológica y las implicaciones que esto tiene para los primeros estadios de la crianza. La paradoja es que en nombre de la igualdad, se minimiza el trabajo imprescindible de las mujeres en el embarazo, el parto y la lactancia.

De aquí que tras la aprobación de la proposición de ley a favor de unos permisos iguales e intransferibles, empezaran a emerger una serie de voces discordantes con dicha medida, tanto a título individual como colectivo. Una de las iniciativas más significativas fue la creación de la Plataforma PETRA (Plataforma de Madres Feministas por la Ampliación de los Permisos Transferibles), que exige unos permisos parentales de mayor duración y transferibles, y reivindica

a la madre como sujeto político. La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria también se posicionó de forma crítica con la propuesta al considerarla incompatible con la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Para la asociación, el objetivo prioritario debería ser «prolongar el permiso de las madres al menos durante seis meses y que las licencias de los padres sean transferibles».[38]

Víctimas del adultocentrismo

Los bebés tienen derecho a estar bien acompañados, alimentados y cuidados por sus progenitores, pero vivimos en una sociedad adultocéntrica, donde todo gira en torno a los mayores, y no nos paramos a escuchar a los más pequeños ni a reflexionar sobre qué modelo de cuidados y crianza necesitamos. Una realidad que queda reflejada en la historia que me contó una amiga a raíz del parto de una conocida suya en una prestigiosa clínica privada de Barcelona. Tras dar a luz, y en el transcurso del ingreso hospitalario, las enfermeras ofrecieron a la mamá y a su pareja llevarse de la habitación al recién nacido durante unas tres o cuatro horas, cuando ellos quisiesen, para que así pudieran descansar. Cuando mi amiga me lo contó, no daba crédito. «¿Que los profesionales sanitarios ofrecían un “descanso” del bebé tras nacer, un “receso”, a mamá y papá?». Los progenitores lo aceptaron. Pero lo que más me escandalizó no fue que ellos accedieran, sino que los profesionales de dicho hospital, como supuestos especialistas en el parto, lo propusieran. Y lo que necesitaba el bebé ¿no contaba? Pues no.

Cuando los permisos iguales e intransferibles se legislan como un derecho individual del padre y la madre, deberíamos preguntarnos: ¿dónde queda el derecho de la criatura? Esa que quiere y necesita mamar, que precisa pasar el máximo tiempo posible con sus progenitores. Sus necesidades, parece, no importan. La opción de los permisos iguales e intransferibles de dieciséis semanas en que se puede encadenar la baja maternal y la paternal permite acompañar por más tiempo al bebé que aquella en que ambas bajas deben tomarse de forma simultánea, pero igualmente tiene un problema y es que hace muy difícil la lactancia materna tras los primeros cuatro meses de vida. De aprobarse estos permisos, el Estado español se situaría a la cabeza de los países europeos con el permiso paternal remunerado al cien por cien e intransferible más extenso, con 4 meses, por delante de los 3 de Suecia e Islandia y los 2 de Noruega, Finlandia y Alemania, mientras estamos a la cola del continente junto a los países con la baja por maternidad retribuida más corta.[39] Un sinsentido. Luchar por la equiparación de los permisos, pero no por el alargamiento del de maternidad sesga el debate, y solo pone el énfasis en una parte del problema.

Se dice que esta medida nos beneficia como mujeres porque promoverá una mayor igualdad en el empleo, acabando con la discriminación que sufrimos, ya que por ley ambos sexos tendremos que cuidar de la criatura, pero sería ingenuo pensar que una sola disposición, que además ni siquiera beneficia al cien por cien de las madres, ya que no todas tienen acceso a esta prestación, y que está acotada a un periodo corto de tiempo, vaya a suponer una mayor equidad laboral. De hecho, se trata solo de una medida parcial. Los perjuicios que sufrimos las madres en el empleo van mucho más allá de la baja por maternidad, y tienen que ver con un mercado de trabajo profundamente patriarcal y en cómo se reparte cotidianamente la tarea de cuidados.

Aumentar el permiso paterno no es negativo, al contrario. El problema radica en mantener un esquema de permisos que, por su corta duración, supedita la maternidad y la crianza al empleo, anteponiendo productividad a cuidados y, aun en el caso de que ambos permisos puedan tomarse de manera consecutiva, dificulta la lactancia materna. Es muy legítimo optar por volver a la

empresa al poco de dar a luz, pero ¿qué pasa si lo que quieres es tomarte tu tiempo, recuperarte y cuidar del bebé? Solo las mamás que se lo puedan permitir, como ya sucede, lo podrán hacer. Cuidar de los pequeños acaba convirtiéndose así en un privilegio.

Con esta proposición de ley, además, se estigmatiza la maternidad, en la medida en que la crianza es considerada un freno para el desarrollo profesional, menospreciando, una vez más, su importancia social, política y económica. Se renuncia a crear un paradigma alternativo que coloque los cuidados en el centro, plegándonos a los designios productivistas del capital. Lo importante, se sobreentiende, no es criar, sino competir, ascender o sobrevivir en el mercado laboral.

Las familias monoparentales, tan necesitadas de apoyo, tampoco salen beneficiadas con esta medida, que solo contempla un modelo de familia biparental. Como denuncia la Federación de Asociaciones de Madres Solteras, esta propuesta vela exclusivamente por las familias que tienen dos progenitores y discrimina a las criaturas de las familias monoparentales.[40] La medida también deja fuera a un 36 % de madres que dan a luz, con datos de 2016, pero que al estar en paro o no haber cotizado lo suficiente no reciben ningún tipo de prestación.[41] Vistas las cifras de desempleo y pobreza infantil, ¿no sería más lógico impulsar ayudas a la maternidad y a la paternidad no contributivas, beneficiando a quienes más lo necesitan? ¿Por qué las prestaciones paternas y maternas tienen que estar supeditadas al empleo? ¿El cuidado de la pequeña infancia no debería ser un derecho universal?

Nos venden la moto de que con esta medida los hombres van a trabajar más en casa. Aunque son buenas noticias para los padres que quieren dedicar horas a la criatura, dudo mucho que aquellos no implicados se dediquen más a los cuidados con esta ley. Lo que ha demostrado esta misma propuesta en otros países donde se ha implementado es que *per se* no modifica la corresponsabilidad, e incluso varios padres ni la han llegado a utilizar, teniéndose que retirar o reducir la medida *a posteriori*, como sucedió en Dinamarca o Noruega.[42] La capacidad de los permisos iguales e intransferibles para incidir en un reparto equitativo del trabajo de cuidados entre la madre y el padre depende de su duración y de que se apliquen en el marco de un sistema garante de derechos. Aquí, lo uno y lo otro son insuficientes. La duración total de los permisos es corta y las ayudas sociales son escasas. En consecuencia, a pesar de la aprobación de dichos permisos quien seguirá cuidando el día de mañana será la mujer.[43]

Ha llegado la hora de decirlo: la izquierda tiene un problema, y grave, con la maternidad, la crianza y la familia. Algo que se explica por el uso que el patriarcado ha hecho de dichas esferas como instrumento de control y supeditación de las mujeres. Sin embargo, en la medida en que la izquierda no es capaz de reivindicar la maternidad y la crianza en clave emancipadora, igualitaria y feminista, nos deja, como madres, huérfanas políticamente, cediendo todo el terreno a la derecha o adaptándose a un feminismo liberal. Ya va siendo hora de reivindicar el papel de la maternidad y el cuidado sin esencialismos ni idealizaciones. No queremos quedarnos en casa, sino dar a la maternidad el valor social, político, económico e histórico que tiene y exigir que sea responsabilidad de todas y todos.

Cuidar de las criaturas

Cuando madres y padres trabajan fuera de casa, ¿quién cuida de las criaturas? La incorporación de las mujeres al mundo laboral ha destapado la ingente cantidad de trabajo invisible y no remunerado que estas vienen cargando sobre sus espaldas. No solo son las que por regla general, en una agotadora doble jornada de trabajo laboral y doméstico, se hacen cargo de los pequeños,

sino también de las personas mayores y de las dependientes, y se encargan de las tareas del hogar (comida, limpieza...). De hecho, mientras las mujeres, en el Estado español, con datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010, dedicaban cuatro horas y media al día a las tareas del hogar y a la familia, los hombres les destinaban la mitad del tiempo, poco más de dos horas. [44]

Aparte de asumir una mayor cantidad de trabajo, las mujeres se responsabilizan de las tareas de coordinación de la vida doméstica, algo que se complejiza cuando hay personas dependientes a cargo. La ilustradora Emma Clit refleja esta realidad en el cómic *La carga mental*, donde recuerda que las mujeres tenemos que estar siempre alerta y tenerlo todo en la cabeza. [45] Una carga mental que es resultado de compaginar trabajo doméstico y asalariado, y que significa tener que desdoblarnos permanentemente para articular dos ámbitos que funcionan con lógicas y tiempos distintos. Las mujeres tenemos una «doble presencia» constante en la esfera productiva y reproductiva, y no hacemos solo un trabajo detrás de otro. [46] En definitiva, estar a cargo de la organización del trabajo de cuidados implica que nunca podemos desconectar.

Si las mujeres no realizan las tareas domésticas y sus parejas tampoco, se acaba contratando a terceros, vía externalización *low cost*, principalmente a mujeres, muchas inmigrantes. Son ellas las que acaban haciéndose cargo de las criaturas, mujeres que, paradójicas de la vida, en muchos casos han tenido que dejar atrás a sus hijas e hijos, así como a otras personas dependientes, para cuidar de las nuestras. El problema del cuidado y la reproducción no ha hecho sino trasladarse a otras mujeres menos privilegiadas, en un proceso con un evidente sesgo de clase y etnia. [47] Se trata de una cadena global de cuidados que transfiere a escala transnacional el «trabajo maternal». [48]

Las escuelas infantiles, públicas o privadas, son el otro lugar donde las criaturas quedan a cargo de terceros. Uno de sus inconvenientes, más allá del debate acerca del modelo pedagógico y la edad de escolarización, es que sus ratios (el número de pequeños por educador y aula), así como el sueldo de sus trabajadores, en general mujeres, están más basados en la viabilidad económica que en la calidad del cuidado y el empleo. ¿Cuántas buenas profesionales no pueden realizar adecuadamente su trabajo por unas ratios imposibles con un educador por cada ocho criaturas de cero a un año, uno por cada trece de uno a dos años y uno por cada veinte de dos a tres años? [49] Asimismo, no da prestigio trabajar en un centro de educación infantil o primaria, los salarios son bajos y el reconocimiento social es nulo. Es muy sintomático que nuestra sociedad valore y pague más a aquellos que «cuidan» de ordenadores y máquinas que a los que se encargan de personas.

Si no podemos pagar a alguien para que atienda al pequeño y no es posible dejarlo en la escuela, siempre queda la opción de los abuelos y las abuelas, que además salen gratis, un fenómeno que es común en el conjunto de Europa. Se estima que un 50 % de ellos, con datos de 2010, cuida casi a diario de sus nietas y nietos. Los abuelos se encargan unas décimas más que las abuelas, pero estas los cuidan durante más horas, un total de 6,2 horas al día frente a las 5,3 de ellos. [50] Se trata de unos mayores que sufren una situación de doble dependencia, al ser un colectivo perceptor de cuidados que a la vez debe cuidar de otros, aunque sea temporalmente. Claro que estos disfrutan estando con los pequeños, pero si pasan muchas horas con ellos y acaban sustituyendo la figura de los progenitores, esto puede afectar negativamente a su salud física y psíquica. Es lo que algunos estudios han denominado el «síndrome de la abuela esclava», generando agotamiento, problemas cardíacos y circulatorios, así como situaciones de estrés y ansiedad al tener que realizar una tarea educativa sobrevenida, arriesgándose incluso a un enfrentamiento de criterios con sus propios descendientes. [51]

Ante estos escenarios, «¿qué queda de la familia —se pregunta la autora de *¿Dónde está mi tribu?*, Carolina del Olmo— cuando los padres solo ven a sus hijos a la hora del baño y la cena,

mientras que el resto del tiempo se encargan del cuidado de los niños diversos profesionales?». Del Olmo, que defiende que el Estado tiene que destinar recursos y apoyar el cuidado, subraya al mismo tiempo la necesidad de ser «concienzudamente críticos con el ideal de crianza institucionalizado que se ha impuesto como un rodillo».[52] Una dinámica que constata que vivimos en un ambiente social y económico que menosprecia la dependencia humana.

Sin embargo, dejar a los pequeños con terceros no siempre es fácil anímicamente para madres y padres. Hay que ir a trabajar, pero al mismo tiempo queremos cuidarlos, acompañarlos a la hora de comer, bañarlos, jugar con ellos, mostrarles cariño y afecto. Al final, ni tu vida ni tu cuerpo dan para más. Lo constata una mayoría de progenitores, un 75 %, que al preguntarles por el tiempo que dedican a los pequeños afirman sentirse «cansados», «agobiados», «frustrados», «culpables», «atrapados», «tristes», «impotentes»... por no poder dedicarles la atención deseada, según una encuesta de 2017.[53] La principal razón para no estar más tiempo con ellos era, en casi ocho de cada diez casos, el empleo. La encuesta también señalaba que un 20 % de los progenitores pasan menos de dos horas al día con las criaturas. Son madres y padres desaparecidos.[54] Pero el problema no es la maternidad; es el capitalismo y el patriarcado, estúpido.[55]

A cuentas con el bebé

Cuando finalmente me quedé embarazada, ya llevaba algunos años trabajando como autónoma. El mercado laboral se ha precarizado tanto que un buen día me dije: «Para ser precaria, pues mejor precaria por cuenta propia». De este modo, en la medida en que se acercaba la fecha del parto, de tener que gestionar la baja o planificar el posparto no lo tuve que negociar con nadie más que conmigo misma y mi pareja. Me fue bien, pero para muchas este es un momento difícil. En el trabajo a menudo no te miran con buenos ojos si te quedas embarazada.

Las primeras contracciones aparecieron mucho antes de la semana 37, cuando el embarazo llega a término. No me la podía jugar a que el crío naciera antes de tiempo. Así que cancelé trabajos, cogí la baja y a descansar. Al final, después de los días de espera, las horas en el sofá, los numerosos libros leídos, llegó la fecha en que el parto se podía producir sin problemas. Pero seguí tomándome las cosas con calma —el físico tampoco acompañaba—. Era cuestión de esperar.

El pequeño nació justo en la fecha prevista. Creo que llegué a tardar hasta dos semanas antes de salir de casa después del parto, hasta que volví a bajar aquellas estrechas y viejas escaleras del piso del Raval, en Barcelona, y empezar a reconectarme poco a poco con la realidad. Sentía que quería hacer de todo con el bebé a cuentas, mostrar al mundo que tenía un hijo precioso. Así lo hice en el transcurso de los cuatro meses de baja y los siguientes.

Me fui con el niño a reuniones, a dar conferencias e incluso me lo llevé a tertulias de televisión (eso sí, ¡se quedaba entre bambalinas!). Sin el apoyo de mi familia, y en particular de mi pareja, hubiese sido imposible. Por suerte, su trabajo le permitía estar mucho tiempo con nosotros, lo que fue de gran ayuda. Con pocos meses, me llevé al peque a Lisboa (Portugal), donde fui a hablar de los impactos del TTIP (Tratado Transatlántico de Comercio e Inversiones) en la agricultura, y a Madrid, a una charla sobre el futuro de la alimentación. Eso sí, la invitación siempre tenía que incluir un viaje para un acompañante que pudiera ayudarme y hacerse cargo del pequeño mientras yo hablaba. En Portugal vinieron mis padres, en Madrid la suegra, y nos lo pasamos de maravilla. De esta manera, intenté compaginar la crianza con las actividades personales y laborales.

En mi caso, fue posible por las características de mi trabajo y el entorno familiar. A menudo, no es tan fácil. En la empresa, una vez termina la raquítica baja de maternidad, las criaturas no son

bienvenidas. Trabajar se considera incompatible con la crianza. Obviamente hay trabajos en que no podrás llevarte al bebé, pero en otros a lo mejor no es tan difícil. O, ¿por qué no ofrecer a la mamá trabajar desde casa si ella quiere? La flexibilidad, tan característica de nuestro precario mercado laboral, es prácticamente nula cuando a la crianza se refiere.

Algunas mujeres, tras tener una criatura, y ante esta realidad, han empezado nuevos proyectos laborales con el objetivo de hacer compatibles trabajo y crianza. No es fácil, pero muchas no quieren renunciar ni a estar con el bebé ni al empleo. En los últimos tiempos, en este sentido, se han abierto en varias ciudades espacios de *coworking* utilizados especialmente por madres, que incluyen un lugar para el acompañamiento de los menores. Sin embargo, el límite fundamental de este tipo de iniciativas es su sesgo de clase, solo accesible a un determinado perfil socioeconómico. Para la gran mayoría de madres, no hay otra opción que el trabajo asalariado por cuenta ajena, en general mal remunerado y organizado con criterios que no tienen nada que ver con las necesidades personales.

-
- [1] Forna, A., *Mother of All Myths. How Society Moulds And Constrains Mothers*, Londres: HarperCollins, 1998.
- [2] Federici, S., *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*, Madrid: Traficantes de Sueños, 2013 (2004); Tubert, S. (ed.), *Figuras de la madre*, Madrid: Ediciones Cátedra, 1996.
- [3] Rose, J., *Madres. Un ensayo sobre la crueldad y el amor*, Madrid: Siruela, 2018, p. 40.
- [4] Chodorow, N. y S. Contratto, «The Fantasy of the Perfect Mother», en Thorne, B. y M. Yalom (eds.), *Rethinking the Family: Some Feminist Questions*, Nueva York: Longman, 1982.
- [5] Rich, A., *Nacida de mujer. La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*, Barcelona: Editorial Noguer, 1978 (1976), p. 271.
- [6] Allen, A. T., *Feminism and Motherhood in Western Europe, 1890-1970: The Maternal Dilemma*, Nueva York: Palgrave Macmillan, 2005.
- [7] Wolf, N., *Misconceptions: Truth, Lies, and the Unexpected on the Journey to Motherhood*, Nueva York: Knopf Doubleday Publishing Group, 2003.
- [8] Douglas, S. J. y M. W. Michaels, *The Mommy Myth: The Idealization of Motherhood and How It Has Undermined Women*, Nueva York: Free Press, 2004. (Todas las citas literales de obras no publicadas en lengua castellana están traducidas por la autora).
- [9] McRobbie, A., «Feminism, the Family and the New “Mediated” Maternalism», *New Formations* 80, 2013, pp. 119-137.
- [10] Esteve, A., D. Devolder y A. Domingo, «La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac!!!», *Perspectives Demográfiques* 1, 2016, pp. 1-4.
- [11] Fernández-Miranda, M., *No madres. Mujeres sin hijos contra los tópicos*, Barcelona: Penguin Random House, 2017, p. 16.
- [12] Aler, I., «Sociología de la Maternidad en España», en C. Alba, I. Aler e I. Olza, *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pp. 71-126.
- [13] IIEDDI, «Barómetro CISNEROS XI. Liderazgo tóxico y mobbing en la crisis económica», *Cincodías.com*, 2 de julio de 2009. Disponible en: http://www.cincodias.com/5diasmedia/cincodias/media/200907/02/economia/20090702cdscdseco_2_Pes_PD
- [14] Lidón, I., «La congelación de óvulos en la empresa llega a España: ¿beneficio laboral o abuso?», *El Mundo*, 8 de enero de 2018.
- [15] INE, «Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos Año 2017. Datos provisionales», nota de prensa, 19 de junio de 2018.
- [16] Idescat, «Estadística de naixements 2017. Dades provisionals», nota de prensa, 27 de septiembre de 2018.
- [17] Esteve, A., D. Devolder y A. Domingo, *op. cit.*, 2016.
- [18] López Trujillo, N., «Cumplir 30 con ganas de ser madre y trabajo precario: aplazar los hijos hasta que quizá sea demasiado tarde», *Eldiario.es*, 11 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/Aplazar-tener-hijos-demasiado-tarde_0_768873797.html.

- [19] Datos obtenidos respectivamente de: Esteve, A., D. Devolder y A. Domingo, *op. cit.*, 2016; INE, «Encuesta de Fecundidad. Año 2018. Datos avance», nota de prensa, 28 de noviembre de 2018.
- [20] Nanclares, S., *Quién quiere ser madre*, Madrid: Alfaguara, 2017, p. 191.
- [21] Sociedad Española de Fertilidad, «Se incrementa un 9,5 % el número de tratamientos de fecundación in vitro (FIV) en España, según el Registro Nacional de Actividad 2015-Registro SEF», nota de prensa, 10 de octubre de 2017.
- [22] Fernández-Miranda, M., *op. cit.*, 2017, p. 75.
- [23] Balinot, N., «Cuando querer no es poder: el duelo de la maternidad», *Ctxt.es*, 8 de agosto de 2018. Disponible en: <https://ctxt.es/es/20180808/Politica/21038/maternidad-mujer-hijos-precariedad-transicion.htm>.
- [24] Klein, N., *Esto lo cambia todo. El capitalismo contra el clima*, Barcelona: Paidós, 2017.
- [25] Porta, M., *Vive más y mejor. Reduciendo tóxicos y contaminantes ambientales*, Barcelona: Grijalbo, 2018.
- [26] Levine, H. *et al.*, «Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis», *Human Reproduction Update* 23 (6), 2017, pp. 646-659.
- [27] Criado, M. A., «La calidad del esperma de los occidentales ha bajado a la mitad en 40 años», *El País*, 25 de julio de 2017.
- [28] Atwood, M., *El cuento de la criada*, Barcelona: Ediciones Salamandra, 2017 (1985).
- [29] UGT, *La igualdad salarial, un objetivo pendiente*, Madrid: UGT Secretaría de Igualdad, 2016.
- [30] De estas dieciséis semanas de baja por maternidad, las seis primeras después del parto son obligatorias e intransferibles, y solo puede beneficiarse la madre; las otras diez son voluntarias y transferibles, es decir, las puede realizar la mamá o compartirlas con el otro progenitor, aunque en solo el 1,8 % de los casos los permisos de maternidad son compartidos entre ambos progenitores.
- [31] Los padres tienen dos días de permiso por nacimiento más cinco semanas de baja voluntaria e intransferible, que pueden tomar justo después del parto o de forma a determinar de acuerdo con la empresa dentro de los nueve meses siguientes a la fecha de nacimiento de la criatura, pero que deben cogerse de manera ininterrumpida, excepto la última semana.
- [32] The Local, «Dads in Sweden are taking more parental leave than ever», *TheLocal.se*, 10 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.thelocal.se/20171110/dads-in-sweden-are-taking-more-parental-leave-than-ever>; Norge.no «Having a child», *Norge.no*, 2018. Disponible en: https://www.norge.no/en/life_situation/having-child.
- [33] Merino, P., *Maternidad, Igualdad y Fraternidad. Las madres como sujeto político en las sociedades poslaborales*, Madrid: Clave Intelectual, 2017.
- [34] PPiNA, «Reforma legislativa», *Igualdadintransferibles.org*, 2018. Disponible en: <https://igualdadintransferibles.org/que-proponemos/reforma-legislativa>.
- [35] PPiNA, «Ante la tramitación de la ley de permisos igualitarios, la PPiNA demanda transparencia», nota de prensa, 12 de julio de 2018.
- [36] Requena, A., «Los nuevos permisos de paternidad: 16 semanas en 2021, intransferibles y con la simultaneidad en el aire», *Eldiario.es*, 10 de octubre de 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/economia/permisos_0_823468615.html
- [37] MMMEurope, «Lo que importa a las madres en Europa», nota de prensa, 3 de mayo de 2011.
- [38] Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, «Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria sobre la proposición de ley de permisos de maternidad y paternidad», nota de prensa, 12 de septiembre de 2018.
- [39] Merino, P., «Maternidad y políticas: confusiones, falsedades y mandatos», *Pikaramagazine.com*, 18 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2018/06/maternidad-y-politicas-confusiones-falsedades-y-mandatos>.
- [40] Federación de Asociaciones de Madres Solteras, «La nueva Ley de Permisos Iguales e Intransferibles discrimina a los/as hijos/as de las familias monoparentales», nota de prensa, 28 de junio de 2018.
- [41] Campillo, I., «Permisos iguales e intransferibles: no es oro todo lo que reluce», *Ara.cat*, 2 de septiembre de 2018. Disponible en: https://www.ara.cat/es/opinion/Ines-Campillo-permisos-iguales-intransferibles-oro-todo-reluce_0_2077592360.html.
- [42] Merino, P., *op. cit.*, 18 de junio de 2018.
- [43] Campillo, I., *op. cit.*, 2 de septiembre de 2018.
- [44] INE, «Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010», nota de prensa, 14 de julio de 2011.
- [45] Clit, E., *La carga mental*, Barcelona: Lumen, 2018. El concepto de «carga mental» fue desarrollado

anteriormente por Monique Haicault en su artículo «La gestion ordinaire de la vie en deux», *Sociologie du Travail* 26 (3), 1984, pp. 268-277.

- [46] Balbo, L., «La doble presencia», en Borderías, C., C. Carrasco y C. Alemany (comps.), *Las mujeres y el trabajo*, Barcelona: Icaria Editorial, 1994, pp. 503-513.
- [47] León, C., «Sarah Paulson, ¿qué hay de feminista en negar los cuidados?», *Eldiario.es*, 1 de enero de 2018. Disponible en: http://www.eldiario.es/nidos/Sarah-Paulson-feminista_0_723378277.html.
- [48] Hochschild, A. R., «Global Care Chains and Emotional Surplus Value», en Hutton, W. y A. Giddens (eds.), *On The Edge: Living with Global Capitalism*, Londres: Jonathan Cape, 2000.
- [49] Ministerio de Educación, *Ratio en el primer ciclo de Educación Infantil*, 2016. Disponible en: <https://www.mecd.gob.es/dam/jcr:889c0725-04ac-43bf-865c-bf6605614211/ratio-primer-ciclo-18012016.pdf>
- [50] Megías, I. y J. C. Ballesteros, *Abuelos y abuelas... para todo: percepciones en torno a la educación y el cuidado de los nietos*, Madrid: FAD, 2011.
- [51] Cánovas, G., *El oficio de ser madre. La construcción de la maternidad*, Barcelona: Grafein Ediciones, 2007; Badenes, N. y M. T. López, «Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España», *Zerbitzuan* 49, 2011, pp. 107-125.
- [52] Del Olmo, C., *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*, Madrid: Clave Intelectual, 2014, p. 98.
- [53] Lantigua, I., «Los padres que no jugaban con sus hijos», *El Mundo*, 1 de julio de 2017.
- [54] Baena, L., «¿Eres una madre desaparecida?», *Clubdemalasmadres.com*, 14 de julio de 2017. Disponible en: <https://clubdemalasmadres.com/eres-madre-desaparecida>.
- [55] Emulando la popular frase de Bill Clinton en la campaña a las presidenciales de Estados Unidos en 1992: «Es la economía, estúpido», que posteriormente ha sido adaptada a múltiples contextos.

Maternidad(es)

Madres solas

Los cambios sociales han propiciado la emergencia de nuevos modelos familiares, en particular el de las madres que crían en solitario. Hoy en día en el Estado español, un 10 % de las familias son monoparentales, con un solo progenitor al frente. Pero más que de monoparentalidad tendríamos que hablar de *monomarentalidad*, ya que un 83 % de las mismas están encabezadas por mujeres, la mayoría de las cuales son viudas (40 %) o separadas/divorciadas (39 %); aunque hay también, en un porcentaje más bajo, mujeres solteras (14 %) o que están formalmente casadas (7 %), con datos de 2017.[\[56\]](#) Se trata de la feminización de la monoparentalidad. Mis amigas son un buen ejemplo: la gran mayoría son madres solas fruto de divorcios, separaciones o por haber decidido ser madres en solitario. En dichas circunstancias, el apoyo de la red familiar es clave.

Sin embargo, estas familias no lo tienen fácil. Seguimos viviendo en una sociedad eminentemente patriarcal que, aun con el paso del tiempo y las resistencias, intenta imponer un determinado arquetipo de maternidad, y también de familia. Lo que se sale de la norma no encaja. Así me lo contaba una amiga que tira adelante sola con su hijo e hija desde que, cuando estos eran muy pequeños, el padre se marchó. «En la escuela, las otras madres me tratan a caballo entre la reprobación y la compasión, como si criar en solitario fuese una anomalía. Sus comentarios, incluso cuando intentan ser comprensivos, tienen una carga paternalista, como si yo y mis criaturas fuésemos unas desdichadas».

Madres solas ha habido toda la vida, ya que las mujeres se casaban más jóvenes que sus maridos y vivían más años.[\[57\]](#) Lo que diferencia la monomarentalidad actual de la del pasado es que, en buena medida, es fruto de divorcios o separaciones y por el fenómeno al alza de la monomarentalidad elegida, mujeres que deciden tener y criar a sus pequeños en solitario no porque hayan perdido o roto con su pareja, sino porque así lo han querido.

Cada vez son más las mujeres que ante la dificultad de encontrar una pareja con la que tener descendientes y el deseo de ser madres, acercándose en muchos casos a la edad límite aconsejable para conseguir la gestación, deciden emprender una maternidad por su cuenta. Algo que no es exclusivo de aquí: en otros países de nuestro entorno geográfico y cultural la tendencia es parecida o incluso mayor, como en el caso de Estados Unidos. Una dinámica que tiene mucho que ver con los cambios socioculturales, la entrada de la mujer en el mercado laboral y su independencia económica, así como una mayor autonomía personal en las relaciones y un menor peso de la institución eclesial y familiar. En consecuencia, se considera que ya no es necesario tener un marido para criar.

Se trata de mujeres en su mayoría solteras, de más de treinta y cinco años, con estudios universitarios, que trabajan por cuenta ajena en ocupaciones de alta cualificación,

económicamente solventes y que viven solas con sus pequeños, en general uno, según indica el principal estudio en la materia. Aunque hay también otros perfiles, como mujeres en paro, mileuristas, autónomas, que conviven con sus padres, etc. Lo que hace necesario mirar a la maternidad en solitario libremente elegida desde el prisma de la diversidad.[58]

Una maternidad que se alcanza mediante técnicas de reproducción asistida, la adopción o manteniendo relaciones sexuales con un donante conocido. En el Estado español, con datos de los años 2000 al 2004, el 2,7 % de los procesos de reproducción asistida y un 9,4 % de las adopciones internacionales fueron realizados por una mujer sola.[59] Están las que lo planifican durante años y otras que se encuentran con una maternidad biológica no buscada, pero que deciden desde el inicio asumirla por su cuenta. Lo que las distingue, a todas ellas, de las maternidades en solitario no elegidas es el hecho de haberlo escogido. A pesar de que la edad es un elemento a menudo clave a la hora de tomar la decisión, querer ser madre no responde tanto al cumplimiento de un mandato social, sino a un deseo profundo, el cual se topa con un reloj biológico que impone sus tiempos.[60] O tienes críos ahora o nunca.

Se trata de maternidades que confrontan el modelo normativo de familia nuclear biparental y heterosexual, como también lo hacen las familias homoparentales, enfrentándose a aquellas narrativas patriarcales que consideran que el matrimonio con una pareja del otro sexo y la figura del padre son imprescindibles para tener descendencia, y que esta sea legítima. Madres que plantan cara al estigma que impera todavía en expresiones como las de «madre soltera» o «madre sola», que tienen una carga ideológica que las asocia a soledad, abandono y deshonra.

Al margen del carácter particular de las madres solas por elección, la monomarentalidad, en general, es sinónimo de pobreza. Las familias monoparentales, en su inmensa mayoría encabezadas por mujeres, son las más golpeadas por la crisis, la precariedad y las dificultades económicas. Así lo indican las cifras: un 40,6 % de los hogares que tienen un adulto al frente y una o más criaturas a cargo se encuentra en situación de riesgo de pobreza y exclusión. Se trata de familias que enfrentan mayores carencias materiales: un 54 % no tiene capacidad para gestionar gastos imprevistos y un 47 % no puede ir de vacaciones ni siquiera una semana al año, con datos de 2017.[61] Si eres mujer, sin pareja y tienes descendencia posees todas las papeletas para ser pobre.

La falta de ayudas a las familias monoparentales es absoluta. Un 67 % de las madres en esta situación no recibe ningún tipo de prestación económica. Muchas viven angustiadas por no tener recursos económicos suficientes para cubrir las necesidades de sus criaturas. Más de la mitad, un 52 %, no tiene empleo y muchas trabajan en condiciones precarias, con cifras del año 2013.[62] «Tengo dos hijos a mi cargo. Mi situación económica es desastrosa, no tengo trabajo y solo tengo la pensión que me pasa mi marido: trescientos euros al mes. Con ese dinero tengo que pagar piso, agua, luz, colegios...», cuenta una madre sola.[63] Una situación que acaba pasando factura a su salud, tanto física como mental, y a la de sus hijas e hijos.

De aquí que las familias monoparentales exijan al Gobierno español una ley de familias monoparentales que las defina como tal, dé respuesta a sus necesidades y les ofrezca cobertura frente a las situaciones de desigualdad, como ya sucede con las familias numerosas. De hecho, el número de familias monoparentales triplica el de familias numerosas,[64] pero no reciben el mismo apoyo ni ayudas. Lo que solo se explica por una cuestión política e ideológica que discrimina a los progenitores sin pareja y con descendientes, en concreto a las madres solas, que son la mayoría.

Cataluña y el País Valenciano son las únicas comunidades que cuentan con marcos jurídicos específicos que definen las familias monoparentales como modelo familiar y regulan su situación

y derechos.[65] En Cataluña, desde el año 2009,[66] la legislación reconoce a las familias monoparentales y equipara sus derechos a los de las familias numerosas. Sin embargo, una investigación llevada a cabo por el Síndic de Greuges, en 2017, destapó que las ayudas a ambos modelos de familia no estaban plenamente homologadas, por lo que instó a la Generalitat de Cataluña a garantizar las mismas medidas de discriminación positiva tanto a las familias monoparentales como a las numerosas, como recogía la ley.[67] En el País Valenciano, en 2018, entró en vigor el decreto de familias monoparentales, el cual regula su reconocimiento.[68]

El debate poco a poco se ha ido abriendo también en otros parlamentos autonómicos, con resultados desiguales. Lo hemos visto en el transcurso de 2018 en Andalucía, Madrid, Galicia y Navarra. En Andalucía, el Gobierno autonómico anunció, a mediados de ese año, que tenía previsto desarrollar un decreto específico para crear el primer registro andaluz de familias monoparentales,[69] pero al finalizar la legislatura la iniciativa todavía no se había llevado a cabo, quedando la propuesta en papel mojado. Aun así, se consiguieron algunos avances y concesiones específicas en la nueva Ley de Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, aprobada en 2018. En la Asamblea de Madrid, en septiembre, PP y Ciudadanos vetaron la proposición de ley impulsada por Podemos para definir legalmente a estas familias, y pospusieron su reconocimiento a 2021.[70] En Galicia, también en septiembre, a iniciativa del Bloque Nacionalista Galego, se instó a su parlamento a aprobar una legislación que reconociera las especificidades y los derechos de los núcleos familiares monoparentales, pero el PP impidió que la propuesta siguiera adelante.[71] El Parlamento de Navarra, en octubre, aprobó por unanimidad la toma en consideración de la proposición de ley foral para la acreditación de las familias monoparentales impulsada por Podemos.[72] Veremos, en todas estas comunidades, cómo evoluciona el debate.

Sin un entorno personal, familiar, social e institucional que te apoye, es muy difícil ser madre por cuenta propia. Tener criaturas en estas circunstancias acaba siendo un privilegio. «Siempre he pensado en ser madre por mi cuenta, con inseminación artificial. Lo haría ya, este año mismo. Lo haría si tuviese un sueldo decente y un contrato decente», cuenta una joven de treinta años. Otra, con un salario que apenas llega a los novecientos euros al mes, añade: «No tengo novio y eso me frustra. He pensado en apuntarme en una lista de esas para adoptar, pero... ¿yo sola? ¿Y si no puedo mantenerlo? ¿Y si me dan uno cuando tenga casi cuarenta? Me gustaría poder decidir cuándo tenerlo; por mí me inseminaría mañana mismo. Pero es carísimo. Solo me queda esperar y ver si en unos dos o tres años mi situación ha cambiado un poco».[73]

La falta de ayudas no es algo que afecte solo a las familias monoparentales. En general, el Gobierno español, independientemente de su color político, no ha desarrollado medidas significativas que tengan como objetivo ayudar a las familias, la infancia y la crianza, a diferencia de otros países europeos.[74] Cuidar de los pequeños depende de la situación particular de cada uno, de tener empleo, patrimonio, redes familiares. El déficit de apoyo a la crianza tiene un claro sesgo de clase, y se ceba especialmente con los sectores más pobres. Las familias monoparentales son las más castigadas, ya que una persona sola tendrá, en general, menos renta y tiempo para dedicar a la familia.[75]

Maternidades adoptivas

Las formas de ser madre son múltiples, y no se limitan a la maternidad biológica. Las maternidades adoptivas son un ejemplo. Su percepción social ha cambiado de manera significativa en las últimas décadas, dejando de ser un fenómeno invisible, incluso tabú, para

pasar a ser una práctica socialmente normalizada.

En el Estado español, en el año 2016, se llevaron a cabo 567 adopciones internacionales, un 29 % menos que el año anterior, y 588 adopciones de criaturas nacidas aquí, un 6 % más que en el 2015.[\[76\]](#) Las adopciones internacionales siguen una tendencia a la baja, y han retrocedido un 90 % respecto a las que se produjeron en 2004, cuando se realizaron alrededor de 5.500 y el Estado español era el país europeo donde se llevaban a cabo más procesos de adopción internacional y el segundo del mundo, justo por detrás de Estados Unidos. Esta dinámica a la baja no es exclusiva de aquí: a escala global el número de adopciones internacionales entre los años 2004 y 2011 disminuyó en un 52 %.[\[77\]](#)

Esto se debe a que la mayoría de los países de origen han reformado su legislación para limitar el perfil de las personas que adoptan, en ciertos casos prohibiendo la adopción a parejas homosexuales o a personas solas, e incluso algunos ahora vetan las adopciones internacionales. La Administración española, por su parte, ha suspendido o limitado la tramitación de adopciones con determinados países hasta tener garantías de que el proceso se realiza correctamente. También han cambiado las características de las criaturas en adopción, pues ahora hay mayores de seis años y otros con necesidades especiales. Las trabas burocráticas en la asignación inicial del menor y a lo largo del proceso son habituales y los trámites de adopción a menudo se retrasan o incluso quedan paralizados de manera definitiva.[\[78\]](#) lo que desalienta a otros a iniciar el procedimiento.

La adopción de pequeños nacidos en el Estado español, en cambio, se ha mantenido más estable, e incluso se ha dado una ligera tendencia al alza. Las dificultades para adoptar a nivel internacional han comportado un incremento de las peticiones para iniciar este mismo proceso aquí. Entre los años 2014 y 2015, el número de solicitudes se duplicó, pasando de las 1.400 a las casi 2.900, mientras que de 2015 a 2016 la cifra retrocedió hasta las 1.500.[\[79\]](#)

La maternidad adoptiva implica una tríada: la madre que adopta, la madre biológica —con sus respectivas familias— y el menor. La madre adoptiva, sola o en pareja, alcanza la maternidad después de renunciar a una maternidad biológica, ya sea de manera voluntaria u obligatoria, por problemas de infertilidad, e incluso puede llegar a la adopción tras un arduo proceso de reproducción asistida. En cuanto a la madre biológica, en algunos casos renuncia a la maternidad y da su criatura en adopción, ya sea por motivos económicos, personales, familiares o sociales; en otros, se le retira la custodia y sigue batallando para obtenerla de nuevo. Y luego está el menor adoptado, que lleva una mochila propia desde que fue engendrado hasta llegar a la nueva familia, con sus necesidades específicas. La comprensión y aceptación de esta tríada es clave para el desarrollo satisfactorio del proceso de adopción.[\[80\]](#)

Lo explica así una madre adoptiva: «Yo creo que tenemos que tener cuidado de no restar importancia a las madres biológicas de nuestras hijas. Mi hija tiene tres madres: su madre biológica, su madre de acogida y yo. Cada una le hemos dado algo, y ella lleva en sí algo de todas nosotras». Sin embargo, hay madres adoptivas que opinan de una manera muy distinta: «Madre solo hay una, [por lo que] yo realmente nunca he pensado en hablarle a mis hijos de segundas o terceras madres. Creo que para ellos sería muy difícil de entender y les crearía muchas dudas inútiles. Cuando les hablo de su madre biológica, digo “la señora que te llevó en la barriguita” y ya está. Siempre será “la señora”. Nunca les diría “tu primera mamá”. Para ellos su mamá seré siempre yo», explica otra. La maternidad múltiple, la multimaternidad, genera una gran incomodidad, pero es parte inherente de todo proceso de adopción. Negarla o esconderla vulnera los derechos de quienes han sido adoptados. Son los silencios de la adopción que aún, por desgracia, perduran.[\[81\]](#)

La maternidad adoptiva y la biológica tienen muchos puntos en común: querer lo mejor para el

hijo o la hija, la calidad del vínculo, el sentimiento de pertenencia, la asunción de unos determinados roles. Sin embargo, se construye desde una experiencia vital y corporal distinta. La maternidad adoptiva requiere llevar a cabo unos procesos administrativos específicos, que varían en función de si se trata de una adopción estatal (con trámites para conseguir el certificado de idoneidad, la realización de entrevistas, cursos de preparación, acogimiento familiar preadoptivo, resolución del juez sobre la adopción) o internacional (contactar con el organismo competente que gestiona los procesos de adopción, obtener la idoneidad, iniciar un proceso administrativo aquí y después en el país de origen de la criatura, esperar la concesión de la adopción, así como la resolución judicial que la valide), e implica una vivencia emocional particular (fruto de tener que afrontar un proceso administrativo extremadamente largo y extenuante, aceptar una no maternidad biológica, asumir la historia del pequeño, gestionar el cómo se lo contamos). Lo mismo sucede con otras formas de acceder a la maternidad, con sus particularidades, como aquella que se consigue a través de técnicas de reproducción asistida. La diferencia nunca debería ser motivo de discriminación o estigma, sino de riqueza.

«Una familia adoptiva no es lo mismo que una familia biológica», afirmaba el psicólogo H. David Kirk en su influyente libro *Shared Fate* (Destino común). Según el autor, lo que hace que una familia adoptiva tenga éxito no es que se parezca a una familia biológica, sino que sea consciente, como familia, de que en el proceso será necesario afrontar diferencias para las que quizás no se tienen todas las respuestas. Al fin y al cabo, ser padre o madre, adoptivo o biológico, es procurar a las criaturas un desarrollo lo más completo y feliz posible.[\[82\]](#)

Madrastras

Si hay un personaje antagónico a la mamá ideal, esa es la madrastra, estigmatizada en mil y una historias. Al hablar de madrastras, ¿a quién no le vienen a la cabeza la madrastra de Blancanieves, que ordenó asesinarla, la de Hansel y Gretel, que convenció al padre de los pequeños para abandonarlos en el bosque, o la de la Cenicienta, que maltrató a la joven vejándola con duros trabajos domésticos? Los cuentos de los hermanos Grimm, la mayoría ampliamente difundidos por Walt Disney, han hecho mucho daño a las madrastras de carne y hueso, pero también a las mujeres en general. Sus personajes femeninos, siempre malvados o subalternos, han quedado instalados en nuestro imaginario colectivo. Algo que no ha sucedido con la figura del padrastro, al que se le ha dado un carácter más ambiguo, pudiendo ser considerado un mal hombre o el salvador de mamá.

Los sentimientos de las madrastras, sin embargo, distan mucho de lo que explican los cuentos. Lo narra la escritora Jenn Díaz en «Diario de una madre sin hijo», un relato a caballo entre la ficción y la autobiografía a partir de su experiencia ejerciendo como madre de la hija de su compañero. «Esta es mi vida y a ustedes la muestro: la vida de una madre. No tiene mucho valor socialmente porque no he tenido hijos, pero trabajo y me esfuerzo por educar, querer y enseñarle cosas [...]. Me preocupo si le pasa algo, la mimo si necesita afecto, la felicito si hace algo bien y la corrijo si considero que se ha equivocado —todo igual como una madre, incluso el cansancio—. Antepongo sus intereses a los míos y me sacrifico sin reparar en lo que hace que todo sea distinto: no es mi hija», escribe.[\[83\]](#)

En una sociedad como la actual, con estructuras familiares cambiantes, fruto del incremento de divorcios y separaciones, las madrastras ya no son una rareza. En 2017, se registraron 102.000 sentencias de nulidad, separación y divorcio, un 1 % más que el año anterior.[\[84\]](#) Una tendencia que ha dado lugar al incremento de familias integradas por dos adultos, donde uno de ellos como mínimo aporta las criaturas de una relación anterior. Son lo que se llaman núcleos familiares

«reconstituidos»^[85] o «ensamblados».^[86] En el Estado español en 2011, un 7,4 % de las parejas heterosexuales con al menos un descendiente menor de dieciocho años configuraba una familia de este tipo. Aunque en los últimos años su crecimiento ha sido importante, este es inferior al de otros modelos familiares, como los núcleos monoparentales, surgidos también de procesos de divorcio o separación.^[87] En Cataluña, casi uno de cada diez hijos o hijas vive en una de estas familias, las cuales representan el 6,6 % de los núcleos familiares con descendientes, con datos del 2011.^[88] No es un fenómeno inédito, ya que en otros periodos históricos con altas tasas de mortalidad las personas viudas rehacían su vida con nuevas parejas, junto con sus criaturas.

Si bien la dinámica de reconstitución familiar está muy vinculada al aumento del número de divorcios, el incremento de la inmigración también ha tenido un impacto directo en esta tendencia al alza. De hecho, en 2011 un 42 % de estas parejas estaban formadas por una persona de origen extranjero (19,6 %) o por las dos (22,4 %), en su mayoría latinoamericano.^[89]

Los prejuicios que pesan sobre las madrastras añaden aún más dificultades a una situación ya de por sí difícil: construir una familia con adultos y menores que vienen de experiencias anteriores. Para acabar con el estigma, hay quien propone un cambio de nomenclatura. He aquí el objetivo del proyecto Va de Papus, en Cataluña, que ofrece a todas estas familias recursos (terminológicos, literarios, psicológicos...) para avanzar en sus respectivos proyectos familiares. Así, palabras como *madrastra* y *padrastro* encuentran una alternativa en *mamu* y *papu* o *madre afín* y *padre afín*. También difunden el concepto de «familia enlazada», frente a otros más utilizados como «familia reconstituida» o «recompuesta», que cargan con connotaciones negativas, como algo a rehacerse, un volver a intentarlo, arrastrando un juicio de valor sobre aquello que es correcto o deseable.^[90] Una propuesta que se inspira en las reflexiones de la terapeuta familiar argentina Dora Davison, la cual promueve en América Latina el término alternativo de «familias ensambladas».^[91] Acabar con los prejuicios implica también repensar los vocablos.

Mi vientre es mío

Uno de los debates recientes acerca de la maternidad, y objeto de polémica, es el que tiene que ver con la maternidad subrogada, los vientres de alquiler. En particular, a raíz del registro en el Congreso de los Diputados, en junio de 2017, de una propuesta de ley por parte de Ciudadanos para autorizar dicha práctica, actualmente prohibida en el ordenamiento jurídico. Una iniciativa que, más que responder a una demanda real generalizada, buscaba satisfacer los intereses del negocio creciente de la reproducción asistida.

La gestación subrogada no es una técnica reproductiva más, sino un proceso biológico mercantilizado por el sistema capitalista, que busca apropiarse de la capacidad de gestación de las mujeres, convirtiendo el útero y el embarazo en objeto de negocio. Los contratos firmados, de carácter irreversible, obligan a las madres gestantes a renunciar a su cuerpo, dieta alimentaria u otras pautas de vida cotidiana a lo largo de los nueve meses que dura el embarazo, menoscabando sus libertades individuales. Se llega a afirmar que la madre subrogada no tiene nada que ver con el bebé porque el embrión no posee su carga genética. Sin embargo, las mujeres embarazadas pueden llegar a modificar el genoma del embrión incluso si el óvulo es de otra mujer, un proceso que se da antes de que este se implante en el endometrio,^[92] y sus hábitos son determinantes en el desarrollo embrionario. La madre gestante es madre porque durante nueve meses engendra esa criatura.

No son pocas las mamás subrogadas que han sido obligadas a abortar uno de los fetos, en general en casos de embarazos múltiples, siendo la parte contratante la que elige de cuál

desprenderse, a menudo en función del sexo. De negarse, la mujer es denunciada, ya que no tiene derecho a retractarse del contrato firmado. Incluso en casos en que esta se ha ofrecido a hacerse cargo del feto del cual la obligaban a abortar, se le ha rechazado su petición. Melissa Cook es un ejemplo, una madre de cuatro criaturas, de cuarenta y ocho años, de California (Estados Unidos) y que fue contratada por un hombre de cincuenta, de Georgia, para que se le implantaran tres embriones, a cambio de una remuneración de 33.000 dólares (unos 28.000 euros). Al cabo de unas semanas, cuando se constató que los tres embriones se habían implantado con éxito, el hombre presionó a la mujer para que abortara uno de ellos. De no hacerlo, la amenazó con llevarla a la ruina económica. Melissa Cook decidió, a pesar de lo firmado y las coacciones, seguir adelante con el embarazo múltiple, y en la semana 30 de gestación dio a luz a los trillizos. Sin embargo, ni siquiera pudo ver a los bebés tras el parto, ni saber si se encontraban en buen estado de salud. Toda información le fue negada, por orden expresa del padre contratante. Algo que sucede a menudo. Los trillizos tuvieron que pasar tres meses en el hospital debido a su prematuridad, de los cuales el padre solo estuvo con ellos entre tres y cuatro días.

Melissa Cook llevó el caso a los tribunales, donde pidió la custodia del bebé que querían que abortara, e incluso se ofreció a hacerse cargo de los otros dos si se encontraban mal atendidos, como varias fuentes parecían indicar. El Tribunal Federal, en mayo de 2016, le denegó la demanda. Uno de los argumentos esgrimidos fue que «no se podían tener en cuenta los derechos de las criaturas».[93] Medio año después, en octubre de 2017, fue la hermana del padre contratante quien denunció, con pruebas fehacientes, las malas condiciones en que el hombre mantenía a los pequeños, obligándolos incluso a comer del suelo.[94] Melissa Cook sigue su batalla judicial, apelando ahora al Tribunal Supremo. Expertos de la Organización de las Naciones Unidas señalan que en la medida en que el mercado de la subrogación se extiende, las criaturas corren el riesgo de convertirse en meras mercancías.[95]

En otros países donde también se permite esta práctica, como Ucrania, India, Tailandia o Rusia, se han confirmado múltiples abusos. El mismo Gobierno español, por poner un caso, desaconseja iniciar este procedimiento en Ucrania, porque no hay garantías del trato que se da a las madres gestantes ni transparencia suficiente por parte de las clínicas.[96] La BBC británica llevó a cabo una investigación en el año 2016 sobre las condiciones en que se encontraban las madres subrogadas en India. Su perfil era el de una mujer pobre que, fruto de la miseria y las deudas familiares contraídas, tomaba la decisión de ser madre gestante a cambio de unas 200.000 rupias (2.500 euros). Las mujeres, como desvelaba la investigación, tenían que permanecer encerradas los nueve meses del embarazo en centros que no podían abandonar bajo ningún concepto, donde les controlaban sus hábitos alimentarios, las horas de descanso y la medicación, y solo podían recibir a sus familiares como mucho una vez al mes. Cuando nacía el bebé, ni siquiera les permitían verlo, y se les negaba toda información sobre su estado de salud. Las mujeres indias entrevistadas expresaban el dolor y la angustia vivida, incluso meses y años después del parto, por la entrega del recién nacido, y en particular por no saber absolutamente nada sobre la situación de la criatura.[97]

Y ¿qué pasa con el pequeño que es alejado de su madre gestante nada más nacer? ¿Quién tiene en cuenta las consecuencias que esto tendrá para esa niña o niño? «El bebé gestado por subrogación, al igual que todos los de nuestra especie, espera encontrarse al nacer con la mujer que le ha gestado y que para él es su única madre —explica la psiquiatra infantil y perinatal Ibone Olza—. Ser separado de ella nada más nacer y probablemente no volverla a ver suponen un trauma y una pérdida enormes: equivalentes a que su madre muera en el parto. [...] La gestación subrogada conlleva infligir una herida psíquica enorme a un recién nacido». Habrá quien piense, tal vez, que

lo mismo le sucede a una criatura dada en adopción, pero hay una gran diferencia, pues «el abandono o rechazo que precede a la adopción —como afirma Olza— [...] es algo que, si eres el/la hijo/a, “te pasa”. Que decidan gestarte en el vientre de una madre de la que te separarán nada más nacer es algo que “te hacen” [...]. Tu familia decide hacerte pasar por ese embarazo y parto con separación posterior causándote ese daño de la separación, poniendo por encima de todo su presunto derecho a ser padres».[98]

Unas prácticas que nos recuerdan la trama de la serie de ficción *El cuento de la criada*, donde en una sociedad distópica sometida a un gobierno totalitario, y en la que los índices de fertilidad han caído en picado, las mujeres fértiles son convertidas en esclavas de los líderes de la patria, con el objetivo de que, después de violarlas, les garanticen descendencia. «No somos concubinas, somos úteros con patas», afirmaba su protagonista principal Defred, en el segundo episodio de la primera temporada. La ficción a veces se acerca peligrosamente a la realidad.

La maternidad subrogada es posible debido a las desigualdades económicas, que empujan a mujeres pobres a alquilar sus vientres para que otros puedan tener criaturas. No hay una demanda social de mujeres que quieran ser gestantes altruistas. Asimismo, contratar un proceso de gestación subrogada no está al alcance de todos los bolsillos. Su coste puede ir desde los 45.000 o 60.000 euros, en países como Tailandia, Ucrania, México..., hasta los 100.000 euros o más, en Estados Unidos.[99] Querer ser madre o padre es comprensible, pero no se pueden anteponer deseos individuales a derechos colectivos y de terceros, como los de las criaturas y las madres gestantes. Y otro tema que no podemos olvidar: el ingente negocio privado tras los vientres de alquiler.

Madres, bebés y política institucional

Hay quienes no soportan que las mujeres decidamos cómo y dónde criar. La maternidad está bien vista y aceptada siempre y cuando se limite al ámbito del hogar y a lo individual («que cada una se las arregle como pueda», esto es lo que quieren) y no cuestione las dinámicas del trabajo productivo, el modelo socioeconómico ni el sistema patriarcal. Cuando la diputada de Podemos Carolina Bescansa apareció con su bebé de seis meses en la sesión de constitución de las Cortes en el Congreso de los Diputados, en enero de 2016, y le dio de mamar en su escaño, la indignación entre determinados sectores fue máxima. «Que lo lleve a la guardería del Congreso, que para eso está», exclamaron algunos.[100] En el mundo de los partidos y los cargos públicos, las criaturas solo son bienvenidas para sacarse fotos en campaña electoral.

Algo parecido le sucedió a la alcaldesa de Barcelona, Ada Colau, cuando justo después de ganar las elecciones municipales, en mayo de 2015, confesó que lo que llevaría peor sería pasar poco tiempo con su hijo. «Si quiere ser madre, que se vaya a casa y se olvide de ser alcaldesa», me espetó una tertuliana, que para más inri iba de feminista, en un plató de televisión. Cuando Ada Colau dio a luz por segunda vez, dos años después de asumir el cargo, el debate se planteó de nuevo. ¿Se puede ser madre y alcaldesa? Hay quienes creen que no, especialmente si se quiere dedicar tiempo a las criaturas.

Para quienes así hablan, el problema no es un cargo y una institución que impiden y hacen casi imposible la conciliación entre la vida política y la personal, sino el hecho de expresar en público esta queja. Ser alcaldesa conlleva unas responsabilidades importantes y compromisos que no tienen horario, pero ¿esto debe ser incompatible con la crianza? Para algunos que incluso se las dan de progresistas, el cuidado de los pequeños debería estar relegado al hogar, a la esfera privada e invisible. Miles de mujeres y hombres anónimos, mamás y papás currantes cuyas

odiseas no merecen la atención de nadie ni generan debates públicos, se encuentran cotidianamente con esta difícil conciliación.

Ada Colau no es la primera mujer que tiene una criatura ejerciendo un cargo de máxima responsabilidad institucional, y aún menos la única que lo desempeña siendo mamá. No olvidemos a Susana Díaz y Carme Chacón, embarazadas al frente de la Junta de Andalucía o del Ministerio de Defensa, respectivamente, o a Soraya Sáenz de Santamaría, que asumió el cargo de vicepresidenta del Gobierno pocos días después de dar a luz. La diferencia reside en que mientras ellas fingieron que no había problema alguno y afirmaron que conciliaban con normalidad, Colau expresó su malestar por la dificultad de compaginar el cargo de alcaldesa con el hecho de ser madre.

Pero ¿qué sociedad vamos a construir si aquellos que están al frente de las instituciones dan la espalda a la maternidad? Y digo «maternidad» entendida como el ejercicio de cuidar independientemente de que lo haga la madre o el padre; un trabajo de cuidados imprescindible para el sostén y la reproducción de la vida, pero menospreciado en una sociedad capitalista, mercantilizada e individualista como la actual. Visibilizar y dar centralidad a la maternidad, la crianza y los cuidados es lo que tanto molesta. No es el hecho de ser madre en sí, sino una determinada manera de entender cómo serlo.

[56] INE, «Encuesta continua de hogares. Año 2017», nota de prensa, 12 de abril de 2018.

[57] Vicente, T. L. y R. Royo, *Mujeres al frente de familias monoparentales*, Bilbao: Universidad de Deusto, 2006.

[58] González, M. M. (coord.), *Madres solas por elección. Análisis de la monoparentalidad emergente. Año 2004 – Año 2007*, Madrid: Ministerio de Igualdad, 2007.

[59] *Ibid.*

[60] Hertz, R., *Single by chance, mothers by choice: how women are choosing parenthood without marriage and creating the New American Family*, Nueva York: Oxford University Press, 2006; González, M. M. (coord.), *op. cit.*, 2007.

[61] INE, «Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2017», nota de prensa, 21 de junio de 2018.

[62] Save the Children, «Una de cada 10 madres solas está en situación de pobreza severa», nota de prensa, 4 de mayo de 2018; Sastre, A. (coord.), *Más solas que nunca. La pobreza infantil en las familias monomarentales*, Madrid: Save the Children, 2015.

[63] Save the Children, «Más de la mitad de los niños que viven con madres solas son pobres», nota de prensa, 2 de julio de 2015.

[64] INE, *op. cit.*, 12 de abril de 2018.

[65] Federación de Asociaciones de Madres Solteras, «Las familias monoparentales instamos al Gobierno un título propio regulado a través de una LEY de FAMILIAS MONOPARENTALES», nota de prensa, 28 de mayo de 2018.

[66] A pesar de que la ley que reconoce a las familias monoparentales data de 2003, no fue hasta la aprobación del Decreto 151/2009 que se llevó a cabo su implementación.

[67] Síndic, «El Síndic reclama que s'equiparin les famílies nombroses i les monoparentals en el reconeixement d'avantatges i descomptes», *Sindic.cat*, 31 de mayo de 2017. Disponible en: <http://www.sindic.cat/ca/page.asp?id=53&ui=4474&prevNode=408&month=5>.

[68] Gil, M., «Este lunes entra en vigor el decreto de las familias monoparentales», *Cadenaser.com*, 23 de septiembre de 2018. Disponible en: http://cadenaser.com/emisora/2018/09/23/radio_valencia/1537694583_680432.html?ssm=fb.

[69] Cela, D., «Andalucía hará un registro oficial de familias monoparentales para depurar casos irregulares», *Eldiario.es*, 15 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/andalucia/Andalucia-registro-familias-monoparentales-irregulares_0_771673291.html.

[70] Pérez, S., «PP y Ciudadanos vuelven a votar juntos para tumbar la ley de familias monoparentales de

- Podemos», *Eldiario.es*, 20 de septiembre de 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/madrid/PP-Ciudadanos-familias-monoparentales-Podemos_0_816468736.html.
- [71] Europa Press, «La Cámara no legislará sobre familias monoparentales pero el PPdeG defiende un reglamento con medidas para ellas», *Europapress.es*, 25 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-camara-no-legislara-familias-monoparentales-ppdeg-defiende-reglamento-medidas-ellas-20180925125535.html>.
- [72] Parlamento de Navarra, «Aprobada la toma en consideración de la PLF para la acreditación de las familias monomarentales-monoparentales», *Parlamentodenavarra.es*, 4 de octubre de 2018. Disponible en: <http://www.parlamentodenavarra.es/es/noticias/aprobada-la-toma-en-consideraci%C3%B3n-de-la-plf-para-la-acreditaci%C3%B3n-de-las-familias>.
- [73] López Trujillo, N., *op. cit.*, 11 de mayo de 2018.
- [74] Merino, P., «Por qué los países del sur de Europa no podrán luchar contra la desigualdad mientras siga en pie su sistema familiarista de prestaciones sociales», *Blogs.pUBLICO.es*, 14 de mayo de 2017. Disponible en: <https://blogs.pUBLICO.es/econounestra/2017/05/14/por-que-los-paises-del-sur-de-europa-no-podran-luchar-contra-ladesigualdad-mientras-siga-en-pie-su-sistema-familiarista-de-prestaciones-sociales>.
- [75] Campillo, I., «Todas somos familias monomarentales», *Ara.cat*, 4 de junio de 2018. Disponible en: https://www.ara.cat/es/Todas-somos-familias-monomarentales_0_2027197442.html.
- [76] Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 19. Datos 2016*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2017
- [77] García López, M. y M. J. Mellado, «Adopción internacional en España: situación actual», *Anales de Pediatría* 82 (5), 2015, pp. 291-292.
- [78] *Ibid.*; Valmorisco, C., «Menos adopciones internacionales y más tiempo de espera: las historias detrás de las cifras», *Eldiario.es*, 14 de noviembre de 2017. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/Adopcion_0_707629893.html.
- [79] Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, *op. cit.*, 2017.
- [80] Información proporcionada por Laia Tresserra. Comunicación personal por correo electrónico, 2 de octubre de 2018; Instituto Familia y Adopción, «Familia biológica y familia adoptiva, ¿igual o diferente?», *Familiayadopcion.com*, 6 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.familiayadopcion.com/antes-de-adoptar-necesitas-saber/familia-biologica-y-familia-adoptiva-igual-o-diferente>.
- [81] Marre, D., «Los silencios de la adopción en España», *Revista de Antropología Social* 18, 2009, pp. 97-126.
- [82] Kirk, H. D., *Shared Fate. A Theory of Adoption and Mental Health*, Glencoe, Illinois: Free Press of Glencoe, 1964.
- [83] Díaz, J., «Diario de una madre sin hijo I», *Latribu.info*, 13 de abril de 2015. Disponible en: <http://latribu.info/memoria/herdiary/201521diario-de-una-madresin-hijo-i>.
- [84] INE, «Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios. Año 2017», nota de prensa, 25 de septiembre de 2018.
- [85] Rivas, A. M., «Las nuevas formas de vivir en familia: el caso de las familias reconstituidas», *Cuadernos de Relaciones Laborales* 26 (1), 2008, pp. 179-202.
- [86] Davison, D., *Familias ensambladas. Mitos y realidades de los tuyos, los míos y los nuestros*, Buenos Aires: Editorial Dinámica, 2004.
- [87] Ajenjo-Cosp, M. y N. García-Saladrigas, «Las parejas reconstituidas en España: un fenómeno emergente con perfiles heterogéneos», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 155, 2016, pp. 3-20.
- [88] Idescat, «Estadística de les estructures familiars 2011», nota de prensa, 17 de diciembre de 2014.
- [89] Ajenjo-Cosp, M. y N. García-Saladrigas, *op. cit.*, 2016.
- [90] Rubio, B., «Les famílies enllaçades: els teus, els meus i els nostres», *NuVol.com*, 6 de febrero de 2015. Disponible en: <https://www.nuVol.com/opinio/les-familiesenllacades-els-teus-els-meus-i-els-nostres>.
- [91] Davison, D., *op. cit.*, 2004.
- [92] Vilella, F. y C. Simón, «Hsa-miR-30-d, secreted by the human endometrium, is taken up by the pre-implantation embryo and might modify its transcriptome», *Development* 142 (18), 2015, pp. 3210-3221.
- [93] Pleasance, C., «Surrogate mother, 48, who was paid \$33k for triplets files for custody after the father demanded that she abort one of the babies “because he couldn’t afford to care for it”», *Dailymail.co.uk*, 25 de mayo de 2016. Disponible en: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3608920/Surrogate-mother-48-gave-birth-triplets-despite-father-s-demand-abort-one-babies-couldn-t-afford-care-sues-custody.html>.
- [94] Rhone, N., «Georgia man accused of being unfit parent in legal battle with surrogate mom», *Myajc.com*, 23 de

octubre de 2017. Disponible en: <https://www.myajc.com/blog/talk-town/georgia-man-accused-being-unfit-parent-legal-battle-with-surrogate-mom/WxnV58zQW5gmjiDfPAEjYN>.

- [95] OHCHR, «Children risk being ‘commodities’ as surrogacy spreads, UN rights expert warns», *Ohchr.org*, 6 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22763&LangID=E>
- [96] EFE, «España desaconseja ir a Ucrania en busca de “vientres de alquiler”», *Efe.com*, 19 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/espana-desaconseja-ir-a-ucrania-en-busca-de-vientres-alquiler/10004-3471857>.
- [97] Pandey, G., «India surrogate mothers talk of pain of giving up baby», *Bbc.com*, 15 de agosto de 2016. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-37050249>.
- [98] Olza, I., «La gestación subrogada es violencia», *Iboneolza.wordpress.com*, 29 de marzo de 2017. Disponible en: <https://iboneolza.wordpress.com/2017/03/29/la-gestacion-subrogada-es-violencia>.
- [99] Mouzo, J. y L. Rivas, «Las familias españolas buscan vientres de alquiler ‘baratos’», *El País*, 1 de mayo de 2014.
- [100] García, F., «Lío en el Congreso por el bebé de Carolina Bescansa», *La Vanguardia*, 12 de enero de 2016.

Un destino ineludible

Ser madre y feminista

Cuando con toda la ilusión del mundo me quedé embarazada, y empecé a preguntarme acerca del parto y la crianza, me di cuenta de que a lo largo de mis años de activismo, de asistir a múltiples asambleas, debates, reuniones, formaciones..., muchos de ellos de carácter feminista, nunca nadie había planteado el tema de la maternidad. Sí que había leído, discutido, salido a la calle en defensa del derecho al aborto, que no es sino otra cara de la maternidad; pero la idea de ser madre en sí, de lo que implica social y políticamente, nunca nadie, en ninguno de los diversos espacios en los que había participado, la había mencionado.

Creo que es muy significativa la experiencia en primera persona que cuenta Patricia Merino en su libro *Maternidad, igualdad, fraternidad*, cuando en la eclosión del movimiento de los indignados, en 2011, en Madrid, recorrió asambleas, comisiones de trabajo, reuniones del área de feminismos e intentó aportar algunas sugerencias sobre infancia, familia y conciliación. ¿Cuál fue la respuesta? «En cuanto el personal escuchaba las palabras *niños, crianza, madres y pobreza*, el desinterés se pintaba en sus caras».[101] Sus propuestas no tuvieron acogida. La maternidad es un tema entre menospreciado y olvidado para los movimientos sociales, también para los feminismos. Aunque poco a poco esto ha empezado a cambiar.

No es fácil ser madre, o padre, e ir a asambleas que empiezan tarde y acaban a horas intempestivas, donde es difícil además llevar a los pequeños (que corren, gritan y no se están quietos). La militancia no está pensada para que sea compatible con criar. Claro que hay progenitores que se las ingenian para amoldarse, pero no es fácil. Una mamá sola me contaba cómo podía asistir a las reuniones de su asamblea de barrio porque tenía el apoyo de las gentes que la integraban. Acoger a progenitores y a sus pequeños en ámbitos de activismo social solo es posible si los repensamos desde el punto de vista de los cuidados.

Antes de quedarme embarazada, y cuando en los espacios en los que participaba empezaba a haber mujeres que pensaban tener criaturas, y alguna las tenía y las llevaba a las reuniones, se comenzó a plantear que alguien se hiciese cargo de ellas mientras estábamos reunidos. El problema era que solo había un pequeño a quien cuidar, no era una demanda generalizada. ¿Qué quiero decir con esto? Que en la medida en que muchos adultos con menores a cargo ya no se encuentran en los espacios de militancia, la necesidad no se hace tan evidente. Es un pez que se muerde la cola. Esto no significa que no haya excepciones. La multiplicación de espacios que plantean alternativas en lo cotidiano (grupos de consumo ecológico, redes de intercambio, huertos urbanos...), por sus características y porque a menudo cuentan con familias con criaturas, incorporan más fácilmente esta demanda.

Sin embargo, en los últimos años el interés y el debate acerca de la maternidad han ido a más. No sin tensiones, la maternidad se ha hecho un hueco en los debates feministas y políticos. La

crisis de los sistemas de bienestar y la mercantilización generalizada de la vida, por un lado, y el cambio del papel de la mujer en la sociedad y en la estructura familiar, por el otro, han revitalizado las discusiones acerca de lo que implica ser madre. Al mismo tiempo ha emergido una nueva generación de mujeres, en un contexto de aparente consecución de medidas igualitarias y donde tener descendientes ya no es visto como un destino ineludible, que se replantean el significado de la maternidad en clave emancipadora y de experiencia que merece la pena ser vivida.

Preguntarse por la maternidad

«Mi organismo se negaba al papel de madre [...]. Aquella época horrible se negaba a pasar, fue un tiempo lento y tormentoso. Por las noches, paseaba a la niña de una punta a otra del pasillo, renqueando, ya no le susurraba palabras sin sentido, la ignoraba y trataba de pensar en mí, tenía siempre en la mano un libro, una revista, aunque apenas lograba leer nada [...]. Los textos que escribía perdieron energía, solo trataba de lucir mi habilidad formal y me salía un guirigay carente de sustancia».[102] Así se expresaba Elena Greco, Lenù, una de las dos protagonistas principales de la novela *Las deudas del cuerpo* de Elena Ferrante, tercer volumen de la aplaudida saga «Dos amigas», pocos meses después de dar a luz a su hija Adele. Lenù, escritora, se veía desbordada por su reciente maternidad, con un bebé que lloraba a todas horas y le impedía desarrollar su trabajo literario.

Las vivencias de Lenù nos plantean algunos dilemas clásicos de la maternidad. Un tema por el que artistas y escritoras se han preguntado a menudo a través de la ficción o de relatos autobiográficos, interrogándose sobre cómo articular la práctica de la maternidad y el trabajo creativo. De este modo, han llevado a su terreno los problemas más generales que tenemos las mujeres para compaginar vida personal, profesional y crianza. Un mundo, el de las madres, que a menudo se comprime y queda reducido a las de nuestra misma condición, las mujeres que te encuentras en el parque con los peques, el espacio de crianza, el grupo de posparto..., círculos sociales muy estrechos que vienen determinados por la condición materna.[103]

La escritora Jane Lazarre en *El nudo materno*, sus memorias escritas en 1976, narraba el sentimiento de pérdida de identidad personal al convertirse en madre. «Nos estremeceremos de frío al saludarnos y comentaremos algo acerca del tiempo o del bebé, pero sobre nuestros maridos no diremos absolutamente nada, ellos, que hasta que no caiga la noche no regresarán a casa para ayudar con los niños empapados, helados o malhumorados; y de nosotras, hablaremos menos todavía. Para los hijos, para los hombres ausentes y para nosotras mismas, solo somos madres. Soy la madre de Benjamin y, en unos minutos, voy a dar los buenos días a la mamá de Matthew», escribía.[104] La maternidad abrume, absorbe. ¿Cómo gozar y aprender de ella sin ser consumida? ¿Sin quedar reducida a «madre» o «madre de»? He aquí el dilema de muchas feministas que no han querido renunciar a tener criaturas.

A pesar de estas reflexiones, la maternidad es una de las grandes ausentes de la literatura. Encontramos infinitud de manuales, revistas y libros de autoayuda sobre el embarazo y la crianza, pero si buscamos en la novela, la poesía, el teatro, hallamos muy pocas obras. La literatura ha sido territorio masculino de antiguo, y cuando la maternidad aparece en los textos firmados por hombres, lo hace desde el punto de vista del marido o el hijo.[105] La vida de las mujeres queda invisibilizada, y aunque ha habido escritoras que han dejado constancia de sus vivencias en obras notables, sus trabajos no han tenido la misma difusión que los de sus homólogos masculinos. El patriarcado no solo ha silenciado la experiencia materna en lo social, sino también en lo cultural.

Ambivalencia

La maternidad implica un nuevo equilibrio vital, marcado por la tensión interna y las contradicciones. «Mis hijos me causan el sufrimiento más exquisito que haya experimentado nunca. Se trata del sufrimiento de la ambivalencia: la alternancia mortal entre el resentimiento amargo y los nervios sin límites, y la mayor gratificación y ternura. [...] Tal vez sea un monstruo —una antimujer—, un ser sin voluntad, dirigido, y sin recursos para experimentar los consuelos normales y atractivos del amor, la maternidad y la alegría en los demás», escribía Adrienne Rich en 1976.[\[106\]](#)

Ambivalencia ha sido desde entonces una palabra clave para la reflexión feminista sobre la maternidad, tanto en sentido psicológico como cultural y social. Esta forma parte intrínseca del hecho de ser madre, es algo omnipresente, que se expresa a partir de sentimientos, actitudes y pensamientos contradictorios.[\[107\]](#) Una idea que recorre todo *El nudo materno* de Jane Lazarre, para quien «lo único eterno y natural en la maternidad es la ambivalencia y su manifestación durante los ciclos de separación y unión con nuestros hijos que se suceden continuamente».[\[108\]](#) Aceptar la ambivalencia como parte consustancial de la maternidad nos ayuda a tener una experiencia positiva, evitando todo sentimiento de culpa cuando la frustración nos desborda. No hay nadie a quien queramos tanto como a nuestros hijos e hijas, pero a menudo no podemos más con ellos.

Las reflexiones de Adrienne Rich o Jane Lazarre sobre las caras contrapuestas de la maternidad corresponden a un periodo histórico donde las relaciones entre patriarcado, emancipación femenina y maternidad eran mucho más rígidas que en la actualidad. Sus experiencias personales reflejan dificultades vitales mayores que las de nuestra generación, pero sus obras siguen constituyendo un buen punto de partida para entender la complejidad y la contradicción de ser madres. Rich y Lazarre inauguraron una reflexión ensayística y autobiográfica de la maternidad en clave feminista que ha tenido continuidad en otras voces. Una de las últimas, la de la poeta Hollie McNish con su *Nadie me dijo*, una obra a caballo entre el diario y la compilación de poemas, donde la autora retrata, con toda crudeza, los primeros años de su maternidad, entre el agotamiento y la ternura, el miedo y el amor.[\[109\]](#)

La experiencia ambivalente viene muy determinada por la posición social de las madres. Las mujeres de clase media y alta, y de nivel cultural elevado, se debaten entre cómo hacer compatibles la maternidad y la carrera profesional, de qué modo encajar el nuevo rol de madre en la identidad propia. Podemos conocer sus reflexiones en libros y artículos que han escrito. Pero ¿qué pasa con aquellas a quienes no vemos, escuchamos ni leemos? Para las madres pobres, la ambivalencia viene marcada por las dificultades económicas. ¿Cómo alimentar y vestir a las criaturas si apenas se llega a final de mes? ¿Cómo cuidarlas si no se dispone de tiempo libre? He aquí sus tormentos y angustias.

La ambivalencia puede tener formas y consecuencias diversas. Por un lado, puede ser manejable, ayudándonos en la relación cotidiana con el menor, a buscar respuestas creativas a los retos que nos plantea la maternidad. Por el otro, puede ser ingestionable, generándonos un sentimiento de rechazo hacia el pequeño.[\[110\]](#) De aquí que sea tan importante asumir con normalidad las contradicciones de la maternidad. Tener un bebé da lugar a un torrente de sentimientos ambivalentes. Se puede vivir en la euforia más absoluta, sentir un amor incondicional por el crío, y al mismo tiempo estar agotada y harta con el trabajo de cuidados que requiere.

Es más, ser madre puede resultar una experiencia ya no ambivalente, sino traumática, con mujeres que se arrepienten de haber dado a luz. Lo afirma la escritora Orna Donath en su

polémico libro *Madres arrepentidas*.^[111] Una obra que tiene la virtud de entrar en un terreno poco explorado, el del arrepentimiento de la condición materna. Sin embargo, acaba construyendo una etiqueta simplificadora que puede llamar la atención, pero que obstruye un análisis más de fondo. Donath parte de un ámbito de estudio sociológico muy concreto —el de un grupo de mujeres judías de Israel con unas trayectorias vitales marcadas por un contexto social y religioso particular—, que resulta difícil de generalizar. Aun así, hablar de la dimensión traumática de la maternidad, de la no reconciliación de las mujeres con su propia experiencia materna, permite romper con el ideal de la maternidad patriarcal de siempre o con su versión moderna consumista.

El tabú de la depresión posparto

El posparto de color rosa que nos vende la prensa del corazón, con famosas que a los pocos días de parir vuelven a estar «estupendas», recuperan su figura y reemprenden la vida pública, nos hace un flaco favor como madres. La maternidad y el posparto no son eso. Una de las caras conocidas de Hollywood, la actriz Keira Knightley, protagonista de películas como *Orgullo y prejuicio*, lo denunciaba tras dar a luz. Knightley, que tuvo a su hija justo un día antes de que la princesa británica Kate Middleton hiciera lo propio con la suya, en mayo de 2015, criticaba que esta última siete horas después del parto estuviese ante las cámaras presentando a su criatura, «con el maquillaje perfecto —escribía Knightley— y los tacones puestos. El rostro que el mundo entero quería ver». Algo que chocaba con su propia experiencia: «Esconde. Esconde nuestro dolor, nuestros cuerpos partiéndose en dos, nuestros pechos goteando, nuestras hormonas enfurecidas. Ponte guapa. Que se te vea glamurosa, no muestres tu campo de batalla, Kate. Siete horas después de tu batalla entre la vida y la muerte, siete horas después de que tu cuerpo se rompa, y de que la vida, sangrienta, chillando, surja de ti. No lo enseñes. No lo cuentes. Quédate ahí de pie con tu niña y que te fotografien un puñado de fotógrafos hombres».^[112] Se esconden las cicatrices del embarazo y el parto, como si la maternidad biológica fuese posible sin cuerpo.^[113]

El puerperio, así como el conjunto del posparto, es un momento delicado para la mamá porque más allá de los cambios hormonales, físicos, en la vida cotidiana, en la relación de pareja, pueden emerger una serie de emociones, fruto de las dificultades por cumplir con los preceptos de la maternidad patriarcal, no siempre bien aceptadas socialmente. Se nos dice que tenemos que ser supermamas, pero en el posparto nunca se llega a todo, aún menos si cuidamos en soledad o si tenemos que alternar el cuidado del bebé con otras tareas domésticas o laborales. Una situación que puede dar lugar a un sentimiento de frustración, haciéndonos creer que no servimos para nada, que no sabemos, que no somos buenas madres.

La depresión posparto es la principal enfermedad que sufren las recién paridas. En los países desarrollados, se calcula que afecta a entre un 6,5 % y un 13 % de las mujeres a lo largo del embarazo o el primer año tras el parto, y alrededor de un 19 % tiene un episodio depresivo en los tres primeros meses después de dar a luz, con datos de estudios publicados entre los años ochenta y principios de la década del 2000.^[114] En el Estado español, y según un informe del servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínic de Barcelona, un 10 % de las mamás sufre depresión posparto en el puerperio, con una depresión mayor el 3,6 % de las mismas y una menor el 6,5 %.^[115] Después de parirme, mi madre también pensó que no sería capaz de seguir adelante. «No paraba de llorar. Eras tan pequeña, tan dependiente de mí, que pensaba que no podría. ¿Y si te encontrabas mal, y si te pasaba algo, cómo lo sabría? ¿Qué hacer? ¡Cuánta responsabilidad! Tu padre se marchaba a primera hora de la mañana a trabajar. Suerte tuve del *avi* Ton y la *iaia* Elena, que venían cada día a ayudarme. Si no llega a ser por ellos, no sé qué hubiera hecho. Yo era tan

joven..., con veinticuatro años todo me venía grande», me confiesa mi madre.

Las causas de la depresión posparto son múltiples, pero haber sufrido violencia obstétrica, con un parto altamente intervenido, una cesárea no necesaria o la separación temprana del bebé, nos convierte en candidatas. Las mujeres pobres también tienen más posibilidades de padecerla. Lo constata un estudio realizado en el estado de Iowa (Estados Unidos), con datos de 1995 a 1997. Sus conclusiones lo dejan claro: un 40 % de las mujeres con ingresos inferiores a veinte mil dólares anuales había sufrido una depresión posparto, en contraste con el 13 % de las mujeres con ingresos superiores a los ochenta mil dólares.[116] El nacimiento de un bebé para las mujeres con pocos recursos económicos es una fuente añadida de preocupaciones y estrés, lo que es caldo de cultivo de la depresión posparto. Tener una red de apoyo puede ayudar a prevenirla.

Una novela que nos presenta con toda crudeza el sufrimiento y la incompreensión hacia la depresión posparto es *No, mamá, no*, de Verity Bargate, en la que su protagonista, Jodie, cuenta en primera persona la profunda frustración después de dar a luz a su segundo hijo, Orlando, cuando en realidad esperaba una niña. Un malestar que la conduce a la depresión y a la neurosis. «La mañana del día en que debíamos volver a casa, pedí hablar con la enfermera o con un médico [...]. Empecé a balbucear que iban a mandarme a casa con un crío a quien no quería y que no podía hacerme responsable de mis actos y que vivía en un piso alto y que qué ocurriría si tiraba el crío por la ventana porque no lo quería, no lo quería, no lo quería [...]. Dijo [la doctora] que no debía preocuparme, que yo sabía lo que sentía y con eso ya tenía ganada la mitad de la batalla [...]. Todo se arreglaría porque iba a darme unas pastillas estupendas que me harían sentir mejor», explica.[117]

La depresión posparto es una cuestión incómoda, hasta cierto punto tabú, porque muestra la cara oscura de la maternidad, esa que se opone al ideal de madre feliz y angelical que nos han vendido. Por este motivo, las mujeres que la sufren se niegan a pedir ayuda, la ocultan, se avergüenzan, porque consideran que esto no es lo que se espera de ellas. Nuestra cultura se ha basado en silenciar la vida interior de las mamás, en particular las experiencias negativas o ambivalentes. En consecuencia, las madres acabamos disfrazando la complejidad de la vivencia materna. Así es la «máscara de la maternidad», [118] un proceso individual y colectivo que esconde las dificultades que implica ser madre, que finge que no pasa nada, que tampoco hay para tanto o que todo va viento en popa. La máscara silencia la maternidad real en favor de una maternidad mitificada. Nuestra experiencia verdadera, en definitiva, no cuenta demasiado. Ocultar la depresión posparto es una de sus consecuencias más dramáticas.

Algo que recoge la novela gráfica *Good Moms Have Scary Thoughts* (Las buenas mamás tienen pensamientos terroríficos), de Karen Kleiman y Molly McIntyre, con ilustraciones de madres que acaban de parir y niegan cómo se sienten. En una de las viñetas, vemos una mujer que le dice a una mamá con un bebé: «¡Estás fantástica!»; a lo que ella le responde «muchas gracias». Pero nosotros podemos leer lo que esta última piensa realmente: «¿Estás de broma? ¿Que estoy fantástica? Si estoy flácida, nerviosa y deforme. No me he duchado desde hace días. Me mortifica que me vean en público. Intento aparentar que estoy bien, para que así nadie se dé cuenta de lo mal que me siento. ¿Por qué me preocupa tanto cómo estoy? ¿Por qué? ¿Cómo se supone que tiene que sentirse una madre?».[119] Con estas ilustraciones, las autoras buscan romper el silencio de la depresión posparto, que las madres se reconozcan, vean que no están solas y expresen sus sentimientos.

La sanidad pública debería tener como prioridad acabar con la depresión posparto. Sin embargo, pocos pasos se dan en esta dirección. El posparto es el gran olvidado. Yo, como tantas otras mamás, después de parir me apunté a clases de gimnasia hipopresiva, que van muy bien para

recuperar la musculatura abdominal y atenuar problemas de incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. Iba al centro cívico del barrio, en horario de mañana, y aparte de las madres que hacía relativamente poco habíamos dado a luz había también mujeres mayores. El suelo pélvico, el conjunto de músculos que forman el suelo de la pelvis, es aquel gran desconocido para las mujeres hasta que tenemos criaturas o somos mayores y empieza a dar problemas. Un día después de clase, hablando de cómo habíamos llegado hasta allí, varias madres me contaron que después del parto sufrieron problemas de incontinencia urinaria o dolor al reanudar sus relaciones sexuales, por lo que fueron al médico, pero que este les dijo que era lo normal, que ya se les pasaría. Las molestias, sin embargo, no remitieron, y tuvieron que buscarse la vida. Si esto sucede con las consecuencias físicas del embarazo y el parto, imaginaros con las psicológicas. La situación es todavía peor.

El servicio público de salud no cuenta con recursos suficientes para detectar y tratar la depresión posparto. Muchas de las madres que la sufren no son diagnosticadas. «Apenas hay psicólogos en los equipos obstétricos o de neonatología. [...] No tenemos apenas unidades ni programas de psiquiatría perinatal ni existen las llamadas “unidades madre-bebé”, donde ingresar de forma conjunta a las madres que requieren un ingreso psiquiátrico en el posparto [y su bebé], a diferencia de lo que ocurre en otros países europeos», explica Ibone Olza.[120] Sin embargo, la detección temprana es fundamental. El nuevo protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña, presentado en 2018, incluye entre sus novedades un cribado sistemático para detectar estados depresivos o de ansiedad en el transcurso del embarazo y el posparto: un paso adelante.[121] También lo es la apertura del primer hospital de día de salud mental para madres con bebés, a principios de 2018, en la Maternitat del Hospital Clínic de Barcelona.

La depresión posparto es precisamente el tema central del relato clásico *El papel pintado amarillo* de Charlotte Perkins Gilman, escrito en 1890. Una historia que narra la depresión de una mujer casada que acaba de dar a luz, la cual es obligada, por prescripción médica, a hacer reposo absoluto. Ante tal recomendación, se retira a descansar a una casa de campo junto a su marido y se encierra en una habitación decorada con papel amarillo. «Tengo absolutamente prohibido “trabajar” hasta que me recupere. Yo, personalmente, no comparto estas ideas. Yo, personalmente, creo que trabajar en un ambiente amigable, con entusiasmo y haciendo cosas variadas me haría bien. Pero ¿qué se supone que debe hacer una? Pese a su opinión [del médico], me dediqué a escribir durante una temporada, y, sin embargo, tener que hacerlo a escondidas me agota de tal manera...; pero o me comporto con astucia, o me encontraré con una fuerte oposición», afirmaba su protagonista.[122]

El relato de Gilman se inspira en su experiencia. Tras el nacimiento de su primera hija, la escritora tuvo una profunda depresión, que arrastró durante tres años. El médico le recomendó una cura de reposo, que la condenó a la inactividad y al ostracismo, y le desaconsejó todo trabajo intelectual y tarea que no fuese la doméstica. Algo que agravó aún más su estado de salud y la condujo al colapso emocional. No fue hasta que decidió saltarse el tratamiento médico y volver a la actividad que empezó a mejorar.

El cuento *El papel pintado amarillo* generó gran escándalo en la época. Un médico llegó a afirmar que no debería haberse escrito porque era peligroso para la salud mental de los pacientes. Aunque, como la propia autora explicó, parece que su lectura llevó al especialista que la había atendido a cambiar sus tratamientos. Charlotte Perkins Gilman escribió este relato para ayudar a otras mujeres en sus depresiones posparto, alentándolas a no seguir los consejos médicos y no someterse a curas de reposo que en realidad eran contraindicadas para superar la depresión puerperal.

Tu deber

A lo largo de la historia, la maternidad, como construcción social y cultural, se ha convertido en un destino ineludible para las mujeres. La capacidad biológica femenina para gestar, sometida a los dictados del patriarcado, ha devenido un yugo. Las mujeres hemos desaparecido tras la figura de la madre, en una sociedad que identifica feminidad con maternidad. Aunque la función materna ha ido variando en los distintos periodos históricos y según el lugar, las madres hemos sido siempre, de un modo u otro, sujetos subordinados.

Hay indicios que apuntan a la existencia de sociedades prepatriarcales más igualitarias en un periodo muy antiguo. Los descubrimientos arqueológicos señalan que se trataría de sociedades prósperas y en paz, con un modo de vida sedentario y enraizado en la tierra. Parece lógico que nuestros antepasados, en la prehistoria, al observar que la vida emergía del cuerpo de las mujeres, se plantearan a partir de esta constatación las preguntas universales acerca del origen del universo, la vida y la muerte. De aquí que las formas más primitivas de representación de poder divino en forma humana hayan sido mayoritariamente femeninas, con deidades con senos y barrigas prominentes que representaban mujeres embarazadas. Una cultura no estratificada, sin jerarquías notables, que fue derrotada por la invasión de pueblos guerreros que impusieron una forma de organización social patriarcal.[123]

En la antigua Grecia, la función de la mujer era gestar, parir y criar, la maternidad era un deber y una obligación, y aquellas que no tenían descendencia era condenadas al ostracismo.[124] Las madres al dar a luz, sin embargo, no perdían su rol en la vida pública, y podían seguir participando en las ceremonias religiosas, manteniendo un vínculo social más allá del relacionado con su condición materna.[125] Las criaturas se consideraba que eran engendradas por el marido, quien tenía derecho exclusivo sobre la prole. La dependencia que los hombres tenían de las mujeres para dar continuidad al linaje siempre fue motivo de preocupación, lo cual quedó reflejado en obras y mitos como la tragedia de Eurípides, donde Medea asesina a sus propias criaturas y deja sin descendencia a su esposo Jasón que la había abandonado.[126]

En la antigua Roma, el poder del padre era ilimitado. El bebé podía ser aceptado o rechazado por aquel nada más nacer, al margen de la voluntad de la madre, e incluso podía adoptar a otras criaturas fuera del matrimonio, ya fuesen de hermanos o amigos. Si el esposo moría estando la mujer embarazada, el derecho romano, que instituyó el poder paternal, ungía como legítimo heredero al feto. La mujer dejaba de ser considerada esposa, ni siquiera madre, para ser tratada como mero recipiente, el útero donde residía el bebé antes de nacer.[127]

Las mujeres romanas de clase alta delegaban la crianza en esclavas, y no amamantaban a sus criaturas, dejando la lactancia a cargo de terceras. Los moralistas las acusaban de querer preservar su libertad, la belleza de sus senos; pero es posible que algunas intentaran desvincularse de un bebé cuya supervivencia no estaba garantizada, ya que los índices de mortalidad infantil eran muy elevados. Sufrían también la presión que ejercían los maridos, quienes querían privilegiar su linaje y pensaban que la leche materna, como la sangre, transmitía rasgos hereditarios. En consecuencia, temían por la influencia que pudiesen ejercer la lactancia y el vínculo materno en sus descendientes. Por este motivo, los hijos varones eran apartados a menudo de sus madres.[128] Desde la cuna de la civilización occidental, vemos cómo la maternidad ha sido utilizada como instrumento de control de las mujeres.

De Eva a la Virgen María

La tradición judeocristiana ahondó en la supeditación de la mujer al hombre. La figura materna quedó personificada, primero, en la imagen de Eva y, después, en la de la Virgen María. En el Génesis, la mujer, representada por Eva, es señalada como culpable de pecar al tomar la fruta prohibida del jardín del Edén y arrastrar consigo a Adán. «Multiplicaré tus dolores en el parto, y darás a luz a tus hijos con dolor. Desearás a tu marido, y él te dominará»[\[129\]](#) fue la condena. Un castigo que perdura hasta la actualidad. Tras el pecado original, Eva recibió su nombre, que tiene como significado «madre de todos los seres vivos»,[\[130\]](#) «aquella que da vida». En otros pasajes de la Biblia, aparece la figura de la mujer madre que gesta y cuida el bebé, pero que es incapaz de engendrarlo si no es por voluntad divina. Es el dios masculino el que fecunda vírgenes, ancianas y mujeres estériles.[\[131\]](#)

El culto a la Virgen María, madre de Jesús, tiene unos fundamentos históricos escasos, ya que María apenas fue citada en los Evangelios de Marcos, Mateo, Lucas y Juan. Sin embargo, el afecto popular desarrolló una mitología exuberante, que se expresó sobre todo en los llamados evangelios apócrifos, difundidos a finales del siglo i y en el transcurso del ii, dedicados a la vida de María, su educación, concepción milagrosa, matrimonio y maternidad. La veneración a María, en aquel periodo, sustituyó la adoración anterior a distintas diosas. Ahora se adoraba a una sola mujer, que era hija, esposa y madre de dios. Su virginidad era un atributo de virtud, un ejemplo, en la sociedad moralista de la época, y la lactancia, un símbolo no solo de alimento vital, sino de sacrificio y entrega materna.[\[132\]](#) Un culto a María, y a todo lo que significaba, que puede interpretarse como una muestra de devoción por la maternidad.[\[133\]](#)

La Reforma protestante, en el siglo XVI, en los países del centro y el norte de Europa, marcó un punto de inflexión en la veneración a la figura de María, al rechazar su santidad y considerarla una mujer más, a quien no se debía rendir culto. En el sur de Europa, en cambio, la Contrarreforma católica, como respuesta a la Reforma protestante, reafirmó los elementos de dogma en torno a la madre de Jesús. Negar su virginidad, por ejemplo, era constitutivo de blasfemia.[\[134\]](#) La Contrarreforma eliminó las imágenes de María embarazada y lactante. El arte debía transmitir solo el dolor y el sufrimiento de Jesús, y toda la iconografía tenía que estar a su servicio, desterrando aquellas imágenes próximas a la carnalidad y la naturaleza.[\[135\]](#)

La maternidad en la Edad Media

Las sociedades de la Edad Media, entre los siglos v y xv, eran profundamente estamentales. Se caracterizaban por una estricta jerarquía social y por la omnipresencia de la doble autoridad de la monarquía y la Iglesia.[\[136\]](#) La función y la experiencia materna cambiaban dependiendo del estrato social.

El campesinado, que representaba más del 80 % de la población, necesitaba una descendencia numerosa para asegurarse manos para trabajar la tierra y cuidar de los mayores. La maternidad para las mujeres del campo era una carga pesada, que las hacía envejecer rápido, perder hijos e hijas (la mortalidad infantil era muy elevada) y morir pronto. Las madres amamantaban a sus criaturas hasta el año o más, y la lactancia les era útil como mecanismo anticonceptivo. La campesina trabajaba en el huerto y la granja, contribuyendo a la alimentación familiar. Si tenía excedentes, los vendía en el mercado, disponiendo así de una modesta autonomía económica. Su trabajo era compatible con la crianza, ya que los pequeños podían acompañarla en las tareas. No obstante, las más pobres tenían que desprenderse pronto de sus pequeños, que con tan solo diez años o menos eran enviados a servir como criados.[\[137\]](#)

La lactancia mercenaria, que daba una madre distinta a la propia a cambio de una remuneración,

era ejercida por las mujeres campesinas, quienes acogían en sus hogares a los bebés de las clases altas durante la lactancia.[138] Una práctica que contribuyó a estrechar los lazos entre el campo y la ciudad, ya que algunas criaturas llegaban a pasar hasta tres años en casa de las nodrizas. Las amas de cría ejercían una auténtica profesión, reconocida como tal, y su competencia no era puesta en duda, a pesar de la existencia de ciertas malas prácticas, como cuando algunas, por un modesto salario, tomaban a su cargo a bebés de los hospicios a quienes casi no alimentaban.[139]

Esta costumbre, sin embargo, no se basaba en un pacto entre mujeres, sino que eran los hombres quienes llegaban a un acuerdo, firmando un contrato por el cual el nutricio, el esposo de la nodriza, se comprometía, a cambio de una retribución económica, a amamantar y a cuidar al descendiente del padre. Las mujeres ni aparecían en el contrato, en un signo claro del poder masculino sobre la maternidad y la lactancia. Lo que en principio podía parecer una relación de género era en realidad una relación entre clases sociales.[140]

La mujer noble si no era madre o monja no era nada. La maternidad era un peaje obligatorio si quería formar parte de la vida laica. Las damas de clase alta no siempre criaban a sus pequeños, confiándolos a nodrizas, criadas o institutrices, y no acostumbraban a amamantarlos. Esto permitía que tuviesen más descendencia, ya que si daban el pecho las posibilidades de quedarse embarazadas de nuevo disminuían, a la vez que se creía que las relaciones sexuales durante la lactancia afectaban negativamente a la calidad de la leche, y por ende al bebé.[141] Los pechos de las aristócratas eran objeto de deleite masculino, y tenían que seguir los cánones marcados por la estética de las nuevas cortes, siendo idealizados por el arte. En consecuencia, eran los senos de las mujeres pobres, convertidos en herramienta de trabajo, los que alimentaban a la prole de la nobleza mediante contratos de lactancia.[142]

Las mujeres artesanas trabajaban en la vivienda familiar, donde se encontraba el taller, y podían compatibilizar el trabajo con el cuidado de la prole y otras tareas domésticas. Algo que en los siglos posteriores, con el capitalismo industrial, desapareció.[143]

Caza de brujas

En la Edad Media, todo lo relacionado con la maternidad era considerado un asunto de mujeres. La madre, aun estando subordinada jurídicamente, contaba con una cierta autonomía en el ámbito propio. El control masculino, ejercido por el marido, los sacerdotes..., permanecía lejos, y eran las mujeres quienes transmitían los saberes y prácticas vinculados al embarazo, el parto, la lactancia y la crianza. Sin embargo, en el siglo xv, con el inicio de la caza de brujas, que se extendería hasta el siglo XVII, las cosas empezaron a cambiar.

Las comadronas, que hasta entonces habían actuado con total libertad, comenzaron a ser acusadas de magia y brujería, de ser cómplices de infanticidios. Las denuncias se basaban en todo tipo de fantasías misóginas —que devoraban a los recién nacidos, dejaban impotentes a los hombres cortándoles el pene, copulaban con el diablo— formuladas por las autoridades eclesiásticas y seculares que llevaban a cabo las persecuciones. No obstante, los crímenes de los que se las acusaba no eran sino actuaciones médicas para atender el parto, realizar abortos, suministrar anticonceptivos.[144] En realidad, lo que se perseguía era el saber de las mujeres.

El trabajo de las sanadoras, como las matronas, que atendían a la población campesina sin recursos, era considerado una amenaza política, religiosa y sexual. Se buscaba apartarlas de la práctica médica. Por este motivo, la persecución que sufrieron siguió procedimientos bien regulados por ley y ejecutados por el Estado y la Iglesia, tanto católica como protestante. Se trató de una campaña de terror, desencadenada por las clases dominantes, que puso en el punto de mira

a muchas mujeres, persiguiéndolas, torturándolas y ejecutándolas por millares durante más de tres siglos.

El control de la capacidad de reproducción de las mujeres, en la medida en que el trabajo asalariado se convirtió en la principal fuente de riqueza, pasó a ser un objetivo en sí. Había que controlar los cuerpos que gestaban y parían aquella mano de obra necesaria. La caza de brujas permitió acabar con la autonomía sexual y reproductiva femenina, pero se quería ir más allá. Por este motivo, se establecieron nuevas formas de vigilancia sobre el embarazo y la maternidad y se condenó el infanticidio con la pena capital, acusando y ajusticiando a la madre si el bebé nacía muerto o moría durante el parto.[\[145\]](#)

La monarquía y la Iglesia, con el fin de tener a las comadronas bajo control, las obligó a inscribirse en un registro bajo la supervisión masculina.[\[146\]](#) Mientras el Estado perseguía a curanderas, sanadoras y matronas, validaba el trabajo de médicos y cirujanos. La caza de brujas allanó el camino a la profesión médica, que se erigió sobre la destrucción de las redes de apoyo con las que contaban las mujeres, dejándolas en una situación de vulnerabilidad y dependencia respecto a la profesión emergente.[\[147\]](#)

Glorificar a la madre

A partir de finales del siglo XVIII, la autoridad moral y social de la monarquía y la Iglesia perdió fuerza con el fin del Antiguo Régimen y la secularización de la sociedad. La rígida jerarquía se vio sacudida por la primera industrialización. La concepción tradicional de la maternidad, la infancia y la familia fue puesta en cuestión.

La maternidad adquirió una nueva dimensión más allá de su función reproductora. Se exaltó y glorificó la condición materna, considerando que eran las madres las que tenían que hacerse cargo en exclusiva de las criaturas. La lactancia materna tomó especial relevancia, rechazándose la lactancia mercenaria, la cual pasó a ser considerada antinatural y empezó a entrar en declive con ritmos desiguales en los países occidentales hasta su total desaparición en el siglo XX. La contratación de amas de cría descendió entre las familias aristócratas y de clase media urbana. En cambio, las mujeres trabajadoras en la industria, con jornadas imposibles, siguieron contratándose, al no tener otra opción y no poder dar de mamar a sus recién nacidos.[\[148\]](#)

Ser madre se convirtió en el eje central de la identidad femenina, al margen del origen o la clase social. Los argumentos religiosos, científicos y naturalistas buscaban convencer a las mujeres para que dieran prioridad a la crianza frente a otros aspectos de su vida. Las madres, de este modo, fueron relegadas a la esfera privada, con el objetivo de cuidar de la prole, mientras se las apartaba del ámbito público. Así fue el proceso de «maternalización de la mujer», cuando la condición de madre pasó a ser la única identidad posible, una identidad exclusiva y excluyente.[\[149\]](#)

Una dinámica que se dio en el mundo occidental y sus regiones de influencia, entre finales del siglo XVIII y principios del XX, en paralelo a una serie de cambios sociales, políticos y económicos que desembocaron en un nuevo modelo de sociedad capitalista industrial. La «maternalización de la mujer» fue resultado de naturalizar la función materna; individualizar las tareas de cuidado; dejar la crianza solamente en manos de las madres; y moralizar las prácticas que le eran propias.[\[150\]](#)

La maternalización implicaba no solo que las mujeres podían ser madres, algo obvio, sino que «solo debían ser madres»;[\[151\]](#) así lo determinaba la naturaleza femenina. El ocio, la educación, el placer, el empleo, la militancia... eran percibidos como una amenaza para la reproducción, y en

consecuencia para todo lo que se creía que derivaba de ella: la familia, la sociedad, el Estado. La mujer no alumbraba ya únicamente criaturas, sino ciudadanos y patriotas. Su responsabilidad —parir y criar— iba más allá de lo biológico; consistía ahora de una función social, sometida al control masculino.

La obra *Emilio, o De la educación*, escrita en 1762 por Jean-Jacques Rousseau,^[152] uno de los teóricos de las relaciones maternofiliales más influyentes de la Ilustración, tuvo gran predicamento en este periodo, en particular entre ciertos grupos de la burguesía y la aristocracia, y sentó las bases del ideal de familia burguesa, elogiando el vínculo conyugal —profundamente desigual—, glorificando la maternidad, ensalzando la inocencia infantil y alabando el vínculo afectivo entre la madre y el bebé y la lactancia materna.^[153] Si hasta el momento, la familia se había fundado en el linaje, y la mujer era considerada más hija que madre, a partir de la obra de Rousseau, la figura de «esposa-madre» adquirió un papel central, y la maternidad se convirtió en fuente de respeto y derechos; aunque estos no iban más allá de los vinculados con la crianza y la alimentación de la prole. El padre era el responsable de la educación de las criaturas, el encargado de transmitir los valores, en consonancia con los principios sociales de la época.^[154] Los escritos de Jean-Jacques Rousseau subrayaron la subordinación de las mujeres a sus maridos.

Su coetánea Mary Wollstonecraft, autora de *Vindicación de los derechos de la mujer*, obra fundacional del feminismo, escrita en 1792, en la que defendía la igualdad entre los sexos, la independencia económica de las mujeres y la necesidad de su participación política, no tuvo la misma acogida. Wollstonecraft, desde una perspectiva ilustrada, dando especial relevancia a la naturaleza y a la razón, ensalzó los cuidados que las madres dedicaban a sus criaturas, pero consideraba que estos no tenían que ser impuestos, sino resultado de su toma de conciencia para ejercer una responsabilidad cívica. Las mujeres y las madres, para Wollstonecraft, tenían derecho a la educación y a participar en las decisiones políticas. «Para ser una buena madre, la mujer ha de tener juicio y esa independencia mental que pocas de las que han sido educadas para depender por completo de sus maridos poseen», sentenciaba.^[155]

Con la Revolución francesa, muchísimas mujeres salieron a la calle, participando en manifestaciones y debates públicos. La maternidad sirvió, en una primera etapa de la revolución, para justificar la promoción política del sexo femenino.^[156] Las mujeres eran, en definitiva, las madres de las generaciones futuras. Incluso «el imaginario revolucionario —escribía la historiadora Yvonne Knibiehler— reemplazó la efigie del rey [...] por la de las poderosas figuras femeninas: Libertad, Nación, República, nodrizas generosas, que ofrecían sus senos».^[157] La maternidad alcanzó un rango político simbólico, y muchas mujeres y madres descubrieron su dimensión política. Sin embargo, pocos años después, con el gobierno de la Convención, el mismo argumento fue utilizado para excluirlas de la vida pública, prohibiendo las sociedades de mujeres, impidiéndoles la entrada en asambleas y persiguiendo y condenando con la guillotina y el exilio a aquellas que más se habían significado.

En la *Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano*, uno de los textos fundamentales de la Revolución francesa, las mujeres ya no vieron reconocidos sus derechos. La escritora Olympe de Gouges redactó a modo de réplica la *Declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadana*, donde reclamaba que la mujer, como el hombre, «tiene el derecho a ser llevada al cadalso y, del mismo modo, el derecho a subir a la tribuna».^[158] Eso mismo le sucedió. Olympe de Gouges murió guillotizada, en 1793, en la llamada plaza de la Revolución en París.

La Ilustración y la Revolución francesa dieron lugar a la emergencia de un primer feminismo, cuando las mujeres constataron que las consignas de igualdad, libertad y fraternidad de la época no las incluían. Las feministas del siglo XVIII, con nombres como Mary Wollstonecraft y Olympe

de Gouges, reivindicaron acceso a la educación, al trabajo, al voto y a derechos matrimoniales y sobre sus descendientes.[159]

El ideal de familia e infancia

El ideal de infancia y familia cambió en este periodo al mismo tiempo que el de maternidad. La infancia adquirió un carácter inocente y bondadoso, pasando a ser considerada una etapa primordial del ser humano, en contraste con el periodo anterior, cuando primaba su función productiva como mano de obra. Esto enalteció el rol cuidador materno.[160] Una nueva percepción de la niñez emergió, en especial entre las clases pudientes a raíz de la obra de Jean-Jacques Rousseau. La revalorización de la infancia fue un aspecto central de la ideología patriarcal moderna sobre la maternidad.[161]

Con la aparición de la familia urbana burguesa, el núcleo familiar se vio reducido a los cónyuges y los descendientes. A raíz del ascenso del capitalismo, se fue consolidando un sistema de familia nuclear, con una maternidad que giraba en torno al cuidado de la prole, dando lugar, de manera contradictoria, a la idealización y a la degradación de las funciones de las mujeres.[162] Este es un modelo de organización familiar y crianza que, aunque nos pueda sorprender, ha sido excepcional en términos históricos.[163] Mientras, las familias en el mundo rural o aquellas de origen trabajador se mantenían extensas, con una amplia red familiar y vecinal de apoyo mutuo.[164]

Otro factor que contribuyó a idealizar la figura de la madre fue el interés de los Estados por aumentar la natalidad y combatir las altas tasas de mortalidad infantil. Las epidemias y las guerras en el siglo XVII condujeron a un lento pero progresivo descenso de la población. En Francia, en esta época, un 25 % de los bebés moría con menos de un año, y otro 25 % lo hacía antes de los diez.[165] Los argumentos natalistas en el siglo XVIII fueron la respuesta a la crisis demográfica, ya que el declive poblacional era percibido como un elemento de debilidad del poder del Estado; una preocupación que se extendió desde el Imperio napoleónico (1799-1815) hasta bien entrado el siglo XX. Si los hombres contribuían a la nación con el servicio militar, las mujeres lo hacían a través de la maternidad.[166]

Madre abnegada versus madre consumida

Las mujeres burguesas y de clase media, quienes disponían de más tiempo libre, fueron las que primero asumieron este ideal de esposa y madre abnegada como una manera de reafirmar su rol. Sin embargo, las mujeres trabajadoras y campesinas, en definitiva las de clase social baja, que no tenían prácticamente horas para dedicar a la prole, o bien aquellas que imitaban o aspiraban a la aristocracia, con intereses sociales y culturales, fueron menos proclives a dicha ideología maternal.[167] La incipiente incorporación de la mujer al mercado laboral con la industrialización, a finales del siglo XIX y principios del XX, que implicaba jornadas laborales extenuantes de hasta catorce horas diarias, dio lugar a un nuevo tipo de madre, agotada y consumida, incapaz de asumir las tareas maternas, con muchas criaturas pero débiles y enfermizas.

La novela *La jungla* de Upton Sinclair, escrita en 1906, lo retrataba a la perfección en el personaje de Ona Lukoszaite, joven madre trabajadora en los infames mataderos de Chicago de principios del siglo XX: «Según el consejo del médico, debía quedarse quieta en casa y amamantar a su hijo en beneficio de la salud de ambos; pero a eso se anteponía la necesidad de trabajar dejando que Teta Elzbieta cuidase del niño y que lo alimentara con el veneno blanco

azulado que llamaban leche en la tienda de la esquina. Así pues, Ona, con motivo de su parto, solo perdió una semana de salario [...]. Pero a costa de su salud, pues pronto contraería una de esas innumerables afecciones que las mujeres agrupan bajo el nombre de “enfermedades de la matriz”, de la que nunca, en el resto de su vida, lograría recuperarse».[168]

Las altas tasas de mortalidad infantil de la época, así como las condiciones infrahumanas que soportaban estas madres, fueron percibidas como una amenaza a la maternidad y a la familia. Las luchas populares, en particular las de las mujeres, lograron una primera conquista en la Alemania de Bismarck, en 1878: la de un permiso de maternidad de tres semanas de descanso tras el parto; y en 1883, en el mismo país, una ley que otorgaba una ayuda económica a las madres. Otros Estados europeos aprobaron permisos y apoyos semejantes en los años siguientes. Sin embargo, estas medidas a menudo fueron incumplidas.[169] Los primeros jardines de infancia en el continente abrieron sus puertas a principios del siglo XIX, impulsados por varones —quienes tenían el poder y el dinero—, aunque las mujeres mecenas rápidamente se movilizaron a favor al considerar estas iniciativas como una obra de amor maternal.[170]

Sufragistas y socialistas

Las luchas de la primera ola feminista,[171] desde finales del siglo XIX hasta mitad del XX, fueron las responsables de conseguir importantes avances en prestaciones y subsidios por maternidad y familia en Europa occidental. Las feministas de la época vieron con buenos ojos la intervención del Estado en la educación y la crianza, porque a pesar de que esto restaba autonomía a las mujeres convertía estas cuestiones en un asunto público.[172] Ante los desgarros sociales provocados por el capitalismo industrial en formación, la reacción del feminismo de entonces fue la de revalorizar la maternidad y contraponer los valores maternos de lo colectivo a la lógica individualista del capitalismo. Su lucha se centró en reivindicar respeto y más derechos para las madres.[173]

Las sufragistas exigieron derechos sociales y políticos en igualdad de condiciones que los hombres (acceso al voto, a la educación, a la propiedad...) y poner fin a toda una serie de leyes discriminatorias hacia el sexo femenino.[174] Sus demandas se inspiraron en la agenda política surgida años antes, en 1848, en el encuentro feminista de Seneca Falls, en un pequeño pueblo de Nueva York (Estados Unidos).[175] Una lucha que impactó en la vida cotidiana de muchas de estas mujeres. «Compartíamos con júbilo una vida que nunca antes habíamos conocido. La mayoría de mis compañeras de lucha eran esposas y madres, y ocurrieron cosas insólitas en su vida doméstica. Los esposos llegaban a casa por la noche con una nueva ansiedad. Los hijos cambiaron rápidamente su actitud de condescendencia afectuosa hacia la “pobre y querida mamá” por una de admirado asombro. Al disiparse la humareda de amor maternal, ya que la madre estaba demasiado ocupada para poder preocuparse por ellos más que de vez en cuando, los hijos descubrieron que les era simpática, que era una mujer estupenda, que tenía agallas», escribía la novelista Ida Alexa Ross Wylie a partir de su experiencia en el movimiento sufragista inglés.[176]

El feminismo socialista fue un paso más allá, defendiendo un cambio político y social, el cual tenía que permitir lograr la tan ansiada justicia e igualdad entre sexos. Su precursora, la escritora y pensadora Flora Tristán, a caballo entre el feminismo ilustrado y el socialista, defendía alcanzar la igualdad a partir de la autoemancipación de la clase obrera. En su obra *La Unión Obrera*, escrita en 1843, instaba a los trabajadores hombres, reacios a que las mujeres abandonaran el hogar, a hacer suya la lucha por la igualdad, en particular en el ámbito laboral y educativo, en beneficio de todos.[177]

Tristán aspiraba a mejorar las condiciones de vida de las madres de la época a partir de otro modelo de familia y maternidad, en el marco de una sociedad nueva. Uno de sus objetivos era cambiar leyes tan injustas como la que daba preeminencia a los varones en la custodia de las criaturas si la pareja se separaba o poner fin a la desigualdad legal y hereditaria entre descendientes legítimos e ilegítimos.

Para Flora Tristán, el abandono de las criaturas y el infanticidio eran consecuencia de las desigualdades económicas, sociales y jurídicas entre sexos. «Como las mujeres están excluidas de todas las profesiones, cuando sus hijos no tienen un padre que los mantenga, sus únicos recursos son el infanticidio, el robo o la prostitución», señalaba.[\[178\]](#) No era de extrañar que muchas abandonaran a sus pequeños, ya que las madres solteras quedaban estigmatizadas de por vida como impúdicas, y les resultaba muy difícil salir adelante por sí mismas.[\[179\]](#)

Las bases para un auténtico movimiento socialista feminista fueron establecidas por la activista política Clara Zetkin, para quien los problemas de la mujer trabajadora no derivaban de la relación con sus maridos o con los hombres de su misma clase, los obreros, sino de la explotación económica capitalista. Para los comunistas, como expuso en su escrito *Lenin on the Women's Question* (Lenin sobre la cuestión femenina), la maternidad, en palabras de Lenin, no tenía que plantearse como una tarea individual sino social, acabando con el ideal de familia pequeñoburguesa.[\[180\]](#)

Para Zetkin, la maternidad proporcionaba a las mujeres valores éticos útiles, y defendía la necesidad de tener una política activa para incorporarlas a la lucha por el socialismo, teniendo en cuenta sus necesidades particulares. «Innumerables esposas y madres no pueden asistir a nuestras asambleas, y la tarea de la agitación socialista entre las mujeres no puede ser la de alejar a la mujer proletaria de sus deberes de madre y esposa; por el contrario, la agitación debe procurar que puedan asumir su misión mucho mejor de lo que lo han hecho hasta ahora, y ello en interés de la emancipación del proletariado», afirmaba.[\[181\]](#)

Alexandra Kolontái, dirigente bolchevique de la Revolución rusa, fue quien articuló mejor la relación entre feminismo y marxismo. Para Kolontái, un proceso revolucionario, con la consiguiente abolición de la propiedad privada y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, no tenía por qué implicar la emancipación del sexo femenino. Las mujeres necesitaban la revolución de la vida cotidiana, de las costumbres y de la relación entre los sexos, que encarnaba, en sus palabras, «la mujer nueva», esa mujer con independencia económica, pero también sentimental y psicológica. Kolontái, gran defensora del feminismo dentro del partido y muy crítica con el feminismo burgués, defendió para las mujeres el amor libre, la igualdad salarial, el derecho al aborto y la socialización del trabajo doméstico y el cuidado de las criaturas. Sus propuestas a menudo chocaron con la hostilidad de sus compañeros de filas, que negaban la necesidad de una lucha específica por la emancipación femenina.[\[182\]](#)

La protección de la maternidad, independientemente de si la madre estaba casada o no, y la infancia fueron otras de sus prioridades. Si el Estado necesita criaturas, sostenía Kolontái, debe cuidarlas, poniendo en marcha instituciones sociales, como salas de lactantes y jardines de infancia. «La maternidad no es ya un asunto privado [...], sino una función social y adicional importante de la mujer», sentenciaba.[\[183\]](#)

La maternidad tenía que ser compatible con la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, lo que implicaba socializar las tareas reproductivas. «Si queremos hacer posible que las mujeres colaboren en la producción, la colectividad debe liberarlas de toda la carga de la maternidad, porque, de otra manera, la sociedad explota la función natural de las mujeres. El trabajo y la maternidad se pueden combinar entre sí cuando la educación de los niños no sea ya una tarea

privada de la familia, sino una misión social del Estado»,[\[184\]](#) afirmaba. Por ello, Kolontái defendió medidas como los permisos por maternidad, jardines de infancia y asistencia médica para embarazadas y madres.[\[185\]](#)

Tanto el feminismo sufragista como el feminismo socialista coincidieron en no cuestionar el papel de las mujeres como madres. Al contrario, la maternidad era considerada una tarea central para la reproducción social, y como tal era utilizada como argumento para reivindicar una serie de derechos para las mujeres, como el sufragio universal, el acceso a las actividades políticas y leyes protectoras del embarazo y la crianza.

La figura del experto

A finales del siglo XIX, el poder médico se expandió. La ginecología, la obstetricia y la pediatría se convirtieron en disciplinas ejercidas por hombres; las mujeres difícilmente tenían acceso a las mismas. La atención al parto se desplazó paulatinamente del hogar al hospital. Las comadronas tuvieron que abandonar su trabajo por cuenta propia, pasando a ocupar una posición subalterna a los médicos en los centros hospitalarios, perdiéndose una de las formas más antiguas de solidaridad femenina.[\[186\]](#) Una serie de cambios que contribuyeron a la medicalización de la reproducción de la vida. El cuerpo de las mujeres pasó de estar históricamente subordinado a criterios religiosos a ser controlado por el saber técnico-médico-mercantil.[\[187\]](#)

La pediatría, a finales del siglo XIX, se convirtió en una especialidad médica y la puericultura en una especialidad paramédica. Nació la figura del experto. Aparecieron revistas, guías y catecismos sobre puericultura moderna, que tenían como finalidad instruir a las madres sobre cómo dormir al bebé, alimentarlo, bañarlo, darle el biberón.[\[188\]](#) Aunque en muchos países hubo un incipiente movimiento de madres, fueron los hombres, en su rol de especialistas, los que acabaron monopolizando la organización de las prácticas de crianza, dándose una profesionalización de la maternidad.[\[189\]](#)

La tarea de formar a las madres, durante mucho tiempo reticentes a los consejos de los profesionales de la salud, estaba en marcha. Los médicos de familia trataban a las mujeres con condescendencia, al considerar que el conocimiento femenino era prescindible ante el saber erudito que ellos ostentaban. Sin embargo, como señalaban Barbara Ehrenreich y Deirdre English en *Por tu propio bien*, «en demasiadas ocasiones, las teorías de los expertos eran globalmente acientíficas, mientras que el saber tradicional de las mujeres se basaba en siglos de observación y experiencia. [...] La ascensión de los expertos no fue el triunfo inevitable de la razón sobre el error, del hecho sobre el mito; empezó con una amarga lucha que enfrentó a mujeres contra hombres».[\[190\]](#) En el fondo, lo que se dio fue una pugna por el derecho a sanar.

Al final, la autoridad médica se impuso. Lo contaba la escritora Doris Lessing en su autobiografía: «En aquellos tiempos [en la Sudáfrica de los años cuarenta], no te atrevías a decir que tu bebé se había “empezado a mover” mucho antes de los oficiales tres meses y medio [...]. De nada servía decir que el niño conocía tu voz en cuanto nacía [...]. Ante tales afirmaciones los médicos decían, perdonándote la vida, que eran imaginaciones tuyas, las mujeres imaginaban cosas, no debías dejarte llevar por tus fantasías. Hoy la ciencia ha dado la razón a estas historias de madrazas. ¿Pero han dejado los médicos de perdonar la vida a las jóvenes? Lo dudo. ¿Ha dicho algún médico a una mujer [...]: “Lo siento, me equivocaba, siempre estuviste en lo cierto”?».[\[191\]](#)

Los expertos entraron en nuestros hogares. La pequeña biblioteca de mis abuelos maternos era un ejemplo. Allí, entre los libros que había, se podían encontrar algunos sobre sexualidad en pareja.

Cuando mi abuela, ya viuda, tuvo que abandonar su casa después de las presiones de los propietarios del inmueble, porque pagaba una renta antigua, y vaciamos la vivienda, me quedé con uno de esos ejemplares. Su título me había llamado la atención: *La higiene sexual en el matrimonio*, edición de 1935. Lo conservo, con ese olor a viejo de los libros antiguos y sus páginas amarillentas, y le tengo mucho cariño por ser de quien era, a pesar del carácter retrógrado de los consejos del doctor Jaff, el autor de la obra, muy acordes, por cierto, con los dictados de la época. Muchas de sus recomendaciones no tienen desperdicio. Aquí va una: «La posición horizontal, es decir, aquella en que el hombre se sitúa delicadamente sobre la mujer, es la actitud íntima de la especie humana, la más natural e instintiva para la unión de los dos sexos. No es menos frecuente que una vez se han saciado los deseos en tal posición, se recurra a posiciones menos humanas. Estas posiciones casi siempre son molestas y siempre nocivas a la fecundación».[192] Así es como el experto instruía a mujeres y hombres, en este caso, en unos hábitos sexuales moralmente aceptables. Otros títulos de la colección eran *Arte de conservar el amor sexual en el matrimonio* o *Arte de ser madre*, todos firmados por doctores, hombres. Estos últimos faltaban en la biblioteca de mi abuela. Aunque no me quiero ni imaginar sus consejos. Cuando la Iglesia ya no tuvo la capacidad ni la influencia para dictar unos hábitos de conducta «decentes», fueron los expertos quienes tomaron el relevo.

El ascenso de la figura del experto, desde finales del siglo XIX, dio lugar a lo que se ha venido en llamar una «maternidad científí-fica».[193] según la cual la buena madre era aquella que seguía al pie de la letra los consejos de los especialistas. Una multitud de libros y revistas sobre crianza empezaron a ser publicados, sustituyendo en parte la transmisión de saberes entre las mujeres de la comunidad. Una tendencia que fue en aumento a lo largo del siglo XX. En Estados Unidos, por ejemplo, si a principios de los años setenta se publicaban anualmente entre cuatro y cinco libros de maternidad, a finales de los ochenta la cifra ya llegaba a los cuarenta y a mediados de los noventa se editaban más de sesenta.[194] Muchos de ellos compartían una mirada condescendiente hacia la embarazada.

Lo constataba Carme Riera en *Temps d'una espera* (Tiempo de una espera), el dietario que escribió mientras estaba embarazada de su hija: «Compro un montón de libros sobre embarazos y embarazadas. Todo lo que encuentro. Me dispongo a nutrirme de bibliografía *ad hoc*. [...] Ahora, después de dos horas de leer, me doy cuenta de que todo lo que he podido coger no es sino una especie de guías para futuras madres, sospechosas de ser un poco zoquetas o ir sobrantes de inocencia. O tal vez no. Tal vez solo son como la mayoría de divulgadores científicos que las han escrito. Me molesta el tono paternalista y al mismo tiempo ufano que suelen emplear».[195]

Las recomendaciones de los profesionales de la salud han ido cambiando a lo largo del tiempo, hasta el punto de llegarse a contradecir entre sí, y lo que antes era lo mejor, como dar el biberón, ahora puede ser considerado la última de las opciones. De hecho, «si la crianza de los pequeños es una ciencia, se trata de una que cambia con extraordinaria rapidez».[196] Seguir el consejo de algunos profesionales puede llevarnos a prácticas equivocadas, como consecuencia de una mirada patológica sobre el embarazo y el parto; pero otros, en cambio, pueden hacernos sugerencias valiosas, como practicar el «piel con piel» después del parto o dar de mamar desde el nacimiento. El problema con los expertos radica en seguir sus consejos acríticamente, sin tener en cuenta que sus recomendaciones pueden estar condicionadas por intereses económicos o por una perspectiva patriarcal de la salud y la sociedad.

[101] Merino, P., *op. cit.*, 2017, p. 13.

- [102] Ferrante, E., *Las deudas del cuerpo*, Barcelona: Penguin Random House, 2014, pp. 270 y 272.
- [103] Rose, J., *op. cit.*, 2018.
- [104] Lazarre, J., *El nudo materno*, Barcelona: Editorial Las Afueras, 2018 (1976), pp. 107-108.
- [105] Freixas, L., *El silencio de las madres. Y otras reflexiones sobre las mujeres en la cultura*, Barcelona: Editorial Aresta, 2015.
- [106] Rich, A., *op. cit.*, 1978 (1976), pp. 23-24. Traducción corregida respecto a la publicada en el libro citado.
- [107] Almond, B., *The Monster Within. The Hidden Side of Motherhood*, Los Ángeles: University of California, 2010.
- [108] Lazarre, J., *op. cit.*, 2018 (1976), p. 17.
- [109] McNish, H., *Nadie me dijo: criar y crear*, Sevilla, La Señora Dalloway, 2018.
- [110] Parker, R., *Mother Love/mother Hate. The Power of Maternal Ambivalence*, Nueva York: Basic Books, 1995.
- [111] Donath, O., *#madres arrepentidas. Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*, Barcelona: Reservoir Books, 2016.
- [112] Knightley, K., «The Weaker Sex», en Curtis, S. (coord.), *Feminists Don't Wear Pink (and other lies): Amazing women on what the F-word means to them*, Nueva York: Ballantine Books, 2018.
- [113] El Hachmi, N., «Maternidad sin cuerpo», *El Periódico*, 29 de mayo de 2018.
- [114] Gavin, N. I. et al., «Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence», *Obstet Gynecol* 106 (5 Pt 1), 2005, pp. 1071-1083.
- [115] Ascaso, C. et al., «Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo», *Medicina Clínica* 120 (9), 2003, pp. 326-329.
- [116] Segre, L., M. W. O'Hara, S. Arndt y S. Stuart, «The prevalence of postpartum depression», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42 (4), 2007, pp. 316-321.
- [117] Bargate, V., *No, mamá, no*, Barcelona: Alba Editorial, 2017 (1978), pp. 15-17.
- [118] Maushart, S., *The Mask of Motherhood: How Becoming a Mother Changes Everything and Why We Pretend it Doesn't*, Nueva York: Penguin Books, 2000.
- [119] Kleiman, K. y M. McIntyre, *Good Moms Have Scary Thoughts. A Healing Guide to the Secret Fears of New Mothers*, Sanger, California: Familius, 2019.
- [120] Olza citada por: García, C., «Depresión “sonriente”, mujeres que ocultan su dolor por miedo a ser malas madres», *Elpais.com*, 4 de mayo de 2017. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/05/02/mamas_papas/1493711645_276126.html.
- [121] Generalitat de Catalunya, *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, Barcelona: Departament de Salut, 2018.
- [122] Gilman, C. P., *El papel pintado amarillo*, Zaragoza: Editorial Contraseña, 2012 (1890), p. 26.
- [123] Eisler, R., *El cáliz y la espada. Nuestra historia, nuestro futuro*, Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1990; Crespo, C., *Maternalias. De la historia de la maternidad*, Tenerife: Editorial OB STARE, 2013; Molina, M. E., «Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer», *Psyche* 15 (2), 2006, pp. 93-103.
- [124] Bodiou, L., P. Brulé y L. Pierini, «En Grèce antique, la douloureuse obligation de la maternité», *Clio. Histoire, femmes et sociétés* 21, 2005, doi: 10.4000/clio.1441.
- [125] Goff, B., *Citizen Bacchae: Women's Ritual Practice in Ancient Greece*, Oakland: University of California Press, 2004.
- [126] Imaz, E., *Convertirse en madre: etnografía del tiempo de gestación*, Madrid: Ediciones Cátedra, 2010.
- [127] *Ibid.*; Oiberman, A., «Historia de las madres en Occidente: repensar la maternidad», *Psicodebate* 5, 2005, pp. 115-130.
- [128] Knibiehler, Y., *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, París: Presses universitaires de France, 2000.
- [129] Génesis 3, 16.
- [130] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [131] Tubert, S., *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Madrid: Siglo XXI, 1991.
- [132] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [133] Crespo, C., *op. cit.*, 2013.

- [134] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [135] Crespo, C., *op. cit.*, 2013.
- [136] Duby, G. y M. Perrot (dirs.), *Historia de las mujeres en Occidente. Vol. II: La Edad Media*, Madrid: Taurus Ediciones, 1991.
- [137] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [138] Bush, M., «History of Motherhood: 1000 to 1500», en O'Reilly, A. (ed.), *Encyclopedia of Motherhood 2*, Londres: Sage Publication, 2010, pp. 492-496.
- [139] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [140] Lozano, M., *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente*, tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, 2001; Ausona, M., *Alletaments de llarga durada i altres usos de la corporalitat en la criança*, tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 2015.
- [141] Bush, M., *op. cit.*, 2010.
- [142] Yalom, M., *Historia del pecho*, Barcelona: Tusquets, 1997.
- [143] Marrades, A. I., *Luces y sombras del derecho a la maternidad: análisis jurídico de su reconocimiento*, Valencia: Universitat de València, 2002.
- [144] Ehrenreich, B. y D. English, *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres*, Madrid: Capitán Swing, 2010 (1989).
- [145] Federici, S., *op. cit.*, 2013 (2004).
- [146] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [147] Ehrenreich, B. y D. English, *op. cit.*, 2010 (1989).
- [148] Hufton, O., «Mujeres, trabajo y familia», en Duby, G. y M. Perrot (dirs.), *Historia de las mujeres en Occidente. Vol. III: La Edad Media*, Madrid: Taurus Ediciones, 1991, pp. 23-65.
- [149] Tahon, M.-B., «La lente absorption de la femme dans l'individualisme abstrait: la mère est-elle un individu?», en Côté, J. F. (dir.), *Individulismes et individualité*, Quebec: Éditions du Septentrion, 1995, pp. 91-101.
- [150] Imaz, E., *op. cit.*, 2010.
- [151] Nari, M., *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*, Buenos Aires: Biblos, 2004, p. 101.
- [152] Rousseau, J.-J., *Emilio o De la educación*, Madrid: Alianza Editorial, 2005 (1762).
- [153] Imaz, E., *op. cit.*, 2010.
- [154] Marrades, A. I., *op. cit.*, 2002.
- [155] Wollstonecraft, M., *Vindicación de los derechos de la mujer*, Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer, 1996 (1792), p. 329.
- [156] Marrades, A. I., *op. cit.*, 2002.
- [157] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000, p. 51.
- [158] De Gouges, O., *Declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadana*, 1791. Disponible en: <https://www.nodo50.org/xarxafeministapv/IMG/pdf/declaracionDerechosMujer.pdf>.
- [159] Varela, N., *Feminismo para principiantes*, Barcelona: Ediciones B, 2013.
- [160] Imaz, E., *op. cit.*, 2010; Marrades, A. I., *op. cit.*, 2002.
- [161] Hays, S., *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven: Yale University Press, 1998.
- [162] Bassin, D., M. Honey y M. M. Kaplan, «Introduction», en Bassin, D., M. Honey y M. M. Kaplan, (eds.), *Representations of Motherhood*, New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1994, pp. 1-25.
- [163] Maroney, H. J., «Embracing Motherhood: New Feminist Theory», *Canadian Journal of Political and Social Theory* 9 (1-2), 1985, pp. 40-64.
- [164] Imaz, E., *op. cit.*, 2010.
- [165] Badinter, E., *¿Existe el instinto maternal? Historia del instinto maternal. Siglos XVII al XX*, Barcelona: Paidós, 1991.
- [166] Allen, A. T., *op. cit.*, 2005.
- [167] Badinter, E., *op. cit.*, 1991; Marrades, A. I., *op. cit.*, 2002.
- [168] Sinclair, U., *La jungla*, Madrid: Capitán Swing, 2012 (1906), p. 163.
- [169] Marrades, A. I., *op. cit.*, 2002; Oiberman, A., *op. cit.*, 2005.
- [170] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [171] Existen diversas periodizaciones de la historia del feminismo. En este libro, se utiliza la más habitual, que considera la etapa de la Revolución francesa como un momento precursor del feminismo, el sufragismo de

finales del siglo XIX como la primera ola y el movimiento de los años sesenta y setenta como la segunda.

- [172] Allen, A. T., *op. cit.*, 2005.
- [173] Bassin, D., M. Honey y M. M. Kaplan, *op. cit.*, 1994.
- [174] Suárez, C., «Las maternidades y el pensamiento feminista. De Simone de Beauvoir a los feminismos de los años sesenta y setenta del siglo XX», en Suárez, C. (ed.), *Maternidades. (De)construcciones feministas*, Oviedo: KRK Ediciones, 2009, pp. 145-170.
- [175] Varela, N., *op. cit.*, 2013.
- [176] Wylie, I. A. R., «The Little Woman», *Harper's Magazine*, noviembre de 1945. Traducción corregida respecto a la publicada en el libro citado.
- [177] Tristán, F., *La Unión Obrera*, Barcelona: Debarris, 2005 (1843).
- [178] Tristán, F., *Paseos por Londres*, Barcelona: Global Rhythm Press, 2008 (1840).
- [179] Iribarne, M. M., *Flora Tristán y la tradición del feminismo socialista*, tesis doctoral, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, 2009.
- [180] Zetkin, C., *Lenin on the Women's Question*, 2004 (1925). Disponible en: <https://www.marxists.org/archive/zetkin/1920/lenin/zetkin1.htm>.
- [181] Zetkin, C., «Solo con la mujer proletaria triunfará el socialismo», *Marxists.org*, 1896. Disponible en: <https://www.marxists.org/espanol/zetkin/1896/0001.htm>.
- [182] Varela, N., *op. cit.*, 2013; Paz, O., «La mujer nueva de Alexandra Kollontay: aproximación a través de su biografía, Isabel Oyarzábal Smith», en Suárez, C. (ed.), *op. cit.*, 2009, pp. 93-108.
- [183] Kolontái, A., *La mujer en el desarrollo social*, Barcelona: Editorial Guadarrama, 1976 (1925).
- [184] *Ibid.* Traducción corregida respecto a la publicada en el libro citado.
- [185] Kolontái, A., «Preface to the Book "Society and Motherhood"», *Marxists.org*, 1916. Disponible en: <https://www.marxists.org/archive/kollonta/1915/mother.htm>.
- [186] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000; Ehrenreich, B. y D. English, *op. cit.*, 2010 (1989).
- [187] Lozano, M., «Comunicar la maternidad: palabras entre la ciencia y las mujeres», *Mètode. Anuario 2010*, 2010, pp. 94-99.
- [188] Molina, M. E., *op. cit.*, 2006.
- [189] Ehrenreich, B. y D. English, *op. cit.*, 2010 (1989).
- [190] *Ibid.*, pp. 58-59.
- [191] Lessing, D., *Dentro de mí*, Barcelona: Ediciones Destino, 1997, p. 236.
- [192] Doctor Jaff, *La higiene sexual en el matrimonio*, Barcelona: Ediciones Obelisco, 1935, pp. 39-40.
- [193] Apple, R. D., *Perfect Motherhood. Science and Childrearing in America*, Nuevo Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers University Press, 2006.
- [194] Iribarne, M. M., «Discurso sobre la maternidad científica. Una perspectiva crítica», *Investigaciones Feministas 1*, 2010, pp. 193-212.
- [195] Riera, C., *Temps d'una espera*, Barcelona: Columna Edicions, 1998, p. 23.
- [196] Jaggar, A. M., *Feminist Politics and Human Nature*, Nueva Jersey: Rowman & Littlefield Publishers, 1988, p. 311.

Odio y amor a la madre

Contra la santísima maternidad

Tras la Segunda Guerra Mundial, a partir de 1945, en el mundo occidental se impusieron la glorificación de la maternidad y la consagración de un modelo de familia nuclear, en el marco de una sociedad con una moral sexual conservadora. La segunda ola feminista, de los años sesenta y setenta, al calor de los movimientos sociales y políticos de la época, se rebeló, como era necesario, contra ello. En su diana colocó el ideal de la santísima maternidad y el modelo de familia patriarcal, reivindicando una sexualidad al margen de la reproducción y poder decidir, como mujeres, sobre nuestro cuerpo, alcanzando importantes avances en materia de contracepción y derecho al aborto, así como cambios socioculturales significativos.

Sin embargo, esta rebelión acabó con una relación tensa, mal resuelta, con la maternidad, llegando a negar incluso el hecho mismo de ser madre y cayendo, en algunos ámbitos, en un cierto discurso antirreproductivo. Algo que no debería sorprendernos. La maternidad ha sido utilizada por el patriarcado y el capitalismo como un instrumento de supeditación y control de las mujeres, relegándonos al ámbito doméstico, privado e invisible. La maternidad, como obligación, ha significado un freno a las aspiraciones femeninas, un obstáculo para la igualdad y la autonomía. [197] Los hombres, en cambio, aparecían como libres de responsabilidades de cuidados, sin ataduras, con la posibilidad de intervenir en la vida pública. La liberación de la mujer pasaba por salir del hogar, dejar de lado la crianza y entrar en el mundo laboral. Se creía que con la obtención de la independencia económica, el problema de la maternidad desaparecería, [198] rehusando acometer una reflexión más profunda al respecto. Los dilemas y las contradicciones de la maternidad enzarzaron al feminismo.

Simone de Beauvoir, y su obra *El segundo sexo*, escrita en 1949, fue una de las principales referentes y precursoras de esta segunda ola, marcando a toda una generación de feministas. «No se nace mujer: se llega a serlo» fue una de sus frases más célebres, señalando que el género es una construcción social. «Ningún destino biológico, psíquico, económico define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; el conjunto de la civilización elabora este producto intermedio entre el macho y el castrado que se suele calificar de femenino», sentenciaba De Beauvoir. [199] Las mujeres, afirmaba, son consideradas «los Otros», los inferiores, nunca visibilizadas como un ser completo, sino construidas como alteridad a partir de los hombres. Su obra habló abiertamente de la menstruación, el aborto y el divorcio, y significó un antes y un después en el pensamiento feminista.

De Beauvoir reflexionó acerca de cómo las mujeres vivían de manera muy distinta la maternidad, el parto, la lactancia y la crianza. Ser madre constataba la compleja relación de la mujer con la naturaleza y su biología. La mujer como prisionera, señalaba, de un cuerpo que

menstrúa, procrea, se embaraza y pare; un cuerpo que, en definitiva, la condiciona, mientras que el hombre quedaba libre de este destino, ya que sus atributos genitales no obstaculizaban su experiencia individual.

El malestar físico en la gestación, los vómitos y las náuseas, era, según De Beauvoir, un síntoma de cómo la mujer se rebelaba contra las leyes de la naturaleza. Lo hacía, afirmaba, avergonzada de querer expulsar a «un feto que la invade», pero a la vez deseosa de retenerlo por la «promesa de dicha» que conlleva. «El embarazo es sobre todo un drama que se desarrolla en la mujer entre ella misma y ella misma; lo vive a un tiempo como un enriquecimiento y una mutilación; el feto es una parte de su cuerpo y es un parásito que la explota; lo posee y es poseída por él», escribía, [200] mostrándonos una maternidad contradictoria, ante la falacia de la maternidad perfecta y en equilibrio del patriarcado.

De Beauvoir analizó los vínculos entre la maternidad y el modelo de familia patriarcal remarcando que la relación de las madres con su prole estaba condicionada por la dependencia económica que tenían de sus maridos. Las dificultades que experimentaban las mujeres con la maternidad y para hacerla compatible con la vida pública eran fruto de la estructura social. Sin embargo, «en una sociedad adecuadamente organizada, que se hiciera cargo en gran medida del niño, en la que se cuidara y ayudara a la madre, la maternidad no sería totalmente irreconciliable con el trabajo femenino», concluía. [201]

Varias han sido las interpretaciones que se han hecho de su obra. Algunas autoras han apuntado al carácter misógino del análisis beauroviano de la maternidad, su fuerte determinismo biológico, así como una aceptación acrítica de valores y puntos de vista tradicionales masculinos. Otras han destacado, en cambio, que no consiste en una inocente atribución de neutralidad a los hechos biológicos, sino de una estrategia discursiva para subvertir este relato, denunciando la maternidad forzosa, social y culturalmente impuesta. [202] Al margen de las interpretaciones de su obra, el discurso de De Beauvoir ha tenido una influencia primordial en el movimiento feminista y en sus reflexiones sobre la maternidad.

Otro de los textos de cabecera para las feministas de la segunda ola fue *La mística de la feminidad* de Betty Friedan, donde esta se preguntaba qué había sucedido con todas esas mujeres estadounidenses que tras la Segunda Guerra Mundial habían vuelto al hogar, qué mensajes las habían llevado a renunciar a sus carreras profesionales y a dedicarse en exclusiva a la familia y la crianza, en un hogar que se presentaba como confortable. La respuesta se encontraba, según Friedan, en esa «mística de la feminidad» que les habían vendido y las identificaba en exclusiva como madres y esposas, siempre serviciales, sacrificadas, sexualmente pasivas y dependientes económicamente de su marido. Lo que daba lugar, en sus palabras, a ese «problema que no tenía nombre», a un malestar y a una insatisfacción constante. Su obra fue la reacción a unos años cincuenta que dejaron a una legión de amas de casa de clase media encerradas en casa, frustradas y amargadas. [203] Muchas encontraron en este libro, que rápidamente se convirtió en un *best seller* en Estados Unidos, una expresión de su propia angustia.

Betty Friedan apelaba a la emancipación y autonomía femeninas, siguiendo la estela de Simone de Beauvoir. Como feminista liberal, reivindicaba el derecho de las mujeres, madres y esposas, a competir en el mercado de trabajo en igualdad de condiciones que los hombres, sin renunciar por ello a la maternidad y al matrimonio, exigiendo permisos para el embarazo y el parto y jardines de infancia con personal preparado. [204] El gran límite de su obra fue su sesgo de clase y etnia, al centrarse solo en la vida de las mujeres estadounidenses blancas, de clase media y con estudios, obviando la situación de las mujeres trabajadoras y las afroamericanas. [205] De hecho, la clase y la etnia han sido las grandes ausentes en la reflexión feminista sobre la maternidad. [206]

Las mujeres afroamericanas de la generación de Betty Friedan no eran amas de casa recluidas en el hogar. La gran mayoría trabajaba largas jornadas en empleos precarios, y contaba con redes comunitarias y vecinales extensas en las que apoyarse.[207] Su problema no era la maternidad, sino el racismo, la pobreza y la precariedad laboral.[208] El feminismo negro, como resultado de una vivencia subjetiva distinta, tuvo una visión más matizada de la experiencia maternal, donde la figura de la madre como luchadora de la comunidad y de la familia siempre estuvo presente.[209]

Si Simone de Beauvoir y Betty Friedan fueron precursoras de un movimiento feminista sobre el cual tendrían una importante ascendencia, autoras como Kate Millett y Shulamith Firestone, alineadas en el llamado feminismo radical de la época, escribirían en los años setenta en consonancia con unos tiempos donde la maternidad se identificaba como un inmenso yugo para las mujeres. Y, en algunas de sus tesis, tal vez se pasaron de frenada; en particular, las formulaciones de Firestone en *La dialéctica del sexo*, donde abogaba por dejar la gestación en manos de la tecnología, en el marco de un sistema social alternativo, que la autora conceptualizó como «socialismo cibernético». «La reproducción de la especie a través de uno de los sexos en beneficio de ambos sería sustituida por la reproducción artificial [...]. Se destruiría así la tiranía de la familia biológica», escribía. Su propósito era poner fin al embarazo, el cual juzgaba «bárbaro», así como a «la deformación temporal del cuerpo del individuo [de la mujer] en beneficio de la especie».[210] Acabar con la maternidad biológica, responsable de la opresión de las mujeres. Unas tesis que hay que enmarcar en el contexto en el que fueron formuladas.

Las ideas de Firestone fueron desarrolladas en la novela *Woman on the Edge of Time* (Mujer al borde del tiempo) de Marge Piercy. Una obra que presentaba una sociedad futura igualitaria, Mattapoisett, en la que el sexo masculino y el femenino habían desaparecido, la maternidad biológica había sido reemplazada por un sistema de reproducción artificial y la familia nuclear sustituida por un modelo de crianza comunal.[211] Marge Piercy ofrecía una visión optimista de la tecnología, presentada unilateralmente como liberadora, una percepción que durante mucho tiempo fue mayoritaria en la izquierda. En realidad, la tecnología *per se* no es ni liberadora ni opresora, sino que está condicionada por las relaciones de poder que imperan en una sociedad. La tecnología aplicada a la reproducción humana, de hecho, puede ser utilizada para desposeer a las mujeres, privándonos del control sobre nuestro cuerpo, y liberando a los hombres de su dependencia respecto a nosotras. Algo que ya está empezando a suceder. O, si no, ¿qué son los vientres de alquiler?

Aparte de este enfoque tan crítico, había en este periodo otros sectores que reivindicaban el carácter positivo de la experiencia maternal. Se trataba de movimientos contraculturales, ecologistas, naturalistas, en particular en Estados Unidos, que defendían el parto natural, la lactancia materna, la crianza respetuosa..., y se mostraban muy críticos con la medicalización del embarazo y el alumbramiento.[212]

La experiencia materna

A partir de mediados de los años setenta, el feminismo tuvo el reto de pensar la maternidad en positivo. Una vez rechazada la maternidad como destino, algunas intelectuales y activistas intentaron reflexionarla en otra clave. El desafío consistía en ir más allá de una simple negación de la maternidad, de desplazar la carga de la crianza hacia el Estado o de externalizar la reproducción.

Las tesis de Adrienne Rich, recogidas en *Nacida de mujer* en 1976, permitieron a las feministas reconciliarse con la maternidad. Su principal aportación fue distinguir entre la institución maternal

impuesta por el patriarcado, generadora de sumisión, y la relación potencial de las mujeres con la experiencia materna, estableciendo una clara diferencia entre los perjuicios de la primera y las virtudes de la segunda. Para la autora, no se trataba de impugnar la maternidad, sino el sentido en que la definía, la imponía y la restringía el patriarcado, el cual había «domesticado la idea del poder maternal». El objetivo era acabar con «la institución maternal», situando las maternidades fuera de la esfera patriarcal, lo cual no significaba «abolir la maternidad», sino «propiciar la creación y el mantenimiento de la vida en el mismo terreno de la decisión, la lucha, la sorpresa, la imaginación y la inteligencia consciente, como cualquier otra dificultad, pero como tarea libremente elegida».[213] A diferencia de otras feministas, que identificaban la capacidad reproductora del cuerpo femenino con un lastre para la emancipación, Rich reivindicaba el cuerpo de la mujer «como un recurso, en vez de un destino».[214] La autonomía de la mujer pasaba por defender y resaltar sus potencialidades sexuales, reproductoras y maternas, en oposición a la maternidad forzada.

El mismo año en que Adrienne Rich publicaba *Nacida de mujer*, Dorothy Dinnerstein hacía lo propio con *The Mermaid and the Minotaur* (La sirena y el Minotauro), otra influyente contribución a la teoría feminista. En esta obra, la autora analizaba cómo el confinamiento de la mujer en la esfera privada, dedicándose al cuidado de los menores, había devaluado su rol, pero, a la vez, su capacidad para dar a luz y la instrucción que les daba la convertían en una amenaza para la sociedad patriarcal. Dinnerstein defendía el reparto igualitario del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres desde la infancia temprana, y consideraba que la implicación masculina en la crianza permitiría acabar con el modelo de masculinidad patriarcal.[215]

En 1978, Nancy Chodorow publicó *El ejercicio de la maternidad*, donde reivindicaba equiparar la figura materna y la paterna, repartiendo igualitariamente el trabajo de cuidados.[216] Unas prácticas que tenían que sentar las bases para un nuevo modelo de familia. Tanto Dinnerstein como Chodorow pensaban que la maternidad era compatible con acabar con la desigualdad entre ambos sexos dentro de la familia, pero la visión que sostenían venía muy determinada por su condición de clase media y por una mirada productivista, centrada en el empleo.

Otra de las obras de referencia fue *Maternal Thinking* (Pensamiento maternal) de Sara Ruddick, donde la autora desarrollaba el concepto de «pensamiento maternal» y «práctica maternal» en un intento de revalorizar la maternidad y el cuidado sin recurrir a argumentos biológicos o esencialistas.[217] Su trabajo permitía entender la maternidad de manera relacional a partir del estudio de la interacción entre madres y criaturas. Ruddick presentó el «pensamiento maternal» como complejo, rechazando las tesis que sostenían que las funciones maternas eran instintivas y automáticas, y señaló que la maternidad era una práctica que podía ser desarrollada tanto por mujeres como hombres. La autora defendía que la ética del cuidado y los valores de la maternidad podían servir para fundar una política pacifista, ya que los principios cooperativos en los que se basa la actividad materna son antagónicos al individualismo imperante en el patriarcado. De este modo, apostaba por la generalización del trabajo de las madres y sus valores al conjunto de la sociedad. Si bien en algunos aspectos tendía a sobrevalorarlos, así como su capacidad de construcción de una sociedad de paz.

La reflexión feminista sobre la maternidad tuvo continuidad con el feminismo cultural y el feminismo italiano de la diferencia sexual de los años ochenta, con intelectuales como Luisa Muraro, autora de *El orden simbólico de la madre*,[218] quienes desarrollaron una concepción esencialista de la mujer y la mamá, mistificando su rol e identificándolo con la naturaleza.[219] El feminismo de la diferencia surgió en contraposición a la hegemonía del feminismo de la igualdad, integrado por feministas liberales, socialistas y radicales, el cual —como su nombre indica—

defendía la igualdad de derechos entre ambos sexos. La controversia entre el feminismo de la diferencia y el de la igualdad tuvo su máximo apogeo en los años ochenta, en un contexto marcado por el reflujo del movimiento feminista y su progresiva institucionalización.

El ecofeminismo, asociado al pensamiento de Maria Mies o Vandana Shiva,[220] señaló, desde mediados de los años setenta, los valores creativos y la función espiritual de la maternidad. Según estas autoras, la mujer tenía, a raíz de su capacidad biológica, que le permite gestar y parir, un papel central en la defensa de la tierra y la vida. Esta era una posición ecomaternalista, que identificaba feminidad con valores como el cuidado, la no violencia, el afecto y el respeto a la naturaleza.[221] El ecofeminismo, inicialmente desde planteamientos esencialistas y espirituales y a partir de los años noventa desde posturas constructivistas, puso el énfasis en vincular feminismo y ecologismo, desigualdad de género y crisis ecológica, revalorizando la maternidad y el cuidado y señalando la necesidad de universalizar dichas prácticas y sus valores consustanciales.[222]

Sin diques de defensa

La maternidad ha sido un tema incómodo para el feminismo. El binomio «mujer-madre» impuesto por el patriarcado ha hecho que una parte muy significativa del feminismo rechazara la maternidad, la negara, la obviara, la menospreciara. «Las mujeres son esclavas de la maternidad. La maternidad es una cárcel», afirmaba la escritora Nawal El Saadawi en una entrevista, y a la siguiente pregunta: «Entonces, ¿la gran rebeldía sería que las mujeres no tuvieran hijos?», respondía: «Sin duda».[223] La maternidad para algunas feministas es una condena.

Sin embargo, lo que hace de ella una pesada carga no es la maternidad en sí misma, sino el yugo en que la ha convertido el patriarcado. La figura de la madre no es resultado de nuestra capacidad biológica para gestar, parir y lactar, sino de una operación cultural y simbólica que construye la identidad femenina de una manera única y homogénea en torno al hecho de ser madre. Se trata de un ideal de maternidad, en el que todos los posibles anhelos de la mujer se restringen a uno solo: tener criaturas.[224] Un imaginario social materno que se ha reproducido, con variantes, por los siglos de los siglos.

El patriarcado ha secuestrado la maternidad. «En cada tiempo y lugar —como afirmaba la psicóloga Victoria Sau—, son los hombres quienes deciden cómo ha de ser, cómo ha de actuar, qué debe hacer» la madre. Una mujer que se ha convertido en «un fantasma», «una impostora», «una no-Madre», al no tener espacio real ni simbólico y ser reconocida solo en función del padre, en un mundo que gira sobre «un eje masculino egocéntrico». Se constituye así el «vacío de la maternidad», ese vacío de poder decidir y gestionar, de tener influencia y de gozar de autoridad. «El “vacío” dejado por una maternidad ausente».[225]

Ante el secuestro de la maternidad, el feminismo la abandonó a su suerte. Adrienne Rich, en *Nacida de mujer*, recuperó el término *matrofobia*, concebido originariamente por la poeta Lynn Sukenick. Para Rich, la matrofobia no era solo «el miedo a la propia madre o a la maternidad, sino a convertirse en la propia madre». Y añadía: «La matrofobia se puede considerar la escisión femenina del yo, el deseo de expiar de una vez por todas la esclavitud de nuestras madres, y convertirnos en individuos libres».[226] Lo que puede definirse como una suerte de reacción agresiva de las hijas a la violencia patriarcal impuesta sobre las madres.[227] ¿Le ha sucedido lo mismo a un determinado feminismo?

En la medida en que desde opciones feministas se da la espalda a la maternidad, se crea también un «vacío», una falta de sororidad. Nos quedamos, entonces, sin diques de defensa. Las reflexiones de Adrienne Rich, que distinguía entre la maternidad como institución patriarcal y la

maternidad como experiencia personal, nos ayudan a llenar este vacío. No se trata de renegar del hecho de ser madres, sino de las condiciones en las que lo somos en el patriarcado. A partir de la obra de Rich, ha sido común en los debates del mundo anglosajón distinguir entre *motherhood* (que alude a la institución) y *mothering* (referido a la experiencia subjetiva de las mujeres). En la vida real, ambas, institución y experiencia, *motherhood* y *mothering*, están entrelazadas y en tensión permanente, pues la maternidad como institución condiciona y restringe la práctica y la experiencia maternal.[228] El reto, desde un planteamiento feminista, consiste en acabar con la primera y liberar la segunda.

Capitalismo y cuidados

Al capital tampoco le han ido mal las cosas con el encierro de las madres en casa. La vulnerabilidad que implica ser dependientes es inherente a la condición humana. Todos necesitamos en un momento u otro de nuestras vidas que nos cuiden, en particular cuando somos pequeños o muy mayores o al estar enfermos, ¿y quién lo hace? Por regla general, mujeres, que son mano de obra barata o incluso gratuita.

La metáfora del iceberg, utilizada por la economía feminista para analizar el sistema socioeconómico, lo explica muy bien. La economía capitalista funciona como un iceberg, donde solo vemos la punta del témpano de hielo, una pequeña parte, la de la economía productiva, el trabajo asalariado. Sin embargo, la mayor parte del bloque, si seguimos con la imagen, permanece escondida bajo el agua. Se trata de la economía reproductiva, el trabajo de cuidados, que es invisible e invisibilizado, pero que sostiene dicho mercado y le permite una ingente acumulación de riqueza.[229] ¿Cómo mantener jornadas laborales incompatibles con la vida personal y familiar si no fuese por quien cuida de las personas dependientes, cocina y limpia? Si el trabajo de cuidados fuese remunerado significaría nada más y nada menos que el 53 % del PIB del Estado español.[230]

Hoy el sistema tiene otro problema: cada vez hay menos mujeres dispuestas a hacer este trabajo. Las amas de casa de siempre, en la medida en que se han incorporado al mercado laboral, han desaparecido del mapa, mientras que la dependencia, en concreto asociada a la vejez, ha aumentado, y lo seguirá haciendo debido a la tendencia demográfica. Se calcula que en 2050 la demanda de cuidados crecerá un 50 %, un 47 % del mismo en el segmento de personas mayores.[231] Entonces, ¿quién nos cuidará? Esto deriva en un problema de gran magnitud. He aquí la crisis de los cuidados.

Ante la dejadez del Estado, la poca implicación masculina y los altos precios de las empresas del sector, cuando las mujeres no han podido más se ha optado por externalizar su trabajo en terceras personas. Así lo han hecho las familias con rentas medias y altas, que lo pueden costear, dejando el trabajo de cuidados en manos de una legión de cuidadoras *low cost*, muchas de ellas inmigrantes. Las tareas de reproducción, de este modo, se han concentrado en unos determinados sectores sociales, étnicos y de género, a la cola de la escala sociolaboral. Al mismo tiempo, aquellas familias con rentas más bajas, ante la falta de ayudas públicas, han tenido que responder a esta necesidad en el seno del hogar, con sus mujeres. Una dinámica que ha generado un aumento de las desigualdades de clase. Ante esta realidad, el Estado se ha lavado las manos, y el desmantelamiento de la Ley de Dependencia vía contrarreforma, en 2012, es una muestra.[232]

La crisis de los cuidados, desde la perspectiva de la teoría de la reproducción social, se explica como resultado del funcionamiento del capitalismo financiero contemporáneo y de sus contradicciones sociales y reproductivas.[233] Este enfoque, defendido por el feminismo de

inspiración marxista, ofrece una visión global de cómo funciona el capitalismo, teniendo en cuenta no solo el proceso de acumulación de capital, sino también su interacción con las prácticas que permiten la reproducción social (cuidado de mayores, enfermos, criaturas, provisión de alimentos, labores del hogar). Una teoría que pone el énfasis en cómo se articulan las relaciones de explotación y las opresiones de género o etnia.[234]

Integrar la maternidad —y los aspectos que se derivan de ella, como el embarazo, el parto, la lactancia y el cuidado de los menores— en la teoría de la reproducción social es un tema pendiente, así como entrar en diálogo con el pensamiento feminista sobre la maternidad, desde Adrienne Rich en adelante, y abordar la intersección entre los aspectos biológicos y corporales de la maternidad, por un lado, y los culturales y sociales, por el otro. La literatura sobre la reproducción social y la que trata sobre la experiencia maternal deberían dialogar más entre sí.

La necesidad de un modelo de organización social que coloque los cuidados en el centro, los valore, los haga visibles y señale que son responsabilidad de todos, con una imprescindible implicación del Estado, es imperiosa. Ser cuidado y cuidar es un derecho y un deber en una sociedad que sitúe en un lugar prioritario la vulnerabilidad de la vida. No solo se trata de reivindicar la ciudadanía, sino la «ciudadanía».[235] El problema lo tenemos en una sociedad que menosprecia la fragilidad humana.

Cuando hablamos de trabajo de cuidados, sin embargo, parece que haya unos más relevantes que otros. Incluso quienes los reivindican a menudo dan mayor importancia a aquellas dependencias de personas mayores o enfermas que las que implican a menores, cuando la maternidad es parte consustancial de la ética del cuidado.[236] Aunque la crianza no es un trabajo de cuidados más, no es tan fácilmente externalizable, sobre todo cuando la criatura es pequeña,[237] algo que muchas veces se olvida. Todo esto pone de relieve cuán invisible es la maternidad en el seno de los feminismos y la poca centralidad que tiene.

Ser madres o ser libres

Cuando el feminismo identifica libertad e igualdad con trabajo asalariado tiende a menospreciar todo lo que sucede dentro de los hogares. La maternidad forma parte de este *pack*. A pesar de que se reivindica un reparto igualitario de las tareas de cuidado, estas acostumbran a ser consideradas una ocupación de segunda, una carga, y la crianza, como parte inherente de las mismas, de tercera. En este mundo ideal, como señala críticamente Carolina León, autora de *Trincheras permanentes*, «ejercer la empatía, procurar afecto a los otros humanos (hijos o cualquiera), preocuparse de sus necesidades es un destino vital de débiles, de subalternos, de fracasados».[238]

Sin embargo, el mito del trabajo asalariado como única vía de realización personal se ha desmoronado, en un contexto de creciente precariedad. El empleo no nos hace libres ni iguales. Obviamente este nos dará independencia económica (o algo de independencia, ¡porque con los salarios que se pagan...!), pero ¿significa esto que nos sentiremos más realizados trabajando en un puesto precario que cuidando de personas a las que queremos o practicando nuestras aficiones? ¿La maternidad es un yugo y el mercado laboral no? Claro que el objetivo de igualdad en el mercado de trabajo es irrenunciable, pero por desgracia este, para una gran mayoría, es fuente de todo menos de satisfacciones, y no tiene más interés que el salario que se percibe.

Cuando el feminismo institucionalizado dice, más o menos explícitamente, que lo que debemos hacer es trabajar, competir, trepar, triunfar..., asume el imaginario liberal. Desde posiciones feministas, se acaba defendiendo una maternidad neoliberal, donde la vida, el cuidado y la crianza quedan supeditados al mercado. Se trata, como la filósofa Nancy Fraser señala, de las amistades

peligrosas del feminismo con el capitalismo. De este modo, un cierto feminismo, defensor de una sociedad de libre mercado, acaba justificando nuevas formas de desigualdad y explotación, algo que traiciona los principios originales del movimiento para la liberación de las mujeres.[239]

A pesar de que las feministas liberales y socialdemócratas insisten en la importancia del acceso y la promoción en el mercado de trabajo como mecanismo central para la emancipación, resulta sorprendente que acepten con tanta facilidad la degradación de las condiciones laborales, que el neoliberalismo ha impuesto, y obvien una demanda central al respecto como es la reducción de la jornada de trabajo. Un hecho que solo se explica por su connivencia con los intereses empresariales. La reducción de la jornada laboral es una vieja aspiración de la que ya nadie, por desgracia, ni la mayoría de sindicatos, se acuerda. Una demanda que es básica para cambiar el eje en torno al cual gira nuestra organización social desde tres puntos de vista: creación de empleo y reducción del paro, reparto igualitario del trabajo de cuidados y aumento del tiempo libre.

Ser madres o ser libres, cuántas veces se nos ha planteado esta dicotomía. La crianza, es verdad, implica la pérdida de un cierto grado de libertad, tanto para las mujeres como para cualquier persona que críe, pero el problema reside en cuando dicha pérdida de libertad se ve agravada, institucionalizada e instrumentalizada con el objetivo de subordinar a las mujeres.[240] El problema no es la maternidad, sino un sistema socioeconómico que da la espalda a la crianza y al cuidado, el cual niega que somos seres interdependientes. Ser madre o padre, tener a cargo una criatura, implica un grado de compromiso personal, emocional, material y social elevado;[241] valores que no están en auge en una sociedad en la que priman la meritocracia y el individualismo.

Toda ética feminista del cuidado debe presentarse como antagónica a una ética reaccionaria del cuidado, que asocia cuidar a una obligación moral de la mujer.[242] Desde una mirada emancipadora, el cuidado forma parte consustancial de la satisfacción de las necesidades humanas, como fuente de reciprocidad, sin jerarquías de género. Defender una ética feminista del cuidado no supone idealizarlo, sino entender sus complejidades y cargas. La crianza es fuente de tensiones múltiples, de placer y enfados, de alegría y cansancio. El cuidado forma parte de la vida, pero es solo un pedazo de la misma. La revalorización de la ética del cuidado no debería transmutarse en una idealización neorromántica de las relaciones afectivas o, aún menos, en cargar a las mujeres con la tarea de cuidados de toda la vida, solo que ahora presentada como fuente de empoderamiento y realización personal.

El trabajo de cuidados, en términos de justicia de género, debe plantearse desde una doble perspectiva: el reparto entre hombres y mujeres y la socialización más allá del núcleo familiar.[243] Se trata de organizar los cuidados y el empleo a partir del modelo de «cuidador universal», es decir, personas que combinen empleo y cuidados, rompiendo así la separación tradicional entre el rol de proveedor y el de cuidador.[244] El reto consiste en pensar un tipo de organización social que lo haga posible. Una sociedad que acoja el cuidado y la maternidad en plenitud solo será posible si revaloriza dichas tareas, las reparte de forma igualitaria entre hombres y mujeres, las socializa reforzando los servicios públicos y las iniciativas comunitarias, reduce drásticamente la jornada laboral y, más en general, organiza la vida pública de manera permeable a las necesidades de las personas.

Y ¿qué sucede con la importancia política del cuidado? Aquí reside uno de los principales debates de los feminismos. Hay que politizar los cuidados,[245] y politizar también la maternidad, como un campo de batalla por ganar. La controversia entre el feminismo de la igualdad y el de la diferencia, que se dio en los años setenta y ochenta, ha sido parcialmente superada, constituyéndose un espacio de síntesis. El feminismo contemporáneo, con toda su diversidad y con una nueva generación de mujeres, parece más sensible a abordar el debate de la maternidad, al

margen de las relaciones de amor u odio.

Acabar con la guerra entre madres

Sin embargo, hay quien se empeña en ahondar en una absurda guerra entre madres. Una polémica, en buena medida mediática, que se puso de moda a partir de los años ochenta en Estados Unidos, donde estas *mommy wars* (guerra entre madres) tenían como objetivo enfrentar a mamás trabajadoras con amas de casa.[\[246\]](#) Hasta Hollywood se ha sumado a esta controversia, que reproduce el discurso machista de que el peor enemigo de una mujer es justo otra mujer. Películas como *Malas madres* y su secuela *El gran desmadre (Malas madres 2)* presentan la maternidad como un terreno de conflicto y competencia entre progenitoras, consolidando un imaginario de confrontación que no nos beneficia en nada.

Al margen de las legítimas discrepancias, a veces profundas, entre académicas y activistas sobre cómo abordar la crianza, las madres nos movemos, en general, en una escala de grises. Sin duda, existen visiones contrapuestas sobre la maternidad, aunque no pueden confundirse con una guerra entre madres que polarice la sociedad. A pie de calle ni la negación de la maternidad ni su esencialización son algo generalizado. Hay un abanico de opciones, y las madres escogemos aquellas con las que nos sentimos más identificadas o las que buenamente podemos llevar a cabo. Sin embargo, cuando el debate se centra en términos de buenas o malas madres, contraponiendo formas de crianza, se acaban juzgando conductas personales, nos sentimos cuestionadas, y esto no lleva a ningún sitio. No caigamos en falsas polémicas vacías de contenido. Más que guerras mediáticas entre madres, necesitamos una discusión profunda sobre el modelo de sociedad que nos hace falta para que todas y todos podamos criar y vivir dignamente.

La crianza natural

El combate de algunas feministas por finiquitar la maternidad las ha llevado a criticar duramente, menospreciar e incluso tildar de reaccionarias a aquellas mujeres que dan una dimensión central a la experiencia materna, deciden dejar el trabajo para estar con sus criaturas o apuestan por criar siguiendo las tesis de la crianza con apego. Un método que defiende el vínculo inmediato madre-criatura tras el parto, la lactancia materna, el porteo, el colecho o atender al bebé cuando llora, y que fue desarrollado por el matrimonio de pediatras estadounidenses William y Martha Sears, a partir de los trabajos sobre la teoría del apego del psicólogo británico John Bowlby. Unas pautas que forman parte de una práctica más amplia que recibe el nombre de crianza natural.

Sus detractoras consideran que este modelo de crianza devuelve a la mujer al hogar, le resta independencia económica y significa un retroceso respecto a los derechos y las libertades que ellas, como feministas, consiguieron tras décadas de lucha. Una de sus máximas exponentes es la filósofa Elisabeth Badinter, quien identifica esta opción como «una nueva forma de esclavitud», la cual se ha impuesto, sostiene, a raíz de la crisis económica, que ha llevado a muchas mujeres en edad de tener criaturas a preferir el hogar y la crianza a un mercado laboral precario.[\[247\]](#)

En el paquete de madres abducidas por una maternidad tachada despectivamente como intensiva se incluye también a aquellas que optan por un parto sin epidural, las que dan la teta a demanda, peor si es a lo largo de varios años, o incluso las que emplean pañales reutilizables. Para Badinter, estas mujeres se han convertido en víctimas que, sin ser conscientes, dan la espalda a los avances «que las han liberado». La culpa es, según la autora, de la revolución encabezada por el naturalismo «que realza de nuevo el concepto muy trasnochado del instinto maternal y elogia el masoquismo y el sacrificio femenino, [el cual] constituye el peor peligro para la emancipación de

las mujeres y la igualdad de los sexos». La ecología radical, el maternalismo y las ciencias del comportamiento humano son, según Badinter, otros de los responsables.[248]

Más allá del menosprecio hacia determinadas opciones de crianza, la mirada de Elisabeth Badinter, y de aquellas que comparten su diagnóstico, infantiliza a las mujeres que las practican, y muestra un profundo desconocimiento de sus motivaciones. El desdén no es la mejor manera de construir sororidad. Hace tiempo, me topé en Internet con una serie de vídeos de unas jornadas sobre maternidad. Cuál fue mi sorpresa cuando escuché, en el cierre de una de las mesas, los comentarios que algunas de las ponentes hacían de las mujeres que practicaban una crianza natural. La burla, la falta de respeto, el juicio moral, la superioridad personal e intelectual, así como los datos y las afirmaciones falsas eran la tónica de las críticas, en un auditorio que no hacía sino reírles las gracias, en el marco de lo que, según el pie de página de los vídeos, era una escuela feminista. Un cuadro tan indignante como bochornoso, y que da mucho que pensar.

La activista y escritora Beatriz Gimeno, desde una óptica similar a la de Badinter, considera que la revalorización de la maternidad, la defensa de la lactancia materna y el auge de opciones de crianza natural expresan un «repliegue identitario» de las mujeres hacia la familia y el cuidado, sus espacios tradicionales. Se trata, según Gimeno, de una reacción defensiva ante la precarización del mercado laboral y las condiciones de vida, así como por las expectativas de igualdad que no logró el feminismo.[249]

Sin embargo, no es la crianza con apego la que ha creado una mística de la maternidad, tuneando el concepto de mística de la femineidad de Betty Friedan, que desde hace siglos tenemos entre nosotras. La crianza natural no relega a la madre al hogar, sino que plantea un modelo alternativo a un método de crianza hegemónico deshumanizado, tecnificado y supeditado al mercado.

Si bien es cierto que las propuestas del apego surgen de un entorno conservador, familiarista y reaccionario —el matrimonio Sears es un ejemplo—, y que cuentan con seguidores en estos ámbitos, la gran mayoría de los que suscriben estas prácticas, en particular los colectivos organizados en grupos de apoyo a la lactancia materna y espacios de crianza compartida, lo hacen desde una perspectiva que tiene como objetivo dar visibilidad y centralidad política a la experiencia materna, a la vez que defienden un modelo de maternidad emancipador que nada tiene que ver con el conservadurismo tradicionalista. Aunque hay que señalar que uno de los riesgos es caer en la idealización de la crianza, ya sea mirándose en el espejo de culturas pasadas o mistificando la maternidad y la paternidad en relación con la naturaleza. En realidad, de lo que se trata es de pensar una revalorización feminista y emancipadora de la crianza que rompa tanto con la maternidad patriarcal como con la maternidad liberal.

Las nuevas maternidades feministas, desmercantilizadas y ecologistas pueden leerse desde el debate sobre lo común o los comunes. No significan un repliegue identitario, sino un proyecto defensivo para vivir de otra manera, ante la mercantilización de la vida y los valores consumistas, y un intento ofensivo para reorganizar lo cotidiano a partir de otros parámetros. De todos modos, hay que tener en cuenta que nuestro entorno socioeconómico condiciona, queramos o no, lo que podemos hacer, y restringe el abanico de posibilidades. Por este motivo, hay que intentar no establecer un ideal de maternidad inasumible, generador de malestar y culpa. Asimismo, las maternidades emancipadoras coexisten con iniciativas de consumo ecológico, modelos educativos no autoritarios, redes de economía social y solidaria..., y sus fortalezas y límites seguramente son similares a los de estos movimientos. Aunque más allá de una opción personal, el reto consiste en situar estas propuestas en el marco de un proyecto de cambio social más amplio.

La crianza así como la maternidad deben ser resocializadas, no son asuntos particulares o familiares.[250] La cuestión es cómo pasar de un modelo individual o familiar de crianza natural a

un modelo social de crianza natural, que parta de una práctica igualitaria en términos de género, clase y etnia. No se trata tanto de cuestionar cómo cuida tal mamá o papá, ya que nuestras decisiones están muy condicionadas por un contexto socioeconómico y laboral hostil, sino plantear qué sistema garantiza el derecho al cuidado. Aquí radica el principal debate sobre la crianza, pero este es el gran ausente de las teorías del apego. Sin embargo, otra forma de cuidar solo será posible en un modelo social alternativo, lo que implica preguntarnos qué tipo de relaciones personales, mercado de trabajo, iniciativas comunitarias y servicios públicos necesitamos para hacerlo factible.

La cuestión del instinto

Uno de los temas más polémicos al reflexionar sobre la maternidad es la cuestión del instinto. El patriarcado se encargó de dejar atado y bien atado eso de que «la mujer es cuidadora por naturaleza», que «su instinto la lleva a ser mamá». Por suerte, las feministas han desmentido este determinismo. Las mujeres podemos escoger si queremos tener descendencia o no. Reproducirse es un imperativo de la especie, no del individuo.

Sin embargo, la negación del instinto ha llevado a amplios sectores del movimiento feminista y científicos sociales a rechazar la dimensión biológica de la reproducción humana, que existe a pesar del carácter sociocultural de la maternidad. El embarazo, el parto y el puerperio son una explosión de hormonas y neurotransmisores, como la progesterona, la oxitocina, la dopamina, la prolactina y las endorfinas. Se trata de un cóctel que tiene como objetivo facilitar la gestación y el nacimiento, así como el vínculo entre la madre y la criatura. No podemos desprendernos sin más de nuestra biología.

Claro que hay casos de madres que, por distintas razones, han abandonado a sus bebés, pero poner estos ejemplos para negar ya no el instinto maternal, sino la pulsión materna que lleva a una inmensa mayoría a sentir un fuerte vínculo con sus pequeños no creo que sea suficiente para refutar esta realidad. De hecho, «la existencia de una respuesta cuidadora innata ante una cría constituye una de las hipótesis de adaptación evolutiva más verosímiles que se han formulado jamás».[251] Una respuesta cuidadora, una pulsión, que pueden sentir mujeres y hombres. No estamos hablando de un instinto de maternidad ni de paternidad sino de la necesidad que tenemos los seres humanos de ser cuidados y el deseo de cuidar. Desmontar el mito del instinto maternal no debería llevarnos a rechazar la importancia y el anhelo del cuidado. Liberar el cuidado del patriarcado no implica disolverlo, negarlo, sino replantear cómo lo entendemos.

A menudo, hay madres que se refieren al instinto para explicar esa pulsión que sienten por cuidar y atender al bebé. Más allá del carácter biológico del parto y la lactancia, hay un uso del concepto de instinto más cultural, construido a partir del contacto con el recién nacido. Un vínculo que sienten tanto madres y padres biológicos como adoptivos, solo mediado por una relación corporal distinta. Se asocia instinto, en estos casos, a compromiso con el cuidado, desnaturalizando dicho concepto y dándole un carácter social.[252]

La palabra *instinto* se usa de este modo para expresar un ímpetu personal que nos lleva a actuar y a sentir en una dirección determinada, que no tiene por qué ser compartido por otras mamás. Hay mujeres que afirman que «su instinto» las conduce a dar el pecho, pero que consideran que a otras mujeres el suyo les llevará a hacer otra cosa, rechazando el carácter determinista de un instinto biológico impuesto por el patriarcado. Lo analiza la antropóloga Marta Ausona, señalando cómo «el instinto es, en estas manifestaciones, un lenguaje individualizado del cuerpo que permite oponerse a ciertas convenciones sociales, ya que “yo sé lo que siento”, “yo sigo mi instinto”». El

instinto funciona como forma de reivindicar la autonomía, al margen de las prácticas hegemónicas.
[253]

La maternidad es incómoda porque se empeña en mostrar nuestra animalidad. Somos seres culturales, pero tenemos una realidad biológica; seguimos formando parte, por decirlo de algún modo, del reino animal. Al nacer, en su vida extrauterina, los bebés son seres dependientes y vulnerables que buscan el cuerpo de la madre para sobrevivir, más incluso que las crías de otros animales. Los recién nacidos llegan al mundo sin muchas de las habilidades con las que cuentan las crías de otras especies, ya que si se desarrollaran más en el seno materno no podrían pasar por el canal del parto. De aquí que se hable de un periodo de gestación intrauterino y otro extrauterino. Lo vemos cuando, tras el parto, el bebé olfatea hasta encontrar el pezón de la mamá para empezar a lactar, fruto de los reflejos de búsqueda y succión-deglución. Ella, al mismo tiempo, experimenta una serie de cambios hormonales y cerebrales que facilitan el vínculo con la criatura, ya que con la estimulación del pezón se genera un aumento de las hormonas prolactina y oxitocina.[254] No hay aquí una visión romántica ni esencialista, son datos objetivos.

La maternidad destapa, más incluso que otras vivencias humanas, los vínculos estrechos entre biología y cultura. La conducta del individuo es biosocial.[255] Y esto molesta, porque significa entrar en un terreno incómodo que tradicionalmente ha sido dominio del pensamiento conservador. De ahí los prejuicios, por parte de determinados movimientos sociales y sectores del feminismo, para defender, visibilizar y dar valor a todo lo que tiene que ver con el embarazo, el parto, la lactancia y la crianza.

Del mismo modo que es reduccionista acotar feminidad a maternidad, lo es también todo lo contrario. Ser mujer y ser madre no tienen por qué coincidir, pero tampoco son dissociables. «Si bien la maternidad no se reduce a la transmisión de un patrimonio genético, sino que se sitúa en el plano de la transmisión simbólica de la cultura —afirma la psicoanalista Silvia Tubert—, tampoco se puede negar que el proceso biológico de la gestación se realiza según una legalidad que escapa a la voluntad de la mujer en cuyo cuerpo tiene lugar».[256] El ejercicio de la maternidad significa la articulación de un cuerpo en la cultura. Ni es puramente natural ni solo cultural, sino que compromete lo uno y lo otro.

Al rescate

La maternidad, en un contexto de crisis de civilización, también vive sus crisis particulares. Lo vemos en las dificultades que cada vez más mujeres tienen para quedarse embarazadas, el aplazamiento o incluso la renuncia forzada de la maternidad, los malabarismos para conciliar la crianza con el empleo, las tensiones con el proyecto de vida, la imposibilidad de tener el número de criaturas que se desea, la insatisfacción de la propia experiencia materna y la autoculpabilización. He aquí algunas muestras de las crisis múltiples, invisibles y no nombradas, de la maternidad. Pensar la maternidad desde el feminismo implica rescatarla de sus crisis y rescatarnos a nosotras de las crisis de la maternidad.

El patriarcado recluyó la maternidad en el hogar, en un puesto subalterno, utilizándola como mecanismo de dominio sobre las mujeres. Pero ¿nos tenemos que resignar a este significado? Quien nos aparta de la esfera pública, niega libertad e impide nuestra autonomía personal no es la maternidad en sí, sino el carácter que se le ha dado. Adrienne Rich, en su *Nacida de mujer*, lo sintetizaba a la perfección cuando distinguía entre la experiencia subjetiva de la maternidad y la institución maternal impuesta.[257] Aceptar la maternidad patriarcal como la única posible implica renunciar a dar una perspectiva feminista a la experiencia materna. Negarla conlleva dar

la espalda a las mujeres madres, a las que lo hemos sido y a las que lo serán, dejarnos huérfanas de discurso y referentes, seguir normativizando el hecho de ser madre bajo los preceptos del patriarcado.

La maternidad es un terreno en disputa. Si tomamos el principio feminista de que lo personal es político, el objetivo consiste en politizar la maternidad en sentido emancipador. No se trata de idealizarla ni de tener una visión romántica, sino de reconocer su papel fundamental en la reproducción social y otorgarle el valor que le corresponde. Ya va siendo hora de que nos dotemos de nuevos códigos. Hay que liberar la maternidad del patriarcado. Las mujeres conquistamos el derecho a no ser madres, a acabar con la maternidad como destino: ahora el desafío reside en poder decidir cómo queremos vivir esta experiencia.

Las madres hemos sido consideradas históricamente objetos, no individuos autónomos. Vernos como sujetos independientes, con necesidades propias, ha sido el reto de la reflexión feminista sobre la maternidad.[258] Pero ¿qué es una maternidad feminista? Hay académicas que consideran que una mamá feminista es aquella que cuestiona los mitos de la maternidad, defiende su derecho al empleo, educa a los pequeños de manera no sexista, comparte una organización familiar no patriarcal y es activa políticamente.[259] Otras la definen como una mamá que desafía el *statu quo*, que no quiere que sus criaturas reproduzcan los roles tradicionales de género.[260] Para otras, la maternidad feminista consiste en deconstruir y acabar con el relato patriarcal de la maternidad y hacer posible un espacio donde se articulen contranarrativas.[261]

Para mí, una mamá feminista es una mamá desobediente, insumisa, rebelde, una mamá que no es objeto pasivo, sino sujeto activo, que se rebela tanto contra la maternidad patriarcal como contra la maternidad neoliberal, pero no renuncia a vivir la experiencia materna. Se trata, en palabras de Adrienne Rich, de una maternidad «fuera de la ley de la institución de la maternidad», [262] lo que implica una confrontación constante con las normas sociales establecidas.

Una nueva generación de mujeres y madres, seguramente más libres de prejuicios que las anteriores, reivindicamos la visibilidad y el reconocimiento de un trabajo que han venido realizando las mujeres desde antaño. No consiste en una nueva ofensiva del patriarcado, como algunas feministas han señalado, sino la toma de conciencia de cómo unas prácticas tan relevantes para las sociedades humanas, como gestar, parir, lactar y criar, han sido relegadas a los márgenes, y la necesidad de valorarlas y visibilizarlas pública y políticamente, y de reivindicar que se trata de una responsabilidad colectiva en el marco de un proyecto social emancipador.

Un feminismo y una maternidad del 99 %

El feminismo del 99 %, como se ha llamado al nuevo feminismo que impugna a la vez patriarcado y capitalismo, no concibe la lucha feminista solo como una guerra cultural entre valores conservadores y progresistas.[263] Para el feminismo del 99 %, la batalla por la igualdad es indisociable de un cambio estructural de modelo económico y relaciones sociales.[264] En este sentido, se opone al feminismo liberal o progresista, afín al Partido Demócrata en Estados Unidos o a los partidos socialdemócratas en Europa, que plantea acabar con las desigualdades de género sin tener en cuenta las desigualdades de clase, lo que implica más libertad e igualdad solo para unas pocas mujeres, dejando fuera a la gran mayoría.

El feminismo del 99 % tiene el reto de incluir la maternidad entre sus reflexiones programáticas y preocupaciones estratégicas. La maternidad no puede seguir siendo un tema incómodo para el feminismo. Al contrario, este debe darle el lugar que merece en el seno de la lucha por la emancipación de las mujeres; no mistificarla, sino asumir que es una parte fundamental de la

identidad femenina, a la vez que las mujeres somos mucho más que madres.

Al feminismo emergente del 99 % le corresponde una maternidad del 99 %, una maternidad popular, trabajadora, mestiza, no limitada a determinadas opciones sexuales ni a mujeres de clase media, blancas y con formación elevada. La maternidad del 99 % es mucho más que una guerra cultural, e implica otro modelo de organización social, mercado de trabajo, estructura familiar y servicios públicos, es decir, un mecanismo alternativo de reproducción social. Necesitamos un feminismo del 99 %, una maternidad del 99 % y un régimen de cuidados[265] del 99 %.

El activismo maternal feminista, por su parte, tiene en el nuevo feminismo un aliado preferente, y el desafío de sumarse a este empuje movilizador, que tuvo su máxima expresión en la huelga de mujeres del 8 de marzo de 2018. Necesitamos una maternidad feminista y un feminismo que incorpore la maternidad.

Matriactivistas

A lo largo de la historia, el activismo maternal ha tenido muchas facetas, madres que han luchado para recuperar a sus criaturas desaparecidas, exigir comida en tiempos de guerra, reivindicar escuelas dignas. Las mujeres hemos protagonizado un sinfín de luchas en cuanto que madres. Una de las más conmovedoras tal vez fuera la de las mujeres esclavas en los siglos XVIII y XIX en Estados Unidos, quienes eran obligadas a tener descendencia con el único fin de proporcionar esclavos. Muchas se negaron, sabiendo del destino que esperaba a sus pequeños, y utilizaron plantas medicinales para reducir su fertilidad.[266] Un activismo maternal para evitar ser madres que quedó reflejado en las páginas de la novela *Beloved* de Toni Morrison, que narra la historia de una esclava fugitiva, Sethe, que prefirió acabar con la vida de su hija antes que la pudiesen capturar y esclavizar.[267]

El activismo de las madres de hoy entronca con todas estas luchas, pero tiene como especificidad que el campo en disputa es la maternidad. El sistema actual vulnera una serie de derechos que como madres deberíamos tener garantizados: el derecho a un embarazo y un parto respetado, a dar el pecho donde haga falta, a tener acceso a prestaciones maternas suficientes para asegurar una crianza digna. Cada vez son más las mujeres que toman conciencia de esta realidad y lo denuncian. Es lo que la activista Jesusa Ricoy ha llamado «matriactivismo».[268]

La lucha contra la violencia obstétrica, la violencia ejercida contra las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio por parte de los profesionales sanitarios, es uno de estos campos de batalla. Asociaciones como El Parto Es Nuestro, en el conjunto del Estado español, o Dona Llum, en Cataluña, entre otras, han abierto el camino con un trabajo imprescindible. Un activismo maternal que ha permitido dar voz a mujeres que han sufrido esta situación de abuso, amplificar el debate público y conseguir cambios en la atención al parto en los centros hospitalarios. Avances que se dan lentamente, ya que, a pesar de haber conseguido modificaciones importantes en los protocolos, las inercias profesionales son difíciles de cambiar.[269]

La reivindicación de la lactancia materna a demanda, en cualquier momento y lugar, la apuesta por modelos de crianza alternativos al dominante, no autoritarios y respetuosos, la exigencia de permisos maternos más extensos que permitan hacer compatible una crianza digna con el empleo o la reivindicación de mejores servicios públicos son otros de los ámbitos donde las madres se movilizan. Nos encontramos ante maternidades politizadas, cuyas demandas chocan frontalmente con la lógica mercantil del capital y el sometimiento que impone el patriarcado.

Una maternidad alternativa no significa una simple *lifestyle politics*, otro estilo de vida y de maternidad solo accesible a clases medias y altas, sino que implica poner de relieve los vínculos

estrechos entre neoliberalismo y maternidad, de cómo el primero dificulta la experiencia materna. Se trata de luchar para conseguir cambios en el mercado de trabajo, los servicios públicos, la institución familiar..., en definitiva, en el modelo de reproducción social. Otra maternidad requiere otro tipo de sociedad.

Sororidad en red

A pesar del auge de los expertos, buscar consejo y ser escuchada por otras madres continúa siendo, en pleno siglo XXI, algo tan importante como lo era antaño. Internet y las redes sociales han sido un terreno fértil para tejer solidaridades en una sociedad individualista donde cada vez nos encontramos más aislados y con menos marcos comunitarios. El tantas veces citado, y tan acertado, refrán africano que dice que para criar hace falta una tribu entera, se materializa ahora en la nube digital. Lo vemos en múltiples foros de debate, páginas de Facebook, blogs, grupos de WhatsApp... que funcionan como espacios de apoyo para las madres, y también para algunos padres.

Una tendencia que ha ido a más en los últimos años. Un ejemplo lo tenemos con la proliferación de una nutrida blogosfera maternal. Las comunidades que albergan páginas web dedicadas al tema han crecido de manera exponencial. Una muestra es Madresfera que contabiliza actualmente más de 4.300 sitios, cuando en 2011, año de su fundación, apenas sumaba una veintena. Todo un síntoma del interés creciente y la necesidad que tantas madres tienen de compartir su experiencia, y la visibilidad que las redes han dado a una serie de temáticas que hasta hace poco quedaban encerradas en la intimidad del hogar.

Desde que se busca el embarazo, pasando por el parto, hasta bien entrada la crianza, son muchas las mujeres que quieren dar a conocer su proceso vital. Algunas se animan a escribir un blog personal, otras se suscriben a un foro, siguen una página de Facebook o se juntan en una lista de Twitter. Hay experiencias anónimas y otras con nombres y apellidos. Se trata, en definitiva, de intercambiar opiniones, buscar consejo, encontrar apoyo o superar la soledad que significa criar en una sociedad como la actual. Temas que hasta hace poco podían ser considerados tabú, como la dificultad para quedarse embarazada, la adopción, empezar un tratamiento de reproducción asistida o vivir una pérdida gestacional, encuentran su espacio en la red, donde el anonimato puede ser de gran ayuda. Lo que empieza como una experiencia vital que se comparte con un grupo de extraños poco a poco va dando paso a la configuración de una comunidad, con la que puede trabarse una larga relación virtual o incluso una amistad fuera de la pantalla.

Sin embargo, los relatos tienden a ser de naturaleza distinta en función de la red social. Mientras Instagram o Pinterest contribuyen, en general, a crear una imagen edulcorada de la maternidad — con retratos fragmentados e idílicos de las criaturas recién nacidas—, otros instrumentos, como los blogs, ofrecen una mirada más personal y realista. Lo vemos en narraciones sobre el parto y el posparto, que dan una información que contrasta con la aséptica explicación médica habitual. Muchos de estos relatos sirven para denunciar el abuso y la violencia obstétrica sufrida, el dolor tras una pérdida gestacional, los miedos que nos asaltan en el puerperio..., crónicas que permiten curar heridas e informar a otras mamás. Las redes han contribuido a cotidianizar la maternidad, mostrando una realidad que no tiene nada que ver con los reportajes edulcorados de embarazos y pospartos de famosas, que hasta hace relativamente poco eran el único referente publicado.[\[270\]](#)

Más allá de la red, hay también espacios de encuentro presenciales donde se materializa la sororidad. Se trata de grupos de apoyo a la lactancia materna, colectivos de crianza compartida, grupos de posparto, asociaciones de apoyo a la muerte perinatal y neonatal... Hay espacios

centrados en el activismo maternal, otros en la autoayuda o que son una mezcla de ambos. Algunos son impulsados por la Administración pública, los hay creados al amparo de asociaciones y cooperativas y otros que se basan en la autoorganización. La diversidad es la norma. Todos ellos son instrumentos y espacios, ya sean digitales o analógicos, que dan voz y visibilidad a las madres, a su experiencia, y representan una forma de empoderamiento individual y colectivo. De este modo, se recupera la autoestima personal, así como la estima social negada.[271]

¿Qué pasa con los padres?

Las transformaciones de la maternidad, tanto a nivel social como subjetivo, tienen su correlato en la paternidad. En el marco de los sistemas tradicionales de parentesco, la figura del padre se ha entendido en relación con la madre,[272] pero ambas funciones han sido a lo largo de la historia concebidas social y culturalmente de manera asimétrica. Mientras que el rol paterno se ha elevado a categoría de principio espiritual, confiriendo al hombre potestad absoluta sobre sus descendientes, el rol materno se ha naturalizado.

«No recuerdo dónde estaba mi padre entonces. Siempre en algún lugar, pero aquel lugar no era nunca con nosotros. O llegaba muy tarde o no venía [...]. En mi imaginación, papá hace unos diez años que corre sin descansar, siempre con la misma expresión y la misma postura». Esta es la figura del padre desaparecido, una constante en los cuentos de Kim Ae-ran en *¡Corre, papá, corre!* [273] Una ausencia paterna que a menudo se da también en la vida real, en contraposición con la omnipresencia de la madre.

Sin embargo, la práctica maternal, como muchas feministas reivindican, debería ser ejercida no solo por las mujeres, sino también por los hombres, dejando de ser una tarea propia del género femenino. Esto significa maternizar la paternidad. Hay que «subvertir la actual división sexista del trabajo y reducir la importancia del género como principio estructural de la organización social», [274] con la consiguiente corresponsabilización en el cuidado de las criaturas.

Esto no quiere decir que padres y madres debamos, o podamos, hacer exactamente lo mismo en todos los estadios de la crianza. En el caso de la maternidad biológica, en la fase de exergestación —los nueve meses siguientes al parto— las tareas de la madre y las del padre no son iguales.[275] Lo vemos, en particular, en la lactancia materna y el «piel con piel» tras dar a luz, cuando el papel de la madre es fundamental. Pero esto no significa que la crianza inicial sea cosa exclusiva de la mujer. El padre puede estar también en contacto físico con el bebé los primeros días después del parto; de hecho, es importante que así sea, y que participe en otras facetas de la crianza y del trabajo reproductivo. La maternidad también es un deber de los papás.

[197] Marrades, A. I., *op. cit.*, 2002.

[198] Forna, A., *op. cit.*, 1998.

[199] De Beauvoir, S., *El segundo sexo. Vol. I y II*, Madrid: Ediciones Cátedra e Instituto de la Mujer, 2018 (1949), p. 341.

[200] *Ibid.*, p. 595.

[201] *Ibid.*, p. 624.

[202] Puleo, A., «Perfiles filosóficos de la maternidad», en De la Concha, A. y R. Osborne (coords.), *Las mujeres y los niños primero*, Barcelona: Icaria Editorial, 2004, pp. 23-42; Zerilli, L. M. G., «Un proceso sin sujeto: Simone de Beauvoir y Julia Kristeva, sobre la maternidad», en Tubert, S. (ed.), *Figuras de la madre*, Madrid: Ediciones Cátedra, 1996, pp. 155-188.

[203] Friedan, B., *La mística de la feminidad*, Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de València e Instituto de la

- Mujer, 2009 (1963).
- [204] Suárez, C., *op. cit.*, 2009.
- [205] Coontz, S., *A Strange Stirring: The Feminine Mystique and American Women at the Dawn of the 1960s*, Nueva York: Basic Books, 2011.
- [206] Collins, P. H., «Shifting the Center: Race, Class, and Feminist Theorizing and Motherhood», en Glenn, E. N., G. Chang y L. Forcey, *Mothering: Ideology, Experience and Agency*, Nueva York: Routledge, 1994, pp. 45-65.
- [207] Collins, P. H., *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, Nueva York: Routledge, 2000 (1990).
- [208] Hooks, B., *Feminist Theory: From Margin to Center*, Boston: South End Press, 1984.
- [209] Bassin, D., M. Honey y M. M. Kaplan, *op. cit.*, 1994.
- [210] Firestone, S., *La dialéctica del sexo*, Barcelona: Editorial Kairós, 1976 (1970), pp. 21 y 248.
- [211] Piercy, M., *Woman on the Edge of Time*, Nueva York: Alfred A. Knopf, 1976.
- [212] Umansky, L., *Motherhood Reconceived. Feminism and the Legacies of the Sixties*, Nueva York: New York University Press, 1996.
- [213] Rich, A., *op. cit.*, 1978 (1976), pp. 70 y 274.
- [214] *Ibid.*, p. 42.
- [215] Dinnerstein, D., *The Mermaid and the Minotaur: Sexual Arrangements and Human Malaise*, Nueva York: Harper Perennial, 1991 (1976).
- [216] Chodorow, N., *El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Barcelona: Gedisa, 1984 (1978).
- [217] Ruddick, S., *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*, Nueva York: Beacon Press, 1989.
- [218] Muraro, L., *El orden simbólico de la madre*, Madrid: Editorial Horas y Horas, 1994 (1991).
- [219] Puleo, A., *op. cit.*, 2004.
- [220] Mies, M. y V. Shiva, *Ecofeminismo: teoría, crítica y perspectivas*, Barcelona: Icaria Editorial, 1997.
- [221] Triana, D. P., «Éticas ecofeministas: la comunidad de la vida», *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana* 37 (116), 2016, pp. 117-131.
- [222] Puleo, A., «Del ecofeminismo clásico al deconstructivo: principales corrientes de un pensamiento poco conocido», en Amorós, C. y A. de Miguel (eds.), *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. De los debates sobre el género al multiculturalismo*, vol. 3, Madrid: Minerva Ediciones, 2005, pp. 121-152.
- [223] El Saadawi, N., «Las mujeres son esclavas de la maternidad», entrevista realizada por Ima Sanchís, *La Vanguardia*, 24 de marzo de 2017.
- [224] Tubert, S., «La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas», en De la Concha, A. y R. Osborne (coords.), *Las mujeres y los niños primero*, Barcelona: Icaria Editorial, 2004, pp. 111-138.
- [225] Sau, V., «Del vacío de la maternidad, la igualdad y la diferencia», *Hojas de Warmi* 9, 1998, pp. 64 y 63; Sau, V., *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*, Barcelona: Icaria Editorial, 2004.
- [226] Rich, A., *op. cit.*, 1978 (1976), pp. 232 y 233.
- [227] Barraza, V., *(In)subordinadas. Raza, clase y filiación en la narrativa de mujeres latinoamericanas*, Santiago de Chile: RiL Editores, 2014.
- [228] Rye, G., «Narratives of Mothering: Women's Writing in Contemporary France», *French Studies* 64 (4), 2009, pp. 510-511.
- [229] Durán, M. Á., *Contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*, Madrid: Instituto de la Mujer, 2000; Pérez Orozco, A., «La economía: de icebergs, trabajos e (in)visibilidades», en Legarreta, M., A. Débora y A. Pérez Orozco (coords.), *Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista: producción, reproducción, deseo, consumo*, Madrid: Tierradenadie Ediciones, 2006, pp. 233-253.
- [230] Durán, M. Á., *El trabajo no remunerado en la economía global*, Bilbao: Fundación BBVA, 2012.
- [231] *Ibid.*
- [232] Comas, D., «La crisis de los cuidados: ¿la "otra" crisis?», *Eldiario.es*, 9 de abril de 2014. Disponible en: http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/crisis-cuidados_0_247775381.html; León, C., *op. cit.*, 1 de enero de 2018.
- [233] Fraser, N., «Crisis of Care? On the Social Reproductive Contradictions of Contemporary Capitalism», en Bhattacharya, T. (ed.), *Social Reproduction Theory*. Londres: Pluto Press, 2017, pp. 21-36.
- [234] Bhattacharya, T., «Introduction: Mapping Social Reproduction Theory», en Bhattacharya, T. (ed.), *Social Reproduction Theory*, Londres: Pluto Press, 2017, pp. 1-20; Arruzza, C. y L. Cirillo, *Dos siglos de feminismo*,

Barcelona: Sylone Editorial, 2018.

- [235] Aler, I., «Cuerpos sin o contra el tiempo: extrañamiento y entrañabilidad en los cuidados de las madres trabajadoras», ponencia presentada en el XI Congreso Español de Sociología, Madrid, 2013.
- [236] Caporale, S., «Introducción», en Caporale, S. (coord.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*, Madrid: Entinema, 2004.
- [237] Merino, P., *op. cit.*, 2017.
- [238] León, C., *op. cit.*, 1 de enero de 2018.
- [239] Fraser, N., «How feminism became capitalism's handmaiden-and how to reclaim it», *The Guardian*, 14 de octubre de 2013.
- [240] Merino, P., *op. cit.*, 2017.
- [241] Del Olmo, C., *op. cit.*, 2014.
- [242] Pérez Orozco, A., *Subversión feminista de la economía*, Madrid: Traficantes de Sueños, 2014.
- [243] Ezquerro, S., «De la economía feminista a la democratización de los cuidados», *Viento Sur* 156, 2018, pp. 39-47.
- [244] Fraser, N., *Fortunas del feminismo*, Madrid: Traficantes de Sueños, 2015.
- [245] León, C., *Trincheras permanentes. Intersecciones entre política y cuidados*, Logroño: Pepitas de Calabaza, 2017.
- [246] Kinsler, A. E., *Motherhood and Feminism*, Berkeley, California: Seal Press, 2010.
- [247] Badinter, E., *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*, Madrid: Esfera de los Libros, 2011.
- [248] *Ibid.*, p. 207.
- [249] Gimeno, B., *La lactancia materna. Política e identidad*, Madrid: Ediciones Cátedra, 2018.
- [250] Del Olmo, C., *op. cit.*, 2014.
- [251] *Ibid.*, p. 193.
- [252] Ausona, M., *op. cit.*, 2015.
- [253] *Ibid.*, p. 353.
- [254] Olza, I., *Parir. El poder del parto*, Barcelona: Ediciones B, 2017; Paricio, J. M., «Aspectos históricos de la alimentación al seno materno», en Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *Lactancia Materna: guía para profesionales*, Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2004, pp. 7-26.
- [255] Merino, P., *op. cit.*, 2017.
- [256] Tubert, S. (ed.), *op. cit.*, 1996, p. 11.
- [257] Rich, A., *op. cit.*, 1978 (1976).
- [258] Bassin, D., M. Honey y M. M. Kaplan, *op. cit.*, 1994.
- [259] Gordon, T., *Feminist Mothers*, Nueva York: New York University Press, 1990.
- [260] Reddy, M. T., M. Roth y A. Sheldon, «What is "Feminist Mothering"», en Reddy, M. T., M. Roth y A. Sheldon (eds.), *Mother Journeys: Feminists Write about Mothering*, Minneapolis: Spinster Ink, 1994, pp. 1-6.
- [261] O'Reilly, A., «"We were conspirators, outlaws from the institution of motherhood": Mothering against motherhood and the possibility of empowered maternity for mothers and their children», en O'Reilly, A. (coord.), *Mother Outlaws. Theories and Practices of Empowered Mothering*, Toronto: Canadian Scholars, 2004, pp. 95-104.
- [262] Rich, A., *op. cit.*, 1978 (1976), p. 193.
- [263] Hunter, J. D., *Culture Wars: The Struggle to Define America. Making Sense of the Battles over the Family, Art, Education, Law, and Politics*, Nueva York: Basic Books, 1991.
- [264] Arruzza, C., «El feminismo del 99% es la alternativa anticapitalista al feminismo liberal», entrevista realizada por Josefina L. Martínez, *Ctxt.es*, 15 de agosto de 2018. Disponible en: <http://ctxt.es/es/20180815/Politica/21197/Cinzia-Arruzzo-feminismo-intelectual-99-anticapitalismo-Josefina-L-Martinez.htm>.
- [265] Bettio, F. y J. Plantenga, «Comparing Care Regimes in Europe», *Feminist Economics* 10 (1), 2004, pp. 85-113.
- [266] Blum, E., «Power, Danger, and Control: Slave Women's Perceptions of Wilderness in the Nineteenth Century», *Women's Studies* 31 (2), 2002, pp. 247-265.
- [267] Morrison, T., *Beloved*, Barcelona: Ediciones B, 2004 (1987).
- [268] Ricoy, J., *Cómo surge el matriactivismo y por qué*, vídeo, 2018. Disponible en:

<https://thefeministcoach.teachable.com/courses/charla-monografica-que-es-el-matriactivismo/lectures/4365128>

- [269] Villarrea, S., I. Olza y A. Recio, «El parto es nuestro. El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España», *Dilemata* 18, 2015, pp. 157-183.
- [270] Visa, M. y C. Crespo, *Madres en red. Del lavadero a la blogosfera*, Madrid: Clave Intelectual, 2014.
- [271] Aler, I., *op. cit.*, 2012.
- [272] Tubert, S., «Introducción», en Tubert, S. (ed.), *Figuras del padre*, Madrid: Ediciones Cátedra, 1997, pp. 7-27.
- [273] Ae-ran, K., *¡Corre, papá, corre!*, Barcelona: Godall Edicions, 2018, pp. 7-8.
- [274] Fraser, N., *op. cit.*, 2015, p. 43.
- [275] Merino, P., *op. cit.*, 2017.

PARTE II

**Mi parto
es mío**

Antes de quedarme embarazada, nunca me había planteado cómo daría a luz si se daba el caso. A menudo, como mujeres, pensamos en si queremos o no tener criaturas, qué implicaciones tendrá, de qué modo haremos compatible la maternidad con la vida personal y profesional. Como feministas, reivindicamos el imprescindible derecho a decidir sobre nuestros cuerpos, al aborto, a la conciliación, a repartir el trabajo de cuidados, a la igualdad. Sin embargo, hay un derecho que se nos pasa por alto exigir: cómo queremos parir.

Parece que el parto es un mero trámite. Antes y después del mismo, levantamos la voz para reivindicar nuestros derechos como mujeres, pero los ignoramos a la hora de dar a luz. No obstante, parir no es solo algo inevitable al estar embarazada, sino un momento decisivo en nuestras vidas y la de aquellos que van a nacer. De ahí que una vez que supe que iba a tener un hijo y que empecé a plantearme cómo quería parirlo, me sorprendió cuán olvidado tenemos este acontecimiento, qué poca importancia le damos tanto en lo personal como en lo colectivo. El debate sobre el parto respetado es ese gran ausente.

Nos han robado el parto

Hablar de la experiencia del parto, con amigas y conocidas, significa a menudo hablar de dolor, angustia, miedo e impotencia, y no por el parto en sí, sino por el trato recibido y las intervenciones médicas evitables. Cesáreas innecesarias, trato irrespetuoso, episiotomías prescindibles, separación injustificada de madre y bebé nada más nacer, falta de información sobre los procedimientos, rotura eludible de la bolsa de aguas, partos inducidos arbitrariamente... son algunas de las prácticas vividas. Todas ellas se justifican facultativamente con un «era necesario para el bebé» o «no había otra opción». ¿Seguro? A las madres nos fuerzan a creerlo, y no son pocas las que después de la angustia afirman que «al final todo se olvida». Pero ¿cómo tiene que haber sufrido una mujer para querer olvidar el parto de su criatura?

Las madres no contamos. ¿A cuántas nos han robado el parto, la capacidad de decidir en un momento tan importante de nuestras vidas? Nos han dicho que un parto hoy es un parto controlado, donde no es necesario preocuparse por nada, siempre y cuando lo dejemos todo en manos de los profesionales. Si no lo hacemos, puede ser peligroso para nosotras y el bebé. Tenemos que aceptar las reglas del juego y así acabaremos con una bonita criatura en nuestros brazos. Se nos hace creer que no estamos preparadas para dar a luz, que no podemos, que no sabemos. La actitud paternalista en muchos casos nos inhibe como parturientas, y la estrategia del miedo hace mella. Una cara más del control patriarcal.

Como mujeres, tenemos poco conocimiento de nuestra sexualidad, genitales, ciclo menstrual..., lo que nos convierte en carne de cañón de todo tipo de violencias. No comprender nuestro cuerpo perpetúa su cosificación y facilita que se establezcan falsos mitos. La educación en la consciencia corporal es clave para poder vivir plenamente y disfrutar la experiencia del parto, el cual forma parte de nuestra vida sexual.[\[276\]](#)

«Nosotras parimos, nosotras decidimos», dice la consigna feminista; pero en realidad no es así. La capacidad de decidir de las mujeres a la hora de dar a luz se queda a menudo en la puerta de entrada de los hospitales. De ser protagonistas, pasamos a ser meras espectadoras de un parto donde otros toman las decisiones. Los deseos, las necesidades y las expectativas que tenemos no cuentan, molestan e incluso a veces ni siquiera nos las planteamos, porque nadie nos ha preguntado. Demasiados partos son vividos de forma traumática.

Cosa de mujeres

La asistencia al parto históricamente ha estado en manos de las mujeres, desde la antigüedad hasta no hace tantos años. Se consideraba que la menstruación y el alumbramiento hacían a la mujer impura y que quienes la ayudaban a parir resultaban contaminados. Así, únicamente otras mujeres

asistían a la parturienta, en una sociedad que menospreciaba sus cuerpos. Ya lo apuntaban los textos bíblicos: «Cuando una mujer conciba y dé a luz un niño, quedará impura durante siete días, como lo es en el tiempo de su menstruación [...]. La madre deberá permanecer treinta y tres días más purificándose de su flujo de sangre. No tocará ninguna cosa santa, ni irá al santuario hasta que termine su periodo de purificación». ¿Y si pariera a una niña? Todo sería aún peor: «Si da a luz una niña, la madre quedará impura durante dos semanas, como lo es en el tiempo de su menstruación, y permanecerá sesenta y seis días más purificándose de su flujo de sangre».[277] La sombra del patriarcado es alargada.

En la Antigüedad clásica, las comadronas contaban con un estatus y un reconocimiento social elevados, al ser las únicas autorizadas a realizar una exploración ginecológica, y en consecuencia tener el control exclusivo del embarazo y el parto. A lo largo de la Edad Media, las cosas empezaron a cambiar, y en la medida en que la Iglesia extendió su influencia en el campo de la salud, en un contexto de pugna por hacerse con su control, el desprestigio de las comadronas fue un objetivo en sí. No se las consideraba profesionales —a pesar de los conocimientos que tenían sobre plantas medicinales y remedios varios—, porque muchas eran prácticamente analfabetas. Su trabajo casi nunca era remunerado, en particular en el ámbito rural, y se pensaba que por su experiencia tenían el deber de atender a las mujeres de su comunidad sin esperar nada a cambio. La mayoría tenían un origen social modesto, excepto las que atendían a la nobleza.[278]

La caza de brujas, entre los siglos XV y XVII, persiguió también a las comadronas. Muchas fueron quemadas en la hoguera, en un periodo donde el conocimiento estaba vetado a las mujeres. El saber de las matronas era percibido como una amenaza. Se buscaba expulsarlas de la práctica sanitaria y acabar con el peso tan importante que tenían sobre la reproducción de la vida,[279] pero la decencia y el pudor de la época dificultaban la realización de exploraciones ginecológicas satisfactorias por parte de los hombres, lo que les permitió, pese a la persecución, mantener su trabajo.

A finales del siglo XV en la Península Ibérica, las dificultades para ejercer de comadrona fueron en aumento. La Iglesia, con el objetivo de controlarlas, creó un registro de licencias, y la mujer que quisiera ejercer como tal tenía que jurar fidelidad a la religión católica y propagar la tradición, por ejemplo, bautizando al bebé nada más nacer. Toda matrona tenía que demostrar honradez y devoción según los cánones del catolicismo. El poder eclesiástico y secular, a través de las instituciones que regulaban el ejercicio médico, empezó a supervisar sus prácticas, distinguiendo entre aquellas que, según la autoridad, ejercían la medicina legal o las que lo hacían ilegalmente. Tras este control, residía la voluntad de arrinconar su trabajo y dejarlas al margen de lo que eran las profesiones oficiales.[280] Sin embargo, la gente de a pie siguió solicitando sus servicios.

Cuando los hombres se apoderaron del parto

En Europa, a partir del siglo XVII, en la medida en que el control de la natalidad se convirtió en una cuestión de Estado, los hombres empezaron a atender los partos, en particular aquellos que requerían de una intervención quirúrgica. Según los tratados médicos de la época, el cuerpo materno era considerado un ente dinámico, con fronteras inestables, que podía ser uno y dos a la vez, con capacidad para dar a luz y amamantar. Desde una perspectiva patriarcal, esto era visto como una amenaza, frente a un cuerpo masculino delimitado y unificado.[281] Hay que tener en cuenta que la institución médica formaba parte de los mecanismos con los que contaba el Estado para controlar la sociedad y mantener la fuerza de producción.[282] En consecuencia, el dominio

sobre las mujeres y sus cuerpos gestantes era un fin, costase lo que costase.

Los inicios de la obstetricia no están exentos de polémica, y dos de sus padres, William Hunter y William Smellie, han sido acusados retrospectivamente de ordenar asesinar a mujeres embarazadas o que acababan de dar a luz, a mediados del siglo XVIII, en beneficio de sus estudios, para dibujar los atlas que publicaban, con láminas y diagramas, sobre el embarazo y el parto.[\[283\]](#) Una muestra más de la violencia ejercida sobre nuestros cuerpos y silenciada, en este caso, en nombre de la ciencia.

A pesar de que el saber médico apelaba al conocimiento científico, en realidad partía de unas bases empíricas muy escasas, enmarcadas en los límites que fijaba la Iglesia, y con una influencia significativa de la superstición. El acceso a los estudios de medicina estaba restringido a los hombres de clase alta. Se trataba de una formación eminentemente teórica sin ningún tipo de ejercicio práctico. Las matronas en cambio acumulaban años de experiencia en la atención al parto, que transmitían de generación en generación un conocimiento que se menospreciaba.[\[284\]](#)

El papel predominante de los médicos en el parto tuvo un impacto directo en cómo las mujeres alumbraban. En el pasado, como muestran innumerables grabados y obras artísticas del antiguo Egipto, la antigua Roma, las culturas precolombinas, la Edad Media..., se paría en posición vertical. Del parto vertical —ya fuese en cuclillas, en una silla de parto o de pie— se pasó a dar a luz en decúbito supino, es decir, tumbada en horizontal y boca arriba. Una postura establecida en función de las necesidades del médico y no de la mujer. El obstetra François Mauriceau, en el siglo XVII, fue el ideólogo de este método, que fue extendiéndose de manera gradual.

La medicalización del parto repercutió negativamente en la mortalidad materno infantil. Los médicos desconocían las técnicas de esterilización e higiene básica, con lo que el uso de instrumental transmitía los gérmenes de una mujer a otra, provocando un aumento de la mortalidad de madres y recién nacidos.[\[285\]](#) La aparición del fórceps en el siglo XVII, como instrumento obstétrico para la extracción fetal, jugó un papel decisivo en el asentamiento de la autoridad de los cirujanos, ya que solo ellos podían hacer uso del mismo.[\[286\]](#)

En Madrid, a principios del siglo XVIII ya era considerado normal que un hombre atendiese un parto. Su papel, cada vez más preponderante, implicó la introducción de nuevos métodos para acortar el proceso del alumbramiento, con sustancias farmacológicas, que aumentaban el dolor de la mujer debido a las fuertes contracciones que provocaban, o mediante el uso de instrumentos obstétricos más sofisticados, ya que los médicos no querían dedicar tanto tiempo a cada parto.

La utilización de este instrumental, como el fórceps, fue duramente criticado por algunos profesionales que lo veían como innecesario. A pesar de las críticas, su uso se acabó imponiendo e implicó la consolidación de la autoridad de los varones supeditando el ejercicio de las comadronas, quienes no podían emplear estos materiales quirúrgicos.[\[287\]](#) El cirujano obstetra era considerado el único capaz de resolver las complicaciones de un parto, relegando a las parteras a un estatus inferior. Se fueron definiendo así los límites de la práctica de unos y otros, estableciéndose una jerarquía que perdura hasta la actualidad.

A pesar de los intentos por subestimar el trabajo de las comadronas, estas fueron capaces de mantener su espacio. La actividad de los cirujanos y médicos se centró sobre todo en las ciudades, y solo era accesible a las clases sociales que se lo podían permitir. La mayoría de la población vivía en núcleos rurales, aldeas o casas aisladas adonde no llegaba el cirujano, y el trabajo de las matronas y otras mujeres con experiencia en el parto resultaba imprescindible. Los médicos que atendían el parto en los hospitales representaban la autoridad científica, el dominio quirúrgico, mientras que las matronas siguieron en el espacio doméstico atendiendo los partos normales.[\[288\]](#) En la medida en que la atención al parto estuvo circunscrita al hogar no fue una tarea valorada

social ni económicamente. Al trascender, en cambio, a la esfera pública, en los centros hospitalarios, dicho trabajo incrementó su prestigio y empezó a ser reconocido como tal, despertando aún un mayor interés entre los varones.

La medicina moderna siempre ha visto el parto como una patología. De hecho, lo que diferencia la obstetricia respecto a otras especialidades médicas es que trata con mujeres sanas, pero lo hace como si estuviesen enfermas.[289] La medicalización del parto fue resultado de una pugna por el control del cuerpo femenino y la desconfianza de los hombres en nuestra capacidad de parir. Se quería convertir en predecible un proceso que se creía erróneamente que no lo era. La sociedad tiene miedo a una naturaleza fuera de control.[290] El triunfo del parto tecnocrático significó la expropiación del cuerpo de las mujeres, así como la institucionalización de una forma de parir basada en el convencimiento de que no éramos capaces de hacerlo.

Hegemonía médica

Ya entrados en el siglo XX, la hegemonía de la institución médica se consolidó en el ámbito de la salud. A partir de los años setenta, la asistencia al parto se desplazó casi por completo a los hospitales, lo que significó el fin del parto domiciliario con el acompañamiento de una comadrona. La subordinación de las matronas a la autoridad médica tuvo consecuencias en la autonomía de las parturientas, restándoles libertad y capacidad de decisión a la hora de parir.[291]

En la medida en que el parto pasó del ámbito privado al público, lo que había sido una experiencia personal e íntima se convirtió en un proceso industrializado, en búsqueda de la máxima eficiencia. En los hospitales, la mujer que da a luz debe estar tumbada, inmóvil, sujeta a máquinas y rodeada de extraños que inspeccionan constantemente sus zonas íntimas. La cultura tecnocrática brutalizó el parto, convirtiéndolo a menudo en un acto de violencia.[292]

Los avances médicos obviamente han conseguido mejoras significativas en la atención al embarazo y el parto, y han permitido reducir de manera drástica la mortalidad materna y neonatal. Pero estas cifras continúan siendo altas, ya que, con datos de 2015, mueren cada día en el mundo 830 mujeres por complicaciones, la mayoría evitables, relacionadas con el embarazo o el alumbramiento, en particular en los países del sur. Asimismo, la tasa media de mortalidad neonatal es de 27 muertes por cada mil nacimientos en los países de ingresos bajos, frente a 3 muertes por cada mil en los de ingresos altos, en 2017.[293] Prevenir dichas muertes, como se ha venido haciendo, debería ser compatible con un parto respetado.

El problema radica en que actualmente se aplican de manera rutinaria una serie de procedimientos previstos para momentos excepcionales. Una muestra es la realización por sistema de episiotomías (corte en el periné, entre la vagina y el ano, para ampliar la apertura vaginal), que se ha demostrado que no ayuda a la criatura ni evita los desgarros, pero puede dejar importantes secuelas, como disfunción del esfínter anal, dolores en las relaciones sexuales, incontinencia, dolor crónico.[294] Otro ejemplo son las cesáreas innecesarias. Hay casos en los que estas intervenciones son imprescindibles; el inconveniente se da cuando se realizan por rutina, para agilizar el trabajo médico, sin tener en cuenta las consecuencias nefastas que pueden tener para la salud de la madre y del bebé. Además, cuanto más se interviene en un parto, mayores son las probabilidades de que se tuerza, surjan complicaciones y se tenga que actuar de nuevo. La sobreactuación médica en los partos normales y de bajo riesgo los convierte automáticamente en procesos de alto riesgo.[295]

A demanda de la institución sanitaria, se han impuesto una serie de procedimientos que no

facilitan el dar a luz, sino al contrario. Lo vemos en el caso del parto sin movimiento y en decúbito supino, pues con este método el ginecólogo no tiene que agacharse y consigue un buen acceso al periné, pero el alumbramiento resulta mucho más doloroso para la mujer, avanza más despacio y no ayuda al descenso de la criatura por el canal del parto. En el Estado español, un 93 % de las mujeres que dan a luz en los hospitales lo hacen completamente tumbadas.[296] Otro caso similar es la monitorización fetal electrónica, que aumenta el número de intervenciones sin que suponga un beneficio claro para el bebé.[297]

El parto medicalizado[298] erige su legitimidad en el conocimiento científico, pero algunas autoras lo ponen en cuestión, señalando el carácter sesgado del saber de los expertos, cargado de prejuicios, el cual da la espalda a la experiencia materna.[299] Un ejemplo lo tenemos en cómo se ha aplicado la anestesia en el parto a lo largo de la historia. Desde los inicios de su suministro, a finales del siglo XIX, hasta bien entrados los años sesenta, los médicos pensaban que la fase más dolorosa del parto era el final, cuando las mujeres empujan para que salga el bebé. Era la percepción de un observador externo. Entonces se administraban los anestésicos. En realidad, como han explicado tantas madres a lo largo del tiempo, y como ahora acepta la comunidad científica, la fase con más dolor se da justo antes, en la última parte de la dilatación, en la conocida como etapa de transición, cuando las contracciones son más frecuentes. A las mujeres se nos ha suministrado durante años la anestesia cuando ya no la necesitábamos.[300]

A mi madre le sucedió algo parecido. Me lo cuenta al preguntarle cómo fue su primer parto, es decir, mi nacimiento. Tumbada en la cama del hospital, ya con contracciones muy fuertes y medio sedada, oía a las enfermeras comentar la última hora de la situación política. No en vano era el 18 de noviembre de 1975, cuando todo el mundo estaba pendiente del anuncio inminente de la muerte del dictador Francisco Franco. Ningún fármaco le ahorró el dolor en la fase de dilatación. De hecho, ya estaba empujando cuando le suministraron la anestesia total y la llevaron al quirófano. Así que el único que puede contarme cómo llegué al mundo es mi padre, a quien le dejaron entrar en la sala de operaciones justo cuando yo empezaba a asomar, literalmente, la cabeza. Imagino que se emocionó, porque mi padre es de lágrima fácil. Sin embargo, no me pudo coger, sostener ni abrazar. Tampoco lo echó en falta. Si eras padre, con el protocolo de la época, aún podías dar gracias si te dejaban entrar en el quirófano.

Yo nací y, como tantos otros pequeños de entonces, pasé mis primeros minutos de vida en manos extrañas, siendo pesada, auscultada, supongo que también cogida de los pies y puesta cabeza abajo para ver si lloraba. Lo típico, por desgracia. Mi madre no me conoció hasta un buen rato después de dar a luz, ya en la habitación del hospital. Me cuenta que lo primero que le dijeron al abrir los ojos, medio dormida aún, fue: «Es una niña». Pero no tenía ni fuerzas para verme o cogirme. Mi madre quedó contenta con la asistencia al parto. Era lo que tocaba. Cuatro años más tarde, cuando mi hermano Marc nació, el protocolo fue exactamente el mismo.

Nos timaron

Pero ¿cómo funciona un parto? Un parto no es sino un proceso fisiológico que toda mujer embarazada puede desarrollar con normalidad, en la mayoría de los casos. El Ministerio de Sanidad, en colaboración con organizaciones de profesionales sanitarios y usuarias, definió en 2007 el parto normal, en el marco de la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, como aquel que se desencadena por sí solo entre la semana 37 y 42 de embarazo, evoluciona sin riesgos, el bebé nace espontáneamente de cabeza, concluye con la mamá y el recién nacido en buen estado de salud y no se interviene a no ser que sea necesario.[301] La

mayoría de los partos deberían ser así.

Un parto natural no es sino un parto normal, en el cual no hay intervenciones médicas innecesarias y se respetan los ritmos de la mujer y la criatura. Este puede llevarse a cabo en el hogar, una casa de partos o el hospital, aunque en este último todo el entorno empuja a una mayor intervención médica, que dificulta que se produzca de manera satisfactoria. El parto natural es la antítesis del parto medicalizado hegemónico.

Asociaciones de usuarias reclaman desde hace años lo que se ha venido a llamar «un parto respetado», en el que se acate la fisiología del parto, no se intervenga médicamente salvo que sea imprescindible, se informe a la madre sobre su desarrollo para que pueda tomar las decisiones oportunas y se tengan siempre en cuenta sus necesidades y las del bebé. No es tan importante el sitio en el que se lleve a cabo como la actitud de los profesionales que lo atienden.[302] Un parto respetado puede ser incluso uno en el que haya habido intervención médica, como una cesárea, porque no quedaba otra opción, pero en el que se informa adecuadamente a la mujer de los inconvenientes y los beneficios para que pueda decidir.

Sin embargo, la institución sanitaria trata el alumbramiento como si fuese un proceso patológico, entorpeciendo su normal desarrollo y provocando, en consecuencia, una mayor intervención. El parto tecnocrático[303] se consolidó a lo largo del siglo XX, concibiendo a la embarazada como una paciente, un sujeto vulnerable, cuya opinión no contaba y el feto como un ser atrapado en el cuerpo femenino.[304] El protagonista principal del parto era el médico.

La estandarización del parto hospitalario puede analizarse desde una perspectiva antropológica como un nuevo rito de paso. Tomando la definición del antropólogo Arnold van Gennep en su clásico *Los ritos de paso*, el parto implica una fase de separación (con la llegada de la mujer al hospital, quedando aislada de su entorno), una de transformación (con la consiguiente intervención médica) y otra de agregación (cuando la mujer ya ha dado a luz y se reencuentra con los suyos).[305] La parturienta pasa de mujer a madre a través de un proceso reglado.

La lógica productivista y patriarcal dicta cómo debemos parir. «A las mujeres nos timaron, una vez más, me temo, cuando nos vendieron una falsa liberación obstétrica, una liberación conveniente a todo un sistema patriarcal, un parto controlado sin inconvenientes, sin dolor», afirma Jesusa Ricoy. Y añade: «En realidad en la patologización de nuestros partos se sometió nuestra sexualidad, el conocimiento de nuestros cuerpos [...] y me temo que fue relativamente rápido consiguiendo que en un par de generaciones las mujeres abrazásemos, en un cúmulo de malos entendidos sobre nuestra fisiología, el parto tecnocrático hasta reclamarlo como propio, como si el nuestro nunca hubiese existido».[306]

La medicalización y tecnificación del parto tiene muchos paralelismos con la industrialización de la agricultura y la ganadería.[307] La forma de nacer y la de alimentarse han tenido evoluciones similares. Se abandonó el parto tradicional, así como la agricultura campesina, menospreciándose los saberes de las mujeres, en un caso, y el del campesinado, a menudo femenino, en el otro, en aras de un saber técnico-científico muchas veces inexacto. Unas transformaciones que tuvieron consecuencias nefastas para el nacimiento y la alimentación: se supeditó la vida a la productividad y a la optimización de resultados, acabando con derechos fundamentales, como el derecho a un parto respetado o a una alimentación saludable y sostenible. La manera en que se nace y se come dice mucho de una sociedad. La nuestra se caracteriza por dar la espalda a la naturaleza.

El control de nuestros cuerpos

Cada uno de los ciclos vitales de las mujeres, desde la menstruación hasta la menopausia, se han medicalizado. Nuestros procesos fisiológicos son definidos como cuadros patológicos, a los que la medicina y la farmacología se espera que den una respuesta, con el consiguiente beneficio económico para unas pocas empresas. «El paciente existe para que el sistema sanitario funcione»[308] o, lo que es lo mismo, sin enferma no hay negocio. Normalizamos el dolor y el malestar asociados a dichos procesos, considerándolos algo normal, cuando no debería ser así.

La medicina aborda la salud de las mujeres desde una perspectiva androcéntrica. Las investigaciones médicas y epidemiológicas menosprecian las particularidades biológicas femeninas, y la gran mayoría de ensayos clínicos se realizan en exclusiva con hombres. Algo que nos deja en una situación de vulnerabilidad. Se nos suministran fármacos que nunca han sido testados en mujeres o se nos realizan diagnósticos sin tener en cuenta la sintomatología particular femenina.[309]

La medicina se ha encarnizado en especial con las mujeres, como afirman algunos autores, con actuaciones sanitarias discutibles, innecesarias o abusivas, como la vacuna contra el virus del papiloma, la terapia hormonal en la menopausia o algunos seguimientos preventivos para el cáncer de mama y el de útero.[310] El embarazo es otro de estos casos, con un alto número de revisiones y pruebas diagnósticas, reclamadas a menudo por las propias madres, pero que pueden generar estrés y preocupación, siendo algunas de estas evitables.

Algo tan rutinario en el seguimiento del embarazo como es el control del peso, y que nos puede traer de cabeza, no se realiza de la misma manera en todos los países. Los criterios a veces varían entre Estados. Aquí, la prueba para detectar el estreptococo del grupo B es obligatoria entre la semana 35 y la 37 de gestación, mientras que en el Reino Unido este examen no se realiza, como en la mayor parte de países de América Latina. Todo esto lleva a preguntarnos si alguna de estas pruebas es prescindible. Yo, en particular, perdí casi cinco kilos en poco más de un mes al principio de mi embarazo, a causa de vómitos constantes, de tal modo que al final de la gestación mi peso era solo ligeramente superior al inicial. Aun así, en cada una de las visitas a mi centro de atención primaria, la comadrona me insistía, y mucho, en que tenía que mantener mi peso bajo control, cuando hacía años que no me veía tan delgada.

El protocolo de seguimiento del embarazo parece tener como objetivo educar en la sumisión. A las madres se nos trata de manera condescendiente, en una relación jerárquica y asimétrica con los profesionales de la salud.[311] a quienes, se supone, no podemos cuestionar. En la preparación al parto, se transmiten mensajesseudotranquilizadores que nos instan a dejar todo el proceso en manos del equipo médico, con afirmaciones como «tienes que confiar en que los profesionales harán todo por tu bien y el de tu bebé» o «no te preocupes, que en el hospital todo estará controlado». Al final, es como si el «embarazo no perteneciese a la mujer».[312]

No se trata de negar la importancia del seguimiento médico. Hay pruebas valiosas, como las que permiten detectar anomalías cromosómicas en el feto, como el triple *screening* o los test de diagnóstico prenatal. El problema radica en la medicalización generalizada del embarazo, el sobrediagnóstico y la subordinación de la mamá, que es considerada un sujeto pasivo. Lo deseable sería un seguimiento médico de la gestación que fuese respetuoso con la mujer, no patologizador ni paternalista, con una concepción empoderadora de la experiencia corporal del embarazo.

Por contra, paradójicamente, en el marco de un sistema sanitario patriarcal, se menosprecian enfermedades que son exclusivas de las mujeres, como la endometriosis, o que nos afectan mayoritariamente, como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o la sensibilidad química múltiple. El sesgo machista de la medicina perjudica nuestra salud, invisibilizando enfermedades

que nos son propias, calificándolas de inferiores y controlándolas mediante medicación sistemática.[313] Una realidad que evidencia la necesidad de avanzar hacia una investigación y atención médica con perspectiva de género.

En el caso particular de la endometriosis, una enfermedad que golpea a una de cada diez mujeres en edad fértil, con una sintomatología incapacitante, la cual puede provocar reglas muy dolorosas e infertilidad, no se destinan recursos suficientes para investigarla y atenderla. Se trata de una enfermedad invisible, una gran desconocida para la mayoría de la sociedad, a pesar de afectar a unos 176 millones de mujeres en todo el mundo,[314] y que tarda una media de nueve años en ser diagnosticada. El dolor insoportable de la regla es considerado algo normal, con el que las mujeres tenemos que convivir una vez al mes. Sin embargo, la endometriosis puede ser una de sus causas.

Lo cuenta la novela de la dramaturga y actriz Estel Solé *Si no puc volar* (Si no puedo volar), en palabras de su protagonista Ànnia: «¡Me ha venido la regla! —arranqué a llorar. Mi madre me miró y sonrió [...]. Lo que mamá nunca me dijo es que la regla me dolería mucho, que cada mes tendría que tomarme dos o tres pastillas para que se me pasara el dolor, e incluso habría veces en que me llegaría a tumbar en el suelo desnuda para que el frío de los azulejos me anesthesiara los ovarios».[315] Ànnia tiene casi cuarenta años y, aun deseándolo, no puede tener criaturas debido a esta enfermedad. Una dolencia que Estel Solé conoce bien porque la sufre.

La ciencia ha utilizado las diferencias biológicas entre ambos sexos para justificar la opresión de las mujeres. Nos dicen que la menstruación nos hace débiles o sucias, que somos cuidadoras, castas, enamoradizas y fieles por naturaleza. Nuestras particularidades, sin ser estudiadas en profundidad y basándose en mitos, han servido como excusa para subordinarnos. Pero a la vez la ciencia, como la medicina, ha ignorado sistemáticamente las diferencias biológicas reales entre hombres y mujeres, y el cuerpo masculino se ha erigido como patrón universal. Se ha llegado a considerar que las enfermedades no tenían sexo, cuando en realidad el sexo de referencia era el del hombre. Algo que ha invisibilizado y menospreciado nuestras enfermedades particulares.[316]

Miedo a parir

El discurso hegemónico en relación con el embarazo y el parto, impuesto por el sistema sanitario, se erige sobre dos pilares: el riesgo y el dolor,[317] a partir de los cuales se construye la visión que tenemos de estos procesos, con la consiguiente supeditación y pérdida de autonomía femenina.

«De pequeña había oído decir que te partían. Y yo siempre había tenido mucho miedo de morir partida. Las mujeres, decían, mueren partidas... El trabajo ya empieza cuando se casan. Y si no se han partido bien, la comadrona las acaba de partir con un cuchillo y con un cristal de botella y ya se quedan así para siempre», decía Colometa, la protagonista de la novela *La plaza del Diamante* de Mercè Rodoreda.[318] El miedo a lo que pueda suceder, a ese famoso «por si acaso», nos conduce a dejar el embarazo y el parto en manos del equipo sanitario. Algo que nos han inculcado desde la más tierna infancia.

La mujer acaba por desconfiar de sus propias capacidades, asume como inevitable el ritual medicalizado y delega en los expertos. Un miedo, a partir del cual se erige la autoridad médica, que es utilizado como medida intimidatoria sobre la embarazada. Muchos son los testimonios que así lo expresan: «Con una inducción en marcha, oxitocina a tope, con el miedo en el cuerpo porque había “que sacar al bebé de allí” y “ya has roto aguas y corre peligro”. Y pese a mi resistencia, acabé cediendo y deseando que mi parto (tan soñado y deseado) acabara cuanto antes», explica una mamá.[319] La amenaza de sufrimiento de la criatura es uno de los

mecanismos más utilizados, a lo largo de la gestación y el parto, para conseguir la sumisión de la madre.

No sé si habréis oído hablar alguna vez de la carta del bebé muerto. Se trata de uno de los instrumentos que emplea el personal sanitario para acabar de doblegar la voluntad de la mujer si esta se niega a seguir los protocolos establecidos. Como creen que es lo mejor para el bebé, los profesionales menosprecian las consecuencias que esto puede tener para la salud emocional de la mamá, y en definitiva para la criatura. A una de mis amigas se la sacó su ginecóloga a la semana 41, al rechazar una inducción al parto. De hecho, su ginecóloga se lo iba a inducir ya en la semana 39. Ella se había resistido, quería un parto natural, con el menor riesgo posible de cesárea, pues ya había sufrido una antes, innecesaria, en un parto no respetado, y contaba ahora con el asesoramiento de otras profesionales que discrepaban de dicha opinión. Ante la carta del bebé muerto, mi amiga, que ya estaba avisada de que se la podrían sacar, firmó la misiva, donde decía que si la niña moría lo hacía bajo su responsabilidad, y volvió a casa. No hay palabras para describir la presión y el estrés emocional que sufrió. Mi querida amiga, con todo en su contra, luchó hasta el final para tener un parto como ella quería, y que era posible. Su hija nació finalmente al cabo de muy pocos días en el hospital, por vía vaginal y sin epidural. La ginecóloga que la atendió, afortunadamente, no fue la que le hizo el seguimiento de su embarazo, sino otra profesional que respetó su voluntad.

Ya lo dicen: el miedo nos paraliza. Se calcula que un 58 % de las mujeres embarazadas en el Estado español tiene miedo a parir.[320] Un sentimiento que la poeta Hollie McNish expresa en *Nadie me dijo*: «Tengo miedo a dar a luz. El parto es la mayor causa de muerte en mujeres en todo el mundo [...]. De hecho, he cambiado de opinión. No quiero tener un bebé. Quiero decir, quiero un bebé. Es solo que no quiero parirlo. Quiero ser un hombre. Estoy asustada porque ahora ya no hay vuelta atrás y no puedo convertirme en un hombre. [...] Estoy a punto de parir y en lo único en lo que puedo pensar es en la muerte».[321]

El temor al peligro nos inmoviliza, y más en un contexto de máxima vulnerabilidad como el parto, neutralizando nuestros recursos y saberes. Una situación que nos lleva a aceptar sin discusión los protocolos médicos, así como una serie de prácticas que, a pesar del dolor y el sufrimiento que nos pueden generar, son percibidas como lo normal y lo deseable. Es lo que algunos autores describen como «subordinación tecnológica», [322] la supeditación de las mujeres a un paradigma tecnocrático que consiste en la medicalización, la institucionalización y el monopolio del parto. Así, las propias mamás acabamos considerando el embarazo y el alumbramiento como un proceso peligroso y dolorosísimo, en el que lo más importante es que el bebé, como producto, salga vivo. Se trata del triunfo tecnocrático.[323]

Un miedo que puede ser patológico, resultar incapacitante y requerir de tratamiento médico, al que se llama tocofobia o parturifobia, el cual puede llevar a evitar o posponer un embarazo, y en caso de quedar encinta, optar incluso por abortar o dar a luz mediante una cesárea programada. También hay mujeres que ante la fobia a gestar eligen la adopción. Los temores son más comunes e intensos entre aquellas que no han parido nunca, pero pueden afectar también aquellas que han dado a luz, pero que han sufrido una experiencia de parto traumático o pérdida del bebé. Un 14 % de las mujeres a nivel mundial, se calcula, la sufre, una cifra que parece que ha aumentado desde el año 2000 en adelante.[324]

«He visto los instrumentos de la habitación blanca y limpia. Es un lugar de gritos. No feliz. “Aquí vendrás cuando llegue el momento”. Las luces de la noche son planas como lunas rojas. Empañadas de sangre. No estoy preparada para que nada pase», decía la tercera mujer del poemario sobre la maternidad *Tres mujeres* de Sylvia Plath, antes de dar a luz.[325] He aquí el

miedo a nuestro cuerpo.

«Darás a luz con dolor»

El dolor es el otro gran pilar sobre el que se erige el relato hegemónico en torno al parto. A lo largo de la historia, el dolor a la hora de parir ha sido utilizado como instrumento de sometimiento y control de la mujer. Sin embargo, cómo lo vivimos viene muy determinado por el periodo histórico y el contexto social.

En la antigua Grecia, el dolor de la mujer al dar a luz se comparaba con el del soldado que era herido en la batalla.^[326] En la cultura occidental católica, el dolor ha sido el medio a través del cual la madre ha expiado sus pecados y se ha purificado del embarazo. Se tenía que parir con dolor. Lo decía la Biblia: «Multiplicaré tus dolores en el parto, y darás a luz a tus hijos con dolor».^[327]

No fue hasta mediados del siglo XIX que la medicina dio los primeros pasos para reducir el dolor de las parturientas. El primer anestésico que se utilizó fue el éter, que se iba administrando en pequeñas dosis, pero tenía un olor picante y la recuperación tras su suministro era lenta. Se investigaron nuevas sustancias y se llegó al cloroformo, que tenía algunas ventajas frente al éter, como un olor dulzón y una recuperación más rápida, así que aquel se impuso. Su popularidad llegó cuando en 1853 la reina Victoria de Inglaterra dio a luz a su octavo hijo utilizando esta sustancia para aliviar el dolor. La «anestesia de la reina», como se conoció coloquialmente al cloroformo, tuvo especial difusión en el Reino Unido y Estados Unidos, mientras que en países como Francia o el Estado español los médicos fueron más reacios a suministrarlo por los efectos secundarios que comportaba. Años más tarde, se demostró la alta toxicidad y el riesgo de muerte que suponía su administración y dejó de utilizarse.^[328] El peso que la Iglesia tenía aún por aquel entonces le permitió continuar dando valor al dolor en el alumbramiento.

A medida que se avanzó hacia una sociedad más laica y la medicina siguió progresando, el dolor al dar a luz empezó a ser percibido como innecesario. Un número cada vez mayor de mujeres organizadas, especialmente en los países anglosajones, empezaron a exigir ponerle fin mediante el suministro de fármacos. Los médicos, a veces reacios a suministrarlos, los aplicaban para contentar a su clientela. Sin embargo, la férrea voluntad de las mujeres para acabar con el dolor las dejó en manos exclusivas de los facultativos, los únicos autorizados a suministrarlos, ya que las parteras tenían vetado su uso. Algo que significó la pérdida absoluta del control femenino sobre el parto.^[329]

Si antes era la Iglesia católica la que dotaba de sentido al dolor, ahora es el sistema sanitario quien ha ocupado el lugar de la institución eclesiástica. Mientras, se obvia que el dolor es una experiencia muy personal, que puede ser vivida de manera distinta en función de cada mujer, pues no es igual para todas. Hoy se impone no sentir dolor, y una vez más la mujer difícilmente puede escoger. La sociedad actual no admite el dolor en ninguna circunstancia vital. De este modo, cuando hay parturientas que rechazan la anestesia epidural y quieren un parto natural, les resulta muy difícil llevarlo a cabo, ya que en un centro hospitalario, en un entorno hipermedicalizado, todo conduce al suministro de fármacos, negándoles el derecho a decidir sobre su parto.

«Durante las primeras horas vinieron a preguntarme no una ni dos, sino cinco personas diferentes si me iba a poner la epidural. A todas les fui diciendo que no y todas y cada una de ellas me dijeron las mismas cosas: “Tienes que ponértela”, “las contracciones van a ser cada vez peores y no lo vas a poder soportar”, “¿por qué no te la quieres poner si no pasa absolutamente nada?”, “lo vas a pasar muy mal si no te la pones”. [...] Después de aguantar seis horas atada a una máquina

sin posibilidad de moverme ni medio milímetro [...] cedí a que me la pusieran completamente acojonada con los augurios que me vaticinaban», explicaba la periodista Diana Oliver acerca de su primer parto.[330] La amenaza de un dolor insoportable es utilizada para subordinar a la mujer, obviando los mecanismos de los cuales ella dispone para aliviarlo. Si finalmente la mujer acepta la anestesia, esto es interpretado como un logro o triunfo del equipo sanitario.

En el momento en que una mujer se prepara para un parto natural, sabe que ese dolor tiene una finalidad —parir— y es consciente de que desaparecerá una vez la criatura nazca. Se dota de sentido al dolor, lo que lo hace más llevadero. Lo puedo explicar por experiencia propia. Tuve un parto normal, en casa, y llegué a sentir muchísimo dolor, un dolor que en determinados momentos parecía insoportable. Pero disponía de herramientas para sobrellevarlo y apoyo, mucho apoyo, algo fundamental. Mi pareja y mi comadrona estaban allí para dejarme claro, si flaqueaba, que «yo podía». Sabía que ese dolor, de múltiples matices e intensidades, formaba parte del proceso. Hay también casos documentados de mujeres que prácticamente no han sentido dolor.[331] Incluso algunas han experimentado un orgasmo durante el alumbramiento. Algo que se esconde, porque es considerado tabú.

Se asocia dolor a sufrimiento, cuando no es lo mismo. La medicalización del parto contribuye a aliviar el dolor mediante el suministro de fármacos, pero las intervenciones médicas innecesarias o el trato recibido pueden generar angustia y producir sufrimiento. En los centros hospitalarios, además, las parturientas dependen de terceros para reducir el dolor, a través de tratamientos que quedan fuera de su control. Un parto natural, en cambio, provoca dolor en la mayoría de casos, pero no suele haber sufrimiento, en particular si es en casa, atendida por una comadrona, porque la mujer se encuentra en un espacio de confianza, íntimo, seguro, bien acompañada, donde se respetan sus tiempos. Aparte, la embarazada dispone de mecanismos propios para aliviar o gestionar el dolor, en concreto el movimiento. El parto tiene un componente físico, pero también psicológico. De ahí que, independientemente de dónde se lleve a cabo, sea tan importante cuidar el entorno y el trato.

El robo de bebés

Mi madre nació en el hospital, en la Mutua Sabadellenca, en el año 1951. Mi abuela Elena había dado a luz allí. En cambio, mi padre nació en casa, en Sabadell, en 1948. Mi abuela Montserrat lo parió en el hogar, apoyada por una comadrona. Siempre pensé que mi abuela Elena era muy moderna, y dar a luz en el hospital me ratificaba en esa idea. Mientras que mi abuela Montserrat, que era más tradicional, lógicamente había parido a la antigua, en casa. No había duda de con quién me identificaba yo. Y pensaba, cuando me lo contaban, que lo que había hecho mi abuela paterna era algo muy pero que muy chapado a la antigua. Recordándolo, me río a caballo entre la anécdota y la tristeza. Mis abuelas no llegaron a conocer a mi hijo. Y ahora que uno de los temas que más me apasiona es la maternidad, ya no tengo oportunidad de preguntarles por su experiencia.

Mi querida abuela Elena, antes de tener a mi madre, sufrió primero un aborto, que fue tratado en el hospital, y después un embarazo en el que la criatura, una niña, nació muerta (no me quiero ni imaginar por lo que tuvo que pasar...). Sin embargo, nadie vio el cadáver de la pequeña, y mi madre cuenta que cada año por Todos los Santos, al ir al cementerio a llevar flores a sus muertos, dejaban en la fosa común un ramo de florecillas blancas. Me pregunto qué pasó realmente en ese hospital, ¿la niña murió? Nunca sospechamos absolutamente nada hasta que, hace ya algunos años, empezaron a emitirse reportajes sobre bebés robados en la dictadura. Para entonces ya era

demasiado tarde. Mi abuela falleció antes de que le pudiésemos preguntar al respecto. Mi madre apenas recuerda algo de lo que le contaron de su hermana, ni siquiera el hospital donde nació, ¿tal vez la Maternitat de Sabadell? No lo sabe con certeza

El robo de criaturas en los hospitales, con el apoyo de un sector de la Iglesia católica, fue la cara más dramática ya no solo de la expropiación de nuestros cuerpos, sino de nuestros hijos e hijas. Los protocolos hospitalarios de la época, que impedían a la mujer estar acompañada en el parto, que la llevaban a dar a luz completamente dormida y la separaban de su criatura nada más nacer, favorecieron estas prácticas delictivas.[332] A las madres les decían que sus bebés habían nacido muertos o que habían fallecido poco después. Se calcula, aunque resulta difícil tener datos exactos, que en el Estado español fueron robados más de trescientos mil recién nacidos entre los años cuarenta y los noventa, según las asociaciones de afectados.[333]

A pesar de las múltiples denuncias y la apertura de diligencias de investigación (más de dos mil), no fue hasta junio de 2018 que se celebró, en la Audiencia Provincial de Madrid, el primer juicio por un bebé robado en el que se juzgaba a uno de sus responsables, el doctor Vela. ¡Ochenta años después de que empezaran los robos de recién nacidos y más de cuarenta tras el fin de la dictadura! La sentencia, a pesar de considerar al acusado culpable de todos los delitos, lo absolvió al estimar que estos habían prescrito desde 1987, año en que Inés Madrigal, la bebé robada y quien llevó al doctor Vela a juicio, cumplió la mayoría de edad. La sala asumió, de este modo, las tesis de la defensa. Inés Madrigal decidió recurrir la sentencia ante el Tribunal Supremo.[334]

Los colectivos de afectados denuncian las numerosas trabas que se encuentran para conseguir que los acusados se sienten en el banquillo. La mayoría de las diligencias quedan archivadas por los juzgados, aduciendo falta de pruebas, muerte de los implicados e incluso prescripción, lo que significa negar que el robo de bebés fue un delito de lesa humanidad. El Ministerio de Justicia guarda celosamente los datos, con lo que resulta complejo saber el número exacto de denuncias y cuáles siguen abiertas. El Gobierno no ayuda, ya sea del Partido Popular, que niega la sustracción de recién nacidos, o del PSOE, que no sabe, no contesta. No hay interés en que se juzguen los casos. La impunidad es la norma en un país con una Transición que tuvo como pilares centrales la amnesia y la continuidad.

El robo de bebés fue una práctica habitual durante la dictadura franquista. Lo que empezó como un crimen político, con recién nacidos sustraídos durante la Guerra Civil y los primeros años del franquismo a madres republicanas (presas, ejecutadas, exiliadas o desaparecidas), continuó años después, en un lucrativo negocio, con un papel preponderante de una parte de la Iglesia. Del robo de bebés en las cárceles se pasó a su sustracción en clínicas y maternidades. Después de la dictadura, y hasta bien entrada la democracia, estas prácticas continuaron. Otra pesada herencia del franquismo. Entre los años 1976 y 1983, el robo de recién nacidos en hospitales públicos y privados alcanzó grandes dimensiones, afectando a familias de cualquier clase y condición.[335]

[276] Comentarios de la pedagoga menstrual Erika Irusta, recogidos en Valmorisco, C., «Hola, embarazada, te presento a tu cuerpo», *Eldiario.es*, 12 de enero de 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/Hola-presento-cuerpo_0_728277513.html; Brigidi, S., «Sin educar en la consciencia corporal, ¿cómo vamos a disfrutar del parto?», entrevista realizada por Meritxell Rigol, *Elsaltodiario.com*, 29 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/parto/serena-brigidi-disfrutar-parto>; Rodríguez, C., *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*, Murcia: Cauac y Ediciones Crimentales, 2009; Gaskin, I. M., *Guía del nacimiento*, Madrid: Capitán Swing, 2016.

[277] Levítico 12, 2.

- [278] Núñez, L., *Llevadores casolanes del segle XX. Pràctiques, coneixements i vivències d'un ofici*, Barcelona: Edicions Bellaterra, 2015; García, E. M., *La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista de la situación en España*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2018.
- [279] Federici, S., *op. cit.*, 2013 (2004); Cassidy, T., *Birth: The Surprising History of How We Are Born*, Nueva York: Grove Press, 2007.
- [280] Núñez, L., *op. cit.*, 2015.
- [281] Kukla, R., *Mass Hysteria: Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*, Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, 2005.
- [282] Montes, M. J., *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, tesis doctoral, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili, 2007.
- [283] Shelton, D.C., «The Emperor's New Clothes», *Journal of the Royal Society of Medicine* 103 (2), 2009, pp. 46-50.
- [284] García, E. M., *op. cit.*, 2018.
- [285] *Ibid.*
- [286] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.
- [287] Ruiz-Berdún, D., «Análisis histórico de la violencia obstétrica», en Goberna-Tricas, J. y M. Boladeras (coords.), *Violencia obstétrica. Y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid: Editorial Tecnos, 2018, pp. 31-38.
- [288] Montes, M. J., *op. cit.*, 2007.
- [289] Hutter Epstein, R., *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*, Madrid: Turner, 2010.
- [290] Davis-Floyd, R., *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*, Buenos Aires: Fundación Creavida, 1993.
- [291] Marcos, I., «La unión hace la fuerza: Matronas y mujeres unidas en la lucha por el parto respetado», en Jornada 10.º aniversario Dona Llum y Semana Mundial del Parto Respetado, Barcelona, 2016.
- [292] Kitzinger, S., *La crisis del parto*, Tenerife: Editorial OB STARE, 2015.
- [293] Datos obtenidos respectivamente de: OMS, «Mortalidad materna», *Who.int*, 16 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>; Unicef, *Cada vida cuenta. La urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacidos*, Ginebra: Unicef, 2018.
- [294] Allen, R. E. y R. W. Hanson, «Episiotomy in Low-Risk Vaginal Deliveries», *J Am Board Fam Med* 18 (1), 2005, pp. 8-12.
- [295] Marcos, I., «Entrevistas de embarazo: Inma Marcos», entrevista realizada por Diana Oliver, *Webconsultas.com*, 11 de agosto de 2016. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/entrevistas/embarazo/inma-marcos-comadrona-experta-en-parto-en-casa>.
- [296] Suavinex, «Estudio sobre el parto en España», 2017. Disponible en: <https://livingsuavinex.es/wp-content/uploads/2017/12/Estudio-sobre-el-parto-en-Espana.pdf>.
- [297] Marcos, I., «Monitorización (ext/int, (dis)continua, etc.)», *Elpartoesnuestro.es*, 27 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/monitorizacion-extint-discontinua-etc>.
- [298] Rothman, B. K., «Laboring Then. The Political History of Maternity. Care in the United States», en Simonds, W., B. K. Rothman, y B. Meltzer Norman, *Laboring On: Birth in Transition in the United States*, Nueva York: Routledge, 2006, pp. 3-28.
- [299] Ehrenreich, B. y D. English, *op. cit.*, 2010 (1989).
- [300] Wolf, J. H., *Deliver Me from Pain. Anesthesia and Birth in America*, Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2009.
- [301] Ministerio de Sanidad, *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2007.
- [302] El Parto es Nuestro, «¿Qué es un parto respetado?», *Elpartoesnuestro.es*, 20 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-un-parto-respetado>.
- [303] Davis-Floyd, R., *op. cit.*, 1993.
- [304] Rothman, B. K., *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*, Nueva York: Norton, 1989.
- [305] Davis-Floyd, R., *op. cit.*, 1993; Van Gennepe, A., *Los ritos de paso*, Madrid: Alianza Editorial, 2013 (1909); Hernández, J. M. y P. Echevarría, «El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la

- maternidad», *Revista de Antropología Iberoamericana* 10 (3), 2015, pp. 401-426.
- [306] Ricoy, J., «La violencia obstétrica es una cuestión feminista», *Pikaramagazine.com*, 15 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2016/04/la-violencia-obstetrica-es-una-cuestion-feminista>.
- [307] Odent, M., *El granjero y el obstetra*, Buenos Aires: Editorial Creavida, 2002.
- [308] Gérvas, J., «Violencia obstétrica: biológica (física y farmacológica), psicológica, social e institucional», en Jornada 10º aniversario Dona Llum y Semana Mundial del Parto Respetado, Barcelona, 2016.
- [309] Valls, C., *Mujeres, salud y poder*, Madrid: Ediciones Cátedra, 2009.
- [310] *Ibid.*; Gérvas, J. y M. Pérez-Fernández, *El encarnizamiento médico con las mujeres*, Barcelona: Los Libros del Lince, 2016.
- [311] Montes, M. J., *op. cit.*, 2007.
- [312] Olza, I., *op. cit.*, 2017, p. 34; Young, I. M., *On Female Body Experience. «Throwing Like a Girl» and Other Essays*, Nueva York: Oxford University Press, 2005, p. 46.
- [313] Valls, C., *op. cit.*, 2009.
- [314] Adamson, D. G., S. Kennedy y L. Hummelshoj, «Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation», *Journal of Endometriosis* 2 (1), 2010, pp. 3-6.
- [315] Solé, E., *Si no puc volar*, Barcelona: Rosa del Vents, 2016, pp. 81-82.
- [316] Aránguez, T., «¿Por qué la biología de las mujeres es importante para el feminismo?», *Tribunafeminista.elplural.com*, 15 de octubre de 2018. Disponible en: <https://tribunafeminista.elplural.com/2018/10/por-que-la-biologia-de-las-mujeres-es-importante-para-el-feminismo>.
- [317] Montes, M. J., *op. cit.*, 2007.
- [318] Rodoreda, M., *La plaza del Diamante*, Barcelona: Edhasa, 1982 (1962), pp. 51-52.
- [319] LobAcción, «Había ‘que sacar al bebé de allí’», *Lobafilm.com*, 13 de abril de 2016. Disponible en: <http://lobafilm.com/2588>.
- [320] Suavinex, *op. cit.*, 2017.
- [321] McNish, H., *op. cit.*, 2018, pp. 81-82.
- [322] Hernández, J. M. y P. Echevarría, «Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del ‘paradigma tecnocrático’», *Revista Internacional de Sociología* 74 (1), 2016, doi: 10.3989/ris.2016.74.1.025.
- [323] Ricoy, J., *op. cit.*, 15 de abril de 2016.
- [324] Bhatia, M. S. y A. Jhanjee, «Tokophobia: A dread of pregnancy», *Ind Psychiatry J* 21 (2), 2012, pp. 158-159; O’Connell, M. A. et al., «Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis», *Obstetrics and Gynaecology* 96 (8), 2017, pp. 907-920.
- [325] Plath, S., *Tres mujeres*, Madrid: Nórdica Libros, 2017 (1968), p. 37.
- [326] Rose, J., *Madres. Un ensayo sobre la crueldad y el amor*, Madrid: Siruela, 2018.
- [327] Génesis 3, 16.
- [328] Morel, M.-F., «Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle)», *ADSP* 61/62, 2007, pp. 22-28; Cesbron, P. e Y. Knibiehler, *La Naissance en Occident*, París: Albin Michel, 2004; González de Zárate, J., B. Fernández y J. I. Gómez, «Historia del alivio del dolor del parto en España», *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* 52, 2015, pp. 71-84.
- [329] Morel, M.-F., *op. cit.*, 2007; Apple, R. D., *Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding, 1890–1950*, Madison: University of Wisconsin Press, 1987.
- [330] Oliver, D., «La (no) sorprendente historia de mi parto no respetado», *Marujismo.com*, 5 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.marujismo.com/historia-de-un-parto-no-respetado>.
- [331] Gaskin, I. M., *op. cit.*, 2016.
- [332] Ruiz-Berdún, D., *op. cit.*, 2018.
- [333] Estes, M. J., «Bebés robados, un crimen que continúa en democracia», *Elsaltodiario.com*, 13 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/ninos-robados/bebes-robados-crimen-continua-democracia>.
- [334] Junquera, N., «Culpable, pero impune», *El País*, 8 de octubre de 2018.
- [335] Estes, M. J., *op. cit.*, 13 de febrero de 2018.

Violencia obstétrica

«Por tu bien y el del bebé»

«La oleada de energía que anuncia un nacimiento inminente me arrastró con urgencia hasta la clínica [...]. Me recibió una enfermera muy joven, quien me anunció que estaban naciendo demasiados niños aquella noche [...] y me dijo que yo tenía que ser una buena chica y cuidar de mí [...]. Aún no contaba veinte años. Estaba sana. Y si las expectativas gobiernan la experiencia física, el parto debió de haber sido tan fácil como los dos partos posteriores. Quizás se debiera a que estaba muy sola y sin nadie que me consolara. La única persona que me reconfortó en aquel primer parto fue la mujer negra de la limpieza, que estaba fregando el suelo», narra la escritora Doris Lessing sobre su primer parto, en 1940, en Sudáfrica. Y añade, «[después de dar a luz] estaba dolorida y me sentía desamparada, anhelando tener al bebé en brazos. Cuando tímidamente pedí verlo, me dijeron: “Lo tendrá a todas horas muy pronto, ¿por qué tantas prisas?”. Más tarde me dijeron que no me preocupara porque le daban sorbos de agua con azúcar, y ya le vería a la mañana siguiente». En su segundo parto, el trato no mejoró, y se decía a sí misma: «Si el lugar era tan horrible, ¿por qué volviste allí? Ciertamente es una buena pregunta».[\[336\]](#)

El maltrato que comportan determinadas prácticas médicas contra las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto tiene nombre: violencia obstétrica. Un conjunto de actitudes y procedimientos ejecutados por el personal sanitario que supeditan y menosprecian a la mujer con consecuencias físicas y psicológicas para su salud y la del recién nacido. El embarazo, el parto y el posparto son considerados una patología y la embarazada una enferma. Las capacidades maternas, que desde siempre habían hecho posible el alumbramiento, quedan desposeídas de su significado y dar a luz se convierte en un asunto médico, donde las mujeres no cuentan. Las madres somos relegadas al papel de espectadoras o recipientes de un bebé, en un sistema médico jerárquico y patriarcal. Sin embargo, estos procedimientos acaban siendo justificados por nuestro bien y el del pequeño, y son socialmente aceptados, incluso por las propias mujeres que los sufren y sus allegados.

La primera vez que apareció el concepto de «violencia obstétrica» en una publicación fue en la Inglaterra del siglo XIX. «Hemorragias, desgarros tremendos, inversiones de útero..., estos son los efectos de la violencia obstétrica, una violencia obstétrica feroz y atroz. Este Moloch insaciable, ante cuyo altar sangriento se han sacrificado miles de mujeres», escribía el doctor James Blundell para denunciar los abusos a los que eran sometidas las embarazadas de la época. [\[337\]](#) Los cuerpos de las madres preñadas eran utilizados como campo de experimentación médica, practicándoles manipulaciones terribles, que les llegaban a causar graves secuelas, e incluso la muerte. En lengua castellana, las primeras referencias al término no aparecieron hasta finales del siglo XX. Si bien antes se utilizaron con frecuencia conceptos como «parto violento» o

«parto forzado».[338]

A nivel físico, la violencia obstétrica en el parto se ejerce a través de procedimientos invasivos como el tacto vaginal realizado por múltiples personas; la episiotomía efectuada de forma rutinaria; el uso de fórceps didácticos, para que los estudiantes practiquen; el suministro de fármacos y anestesia sin justificación; la maniobra de Kristeller, que consiste en presionar el abdomen de la parturienta hacia el fondo uterino, para que el bebé salga con mayor rapidez, y que está prohibida en varios países por las secuelas que puede dejar; las cesáreas innecesarias; o la maniobra de Hamilton, en que se introduce un dedo en el cuello uterino para desprender las membranas de la bolsa de aguas para inducir el parto, con el riesgo de rotura prematura de la bolsa o sangrado abundante. Se trata de prácticas realizadas a menudo sin el consentimiento de la mujer y sin haberla informado debidamente de sus consecuencias.

«Aún me resulta bastante duro recordar el día en que “me nacieron” a mi hija. Porque yo siempre digo que no di a luz, aunque todo el mundo me mire con cara rara. La ginecóloga llegó con muy buena cara a decirme que firmara el consentimiento informado, que no informaba de nada, y que “el fracaso de la inducción era motivo de cesárea”», relata una mamá.[339] Ilusas de nosotras creemos poder decidir sobre nuestro parto, dónde y cómo queremos parir, quién nos va a acompañar, qué hacer en tal o cual situación. Lo dejamos todo atado y bien atado, o eso pensamos, en el plan de parto,[340] pero la mayoría de las veces este queda en papel mojado. Al final las mujeres ni parimos ni decidimos.

La violencia es asimismo psicológica, con un lenguaje que humilla, infantiliza y discrimina a la mujer, que omite informarla o miente sobre la evolución del embarazo y el parto, impidiendo incluso que pueda estar acompañada por su pareja o quien ella desee. «Le pedí que fuese a buscar a mi marido, y entonces me dijo que lo sentía mucho, pero que mi marido no podría entrar. Yo no entendía nada, en mi plan de parto dejé bien claro que quería que mi marido me acompañase. “Tengo miedo, ayúdame por favor. Tengo mucho miedo”, le dije llorando de miedo y desesperación, pero ella [la comadrona] no respondía nada, solo me miraba. De repente, me vi sola, rodeada de mucha gente desconocida, llena de cables y agujas [...]. Mientras tanto, mi marido fuera lidiaba, en vano, por entrar a quirófano a, por lo menos, darme la mano, pero no pudo», explica otra madre.[341]

La violencia es a menudo tanto física como psicológica. «En segundos me ataron las piernas, y me dijeron que empujara. Yo no sentía nada. La matrona me agredía diciéndome que no servía para nada, que yo no sabía hacer esto. Todos mis miedos, toda la seguridad y la confianza que algún día gané se desplomaron [...]. De pronto, la doctora se subió a una silla y con todas sus fuerzas me apretó la barriga empujándola hacia abajo [realizando la maniobra de Kristeller]. Sentí que me partía en dos [...]. Años después, en terapia, he podido enfrentar todo esto. Efectivamente estaba rota por dentro», relata otra mamá tras su primer parto.[342]

No permitir el contacto entre la madre y el bebé después del nacimiento es otro caso de violencia no solo física, al impedir el contacto y los beneficios del «piel con piel», sino psicológica, que afecta tanto a la mamá como al recién nacido. Los casos, por desgracia, se repiten, a pesar del cambio de protocolos en varios hospitales. «Después de dos horas de inducción fallida me hicieron una cesárea. El trato en el quirófano fue fatal. Me trataron como si no existiera, los médicos se contaban chistes y anécdotas, me ataron y tuve que pedir a gritos que me explicaran qué pasaba. Pero eso no fue lo peor: cuando sacaron al bebé, totalmente sano, lo pusieron en una mesa para examinarlo, aspirarlo, etc. Él lloraba a gritos y yo pedía que me lo dieran. Cuando terminaron y lo envolvieron en la toalla, me dejaron besarle (no lo pude tocar porque estaba atada) y me dijeron que se lo llevaban a la incubadora. Cuando más tarde pregunté por qué lo

pusieron en la incubadora, pues él estaba sano y estaba bien de peso, la explicación que me dieron es que “eso hacemos con todos los bebés”. No contentos con llevárselo, a mí me drogaron después de la cesárea y pasé toda la tarde y noche sin poder siquiera abrir los ojos. Cuatro horas después de su nacimiento nos lo trajeron para tocarlo por primera vez; mi marido, mi madre y algún otro familiar lo pudieron cargar. Yo pedí que me lo dieran, pero como no podía incorporarme, me lo pusieron en el pecho. Y a pesar de mi gran esfuerzo por no sucumbir a los efectos de las drogas, me quedé dormida después de apenas poderlo abrazar. Pedí que me lo trajeran por la noche, cuando tuviera hambre, para darle pecho y no lo hicieron», relata esta mamá.[343]

Una experiencia durísima que puede dejar importantes secuelas, como explica la misma madre. «Allí no acaba todo: al llegar a casa, cuando el mayor estrés había pasado, solía verlo en su cunita dormir y preguntarme si ese bebé sería realmente mi hijo. A pesar de la angustia que me provocaba, tuve que ver el vídeo de su nacimiento (que mi marido grabó) varias veces para saber que era cierto. Y aunque logré convencer a mi cerebro, mi corazón tardó mucho más en creérselo. Jamás pensé que sería posible sentirme desconectada de ese hijo que había deseado tanto y había esperado con tanta ilusión. Mantuve estos sentimientos en secreto durante mucho tiempo porque me avergonzaba no sentir esa conexión inmediata con mi bebé; pues aunque le quería y protegía, no sentía que era mío. Mucho después supe que era normal sentirse así cuando separaban al bebé y a la madre después del nacimiento, que yo no era la única y que no era un monstruo. Sin embargo, nunca dejó de ser doloroso, incluso hoy, más de siete años después».[344] La experiencia del parto es un suceso psicológico muy significativo, y lo recordamos con gran detalle durante toda la vida. El paso del tiempo, como constatan diferentes estudios, no altera la percepción del maltrato y la angustia sufrida.[345]

Algunas artistas, partiendo de su experiencia personal, han querido denunciar la violencia que tantas mujeres padecen al dar a luz. La actriz y directora de cine Icíar Bollaín la vivió en carne propia con el nacimiento de su primer hijo. «A lo largo de esas cuatro horas [de parto] me practicaron un rasurado, una lavativa, la rotura artificial de la bolsa, una episiotomía y finalmente la maniobra de Kristeller, todo ello dolorosamente, y sin que nadie me hablara o me avisara previamente. Era, absurdamente, como si yo no estuviera allí», explica.[346] Lo denunció en el cortometraje *Por tu bien*, donde el actor Luis Tosar interpretaba a una sufrida parturienta. Cambiar el sexo de quien daba a luz permitía mostrar, con más crudeza si cabe, la violencia y la indefensión vividas. El corto concluía con la consigna: «El parto es nuestro. ¡Que nos lo devuelvan!».

La actriz Iria Pinheiro, víctima también de violencia obstétrica, es otro caso. Pinheiro dejó constancia del maltrato sufrido en la obra autobiográfica de teatro documental, interpretada por ella misma, *Anatomía dunha serea* (Anatomía de una sirena), que se estrenó en octubre de 2018 en el municipio de Teo (La Coruña). «Entré en el hospital con rotura de bolsa amniótica. [...] Desembocó en un parto inducido [...] que terminó con un corte en la vagina —una episiotomía— para que el bebé saliera más rápido. Me echan del hospital, pasa el tiempo y noto una serie de secuelas. Siento mucho dolor: para dormir, para conducir, para estar de pie, para estar sentada, para escribir en un ordenador, para trabajar... El corte también me afectó a las terminaciones nerviosas del clítoris y me provocó incontinencia urinaria», relata en el vídeo de presentación de la obra.[347]

Del parto como violación

Algunas de las víctimas de violencia obstétrica llegan a describir el abuso sufrido en el parto como si se tratara de una violación. «Fue el peor momento que he pasado en toda mi vida, pues me sentí violada, vejada, abusada. Me sentí tan mal que temblaba como una hoja cuando salieron de la habitación», relata una mujer tras serle realizada una maniobra de Hamilton.[348] Otra explica: «Cada cumpleaños de mi hijo no es la celebración de su nacimiento, sino el aniversario de la violación. Mi hijo fue concebido con amor y nació mediante una violación».[349]

La expresión «violación en el parto» es utilizada por parte de mujeres que se vieron sometidas a determinadas actuaciones médicas sin que se les pidiera su consentimiento ni se las informara previamente. Sus síntomas posteriores, como el síndrome de estrés postraumático, son similares a los que sufre una mujer que ha sido violada. Se calcula que un 3 % de las madres, según datos de distintos países, sufre un trastorno de estrés postraumático después de parir.[350] Otros informes sitúan el porcentaje entre el 1 % y el 6 %, en países como Australia y el Reino Unido, e incluso pueden llegar al 18 %, en Estados Unidos.[351] Cualquier mujer que en su parto haya sufrido amenaza de muerte o de secuelas físicas graves para ella y su bebé, y lo haya vivido con miedo extremo e indefensión, puede generar este síndrome. No se trata tanto de lo real que haya sido el peligro, sino de la percepción individual de la amenaza.[352]

El trauma puede afectar el vínculo inicial entre la madre y el recién nacido, dificultar el comienzo de la lactancia materna, tener consecuencias en las relaciones sexuales y dejar secuelas en el trato con los profesionales sanitarios. Son además experiencias que pueden hipotecar embarazos y partos futuros, llegando a posponer un segundo embarazo o a no tener el número de criaturas en un principio deseadas. «Nunca más voy a tener hijos. No voy a exponerme a eso otra vez... Recuerdo exactamente lo que me hicieron y dijeron, y quién lo hizo. Tengo la constante tortura de revivir esta experiencia diariamente», explica una madre.[353] En el Estado español, un 13 % de las mujeres afirma que el parto las ha traumatizado, un 35 % que el proceso fue peor de lo que esperaban y un 27 % que un segundo alumbramiento les daría más miedo que el primero.[354]

No hay que olvidar que los procedimientos médicos en el embarazo y el parto, así como las exploraciones ginecológicas, pueden traer a la memoria recuerdos de abusos sexuales. Más de la mitad de las mujeres que los han sufrido tiene *flashbacks* al encontrarse en alguna de estas situaciones. «Tener un bebé es como sufrir abusos otra vez. Estaba sobre mi espalda, como a mí no me gustaba estar, y sin ningún control, y con dolor», explicaba una madre.[355] Algo que los profesionales de la salud deberían tener muy en cuenta.

Algunos hombres pueden presentar también síntomas de trauma después de ver cómo sus parejas han sido maltratadas al dar a luz. Aún recuerdo a uno de los papás del grupo de embarazo, parto y posparto al que asistía, donde distintas parejas compartíamos nuestra experiencia, que contó con lágrimas en los ojos cómo cuando le dieron al bebé, después de un parto altamente intervenido que acabó con una hemorragia grave de su pareja, lo único que pudo sentir fue soledad, impotencia y desamparo.

Si eres pobre, peor

La violencia obstétrica se ejerce más fácilmente contra las mujeres pobres, las que pertenecen a una minoría étnica, las adolescentes, las solteras, las inmigrantes... Lo afirma la Organización Mundial de la Salud, que asegura que estas tienen más posibilidades de sufrir un trato irrespetuoso y ofensivo a la hora de dar a luz.[356] Así le sucedió a una joven madre sola, de origen latinoamericano y empleada del hogar que, en abril de 2011, acudió a parir al Hospital Clínic de

Barcelona acompañada únicamente por su compañera de habitación. En el expulsivo, cuando ya se veía la cabeza del bebé, y sin que hubiera la menor complicación, se utilizaron fórceps para sacarlo. Se hizo uso del mismo sin necesidad alguna, solo para que los estudiantes practicasen, y sin el consentimiento de la madre. De este modo, tres estudiantes, uno tras otro, intentaron con el fórceps extraer torpemente al bebé. Ante su incapacidad y tras el grito de su médica tutora —«¡Cuidado, que así le rompes la cabeza!»—, ella misma lo sacó al cuarto intento. Unas maniobras que lesionaron gravemente a la criatura, que sufrió fractura craneal severa, hemorragia intracraneal, convulsiones y finalmente tuvo que ser intervenida, dejando afectada la función motora de la zona derecha de su cuerpo. La asociación El Parto es Nuestro, que actuó como acusación popular para denunciar los hechos, asegura que estas prácticas son recurrentes, y las mujeres pobres y en situación de exclusión y vulnerabilidad tienen más riesgo de padecerlas, en una clara intersección entre machismo, clasismo y racismo.[357]

Las mujeres gitanas son otro perfil susceptible de sufrir en mayor medida violencia obstétrica. Lo constatan los abusos verbales que reciben, los programas de planificación familiar en los que las aconsejan hacerse una ligadura de trompas si tienen dos o tres criaturas y los protocolos hospitalarios que las segregan. En algunos países, como Chequia y Eslovaquia, las esterilizaciones forzadas o no informadas son habituales. Es lo que se llama «violencia etno-obstétrica», la cual afecta también a mujeres árabes, latinas o afrodescendientes. Las mujeres gitanas cuentan con el añadido de ser un colectivo especialmente estigmatizado por los matrimonios y embarazos tempranos.[358]

La mortalidad materna tiene también un fuerte sesgo de clase y etnia. En el Reino Unido, donde hay datos exhaustivos al respecto, las cifras señalan que las muertes de las madres durante el embarazo, el parto y el posparto no se reparten de manera uniforme entre el conjunto de la población. Las mujeres negras tienen cinco veces más posibilidades de morir como consecuencia de complicaciones y las asiáticas dos veces más que las blancas, con datos de los años 2014 a 2016. La mortalidad materna afecta en particular a aquellas que sufren problemas de salud, adicción, abuso o violencia doméstica.[359] En Estados Unidos, donde el índice de mortalidad materna ha aumentado en los últimos veinte años, a contracorriente del resto de países industrializados, y triplica la media de Canadá o de la Unión Europea, las mujeres afroamericanas tienen 3,4 veces más opciones de muerte durante el alumbramiento que las blancas, con datos de 2006.[360] Aunque no son las únicas, parte del problema reside en que el Gobierno estadounidense no invierte suficientes recursos en detectar las complicaciones que pueden sufrir las mamás tras dar a luz, siendo algunas de estas evitables.[361]

Maltrato en el embarazo y el posparto

Más allá del parto, la atención médica recibida a lo largo del embarazo puede ser tipificada también como violencia obstétrica cuando se subestima la opinión de la mamá, se le hacen comentarios despectivos o se la culpabiliza de su estado de salud. El propio proceso de control y seguimiento del embarazo, con la realización de numerosas pruebas médicas, que las mismas mujeres a menudo reclaman, pone las bases para la supeditación materna al paradigma tecnocrático de patologización de la gestación.[362] En el posparto, encontramos ejemplos de violencia obstétrica cuando el personal sanitario realiza intervenciones a la madre sin informarla de manera adecuada o en contra de su voluntad, en la medida en que se la responsabiliza de no saber hacer frente a la nueva etapa, con el inicio de la lactancia o los primeros cuidados del bebé.

Hay autores que añaden otras acepciones al concepto de violencia obstétrica, como el de

«violencia obstétrica institucional» cuando las mujeres tienen que pagar de su bolsillo el parto en casa si no quieren dar a luz en un hospital.[363] Otros hablan de «maltrato institucional» para nombrar aquellas prácticas de la administración pública o de determinados profesionales que comportan abuso, negligencia y perjuicio para la salud física y emocional de las mujeres.[364] Si te atreves a cuestionar dichas prácticas, te arriesgas a ser tachada de irresponsable e incluso de poner en peligro tu vida y la del bebé.

Culpable

A menudo, se acaba responsabilizando a la mujer de ser el detonante de una situación de violencia obstétrica. Se le dice que no empuja, no colabora, se queja demasiado, que por su culpa el parto no avanza y se le tiene que aplicar tal o cual maniobra..., en definitiva, que ella se lo ha buscado. Algo que nos recuerda, y mucho, cuando se culpabiliza a una mujer víctima de agresión sexual. Con esta estrategia se busca atribuir a la parturienta la responsabilidad sobre lo que ha ocurrido o podría haber ocurrido a lo largo del parto.[365]

Una culpa que no nos abandona. «Mi parto no fue respetado. Muy lejos de esto, reconozco que me equivoqué en no ser valiente y oponerme, [...] de confiar en los profesionales. Todavía me culpo por ello, soy sincera, aunque sé que no debo hacerlo es así», explica una madre.[366] Otra confiesa: «Aunque hasta dentro de al menos un par de años no me plantearé ir a por el siguiente hijo no paro de preguntarme si fue culpa mía, si pude hacer algo, si [la cesárea] fue innecesaria, si hay algo que pueda hacer para que no me ocurra de nuevo».[367]

Las mujeres no solo se culpan a sí mismas, sino que también son culpadas. Cuando una madre rechaza un parto inducido, una cesárea o quiere un parto en casa, se la acusa a menudo de ser una irresponsable. Muchos son los obstetras que se erigen como máximos defensores del feto, considerando que deben protegerlo de su mamá, y los presentan como antagonistas.[368] Hay casos que acaban incluso ante los tribunales, y el abuso médico puede contar con el apoyo del entramado jurídico institucional.

En Cataluña, en junio de 2016, una mujer fue forzada a someterse a una inducción no solo por parte del hospital, sino por orden de un juez. Ocurrió en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat. Tras acudir al centro hospitalario para un control al final del embarazo, la mujer se encontró con que una persona del equipo médico le propuso inducirle el parto. La madre, tras valorar los riesgos, y amparándose en el derecho de autonomía del paciente, decidió no aceptar. Entonces, la citaron unos días después para seguir con los controles. Cuando la mujer acudió de nuevo al hospital, ya con contracciones leves e irregulares que indicaban que el parto se aproximaba, la presionaron otra vez para realizarle una inducción, afirmando que había anomalías en el registro. Ella lo rechazó, pero se mostró dispuesta a aceptar una cesárea en caso de peligro. Ante esta nueva negativa, el hospital decidió acudir a la justicia para conseguir una orden judicial y obligarla a que se sometiera a una inducción, alegando urgencia y peligro para el bebé. La juez, con estos argumentos, dio la orden judicial y los Mossos d'Esquadra se presentaron en el domicilio de la mujer y la forzaron a ir al hospital para que el parto le fuera provocado. A pesar de que el equipo médico había alegado ante el juez peligro inminente para el bebé, paradójicamente, el parto no le fue inducido hasta seis horas más tarde, lo que lleva a pensar que tal vez se mintió o exageró para conseguir la orden judicial. La asociación Dona Llum denunció los hechos.[369] Acciones como esta se justifican por el bien de la criatura; sin embargo, las consecuencias para la salud física y psicológica de la madre son nefastas, y en consecuencia también para el pequeño.

Todo esto conduce a preguntarnos: ¿quién defiende nuestros derechos como embarazadas?, ¿de qué lado está la justicia? Cuando se trata de aplicar determinados procedimientos médicos, la judicatura y la fiscalía en general tienden a excluir a las mujeres gestantes de las leyes que protegen sus derechos. El argumento implícito es que sometiéndolas a la autoridad sanitaria se protege a las criaturas.[\[370\]](#) Todo vale contra las madres.

Nuestro derecho

La primera vez que la violencia contra las mujeres ejercida por personal sanitario antes, durante y después del parto fue reconocida a nivel jurídico como violencia obstétrica fue en el año 2007 por la legislación de Venezuela, en concreto por la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Según dicha ley, «se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres».

[\[371\]](#)

¿Qué prácticas ejecutadas por el personal médico son, según la legislación venezolana, constitutivas de violencia obstétrica? Tal y como define su artículo 51:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.[\[372\]](#)

En caso de darse alguno de estos supuestos, la ley establece que un tribunal imponga las multas correspondientes a los responsables. Posteriormente, otros países, como Argentina en 2009 y México en 2014, incluyeron el concepto de violencia obstétrica en sus legislaciones. Aun así, en estos países, a pesar de la ley vigente, el maltrato a las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio por parte de los profesionales sanitarios continúa siendo una realidad demasiado cotidiana.

La OMS se posicionó por primera vez en contra de la violencia obstétrica en el año 2014, en un texto que llevaba por título *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Si bien en el documento la organización no utilizaba explícitamente el término *violencia obstétrica*, sí reconocía que «muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud». Según la OMS, esta *praxis* «no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación».[\[373\]](#)

En el Estado español, la violencia obstétrica, a pesar de no estar tipificada como tal por ley, sí puede denunciarse ante los tribunales al tratarse de un conjunto de prácticas que menoscaban derechos fundamentales reconocidos en la Constitución, como el derecho a la integridad física y

moral, a la libertad personal y a la intimidad,[\[374\]](#) así como derechos básicos recogidos en el Código Penal, algunas normativas autonómicas y convenios internacionales. Sin embargo, no resulta fácil conseguir una sentencia favorable, y los costes del proceso judicial son elevados. Avanzar en la erradicación de la violencia obstétrica pasa, entre otras medidas, por tipificarla legalmente. Es nuestro derecho.

Cesáreas, cambiar la manera de nacer

La violencia obstétrica es una realidad demasiado cotidiana en nuestros paritorios. El capitalismo y el patriarcado campan a sus anchas en las salas de parto. En el Estado español, la cifra de partos instrumentales (aquellos que finalmente acaban con el uso de fórceps, ventosas o espátulas), episiotomías, cesáreas y partos inducidos es mucho más alta que en otros países europeos, y no precisamente porque las características fisiológicas de las mujeres aquí sean distintas a las de otras mujeres del continente. Lo que sucede es que por costumbre se ha generalizado el parto intervenido, impidiendo su normal desarrollo, con el consiguiente aumento de posibles complicaciones.

Casi uno de cada cuatro nacimientos en el Estado español, un 24,8 %, se produce mediante cesárea, con datos del año 2016, mientras que en el 2000 la cifra era del 20 %. Un dato muy superior al que recomienda la OMS, que considera que una tasa justificable no debería superar el 10 % o el 15 %.[\[375\]](#) En los hospitales privados, donde la salud es un negocio puro y duro, su número es superior a la media, llegando al 37,3 % del total, mientras que en los hospitales públicos la cifra se sitúa en el 21,6 %.[\[376\]](#) Algo que no se justifica desde un punto de vista médico, ya que es la sanidad pública la que atiende los partos con mayor riesgo, y en consecuencia con más opciones de acabar en cesárea. Algunos estudios lo atribuyen a factores no clínicos vinculados a la planificación hospitalaria, distintas formas organizativas, preferencias de las mujeres e incentivos económicos para los profesionales.[\[377\]](#) Asimismo, se detecta un porcentaje elevado de cesáreas sin ningún tipo de justificación, lo que sugeriría que son las mismas madres las que la han pedido sin razones de salud que lo requieran.[\[378\]](#) Los partos instrumentales, las episiotomías y las inducciones se realizan también con mayor facilidad en los centros privados.

En la Unión Europea, la media de cesáreas en 2015 se situaba en el 27 % del total de partos, con una tendencia al alza respecto los años anteriores. La mayoría de países nórdicos y Holanda registraban los porcentajes más bajos, entre el 16 % y el 17 % —con la excepción de Dinamarca, con el 21,6 %—, mientras que Chipre contaba con el número más elevado, el 57 %, es decir, casi seis de cada diez mujeres chipriotas daban a luz mediante esta operación quirúrgica. En Holanda, cuna del parto en casa, se pasó de un 6,5 % en 1986 a un 17 % en 2015. El mismo año, en el Reino Unido los partos por cesárea representaron un 26 % del total.[\[379\]](#) Cuando el servicio nacional de salud británico intentó limitar su número, debido al elevado coste económico que representaban, muchas mujeres reaccionaron en contra, y en 2011 el Gobierno tuvo que dar marcha atrás.

Esta tendencia al alza es resultado en buena medida del proceso de mercantilización del parto. Mientras que una cesárea programada se realiza en tan solo treinta minutos y se prevé con antelación, un parto puede durar horas e incluso días y es imposible saber cuándo va a finalizar. Desde el momento en que prima la rentabilidad, una cesárea es considerada más eficiente para médicos y hospitales, las aseguradoras pagan más por este servicio y al ser más caras implican un mayor gasto por parte del sistema público de salud y más beneficios privados.[\[380\]](#)

A mí me lo dijo un obstetra: «Tú darás a luz por cesárea. Por tu edad —tenía entonces treinta y nueve años—, y con las dificultades que has tenido para quedarte embarazada, cesárea fijo». Yo pensé: «En mi caso, te equivocas». Las intervenciones por rutina son un secreto a voces, y cualquier excusa es buena para justificarlas.

El alto número de cesáreas no es un fenómeno exclusivo del Estado español ni del continente europeo. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el porcentaje medio de cesáreas pasó de un 20 % a un 28 % entre el año 2000 y el 2015, aunque disminuyó de manera significativa en algunos países, como Israel, Suecia y Finlandia. Este último país presentaba en 2015 la tasa más baja de cesáreas de la OCDE, un 15,5 %, mientras que Turquía tenía la más elevada, un 53 %, seguida de México, con un 47 %, y Chile, con un 46 %. Una tendencia que se repite a escala global. Se calcula que uno de cada cinco bebés en el mundo nace por cesárea, un 21 % del total, con datos de 2015, casi el doble que en el año 2000, cuando las cesáreas representaban un 12 %. Europa y América son los continentes con mayores tasas, pero el aumento es general. La República Dominicana es el país con la cifra más alta del mundo, un 58 %, con datos de los años 2010 a 2015. De hecho, se calcula que en el 60 % de los países se abusa de esta práctica.[\[381\]](#)

En Estados Unidos, el número de cesáreas creció un 525 % entre los años 1969 y 1987, pasando de suponer un 4 % del total de partos a un 25 %. En 2009, la cifra ya llegaba al 33 %. Hasta los años ochenta, el alto número de cesáreas en Estados Unidos era una excepción entre los países industrializados, solo comparable con Canadá y Australia, pero a partir de entonces el parto por cesárea aumentó en muchos otros sitios. En China, en 1988, las cesáreas solo representaban un 3 % del total de alumbramientos; veinte años después, en 2008, ya significaban el 40 %, con un porcentaje del 64 % en las áreas urbanas; incremento que coincidió con el inicio de la aplicación de medidas mercantilizadoras en la sanidad pública.[\[382\]](#)

En Brasil, con una de las tasas más altas del mundo, un 57 % con datos de 2014, la cesárea se ha convertido en todo un ritual. La mayoría de los partos en los hospitales privados, un 84 %, se llevan a cabo mediante esta operación quirúrgica; un 40% en la sanidad pública.[\[383\]](#) Las embarazadas de clase media y alta se preparan para la cesárea como si de un gran acontecimiento se tratara, se encargan vídeos profesionales, los cámaras entran en el quirófano y las mujeres asisten bien peinadas, maquilladas y con la manicura a punto.[\[384\]](#) La cesárea en este país está de moda, parir vaginalmente es considerado cosa de pobres. Paradójicamente, la mayoría de mujeres brasileñas al inicio del embarazo quiere un parto vaginal,[\[385\]](#) pero el sistema sanitario las induce a creer que la cesárea es mejor, la forma más moderna y segura de dar a luz.

Se trata de algo muy preocupante, ya que estamos cambiando la manera de nacer. Si cuando la cesárea empezó a aplicarse, ciento cincuenta años atrás, era una operación quirúrgica que permitía salvar la vida de algunos bebés que presentaban dificultades en el nacimiento, ahora se ha generalizado de tal manera que ha desembocado en una nueva forma de dar a luz, que se está convirtiendo en habitual.[\[386\]](#) La relación entre la excepción y la norma se invierte. Una tendencia que se explica por cambios socioculturales de fondo sobre la percepción del parto, el cual es considerado una fuente de riesgos, mientras que la cesárea aporta la falsa sensación de seguridad y control. Su normalización ha creado una equívoca impresión de autonomía en las mujeres, como si la ciencia nos hubiese liberado de los peligros y los dolores del parto, cuando en realidad la cesárea, como norma, no solo conlleva riesgos para la madre y el bebé, sino que nos genera aún más dependencia respecto al sistema médico, enajenándonos de nuestro cuerpo.

Las cesáreas, como toda operación de cirugía mayor, deberían ser las mínimas, solo las imprescindibles y, por supuesto, siempre respetuosas. Hay formas y formas de hacer una cesárea.

No es lo mismo que te operen acompañada de un ser querido o en la soledad de un quirófano, que tras la cesárea te pongan el bebé encima o se lo lleven, o que si no puedes hacer el «piel con piel» con la criatura lo haga tu pareja. Pero a menudo unas prácticas u otras se dan de manera aleatoria, sin justificación médica, en función del hospital o del personal que te atiende. En fin, que resulta una lotería que tu cesárea, como cualquier parto, sea respetada o no. En el Hospital de la Vall d'Hebrón, en Barcelona, han empezado a implementar lo que llaman «cesáreas próvinculo», mediante un protocolo que tiene como objetivo humanizar el parto con cesárea, respetando al máximo la llegada al mundo de la criatura, el contacto entre la mamá y el bebé y con la pareja. [\[387\]](#)

Dime dónde vives y te diré cómo pares

Tu código postal, más que tu expediente médico, acaba a menudo determinando el parto que tendrás. En el País Vasco, el número de cesáreas es el más bajo de todo el Estado, con un 16 % del total, mientras que en el País Valenciano, encontramos el más alto, un 29,5 %, con datos de 2014. Vivir en un sitio o en otro puede comportar tener el doble de posibilidades de sufrirla. En Cataluña, el número de nacidos por cesárea en 2017 era del 26 %, con un porcentaje muy superior en los hospitales privados, un 36 %, y uno menor en los públicos, un 22 %. Si bien la media ha ido disminuyendo desde el año 2013, cuando esta se situaba casi en el 32 %. A pesar de la tendencia a la baja, la cifra continúa siendo elevada, encontrándose incluso por encima de la media española, que en el año 2016 era del 24,8 %. [\[388\]](#) Todo esto debería llevar a preguntarnos: ¿qué está sucediendo en las salas de parto?

Lo mismo sucede con las posibilidades que tenemos de sufrir una episiotomía, un parto instrumental o un parto inducido. Si das a luz en el País Valenciano, en particular si lo haces en la sanidad privada, difícilmente volverás a casa con el periné intacto. A un 72 % de las parturientas atendidas en los hospitales privados valencianos en 2012 se les realizó una episiotomía, y en los centros públicos la cifra fue del 58 %. La media de episiotomías en el conjunto del Estado español se situaba en 2015 en el 42 % de los partos vaginales, pero es que diez años antes, entre 1995 y 1996, esta cifra había llegado... ¡al 89 %! [\[389\]](#) La OMS considera que una tasa por encima del 20 % no está justificada y el Ministerio de Sanidad propone un porcentaje inferior al 15 % como estándar de calidad. [\[390\]](#) En Europa, las cifras más bajas de episiotomías las registran Dinamarca, con un 5 % del total de partos vaginales, Suecia, con un 6,6 %, e Islandia, con un 7 %, con datos de 2010. [\[391\]](#) ¡Ni que las mujeres aquí tuviésemos un periné distinto a las de otros países europeos! Además, se trata de una intervención que puede provocar *a posteriori* problemas en las relaciones sexuales, incontinencia urinaria y debilitamiento de los músculos perineales. El mismo director del departamento de salud materno-infantil de la OMS, Marsden Wagner, llegó a calificar las episiotomías sistemáticas como «una forma de mutilación genital en la mujer». [\[392\]](#)

Las luces de alarma se encienden también cuando observamos la elevada cifra de partos inducidos por el equipo médico. En el País Valenciano en 2010 se registraba el segundo porcentaje más alto de toda Europa, un 31,7 % del total, solo por detrás de Valonia (Bélgica), con un 33 %. La media en los hospitales públicos del Estado español se situaba en 2009 en un 19,4 %. La OMS recomienda no superar la tasa del 10 %. [\[393\]](#) En cuanto a los partos instrumentales, el Estado español, junto con Irlanda, ocupaba en 2015 la primera posición del continente, con un 15 % sobre el total de alumbramientos. [\[394\]](#)

No respetar el contacto físico continuado entre la madre y el bebé, y separarlos nada más nacer,

es otra de las situaciones de violencia que se puede sufrir en la atención hospitalaria al parto, y una de las que más temen las mujeres. En 2015 en el Estado español, dicha separación se dio en 125.000 nacimientos. Según la OMS, este contacto ininterrumpido debería estar presente en más del 80 % de los alumbramientos, pero aquí la media apenas llega al 50 %.[\[395\]](#)

El alto número de cesáreas, episiotomías, partos instrumentales o inducidos, separación madre y bebé... es una muestra de las consecuencias de la hipermedicalización del parto. El sistema económico exige alumbramientos rápidos y productivos, a costa del bienestar de la mujer y del recién nacido. No se trata de estar en contra de las episiotomías o de las cesáreas, pues gracias a ellas se salvan vidas. Las habilidades obstétricas son primordiales en los partos de riesgo. Una cesárea puede evitar que un bebé nazca con daño cerebral o librar a una mujer de un parto instrumental extremadamente complicado. La intervención médica no es mala por sí misma; el problema se da cuando dichas prácticas se realizan por rutina, de manera innecesaria. Los obstetras deberían estar al frente del parto cuando hay una complicación, pero también ser capaces de permanecer al margen en los partos de bajo riesgo, que son la gran mayoría, dando autonomía a las matronas como expertas en el parto normal. Sin embargo, esto va en contra de la jerarquía médico-hospitalaria.

La confianza ciega en la intervención médica

Tanta intervención médica no da mejores resultados. Casi nunca se habla de los riesgos que puede comportar una cesárea para la madre y el recién nacido, como si dicha intervención estuviese libre de contingencias frente a los peligros que se asocian al parto normal. En cambio, las cifras sorprenden: la tasa de mortalidad materna para las cesáreas programadas es el doble que para el parto vaginal. Tras una cesárea, las mujeres tienen más posibilidades de sufrir inflamación del endometrio, mayor riesgo de hemorragia y necesitar transfusión de sangre, en un siguiente embarazo hay más probabilidades de tener placenta previa y si el parto es inducido hay peligro de rotura uterina. En lo que respecta al bebé, en una cesárea programada, este nace prematuramente, con un peso inferior y puede sufrir problemas respiratorios, y son más las opciones que en la edad adulta padezca obesidad, ya que la cesárea interrumpe el traspaso natural de microbiota entre la madre y el pequeño a través de la vagina. De hecho, cada vez hay más investigaciones que constatan la relación directa entre la alteración de la microbiota intestinal en los recién nacidos y enfermedades como el asma, la diabetes tipo 1, la celiaquía, la obesidad, el párkinson o la esclerosis múltiple.[\[396\]](#)

Toda la confianza ciega que se deposita en la intervención médica equivale al miedo al parto que se inculca. Quizás esta sea la causa de que cada vez más mujeres pidan una cesárea programada no justificada por motivos de salud. La tecnología aporta ilusión de seguridad, atizada por un discurso clínico impregnado de desconfianza corporal y obediencia pasiva. El miedo al dolor y a la imprevisibilidad son los motivos más frecuentes que llevan a una mujer a pedir una cesárea. Una opción que a menudo viene determinada por lo que dicen los profesionales de la salud, la familia, las amistades o los medios de comunicación, que construyen un imaginario del parto condicionado por la sociedad machista en la que vivimos. También una mala experiencia en un alumbramiento anterior, una muerte perinatal o el temor a las secuelas del parto pueden ser otras razones para solicitarla, ya que la cesárea se percibe como un mecanismo de control sobre el nacimiento.[\[397\]](#) Nos han inculcado de tal modo el miedo a parir que para un número creciente de madres una cesárea a la carta es la mejor opción.

Se desconoce con exactitud el número de cesáreas a demanda que se realizan en el Estado

español, ya que los registros hospitalarios no recogen específicamente dicha información, aunque en los centros privados los ginecólogos serían más proclives a este tipo de peticiones. En Estados Unidos, se calcula que una de cada diez cesáreas se hace a demanda de la madre.[398] Sería bueno que nos empezáramos a preguntar por qué la solicitud de cesáreas va en aumento, qué responsabilidad sanitaria y social hay detrás y qué consecuencias tiene para madres y bebés.

¿Quién nace en fin de semana?

Cada vez hay menos mujeres que dan a luz en fin de semana. Parir en horario laboral es lo más habitual desde hace treinta años, debido a las inducciones y las cesáreas programadas no por razones médicas, sino por intereses personales y de agenda del equipo sanitario y de logística hospitalaria, según destaca un informe de la asociación El Parto es Nuestro.[399]

Si en 1975, y tomando datos de la Comunidad de Madrid, apenas se apreciaban diferencias sustanciales entre el número de nacimientos entre semana y en fin de semana o festivo, en 2010 la mayoría de partos se producían de lunes a viernes. El horario laboral se ha impuesto a la fisiología del parto, con los consiguientes riesgos para la salud materna e infantil, con mamás que soportan cesáreas y episiotomías sin necesidad, que viven situaciones de estrés y ansiedad que les pueden causar síntomas de estrés postraumático; y bebés que sufren problemas respiratorios, luxaciones de hombros, cortes de bisturí o nacen prematuramente.[400]

En Cataluña, los datos siguen la misma tónica. El número de alumbramientos de lunes a viernes aumenta y disminuye durante el fin de semana y festivos, tanto en hospitales públicos como en privados, algo que no tiene justificación clínica. Entre semana, hay más posibilidades de sufrir una cesárea, un 32%, que en fin de semana, un 22%, con cifras de 2012 a 2015. Los días del año en que hay menos partos coinciden con los principales festivos. Y si en Cataluña se reducen en fechas como el 24 de junio —San Juan— o el 26 de diciembre —San Esteban—, en Madrid se mantienen en estos días, pues no son feriados.[401] En otros países como Estados Unidos, el Reino Unido, Nueva Zelanda, Austria..., la tónica es parecida.

Los nacimientos sin embargo son resultado de un proceso fisiológico aleatorio, así que el mayor número de nacimientos en días laborables solo se explica por la interacción con el personal sanitario. Desde la asociación Dona Llum se preguntan si una de las causas puede ser el hecho de que el seguimiento médico tiende a depender de un solo obstetra que compatibiliza la atención al parto con su agenda personal y a menudo con una consulta privada fuera del hospital. O si el hecho de que en la sanidad privada los obstetras muchas veces facturan según los partos que atienden, que las comadronas tienen menos presencia y autonomía y que los protocolos en general están menos actualizados puede influir en la mayor cifra de cesáreas en estos centros .[402]

La probabilidad de sufrir una cesárea no programada aumenta asimismo entre las 23:00 y las 4:00. En esta franja horaria, los médicos son menos proclives a la progresión natural del parto y hay más posibilidades de que intervengan para acelerarlo, según indica una investigación.[403] Por este motivo, los autores de este informe señalan la importancia de revisar la estructura de turnos y las largas jornadas de trabajo en los hospitales para reducir el número de intervenciones evitables.

Cada cesárea cuesta al sistema de salud público casi 1.700 euros más que un parto vaginal. Si se eliminaran las cesáreas prescindibles, se calcula que el conjunto de hospitales públicos del Estado podría ahorrar más de 47 millones de euros al año. Con menos cesáreas no solo gana la salud de las mamás y los bebés, sino también la de las arcas públicas. A la vez, con este ahorro se podría contratar más personal médico, al menos dos profesionales por hospital, lo que reduciría

las largas jornadas laborales.[404]

Las necesidades del bebé

El parto es un proceso cooperativo, en el que madre y bebé trabajan coordinadamente.[405] En consecuencia, cuando hablamos de violencia obstétrica no solo hay una víctima, la mujer que da a luz, sino que también lo es la criatura que sufre las consecuencias de estas prácticas. Como pasa en tantos otros casos de violencia de género, la violencia contra la mujer la paga también su pequeño.

El parto respetado no es solo un derecho de la madre, sino también del bebé. La criatura debe poder nacer cuando sea el momento óptimo de su desarrollo y beneficiarse de las hormonas del parto; recibir la microbiota materna a través de un alumbramiento vaginal, que le protegerá de enfermedades presentes y futuras; obtener la sangre y las células madre de su cordón umbilical, las cuales le aportarán hierro y hemoglobina; estar «piel con piel» con la mamá; y tomar el calostro, fuente de nutrientes, anticuerpos y glóbulos blancos.[406] Los recién nacidos sienten, perciben, ven, no lo olvidemos.

El parto tiene en varios aspectos un impacto en la salud futura de la persona. Nuestra flora intestinal como adultos, por ejemplo, depende de cómo nacemos y de lo que comemos de bebés. Las bacterias intestinales son fuente de nutrientes y vitaminas para el crecimiento del pequeño, y la colonización microbiana es clave para completar el desarrollo del sistema inmunológico y del aparato gastrointestinal. Pero su composición varía a lo largo de los doce primeros meses de vida en función de si el bebé nace a través de un parto vaginal y es amamantado por la madre, nace del mismo modo, pero toma leche artificial, o si llega al mundo mediante una cesárea. Mientras los primeros presentan bacterias muy similares a las de sus madres, algo que les resulta beneficioso, esto decae si el pequeño toma el biberón y aún más si nace mediante una operación de cirugía mayor.[407] El parto no es en absoluto una experiencia anecdótica en nuestra vida.

Los pioneros de la psicología perinatal apuntaban ya a la huella que el nacimiento deja en el individuo. El parto, según estos autores, significa el primer trauma, la angustia original, al separarnos repentinamente de la madre y llegar a un entorno hostil, perdiendo ese «estado ideal».[408] *A posteriori*, otros teóricos ampliaron esta capacidad de influencia al conjunto de la vida uterina, a cómo el entorno del feto en el embarazo y lo que le sucede a la madre puede marcar el psiquismo humano. Varios han sido los psicoanalistas, psicólogos y médicos que se han hecho eco de estas tesis, las cuales, a pesar de su difícil validación empírica, nos ayudan a valorar la importancia de la gestación y el alumbramiento.

La última frontera de la violencia de género

La violencia obstétrica es la última frontera de la violencia de género, una violencia física y psicológica ejercida contra las mujeres por el solo hecho de serlo. En el Código Penal la violencia de género se circunscribe a la relación de pareja; sin embargo, en la medida en que la violencia obstétrica implica una violación de los derechos reproductivos de las mujeres, puede ser concebida como una forma de violencia de género, como afirman distintos juristas.[409] Se trata, en definitiva, de una violencia silenciada, aceptada y justificada por la sociedad y las instituciones y, a menudo, también por sus víctimas, mujeres que son insultadas, maltratadas, agredidas, engañadas, infantilizadas en centros médicos, normalmente durante el parto, pero también en el embarazo y el posparto. Se aísla en ocasiones a la víctima, dejándola sola y

prohibiéndole que esté acompañada, como en tantos otros casos de violencia de género. Incluso trastornos posteriores que pueden surgir, como el síndrome de estrés postraumático, son idénticos a los que sufre una mujer víctima de una agresión sexual. Del mismo modo que sucede con la violencia doméstica, la violencia que tiene lugar en las salas de parto solo llega ante el juez cuando provoca daños físicos muy graves.^[410] La indefensión es total.

Nosotras lo aceptamos y callamos, porque pensamos que parir es esto. Cuántas mamás a pesar de haber sido humilladas y maltratadas describen su parto como bueno. ¿Por qué tenemos que quejarnos, pensamos y nos dicen, si tenemos un hermoso bebé entre los brazos? El miedo, el abandono, la impotencia y el daño físico que podamos haber sufrido no cuentan. Llega a ser considerado algo normal, y en consecuencia no es reconocido como un acto de violencia. El sistema capitalista y patriarcal, en su empeño por normativizar la reproducción de la vida y controlar el cuerpo femenino, ha impuesto un ideal de parto que se basa en la institucionalización de la violencia machista. Los medios de comunicación, a través de películas, series y programas de distinta índole, contribuyen a perpetuar y normalizar este imaginario.

Acabar con la violencia obstétrica debería ser una demanda de primer orden del movimiento feminista. Tan importante es poder decidir si queremos quedarnos embarazadas y seguir adelante con una gestación como, en caso de hacerlo, escoger cómo queremos parir. Que una mujer quiera decidir en su parto no es un capricho, sino un derecho, que tiene que ser ejercido libre de violencia.

^[336] Lessing, D., *op. cit.*, 1997, pp. 239-241, 264.

^[337] Blundell, J., *The principles and practice of obstetricy*, Londres: E.Cox. St. Thomas's Street, 1834, p. 255.

^[338] Ruiz-Berdún, D., *op. cit.*, 2018.

^[339] Fernández Guillén, F., «¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos», *Dilemata* 18, 2015, pp. 113-128.

^[340] El plan de parto es un documento oficial en el que la mujer expresa sus preferencias, deseos y expectativas sobre el proceso del parto, y que es entregado en el hospital para que sea tenido en cuenta por el equipo médico que la atiende al dar a luz.

^[341] Dona Llum, «Mi cesárea no electiva», *Donallum.org*, 1 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.donallum.org/testimonis/mi-cesarea-no-electiva>.

^[342] Silva, X., «216. La historia de Ximena», *Elpartoesnuestro.es*, 2 de diciembre de 2012. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/relatos>.

^[343] El Parto es Nuestro, «Historia de Andrea», *Quenoosseparen.info*, 2018. Disponible en: <http://www.quenoosseparen.info/articulos/testimonios/andreaanguera.php>.

^[344] *Ibid.*

^[345] Kitzinger, S., *op. cit.*, 2015; Olza, I., *op. cit.*, 2017.

^[346] Bollain, I., «Prólogo», en Olza, I., *op. cit.*, 2017, p. 10.

^[347] Pinheiro, I., *Anatomía dunha serea*, vídeo, 12 de julio de 2018. Disponible en: <http://redenasa.tv/es/post/6aa4bc98453f>.

^[348] Ariza, G., «Mi testimonio de Violencia Obstétrica: "Día Internacional Contra la Violencia Obstétrica"», *Lactandoamando.com*, 25 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.lactandoamando.com/2012/11/mi-testimonio-de-violencia-obstetrica.html>.

^[349] Beck, C. T., «The anniversary of birth trauma: Failure to rescue», *Nursing Research* 55 (6), 2006, pp. 381-390.

^[350] Olza, I., «Las secuelas de la violencia obstétrica», *Iboneolza.wordpress.com*, 15 de abril de 2013. Disponible en: <https://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica>; Ayers, S., R. Bond, S. Bertullies y K. Wijma, «The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework», *Psychological Medicine* 46 (6), 2016, pp. 1121-1134.

^[351] Olza, I., *op. cit.*, 2017.

- [352] Olza, I., *El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica*, Madrid: Ministerio de Salud, 2007.
- [353] Kitzinger, S., *op. cit.*, 2015, p. 16.
- [354] Suavinex, *op. cit.*, 2017.
- [355] Kitzinger, S., *op. cit.*, 2015, pp. 78-79.
- [356] OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, Ginebra: OMS, 2014.
- [357] Álvarez, A., «Denuncia por el empleo de “fórceps didácticos” con mujeres sin recursos económicos», *Diagonalperiodico.net*, 11 de diciembre de 2013. Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/20998-cuando-se-experimenta-con-la-mas-vulnerable.html>; El Parto es Nuestro, «El Parto es Nuestro ejerce la acusación popular en un caso de “fórceps didácticos” en el que se lesionó gravemente a una bebé», *Elpartoesnuestro.es*, 30 de octubre de 2013. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/10/30/el-parto-es-nuestro-ejerce-la-acusacion-popular-en-uncaso-de-forceps-didacticos-en-el-que-se-lesiono-gravemente-una-bebe>.
- [358] Agüero, S., «Dav tuqe jekh ròza miri dukhaØar. De mi dolor te doy una rosa», *Pikaramagazine.com*, 8 de junio de 2017. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2017/06/gitanas-violencia-obstetrica>.
- [359] Knight, M. *et al.* (eds.), *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014-16*, Londres: MBRRACE-UK, 2018.
- [360] Heron, M., «Deaths: Final Data for 2006», *National Vital Statistics Reports* 57 (14), 2009, pp. 1-134.
- [361] Barro, A., «Morir al dar a luz en la primera potencia: ¿por qué EEUU triplica la media europea?», *Elconfidencial.com*, 4 de febrero de 2018. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/mundo/2018-02-04/eeuu-mortalidad-materna-sanidadnacimientos_1516708.
- [362] Hernández, J. M. y P. Echevarría, *op. cit.*, 2016.
- [363] Gérvas, J., *op. cit.*, 2016.
- [364] Montes, M. J., «¿Por qué no me dejaron? Experiencias de mujeres en sus partos», *Cuestiones de Género* 3, 2008, pp. 275-290.
- [365] Brigidi, S., «Entrevista a Serena Brigidi», *Academia.edu*, 2014. Disponible en: http://www.academia.edu/22041575/Violencia_Obst%C3%A9trica.
- [366] El Parto es Nuestro, «227. La historia de E. Una más», *Elpartoesnuestro.es*, 7 de diciembre de 2012. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/relatos/>.
- [367] El Parto es Nuestro, «Duelo tras cesárea. Duelo por el no parto», *Elpartoesnuestro.es*, 26 de febrero de 2014. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/02/26/duelo-tras-cesarea-duelo-por-el-no-parto>.
- [368] Kitzinger, S., *op. cit.*, 2015.
- [369] Dona Llum, «Comunicat de Dona Llum davant la pràctica d'una inducció forçada a una dona a l'hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi», nota de prensa, 16 de junio de 2016.
- [370] Fernández Guillén, F., *op. cit.*, 2015.
- [371] Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, *Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38668, 2007, p. 8.
- [372] *Ibid.*, p.18.
- [373] OMS, *op. cit.*, 2014, p. 1.
- [374] El Parto es Nuestro, «El Parto Es Nuestro crea el Observatorio de Violencia Obstétrica», *Elpartoesnuestro.es*, 2018. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/el-parto-es-nuestro-crea-el-observatorio-de-violencia-obstetrica>.
- [375] Datos obtenidos respectivamente de: Ministerio de Sanidad, *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y centros sin internamiento. Año 2016*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2018; Ministerio de Sanidad, *Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2013; OMS, *Declaración de Fortaleza*, 1985. Disponible en: <http://lobafilm.com/wp-content/uploads/2014/07/oms.pdf>.
- [376] Ministerio de Sanidad, *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y centros sin internamiento. Año 2016*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2018.
- [377] Kitzinger, S., *op. cit.*, 2015.
- [378] Redondo, A., M. Sáez, P. Oliva, M. Soler y A. Arias, «Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles», *Gaceta Sanitaria* 27 (3), 2013, pp. 258-262.

- [379] Datos obtenidos respectivamente de: Euro-Peristat Project, *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. Bruselas: Europeristat, 2018; Wolf, J. H., *The Cesarean Section Rate: An American History of Risk, Technology, and Consequence*, Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2018; OCDE, *Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE*, París: OECD Publishing, 2018.
- [380] Kitzinger, S., *op. cit.*, 2015.
- [381] Datos obtenidos respectivamente de: OCDE, *op. cit.*, 2018; Unicef, *Estado Mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño*, Nueva York: Unicef, 2016; The Lancet, «Optimising caesarean section use», *TheLancet.com*, 12 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.thelancet.com/series/caesarean-section>.
- [382] Wolf, J. H., *op. cit.*, 2018.
- [383] Unicef, *Quem espera espera*, Brasilia: Unicef, 2017.
- [384] Wolf, J. H., *op. cit.*, 2018.
- [385] Do Carmo Leal, M. *et al.*, «Birth in Brazil: national survey into labour and birth», *Reprod Health* 9, 2012, doi: 10.1186/1742-4755-9-15.
- [386] Olza, I. y E. Lebrero, *¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesarias. Vivir cesáreas respetuosas*, Barcelona: Ediciones Granica, 2005.
- [387] Macpherson, A., «Cesáreas con bebé entre los brazos», *La Vanguardia*, 9 de julio de 2018.
- [388] Datos obtenidos respectivamente de: Ministerio de Sanidad, *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2014*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2016; Pàmies, A., «Informe Cesàries 2017», *Donallum.org*, 16 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.donallum.org/blog/informe-cesaries-2017>; Ministerio de Sanidad, *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y centros sin internamiento. Año 2016*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2018.
- [389] Datos obtenidos respectivamente de: Recio, A., «La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema», *Dilemata* 18, 2015, pp. 13-26; El Parto es Nuestro, «Nuestro cuerpo NO es un juguete: Contra la violencia obstétrica», nota de prensa, noviembre de 2017; Melchor, J. C. *et al.*, «La episiotomía en España. Datos del año 2006», *Prog Obstet Ginecol* 51 (9), 2008, pp. 559-563.
- [390] Recio, A., *op. cit.*, 2015.
- [391] Euro-Peristat Project, *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, Bruselas: Europeristat, SCPE y EUROCAT, 2013.
- [392] Wagner, M., «Episiotomy: a form of genital mutilation», *The Lancet* 353, 1999, p. 1977.
- [393] Datos obtenidos respectivamente de: Euro-Peristat Project, *op. cit.*, 2013; Ministerio de Sanidad y Observatorio de Salud de las Mujeres, *Informe sobre la Atención al Parto Normal y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2012; OMS, *op. cit.*, 1985.
- [394] Euro-Peristat Project, *op. cit.*, 2018.
- [395] El Parto es Nuestro, *op. cit.*, noviembre de 2017.
- [396] Kitzinger, S., *op. cit.*, 2015; Martínez, K. A. *et al.*, «Increased weight gain by C-section: Functional significance of the primordial microbiome», *Science Advances* 3 (10), 2017, doi: 10.1126/sciadv.aao1874.
- [397] O'Donovan, C. y J. O'Donovan, «Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature», *Birth*, 2017, doi: 10.1111/birt.12319.
- [398] Usandizaga, M., «El iceberg de las cesáreas sin indicación», *Gaceta Sanitaria* 28 (2), 2014, p. 178.
- [399] Recio, A. y A. E. Müller, *Nacer en horario laboral*, Madrid: El Parto es Nuestro, 2016.
- [400] *Ibid.*
- [401] Dona Llum, *Nacer en horario laboral en Catalunya*, Barcelona: Dona Llum, 2018.
- [402] *Ibid.*
- [403] Costa-Ramón, A. M., A. Rodríguez-González, M. Serra-Burriel y C. Campillo-Artero, «It's about time: Cesarean sections and neonatal health», *Journal of Health Economics* 59, 2018, pp. 46-59.
- [404] *Ibid.*
- [405] Sutton, J., «A midwife's observations of how the birth process is influenced by the relationship of the maternal pelvis and the fetal head», *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health* 79, 1996, pp. 31-33.
- [406] Casadevall, L., «El bebé también tiene derechos...», *Laiacasadevall.com*, 8 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.laiacasadevall.com/2018/05/08/el-bebetambien-tiene-derechos>.
- [407] Houghteling, P. D. y W. A. Walker, «Why is initial bacterial colonization of the intestine important to the

infant's and child's health?», *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 60 (3), 2015, pp. 294-307.

[408] Rank, O., *El trauma del nacimiento*, Madrid: Paidós Ibérica, 1992 (1924).

[409] Payà, M. y J. Martín, «Violencia obstétrica: la lacra detrás del parto feliz», en Goberna-Tricas, J. y M. Boladeras (coords.), *Violencia obstétrica. Y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid: Editorial Tecnos, 2018, pp. 69-79.

[410] Fernández Guillén, F., *op. cit.*, 2015.

Los profesionales, en el punto de mira

Médicos machistas

Ante esta realidad, no nos debería sorprender el contenido machista, clasista y misógino de las viñetas publicadas en la gaceta electrónica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) desde el año 2008 hasta el 2011, cuando fueron denunciadas. Unas ilustraciones, realizadas por uno de sus asociados, que ridiculizaban, despreciaban y se reían de las mujeres que sufrían dolencias ginecológicas y de las que estaban de parto, a las que representaban como ignorantes, sucias e incultas. En una de las escenas, por ejemplo, una mujer que sufría un prolapso uterino, con el consiguiente descenso del útero, era perseguida por una jauría de perros, mientras el hombre que corría a su lado le gritaba: «¡Hasta que no te operes del puñetero prolapso, no vuelvo a correr contigo por el parque!». En otra, se veía una embarazada que daba a luz a un bebé de nalgas. Entonces, uno de los obstetras gritaba: «Rápido, vuelve a meterlo dentro, ¡no ha firmado el consentimiento!», mientras otro empujaba al recién nacido hacia el interior de la vagina. El Parto es Nuestro denunció su contenido en 2011, dando lugar a un debate público al respecto.[\[411\]](#)

También resulta significativo que, tras hacerse pública la acusación, la respuesta del presidente de la SEGO, Josep Maria Lailla, fuera la justificación en lugar de la disculpa. «Es una cosa jovial de este señor [su autor]. No hay que darle tanta importancia. Es humor y ya está. La sociedad tiene cosas más importantes», dijo. A pesar de la indignación que despertó la polémica, los directivos de la SEGO, responsables de la publicación, jamás se retractaron de estos contenidos.[\[412\]](#) Claro que no se puede generalizar y que existen profesionales que trabajan para mejorar la atención sanitaria a las mujeres, pero es significativo el hecho de que nadie alzase la voz hasta que El Parto es Nuestro denunció estas viñetas, una muestra de cuán interiorizada y silenciada está la violencia obstétrica en el sector.

Otro elemento preocupante es el lenguaje denigrante e infantilizador utilizado a veces por el equipo médico en las salas de parto, que revela menosprecio por la mujer, el bebé y el acto de parir. Más allá de apelativos como *hijita*, *mami* o *barriguitas*, hay expresiones como *limpiar la guardia*, que implica inducir el parto mediante fármacos, maniobras o cirugía para evitar que la mujer dé a luz durante las horas de guardia, o *parir a la mujer* o *hacerle el parto*, como si la mujer no fuese capaz de alumbrar por sí sola.[\[413\]](#) También en algunos casos se ha llegado a realizar lo que se llama «el punto del marido agradecido», una práctica que consiste en dar un punto de sutura de más en el proceso de reparación de la vagina tras el parto para estrecharla y proporcionar, supuestamente, más placer a la pareja, con consecuencias nefastas para la salud sexual femenina.[\[414\]](#) La medicina no está exenta de los prejuicios y el modo de actuar de una sociedad machista; al contrario, como tantos otros ámbitos, los reproduce. La violencia obstétrica

no es resultado de una negligencia facultativa, sino de un conjunto de malas prácticas institucionalizadas.

Sin embargo, la SEGO se niega a aceptar esta realidad y rechaza el uso del término *violencia obstétrica*, rehusando que sus miembros puedan llegar a ejercer la violencia en la atención al embarazo y el parto. «La SEGO [...] bajo ningún concepto ni criterio se puede sentir aludida por términos como *violencia obstétrica*, dado que vigila constantemente la buena praxis de sus asociados», afirmaba la asociación en un comunicado.[415] Un texto firmado por el Consejo Rector y Asesor del Comité Científico de la SEGO, formado por diez doctores, todos ellos hombres, quienes, parece, no se han enterado de que la misma OMS reconoce la existencia de maltrato frecuente a las mujeres en los centros de salud durante la atención al parto.[416]

Las declaraciones de la SEGO no son un caso aislado. El Colegio de Médicos de Ciudad Real se pronunció públicamente, en octubre de 2018, en contra de una jornada sobre violencia obstétrica que iba a celebrarse en esta ciudad a cargo de la abogada Lorena Moncholí, especialista en la materia. El Colegio acusó a las organizadoras del acto, el grupo de apoyo a la lactancia materna Oro Blanco, de abordar una temática ofensiva y difamatoria, al estimar que «el uso del concepto “violencia” es contrario a la ética médica». Asimismo, consideraban «inadmisibles el título de la ponencia [que no era otro que “Actúa contra la violencia obstétrica”] puesto que atenta contra la honorabilidad de los ginecólogos».[417] A pesar de las presiones, las convocantes llevaron a cabo la actividad.

Tanto las declaraciones de la SEGO como las del Colegio de Médicos de Ciudad Real son constitutivas de violencia obstétrica, ya que niegan el maltrato que sufren muchas mujeres en la atención al parto. Si las madres víctimas de violencia obstétrica ni siquiera pueden denunciarlo, ¿qué les queda? Si las sociedades que representan a la comunidad médica no la reconocen, ¿cómo la vamos a erradicar? Hablar de violencia obstétrica no es violencia, pero sí lo es negar que existe.

A pesar de la creciente feminización de estudios como la medicina, con un 66 % de alumnas y un 50,4 % de colegiadas en el año 2017, y del peso importante que tienen en especialidades como la ginecología, la obstetricia o la pediatría, a día de hoy no hay ninguna mujer que ostente una cátedra en estas disciplinas.[418] Obviamente no basta con que las mujeres accedan a cargos de responsabilidad para que haya una modificación de las prácticas médicas, si no se da un cambio de paradigma en clave feminista; pero puede ser un primer paso.

Una formación sin perspectiva de género

Hablar de violencia obstétrica no resulta fácil, y menos en un entorno médico donde los profesionales se sienten cuestionados y atacados de manera automática al abordar este tema. Cuando en foros médicos, judiciales o académicos se hace referencia a esta cuestión, en la mayoría de los casos, la reacción del auditorio, muchas veces femenino, es de sorpresa o negación, pues se cree que el trato denigrante a las mujeres en los paritorios o en las exploraciones ginecológicas no puede ser descrito como un acto de violencia de género o no se lo han planteado así.[419]

El personal sanitario que ejerce estas prácticas considera que forman parte de su correcta y necesaria actuación, y procede según la formación que ha recibido; otros que las juzgan como inapropiadas, no se atreven a cuestionarlas.[420] Uno de los problemas de fondo radica en que ya desde las facultades de medicina se impone una perspectiva patologizante del embarazo y el parto. No es que los profesionales sean malos, sino que no se les forma en cómo atender a un parto

respetando su normal evolución, sin el suministro de fármacos, con la mamá pariendo con libertad de movimientos. Su formación lleva implícita una carga patriarcal, que incide en la práctica. Hay, en general, poco respeto por la fisiología del parto, e impera entre la mayoría de profesionales el miedo a que la mujer dé a luz sin control. De ahí que haya que supeditar su cuerpo y voluntad. [\[421\]](#)

Aun así, hay profesionales conscientes, que escuchan y acompañan, que intentan hacerlo lo mejor que pueden con los recursos a su alcance y se forman y actualizan para mejorar la atención a las parturientas. Hay también hospitales con protocolos más respetuosos. Pero los programas formativos de las facultades de medicina y enfermería no incorporan una perspectiva de género, no hablan de violencia obstétrica. Sin embargo, mientras no se reconozca la violencia antes, durante y después del parto, no podremos erradicarla. [\[422\]](#) Lo que no se nombra no existe.

Profesionales traumatizados

A pesar de las reticencias en el sector, hay profesionales que sí identifican el trato dispensado a las mujeres en el paritorio como un acto de violencia. Así lo apuntaba una encuesta piloto realizada en 2014 a varios trabajadores que atendían partos en el Estado español. Los encuestados relataron casos de cesáreas realizadas con el único fin de acabar antes de una hora determinada, sedaciones suministradas para que la mujer no molestara, gritos a parturientas diciéndoles lo mal que lo estaban haciendo y que iban a matar a su criatura, y partos instrumentalizados únicamente para que practiquen estudiantes. Una de las personas encuestadas reconocía que «nos enseñan a que nos tenemos que proteger entre nosotros y, por lo tanto, si vemos algún caso de violencia siempre nos excusamos diciendo que lo sucedido es lo correcto y nunca le decimos la verdad a la mujer o apoyamos a la mujer». [\[423\]](#) Lo confirman los casos de mamás que han querido denunciar malas prácticas y se han encontrado con todas las puertas cerradas.

Los profesionales sanitarios sufren también las consecuencias de la violencia ejercida en la atención al parto, e incluso algunos llegan a abandonar su puesto en el paritorio al sentirse incapaces de trabajar en este contexto de violencia o de plantar cara a quienes la ordenan y ejercen. [\[424\]](#) El personal sanitario no solo puede ser responsable o cómplice de la violencia obstétrica, sino víctima. Lo señala un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, que indica que tras asistir a un parto traumático hasta un 35 % de las enfermeras puede presentar síntomas secundarios, moderados o graves de estrés postraumático. [\[425\]](#)

«He tenido síntomas de depresión y he salido llorando del paritorio traumatizada. Un ginecólogo me dio un manotazo cuando gentil y educadamente le toqué el brazo y le miré a los ojos para pedirle que dejara de hacer una maniobra de Kristeller brutal sobre una chica de parto (de varios minutos). La chica pedía que parara y él seguía y seguía. Parecía una violación. Todavía tengo ganas de llorar y tenía pesadillas», cuenta una profesional. Otra añade: «Me he ido muchas veces llorando a casa y soñando con partos pasados y, sobre todo, he sentido profunda culpabilidad por haber sido en mayor o menor medida cómplice indirecto de semejante violencia». [\[426\]](#) La violencia obstétrica no es un problema único del personal sanitario, sino que atañe al conjunto de la sociedad, que niega que el sistema médico pueda maltratar a las mujeres. Una violencia que solo es posible ejercer en una sociedad patriarcal y capitalista que la ampara.

¿Dónde están las comadronas?

Otra de las carencias del sistema de atención al parto es la falta de comadronas. Si la media de

matronas en los países de la OCDE en 2009 era de casi 70 por cada cien mil mujeres, en el Estado español la cifra caía a las 31, una de las ratios más bajas de toda Europa. Mientras que en países como Francia, Alemania, Italia o Portugal su número a lo largo de la década del 2000 no hizo sino aumentar, en el Estado español disminuyó. Si tenemos en cuenta la cifra de comadronas por la de bebés nacidos, la ratio en el Estado era de 12 por cada mil alumbramientos en 2009, cuando la media de la OCDE era de 26.[\[427\]](#) Unos datos que repercuten negativamente en el acompañamiento a madres y recién nacidos, al no poder darles un cuidado individualizado.

En Estados Unidos y Canadá, la situación es aún peor. La medicalización y hospitalización del parto significó la desaparición progresiva de las comadronas, que empezaron a ser vistas como una figura arcaica, tradicional y rural. En estos países, quienes asisten al parto junto con los obstetras, no son las matronas, sino las enfermeras. Ante esta situación, en Estados Unidos en las últimas décadas ha emergido un movimiento de matronas organizadas, tanto a nivel político como profesional, que empuja hacia la destecnocratización del alumbramiento. Se trata de un espacio plural, integrado por varias asociaciones, con miradas no siempre coincidentes sobre la práctica de la matronería y el parto.[\[428\]](#)

También aquí las comadronas se han organizado para reivindicar su trabajo. Las profesionales andaluzas, en marzo de 2014, convocaron una marea rosa, a la cual se sumaron otras de Galicia, el País Vasco, Madrid y el País Valenciano, con el objetivo de defender sus competencias y denunciar la falta de matronas en los centros sanitarios, debido a que sus puestos eran ocupados por otros técnicos que no tenían la misma formación. La salud de las mujeres, como ellas afirmaban, es la que sale perdiendo. Una de sus consignas lo dejaba claro: «Una matrona más, una cesárea menos».

La serie de televisión británica *Call the Midwife* (Llama a la comadrona), la serie dramática de más éxito en el Reino Unido de los últimos años, rinde homenaje a esta profesión. Una producción audiovisual que narra el trabajo de una comunidad de matronas y monjas que vivían y trabajaban en plena posguerra en un convento de enfermería ubicado en uno de los barrios más pobres del Londres de los años cincuenta y sesenta, Poplar, y donde la mejor ayuda que podía recibir una mujer al parir era la de una comadrona. Una serie de la BBC, emitida por primera vez en 2012, con seis temporadas, que muestra el papel clave, y demasiadas veces olvidado, de las parteras. Aquí, la serie se estrenó en 2013, pero pasó desapercibida.

Según varios estudios, la atención al embarazo, el parto y el posparto en manos de comadronas proporciona más beneficios que otros modelos de atención compartida con profesionales diversos. Algunas de sus ventajas son: mayor número de partos vaginales espontáneos, disminución del uso de anestesia regional, menos episiotomías y un incremento de la satisfacción de las mujeres al tener más control sobre su parto.[\[429\]](#) A menudo, sin embargo, son los ginecólogos los que los atienden, en particular si es en la sanidad privada.

En la atención hospitalaria al parto, el saber de las comadronas es con frecuencia minusvalorado. La jerarquía sanitaria subestima sus competencias, y las matronas a menudo topan con dificultades para desempeñar su trabajo. Unos prejuicios que se trasladan a los nuevos residentes de obstetricia, perpetuando dicho patrón organizativo. Sin embargo, son ellas las profesionales apropiadas para atender el embarazo y el parto de bajo riesgo, mientras que los obstetras están preparados para dar respuesta a patologías y alumbramientos que presentan complicaciones.

La sociedad tampoco valora su labor. A pesar de que instituciones como la OMS o el Ministerio de Sanidad han dejado claro en múltiples ocasiones que la comadrona es la especialista más adecuada para ocuparse de un parto normal, seguimos creyendo que un ginecólogo lo hará mejor.

Tenemos tan interiorizado que dar a luz es algo peligroso que pensamos, en consecuencia, que solo un médico podrá darnos la garantía de un alumbramiento exitoso.[430] A menudo, es lo contrario.

Avanzar hacia un parto respetado, donde las necesidades de la mujer y el bebé sean plenamente reconocidas, pasa por conseguir una atención continuada, personal e integral a lo largo de todo el parto. Lo que hace imprescindible la figura de una comadrona que acompañe a la embarazada desde el inicio hasta el final del alumbramiento, el conocido como modelo *one to one*, una matrona por parturienta, como recomiendan los organismos oficiales.[431] Un modelo que, está demostrado, mejora los resultados perinatales, reduce el exceso de intervenciones médicas y aumenta la satisfacción de la mamá y su familia. Para conseguirlo, es fundamental aumentar el número de estas profesionales, dotarlas de autonomía y valorar su trabajo.

-
- [411] El Parto es Nuestro, «El Parto es Nuestro denuncia: Las viñetas de la gaceta electrónica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ofrecen una imagen degradante de las mujeres españolas», nota de prensa, 19 de septiembre de 2011.
- [412] Fernández Guillén, F., «¿Existe algo que pueda llamarse “violencia obstétrica”?», en Goberna-Tricas, J. y M. Boladeras (coords.), *Violencia obstétrica. Y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid: Editorial Tecnos, 2018, pp. 105-115.
- [413] Fernández Guillén, F., *op. cit.*, 2015.
- [414] Murphy, C., «The Husband Stitch Isn’t Just a Horrifying Childbirth Myth», *Healthline.com*, 24 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.healthline.com/health-news/husband-stitch-is-not-just-myth#1>.
- [415] SEGO, «Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable», comunicado, octubre de 2018.
- [416] OMS, *op. cit.*, 2014.
- [417] Colegio de Médicos de Ciudad Real, «El Colegio de Médicos de Ciudad Real condena la “tendenciosidad” de la jornada “Actúa contra la violencia obstétrica”», comunicado, 2 de octubre de 2018.
- [418] Datos obtenidos respectivamente de: Eurostat, *Estadísticas de educación terciaria*, 2017. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tertiary_education_statistics/es; INE, *Médicos colegiados por año y sexo*, 2018. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/serie/10/&file=s01001.px>; Sánchez de Madariaga, I. (coord.), *Estadísticas e indicadores de la (des)igualdad de género en la formación y profesión científica*, Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011.
- [419] Bianco, G., «La invisibilidad de la violencia obstétrica», *Diagonalperiodico.net*, 6 de octubre de 2015. Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/27818-la-invisibilidad-la-violencia-obstetrica.html>; Ricoy, J., «La rebelión de LAS objetos», *Jesusaricoy.blogspot.com.es*, 13 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://jesusaricoy.blogspot.com.es/2017/11/la-rebelion-de-las-objetos.html>.
- [420] Ricoy, J., *Madre, el último tabú: Reflexiones sobre violencia obstétrica*, autoedición, 2015.
- [421] Olza, I. y E. Lebrero, *op. cit.*, 2005; Olza, I., «Hay hospitales públicos con tasas de cesáreas vergonzosas y hasta peligrosas», entrevista realizada por Ana Requena, *Eldiario.es*, 23 de octubre de 2017. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/Ibone-Olza_0_696780675.html.
- [422] Brigidi, S., *op. cit.*, 29 de enero de 2018.
- [423] Olza, I., *op. cit.*, 2017, p. 159.
- [424] Olza, I., *op. cit.*, 2017.
- [425] Beck, C. T. y R. K. Gable, «A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses», *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 41 (6), 2012, pp. 747-760.
- [426] Olza, I., *op. cit.*, 2017, p. 160.
- [427] FAME, *Informe de situación de las matronas en España*, Madrid: FAME, 2014.
- [428] Davis-Floyd, R. y C. B. Johnson (eds.), *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change*, Nueva York: Routledge, 2006.
- [429] Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona, «Un 40% dels hospitals de Catalunya no poden

oferir l'acompanyament integral de la llevadora durant el part», nota de premsa, 13 de febrer de 2018.

[430] OMS, *op. cit.*, 1985; Ministerio de Sanidad, *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010; Marcos, I., *op. cit.*, 11 de agosto de 2016.

[431] Ministerio de Sanidad, *op. cit.*, 2010; NICE, *Intrapartum care for healthy women and babies*, Londres: NICE, 2014.

Por un parto respetado

Nosotras decidimos

La crítica feminista a la medicalización del parto viene de lejos. Desde los años setenta, en aquellos países con movimientos contraculturales fuertes, en particular Estados Unidos, algunas corrientes del feminismo empezaron a poner en cuestión las prácticas de una medicina moderna tecnocapitalista y patriarcal que negaba el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo. Unas voces que pusieron el foco en la patologización de la reproducción femenina y reivindicaron el parto natural como alternativa. La apertura de clínicas feministas de salud reproductiva fue el resultado más tangible.^[432] Una de las más conocidas fue el centro de nacimiento y comunidad de matronas The Farm (La Granja), que se estableció en 1971 cerca de Summertown, Tennessee (Estados Unidos), fundada y dirigida por la conocida partera Ina May Gaskin, el cual sigue funcionando en la actualidad. Hasta el año 2011, The Farm había atendido casi tres mil partos, con muy buenos resultados incluso en alumbramientos complejos.^[433] Ina May Gaskin es hoy un referente internacional en la defensa del parto natural y la revalorización de la matronería.

En el Estado español, en los últimos años, una oleada de mujeres, organizadas en espacios y asociaciones diversas, se han alzado para reivindicar un parto respetado. Cada vez son más las madres que llegan a dar a luz teniendo claro qué quieren y, sobre todo, qué es lo que no quieren; la información es clave. Politizar el parto, problematizar prácticas sociales y médicas que se han normalizado, es imprescindible para recuperar nuestro derecho a parir. Pero hay que tener en cuenta que el parto respetado solo será posible en una sociedad que comprenda y acate su fisiología; no se trata tanto de entenderlo desde la óptica individualista de la libre elección, sino desde la de los derechos colectivos de las mujeres y las criaturas. El parto es un asunto de justicia reproductiva y social.

Una de las asociaciones que ha jugado un papel más relevante, tanto a nivel de sensibilización como de incidencia política, es El Parto es Nuestro, creada en Madrid, en el año 2003, con el objetivo de apoyar a aquellas madres víctimas de un parto traumático, mejorar la atención materno-infantil y acabar con el maltrato y el abuso en la atención al parto como principales demandas. Las mujeres que la fundaron venían de la lista virtual ApoyoCesáreas, que habían creado unos años antes, en 2001, con el fin de ofrecer respaldo a las madres que hubieran pasado por una cesárea. Sin embargo, pronto empezaron a llegar a la lista mujeres que, sin haberla sufrido, habían vivido un trato obsoleto y denigrante al dar a luz. Para darles respuesta, acompañarlas y denunciar sus experiencias, surgió El Parto es Nuestro.^[434]

Hay grupos locales de El Parto es Nuestro en casi todas las grandes ciudades del Estado. En Cataluña, la organización de referencia es Dona Llum, creada en 2006 con el objetivo de que madres y bebés reciban durante el embarazo, el parto y el posparto una atención digna, respetuosa

y no jerárquica. La asociación reivindica el papel primordial de las comadronas, así como la inclusión en el sistema público de salud de todas las modalidades de alumbramiento, desde la hospitalaria, pasando por las casas de parto, hasta la domiciliaria.[435] En 2014, El Parto es Nuestro dio un paso más y creó el Observatorio de la Violencia Obstétrica, como instrumento de recogida, análisis y difusión de casos de maltrato obstétrico y como canal de comunicación entre instituciones, colectivos de profesionales y asociaciones de usuarias.

Lo conseguido y lo que queda por conseguir

A lo largo de estos más de quince años de activismo, se han logrado avances muy importantes, y el trato vejatorio explícito a las parturientas, propio de la década de los ochenta y los noventa, es en la actualidad más excepcional.[436] Sin embargo, el maltrato sigue presente de forma sutil, y la situación es mucho peor en la sanidad privada que en la pública, donde patriarcado y capitalismo se entrelazan en estado puro.

La aprobación de la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* por parte del Ministerio de Sanidad en 2007, elaborada en colaboración con organizaciones de profesionales sanitarios y de usuarias, así como la publicación de las guías que la desarrollan, apelando a la humanización del parto y revisando algunas de las prácticas más extendidas, ha sido uno de los principales logros de El Parto es Nuestro.[437] El documento, que incluía varias de las propuestas hechas por la asociación, fue clave además para que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sustituyera en 2008 su *Protocolo de asistencia al parto normal*, publicado en 2003, por unas nuevas *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*, que subrayaban que era necesario un cambio en la atención al parto para que la mujer fuese el centro de la asistencia recibida e instaban a modificar algunos de los procedimientos habituales.[438] Un hito inimaginable tiempo atrás.

En estos años, hemos visto cambios en la práctica profesional. El número de episiotomías se ha reducido significativamente, pasando de un 86,6 % sobre el total de partos entre 1999 y 2000 a un 43 % en 2010. Aun así, la cifra continúa siendo alta, muy por encima de las recomendaciones de la OMS, que considera que un porcentaje normal de episiotomías no debería superar el 15 %. El número de cesáreas ha sufrido un ligero descenso en los últimos años pasando del 25,3 % en 2013 y 2014 al 24,8 % en 2015 y 2016, pero el porcentaje es todavía elevado.[439] Los partos instrumentales, con una de las cifras más altas de Europa, y las roturas artificiales de la bolsa de aguas son asimismo numerosas y se siguen realizando maniobras que están prohibidas por su peligrosidad, como la maniobra de Kristeller. El problema radica en que las recomendaciones de la *Estrategia de atención al parto normal* no son de cumplimiento obligatorio, y su aplicación depende de los profesionales que haya al frente de cada lugar.

En muchos casos, los cambios han sido más cosméticos que reales, modificando los discursos, pero no las prácticas. Hay profesionales y centros que a pesar de las sugerencias oficiales no tienen la intención de cambiar sus procedimientos, algo que tiene mucho que ver, según apuntan algunos autores, con el poder que ostentan especialidades como la obstetricia y, en parte, la neonatología, reticentes a aceptar reformas que pongan en cuestión una serie de prácticas y creencias. De este modo, se mantienen procedimientos obsoletos que responden más a una concepción del parto basada en prejuicios que en la evidencia científica.[440]

A pesar de las dificultades objetivas para cambiar el actual orden de cosas, El Parto es Nuestro, Dona Llum y otras organizaciones han sido capaces de poner el foco sobre un tema invisible hasta hace pocos años: la violencia obstétrica. Las campañas de sensibilización de El Parto es Nuestro,

como «Stop Kristeller», «Unidos en neonatos», «Contra la episiotomía de rutina» o «Que no os separen», los encuentros periódicos de Dona Llum para intercambiar opiniones o muchas otras actividades impulsadas por grupos que trabajan en la defensa de un parto respetado han ayudado a que cada vez más mujeres tomen conciencia de la violencia que se ejerce en tantos partos.

Mi parto

Yo quería un parto natural, sin intervenciones médicas innecesarias. Al final opté por parir en casa. Consideré que era la mejor opción para dar a luz como yo quería, la más respetuosa y segura para mí y la criatura. Me informé mucho, muchísimo. Tuve dudas, pues la presión social es brutal. Hay un gran desconocimiento, y mucho miedo. Pero mi comadrona, Blanca, me dio toda la confianza, así como conocer experiencias de otras mujeres que lo habían hecho antes que yo y contar con el apoyo de mi pareja. El parto natural, y en particular en casa, es una vivencia íntima, extremadamente intensa, que nos han arrebatado. No se trata de mitificarlo, pero sí exigir el derecho a poder vivirlo.

Mi parto duró unas veinte horas. Aún recuerdo cómo empezó: mientras seguía por televisión con Josep Maria, mi compañero, el recuento de las elecciones autonómicas en Andalucía en marzo de 2015. Al día siguiente salía de cuentas. No sabía entonces si esas serían las contracciones definitivas, ya que llevaba días con contracciones que iban y venían, y que duraban un buen rato. De hecho, desde la semana 38 me tomaba diariamente infusiones de hojas de frambuesa, muy recomendadas para provocar el parto; pero lo mejor, lo más eficaz, fue el sexo. Así me lo habían indicado, y en la recta final, cada vez que mantenía relaciones sexuales, justo después, llegaba una retahíla de contracciones. Esa tarde, a pesar de la barriga, la dificultad para moverme y todo lo que os podáis imaginar, el orgasmo no falló, y fue el definitivo. Llamé a Blanca, que me dijo que la mantuviera informada y que si todo avanzaba como era de esperar vendría a primera hora del día siguiente.

No podía estar más contenta. El pequeño por fin llegaba, en horas lo vería, lo tendría entre mis brazos. Cuánta emoción... Pasé toda la noche despierta, sentada en el sofá, ya que era imposible estar tumbada y aún menos dormir con tantas contracciones. Cada vez que venía una, me levantaba del dolor, me apoyaba en un armario y estiraba tanto como podía la espalda para aliviarlo. Todo lo que me habían contado en el curso de embarazo, parto y posparto, que mi pareja y yo seguimos rigurosamente, con sesiones semanales, durante tres meses, se cumplió. Sonidos guturales, profundos, primitivos, animales emanaban de muy adentro, indicando que el parto había empezado. Pasé la noche como pude. Blanca llegó el día después, muy temprano. Me hizo el primer y único tacto. Había dilatado tres centímetros y medio. «¿Solo?», dije. Ella se mostró optimista: «Si está muy bien...». Como todavía faltaba para una dilatación completa, quedamos en que saldría a dar una vuelta y la llamaría cuando la necesitara. El piso donde vivíamos, de hecho, era diminuto —no llegaba ni a los cuarenta metros cuadrados—. Era un espacio diáfano, con mucha luz, en una quinta planta de un viejo inmueble del Raval, en Barcelona, donde ni siquiera pudimos montar la típica piscina de parto, porque no cabía.

Al mediodía las contracciones habían ido a más. Sola no podía continuar. La llamé: «Blanca, te necesito». Ella vino. Entonces empezó el trabajo realmente intenso, con un dolor que nunca me hubiese creído capaz de soportar. Un dolor físico que me situó en otro estado, donde no había lugar para la razón; todo era sentir, dejarse arrastrar, transitar ese dolor profundo, primitivo. Lo aliviaba con el apoyo de Blanca y Josep Maria, que me ponían bolsas de agua caliente y me hacían masajes en la zona lumbar. Aguantaba como podía, moviéndome, en silencio, pero el dolor era insoportable. Hasta que Blanca me dijo: «Sí que gritas poco...». Y entonces pensé: «Claro,

¡puedo gritar!»). Esto me salvó. Los gritos fueron la mejor manera de canalizar el dolor. La noción del tiempo se esfumó. La dilatación completa llegaba.

Ya no sentía únicamente dolor, sino también unas ganas inmensas de empujar. No podía parar de moverme. Lo hacía de un lado a otro, del baño al comedor, del comedor a la silla de parto, de la silla de parto al sofá, del sofá al suelo a cuatro patas. Y vuelta a empezar. Todo era tan brutal que en algún momento llegué a pensar que no lo resistiría. «Decidme que puedo», les supliqué; y pude. Me quedé en la silla de parto, prácticamente en cuclillas, empujando, gritando, colgada de los brazos de Josep Maria, que desde detrás me sostenía con fuerza cada vez que empujaba. Mi vulva ardía, abierta, a punto de estallar. En un momento dado, Blanca me dijo: «Toca». Llevé con temor mis dedos a la apertura vaginal, y allí noté saliendo como una bola grande, una textura húmeda, viscosa..., eran la bolsa de aguas y su cabecita, la de mi bebé, empujando desde el interior. Él estaba aquí. Con un espejo pude ver cómo su cabeza, aún dentro de la bolsa, entraba y salía de mi vagina extremadamente abierta cada vez que empujaba. Hasta que en uno de los pujos la bolsa se rompió. Una mata de pelo negro dejó verse. No sé cuánto tiempo pasó. Los minutos se hicieron eternos. Seguía empujando, gritando, deseaba tenerlo, me partía en dos. Todo era intenso, animal, único, sin fin. Tras uno de los pujos, sentí como algo se escurría fuera de mí. Martí había nacido.

Parir en casa

Parir en casa no es cosa de imprudentes, como algunos dicen. Es una opción muy pensada, meditada y preparada; a menudo más que un alumbramiento medicalizado en un hospital, donde el equipo médico, queramos o no, toma el mando, y desconocemos con qué nos vamos a encontrar. Dar a luz en casa, cuando está planificado y es atendido por personal cualificado, en embarazos de bajo riesgo, es una opción tan segura como ir al hospital.^[441] A pesar de que con frecuencia se insista en que parir en el hogar es extremadamente peligroso, los resultados de los estudios científicos son tozudos, pues las tasas de mortalidad materna, perinatal y neonatal de los partos domiciliarios y hospitalarios son similares.^[442] Y, además, en la medida en que se respeta el parto fisiológico, las posibilidades de sufrir una cesárea, episiotomía o parto instrumental se reducen drásticamente y el nivel de satisfacción de las mamás es mayor.

La misma OMS no prioriza un sitio específico donde alumbrar, sino que defiende el parto normal dondequiera que tenga lugar, rechazando la medicalización innecesaria y exigiendo que se respete la autonomía de la partera.^[443] Para la OMS, cada mujer debería poder elegir el tipo de parto que prefiriese. De hecho, una comparativa entre países muestra que el sitio donde tiene lugar el nacimiento es menos importante que las condiciones sociales en las que viven los progenitores. La seguridad del parto constata las profundas desigualdades sociales.^[444]

Sin embargo, parir en casa no es fácil. Más allá de la dificultad para encontrar una comadrona —ya que si bien hay muchas que trabajan solas o en equipo en algunas grandes ciudades, no sucede lo mismo en otros lugares—, las mujeres que deciden parir en el hogar se encuentran con una fuerte presión médica, social y familiar en contra. Los prejuicios y la desinformación acerca del parto domiciliario están aún, por desgracia, muy extendidos. De ahí que no sean pocas las mujeres que planifican un parto en casa prácticamente en secreto, sin informar a familiares ni amigos. Yo soy un ejemplo. Una vez decidí parir en casa, no lo conté casi a nadie. Sabía de los comentarios que, de buena fe, me esperaban. No quería parir con presiones.

Los partos domiciliarios en el Estado español continúan siendo minoritarios, aunque cada vez son más solicitados. A pesar de que no hay un registro oficial que los contabilice, se calcula, según comadronas que los atienden, que en 2018 la cifra habría ascendido en torno a los 1.000 o

1.400, lo que representaría un 0,25 % o un 0,35 % del total de nacimientos, la mayoría en Cataluña, donde esta práctica está más consolidada. De hecho, en 2017, según datos del Idescat, se atendieron 410 partos en domicilios catalanes, un 0,6 % del total de nacimientos en Cataluña, [445] donde hay también la mayoría de las matronas que los asisten. De las 120 comadronas que acompañan partos en casa que se estima hay en todo el Estado, más de la mitad son catalanas, algunas con más de treinta años de experiencia. La Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya agrupa a unas setenta de ellas, la mayoría socias también de la Associació Catalana de Llevadores, la cual forma parte de la Federación de Asociaciones de Matronas de España. [446]

Pagarlo de tu bolsillo o no

Y ¿quién paga el parto en casa? Tú, de tu bolsillo. La sanidad pública no asume el parto en el hogar. De tal modo que es la familia la que tiene que costearlo íntegramente, con un precio que ronda entre los 2.000 y 2.500 euros. Por este motivo, en las plataformas digitales de micromecenazgo ya no nos sorprende encontrar proyectos de madres que buscan financiación para dar a luz en casa con un equipo de comadronas. Uno de estos casos fue el de Maria, que parió en su domicilio, en Barcelona, en noviembre de 2016, acompañada de sus seres queridos, gracias al apoyo de 109 personas que lo financiaron a través de un proyecto en Goteo.org. Sin su ayuda, Maria no hubiese podido alumbrar como ella quería, ya que no tenía capacidad económica para asumir dicho coste. No incorporar el parto en casa al sistema público de salud lo convierte en una opción solo accesible a aquellas mujeres que se lo pueden permitir. Pero si pagamos nuestros impuestos y contribuimos a la Seguridad Social, ¿por qué el Estado no asume el parto en el hogar y lo ofrece como una opción más como sí lo admiten otros países europeos? No hacerlo discrimina a las mujeres que optamos por parir en casa.

En el Reino Unido, la sanidad pública cubre el parto domiciliario e incluso lo recomienda, como hizo un informe del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido en 2014, que instaba a las mujeres con embarazos de bajo riesgo a dar a luz en casa o en unidades gestionadas por comadronas antes que en el hospital. Las ventajas, según el informe, residían en una reducción drástica del número de cesáreas, episiotomías, inducciones y en el uso de fórceps y ventosas. En Inglaterra y Gales en 2016, un 2,1 % del total de partos tuvo lugar en el hogar, siendo las mujeres de entre 35 y 39 años las más predispuestas a llevarlos a cabo. [447] Aunque no está de más recordar que en una época donde las inversiones en lo público se recortan, la promoción del parto domiciliario no puede servir como excusa para recortar en gastos sanitarios, sino al contrario: su oferta debe permitir ampliar las prestaciones de la salud pública. El parto en casa es más económico que el parto hospitalario —en Inglaterra cuesta un 65 % menos, con importes de los años 2009 y 2010—, cuenta con un grado de satisfacción de las mujeres más alto y tiene un número de cesáreas, intervenciones médicas y complicaciones inferior al de los hospitales. [448]

En Holanda, donde también está incluido en el sistema público de salud, el porcentaje de partos en casa representa un 13 % del total, el más elevado de Europa, aunque la cifra ha disminuido respecto a años anteriores, en que se situaba, entre 2010 y 2012, en el 21 %. [449] Un retroceso que se explica, en buena medida, por las campañas mediáticas y de desprestigio que se han realizado en su contra. En Irlanda, Dinamarca e Islandia, el parto domiciliario también está cubierto por la sanidad pública. En Islandia, en los últimos años el número de nacimientos en el hogar ha aumentado de manera significativa, pasando de representar el 0,1 % del total, en los años noventa, al 2,2 % en 2012, el porcentaje más alto de los países escandinavos. La normalización del parto en casa a través de los medios de comunicación ha sido una de las claves. [450]

Por el contrario, en otros Estados europeos, como Chequia o Croacia, la ley prohíbe a matronas y obstetras atender el parto en el domicilio privado, menoscabando el derecho de las mujeres a decidir dónde quieren dar a luz. Aun así, ha habido comadronas que han desobedecido una legislación injusta para ayudar a las mujeres a parir en el hogar.

Casas de parto en la pública

En Cataluña, en 2017, se inauguró la primera casa de partos dentro de la sanidad pública. Se trata de un centro vinculado al Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, gestionado íntegramente por comadronas. Un paso adelante para dar cobertura dentro del sistema público de salud a más opciones de parto.

Sin embargo, los criterios de acceso son bastante restrictivos, y no permiten la entrada a mujeres con diabetes gestacional controlada, aquellas que han tenido una cesárea previa o las que superan determinadas semanas de gestación. Algo que denuncian desde la asociación Dona Llum, al tratarse de criterios no apoyados por la evidencia científica.^[451] Entre un 10 % y un 12 % de las embarazadas en Cataluña, según la Conselleria de Salut de la Generalitat, podrían optar por este tipo de parto.^[452] De aquí que el Gobierno catalán, ante la demanda, ha previsto abrir próximamente nuevas casas de parto en otros centros hospitalarios.

El diseño del espacio es algo fundamental a la hora de dar a luz, puede ayudar proporcionando intimidad y seguridad o, por el contrario, entorpecer el proceso. Lo saben bien las arquitectas Marta Parra y Angela Müller, que desde hace más de diez años, cuando, en 2007, crearon la firma Parra-Müller Arquitectura de Maternidades, trabajan para diseñar paritorios más humanizados, adaptados a las necesidades de la mujer, pero también del bebé, la familia y los profesionales. La arquitectura de las maternidades actualmente, como señalan Müller y Parra, continúa siendo la de espacios que despersonalizan al sujeto, en este caso a la madre, y le inducen a la sumisión.^[453] Lugares que son, como el mismo parto, infravalorados, escondidos y sometidos a criterios de eficacia. En 2017, el reconocimiento internacional les llegó tras ganar uno de los prestigiosos galardones de la Asociación Internacional de Diseño de Interiores (IIDA), por el diseño de la unidad de parto normal del Hospital Universitario HM Nuevo Belén de Madrid.

El arte como altavoz

No estamos acostumbradas a ver mujeres pariendo de manera natural. El cine, la televisión, los reportajes fotográficos... nos ofrecen imágenes de mujeres que paren tumbadas boca arriba, en un potro obstétrico, rodeadas de personal sanitario, y de bebés envueltos en toallas nada más nacer. ¿Quién ha visto un cordón umbilical en una película o una mujer pariendo en el suelo a cuatro patas?^[454] Para romper con este imaginario común, una serie de artistas han decidido dar un paso al frente y colocar en el centro de su obra el parto natural.

Una de ellas es Ana Álvarez-Errecalde, artista nacida en Argentina y afincada en Barcelona, que ha dedicado parte de su obra fotográfica a desafiar el modelo de parto, maternidad y crianza hegemónico. En el proyecto *El nacimiento de mi hija*, Álvarez-Errecalde se autorretrataba después de haber parido en casa, con su recién nacido en brazos, aún con el cordón umbilical y la placenta, con sangre, dándole de mamar, ofreciéndonos una imagen del parto antagónica a la dominante. En la serie fotográfica *Cesárea, más allá de la herida*, retrataba a mujeres que habían sufrido una cesárea, mostrándonos su cicatriz física y emocional, reivindicando una atención al parto respetuosa. En *Las cuatro estaciones*, Álvarez-Errecalde reflexionaba, a través de cuatro imágenes metafóricas, sobre su propia maternidad, dos hijos, una hija y una pérdida gestacional

tardía.

Otro ejemplo es el de la fotografía artística británica Natalie Lennard, antes conocida con el sobrenombre de Miss Aniela. Tras dar a luz en casa a su primer bebé, que nació muerto —así lo esperaba después de que los médicos le comunicaran previamente la grave enfermedad que sufría—, y de parir pocos años después, también en el hogar, a su segunda hija, la fotógrafa decidió centrar su trabajo en las capacidades intrínsecas de las mujeres para alumbrar. Lo hizo a través del proyecto *Birth Undisturbed* (Nacimiento no perturbado), una serie de fotografías donde recreaba, a través de la ficción narrativa, escenas de parto con una potente simbología y mensaje. En una de estas imágenes, *Salle Sauvage* (Habitación salvaje), nos presentaba a una mujer dando a luz de pie, en un hogar con paredes de cristal, donde podíamos observarla, gritando y recogiendo al bebé que acababa de parir, apoyada por su partera y con su pareja a cierta distancia. Una imagen tan bella como surrealista e impactante. En otra fotografía de la colección, *The Creation of Man* (La creación del hombre), la artista representaba el parto de la Virgen María con la ayuda de José, en un establo, pariendo de pie y chillando. Y en *Royal Blood* (Sangre real) escenificaba el último alumbramiento de la reina Isabel II de Inglaterra, en 1964, en su cámara real y sin analgésicos. El objetivo de Natalie Lennard no era otro que el de reflejar la crudeza, la animalidad y la autenticidad del parto más primario.

Ojalá más artistas presentaran una imagen del parto al margen de convencionalismos artísticos y sociales, que nos permitiera normalizar algo tan universal como el acto de parir. Un alumbramiento bajo el control de la mujer.

[432] Umansky, L., *op. cit.*, 1996.

[433] Gaskin, I. M., *op. cit.*, 2016.

[434] Villarrea, S., I. Olza y A. Recio, *op. cit.*, 2015.

[435] Dona Llum, «Manifest», *Donallum.org*, 20 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.donallum.org/manifest>.

[436] Olza, I., *op. cit.*, 23 de octubre de 2017.

[437] Ministerio de Sanidad, *op. cit.*, 2007.

[438] Villarrea, S., I. Olza y A. Recio, *op. cit.*, 2015.

[439] Datos obtenidos respectivamente de: *Ibid.*; Ministerio de Sanidad, *op. cit.*, 2013.

[440] Fernández del Castillo, I., *La Nueva Revolución del Nacimiento. El camino hacia un nuevo paradigma*, Tenerife: OB STARE, 2014; Cassidy, T., *op. cit.*, 2007; Wagner, M., *Born in the USA: How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First*, Oakland, California: University of California Press, 2006.

[441] OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, Ginebra: OMS, 1996; De la Torre, M. T., «La atención al parto no hospitalario», en López-Villar, C. (coord.), *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*, La Coruña: Universidade da Coruña, 2011, pp. 51-72; Domínguez, P., T. Gonzalo, B. Lainez y M. Eligio, *Guía de asistencia del parto en casa*, Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010.

[442] Martínez, E. *et al.*, «Parto en casa versus parto hospitalario», *Metas de Enfermería* 19 (6), 2016, pp. 50-59; De Jonge, A. *et al.*, «Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases», *BJOG* 122 (5), 2015, pp. 720-728; Ruiz-Callado, R., F. Romero-Salord y A. Fontanillo-Garrote, «Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario», *Enferm Comun* 8 (1), 2012 (ed. digital).

[443] OMS, *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*, Ginebra: OMS, 2015.

[444] Kitzinger, S., *Nacimiento en casa*, Barcelona: Icaria Editorial, 1996.

[445] Datos obtenidos respectivamente de: Requena, A., «De nalgas y sin atención profesional: el parto en casa en el que murió el bebé de Vigo incumplió todas las recomendaciones», *Eldiario.es*, 12 de diciembre de 2018.

- Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/atencion-profesional-seguro-sujeto-impresos_0_845516264.html; e Idescat, «Parts segons l'edat de la mare i l'assistència sanitària», *Idescat.cat*, 2017. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5120>.
- [446] ALPACC, «Presentació de la Guia del Part a Casa», *Llevadorespartacasa.org*, 31 de mayo de 2018. Disponible en: <https://llevadorespartacasa.org/en/2018/06/01/la-guia-dassistencia-al-part-a-casa>.
- [447] NICE, *op. cit.*, 2014; Office for National Statistics, «Statistical bulletin: Birth characteristics in England and Wales: 2016», *Ons.gov.uk*, 16 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthchara>
- [448] Schroeder, E. *et al.*, «Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study», *BMJ* 344, 2012, e2292.
- [449] Zondag, L., F. Cadée y M. de Geus, *Midwifery in the Netherlands*, Utrecht: KNOV, 2017.
- [450] Gottfredsdóttir, H., H. Magnúsdóttir y B. Hálfhánsdóttir, «Home birth constructed as a safe choice in Iceland: A content analysis on Icelandic media», *Sexual & Reproductive Healthcare* 6, 2015, pp. 138-144.
- [451] Busquets, M., «Cap a un canvi de model: volem cases de parts públiques a Catalunya», *Diarisanitat.cat*, 27 de marzo de 2018. Disponible en: <http://diarisanitat.cat/cap-a-un-canvi-de-model-volem-cases-de-parts-publiques-a-catalunya>.
- [452] Macpherson, A., «Partos caseros en el hospital», *La Vanguardia*, 26 de mayo de 2017.
- [453] Müller, A. E. y M. Parra, «La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios», *Dilemata* 18, 2015, pp. 147-155.
- [454] Ricoy, J., *Mujeres de película, partos de ciencia ficción*, Isla de San Borondón: Ediciones Liliputienses, 2018.

Morir antes de nacer

¿Cuántas criaturas deseadas mueren antes de nacer? ¿Cuántas madres hay —y también padres— sin un bebé entre los brazos? Qué difícil es hacer entender el duelo por quien nadie ha visto, pero a quien tú conoces tan bien. La muerte del pequeño que una espera y quiere, seguramente, es lo peor que le puede pasar a una mujer embarazada. Muertes no anunciadas y que un facultativo nos comunica por el paro del corazón del feto o muertes programadas por una malformación genética o una enfermedad incompatible con la vida. Imposible poner techo al umbral del dolor y la pena.

En 2016, se produjeron en el Estado español 4,4 muertes perinatales por cada mil partos, muertes de fetos o recién nacidos desde la semana 22 de gestación hasta la primera después del nacimiento. No hay cifras oficiales de los abortos espontáneos antes de la semana 22 de embarazo, pero se calcula que se dan en una de cada cinco gestaciones confirmadas, un porcentaje que aumenta con la edad de la madre. Otros estudios apuntan a que anualmente en el Estado español, a partir de la semana 22 de gestación, mueren más de 1.500 bebés *in utero* o *intrapartum* y se producen cuatro mil interrupciones del embarazo anuales por motivos médicos a partir de la semana 17.^[455]

La ilustradora Glòria Vives Xiol lo recoge en su novela gráfica *40 semanas. Crónica de un embarazo*, y lo cuenta en primera persona: «La primera vez que me quedé embarazada, a las 11 semanas aborté. Mi aborto tuvo tres momentos: la expulsión, el duelo, la recuperación».^[456] Con estas palabras, acompaña una ilustración en blanco y negro de una mujer sentada en el inodoro, mientras una mancha de sangre, en rojo, se escapa entre sus piernas. La pérdida de un hijo o hija deseada antes de que nazca se da más a menudo de lo que nos podamos imaginar, pero resulta invisible, y casi siempre se vive en silencio.

No pudo ser

Llevábamos unos cuatro meses intentándolo. Martí estaba a punto de cumplir dos años, empezábamos a ver luz al final del túnel infinito de los primeros tiempos de crianza, y pensábamos que sería maravilloso tener otra criatura. Aunque teníamos pocas esperanzas después de la experiencia anterior, nos pusimos de nuevo a ello. Cuál fue mi gran, mayúscula, sorpresa, cuando la regla se empezó a retrasar no uno ni dos ni tres, sino cuatro y cinco días. No me hacía la prueba porque pensaba que tarde o temprano me vendría, pero una mañana no pude más y fui a comprar un test de embarazo. Segundos de espera, muchos nervios y de repente leo en la pantalla: «Embarazada 1-2 [semanas]». No me lo podía creer.

Estaba embarazada, feliz, con mareos, sin hambre y con muchísimo sueño. Casi nadie, salvo mi familia y amigas cercanas, sabía de mi suerte. Una tarde navegando por Internet topé con un texto

que me golpeó. Se trataba del testimonio de una mamá que había tenido que abortar, su bebé estaba gravemente enfermo. Una historia dura, llena de dolor: la de tomar la decisión de que la vida de tu criatura, tan deseada, no puede continuar. Me llevé las manos a mi barriga; inimaginable que algo así pudiese ocurrir.

Tocaba la primera ecografía, cuánta emoción... Llevaba semanas esperando ese momento, ver a mi bebé, que todo estuviese perfecto y poder gritar a los cuatro vientos que estaba embarazada. Allí estábamos: yo, tumbada de piernas abiertas con ese aparato frío entrando en mi vagina para inspeccionar el pequeño feto que llevaba en mi interior, y Josep Maria, al lado. La pantalla nos devolvió en blanco y negro la imagen de un minúsculo cuerpecito que movía brazos y pies. Nos miramos entre contentos y emocionados, y no pude contener las lágrimas. Sentí que tenía que justificarme y, mirando al médico, que ya se retiraba para introducir todos los datos en el aparato informático, le dije: «Parece mentira, no es mi primer hijo, pero qué alegría tan grande...». «Cada hijo es especial», me contestó. Así es. Solo faltaba su visto bueno en el informe, todo en orden y a seguir. Pero no pudo ser.

Había datos en el triple *screening* que no cuadraban. Tenía que volver al día siguiente para hacerme una biopsia de corion. Sin más explicaciones, el médico nos despachó. Salimos desorientados, con muy poca información, y sin acabar de entender ni aceptar lo que podía estar pasando. El día después, la ginecóloga, antes de la prueba, verbalizó los peores augurios: «Como sabéis, los datos del informe son malos y las posibilidades de que el bebé tenga una malformación son muy altas». «¿Sabemos qué?», pensé. ¿Nadie nos había dicho nada? No de esa forma. Nuestro mundo se derrumbó. Las paredes blanco nuclear de la sala de visitas se desplomaron sin compasión sobre nosotros.

Tuvimos que esperar cinco largos días para tener los resultados definitivos. Cinco días que se hicieron eternos. Cinco días en que a veces asomaba una pequeñísima luz de esperanza. Al final, la llamada. Nuestra criatura tenía una enfermedad genética incompatible con la vida. Lloré, lloré, lloré. Ingresé en el hospital un lunes de julio. Nos habían llamado el viernes. Todo estaba a punto, dijeron, para que el mismo día pudiese ir a abortar. Pero ¿cómo en apenas un par de horas podía despedirme de mi bebé? ¡No era un tumor que se tenía que extirpar, sino mi criatura, que estaba enferma! Quise esperar, decirle adiós en soledad, tomar conciencia de lo que pasaría, decidir.

Mi hija nació un mediodía de julio en el Hospital del Mar en Barcelona. Nació sin vida, pero nació. No había alternativa. Después de tomarme la pastilla, tuve fuertes dolores lumbares, contracciones. Me ofrecieron analgésicos, los rechacé. Me acordé mucho de mi primer parto. No podía parar de moverme, gritar, levantarme, empujar. Al final, ella llegó escurriéndose entre mis piernas. «¿Puedo verla?», pregunté. «Claro que sí —respondió ese ángel de comadrona que con tanto cariño, empatía y amor me atendió—, es vuestra». Me acercaron a la pequeña, envuelta en unas gasas, y con temor la cogí. No sabía qué sentiría al verla. Y lloré. A medio camino de la vida, allí estaba mi hija querida, preciosa.

Nos dieron todo el tiempo del mundo para estar con ella, darle la bienvenida y despedirnos. El trato del hospital, de la ginecóloga que nos atendió, de las comadronas que me acompañaron, excepto una, fue de diez. Algo imprescindible en un momento tan duro. Igual de importante como tener acceso a los restos de su cuerpo, el cual pudimos reclamar, por suerte, sin ningún problema, para despedirnos como deseábamos. No estamos preparados como madres y padres para afrontar una muerte gestacional o perinatal. Esperamos la vida, no la muerte. Tener toda la información, un buen acompañamiento profesional, poder decidir sobre cómo queremos vivir ese momento y tener acceso al cuerpo de nuestro bebé es clave para no ahogarnos en el dolor sino superar la pérdida.

Acabar con el tabú de la muerte gestacional

Si hablas, descubres a un montón de mujeres a tu alrededor que han pasado por una situación similar. Algunas salen públicamente del armario, ayudando a visibilizarlo y normalizarlo, aunque no es fácil. Lo han hecho mujeres como Gemma Brió, actriz, que debutó como dramaturga con la obra *Llibert*, que interpretó ella misma en 2013 en el Almeria Teatre en Barcelona, dirigida por su pareja y padre de la criatura, Norbert Martínez. Un texto sobrecogedor en el que relataba su propia experiencia como madre, los primeros y últimos quince días de vida de su bebé, que nació con irreparables daños cerebrales, y a quien tuvieron que dejar morir.

Otra voz es la de la poeta Irene G. Punto que en octubre de 2017, en la Sala Galileo Galilei en Madrid, recitó el poema *Espacio a los no nacidos*, dedicado a la criatura que perdió a los casi tres meses de gestación: «¿Dónde florece lo que no brota? ¿Cuándo despierta lo dormido? ¿Cuánto pesa el beso guardado que vive del no nacido? Son preguntas sin respuesta de un dolor anestesiado por ser despedida imprevista por amor acumulado. Pero ¿a quién le doy yo ahora el pecho, al futuro, al presente o al pasado? [...] Que los hijos que no vemos, los no nacidos, ni se mueren en madera ni se entierran con olvido, bajan a tierra cantando, amor por amor, latido por latido».[457]

La dramaturga Claudia Cedó también puso palabras a su experiencia de pérdida después de cinco meses de embarazo con la pieza de teatro *Una gossa en un descampat* (Una perra en un descampado). Un texto valiente, salido de las entrañas, que se estrenó en la Sala Beckett, en el marco del Festival Grec de Barcelona en 2018. Se trataba, como ella misma decía, de romper el silencio e «intentar ordenar [...] y encontrar finalmente un sentido a aquello que aparentemente no tenía», como su pérdida.[458]

Una de las experiencias que más repercusión tuvo en las redes sociales fue la de la pintora Paula Bonet, que publicó, a principios de 2018, en Twitter un mensaje con tres imágenes: una fotografía suya con el título *Autorretrato en ascensor con embrión con corazón parado*, otra con un dibujo de la artista Louise Bourgeois de una mujer embarazada y una última de un texto, escrito por ella misma, en que explicaba cómo había sufrido dos pérdidas gestacionales en un año y reivindicaba acabar con el tabú que las rodea, normalizarlo y dejar de sentirnos culpables. No se trata de buscar consuelo, decía Bonet, sino de no esconderse. Una experiencia, la de sus dos embarazos y respectivos abortos, que recopiló en la publicación *Roedores. Cuerpo de embarazada sin embrión*. [459]

No han sido las primeras. Una artista tan icónica como Frida Kahlo dejó constancia de los abortos que sufrió en su obra. Un fatídico accidente de tráfico, en 1925, le causó graves heridas, fracturándole la pelvis e impidiéndole, según le diagnosticaron entonces, tener criaturas. Sin embargo, en 1930 se quedó embarazada, pero la posición en que se encontraba el feto, que hacía imposible su extracción, la obligó a abortar. En 1932, se quedó encinta de nuevo, y, a pesar de sus dudas iniciales y las advertencias de los médicos sobre los riesgos de llevar a cabo la gestación, ella decidió continuar. Quería ser madre. Meses después, sufrió un aborto espontáneo. En 1934, logró otro embarazo, pero la gestación se complicó extremadamente, y no hubo más remedio que realizarle un aborto, que la dejó postrada en la cama del hospital.[460] En 1932, varios de sus lienzos, como *Frida y la operación cesárea*, *Mi nacimiento*, *Frida y el aborto* y *Henry Ford Hospital*, expresaron lo vivido. Tal vez *Henry Ford Hospital* sea de todos ellos el más conocido. Un autorretrato de la artista, tumbada desnuda sobre sábanas ensangrentadas, en la cama del Hospital Henry Ford, después de su segundo aborto. Una gran lágrima se desprende de su ojo izquierdo, y seis cordones umbilicales emergen de su vientre, uno de los cuales la une a un feto

varón, el bebé que tanto deseaba. La imposibilidad de ser madre fue una de las fuentes de dolor que impregnó su obra.

El aborto sin embargo sigue siendo un tema tabú. Ocultarlo impide que se reconozca el duelo y se consiga el apoyo y el sostén necesarios, ya sea de familiares, amigos o profesionales.[461] Se trata a menudo de un dolor que se inhibe, se prohíbe, se niega... debido a las jerarquías mismas de la pérdida y unas reglas del duelo que establecen qué duelos son aceptables y cuáles no, la vida que puede ser llorada y la que no, dándose una «privación de derechos»[462] en los casos de madres y padres de bebés no nacidos.

Acompañar en la pérdida

El trato de los profesionales sanitarios, su empatía, es clave en unos momentos tan duros para la madre y la pareja. Cómo se comunica la noticia, cómo se lleva a cabo y se acompaña la experiencia puede ser determinante en cómo se viva la pérdida y se elabore el duelo. En el Estado español, no fue hasta el año 2011 que la muerte perinatal y neonatal apareció por primera vez mencionada en una estrategia sanitaria gubernamental.[463] Desde entonces, se ha avanzado en la redacción de guías y protocolos; algo fundamental, pero aún queda mucho trabajo por hacer. Hay testimonios de mujeres que cuentan cómo fueron acompañadas con amor y respeto en los hospitales; otras, por el contrario, explican el menosprecio de algunos profesionales hacia sus criaturas muertas, tratándolas como meras cosas, con una falta total de consideración, y cómo tuvieron que batallar para poder despedirse de sus pequeños o tener acceso a sus despojos. Algo que nunca debería suceder.

El *Informe Umamanita. Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*, con datos recogidos entre los años 2013 y 2016, es la primera investigación en el Estado español que da voz a las madres.[464] Sus resultados son concluyentes: el acompañamiento en el duelo en el contexto obstétrico del Estado es deficiente, a pesar de las mejoras introducidas en los últimos años, en particular si lo comparamos con otros países de nuestro entorno. Solo cuatro de cada diez mujeres sintieron que podían incidir en la toma de decisiones respecto a la atención clínica recibida, seis de cada diez no pudieron estar acompañadas en el proceso porque el personal sanitario se lo impidió sin razón médica aparente, a casi la mitad les suministraron sedantes —aun estando contraindicados por prolongar el duelo— sin explicarles de forma clara sus efectos secundarios y únicamente cuatro de cada diez se sintieron tratadas como madres.

Uno de los aspectos más criticados por las mujeres fue el acceso al cuerpo de la criatura. Cuanto menor era su edad gestacional, mayores dificultades para disponer del mismo, a pesar de la sentencia del Tribunal Constitucional, de febrero de 2016, que reconocía este derecho, al margen del tiempo de gestación.[465] A un 75 % de las madres entre la semana 16 y la 25 de gestación y a un 57 % de las que se encontraban entre la 20 y la 25 no se les informó de los procedimientos para disponer de los despojos. A partir de la semana 26, la cifra se reducía al 13 %, debido a que la ley obliga a la inscripción de las muertes intrauterinas desde los 180 días. Sin embargo, la atención al duelo no debería depender del periodo de gestación.[466]

Algo muy distinto es lo que viven aquellas familias a las que les dejan todo el tiempo que necesitan para despedirse de sus pequeños —ese fue mi caso— y a las que entregan, como hacen en algunos hospitales, las huellas del bebé e incluso, en función de la edad gestacional, la pinza de su cordón umbilical y su pulsera de ingreso, lo que es un tesoro para sus progenitores. Pero el trato recibido no debería ser una cuestión de suerte.

El *Informe Umamanita* concluye que es imprescindible mejorar la formación de los profesionales en el acompañamiento en el duelo perinatal y neonatal, ya que sus prácticas son determinantes en cómo la mujer y su familia viven este proceso, ayudando o dificultándolo. De hecho, según el informe, casi la mitad de las madres no llegaron a ver a su criatura por falta de apoyo del personal sanitario, lo que acabó generándoles importantes remordimientos. «El ginecólogo nos dijo que “se hacían cargo del cuerpo”, pero no sabemos qué se hizo exactamente. A día de hoy, pasado el trance, de poder recuperarlo, quizás haría sepultura. Mi sensación fue la de abandono, abandoné a mi niña», explica una mamá.[\[467\]](#)

No poder decidir en el proceso, que no te den la información adecuada, impidan que tu pareja o quien tú desees te acompañe, no te faciliten ver y tener en los brazos a tu pequeño, no disponer de tiempo para despedirte de él ni acceder a su cuerpo... solo tiene un nombre: violencia obstétrica. Si el trato en la atención al parto ya deja mucho que desear, imagináros en uno que ni siquiera es reconocido como tal, en el que la criatura nace muerta y la mujer no es considerada madre.

Ante esta situación, los grupos de apoyo presencial o los foros *online* que han proliferado en los últimos tiempos nos muestran que no estamos solas. Se trata de iniciativas que surgen a partir de experiencias personales, otras en el marco del sistema públi-co de salud..., todas destinadas a acompañar en el duelo gestacional, perinatal y neonatal. En 2017, varias de estas asociaciones se coordinaron en la elaboración y difusión de un manifiesto que llevaba por título «Romper el silencio». Su objetivo: acabar con la invisibilidad social, sanitaria e institucional que rodea estas muertes; exigir la implementación de una estrategia gubernamental para reducir y prevenir la mortalidad perinatal; pedir la creación de un registro público para poder inscribir con nombre y apellidos a los bebés fallecidos durante el embarazo, similar a los registros que ya existen en otros países europeos; reclamar que las familias sean tratadas con total respeto por el personal sanitario; y reivindicar poder disponer de una manera sensible, respetuosa y privada del cuerpo del bebé, independientemente de la edad gestacional.[\[468\]](#)

Cuando una fotografía vale tanto

Hay iniciativas preciosas, como el Proyecto Stillbirth, impulsado por la psicóloga y fotógrafa Norma Grau, que, desde el año 2010, acompaña en el duelo a familias que han perdido a sus pequeños durante el embarazo mediante la toma de fotografías de sus objetos personales, ya que las madres y los padres no acostumbran a tener imágenes de su bebé. En el Estado español, solo el 12 % de las familias cuya criatura murió durante la gestación dispone de una fotografía suya.[\[469\]](#) Tener una imagen del pequeño ayuda a sobrellevar la pérdida, a dejar constancia de que aquella hija o hijo, que murió en el vientre o al cabo de pocos días de nacer, existió. El objetivo de este proyecto es que en todos los hospitales se ofrezca a las familias la posibilidad de tomar una fotografía del recién nacido.

En otros países de Europa y en Estados Unidos, se trata de una práctica normalizada desde los años ochenta. Allí, la mayoría de familias tienen un retrato del bebé que perdieron, lo que ayuda a procesar y elaborar el duelo. Aquí no fue hasta el año 2017 que un fotógrafo profesional, en este caso la misma Norma Grau, acompañó y fotografió, a petición de los progenitores, y con la autorización del hospital, la despedida de su hija que murió antes de nacer.[\[470\]](#)

Tenemos miedo de ver un feto sin vida, sentimos rechazo y animadversión; pero si una ecografía es socialmente aceptable, ¿por qué no lo es ver los restos de esa criatura deseada? ¿Por qué nos inquieta la imagen de un bebé muerto? Esta aversión no es sino un prejuicio social y cultural. Las bondades terapéuticas de verlos, como tantos profesionales indican, son incuestionables.[\[471\]](#)

Muchas madres y padres lo reconocen. «Yo, sin saberlo, instintivamente saqué el móvil y tomé una sola foto antes de despedirme. Hoy es mi mayor tesoro», escribía una mamá en Twitter.

Años atrás, cuando la muerte estaba mucho más integrada en la sociedad, era habitual que se tomaran imágenes de los familiares difuntos para tener un último recuerdo. La exposición *Imatges de mort* (Imágenes de muerte), que se pudo ver en el Museu Valencià d'Etnologia el año 2018, daba fe de ello. Retratos de bebés que habían fallecido, vestiditos, con los ojos cerrados, sentados en pequeñas butacas o en la cama, eran algunas de las fotografías que se exhibían en la muestra. La práctica de fotografiar a familiares difuntos decayó hace décadas, en la medida en que nuestra relación con la muerte cambió. Ahora la tememos, hasta el punto de considerar estas imágenes como un acto macabro, cuando en realidad eran un gesto de amor.

De abortos involuntarios y voluntarios

El aborto, ya sea espontáneo o por motivos médicos, sigue relegado al silencio, no se nombra; en parte porque implica fracaso, un embarazo truncado, y hace referencia a la muerte, tema tabú en nuestras sociedades secularizadas modernas, dándose además, en este caso, antes del nacimiento, alterando el orden de cosas establecido.[472] Se mira hacia otro lado, y los cuerpos de las mujeres quedan escondidos, avergonzados, cuando no responden a los cánones que se espera de la reproducción femenina.

Desde posiciones feministas, la pérdida gestacional es raramente reconocida, seguramente por el miedo a pensar que si aceptamos el dolor y el luto por quienes no han nacido estaremos dando la razón a posiciones provida y antiabortistas. Sin embargo, admitir el dolor por quien se ha perdido en un aborto espontáneo, el deseo tras un embarazo truncado, no es incompatible con defender el derecho de las mujeres al aborto, a decidir sobre su cuerpo.

La pena, el dolor y el duelo pueden ser compartidos tanto en un aborto involuntario como en uno elegido, y es importante ser capaces de reconocer ambos casos, darles visibilidad y acompañarlos. La culpa sobre la mujer que pierde un bebé, a la que se acusa de ser egoísta por viajar, trabajar, no parar..., es la misma que recae sobre aquella que lleva a cabo un aborto voluntario, a quien, a pesar de la decisión difícil, se la manda callar porque «tú lo has escogido». A nadie parece importar lo que significan el proceso y el dolor de un aborto inducido por voluntad propia.[473] Las mujeres somos siempre culpables.

Un aborto involuntario o por causas médicas y un aborto elegido no deberían ser tratados como dos hechos opuestos, sino como experiencias intrínsecas de la sexualidad femenina que, demasiado a menudo, quedan invisibilizadas y no son reconocidas, precisamente por estar relacionadas con nuestros cuerpos. Se trata de dos caras de una misma moneda, un futuro que se desea y un futuro que no.[474] La imprescindible defensa del derecho de las mujeres a poner fin a nuestros embarazos de manera segura y sin estigma no debería estar reñida con reconocer la muerte y el duelo gestacional y perinatal.

[455] Datos obtenidos respectivamente de: Idescat, «Tasa de mortalidad infantil y perinatal», *Idescat.cat*, 2018. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10345&lang=es>; y Cassidy, P. R. *et al.*, *Informe Umamanita. Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*, Girona: Umamanita, 2018.

[456] Vives Xiol, G., *40 semanas. Crónica de un embarazo*, Barcelona: Thule Ediciones, 2012, p. 24.

[457] Punto, I. G., *Espacio a los no nacidos*, vídeo, 18 de octubre de 2017. Disponible en: https://www.playgroundmag.net/lit/poema-aborto-espontaneo_23170470.html.

- [458] Cedó, C., *Entrevista a Clàudia Cedó / Àrtic*, vídeo, 26 de junio de 2018. Disponible en: <https://beteve.cat/artic/entrevista-a-claudia-cedo-artic>.
- [459] Bonet, P., «Quería pasar el duelo de mi segundo aborto con normalidad, no escondida», *Divinity.es*, 26 de enero de 2018. Disponible en: https://www.divinity.es/blogs/blackisnice/Paula-Bonet_6_2505915003.html; Bonet, P., *Roedores. Cuerpo de embarazada sin embrión*, Barcelona: Penguin Random House, 2018.
- [460] Tíbol, R., *Frida Kahlo. Una vida abierta*, Ciudad de México: Diversa, 2002.
- [461] Boggs, B., «Las mujeres que tienen abortos o sufren infertilidad experimentan un duelo no reconocido», entrevista realizada por Carmen G. de la Cueva, *Eldiario.es*, 17 de febrero de 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/Belle-Bogs_0_740876174.html
- [462] Browne, V., «Feminist Philosophy and Prenatal Death: Relationality and the Ethics of Intimacy», *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 41 (2), 2016, pp. 385-407.
- [463] Cassidy, P. R. *et al.*, *op. cit.*, 2018.
- [464] *Ibid.*
- [465] Fernández Guillén, F., «El derecho a una disposición privada indistintamente de la edad gestacional: el juicio del Tribunal Constitucional de febrero 2016», *Muerte y Duelo Perinatal* 3, 2018, pp. 16-19.
- [466] Cassidy, P. R. *et al.*, *op. cit.*, 2018.
- [467] Cassidy, P. R. *et al.*, *op. cit.*, 2018.
- [468] VV. AA., «Manifiesto de asociaciones y grupos de apoyo al duelo gestacional, perinatal y neonatal de España», *Umamanita.es*, 2017. Disponible en: http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2017/11/MANIFIESTO-MUERTE-GESTACIONAL_PERINATAL_NEONATAL.pdf.
- [469] Cassidy, P. R. *et al.*, *op. cit.*, 2018.
- [470] Grau, N., «Fotografías para casos de muerte gestacional y neonatal», *Muerte y Duelo Perinatal* 2, 2017, pp. 11-19.
- [471] Álvarez, M., M. A. Claramunt, L. G. Carrascosa y C. Silvente, *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*, Tenerife: Editorial OB STARE, 2014.
- [472] Claramunt, M. A., «Sobre la vivencia del aborto en primera persona», en Claramunt, A., M. Álvarez, R. Jové y E. Santos, *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*, Madrid: La Esfera de los Libros, 2009, pp. 24-82; Browne, V., *op. cit.*, 2016.
- [473] Bonet, P., «Cuerpo de embarazada sin embrión: historia de dos abortos», *Eldiario.es*, 24 de enero de 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/Cuerpo-embarazada-embrión-historia-abortos_0_732827460.html; Puig, E., «Cap dona hauria de sentir la frase “No entenc per què plores si tu ho has triat”», entrevista realizada por MaterObservatori, *Materobservatorimpaternitats.wordpress.com*, 30 de mayo de 2017. Disponible en: <https://materobservatorimpaternitats.wordpress.com/2017/05/30/cap-dona-hauria-de-sentir-la-frase-no-entenc-perque-plores-si-tu-ho-has-triat-entrevista-a-eva-puig-filosofa>.
- [474] Browne, V., *op. cit.*, 2016; Miguel, L., «Aborto espontáneo y aborto voluntario: las dos caras de una moneda invisible», *Playgroundmag.net*, 27 de octubre de 2017. Disponible en: https://www.playgroundmag.net/lit/aborto-sentimientos_23135967.html.

PARTE III

**La teta es
la leche**

Hablar de la teta es a menudo motivo de conflicto: si la das, si no la das, si tienes leche, si dicen que no tienes. Tras el parto y una vez llegado el momento de la lactancia, la nueva mamá, sin saber muy bien cómo, se encuentra rodeada de un sinfín de expertos, entre la familia, las amistades, los vecinos... que siempre saben lo que es mejor para ella y el bebé. Y es aquí donde tenemos que plantarnos. Al fin y al cabo se trata de nosotras y nuestro cuerpo. Aunque a menudo no es tan fácil cuadrarse en estos momentos.

Yo también fui víctima de los típicos «ya veremos»: «Ya veremos si te sube la leche», «si puedes dar de mamar», «si el niño se agarra», «yo tenía mucha leche, pero ya veremos si tú tienes», como si dar de mamar fuese una competición. E incluso tras la evidencia de que hay leche, de que el crío mama y además engorda, aún hay quien insiste en que: «Bueno, tienes leche, pero está por ver si es de calidad, porque a veces sale aguada». Sinceramente, no entiendo este tipo de comentarios, que además contribuyen a generar una considerable inseguridad en las madres.

Si yo pude amamantar fue gracias al apoyo de valiosas mujeres que, a pesar de mi dolor inicial en los pezones, algunas grietas y la hinchazón de las mamas, siempre me dieron imprescindibles consejos, me acompañaron y escucharon. Un apoyo vital en los primeros días después del parto, en los que te sientes más vulnerable; y si es tu primer bebé todo te viene de nuevo. Al final el dolor pasa, la lactancia se normaliza, y aunque al principio te lo dicen y no te lo crees —o al menos a mí me resultaba difícil de creer con tanto dolor—, das de mamar con placer.

El negocio del biberón

Mochilas personales, opciones diversas

Así como nuestro cuerpo, como mujeres, está preparado para gestar a un bebé, y tener de un día para otro cuatro manos, cuatro pies, cuarenta dedos y dos cabezas e incluso puedes llevar un minúsculo pene en tu interior, —como comentaba irreverente Aida I. de Prada en *Relatos marranos*—,[475] nuestro cuerpo está preparado también para parirlo y alimentarlo. Lo que es una verdad irrefutable para la naturaleza, es algo de lo que el sistema patriarcal y capitalista se ha encargado, y mucho, de poner en cuestión. De ahí que nos hayan hecho creer que no sabemos, que no somos capaces. Hay casos en que no es posible dar de mamar, porque no se produce leche, pero esto afecta a menos del 3 % de las madres.[476] La inmensa mayoría tenemos leche y podemos darla.

Hay mujeres que aun pudiendo amamantar prefieren no hacerlo. Los argumentos son varios. En algunos casos, encontramos a mujeres que han sufrido abusos sexuales o trastornos de conducta alimentaria, y dar el pecho les puede traer *flashbacks*, haciendo que la lactancia les resulte muy difícil o imposible. Otras han descrito una desagradable sensación al amamantar, que puede ser debida a una desregulación neuro-hormonal.[477] Hay problemas de salud de la madre que pueden imposibilitar o contraindicar la lactancia materna, como en el caso de padecer tuberculosis, ser portadora del VIH, tomar drogas o tratarse con quimioterapia. Hay maternidades, como la adoptiva, que hacen del biberón un *gadget* imprescindible. Y otras madres no quieren dar la teta y punto. Las decisiones personales tienen motivos diversos, pues nuestra mochila vital es única.

La conocida frase de que «dar el pecho es lo mejor», que proviene del libro *Breast is Best* (El pecho es lo mejor),[478] no significa que esto sea lo mejor para cada mujer. Vivimos en una sociedad que constantemente pone obstáculos a la lactancia materna. Las mujeres nos enfrentamos a circunstancias distintas que influyen en nuestras vidas. En consecuencia, para algunas dar la teta es algo muy complicado. Juzgar a una madre por no hacerlo, sin tener en cuenta su contexto, es un error. Lo que tenemos que preguntarnos es: ¿por qué una práctica tan beneficiosa para el bebé y la mamá es tan difícil de llevar a cabo?, ¿qué cambios hay que hacer en nuestra sociedad para que dar la teta pueda realizarse sin mayores sacrificios? La consigna «dar el pecho es lo mejor» debe servir como instrumento para garantizar el derecho a la lactancia, no como imperativo para que todas las madres amamanten. La defensa de la lactancia materna no implica un cuestionamiento de las mujeres que optan por la leche de fórmula o que no tienen más opción que recurrir a ella.

La crítica a la lactancia artificial en el presente libro va dirigida a las empresas del sector que desinforman y hacen uso de publicidad engañosa para hacernos creer que la leche artificial y la materna son lo mismo; a una institución sanitaria que, a pesar de lo que afirma, no invierte suficientes recursos para llevar a cabo una lactancia materna exitosa; y a una organización social

que pone todas las trabas del mundo, en particular en el mercado laboral, para que las madres puedan amamantar. Se trata de destapar las razones históricas, económicas e ideológicas por las que se ha boicoteado la lactancia materna, haciéndola retroceder, como se ha hecho, en beneficio de la artificial; así como de exponer las bondades, tanto individuales como colectivas, de dar la teta.

Alimentar a los más pequeños se ha convertido en objeto de lucro. Empresas de la industria alimentaria, farmacéuticas, distribuidoras... sacan jugosos beneficios con la leche de fórmula. Algo que no es nuevo. Mi madre, cuarenta años atrás, se resistió a ello. Me lo cuenta satisfecha: «Después del parto, el médico me preguntó si daría el biberón. Yo le dije que no, que quería dar el pecho. Sin embargo, él insistió en que el biberón era la mejor opción, que así la criatura [quien ahora escribe estas líneas] engordaría y crecería más hermosa. Me negué. Mis amigas, en cambio, todas daban el biberón, era lo que estaba de moda». Así, a pesar de los pesares, mi madre nos dio el pecho a mí y a mi hermano pequeño hasta bien pasado el año. Yo se lo agradezco orgullosa.

La lactancia materna es un derecho de la madre y el bebé, que además redundaría en beneficio del conjunto de la sociedad. Dar la teta no puede ser considerado una mera elección individual, y aún menos un privilegio de las mujeres que pueden hacerlo. Las trabas que enfrentan tantas madres para amamantar implican la violación de un derecho fundamental.[\[479\]](#) La sociedad es la que debe adaptarse a la lactancia materna, no la lactancia materna a la sociedad.

Lactancia mercenaria

Si nos sumergimos en la historia, el uso del biberón es una práctica muy reciente. No fue hasta finales del siglo XIX que se empezó a utilizar. Hasta entonces, la capacidad de las mujeres para dar de mamar no había sido puesta en cuestión. Los pequeños eran alimentados bien por sus madres, bien por nodrizas. Si la mujer no podía dar de mamar, no quería, había abandonado a la criatura o moría, siempre había la opción de que otras mujeres le dieran el pecho, algunas a cambio de una remuneración. Es lo que se conocía como lactancia mercenaria.

Ya en la Grecia clásica, las nodrizas eran muy comunes y a las mejores se las tenía gran respeto. En el Imperio romano, la mayoría de las mujeres nobles recurrían a amas de cría para amamantar a sus criaturas. Los moralistas las acusaban de frivolidad, pero la alta mortalidad infantil podía llevar a las mamás a rechazar el vínculo con unas criaturas cuya supervivencia no estaba garantizada. El temor de los padres a que la lactancia materna transmitiera rasgos hereditarios e influyera en su descendencia era otro motivo para apartar a los bebés de sus madres y contratar a nodrizas.[\[480\]](#)

En Europa, en los siglos XV y XVI la práctica de la lactancia mercenaria se extendió de tal modo entre las clases acomodadas, principalmente en Francia e Italia, que muchas mujeres pobres no solo daban el pecho a su criatura, sino a otra que le dejaban a cargo. Una dinámica que tuvo efectos anticonceptivos en las familias campesinas, ya que lactar reducía las posibilidades de embarazo. Los aristócratas no querían que sus esposas estuviesen permanentemente alimentando al bebé, pues deseaban disponer al máximo de su fertilidad para conseguir cuantos más descendientes pudieran en un periodo histórico de alta mortalidad infantil, algo que la lactancia materna dificultaba; de ahí su particular interés en la contratación de nodrizas.[\[481\]](#) El cristianismo, además, prohibía las relaciones sexuales durante la lactancia, ya que se pensaba que si la mujer lactante se quedaba embarazada la leche se cortarían, perdería sus propiedades y el bebé enfermaría o moriría.

En el Estado español, la tradición de las amas de cría se remonta al siglo XVII, con su entrada en

el hogar de las familias nobles. La mayoría procedían del norte de la península (Galicia, Asturias y País Vasco). Eran mujeres campesinas y ganaderas, y las más valoradas eran las del Valle del Pas, en Cantabria.[482] La lactancia mercenaria impuesta por los varones fue un mecanismo de control del cuerpo y la sexualidad femenina.

Lo que empezó siendo una práctica exclusiva de la aristocracia, a lo largo del siglo XVII se extendió a la burguesía. Las mujeres burguesas podían así atender sus ocupaciones, pero este no era el único motivo. Las condiciones de vida en las ciudades eran altamente insalubres, con epidemias frecuentes, un hecho que empujaba a muchas de estas familias a enviar a sus hijas e hijos al campo. En el siglo XVIII, el uso de nodrizas alcanzó a las mujeres de las clases populares.[483]

En Francia, a finales del siglo XVIII, de 1774 a 1784, de unos veintiún mil bebés nacidos en París, solo unos mil eran amamantados por sus madres; la inmensa mayoría eran criados por nodrizas: unos mil en el mismo hogar parental; otros, cuya cifra resulta difícil de precisar, residían con su ama de cría en el mismo París; entre dos y tres mil vivían en casa de la nodriza en los alrededores de la ciudad; y la gran mayoría, unos quince mil, eran enviados lejos del hogar. La demanda de amas de cría era tan elevada que incluso llegó a haber escasez. Los criterios para escogerlas variaban en función de la clase social. Los estamentos elevados las seleccionaban con esmero; en cambio, aquellos con menos recursos económicos enviaban a sus pequeños a un lugar lejano, muchas veces con una nodriza sin recursos, poniendo en peligro la vida de la criatura. Los descendientes ilegítimos, fuera del matrimonio —entre un 25 % y un 28 % de los nacidos en París en 1860—, eran a menudo abandonados por sus madres, al no poder mantenerlos, y enviados a instituciones lejanas en condiciones atroces. En los pueblos, la dinámica era otra: mientras las clases pudientes rurales sí hacían uso de la lactancia mercenaria, las más pobres acostumbraban a dar de mamar a las criaturas.[484]

Una práctica que queda recogida en la literatura francesa del siglo XIX. En el clásico *Madame Bovary* de Gustave Flaubert, Emma Bovary, como correspondía a una mujer de su condición, dejaba a su pequeña hija a cargo de una nodriza, sin mantener prácticamente contacto con ella, salvo en ocasiones puntuales. «Un día, Emma sintió de pronto el deseo de ver a su hijita, a quien amamantaba la mujer del carpintero, y sin mirar en el almanaque si habían transcurrido o no las seis semanas de la virgen, encaminóse a la vivienda de Rollet, enclavada al final del pueblo [...]. Al oír abrir la verja apareció la nodriza con un niño en brazos, que mamaba, y otro de la mano, un pobre rapaz enclenque, lleno de escrófulas, hijo de un gorrero de Ruán, a quien sus padres, ocupadísimos con el negocio, habían enviado al campo. [...] La niña de Emma dormía en una cuna de mimbre en el suelo. Emma la cogió, envuelta en la misma manta que la cubría, y cantando dulcemente comenzó a mecerla».[485]

El número de nodrizas en Francia llegó a ser tan elevado que el Estado optó por regular su práctica con el objetivo de controlarla y combatir la elevada mortalidad infantil de la época, ya que solo entre el 50 % y el 60 % de las criaturas alcanzaba la edad adulta. Así, en 1874 se promulgó la Ley Roussel, que obligaba a las amas de cría a darse de alta en un registro, y a los padres que las contrataban fuera del hogar a inscribir a sus pequeños e indicar el lugar donde los dejaban. Con esta ley, se exigía a las nodrizas que cumplieran ciertas normas, bajo supervisión de la autoridad pública.[486]

En Inglaterra, más del 50 % de las criaturas eran amamantadas por amas de cría frente a la otra mitad que recibía leche materna. En Europa, Holanda representaba la excepción, con menor presencia de nodrizas y mayor tradición de lactancia materna, promovida por los poderes públicos y una moral hogareña, lo que explicaría una tasa de mortalidad infantil inferior a la de

sus países vecinos. En el Estado español, en pleno siglo XVIII la doble moral respecto a la lactancia mercenaria quedaba reflejada en las páginas de los periódicos, donde una cuarta parte de los anuncios correspondían a nodrizas, mientras que el mismo diario publicaba información previniendo de su contratación. No fue hasta el primer tercio del siglo XX que aquí se planteó su reglamentación, con el fin de combatir el alto índice de mortalidad infantil, en especial entre los sectores pobres.[487]

La reacción en contra de la lactancia mercenaria vino del protestantismo inglés, que consideraba que el amamantamiento era una tarea intransferible de la esposa, en contraposición a los católicos, que eran más permisivos. En la Inglaterra del siglo XVIII hubo un fuerte movimiento, bajo la influencia del médico William Cadogan, autor del tratado *An Essay Upon Nursing, and the Management of Children, from Their Birth to Three Years of Age* (Un ensayo sobre la enfermería y el manejo de los niños, desde su nacimiento hasta los tres años de edad),[488] en favor de la lactancia materna y en contra de la mercenaria. Cadogan instaba a las madres a dar la teta, y atribuía al padre una función de vigilancia. La lactancia era demasiado importante para que estuviera a cargo de las mujeres en exclusiva. Los filósofos ilustrados del siglo XVIII, con Jean-Jacques Rousseau a la cabeza, subrayaron también la importancia de que la única encargada de alimentar al bebé fuese la mamá, al margen de su clase social. La lactancia materna dejaba de ser considerada solo un bien nutricional para adquirir una dimensión afectiva, moral y psicológica.[489]

La apropiación masculina de la lactancia

Hasta finales del siglo XIX, la lactancia en manos de las mujeres, ya fuesen nodrizas o madres, había sido la única fuente de alimentación de los pequeños, pero a partir de entonces las cosas empezaron a cambiar en los países industrializados. La pérdida de la cultura del amamantamiento se dio debido fundamentalmente a tres factores. En primer lugar, los avances científicos conseguidos en la modificación de la leche de vaca, convirtiéndola en apta y digerible para los bebés. Hasta entonces, la mortalidad de las criaturas alimentadas con leche distinta a la de la mujer era muy alta, alrededor del 90 % en el primer año de vida. En segundo lugar, los cambios en las sociedades industriales, con la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, los avances científico-técnicos que dictaban que lo artificial era mejor que lo natural, las primeras corrientes feministas y los intereses económicos de la industria. Y, por último, la intervención de la clase médica en el parto y la crianza defendiendo el uso del biberón.[490] Las mujeres acabamos comprando el discurso de que el biberón nos haría libres, y nos permitiría estar plenamente disponibles para el mercado de trabajo. No dar la teta se convirtió en un emblema de modernidad y progreso.

La medicalización de la maternidad tuvo consecuencias directas y negativas en la lactancia materna. La hospitalización del parto, a lo largo del siglo XX, conllevó la implementación de una serie de prácticas, como la separación entre la madre y el bebé nada más nacer y la promoción de la lactancia artificial por parte de los profesionales sanitarios, que favorecieron la caída del amamantamiento.[491] En la medida en que la crianza quedaba en manos de los expertos, lo mismo sucedía con la lactancia, supeditada a un proceso de racionalización. La medicina, altamente masculinizada, impuso a lo largo de los siglos XIX y XX una serie de pautas sobre cómo se debía dar de mamar, estableciendo unos horarios regulares, promoviendo la lactancia complementaria —ya fuese con leche de vaca o artificial— y fijando un periodo máximo de nueve meses para dar la teta. En definitiva, unos mecanismos que permitían a los pediatras ejercer un

mayor control sobre la práctica lactante y reforzar su rol. Lo paradójico del caso es que en nombre de la lactancia materna, estas medidas solo contribuyeron a debilitarla, disminuyendo la producción de leche de las madres y mermando su autoconfianza.[492]

«El niño se sentía satisfecho durante un par de horas, y luego berreaba. Pero las reglas decían que había que alimentarlo cada cuatro horas. Estaba angustiada, irritada, ansiosa, “dejando llorar al niño” según la prescripción, hasta que el reloj marcaba el instante en que podía cogerlo y alimentarlo. Ahora sé que era un niño al que habría que haber alimentado cuando él quería, y que realmente yo habría producido la leche necesaria», contaba Doris Lessing en su autobiografía acerca del nacimiento de su primer hijo.[493] Se trataba de unas reglas médicas que desconocían el cuerpo de la mujer, cómo funcionaba la lactancia materna y se basaban en múltiples prejuicios acerca de la capacidad de las madres para criar. En el trasfondo, subyacía la voluntad de control de nuestros cuerpos.

En la misma época, la ya entonces reputada antropóloga Margaret Mead chocó con estas mismas normas al dar a luz a su hija en 1939 en Nueva York. Conocedora de las costumbres de los pueblos del Pacífico Sur, que había estudiado, quiso dar la teta a demanda y que tras el parto le dejaran tener al bebé en la habitación. Sacando partido de su autoridad intelectual y aprovechando la sensibilidad del obstetra que la había atendido y de su pediatra sobre estos temas, consiguió que le permitiesen dar el pecho cada tres horas y no cada cuatro como estipulaban las reglas del hospital. De hecho, Mead estaba tan convencida de la importancia de la lactancia materna que antes de parir se había planteado, en caso de tener dificultades con la misma, contratar a una nodriza, una práctica ya muy en desuso entonces. Con el tiempo, Mead se convertiría en una activa defensora de la lactancia materna, junto con su discípula Dana Rapahel, una voz destacada en la campaña contra la expansión de la leche de fórmula en los países del sur.[494]

Si lo miramos retrospectivamente, la apropiación masculina de la lactancia materna es un buen ejemplo de *mansplaining*, una palabra que fusiona los términos en inglés *man* (hombre) y *explaining* (explica), que se refiere a cuando un hombre habla a una mujer de manera condescendiente sobre un tema, presuponiendo que sabe más que ella, incluso en asuntos sobre los que esta tiene más formación.[495] La lactancia materna es un ejemplo. Una imagen que se hizo viral en las redes a mediados de 2018 lo dejaba claro: una fotografía de un congreso, en Ciudad de México, donde bajo el eslogan «Uniendo esfuerzos para la lactancia materna» siete hombres nos contaban a las mujeres los retos de la lactancia. ¿Os imagináis un panel dedicado a la disfunción eréctil o los problemas de próstata en el que solo intervinieran mujeres?

¿Hemos sido conejillos de Indias?

La leche de fórmula de hoy tiene muy poco que ver con la de finales del siglo XIX y principios del XX. De hecho, las regulaciones actuales impedirían el suministro de esa leche artificial, lo que lleva a preguntarnos si no hemos sido, y aún somos, conejillos de Indias en manos de la industria. Así lo han señalado varios autores, al afirmar que la sustitución de la leche materna por la leche de fórmula es el mayor ensayo al que ha sido sometida una especie animal, al cambiar la alimentación original de los recién nacidos por una leche modificada de una especie distinta.[496] Por otro lado, a pesar de las regulaciones existentes en materia de alimentación infantil, en la medida en que la leche de fórmula no es considerada un medicamento, esto da a las empresas mayor libertad para poner en el mercado unos productos que de otro modo serían sometidos a controles más estrictos.

El origen de la leche artificial, tal y como la conocemos hoy en día, lo podemos situar entre los

años 1865 y 1867, cuando el químico alemán Justus von Liebig desarrolló, patentó y comercializó un alimento infantil, primero en forma líquida y después en polvo, a base de harina de trigo, leche de vaca, harina de malta y bicarbonato de potasio. Su venta empujó a los competidores, Mellin's Food y Nestlé, entre otros, a sacar productos similares. A finales del siglo XIX, se calcula que había unas veintisiete marcas distintas que se presentaban en polvo y contenían carbohidratos, como azúcares, almidones y dextrinas, que tenían que añadirse a la leche. Se trataba de productos que engordaban, pero que carecían de los nutrientes necesarios, como proteínas, vitaminas y minerales, los cuales se fueron añadiendo individualmente con el paso del tiempo.[497] Algunos médicos empezaron entonces a proclamar las virtudes de la leche de fórmula, afirmando que era mejor que la de las nodrizas.

A principios del siglo XX, en Estados Unidos la mayoría de bebés tomaban el pecho, aunque muchos ingerían también algún tipo de leche artificial preparada en casa. Hay una razón para creer que la alimentación con fórmula, a principios del siglo XX, era más exitosa en Europa que en Estados Unidos. En Europa, al menos en Alemania, la leche artificial se hervía, pero en Estados Unidos no, lo que provocaba más infecciones bacterianas asociadas a su uso.[498]

A partir de los años veinte y treinta, la leche de fórmula evaporada, también conocida como leche deshidratada, empezó a distribuirse ampliamente y a precios asequibles en los comercios estadounidenses, siendo promovida por varios de los principales pediatras. Era una leche barata, fácil de almacenar a temperatura ambiente y libre de contaminación bacteriana hasta su apertura. Entre los años treinta y principios de los cuarenta, en Estados Unidos la mayoría de los bebés alimentados con fórmula tomaban un preparado que mezclaba leche evaporada o leche de vaca fresca con agua y carbohidratos. La leche artificial, en paralelo al abandono de la lactancia materna en los países industrializados, siguió evolucionando a medida que los científicos profundizaron en el análisis de la leche de las mujeres, con el objetivo de conseguir una fórmula con una composición lo más parecida posible a la leche humana. Sin embargo, los beneficios para el desarrollo del bebé que comporta la lactancia materna son imposibles de imitar por la artificial.

De 1930 a 1970, a lo largo de cuarenta años, muchos bebés tuvieron que decir adiós a la teta, y no por falta de ganas, sino por prescripción médica. La lactancia materna en este periodo se fue reduciendo drásticamente en los países occidentales, mientras la lactancia artificial se introducía cada vez a edades más tempranas. En Estados Unidos, por ejemplo, de 1931 a 1935 más del 70 % de los bebés primogénitos eran amamantados nada más nacer, un porcentaje menor si era la segunda criatura, y a un 40 % se les seguía dando el pecho hasta los seis meses. Entre los años 1946 y 1950, la lactancia materna inicial había caído hasta el 50 %, y solo el 20 % de los recién nacidos eran amamantados hasta el medio año. Desde los años cincuenta a los sesenta, la lactancia materna continuó a la baja. En los años setenta, solo el 25 % de los bebés de una semana tomaba el pecho y el 14 % de los que tenían entre dos y tres meses.[499] Muchos pequeños acabaron pegados al biberón por culpa de las supuestas bondades asociadas a la lactancia artificial.

En el Estado español, no es fácil encontrar datos de la evolución de la lactancia materna a lo largo del siglo XX. Un estudio que lo analizaba en la región de Murcia, en el ciclo comprendido entre los años 1958 y 2002, concluía que en el periodo anterior a 1965 un 77 % de las mamás daba la teta más allá de los tres meses de vida del bebé y un 61 % superaba los seis —aunque dicho informe no distinguía entre lactancia materna en exclusiva y mixta, es decir, la que se complementa con leche de fórmula—. [500] Unas tasas que se explican por un ambiente sociocultural favorable al amamantamiento.

Entre 1971 y 1975 es cuando se identificaron los registros más bajos. Solo un 40 % de las

mujeres amamantaba más allá de los tres meses, ya fuese con lactancia exclusiva o mixta, y un escaso 14 % lo hacía de los seis en adelante. ¿Las causas? La migración del mundo rural al urbano, pasando de una estructura familiar amplia, con presencia de mujeres de otras generaciones que podían apoyar en la práctica lactante, a un modelo de familia nuclear; la incorporación de la mujer al mundo laboral y la difícil conciliación; y la generalización del parto medicalizado, con la implementación de una serie de prácticas contrarias a dar el pecho. Todo esto contribuyó a la pérdida de la cultura del amamantamiento y a crear un ambiente hostil a la lactancia materna.

Incluso a algunas mujeres que en esta época sí o sí optaron por dar la teta, las acusaron de poner en peligro la vida de sus criaturas. Me lo comentaba por correo electrónico una mamá a raíz de un artículo que escribí sobre este tema: «Yo viví una experiencia penosa. A mi hijo le daban biberones a escondidas porque tenían miedo de que “mi tozudez” por dar el pecho lo hiciese crecer raquítrico».

A partir de los años ochenta, se registró una cierta recuperación. De 1996 en adelante, un 56 % de las madres daba el pecho —ya fuese en exclusiva o alternándolo con leche de fórmula— más allá de los tres primeros meses del bebé y un 25 % después de los seis. Una tendencia que se mantiene, y que se explica por el apoyo y la promoción de la lactancia materna por parte de la Administración, la publicación de estudios sobre sus beneficios para la salud materno-infantil y la emergencia de un movimiento favorable a un modelo de crianza con apego.

El apoyo y el compromiso institucional con la lactancia materna en el Estado español, a pesar de los pronunciamientos oficiales, es muy inferior al necesario, lo que dificulta consolidar unas mayores tasas de lactancia materna exclusiva entre las madres. El Gobierno no cuenta con un programa específico a escala estatal de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna ni de un presupuesto para llevarlo a cabo, no existe un mecanismo sistemático de recopilación de datos sobre las prácticas lactantes, no se forma adecuadamente a los profesionales sanitarios y las dieciséis semanas de baja maternal son insuficientes para favorecer una lactancia materna exclusiva que dure hasta los seis meses, como recomienda la OMS.[\[501\]](#)

Tampoco se sabe nada del comité de expertos que se tenía que poner en marcha para proteger, promover y apoyar la lactancia materna, que en 2005 la Comisión de Sanidad del Senado instó al Gobierno a crear. Una petición que fue aprobada por unanimidad, y que pedía al ejecutivo que activara este comité, integrado por expertos en pediatría, ginecología y atención primaria, en coordinación con las comunidades autónomas y en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Además, el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que regula las prácticas comerciales abusivas e impropiedades, es incumplido a menudo, al no estar plenamente integrado en la legislación ni contar con mecanismos de monitorización, permitiendo que las malas prácticas de las empresas del sector, como la financiación de las asociaciones médicas, queden impunes.[\[502\]](#)

«Leche y asesinato»

La leche artificial empezó a ser promovida en las colonias europeas durante las primeras décadas del siglo XX. Se trataba de una leche condensada y endulzada que, como muchos médicos de la época advirtieron, era claramente insuficiente como alimento exclusivo para los bebés. Una de las primeras voces críticas con el impacto de su generalización fue la doctora jamaicana Cicely Williams, que pudo comprobar sus devastadoras consecuencias, primero trabajando en Ghana y después en Malasia. En 1939, tuvo la oportunidad de denunciarlo en una conferencia en el prestigioso y selecto Rotary Club de Singapur, cuyo principal responsable, por cierto, era el

mismísimo presidente de Nestlé. Una ponencia muy dura que bajo el epígrafe «Leche y asesinato» decía: «Si son puristas de lo legal quizás deseen que cambie el título de este discurso por el de “Leche y homicidio involuntario”, pero si su vida estuviese amargada como lo está la mía, al ver día tras día esta masacre de inocentes debido a una alimentación inadecuada, creo que entonces sentirían, como yo siento, que la propaganda engañosa sobre alimentación infantil debería ser castigada como la forma más criminal de sedición, y que estas muertes deben considerarse un asesinato».[503] He aquí la primera denuncia en un foro internacional de los estragos provocados por el negocio de la industria de la alimentación infantil.

En la medida en que la natalidad en los países del norte fue disminuyendo, a partir de los años sesenta y setenta, la industria de la lactancia artificial intensificó su actividad en los países del sur, para seguir incrementando su tasa de beneficios. Las agresivas campañas de *marketing* y promoción de la lactancia artificial en estos países, repletas de mentiras y datos falsos, se convirtieron en la norma, con consecuencias dramáticas para sus criaturas. La introducción, y consiguiente generalización, del uso de la leche de fórmula en un continente como África provocó el aumento de la mortalidad infantil, debido a las pocas garantías higiénicas y de potabilidad del agua con las que se preparaban los biberones.[504]

Un drama que dio lugar a una de las campañas de boicot más relevantes a nivel internacional, la que puso en el punto de mira, en 1977, a Nestlé, la empresa número uno del sector. Los antecedentes de esta campaña se remontan a principios de los años setenta, cuando *The New Internationalist*, en 1973, y la ONG War on Want, en 1974, con sus respectivas investigaciones encendieron las luces de alarma sobre las malas prácticas de la multinacional.[505] Su agresiva publicidad en los países periféricos instaba a las madres a abandonar la lactancia materna en favor de la artificial, asegurándoles que era lo mejor. Mentiras de las que Nestlé sacaba jugosos beneficios económicos. Si las mamás después no podían seguir pagando la leche de fórmula, retomar la lactancia materna era muy difícil porque el cuerpo había dejado de producir leche, con consecuencias dramáticas para la vida de sus bebés.

La empresa no solo utilizaba publicidad engañosa para conseguir sus objetivos, sino que incluso contrataba a jóvenes, a las que vestía con uniforme de enfermera, para que recorrieran los vecindarios explicando las virtudes de la leche artificial y regalando muestras, por solo citar algunas de sus artimañas. ¿Con qué consecuencias? La investigación de la ONG War on Want lo dejaba claro: «Los bebés del tercer mundo están muriendo porque sus madres los alimentan con biberones al estilo occidental. Muchos de los que no mueren son arrastrados a un círculo vicioso de malnutrición y enfermedad que les dejará secuelas físicas e intelectuales de por vida».[506] Unas políticas que contaron con la complicidad de la gran mayoría del sector sanitario, como recuerda el profesor Michael C. Latham, de la Universidad de Cornell: «Casi todos los médicos y trabajadores de la salud en países del norte y del sur ni siquiera apoyaban la creciente presión del público para detener las actividades promocionales de las compañías. Lo peor fue que los médicos se pusieron del lado de los fabricantes».[507]

A pesar de los obstáculos, el impacto a escala global del boicot fue muy importante y empujó a la OMS, en 1981, a elaborar un Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el cual Nestlé se vio forzada a ratificar, que obligaba a que el etiquetaje de la leche artificial informara de los beneficios de la lactancia materna y de los perjuicios de la fórmula, vetaba la promoción de sucedáneos y prohibía ofrecer muestras gratuitas a madres y profesionales.[508] Sin embargo, las malas prácticas de la multinacional continúan a día de hoy, por lo que la asociación Baby Milk Action sigue con la campaña de boicot. El Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna es ninguneado con

frecuencia.

Nestlé no es la única: Danone, la número dos del sector, fue acusada en 2013 de sobornar a médicos y enfermeras en China para que recomendasen su leche en polvo. Ese mismo año, Danone fue denunciada en Turquía por engañar a las madres mediante una campaña que, tergiversando las recomendaciones de las Naciones Unidas, las advertía del riesgo de tener déficit de leche y les sugería utilizar la fórmula de la multinacional para compensarlo. Una investigación del periódico *The Guardian* y la ONG Save the Children en algunas de las áreas más pobres de Filipinas destapó, en 2018, cómo Nestlé y otras tres compañías de la leche de fórmula sobornaban a personal médico, comadronas y trabajadores de salud con viajes a lujosas conferencias, comidas y entradas a espectáculos a cambio de que alentaran a las mamás a usar leche en polvo.[509]

A pesar de las denuncias, empresas como Nestlé o Danone siguen insistiendo, campaña publicitaria tras campaña publicitaria, en que su leche es igual o mejor que la materna. Los efectos en los países del sur son especialmente trágicos. Así lo asegura Unicef cuando sentencia que la leche artificial «es cara y conlleva riesgos de enfermedades adicionales y la muerte», en particular en zonas con altos niveles de dolencias infecciosas y con deficiente acceso al agua potable.[510] En estos países, sin embargo, la percepción de la población acostumbra a ser otra y a menudo se asocia dar el biberón a un estatus social superior y a una mejor alimentación porque, a decir de la calle, es «como hacen en Europa».

Las malas prácticas también se dan en el continente europeo. En 2014, en Italia doce pediatras fueron arrestados por aceptar sobornos de fabricantes de leche artificial a cambio de promover el uso del biberón. Según informes de la policía italiana, se trata de un método «común y extendido» en el que los médicos «prescriben la leche de fórmula para los recién nacidos a cambio de recompensas».[511] En el Estado español, en 2016 se destapó que dos jefes de pediatría del Hospital Sant Joan de Alicante recibían financiación de varias empresas lácteas a cambio de recomendar sus leches de fórmula en la planta de maternidad de este centro hospitalario.

En el Estado español, la industria de la alimentación infantil y la leche de fórmula suponen un gran negocio, liderado por dos grandes empresas: Nestlé y Hero, que controlan el 75 % de las ventas, la primera como número uno en leche de sustitución y la segunda en potitos. Otras compañías relevantes son Lactalis (con marcas como Puleva y Sanutri), Nutricia (con Almirón, que pertenece a Danone, la líder en venta de leche en polvo) y HiPP (con alimentos infantiles ecológicos). Las empresas del sector facturaron en el año 2016 quinientos millones de euros y fabricaron sesenta mil toneladas de productos alimentarios para la infancia. La mitad de dichos ingresos correspondió a la venta de potitos y comida industrial, un 37 % a leches de sustitución y un 13 % a papillas de harinas y cereales. En concreto, se calcula que cada familia gasta en alimentación industrial más de trescientos euros anuales por bebé, consumiendo de media noventa y cuatro potitos al año. Además, estos son unos productos alimentarios que dejan mucho que desear por su baja calidad nutricional, y las familias con menos recursos económicos son los que consumen los de peor calidad, los que contienen más azúcar, sal y grasas.[512]

Amistades peligrosas

Las amistades peligrosas entre la industria de la leche artificial y un determinado sector sanitario —ya sean algunos hospitales, clínicas, consultorios médicos o profesionales— continúan, a pesar de la legislación internacional vigente que lo prohíbe. Sin ir más lejos, la industria alimentaria y de bebidas es la principal financiadora de la Asociación Española de Pediatría (AEP), aportando una tercera parte de su presupuesto, medio millón de euros, según datos de 2015. Su segundo

financiador es la industria farmacéutica.[513] Algo que no es patrimonio exclusivo de la AEP, como afirmó el presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP), Venancio Martínez Suárez: «De las casi cien mil sociedades profesionales del ámbito sanitario en el mundo el 100 % se financia mayoritaria o exclusivamente con las ayudas de la industria». De este modo, Martínez Suárez pretendía justificar lo injustificable, los vínculos estrechos entre la industria y las sociedades científicas, que calificaba de «imprescindibles», ante la falta de financiación de la Administración pública.[514] Por desgracia, es habitual que la industria farmacéutica pague a médicos o asuma los costes de su participación en congresos. La industria lo llama, eufemísticamente, transferencias de valor a profesionales y organizaciones sanitarias. Algunos lo aceptan, otros no. En el año 2017, dieciocho médicos recibieron de un solo laboratorio farmacéutico más de cincuenta mil euros.[515] Unas relaciones que deberían preocuparnos, y mucho.

El apoyo institucional a la industria de la leche de fórmula tampoco falta. El Gobierno de Estados Unidos, con Donald Trump a la cabeza, intentó boicotear, en mayo de 2018, la resolución que la Asamblea Mundial de la Salud, el máximo órgano de decisión de la OMS, preveía aprobar en defensa de la lactancia materna. Un texto que instaba a los países miembros a limitar la publicidad engañosa de los sustitutos de leche materna. La delegación estadounidense, erigiéndose como representante de los intereses de la industria láctea, presionó al máximo para que esta resolución no prosperara, incluso con amenazas de retirada de apoyo militar y sanciones comerciales a los países que la propusieran. Así fue como varios Estados periféricos candidatos a presentarla se retractaron. Al final fue Rusia, con capacidad de blindaje frente a Estados Unidos, quien presentó la propuesta, la cual salió adelante aunque rebajando parte del contenido, fruto de la presión del ejecutivo de Trump.[516] Una muestra evidente de hasta dónde pueden llegar los hilos que mueve el negocio de la leche de fórmula.

De hecho, según señalan la OMS, Unicef y la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), la mayoría de países cuentan con leyes insuficientes para proteger la lactancia materna. Del total de 135 países que tienen algún tipo de medida legal relacionada con el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna o bien con las resoluciones posteriores aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud, solo 39 poseen leyes que dan cobertura a todas las disposiciones del código. La región con una legislación más garantista es el Sudeste Asiático, seguida de África; y aquella con una ley más laxa es Europa.[517]

El pecho, en remontada

Venimos de muy atrás. El discurso único sobre las bondades del biberón que se empezó a generalizar a partir de los años treinta y llegó a su máximo apogeo entre los años sesenta y ochenta, en función del país, con la introducción de la leche artificial a edades cada vez más tempranas, convirtió en casi residual la lactancia materna. La doctrina del biberón se impuso de la mano de una mayoría de médicos que la recomendaban activamente diciendo que era lo mejor. Como afirmaba el pediatra Carlos González, hasta «hace unos años, en España, dar el pecho *todavía* a los tres meses era raro, y darlo sin *ayudas* de biberón casi heroico».[518]

La dinámica empezó poco a poco a revertirse en algunos países industrializados a partir de los años setenta, como Estados Unidos, y en otros, como el Estado español, en los ochenta. Pero esta remontada se limitaba a las mujeres que daban de mamar a bebés de menos de seis meses y que utilizaban a menudo leche de fórmula como alimento complementario. La lactancia materna

aumentó, según varios estudios realizados en Estados Unidos, siguiendo un claro sesgo de clase y etnia. Si en la primera parte del siglo XX fueron las mujeres acomodadas las primeras en abandonar la lactancia materna, a raíz de los consejos médico-científicos, y las mujeres más pobres mantuvieron la teta, cuando la lactancia empezó a recuperarse, lo hizo entre las mamás de clase media y con estudios, pero no entre las pobres, las afroamericanas y aquellas con pocos estudios.[519] A día de hoy, en Estados Unidos las madres de clase media son las que más dan el pecho, mientras que las de clase trabajadora lo dan en menor medida. Aunque entre estas últimas también se establecen diferencias, y las madres trabajadoras latinas y blancas amamantan más que las afroamericanas, para quienes usar el biberón es percibido como una manera de afirmar su autonomía ante la autoridad médica favorable a dar el pecho.[520]

Las desigualdades alimentarias, muy pronunciadas en Estados Unidos, tienen un impacto directo en la alimentación de los bebés. En aquellas familias con dificultades para acceder a una comida de calidad, acostumbra a ser más difícil garantizar la lactancia materna. Desde un punto de vista socioeconómico, muchos pequeños nacen y viven en lugares adversos para dar el pecho, entornos que reciben el nombre de «desiertos de primera alimentación».[521] Una analogía con los llamados «desiertos alimentarios», que se encuentran en barrios y territorios deprimidos estadounidenses, donde un número significativo de sus habitantes en media milla a la redonda (0,8 kilómetros) en las zonas urbanas o diez millas (16 kilómetros) en las rurales no tiene acceso a comprar comida saludable, ya sea en una tienda o en un centro comercial. En Estados Unidos, con datos de los años 2010 a 2014, se calculaba que 54 millones de personas, casi el 18 % de la población, vivían en estas áreas.[522] Un fenómeno que de manera incipiente comienza a manifestarse aquí. La lactancia materna es un asunto de justicia alimentaria y, como tal, está fuertemente condicionada por las desigualdades.

En el Estado español, la incidencia de la clase social en la lactancia materna también existe, pero es probable que no sea tan acentuada como en Estados Unidos. En las familias con ingresos mensuales inferiores a los dos mil euros, según una investigación llevada a cabo en 2013, se destetaba como media casi a los seis meses, y las que tenían ingresos superiores, a los siete. Si tomamos como referencia la clase social de las familias, según la misma encuesta, aquellas de clase social alta destetaban a los 8,1 meses, las de clase media a los 6,4 y las de clase social baja a los 4,9.[523] Hay un claro sesgo de clase vinculado a la lactancia materna. Por este motivo, dar el pecho no puede considerarse una mera decisión individual, sino que viene muy determinada por el contexto socioeconómico de las familias.

A escala global, en los países pobres las clases sociales bajas mantienen durante más tiempo la lactancia materna, mientras que en los ricos ocurre justo al revés y son las madres de clase social alta y mayor nivel de estudios las que dan de mamar durante más tiempo. Entre los años 1995 y 2015, la lactancia materna exclusiva a los seis meses a nivel mundial pasó del 25 % al 43 %. Sin embargo, estos datos nos ofrecen una visión parcial, porque no incluyen información detallada de los países con mayores ingresos, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Rusia o la mayor parte de Estados de la Unión Europea, donde precisamente las cifras de lactancia materna son de las más bajas del mundo. Por regiones, la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad en este periodo tuvo su mayor crecimiento en el Sudeste Asiático, pasando del 36 % al 64 %, y en el África subsahariana, del 28 % al 42 %. En Europa, contando solo con datos de algunos países del Este, su avance fue menos significativo, del 19 % al 27 %.[524]

¿Cuáles son las razones de esta recuperación de la lactancia materna? La mala imagen de la industria de la leche artificial y de sus agresivas campañas para imponerse en los países del sur puede ser una de las causas, aunque las mismas fuentes señalan que resulta difícil identificarlas.

[525] El cambio de posición de los médicos también fue un factor clave. En Estados Unidos, la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) publicó, en 1990, una declaración en la que exponía sus razones para no publicitar leche de fórmula, y consideraba que su promoción tenía efectos negativos en el amamantamiento.[526] En 1997, la AAP aprobó oficialmente la defensa de la lactancia materna, aconsejándola en exclusiva durante los seis primeros meses de vida del bebé y de manera complementaria a la introducción de alimentos los seis siguientes.[527] El cambio de orientación de los profesionales de la salud fue resultado de la proliferación de estudios científicos que demostraban los beneficios de dar el pecho.

Otras investigaciones apuntan a cómo la recuperación del amamantamiento en el Estado español sería consecuencia de su promoción por parte de la Administración pública y el personal sanitario, la publicación de informes sobre sus beneficios y la ampliación del permiso de maternidad. Los cambios socioculturales, con la revalorización de modelos de crianza vinculados al apego, la crítica a la medicalización de la vida o el auge de corrientes ecologistas y ecofeministas, habrían influido también en esta contratendencia.[528]

Aun así, a nivel mundial solo un 43 % de los lactantes de seis meses en el año 2015 tomaba leche materna como alimentación exclusiva, con datos que no incorporaban a los países con mayores ingresos —al no tener información sistematizada al respecto—, pero que cuentan con las tasas de lactancia materna más bajas del planeta. Por ello, si los incluyésemos, dicha media todavía sería menor. En el Estado español, la cifra se sitúa en el 39 %, con datos de 2017.[529] A pesar de estar en remontada, ni la organización sociolaboral, ni los intereses de la industria láctea, ni los prejuicios aún existentes en la sociedad y en el sector sanitario permiten la plena normalización de la lactancia materna.

Vendernos la moto de la leche de fórmula

Las empresas de la leche de fórmula persisten en su intento de confundir a la opinión pública diciendo que la leche artificial es igual, o incluso superior, a la materna. Por este motivo, a menudo introducen en sus anuncios imágenes de mamás con bebés, y en algunos casos incluso de mamás dando el pecho; una publicidad que está prohibida por el Real Decreto 867/2008, que regula todo lo que tiene que ver con los preparados para lactantes y de continuación. Según esta ley, los anuncios de dichas empresas no pueden insinuar ni hacer creer que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la materna, y se prohíbe su publicidad en los lugares de venta, vetando la distribución de muestras o el uso de promociones y ofertas. Estas prácticas están también reguladas por el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS y Unicef, adoptado por muchos países, entre ellos el Estado español. Sin embargo, saltarse la legalidad, como prueban muchas denuncias, está al orden del día.[530]

Uno de los casos más sonados fue el anuncio de Nestlé aparecido a toda página en la contraportada de la revista de la AEP en junio de 2013, y que incluía el sello de esta entidad, a modo de validación de la información. Y ¿qué decía la publicidad? Junto a la imagen de un bebé que nacía por cesárea, el siguiente texto: «Uno de cada cuatro bebés nace por cesárea. Los bebés nacidos por cesárea tienen mayor riesgo de infecciones gastrointestinales. ¿Y si pudieras reducirlo en un 46 %?». La solución que se presentaba era: leche de fórmula Nidina 1 Premium de Nestlé. Lo que no decía el anuncio es que dar el pecho reducía aún más ese riesgo. De ahí que el 60 % de los miembros del Comité de Lactancia Materna de la AEP dimitiera del cargo tras su publicación, como acto de protesta.[531] La AEP ya ha sido criticada en otras ocasiones por mantener relaciones estrechas con la industria de la alimentación infantil y publicitar regularmente sus

marcas a cambio de financiación. Algo que, como señalaba la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), pone en cuestión su credibilidad: «Es muy difícil ser imparcial e independiente en cuestiones de lactancia materna si la AEP obtiene dinero de la industria que apoya lo contrario».[532]

En octubre de 2018, se produjo de nuevo una dimisión en bloque de los miembros del Comité de Lactancia Materna de la AEP, cuando diez de sus once integrantes abandonaron el cargo precisamente por los conflictos de intereses que mantenía la asociación. Lo explicaron en la página de Facebook del Comité, donde además anunciaron que cerraban este perfil y creaban una nueva entidad, AELAMA, desde donde continuarían el trabajo que el Comité llevaba realizando desde su creación, en 1995.

Hay que tener en cuenta que cada año las seis principales compañías de leche de fórmula (Nestlé, Danone, RB-Mead Johnson, Abbott, Kraft Heinz y FrieslandCampina) gastan ingentes cantidades de recursos económicos en publicidad. En 2015, destinaron un total de 5.600 millones de euros a este fin; el equivalente a más de cuarenta euros por bebé nacido en el mundo. Su objetivo: aumentar las ventas a través de una agresiva estrategia de *marketing* que busca convencer a las mamás de que la leche de fórmula es mejor que la materna. Y parece que lo están consiguiendo. En los últimos veinte años, el negocio de la industria de la leche artificial ha multiplicado por cinco sus beneficios. Hoy, más bebés que nunca antes son alimentados con biberón.[533]

La generalización de su uso, con tomas pautadas y horarios fijos, vino acompañada de una receta más amplia que incluía una serie de recomendaciones como que los bebés durmieran solos, se les dejara llorar hasta que se cansaran, se les diera el chupete y se les cogiera poco en brazos para evitar malcriarlos. Obviamente, no todos aquellos que dieron el biberón optaron por estas prácticas, pero sí que se trataba del manual de instrucciones de la época, aplicado también a los bebés que mamaban.

Me acuerdo de que al principio de dar el pecho, en ese periodo en que los pequeños se pasan el día enganchados, fui a una asamblea. Había personas muy activas en movimientos sociales, hombres y mujeres de generaciones diversas. Una de esas mujeres, de unos cincuenta años, a quien conocía de hacía tiempo, se me acercó al ver al niño tanto rato en la teta, y me dijo: «Ay, si yo hubiese podido hacer lo mismo..., pero en mi época lo que tocaba era darle el biberón. Y si lloraba, ni cogerlo podías. Si hacíamos lo contrario, nos decían que el bebé se malacostumbraría. No sabes ahora cómo me arrepiento de no haber tomado más en brazos a mis hijos».

Se imponía entonces, y aún perdura, una mirada conductista de la crianza. Las criaturas, se afirma, manipulan, buscan salirse con la suya, son caprichosas y si no cambiamos su proceder tendremos a un hijo o una hija consentida. ¡A cuántas de nuestras madres les decían esto! ¡Y cuántas veces lo oímos aún hoy! Se nos insiste en que tenemos que ser firmes y persistentes, que no debemos ceder y dejar clara la jerarquía. Si llora, vomita, patatea..., no hay que darle más importancia. «Lo hace —se dice— para llamar la atención». Tampoco es bueno, aconsejan algunos, mimarlo en exceso, porque esto convierte al pequeño en un egoísta. Pero este método no solo busca que el comportamiento de la criatura se adapte a las necesidades de los adultos, sino también a las del mercado.

¿Los pechos pequeños no tienen leche?

«Al principio, cuando estábamos aún en la clínica, se me había prendido al pecho fácilmente, pero una vez en casa algo se torció y ya no quiso saber nada. Mamaba unos segundos y se ponía a

chillar como un animalito furioso. Me vi débil, expuesta a viejas supersticiones [...]. ¿Qué le pasaba? ¿Mis pezones eran demasiado pequeños, se le salían de la boca? ¿Mi leche no le gustaba? ¿O tal vez, con un maleficio a distancia, le habían inoculado una aversión hacia mí, su madre?», confesaba Lenú, una de las protagonistas de *Las deudas del cuerpo*, la novela de Elena Ferrante, tras el nacimiento de su hija, allá por 1970 .[534]

La receta del biberón siempre ha ido acompañada de una buena dosis de falsos mitos acerca de la lactancia materna, algunos de los cuales todavía perduran: «Los pechos pequeños no tienen leche», «si tengo los pezones invertidos no será posible la lactancia», «mi leche es acuosa y por lo tanto no alimenta», «si el bebé mama o llora mucho es porque se queda con hambre», «si el bebé no se acostumbra a una pauta horaria se le dañará el estómago» (¡esto se lo dijeron a mi madre!), «si con el sacaleches me saco poca cantidad es que no tengo leche suficiente»... Una mezcla de convicciones que ha resultado fatídica para menoscabar nuestra confianza, como mujeres, en la lactancia.

Se trata de prejuicios que los medios de comunicación han contribuido a propagar. Un ejemplo es el reportaje aparecido en el suplemento dominical de *El Mundo*, en octubre de 2010, con el titular «¿Madre o vaca?», el cual generó muchísimo revuelo. La revista abrió portada con una fotografía, a toda página, de una mujer desnuda pintada como si fuese una vaca, con cuernos incluidos, que sostenía en brazos a un bebé, y en el interior otra de la misma mujer a cuatro patas simulando lactar a la criatura. Más allá del carácter ofensivo de las imágenes, el texto estaba lleno de datos falsos que pretendían cuestionar los beneficios de la lactancia materna. Se afirmaba que se presiona a las mujeres para que den mamar; que el objetivo de la lactancia materna es apartarlas del mercado laboral; que se ataca a aquellas que optan por el biberón; y, como suele suceder, se intentaba enfrentar a unas mamás con otras.[535] Esta es una muestra, de las muchas que podríamos poner, de una supuesta «información» que en realidad confunde, crea falsos mitos y estigmatiza.

El cine, por su parte, ha tendido a invisibilizar la lactancia materna. Son pocas las películas en las que encontramos a mamás dando la teta con normalidad, y si aparecen no acostumbran a ser protagonistas. En general, cuando una mujer da el pecho en las producciones cinematográficas, suele tener connotaciones eróticas. Lo vemos en películas como *Amarcord*, *La teta y la luna* o *Juana la Loca*. O bien se da a la lactancia materna un carácter humorístico por el contexto donde se lleva a cabo, como en *Tres bodas de más*, cuando una madre, en medio de una boda, intenta dar de mamar a su criatura como puede, debido a la incomodidad del vestido que lleva.[536] El cine contribuye a estigmatizar la lactancia materna, dificultando que sea percibida como una práctica normal.

[475] De Prada, A. I., «Mi mejor amante», en Torres, H. y A. I. de Prada (coords.), *Relatos marranos. Antología*, Barcelona: Pol.len edicions, 2014, pp. 233-248.

[476] Latham, M. C., *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*, Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2002.

[477] Olza, I., D. Ruiz-Berdún y S. Villarrea, «La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres», *Dilemata* 25, 2017, pp. 217-225.

[478] Stanway, P. y A. Stanway, *Breast Is Best: A Common-Sense Approach to Breastfeeding*, Londres: Pan, 1978.

[479] Van Esterik, P., *Beyond the Breast-Bottle Controversy*, Nuevo Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers University Press, 1989; Blum, L. M., *At the Breast: Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*, Boston: Beacon Press, 1999; Merino, P., *op. cit.*, 2017.

[480] Knibiehler, Y., *op. cit.*, 2000.

- [481] Yalom, M., *op. cit.*, 1997.
- [482] Quintana, R., «Feminismo y lactancia», conferencia inaugural en el VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila, 2011.
- [483] Hufton, O., *op. cit.*, 1991.
- [484] Le Roy, E., «L'allaitement mercenaire en France au XVIIIe siècle», *Communications* 31, 1979, pp. 15-21; Romanet, E., «La mise en nourrice, une pratique répandue en France au XIXe siècle», *Transtext(e)s Transcultures* 8, 2013, doi: 10.4000/transtexts.497.
- [485] Flaubert, G., *Madame Bovary*, Madrid: Editorial EDAF, 1999 (1857), pp. 128-130.
- [486] Iribarne, M. M., *op. cit.*, 2010.
- [487] Paricio, J. M., *op. cit.*, 2004; Colmenar, C., «Nodrizas y lactancia mercenaria en España durante el primer tercio del siglo XX», *Arenal* 14 (2), 2007, pp. 335-359.
- [488] Cadogan, W., *An Essay Upon Nursing, and the Management of Children, from Their Birth to Three Years of Age*, 1748. Disponible en: <https://archive.org/details/anessayuponnurs00cadogoog/page/n4>.
- [489] Yalom, M., *op. cit.*, 1997; Quintana, R., *op. cit.*, 2011.
- [490] Paricio, J. M., *op. cit.*, 2004.
- [491] Apple, R. D., *op. cit.*, 1987.
- [492] Hausman, B. L., *Mother's Milk: Breastfeeding Controversies in American Culture*, Nueva York: Routledge, 2014 (2003).
- [493] Lessing, D., *op. cit.*, 1997, p. 243.
- [494] Mead, M., *Blackberry Winter: My early Years*, Nueva York: Kodansha International, 1995 (1972); Lutkehaus, N. C., *Margaret Mead: The Making of an American Icon*, Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press, 2008.
- [495] Solnit, R., *Los hombres me explican cosas*, Madrid: Capitán Swing, 2017.
- [496] Paricio, J. M., *op. cit.*, 2004; Olza, I., *Lactivista*, Tenerife: Editorial OB STARE, 2013; Negri, P., *Todas las madres tienen leche*, Cádiz: Ediciones DeFabula, 2014.
- [497] Stevens, E. E., T. E. Patrick y R. Pickler, «A History of Infant Feeding», *J Perinat Educ* 18 (2), 2009, pp. 32-39.
- [498] Fomon, S. J., «Infant Feeding in the 20th Century: Formula and Beikost», *The Journal of Nutrition* 131 (2), 2001, pp. 409S-420S.
- [499] *Ibid.*
- [500] Colodro-Conde, L. *et al.*, «Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain», *Journal of Human Lactation* 27 (3), 2011, pp. 272-278.
- [501] Paricio, J. M., *Report on the situation of infant and young child feeding in Spain*, Ginebra: IBFAN-International Baby Food Action Network, diciembre de 2017.
- [502] *Ibid.*
- [503] Williams, C., *Milk and Murder*, Penang: International Organization of Consumers Unions, 1986 (1939), p. 5.
- [504] Doherty, T., D. Sanders, A. Goga y D. Jackson, «Implications of the new WHO guidelines on HIV and infant feeding for child survival in South Africa», *Bulletin of the World Health Organization* 89, 2010, pp. 62-67.
- [505] Geach, H., «The baby food tragedy», *The New Internationalist* 6, 1973, pp. 8-12; Muller, M., *The baby killer*, Londres: War on Want, 1974.
- [506] Muller, M., *op. cit.*, 1974, p. 5.
- [507] Latham, M. C., *op. cit.*, 2002.
- [508] OMS, *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*, Ginebra: OMS, 1981.
- [509] Europa Press, «Sancionados 13 médicos y enfermeras por recibir sobornos de Danone para recomendar su leche en polvo infantil», *Europapress.es*, 14 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.europapress.es/internacional/noticia-sancionados-13-medicos-enfermeras-recibir-sobornos-danone-recomendar-leche-polvo-infantil-20131014161420.html>; Newman, M. y O. Wright, «After Nestlé, Aptamil manufacturer Danone is now hit by breast milk scandal», *Independent.co.uk*, 29 de junio de 2013. Disponible en: <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/after-nestle-aptamil-manufacturer-danone-is-now-hit-by-breast-milk-scandal-8679226.html>; Ellis-Petersen, H., «How formula milk firms target mothers who can least afford it», *The Guardian*, 27 de febrero de 2018.

- [510] Unicef, «Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial», *Unicef.org*, 2019. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
- [511] EFE, «Doce médicos italianos arrestados por aceptar sobornos a cambio de desvirtuar la lactancia materna», *El Mundo*, 21 de noviembre de 2014.
- [512] Justicia Alimentaria, *Mi primer veneno. La gran estafa de la alimentación infantil*, Barcelona: Justicia Alimentaria, 2018.
- [513] Paricio, J. M., *op. cit.*, diciembre de 2017.
- [514] Ibañes, L. G., «Pediatria de AP responde a las críticas por colaborar con la industria de la alimentación», *Diariomedico.com*, 29 de septiembre de 2016. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/profesion/pediatria-de-ap-responde-a-las-criticas-por-colaborar-con-la-industria-de-la-alimentacion.html>.
- [515] Civio y Belmonte, E., «18 metges van rebre més de 50.000 euros cadascun d'una sola farmacèutica el 2017», *Diarisanitat.cat*, 14 de octubre de 2017. Disponible en: <http://diarisanitat.cat/18-metges-van-rebre-mes-de-50-000-euros-cadascunduna-sola-farmacautica-el-2017>.
- [516] Jacobs, A., «Estados Unidos intentó frenar la promoción de la lactancia materna para favorecer a empresas», *The New York Times*, 10 de julio de 2018.
- [517] OMS, «Las leyes para proteger la lactancia materna son inadecuadas en la mayoría de los países», nota de prensa, 9 de mayo de 2016.
- [518] González, C., *Comer, amar, mamar. Guía de crianza natural*, Barcelona: Editorial Planeta, 2014.
- [519] Hausman, B. L., *op. cit.*, 2014 (2003).
- [520] Blum, L. M., *op. cit.*, 1999.
- [521] Freeman, A., «“First Food” Justice: Racial Disparities in Infant Feeding as Food Oppression», *Fordham Law Review* 83 (6), 2015, pp. 3053-3087.
- [522] United States Department of Agriculture, «Definitions. Food access», *Ers.usda.gov*, 5 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.ers.usda.gov/data-products/food-access-research-atlas/documentation/#definitions>.
- [523] Díaz-Gómez, M., *Iniciativa Mundial de Lactancia Materna. Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia*, 2013. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/resumen-presentacion-encuestalm-julio2013_0.pdf.
- [524] Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*, Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2017.
- [525] Fomon, S. J., *op. cit.*, 2001.
- [526] Stevens, E. E., T. E. Patrick y R. Pickler, *op. cit.*, 2009.
- [527] Koerber, A., *Breast or Bottle? Contemporary Controversies in Infant-Feeding Policy and Practice*, Columbia: University of South Carolina Press, 2013.
- [528] Colodro-Conde, L. *et al.*, *op. cit.*, 2011.
- [529] Datos obtenidos respectivamente de: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *op. cit.*, 2017; Ministerio de Sanidad, *Encuesta Nacional de Salud España 2017*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2018.
- [530] Sader, L., «Publicidad engañosa de fórmulas lácteas: Almirón 2», *Amormaternal.com*, 2011. Disponible en: <https://www.amormaternal.com/2011/06/publicidad-formulas-lactecas-lactancia.html>; Busquets, M., «El código de comercialización de sucedáneos de leche materna», *Crianzanatural.com*, 16 de junio de 2017. Disponible en: <https://www.crianzanatural.com/art/art298.html>.
- [531] Rosino, J., «Publicidad engañosa sobre alimentación para lactantes», *Naukas.com*, 26 de julio de 2013. Disponible en: <https://naukas.com/2013/07/26/publicidad-enganosa-sobre-alimentacion-para-lactantes>; Facua, «Dimite el 60% de los miembros del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría», *Facua.org*, 18 de julio de 2013. Disponible en: <https://www.facua.org/es/noticia.php?Id=7796>.
- [532] Tardón, L., «Revuelo en la Asociación Española de Pediatría», *El Mundo*, 29 de julio de 2013.
- [533] Save the Children, «Las principales compañías de leche de fórmula gastan 5.600 millones de euros al año en publicidad, en detrimento de la lactancia materna», nota de prensa, 27 de febrero de 2018.
- [534] Ferrante, E., *op. cit.*, 2014, p. 267.
- [535] Millares, R., «El Mundo, contra la lactancia materna», *Tercerainformacion.es*, 24 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.tercerainformacion.es/antigua/spip.php?article19494>; Jan, C., «Una vaca que indigna

tanto a madres como a pediatras», *El País*, 29 de octubre de 2010.

[536] Visa, M., «La representación de la lactancia materna en el cine», *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* 23 (1), 2015, pp. 689-700.

Las virtudes de la leche materna

Yo opté por dar el pecho. No tenía ningún sentido para mí dar el biberón si tengo tetas que dan buena leche y de muchísima mejor calidad que la artificial. Sin embargo, dar de mamar no es fácil, pues no nacemos enseñadas. De hecho, el mejor regalo que te pueden hacer nada más parir es darte el teléfono de una asesora de lactancia. Yo tenía el de mi comadrona, que me acompañó en el parto, y que las semanas después siempre estuvo allí. Su apoyo fue imprescindible.

La leche artificial es un gran invento, ya que permite alimentar a los bebés cuando no hay lactancia materna posible o deseada, y es capaz de salvar vidas. El problema surge cuando se equipara una leche con la otra, como ha sucedido a lo largo del siglo XX. Y eso cuando no se afirma, incluso, que la de fórmula es mejor que la de las mujeres. La industria no ha dudado en explotar los miedos más íntimos de las mamás para ganar dinero, diciéndonos, por poner un caso, que si el bebé no toma leche suficiente enfermará. El propio uso de la palabra *fórmula*, en vez de *artificial* o *sustituta*, que pueden tener connotaciones más negativas, muestra la capacidad de la industria alimentaria de imponer sus marcos conceptuales.[\[537\]](#) Tras el biberón se esconde un gran negocio, el de las multinacionales del sector que utilizan todos los recursos a su alcance, desde el *marketing* al personal sanitario, para vendernos como incuestionables las bondades de la lactancia artificial.

La leche humana y la artificial no son lo mismo

La leche artificial, aun siendo químicamente similar a la de las madres, no incluye las propiedades inmunitarias de esta última, sino que es solo un alimento. En cambio, la leche materna, como indica Unicef, «es un complejo fluido nutricional vivo que contiene anticuerpos, enzimas, ácidos grasos de cadena larga y hormonas, muchos de los cuales simplemente no pueden incorporarse a la fórmula»,[\[538\]](#) por más que las compañías intenten hacerlo, en aras de aumentar sus beneficios. A pesar de lo que digan, la leche de fórmula y la materna ni de lejos son lo mismo.

La fórmula es la mejor alternativa cuando un bebé no puede tomar leche de mujer, e incluye los nutrientes conocidos y necesarios para la criatura, pero no incorpora aquellos que aún no han sido identificados, con lo que resulta imposible saber qué le falta al pequeño que toma el biberón. Las leches manufacturadas no tienen las células vivas de la leche materna ni contienen sus propiedades antinfeciosas.[\[539\]](#) Parece mentira que todavía hoy se tenga que insistir en qué la leche humana es el alimento más adecuado para el bebé.

En la medida en que el sistema inmunitario tarda unos años en madurar, la leche materna contiene las sustancias necesarias para proteger al recién nacido de la enfermedad, como anticuerpos, proteínas, enzimas e incluso células vivas, como glóbulos blancos. Cuando el bebé mama, puede

indicar qué anticuerpos necesita, para que el organismo los produzca y se los dé en la siguiente toma. Además, como señala Paola Negri en *Todas las madres tienen leche*, «la leche materna no solo proporciona inmunidad *pasiva*, que compensa la inmadurez de las defensas del bebé con efectos inmediatos (por ejemplo, con los anticuerpos de la leche materna), la lactancia proporciona inmunidad *activa*, es decir, estimula el sistema inmunitario del niño a funcionar y a crecer».[540] Entonces, ¿por qué se ha promovido con tanto empeño la lactancia artificial cuando ya teníamos la mejor leche posible?

Otro inconveniente de la lactancia artificial es que siempre tiene el mismo sabor y composición, mientras que la de la mujer incorpora los sabores de aquello que come, habituando al pequeño a la dieta familiar. La leche materna cambia a lo largo del periodo de lactancia (del calostro inicial pasa a la leche de transición y luego a la leche madura), en el transcurso de la jornada (con diferencias entre el día y la noche) y en una misma toma (con más o menos lactosa, azúcar, proteínas, vitaminas, minerales, agua y grasa), adecuándose a las necesidades del bebé (hambre, sueño, enfermedad, sed). Algo imposible de imitar por la industria.

Ante la leche de fórmula y la materna, no se puede pretender que ambas formas de lactancia son equivalentes. No se trata de una mera elección o de una posición ideológica entre dos prácticas iguales. La evidencia científica ha demostrado la superioridad de la leche de las mujeres.[541] Sin embargo, el debate científico sobre la lactancia no está exento de discusiones y polémicas. Algunas autoras señalan que los beneficios de dar el pecho han sido sobrevalorados o no son tan concluyentes como a veces se afirma. Hay estudios que presentan problemas metodológicos, como obviar la clase social de los bebés analizados.[542] En cualquier caso, se puede debatir en qué grado la lactancia materna es mejor que la artificial, pero no en si la fórmula es mejor que dar la teta.

Cara, incómoda e insostenible

La leche artificial es cara e incómoda, ya que se tiene que comprar, preparar y dar en un determinado tiempo. Para suministrarla, hay que contar con varios accesorios, como biberones, medidores y tetinas; y estos instrumentos se tienen que adquirir, con el consiguiente desembolso económico, son de fácil contaminación bacteriana y aún en la actualidad algunos están elaborados con sustancias químicas dañinas para la salud infantil, como el bisfenol A (BPA) y los ftalatos. Además, se pueden dar errores en la preparación, produciendo una leche bien demasiado diluida, bien excesivamente concentrada.

Mención aparte merece el negativo impacto medioambiental de la producción y la distribución de leche artificial. Hacen falta ingentes cantidades de tierra y agua para alimentar a las vacas que la producen y petróleo para transportarla. Para obtener un kilo de leche de fórmula en polvo se necesitan, ni más ni menos, que 4.700 litros de agua, mientras que dar la teta no requiere suministro alguno y ahorra agua. De ahí que la leche materna sea considerada el alimento más sostenible, ya que genera cero residuos, cero gases de efecto invernadero y una huella hídrica igual a cero.[543]

La industria ganadera, y en particular la industria vacuna, ya sea de leche o carne, se estima que genera el 18 % de los gases de efecto invernadero, una cifra superior incluso a la que ocasiona el transporte. La ganadería industrial provoca el 9 % de las emisiones antropocéntricas de CO₂, debido al uso intensivo de la tierra y la deforestación; el 65 % de las de óxido nitroso, la mayoría procedente del estiércol; el 37 % de las emisiones de metano, un gas mucho más perjudicial que el CO₂, originado por la digestión de los rumiantes y sus eructos y flatulencias; y el 64 % de las de

amoníaco, que contribuye a la lluvia ácida.[544]

Ahora, que se habla tanto de cambio climático, ¿cuál es el impacto de la leche de fórmula en su generación? La investigación más exhaustiva al respecto señala que sumando la producción de cada ingrediente de la leche artificial (leche en polvo, aceite vegetal, azúcar de caña), y partiendo del total de leche de fórmula vendida en seis países de la región de Asia-Pacífico (Australia, Corea del Sur, China, Malasia, India y Filipinas) en el año 2012, se generaban casi tres millones de toneladas de CO₂; una cantidad de gases de efecto invernadero equivalente a recorrer unos once millones de kilómetros en coche a lo largo de un año.[545] En la medida en que la venta de leche de fórmula no hace sino aumentar, su daño medioambiental también se incrementa, siendo nosotros y el conjunto del planeta los que pagamos las consecuencias.

Además, la leche artificial debe mantenerse refrigerada y calentarse, con lo que necesitamos energía, mientras que la leche materna sale a la temperatura ideal. En definitiva, dar la teta es lo mejor para el medio ambiente. Ninguna otra leche es tan «kilómetro cero» como la humana. Alimentar a los bebés con leche de fórmula nos genera una dependencia artificial, de alto coste medioambiental, para dar respuesta a una necesidad que puede cubrirse de manera fisiológica, en la mayoría de casos.

Soberanía alimentaria y soberanía lactante

La lactancia materna como práctica es una expresión de soberanía alimentaria. Pero ¿esta en qué consiste? La demanda de soberanía alimentaria fue planteada por vez primera por el movimiento internacional de agricultores La Vía Campesina en 1996, coincidiendo con la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de la FAO en Roma. La Vía la describió como «el derecho de los pueblos a definir sus políticas agrícolas y alimentarias».[546] una reivindicación que surgió como reacción al neoliberalismo alimentario imperante, es decir, a un modelo agroalimentario capitalista mundial controlado por las grandes empresas del sector. Su propuesta pretendía trascender el concepto de seguridad alimentaria acuñado por la FAO en 1974, el cual, a pesar de defender el derecho y el acceso universal a la comida, no cuestionaba dónde ni cómo se producen los alimentos, siendo esta una demanda fácilmente cooptable por la industria agroalimentaria, al no señalar las causas estructurales de la pobreza y el hambre.

La soberanía alimentaria sitúa en el centro de sus demandas la defensa de los derechos del campesinado, apoyándolos en su lucha por producir alimentos al margen de las condicionalidades impuestas por el mercado, priorizando los circuitos locales y colocando la producción, la distribución y el consumo de comida sobre la base de la sostenibilidad social, económica y medioambiental. Todo esto no implica un retorno romántico a un pasado arcaico, sino que significa combinar los saberes tradicionales con los nuevos conocimientos. Tampoco implica un repliegue identitario en lo local, sino que su objetivo consiste en repolitizar el sistema alimentario global en un sentido democrático.[547]

Desde la perspectiva de la soberanía alimentaria casi no se ha reflexionado acerca de la alimentación de los bebés, como si esta no estuviese condicionada, igual que la de los adultos, por fuertes intereses económicos. El análisis de la lactancia materna no se inserta en los debates más generales sobre el modelo alimentario, y su defensa no suele hacerse desde el paradigma de la soberanía alimentaria. Pero si la soberanía alimentaria implica la capacidad de las personas, las comunidades o los pueblos de decidir qué alimentos se producen y qué se come, la soberanía en la alimentación infantil reside, sin duda, en la lactancia materna, en la capacidad de las mujeres para producir el alimento de sus criaturas y dárselo. Lo que podemos definir como soberanía lactante,

la cual permite la producción y el acceso a la comida más ecológica, saludable y local para los bebés. La soberanía alimentaria empieza por la lactancia materna y la soberanía lactante es el primer acto de soberanía alimentaria.

La alimentación de los recién nacidos viene condicionada por el modelo alimentario hegemónico en cada periodo histórico y sociedad. La evolución del capitalismo ha dado lugar a lo que los sociólogos Harriet Friedmann y Philip McMichael llaman distintos «régimenes alimentarios». Este concepto permite analizar la estructura de producción, distribución y consumo de alimentos a escala internacional en relación con las transformaciones del capitalismo, mostrándonos que el modelo agroalimentario es una de las piezas que conforman el sistema de poder global.[548] A partir de aquí, podemos considerar que a cada régimen alimentario internacional le corresponde un régimen de lactancia, es decir, unas pautas de organización de la alimentación temprana. De este modo, la globalización alimentaria actual se caracteriza por tener una cultura de la lactancia subordinada a los intereses de la industria agroalimentaria en conjunción con los del sistema médico.

La soberanía alimentaria, en el mundo actual, es vulnerada sistemáticamente por las prácticas de las multinacionales agroalimentarias que impiden al campesinado producir alimentos y ganarse la vida dignamente, al dificultarles el acceso al agua, la tierra y las semillas, bienes comunes que han sido privatizados. Unas empresas que acaban con el derecho de los consumidores a saber qué alimentos comemos, cómo se han producido y de dónde vienen, y que obstaculizan el acceso a la comida local y campesina. Se trata de un modelo agroalimentario al servicio de los intereses de las multinacionales del *agrobusiness*, adicto al uso de agrotóxicos, con alimentos que viajan miles de kilómetros, con escasa diversidad alimentaria y que nos enferman.[549]

La soberanía lactante, por su parte, es atacada por los intereses de la industria de la alimentación infantil, la cual menoscaba la capacidad y la confianza de las madres para producir leche y acaba con el derecho de los bebés a consumirla. Tanto en el caso de la soberanía alimentaria como en el de la soberanía lactante son los intereses económicos, privados, de grandes empresas los que se anteponen a necesidades vitales, y cuentan a menudo incluso con apoyo institucional.

La industria agroalimentaria y la industria de la leche artificial y la alimentación infantil son lo mismo. Lo constatan sus nombres. Las principales compañías del sector de la fórmula son multinacionales que ven en los pequeños de hoy a los consumidores del mañana. Las enfermedades que provoca un modelo alimentario sometido a los intereses de estas empresas comienzan cada vez a edades más tempranas. La obesidad y el sobrepeso entre criaturas y jóvenes se ha multiplicado por diez en los últimos cuarenta años a escala global, y se calcula que en 2022 habrá más población infantil y adolescente con problemas de obesidad que con un peso inferior al saludable. En el Estado español, casi tres de cada diez criaturas y adolescentes padecen sobrepeso y obesidad, con datos de 2017, una de las cifras más altas de Europa; y los sectores sociales más pobres son los que en mayor medida sufren las consecuencias de una mala alimentación en su salud.[550]

¿Qué opinan los expertos?

Pero ¿cuál es la opinión de los máximos expertos en la materia? Y no me refiero a catedráticos, doctores ni personal sanitario, sino a aquellos que consumen leche materna diariamente: los bebés. Aún recuerdo cómo mi hijo nada más nacer se agarró al pecho. Su mundo, desde las primeras semanas de vida, empezaba y terminaba en la teta. Se enganchaba a ciegas, e incluso meses después seguía perdiendo el mundo de vista, literalmente, con el pecho. Como dice Michel

Odent, «el bebé es un mamífero», y no solo en busca de comida, sino de afecto y sosiego.[\[551\]](#) Mamar es su opción predilecta, y también la que le resulta más beneficiosa.

Aunque cuando empezamos nunca lo hubiese dicho, la nuestra fue una historia de lactancia común de casi tres años. Una historia que se inició con dificultades, con dolor, con sus crisis, pero que al poco tiempo, y con el apoyo necesario, fue una fuente de placer para el pequeño y para mí. Para él, la teta ha sido alimento, consuelo, juego, vínculo, calma, salud. Para mí, fusión, amor, fatiga, potencia, gozo, bienestar, cansancio, satisfacción, ternura. Y un buen día terminó. De la intensidad de las primeras semanas pasó a ser algo puntual. Si hubiera sido por el pequeño, habríamos seguido, pero a mí ya no me apetecía. Entonces, cuando vi que él estaba listo, lo fuimos preparando todo para ese gran día en que nos despediríamos del pecho. Un domingo de febrero de 2018, hubo pastel y canción para decirle adiós. Él estaba tan contento, y yo también. Martí se sentía mayor. Todo fue muy bien. Meses después, una mañana en que tras ducharme me vio los pechos, me preguntó si podía probar de nuevo y le dije que sí; había pasado tanto tiempo que por qué no. Intentó mamar, pero ya no sabía. Había perdido, olvidado, la capacidad de succión.

La realidad es que casi nadie pregunta a los más pequeños. Las causas las tenemos que buscar en la sociedad adultocéntrica en la que vivimos, que desdeña con frecuencia los intereses de las criaturas, que aunque no puedan expresar siempre verbalmente sus predilecciones, no quiere decir que no las tengan. Los adultos debemos escuchar también a los menores para poder formarnos una opinión. Tampoco se interpela a las niñas y los niños de más de dos años, quienes sí podrían expresar oralmente sus preferencias. A pesar de la gran cantidad de investigaciones científicas acerca de la lactancia materna, no hay prácticamente ninguna que recoja la opinión de los lactantes.

Uno de los pocos que aborda dicha cuestión es un estudio realizado con un centenar de niños y niñas en Australia. ¿Cuáles eran sus conclusiones? Las criaturas afirmaban que les gustaba o les encantaba la leche materna y se sentían contentas, satisfechas, acogidas, amadas o felices cuando mamaban. Asimismo, consideraban que su sabor era «tan bueno como el chocolate», «mejor que el helado» o bien como las fresas, el azúcar, los polos, las naranjas o los plátanos.[\[552\]](#) A todos les fascinaba la teta.

Los perjuicios de no tomar el pecho

A veces el «bibe» es lo mejor porque no hay alternativa. Pero cuando la industria de la leche de fórmula equipara un modelo de lactancia con el otro, cuando hay profesionales que nos instan a dejar la teta antes de los seis meses, cuando tenemos que volver al trabajo tras dieciséis miserables semanas de permiso maternal y no podemos seguir amamantando, son los pequeños y nosotras los que pagamos las consecuencias.

Según el Comité de Lactancia Materna de la AEP, los perjuicios de no tomar el pecho o abandonarlo antes de tiempo son múltiples para las criaturas. A corto plazo, en el primer año de vida, según avalan distintos estudios científicos, hay más posibilidades de sufrir procesos infecciosos gastrointestinales, respiratorios y urinarios, aumentando, si estas infecciones son graves, hasta diez veces la probabilidad de hospitalización. A largo plazo, la alimentación con leche de fórmula aumenta las opciones de padecer dermatitis atópica, celiaquía, inflamación intestinal, diabetes mellitus, obesidad y, en criaturas con antecedentes familiares, alergia y asma, entre otras afecciones. Cuanto más tiempo se mantiene la lactancia materna, menos posibilidades hay de sufrir alguna de estas enfermedades.[\[553\]](#)

Nos han insistido tanto en que cuanto más *rellenito* sea el pequeño, mejor, que esto ha

conducido, en algunas ocasiones, a una sobrealimentación a través del biberón. Se deja de confiar en la capacidad del bebé para autorregularse y nos fiamos de las cantidades anunciadas en etiquetas o medidores, que acaban teniendo a veces una capacidad mayor de la que indican, o incluso se llena el vaso presionando para que quepa la máxima cantidad posible. Una investigación, realizada en varios países de la Unión Europea en 2007, señalaba que los bebés de cero a cuatro meses alimentados exclusivamente con leche de fórmula podían estar ingiriendo una cantidad superior, de hasta un 24 % más, de las calorías necesarias, lo que induciría a su obesidad de pequeños o adultos. Otro estudio, llevado a cabo en Estados Unidos con criaturas nacidas en 2001, llegaba a conclusiones parecidas. Si cuando estos cumplían los cinco años y medio, su prevalencia de obesidad se situaba en el 16 %, en aquellos que habían tomado el biberón hasta los dos años la cifra aumentaba hasta el 23 %.[\[554\]](#)

Otro tema es la presencia de transgénicos en la leche de fórmula. El grupo de presión de los principales fabricantes y comercializadores de leche de fórmula en Australia y Nueva Zelanda, el Consejo de Nutrición Infantil —que incluye compañías como Nestlé, Nutricia (que pertenece al grupo Danone, con marcas como Almirón, Nidina, Nan y Milupa), Heinz y Fonterra—, reconoció en 2011 que era imposible producir una leche artificial sin transgénicos, y que la demanda de una leche de fórmula libre de organismos genéticamente modificados (OGM) era «inviable y poco realista». Unas declaraciones que se produjeron después de que Greenpeace denunciara la presencia de OGM en varios de sus productos.[\[555\]](#) La pregunta está servida: con el biberón, ¿sabemos qué damos de comer a nuestros pequeños?

Dar la teta salva vidas. Lo dice la OMS: «Si prácticamente todos los niños fueran amamantados, cada año se salvarían unas 820.000 vidas», y se podría dar un mejor desarrollo a muchos otros. Se considera que la lactancia materna es una de las principales acciones que se pueden llevar a cabo para reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años. De ahí que la OMS solo recomiende la toma de leche artificial como cuarta opción, por detrás, en primer lugar, de la leche materna succionada directamente del seno de la madre, seguida de la leche de la mamá extraída y suministrada al bebé y después de la leche de otra mujer. Si todas estas opciones no prosperan, únicamente entonces la OMS apuesta por la lactancia artificial; un dato que a menudo se obvia.[\[556\]](#)

La industria de la leche de fórmula ha ganado la batalla del imaginario común. Hemos integrado hasta tal punto la práctica de la lactancia artificial que incluso cuando se ponen en evidencia sus efectos perniciosos nadie parece darse cuenta. Un ejemplo lo tenemos en la crisis humanitaria tras el paso del huracán Katrina, en 2005, por Nueva Orleans (Estados Unidos). Muchas televisiones ofrecieron en ese momento impactantes imágenes de madres desesperadas al ver a sus bebés deshidratados y no poder darles leche de fórmula durante el caos posterior a la catástrofe. Sin embargo, nadie se preguntó por qué tantas madres daban el biberón, y cómo la lactancia materna hubiese evitado dichas situaciones dramáticas.[\[557\]](#)

Una situación similar se da en los campos de refugiados, adonde a veces se envían biberones y leche en polvo con toda la buena voluntad, cuando la mejor alimentación para cualquier bebé, y aún más en estas duras circunstancias, es la leche materna. Como dicen desde Save the Children, «ofrecer a los bebés leche materna durante una emergencia es la forma más segura de proteger a los pequeños frente al enorme riesgo de infección y frente a la permanente amenaza de la desnutrición».[\[558\]](#) En las emergencias y crisis humanitarias, la leche en polvo no es una necesidad, sino un problema, que puede tener consecuencias nefastas para la nutrición de los pequeños. En condiciones higiénicas deplorables, resulta muy difícil preparar adecuadamente los biberones, esterilizar los recipientes o tener acceso a agua potable. Por este motivo, algunas

ONG, en estos contextos, se especializan en apoyar a las madres para que puedan seguir dando el pecho o, si lo han dejado, relactar de nuevo.

Lactancia feminista y anticapitalista

La lactancia materna no solo es buena para la salud de los bebés, sino también para la de las mamás. Dar la teta puede evitar y reducir el riesgo, a corto y largo plazo, de sufrir hemorragia posparto, diabetes tipo 2, cáncer de mama, de ovario o útero, fractura espinal y de cadera posmenopáusica, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular e hipertensión.[559] Aumentar la lactancia materna a nivel mundial podría prevenir, según determinados estudios, hasta veinte mil muertes anuales por cáncer de mama. Además, gracias a la liberación de oxitocina, conocida también como la hormona del amor, amamantar produce agradables sensaciones que protegen de la depresión posparto, el estrés y la ansiedad, favoreciendo el vínculo maternofilial.[560]

La lactancia materna puede ser considerada así una práctica feminista, ya que favorece a las mujeres en particular, pero también a la comunidad en general, la cual sale ganando con el bienestar de madres y criaturas. La teta es vindicada en clave de salud, pero también en clave emancipadora, por la capacidad que nos otorga de amamantar al margen de intereses privados y sin dependencias externas. No dar el pecho, por el contrario, tiene consecuencias negativas para las mujeres, originadas en el sistema patriarcal.[561] Un feminismo que no apoye la lactancia materna expresa, aunque sea involuntariamente, un malestar y una desconfianza con el cuerpo femenino y nuestras capacidades biológicas; algo que entra en contradicción con la razón de ser de todo movimiento emancipador.

Amamantar puede definirse asimismo como una práctica anticapitalista, ya que se sitúa fuera del mercado. Dar la teta es *per se* una acción de resistencia frente a la mercantilización del mundo, las relaciones sociales y los bienes comunes. La criatura que mama no paga por ello, la mujer que da la teta no espera cobrar, todas esas madres que ofrecen su leche a un banco de leche para que otros recién nacidos puedan alimentarse no quieren nada a cambio. Dar el pecho requiere de tiempo, calma y tranquilidad, valores antagónicos al capitalismo.[562] En definitiva, es el mercado el que sale ganando con las lactancias que terminan abruptamente. Con el abandono prematuro de la lactancia materna, son las empresas privadas las que sacan jugosos beneficios, ya que se multiplica la demanda de leche artificial, pero también de medicamentos para enfermedades cuyo riesgo de contraerlas aumenta al no tomar leche materna.[563] Si el pecho como objeto sexual es un gran negocio, el pecho lactante es su antítesis.

La lactancia materna, sin embargo, solo es posible en una sociedad que la favorezca, y la nuestra no lo hace. Para que dar la teta sea un derecho universal, necesitamos cambios en la organización del mercado de trabajo, los permisos de maternidad, las regulaciones y códigos culturales para poder amamantar en público. Si desvinculamos la defensa de la teta de estas transformaciones, la lactancia materna queda como una mera opción individual, como un estilo de vida, solo accesible a las mujeres de clase media. De nuevo, feminismo y anticapitalismo se encuentran. La maternidad del 99 % implica una lactancia materna para el 99 %, y hacerla posible pasa por conseguir cambios estructurales en el conjunto de la organización social.

La defensa feminista de la lactancia materna trasciende el discurso que han venido realizando las instituciones internacionales, los Gobiernos y los profesionales de la salud, unas posiciones prolactancia compatibles con ver todavía a la mujer como un sujeto pasivo. La perspectiva feminista y anticapitalista de la lactancia materna va más allá de estos argumentos y pone el acento en la autonomía de las mujeres y su capacidad de acción.

La mercantilización de la leche materna

La lactancia materna, como toda práctica social bajo el capitalismo, a pesar de ser una acción de resistencia, corre el riesgo de ser cooptada y mercantilizada; algo que no es nuevo y que hemos visto anteriormente en otros ámbitos. La agricultura ecológica y el comercio justo son un ejemplo: prácticas transformadoras que el mercado intenta cooptar, vaciar de todo potencial de cambio y convertir en un mero negocio. Las etiquetas «ecológico», «campesino» y «kilómetro cero» han sido asumidas por las multinacionales del sector, pero bajo la lógica del capitalismo agroalimentario de siempre —contra el cual estas iniciativas surgieron—, sin cambiar un ápice sus mecanismos injustos de producción, distribución y consumo. En sus manos, dichas alternativas son una mera estrategia de *marketing*, con el objetivo de dar respuesta a un nicho de mercado creciente.

Así, hoy convive una agricultura ecológica, campesina y local alternativa, que trabaja desde abajo para cambiar las cosas, con otra que comercializa productos etiquetados como «bio» que vienen de la otra punta del mundo, elaborados en condiciones injustas y vendidos en supermercados, como Carrefour, Aldi, El Corte Inglés, Lidl..., o producidos por multinacionales, como Nestlé, Danone, Kellogg's, Kraft, Ebro Foods. Al comercio justo, que surgió para promover una alternativa a las injustas prácticas del comercio internacional, le ha pasado algo parecido, y en parte ha acabado siendo asimilado por grandes empresas, como Starbucks, Nestlé, Alcampo, McDonalds..., y reproduciendo aquellos mecanismos a los que se enfrentaba cuando emergió. [564] Lo mismo que le ha sucedido a la agricultura ecológica y al comercio justo puede pasarle, y en parte ya le está ocurriendo, a la leche materna.

Varias son las empresas e instituciones que han empezado a patentar algunos de los componentes de la leche humana con el objetivo de comercializarlos. Tras esta práctica encontramos multinacionales de la leche de fórmula, como Nestlé —aunque esta lo niega—, compañías farmacéuticas, escuelas de medicina, universidades, el Gobierno de Estados Unidos y bancos de leche con fines de lucro, como Prolacta Bioscience, que elabora y vende leche de fórmula y fortificadores para bebés a base de leche materna. [565] Del mismo modo que se privatizan los recursos naturales, ahora las empresas hacen lo mismo con la leche de las mujeres. Todo vale para hacer negocio. Pero ¿cuáles serán las consecuencias sociales y biológicas de patentar los componentes de la leche humana?

En Estados Unidos, la compra y venta de leche materna se ha convertido en un comercio floreciente. La página web Only the Breast (Solo el Pecho), que funciona a modo de sitio web colaborativo, creada en 2009, fue la primera plataforma en comercializar leche materna y poner en contacto a madres que vendían y compraban leche. Una iniciativa que surgió ante el alto coste económico que tenía la adquisición de leche humana en bancos de leche estadounidenses —unos ciento cincuenta euros al día para alimentar a un bebé de dos meses— y por la escasez de reservas en estos centros. [566] Sin embargo, bajo eslóganes maternalistas y solidarios, como «una comunidad de madres» o «publica un anuncio y ayuda a los bebés a tomar solo el pecho», encontramos una boyante iniciativa empresarial, que ya está llegando a Europa. Only the Breast es hoy el portal de referencia del sector, el número uno, con diez mil anuncios aproximadamente, y ha expandido su oferta a Canadá y el Reino Unido; aunque existen también otras páginas web y grupos organizados en Facebook que ofrecen estos servicios.

Pero no solo las madres adquieren leche a través de este portal; varios son los hombres que la compran para tomarla como suplemento alimenticio. En los círculos de culturismo, la leche materna tiene buena reputación como superalimento, para desarrollar músculo y mantener la fuerza. Otros la adquieren para consumirla como fetiche sexual. La sección de Only the Breast que

permite la compra de leche materna a los hombres es una de las más activas.

Only the Breast puede ser considerada un ejemplo de economía colaborativa, como Airbnb, Uber o Wallapop, pero en vez de anunciar apartamentos, transporte o productos de segunda mano se compra y vende leche materna. Las mamás pueden colgar un anuncio, con una foto suya, un texto sobre la leche que ofrecen, el precio al que la venden, sus hábitos de vida y alimentarios e información sobre los bebés que crían. De hecho, los anuncios se clasifican en secciones como «leche para bebés de cero a dos meses», «de dos a seis meses», «prematuros», «venta local», «dispuesta a vender a hombres» o «dieta especial», donde encontramos oferta de leche de madres que siguen una alimentación vegetariana, vegana, asiática u orgánica.

Un inconveniente con el que a menudo no cuentan aquellos que adquieren leche *online* es que en la medida en que este sistema de comercialización no obliga a ningún tipo de control, se han dado casos en que la leche materna se ha vendido mezclada con leche de vaca, o incluso existe la posibilidad, aunque no se ha registrado por el momento ninguna denuncia, de que la leche comercializada pueda transmitir enfermedades infecciosas.[\[567\]](#) En la actualidad, no hay ninguna regulación al respecto en Estados Unidos, pero su práctica no es ilegal, lo que permite que toda mujer pueda vender leche y cualquiera comprarla. En el Estado español, donde no existe una plataforma específica para su comercialización, algunos de estos anuncios se encuentran en páginas genéricas de publicidad *online*.

La comercialización de leche ha traspasado continentes, e incluso hay quien hace negocio comprando leche materna a las mujeres pobres de los países del sur. He aquí el caso de la empresa estadounidense de biotecnología Ambrosia Labs. En concreto, la firma compraba leche a madres de barrios deprimidos de Camboya, a sesenta y cuatro céntimos de dólar la onza (29,5 mililitros), para luego venderla a doscientos dólares el paquete de cinco onzas. Un mecanismo de explotación de las madres más pobres de este país asiático con fines comerciales, el cual amenazaba la seguridad alimentaria de sus bebés. Ante esta práctica, el Gobierno camboyano, en 2017, decidió prohibir la compra y exportación de leche humana, impidiendo la actividad de dicha empresa.[\[568\]](#)

La venta de leche materna no es una práctica nueva. A lo largo de la historia, ha sido habitual que las mujeres vendiesen su leche, trabajando como nodrizas. Hoy, no son pocas las madres, en particular en Estados Unidos, que ven en la venta de leche un mecanismo para ganar dinero. Sin embargo, hay algunas diferencias entre la comercialización de la leche materna antes y ahora. En el pasado, aunque los contratos de lactancia eran firmados por hombres, el esposo de la madre y el de la nodriza, las mujeres amamantaban directamente a las criaturas y tenían un mayor control sobre la leche que daban. Hoy, se separa la leche que se vende del cuerpo de la mujer. En la era del capitalismo globalizado, el negocio de la leche materna está controlado por terceras empresas, algunas grandes multinacionales, otras de la industria biotecnológica, unas más vestidas de economía colaborativa, donde las mujeres tienen poco que decir. Incluso la compra de leche humana se llega a deslocalizar a los países del sur, como si se tratara de un alimento cualquiera, aprovechando las desigualdades estructurales a escala global. En los sitios *online*, hay casos en los que quien vende la leche de la mujer es su marido. Portales como Only the Breast significan la entrada de la leche materna en la economía colaborativa. Unas plataformas que bajo la imagen de cooperación e intercambio suponen un gran negocio para terceros. ¿Nos encontramos ante una nueva vuelta de tuerca del control patriarcal, y ahora también capitalista mercantil, del cuerpo de las mujeres? ¿Cuáles son las madres que venden leche y quiénes la compran? ¿Su comercialización puede aumentar las desigualdades sociales y económicas?

Lo que esconde el sacaleches

Otra de las fuentes de negocio vinculadas a la lactancia materna es el comercio de sacaleches, estos aparatos —manuales o eléctricos— que sirven para extraer leche de las glándulas mamarias, ya sea para vaciar el pecho o para sacarse la leche y dársela al bebé. A nivel mundial, el mercado de sacaleches en 2016 sumaba unos 890 millones de dólares, y sus expectativas de crecimiento eran de un 8 % de media al año hasta 2025. Norteamérica es la región con un mayor consumo, un 61 % del total con datos de 2013, siendo Estados Unidos el líder mundial en ventas. Las regiones de Europa y Asia-Pacífico la siguen a mayor distancia, y en esta última se prevé el crecimiento más importante en los próximos años, con un desarrollo potencial del 17 %, en especial en los mercados emergentes de India y China.[\[569\]](#)

El sacaleches se ha convertido en un gran negocio en Estados Unidos, con empresas como Medela y Philips al frente, pero su uso está menos extendido en el resto del mundo. La generalización del sacaleches en aquel país no tiene comparación con ningún otro, aunque puede indicar una tendencia. Entre los años 2005 y 2007, un 85 % de las mujeres estadounidenses que daban de mamar lo había utilizado al menos en alguna ocasión y un 25 % lo hacía de manera regular.[\[570\]](#) Un factor que explica la predisposición a su uso es la inexistencia, en la primera potencia mundial, de un permiso de maternidad, lo que obliga a las madres a reincorporarse al trabajo al cabo de poco tiempo tras haber dado a luz.[\[571\]](#) Con la aprobación en 2010, por parte del Gobierno de Barack Obama, de la Ley de Asistencia Médica Asequible, más conocida como *Obamacare*, el uso del sacaleches se incrementó de forma considerable, ya que dicha ley obligaba a las empresas a facilitar un tiempo y un lugar a las madres lactantes para sacarse la leche y subvencionaba la compra de estos utensilios.

La lactancia materna mediante el uso del sacaleches se adapta al empleo y permite en apariencia conciliar lactancia y vida laboral, haciéndonos creer que llegamos a todo. Una práctica que facilita en parte la vida a las madres, pero evita centrar el debate en la cuestión realmente importante: la necesidad de cambiar la organización del mercado de trabajo, mejorar las condiciones laborales y ampliar el permiso de maternidad. Lo que el sacaleches esconde es nuestra total supeditación a unas políticas de empleo injustas, que hemos acabado normalizando. No basta con dar un sacaleches a las madres, para que se las arreglen como buenamente puedan, y pensar que el problema está resuelto.

El sacaleches es percibido como un aliado de la lactancia materna, un mecanismo que la favorece, pero lo único que permite es la alimentación del bebé. Se separa la teta de la leche, y se promueve la lactancia al margen del pecho. La maternidad es de este modo descorporeizada.[\[572\]](#) El vínculo entre la madre y la criatura desaparece, y solo queda la leche como alimento saludable. Sin embargo, tomar leche materna con biberón no es lo mismo que tomar la teta. Como apuntan algunas investigaciones, el suministro de leche materna a partir de su extracción con sacaleches no tiene los mismos beneficios para la salud infantil que si el bebé mama directamente del pecho. La leche materna contiene una variedad de enzimas y hormonas cuya actividad puede disminuir en la medida en que aquella es extraída y refrigerada; al mismo tiempo, los bebés aprenden a autorregular la ingesta de alimentos cuando maman, algo que no sucede cuando se les da el biberón, aunque sea con leche materna.[\[573\]](#)

Con el sacaleches se defiende la leche de las madres, pero no la lactancia materna, y la mujer pasa a ser considerada un simple objeto de producción de alimento. Hay madres que han descrito su uso como un suplicio. Así lo comentaban algunas en Twitter respondiendo a un artículo que publiqué sobre el tema: «Yo no lo pude usar salvo en contadas ocasiones. Ni el más sofisticado

me sentó bien». Otra, en el mismo hilo, añadía: «Para mí es un instrumento de tortura». Y una última decía: «Para mí también lo fue. Tortura psicológica, carga mental, culpa por no ser capaz de extraerme lo suficiente».

Algunas autoras han utilizado esta mercantilización de la lactancia materna para desacreditar el conjunto de la práctica del amamantamiento.[574] Sin embargo, no se puede equiparar el negocio de la leche materna, ya sea mediante su comercialización o la venta de sacaleches, con el de la de fórmula. El volumen del comercio de la lactancia artificial, así como su negativo impacto social, económico y medioambiental, es infinitamente superior al relacionado con la leche humana.[575] La lactancia materna puede ser mercantilizada; la artificial ya nace como negocio.

La amenaza que significa el uso mercantil de la leche de las mujeres debería servir para reforzar una posición prolactancia feminista y antineoliberal, diferenciada de la mera defensa médico-institucional de la lactancia como proveedora de salud, así como de la promoción de una lactancia con sacaleches que no resuelve los problemas y desigualdades del mercado laboral.

Una sociedad enemiga de la lactancia materna

A pesar de todos los beneficios que implica dar la teta, esta no es una práctica social mayoritaria. En los países de ingresos medios y bajos, solo el 37 % de los lactantes menores de seis meses, con datos del año 2010, tomaba leche materna como alimentación exclusiva. En los países de ingresos altos, el porcentaje, con muy pocas excepciones, era aún menor.[576] En algunos informes podemos leer cifras más elevadas, pero estos consideran como bebés que toman leche materna aquellos que la complementan con artificial, es decir, que llevan a cabo una lactancia mixta, cosa que no es lo mismo que tomar únicamente el pecho. En Australia, por ejemplo, en 2010, a pesar de que un 90 % de las madres iniciaba la lactancia materna, a los seis meses solo un 2 % daba la teta en exclusiva. En Estados Unidos, el porcentaje de inicio de la lactancia materna en 2013 era del 76 %, pero a los seis meses únicamente un 16 % de las madres seguía solo con el pecho.[577] El apoyo social y político a la maternidad es esencial para garantizar unas mayores tasas de lactancia materna y más prolongadas, como recomienda la OMS.

En el Estado español, un 74 % de los bebés de seis semanas toma el pecho en exclusiva, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017. Sin embargo, cuando el bebé cumple los seis meses, la lactancia materna exclusiva se reduce al 39 %. Por el contrario, ¿cuántas criaturas de seis meses toman leche artificial como único alimento? Un 42 %. Si bien se trata de unos datos mejores que los que ofrecía la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, cuando solo el 66 % de los bebés de seis semanas y el 28 % de los que tenían seis meses tomaban la teta en exclusiva, todavía resultan insuficientes.[578] En particular, si tenemos en cuenta el discurso institucional prolactancia y la actitud, en general, favorable de las mujeres a dar el pecho, lo cual quiere decir que algo falla.

Las instituciones públicas deberían realizar encuestas regulares sobre la situación de la lactancia materna, un instrumento del que ahora carecemos, y que permitiría evaluar mejor su evolución y emprender medidas para promocionarla. En la actualidad, solo la Encuesta Nacional de Salud, que se elabora cada cinco años, recoge estos datos.

Vistas las cifras, ¿cómo se explican unos índices de lactancia materna en exclusiva que aún dejan que desear? ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan las mujeres a la hora de dar la teta? Son varios los motivos que podemos apuntar: el ejercicio de la violencia obstétrica en el transcurso del parto; el insuficiente apoyo sanitario a las madres las primeras semanas después de dar a luz; la facilidad con que algunos profesionales recetan suplementos e instan a dejar la teta

antes de tiempo; y una organización sociolaboral que da la espalda a la maternidad. Lo analizamos, a continuación, en detalle.

La violencia obstétrica, que implica partos altamente intervenidos, cesáreas innecesarias, separación temprana entre madre y bebé, ansiedad o estrés, puede dificultar el inicio de la lactancia materna, tanto por parte de la mamá como de la criatura. También cuando se da leche de fórmula al bebé nada más nacer. Lo explican algunas madres que han pasado por esta situación. «No vi nacer a mi hija. Después vi fotos en la incubadora y me moría de pena. Durante la noche le dieron dos biberones sin permiso».[579] Otra mamá: «La verdad es que no lo entiendo, ¿por qué la separaron de mí? ¿Por qué no me dejaron darle el pecho? A mí me operaron, pero no tuve dolor, no tuve fiebre, por lo que podía estar con mi hija y darle de mamar».[580]

El insuficiente apoyo por parte del personal sanitario tras el parto o en el puerperio, cuando surgen muchas de las dificultades, es otra de las razones por las que una lactancia materna a demanda y en exclusiva a veces no prospera. A pesar de que cada vez más tras dar a luz se anima y aconseja a las madres dar la teta, la falta de un seguimiento es un problema. Son varias las mujeres que señalan echar en falta una mayor preparación y acompañamiento del equipo sanitario. Algo que constataba un informe publicado por la AEP en 2003, que indicaba cómo «a pesar de que la mayoría de los profesionales sanitarios saben que la lactancia materna es la mejor alimentación para el lactante, muchos ignoran su manejo y se limitan a repetir viejas costumbres perjudiciales para la lactancia como: horarios rígidos, separar a la madre y al niño en el puerperio inmediato, retrasar la primera toma, usar chupetes y biberones o contraindicar la lactancia natural por motivos menores. En otras ocasiones, cuando no saben resolver algún problema planteado por la madre, se limitan a recomendar el biberón».[581] De ahí que sea tan importante mejorar el conocimiento y la actitud de ginecólogos, comadronas, pediatras y personal de enfermería respecto a la lactancia materna.

Otra debilidad es el número tan escaso de hospitales certificados como «hospitales amigos de los niños». Se trata de una iniciativa promovida a escala global por la OMS y la Unicef desde el año 1991. Su objetivo consiste en alentar a hospitales y centros de salud a implementar prácticas que fomenten la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. En el Estado español, en 1995, se creó un comité estatal encargado de desarrollar el proyecto y certificar los centros sanitarios en cuestión. En 2009, el comité tomó el nombre de Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Hasta 2017, solo dieciocho hospitales, un 2 % del total, y cinco centros de salud, un 0,5 % de los mismos, habían sido certificados como tales. Uno de los factores que podría explicar este porcentaje tan bajo, según indica el *Report on the situation of infant and young child feeding in Spain* (Informe sobre la situación de la alimentación en criaturas y jóvenes en España), sería la falta de interés de los pediatras, influidos por su estrecha relación con la industria de la alimentación infantil.[582]

La facilidad con la que algunos profesionales recetan de manera rutinaria suplementos de leche artificial no ayuda a la lactancia materna exclusiva. En la medida en que a un bebé se le suministra leche de fórmula, mama menos, con lo cual disminuye la producción de leche, y la madre cada vez es más dependiente del biberón. Hay pediatras y enfermeras que al cabo de unos meses te recomiendan que dejes de dar la teta o aprovechan cualquier excusa para sugerirte que pongas fin a la lactancia. Lo contaba una madre en mi muro de Facebook: «Una vez fui a la doctora porque tenía la nariz taponada. Le dije que daba el pecho a mi hija para que lo tuviera en cuenta a la hora de recetarme una cosa u otra. ¡Y me dijo que podía aprovechar la oportunidad para dejar de dar la teta!». Otra mamá escribía en el mismo hilo: «Una enfermera me dijo que como no le diera el biberón, el niño perdería peso. Por supuesto no le hice caso. Le di el pecho trece meses y a la

niña diez».

A mí una de las cosas que más me sorprendía en cada visita al pediatra tras dar a luz es que, a pesar de animarme a amamantar a demanda, me preguntaba constantemente cada cuánto daba la teta. Y yo me decía: «¿Cómo lo voy a saber si le doy cada vez que me pide? No tengo horarios. ¿No quedamos en que el pecho se daba a demanda?». Cuando mi pequeño cumplió seis meses, fuimos al centro de atención primaria (CAP) para la visita del medio año. La enfermera ese día, como siempre, lo examinó, midió y pesó (¡temible dictadura de la báscula!); era como pasar una prueba y Martí siempre estaba al límite, porque era delgadito y no se movía de la parte baja de la gráfica. Ese día, dramáticamente a ojos de la enfermera, Martí se situó en el percentil diez. Aunque ella no me lo dijo, en realidad no pasaba nada, pues su curva de crecimiento progresaba con normalidad, solo que por debajo de la media. Aun así, la enfermera se puso trágica y decidió que había llegado la hora de reducir drásticamente la teta. «En adelante —me dijo— solo debes darle de mamar por la mañana al despertar y por la noche al acostarle». Atónita, le pregunté: «¿Y si pide teta?». La respuesta: «Está claro que la leche materna les encanta; pero si pide teta, le das otra cosa de comer». Y, atención, todo bajo la amenaza de que si seguía con la lactancia a demanda como hasta el momento, el bebé, afirmó, podía sufrir anemia: «Hoy en día, con tanta teta muchas criaturas padecen falta de hierro tras los primeros seis meses». ¿No sabía la enfermera que la OMS recomienda seguir con la lactancia materna hasta los dos años? Ahora lo explico con sorna, pero cuando me lo dijo no me hizo la más mínima gracia: ¿que mi bebé podía coger anemia?, ¿que si no le hacía caso el pequeño iba a enfermar?, ¿que yo sería la culpable? Tuve suerte, porque tenía contacto con otros profesionales y me asesoré. Resultó que hasta el mismo pediatra del CAP tenía una opinión distinta a ella. Tardé mucho, más de lo que tocaba, en volver al CAP, pues no quería hablar con la enfermera. Seguí con la lactancia materna a demanda e introduciendo poco a poco nuevos alimentos. Pero ¿qué hubiera hecho otra mamá sin posibilidad de recurrir a otras fuentes? Con este tipo de «apoyos», no me sorprenden las estadísticas.

La organización sociolaboral tampoco ayuda. Las insuficientes dieciséis semanas de permiso maternal castigan la lactancia materna al obligar a las madres a reincorporarse al trabajo apenas cuatro meses después de parir. Muchas son las que en este momento deciden dejar la lactancia total o parcialmente, al no tener tiempo suficiente o no disponer de las instalaciones adecuadas para dar el pecho o extraerse la leche y recogerla. Así lo constata un estudio que asegura que un 44 % de las mujeres tiene problemas para conciliar la lactancia materna con el empleo, con datos del año 2018. Si se tiene en cuenta el tipo de empresa para la cual se trabaja, aquellas que lo hacen para grandes compañías internacionales son las que tienen mayores dificultades, un 49 %, y las autónomas, un 37 %, las que menos. A pesar de que un 85 % de las madres señala ser partidaria de la lactancia prolongada, solo un 7 % da de mamar hasta los dos años o más.^[583] En la medida en que la mujer trabaja más horas fuera de casa, más difícil lo tiene para dar continuidad a la lactancia.

En realidad, hay un desfase importante entre el discurso institucional a favor de la lactancia materna y los recursos para llevarla a cabo de manera satisfactoria. ¿Cuántas mamás se han topado tras llegar a casa después de parir, cuando se da uno de los momentos más críticos con la subida de la leche, con dificultades a la hora de amamantar, numerosas dudas y sin saber a quién acudir? Si bien en el ámbito de la salud pública hay cada vez más conciencia de los beneficios de la lactancia materna, aún hay muchos profesionales sanitarios que no cuentan con la formación adecuada para resolver una mastitis, una obstrucción mamaria, unas grietas en los pezones o un problema de posición o agarre. No han sido pocas las madres que han tenido que visitar a un sinfín de profesionales hasta dar con una asesora de lactancia capaz de solucionarles el problema.

Eso sí, después de haber pasado por un vía crucis de dolor, sentimiento de culpa e incompreensión. Una madre me lo comentaba así por correo electrónico: «Yo he dado el pecho a mis dos hijos. A la primera durante dos años y al segundo, tres y medio. Me costó mucho con la primera, sobre todo por la falta de apoyo médico. Hasta que me encontré con una comadrona sensibilizada, cuando ya tenía los pezones bien destrozados. A partir de aquí, se me abrió el cielo».

Se trata de problemas que, aunque podrían ser resueltos por profesionales bien formados, al no encontrar una respuesta adecuada acaban a menudo en un abandono temprano de la lactancia materna. La mayor parte de mamás la dejan precozmente por las dificultades con las que se encuentran para llevarla a cabo, más que por una decisión previa. El principal motivo para destetar, en un 29 % de los casos, según una investigación llevada a cabo en el Estado español en 2013, es porque las madres consideran que tienen poca leche. Sin embargo, la hipogalactia o escasez de leche es una enfermedad que afecta a un porcentaje muy bajo de mujeres. En realidad, la «falta de leche», a la que muchas hacen referencia, se debe a menudo a malas prácticas inducidas que interfieren en su producción, como marcar un tiempo rígido entre las tomas, establecer una duración para las mismas o alternar la lactancia materna con la artificial. La segunda causa de destete precoz, en un 18 % de los casos, se debe a la reincorporación al mercado laboral.[\[584\]](#)

Una encuesta realizada a los residentes de pediatría sobre el manejo de la lactancia materna constataba sus importantes lagunas. Solo el 44 % de los residentes sabía que la lactancia materna exclusiva debe llevarse a cabo a lo largo de los seis primeros meses de vida del bebé; un irrisorio 6 % era consciente de que la producción de leche depende del vigor de las mamadas; un 22 % pensaba, de manera equivocada, que la primera toma tras el parto tenía que ser tres horas después del nacimiento; y un 21% afirmaba, también erróneamente, que si un recién nacido amamantado lloraba de hambre se le tenía que dar el biberón.[\[585\]](#) Con estos resultados, no es de extrañar que muchas madres se quejen de la falta de apoyo y conocimiento del personal sanitario. El informe constataba diferencias relevantes entre territorios, en función de los esfuerzos realizados para formar a los profesionales.

A veces, cuando se formulan este tipo de críticas, algunos profesionales de la salud se sienten cuestionados. Tras publicar el artículo «Enemigos de la lactancia materna» en *El Periódico de Catalunya*, en agosto de 2018, una enfermera me escribió en Twitter: «Soy enfermera, discrepo con lo que dices sobre la lactancia materna y mi profesión. Estamos muy cualificadas, damos apoyo y explicamos lo que muchos médicos comentan de forma rápida cuando una acaba de dar a luz». No tengo ninguna duda de que hay buenísimos profesionales, ya que por suerte me he encontrado con muchos de ellos, y también estoy convencida de que los hay nefastos, como en todos los trabajos. Y lo más probable es que el apoyo sanitario a la lactancia materna con los años vaya mejorando. Sin embargo, me gustaría centrarme en algunos datos objetivos, más allá de la percepción subjetiva de cada uno. Acorde con un estudio realizado en 2013, la razón principal por la que las mamás optan por la lactancia artificial, en un 34 % de los casos, es la incorporación inmediata al empleo, seguida muy de cerca, en un 32 %, por la falta de apoyo de los profesionales de la salud; con este último dato respondería a la enfermera que escribió el tuit anterior.[\[586\]](#) Asimismo, la financiación sistemática que reciben las asociaciones del sector por parte de la industria de la leche de fórmula genera un conflicto de intereses que compromete su práctica y pone en cuestión su objetividad. No se trata de formular críticas individuales a los profesionales, sino de señalar los límites del sistema sanitario en relación a la lactancia materna.

De hecho, hasta el curso académico 2018-2019 ninguna universidad del Estado español había incluido en el currículo una asignatura específica sobre lactancia materna dirigida a los futuros

médicos. La primera en hacerlo ha sido la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona. La asignatura se imparte en el cuarto curso del grado de Medicina, y tiene como objetivo proporcionar formación específica al respecto. Sus contenidos abordan desde el estudio de los componentes de la leche materna hasta los mecanismos para su extracción, pasando por la identificación de las lactancias no eficaces o el funcionamiento de los bancos de leche. Aunque cualquier estudiante de Medicina puede realizar la asignatura, esta va dirigida en particular a quienes se especializan en obstetricia, ginecología o pediatría. La lástima es que se trata de una asignatura optativa, en la primera edición se matricularon veinticinco alumnos.[587]

Vivimos en una sociedad que da la espalda a la maternidad y a la teta. Son decenas los mitos sobre la lactancia materna: que tener leche es cuestión de suerte; que si das de mamar, se te acabará cayendo el pecho; que es casi imposible tener leche para alimentar a mellizos; que si tienes el pezón invertido no podrás amamantar; que la lactancia a demanda es factible, pero nunca antes de tres horas desde la última toma; que si no sientes la teta llena, es que no tienes leche; que hay que esperar unas horas antes de volver a dar de mamar para que la teta se llene; que hay familias en las que las mujeres no tienen leche...[588] Y así, un largo etcétera.

Nuestra sociedad en realidad es enemiga de la lactancia materna, y acumula tras décadas de cultura del biberón muchos prejuicios contra la teta, lo que menoscaba la confianza de las madres en su capacidad para lactar y debilita la fuerza del giro sociocultural prolactancia que hemos vivido desde los años noventa. Las mujeres que quieren dar de mamar enfrentan muchas dificultades. Así lo expresa la poeta Hollie McNish en *Nadie me dijo*: «Vivo en un país [Inglaterra] en el que la simple tarea de amamantar a tu bebé para que no muera de hambre es vista como un puñetero acto criminal. Estoy más cansada de todo esto que de cualquier otra cosa de lo que la crianza conlleva [...]. Soy tan afortunada de poder hacerlo sin mastitis, sangrados, taponamientos [...]. No tengo problemas salvo por nuestra estúpida cultura».[589] Si el entorno social y la atención sanitaria no acompañan a las madres lactantes, esto condiciona su decisión con respecto a dar o no la teta. Sin una sociedad *lactante friendly*, dar el pecho es más que complicado.

¿Se impone dar la teta?

Hay quien dice que hoy se impone dar la teta porque tras el parto es lo que se promueve en los centros hospitalarios y porque cada vez son más las mamás que optan por la lactancia materna. Pero esto no significa, por desgracia, que la lactancia materna exclusiva, como recomiendan todos los organismos internacionales de salud, sea la práctica hegemónica en los seis primeros meses de vida del bebé. Más bien sucede lo contrario, y a las cifras, que anteriormente citaba, me remito.

Además, no entiendo por qué hay quien se escandaliza porque el sistema público de salud promueva la lactancia materna. De hecho, nos tendríamos que alegrar, y mucho, de que maternidades y hospitales apuesten por dar la teta nada más nacer, ya que se ha demostrado ampliamente lo beneficioso que es tanto para el bebé como para la mamá. Pese a los avances, tendrían que destinarse más recursos al apoyo y normalización de la lactancia materna. Lo preocupante sería justo lo contrario, como sucedía hace no tanto tiempo, allá en los años setenta y ochenta, cuando muchos médicos hacían todo lo posible para boicotarla.

A veces, desde los medios de comunicación o un sector del feminismo se afirma que hay una guerra entre madres, entre las que optan por el biberón y las que lo hacen por la teta; pero no creo que podamos caer tan fácilmente en dar esto por hecho. La lactancia materna es un tema controvertido en el seno del movimiento feminista, una cuestión que polariza, pero esto no

significa que a pie de calle haya una confrontación equivalente. En realidad, se trata más de un debate alentado por los medios de comunicación que real. A las madres siempre se nos juzga, hagamos lo que hagamos, demos la teta o el biberón, llevemos al bebé en la mochila o en el cochecito, le pongamos a dormir en nuestra cama o en su cunita, le tengamos en casa o en el jardín de infancia..., y quienes nos juzgan no tienen por qué ser necesariamente otras mamás. Si cuando estábamos embarazadas todo el mundo se creía con derecho a opinar sobre nuestra barriga, cuando la criatura ya ha nacido la cosa es aún peor.

He leído historias muy duras de mujeres que se han sentido presionadas y lo han intentado todo para dar el pecho, otras que no querían amamantar tras el parto y no les han facilitado las cosas, mamás a quienes miran mal por dar el «bibe». También he leído casos de mujeres que querían dar de mamar y a quienes han puesto mil y una trabas, otras a las que se les ha impedido lactar a sus bebés ingresados, mamás a quienes miran mal o incluso prohíben dar la teta. Hay muchos paralelismos entre las que narran unas experiencias y otras. A unas se les reprocha dar el biberón, se las culpabiliza por no persistir con la teta y se las acusa de dañar a sus criaturas; igual que a otras también se les reprocha dar la teta, se las culpabiliza por no querer leche artificial y se las acusa de dañar a sus pequeños.

Nosotras, como mujeres, no podemos permitirnos entrar en este juego. No hay malas madres, ni buenas madres. El problema no es el de unas contra las otras, sino el de una sociedad patriarcal en la que siempre se nos dice que lo hacemos todo mal, y se nos impone un ideal de maternidad, moldeable en función del contexto, que resulta imposible de alcanzar. Insistir en que hay una guerra entre madres es hacernos un flaco favor y solo sirve a aquellos que nos quieren enfrentadas. Si el feminismo nos ha enseñado una cosa, entre muchas otras, es que la sororidad es imprescindible.

Bancos de leche materna

Una muestra de la solidaridad entre madres son los bancos de leche materna. En el año 2016, en el Estado español alrededor de mil quinientas madres donaron más de 7.400 litros de leche. Gracias a estas donaciones, casi 2.300 neonatos, en su mayoría prematuros de muy bajo peso, que no podían ser amamantados, pudieron recibir alimento.[\[590\]](#) Sin embargo, la leche materna es mucho más que comida; es también una medicina, vital para mejorar el desarrollo de estos pequeños, en particular si son prematuros, protegiéndolos de sufrir graves enfermedades y ayudándolos en su progresión neuronal y digestiva.

Los orígenes de los bancos de leche a escala global se remontan a principios del siglo XX, cuando empezaron a funcionar los primeros en Austria (1909) y Estados Unidos (1911). Una de sus mayores dificultades, en sus inicios, era conservar la leche. No fue hasta 1930, en el banco de leche de Boston (Estados Unidos), que se puso en marcha un sistema de refrigeración rápida que permitía preservarla correctamente. Y en 1936, se desarrolló un sistema de pasteurización para esterilizarla por un periodo de dos años. Todos estos avances permitieron un salto adelante importante. En los años cuarenta, coincidiendo con la Segunda Guerra Mundial, se produjo la expansión de estas iniciativas en Europa, Estados Unidos y Brasil. Pero a finales del siglo XX, con la aparición del VIH, la constatación de que el virus se podía transmitir a través de la leche materna y el auge de la leche de fórmula, muchísimos bancos acabaron por cerrar. Aquellos que continuaron tuvieron que aplicar una serie de medidas y controles estrictos. A partir de mediados de los años noventa, los bancos de leche materna resurgieron de nuevo.[\[591\]](#)

En el Estado español, el primer banco de leche abrió sus puertas en Palma años más tarde, en

2001, y el segundo en Madrid, en 2002. Desde entonces, su número se ha multiplicado, aunque aún quedan territorios sin abastecer, llegando a sumar catorce en la actualidad. En Cataluña, el primer banco de leche materna se creó en 2011 en Barcelona, con el nombre de MAMA. La cifra de madres donantes, con el tiempo, también ha crecido, así como el total de leche donada. Si en 2009 fueron 175 las mujeres que ofrecieron su leche, en 2016 fueron 1.565. Aun así, estas cifras están muy por debajo de las de otros países europeos, como los nórdicos, el Reino Unido, Italia o Francia. El país con más bancos de leche del mundo es Brasil, con unos doscientos cincuenta.

[592] Hay madres que donan leche porque sus criaturas se beneficiaron anteriormente, y sienten que es una manera de devolver el favor. Otras lo tienen claro desde el primer momento y afirman que «sí dono sangre, ¿por qué no voy a donar leche?». Algunas desconocen su existencia, hasta que las informan al respecto en el centro hospitalario. «Tuve la suerte de producir mucha leche y en el hospital me comentaron que podría donar [...]. Utilizo el sacaleches cada tres horas aproximadamente. La leche la introduzco en envases y la congelo. Antes iba dos veces por semana al hospital a entregarla. Ahora voy una vez a la semana. Mi hijo Noah tiene muchos hermanos de leche», señalaba orgullosa esta mamá que tuvo a su hijo de manera prematura, y en siete meses llegó a donar hasta cincuenta litros de leche materna.[593]

Están también aquellas madres que donan leche tras haber perdido a su bebé, madres con los pechos llenos y los brazos vacíos, para las que la donación de leche se convierte en una forma de transitar el duelo. Lo contaba Julia Vázquez, que perdió a su hija Lola en la semana 27 de gestación. «Me provocaron el parto. Estuve en el hospital unas veinticuatro horas. Me ofrecieron una pastilla para cortar la lactancia. Yo ya había decidido que no me la iba a tomar [...]. Llegué a casa y al día siguiente del parto empecé a sentir el pecho duro y caliente. Ahí estaba. Tenía que vaciarlo, pero no quería tirar la leche bajo ningún concepto, ¡menos aún el calostro! Así que empecé mi pequeña odisea buscando dónde y cómo poder donarla. [...] Siempre digo que era como entregar un regalo importantísimo que Lola había dejado en mi cuerpo, así lo viví. Me acompañó mucho durante ese primer momento tan difícil del duelo, era un poco como honrar su visita y darle sentido. Y me ponía los pelos de punta pensar en los bebés que la iban a recibir». A raíz de esta experiencia, Julia Vázquez, junto a un grupo de mujeres en Murcia, creó el Proyecto Lola, para ayudar a otras mamás que hubiesen sufrido una pérdida a gestionar sus lactancias, y que, a diferencia de lo que le pasó a ella, tuviesen los recursos y la información suficiente para decidir si inhibirse la producción de leche, mediante fármacos o por vía natural, o donarla a un banco de leche.[594]

[537] Palmer, G., *The Politics of Breastfeeding: When Breasts are Bad for Business*, Londres: Pandora Press, 1988.

[538] Unicef, *op. cit.*, 2019.

[539] Latham, M. C., *op. cit.*, 2002.

[540] Negri, P., *op. cit.*, 2014, p. 34.

[541] Hausman, B. L., *op. cit.*, 2014 (2003).

[542] Wolf, J. B., *Is Breast Best?: Taking on the Breastfeeding Experts and the New High Stakes of Motherhood*, Nueva York: New York University Press, 2011; Jung, C., *Lactivism: How Feminists and Fundamentalists, Hippies and Yuppies, and Physicians and Politicians Made Breastfeeding Big Business and Bad Policy*, Nueva York: Basic Books, 2015; Rosin, H., «The Case Against Breast-Feeding», *Theatlantic.com*, abril de 2009. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2009/04/the-case-against-breast-feeding/307311>.

[543] Linnekar, A., A. Gupta, J. P. Dadhichand y N. Bidla, *Formula for Disaster. Weighing the Impact of Formula*

Feeding Vs Breastfeeding, Delhi: BPNI|IBFAN Asia, 2014.

- [544] Steinfeld, H. *et al.*, *Livestock's Long Shadow*, Roma: FAO, 2006.
- [545] Dadhich, J. P., J. Smith, A. Iellamo y A. Suleiman, *Report on Carbon Footprints Due to Milk Formula: A study from selected countries of the AsiaPacific region*, Delhi: BPNI|IBFAN Asia, 2015.
- [546] Desmarais, A. A., *La Vía Campesina. La globalización y el poder del campesinado*, Madrid: Editorial Popular, 2007, p. 56.
- [547] McMichael, P., «Feeding the world: agriculture, development and ecology», en Panitch, L. y C. Leys (eds.), *Socialist Register 2007*, Londres: Merlin Press, 2007, pp. 170-194.
- [548] Friedmann, H. y P. McMichael, «Agriculture and the State System. The Rise and Decline of National Agricultures, 1870 to the Present», *Sociologia Ruralis* 29 (2), 1989, pp. 93-117; Friedmann, H., «The Political Economy of Food: a Global Crisis», *New Left Review* 197, 1993, pp. 29-57; McMichael, P., «A Food Regime Genealogy», *The Journal of Peasant Studies* 36 (1), 2009, pp. 139-169.
- [549] Vivas, E., *El negocio de la comida. ¿Quién controla nuestra alimentación?*, Barcelona: Icaria Editorial, 2014.
- [550] Datos obtenidos respectivamente de: OMS, «La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios», nota de prensa, 11 de octubre de 2017; Ministerio de Sanidad, *Encuesta Nacional de Salud España 2017*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2018.
- [551] Odent, M., *El Bebé es un Mamífero*, Tenerife: Editorial OB STARE, 2014.
- [552] Gribble, K., «“As good as chocolate” and “better than ice cream”: How toddler, and older, breastfeeders experience breastfeeding», *Early Child Development and Care* 179 (8), 2009, pp. 1067-1082.
- [553] Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, «Información complementaria al documento orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural», *Aeped.es*, 17 de junio de 2010. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/LM_Y_RIESGO_LABORAL_COMITE_LM_AEP_2010_1.pdf.
- [554] Datos obtenidos respectivamente de: Pandelova, M. E. *et al.*, «Assessment of energy intake of infants exclusively fed with infant formulae available on the European market», *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 60, 2009, pp. 212-219; Gooze, R. A., S. E. Anderson y R. C. Whitaker, «Prolonged Bottle Use and Obesity at 5.5 Years of Age in US Children», *The Journal of Pediatrics* 159 (3), 2011, pp. 431-436.
- [555] Eckersley, N., «Non-GM baby formula “unrealistic”–industry», *Ausfoodnews.com.au*, 3 de mayo de 2001. Disponible en: <http://www.ausfoodnews.com.au/2011/05/03/non-gm-baby-formula-unrealistic-industry.html>.
- [556] OMS, «10 datos sobre la lactancia materna», *Who.int*, agosto de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es>; Victora, C. G. *et al.*, «Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect», *The Lancet* 387 (10017), 2016, pp. 475-490.
- [557] Wolf, J. H., «Got milk? Not in public!», *International Breastfeeding Journal* 3 (1), 2008, doi: 10.1186/1746-4358-3-11.
- [558] Save the Children, «Recuperando la leche materna en el campo de Za'atari», *Savethechildren.es*, 20 de marzo de 2013. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/actualidad/recuperando-la-leche-materna-en-el-campo-de-zaatari>.
- [559] Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *op. cit.*, 2010.
- [560] Victora, C. G. *et al.*, *op. cit.*, 2016.
- [561] Massó, E., «Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado», *Dilemata* 11, 2013, pp. 169-206.
- [562] *Ibid.*
- [563] Olza, I., *op. cit.*, 2013.
- [564] Vivas, E., «Los quiénes y el qué, en el movimiento del comercio justo», en Montagut, X. y E. Vivas, *¿Adónde va el comercio justo? Modelos y experiencias*, Barcelona: Icaria Editorial, 2006, pp. 11-27.
- [565] McClain, V., «Patents on Life: A Brief View of Human Milk Component Patenting», *World Nutrition* 9 (1), 2018, pp. 57-69.
- [566] Dutton, J., «Liquid Gold: The Booming Market for Human Breast Milk», *Wired.com*, 17 de mayo de 2011. Disponible en: <https://www.wired.com/2011/05/ff-milk>.
- [567] *Ibid.*; Doucleff, M., «Breast Milk Sold Online Contaminated With Cow's Milk», *Npr.org*, 7 de abril de 2015. Disponible en: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2015/04/07/397369416/breast-milk-sold-online-contaminated-with-cowsmilk?t=1535013789557>.

- [568] Gann, J., «Until Recently, This U.S. Company Was Importing Human Breast Milk From Cambodia», *Thecut.com*, 20 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.thecut.com/2017/03/stop-exporting-breast-milk-cambodia-says-to-u-s-company.html>.
- [569] Grand View Research, *Breast Pump Market Size & Share, Industry Analysis Report, 2018-2025*, 2018. Disponible en: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/breast-pumps-market>.
- [570] Campbell, O., «The Unseen Consequences of Pumping Breast Milk», *Psmag.com*, 17 de noviembre de 2014. Disponible en: <https://psmag.com/economics/unseen-consequences-pumping-breast-milk-94181>.
- [571] A pesar de que en Estados Unidos no existe la baja por maternidad, las mujeres utilizan los días de vacaciones o de libre disposición para estar con sus recién nacidos.
- [572] Jung, C., *op. cit.*, 2015; Blum, L. M., *op. cit.*, 1999.
- [573] Azad, M. B. *et al.*, «Infant Feeding and Weight Gain: Separating Breast Milk From Breastfeeding and Formula From Food», *Pediatrics* 142 (4), 2018, doi: 10.1542/peds.2018-1092.
- [574] Jung, C., *op. cit.*, 2015; Gimeno, B., *op. cit.*, 2018.
- [575] Bloom, E., «The Big, Bad Breastfeeding Industry», *Theatlantic.com*, 31 de octubre de 2015. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/business/archive/2015/10/breastfeeding-pressure-money/413215>.
- [576] Victora, C.G. *et al.*, *op. cit.*, 2016.
- [577] Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *op. cit.*, 2017.
- [578] Ministerio de Sanidad, *Encuesta Nacional de Salud España 2017*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2018.
- [579] Fernández Guillén, F., *op. cit.*, 2015.
- [580] El Parto es Nuestro, «Historia de Ana», *Quenoosseparen.info*, 2018. Disponible en: <http://www.quenoosseparen.info/articulos/testimonios/separacionana.php>.
- [581] Temboury, M. C., «Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna», *An Pediatr* 58 (3), 2003, pp. 263-267.
- [582] Paricio, J. M., *op. cit.*, diciembre de 2017.
- [583] Suavinex, *II Estudio sobre Conciliación y Lactancia*, 2018. Disponible en: <https://livingsuavinex.es/wp-content/uploads/2018/09/II-Estudio-conciliacion-y-lactancia-Suavinex.pdf>.
- [584] Díaz-Gómez, M. *et al.*, «Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna», *Rev Esp Salud Pública*, 90, 2016, pp. e1-e18.
- [585] Temboury, M. C., *op. cit.*, 2003.
- [586] Díaz-Gómez, M. *et al.*, *op. cit.*, 2016.
- [587] EFE, «La Universidad de Barcelona introduce una asignatura pionera sobre lactancia materna», *El Periódico*, 26 de septiembre de 2018.
- [588] Padró, A., *Somos la leche*, Barcelona: Grijalbo, 2017.
- [589] McNish, H., *op. cit.*, 2018, pp. 155-156.
- [590] Asociación Española de Bancos de Leche Humana, «Datos de actividad de todos los bancos de leche españoles», *Aeblh.org*, 2018. Disponible en: <https://www.aeblh.org>.
- [591] Banc de Sang i Teixits, «De les “dides” als bancs de llet», *Bancsang.net*, 13 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.bancsang.net/blog/dides-als-bancs-llet>.
- [592] De Pedro, C., «Estas son las 9 CCAA que disponen de bancos de leche materna», *Redaccionmedica.com*, 22 de agosto de 2016. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/estas-son-las-nueve-ccaa-que-disponen-de-bancos-de-leche-materna-7690>; Bermejo, M., *Bancos de leche materna en España: análisis situacional actual*, trabajo de fin de grado, Universidad Pública de Navarra, 2017.
- [593] Peraita, L., «“Necesitamos que las madres donen leche materna”», *ABC*, 25 de octubre de 2015.
- [594] Vázquez, J., «El Regalo de Lola: Lactancia y donación de leche tras la muerte perinatal y la creación del Proyecto Lola», *Revista Muerte y Duelo Perinatal* 4, 2018, pp. 58-61.

Lactancia prohibida

Me pregunto: ¿por qué dar la teta en público puede violentar a otros? ¿Por qué amamantar a una criatura puede ser motivo de expulsión o reprobación en un centro comercial, un museo, un supermercado o una cafetería? No pasa siempre, pero sí más a menudo de lo que podríamos imaginar. Se trata de la doble moral de una sociedad que cosifica y sexualiza el cuerpo de las mujeres, mientras se escandaliza cuando una madre da la teta a plena luz del día.

La teta, entre el símbolo erótico y la lactancia

Los pechos femeninos son concebidos como una parte del cuerpo eminentemente erótica. Tienen que tener un determinado tamaño, volumen y diámetro. En la cultura occidental moderna, los senos como fuente de placer y goce masculino fueron ganando terreno socialmente en detrimento de sus capacidades lactantes.^[595] Los medios de comunicación, las multinacionales de la moda, la industria de la belleza... han contribuido a destacar los pechos como un símbolo sexual. Si no cumplen esta función no pueden ser mostrados en público. De ahí que dar de mamar a un bebé en la calle, un centro comercial, una cafetería... sea considerado una práctica obscena e impúdica. Pero ¿qué pasaría si los que pudiesen dar de mamar fuesen los hombres? Mucho me temo que no se armaría tanto escándalo. Mostrar los pechos al lactar es tabú porque lo hacemos las mujeres con nuestras tetas.

La madre que da de mamar es percibida como un ser desexualizado. Los pechos lactantes son interpretados como la máxima expresión del sacrificio materno. Lo vemos cuando se pone énfasis únicamente en los beneficios nutricionales de la lactancia. La teta, entonces, deja de pertenecernos. La mujer se convierte en un sujeto a educar en la práctica lactante.^[596] Se disocia el cuerpo de la experiencia materna de amamantar. Reivindicar el dar la teta con placer ofende e incomoda, porque aúna dos facetas de la mujer que son consideradas antagónicas: la maternal y la sexual. La lactancia forma parte de la sexualidad femenina,^[597] del mismo modo que el embarazo y el parto, pero no de una sexualidad heterosexual, falocéntrica, sino de una concepción más amplia que incluye el conjunto de nuestra vida reproductiva. Los pechos «rompen la barrera entre maternidad y sexualidad»,^[598] lo que hace que resulten extremadamente escandalosos para el patriarcado.

La erotización de los senos femeninos tiene un impacto directo en la lactancia materna. Muchas madres prefieren no dar la teta en un sitio público, ante miradas lascivas, de sorpresa o reprobación. Una encuesta realizada en el año 2013 señalaba que un 43 % de las mujeres se sentían incómodas amamantando en público. Se trataba del segundo inconveniente más importante con el que se encontraban las mamás al dar de mamar, solo por detrás de la difícil conciliación

entre la lactancia y la vida laboral, que ocupaba la primera posición, con un 48 %. Hay madres que no quieren amamantar porque creen erróneamente que la lactancia deteriorará la apariencia de sus senos, dejándolos caídos y flácidos. De hecho, un 37 % de las madres, según la encuesta antes citada, consideraba que uno de los principales inconvenientes de amamantar es que los pechos pierden firmeza.[\[599\]](#) La hipersexualización de las tetas ha calado, y hondo.

Las trabas con las que se encuentran las madres para dar de mamar en un sitio público (las prohibiciones, las miradas reprobadoras, los prejuicios...) muestran un profundo desconocimiento del proceso fisiológico de la lactancia materna. Los bebés no comen siguiendo un horario programado, sino que lo hacen a demanda, y no solo maman por necesidades alimenticias, sino también afectivas, con lo cual no se puede establecer cuándo lo harán, si en casa o en la calle. No se puede plantear una división entre el espacio privado y el público a la hora de lactar. Los más pequeños han de tener derecho a tomar la teta donde y cuando lo necesiten.

Aquí esto no se hace

El argumento para reprender a las madres que dan el pecho en público es siempre el mismo: «Aquí esto no se hace porque molesta», «incomoda», «ofende», «da mala imagen», o bien porque «es la política de la empresa». Acto seguido, se invita a la mujer a marcharse o a recluirse en un lugar cerrado, lejos de la vista de todos, a un cuarto de baño o a una sala de lactancia, que muchas veces no son ni los espacios más agradables ni los que huelen mejor. No hay nada malo en las salas de lactancia *per se*, pero no pueden ser de uso obligatorio.

Otras veces, aunque no se las amoneste, las mujeres reciben miradas obscenas o de censura, murmullos desagradables. Más aún si la criatura es considerada «mayor», obviando que la OMS recomienda dar el pecho hasta los dos años de edad o más. Todo un síntoma de lo poco normalizado que está el dar la teta en nuestra sociedad. Hay todo tipo de casos: madres que han sido reprendidas en tiendas de ropa, supermercados, bibliotecas, museos, restaurantes, universidades, oficinas de correos... Si estos sucesos se hacen públicos, acostumbran a generar una ola de protesta e indignación, en particular en redes sociales, con eco a veces en los medios de comunicación, e incluso puntualmente con movilizaciones a pie de calle.

Las primeras acciones en solidaridad con mujeres a quienes se les había prohibido amamantar en lugares públicos las encontramos en Estados Unidos, a mediados de los años setenta, en forma de «tetadas», concentraciones masivas de mamás dando el pecho a plena luz del día, con el objetivo de romper la división entre el espacio público y el privado, redefinir el uso del espacio común y confrontar los prejuicios sociales acerca de la lactancia materna.[\[600\]](#) Desde entonces, se han llevado a cabo varias movilizaciones al respecto en este país. Una de las más emblemáticas fue la campaña «Nurse at Starbucks» (Lacta en Starbucks), lanzada en 2004, después de que una mamá que daba el pecho en un local de Starbucks en Silver Spring (Maryland) fuese conminada a taparse o ir al baño si quería seguir haciéndolo. Estos hechos desataron una fuerte oleada de indignación contra la política antilactancia de la multinacional, organizándose, entre otras acciones, una «tetada» colectiva con más de cien participantes a las puertas del establecimiento, con un significativo eco mediático. En 2003, la mera amenaza de organizar una «tetada» en un Burger King de Orem (Utah), tras un acto discriminatorio a una mujer que amamantaba, forzó a la multinacional a poner en marcha una política de protección de los derechos de las madres lactantes en sus establecimientos.[\[601\]](#) Los casos son múltiples.

En el Estado español, uno de los más sonados fue el que tuvo lugar en la tienda de ropa Primark de Valladolid en agosto de 2013, cuando un guardia de seguridad prohibió a una mujer seguir

dando el pecho a su criatura de siete meses. «Aquí no puede estar —le espetó—. Hay salas de lactancia habilitadas en el centro para eso. Puede incomodar al resto de clientes». A lo que la madre le respondió: «Pero si lo que estoy haciendo es totalmente natural. No tiene nada de malo». Sin embargo, ante la insistencia del guardia, la mujer abandonó las dependencias, no sin antes poner una reclamación. El caso corrió como la pólvora, en especial en las redes sociales, y en menos de dos semanas se organizaron «tetadas» en diecisiete centros Primark de todo el Estado, que llegaron a reunir en su conjunto hasta setecientas personas.[602] A partir de este caso, salieron a la luz testimonios de madres que habían sido amonestadas por dar el pecho en establecimientos de Madrid, Gran Canaria, Asturias, Valencia, Jerez, Gijón y Murcia. Se trata, parece, de la política de la multinacional, ya que en otros países, como en el Reino Unido, se han dado casos similares.

He aquí la doble moral de una empresa que mientras considera impúdico que una mujer se saque una teta para dar de mamar, promociona —así lo hizo en 2010— bikinis con relleno para niñas de tan solo siete años, en un claro ejemplo de erotización de la infancia. Una pieza de ropa que finalmente Primark se vio obligada a retirar del mercado debido a las numerosas quejas y denuncias que recibió.[603] Los hechos del Primark de Valladolid resultaron ser la chispa que encendió la mecha, dando lugar al nacimiento de la asociación Lactancia en Libertad, que desde el año 2013 recoge y denuncia experiencias de mujeres que se han sentido violentadas o que han sido expulsadas de locales por dar de mamar en público.

Contra mamás y bebés

Casos similares se han producido en otros establecimientos, como en un supermercado Mercadona, en Villafranca de los Barros (Badajoz), en 2012, cuando se obligó a una mamá a abandonar el recinto si quería seguir lactando a su criatura, o en el Leroy Merlin de La Zenia Boulevard, en Torrevieja (Alicante), en 2013, donde una mujer y su bebé fueron apremiados a ir al baño porque dar la teta en público, según el encargado de la tienda, daba «mala imagen». Otras mujeres denuncian también haberse sentido violentadas al dar de mamar en centros comerciales, por parte del personal o la dirección.[604]

No solo las grandes superficies pueden ser el enemigo público número uno de las mamás y los bebés lactantes. En 2016, una estudiante de pedagogía denunció que la Universidad de Barcelona le había prohibido llevar a su bebé de once meses a clase. Los argumentos esgrimidos eran que la niña no estaba cubierta por un seguro en caso de accidente y que tenía que respetar el derecho del resto de alumnos a recibir sus clases en condiciones óptimas. A pesar de que la mamá había estado llevando a la pequeña durante un mes a clase, lo que le permitía darle de mamar, saliendo del aula si la niña lloraba, y contar con el apoyo de otros estudiantes, la universidad le prohibió seguir haciéndolo. Como ella misma dijo, así es imposible conciliar maternidad, lactancia y estudios.[605]

Varios han sido también los museos denunciados por prohibir a las mamás dar la teta. Hay situaciones hilarantes. Verano de 2007: una mujer da de mamar en la sala Goya del Museo del Prado de Madrid, ante una de las más célebres obras de Francisco de Goya, *La maja desnuda*. De repente, un guardia de seguridad se le acerca y le ordena retirarse porque «su actitud puede molestar a los demás visitantes». Pero, ante tanta teta exhibida en múltiples obras de arte, ¿quién puede escandalizarse por unos pechos que amamantan? La decisión del museo dio lugar a la convocatoria de una «tetada» de protesta días después en el mismo escenario donde se habían producido los hechos. Unas veinte mujeres, citadas a través de Internet, se congregaron en la sala

donde se encontraba el cuadro de *La maja desnuda*, y dieron de mamar colectivamente ante la mirada, entre atónita y cómplice, de los visitantes. Nadie les dijo nada.[606] La denuncia hizo que el Museo del Prado modificara la normativa para permitir la lactancia en todas las salas de exposición, siempre y cuando, señalaron, «se mantenga una distancia prudencial con las obras». No las vayan a manchar de leche. El museo habilitó también una sala de lactancia. En 2018, sin embargo, otra mamá denunció que un vigilante del mismo museo la había obligado a retirarse de la sala donde se encontraba dando la teta.[607] ¿Tal vez no respetó la distancia de seguridad establecida? Sin comentarios.

El Museo Picasso de Málaga es otro de los centros que ha recibido denuncias. En 2015, una mujer fue obligada a abandonar la sala donde se encontraba porque daba de mamar a una de sus mellizas de tres meses. El argumento utilizado fue que era «la política del centro para preservar la seguridad de las obras», porque todo el mundo sabe que no hay nada más peligroso en un museo que una mujer dando el pecho. La alternativa que le propusieron fue ir a la cafetería o a un banco del pasillo. En 2016, otro caso fue denunciado en el mismo museo por parte de una mujer a quien se le impidió lactar a su pequeño. La queja interpuesta, en este caso, dio resultado. Finalmente, el Museo Picasso de Málaga, en 2016, cambió sus protocolos para permitir amamantar en las salas de exposición.[608]

Situaciones parecidas se han dado en museos como el CaixaForum Barcelona, el Museo Reina Sofía en Madrid o el Instituto Valenciano de Arte Moderno. En este último, después de la queja interpuesta, su director pidió disculpas y se comprometió a un cambio de normativa para garantizar la lactancia en todas sus dependencias.[609] Ya es hora de que los museos españoles tomen nota de las buenas prácticas de otros centros, algunos tan emblemáticos como la National Gallery de Londres, donde se permite lactar en todas las salas. Aunque en Inglaterra también se han dado casos de madres que han sido amonestadas por dar la teta en centros museísticos. Es el caso del museo de arte y diseño V&A, en Londres, donde, en 2017, una mujer fue conminada a taparse porque daba de mamar. Tras difundir por Internet su caso, la madre consiguió que el director de la institución se disculpara en público.[610]

Hasta en las piscinas se persiguen los pechos lactantes. Así lo han denunciado varias mujeres a las que se ha prohibido amamantar a sus bebés en instalaciones de Salou, La Selva del Camp y Santa Coloma de Gramenet, en Cataluña; Burriana, en el País Valenciano; Alcorcón, en Madrid; y Erandio, en el País Vasco, entre otras. Los argumentos son que la piscina «no es sitio para dar de comer», que «se ensucia el recinto» o «se ofende a otros usuarios». Incluso en una piscina de Zaragoza, a una madre le prohibieron dar el pecho porque la leche, afirmaron, «podía contaminar el agua».[611]

Sin embargo, poder amamantar en público es una condición *sine qua non* para ejercer el derecho a la lactancia. Si una sociedad impide o hace muy difícil amamantar en espacios públicos, solo deja como opción hacerlo a escondidas, en el hogar, y dificulta la actividad de las madres más allá de la esfera privada.

Las famosas se suman a la causa

Hay *celebrities* que se han hecho eco de esta doble moral. Es el caso de Candice Swanepoel, modelo de Victoria's Secret, que señalaba que nunca había sido criticada por posar en *topless* para firmas de moda y en cambio sí lo era por dar de mamar en público.[612] Otras *top models* como Gisele Bündchen, Natalia Vodianova o Miranda Kerr, por solo citar algunas, se han sumado a la causa publicando imágenes donde aparecen amamantando a sus criaturas.

La modelo estadounidense de tallas grandes Mara Martin no se lo pensó dos veces para salir a la pasarela en 2018, en el marco de un desfile de moda organizado por la revista *Sports Illustrated* en Miami, luciendo un bikini de color de oro y llevando a su bebé de cinco meses en brazos mientras le daba el pecho. Según ella misma explicó, la acción no fue premeditada, su hija «comenzaba a tener un poco de hambre, el desfile se había retrasado y era para la pequeña la hora de comer». Así que salió del *backstage* dando la teta. La controversia no se hizo esperar. Aquí, también algún tertuliano desbarró afirmando que la lactancia en público «no es buena para el bebé porque es una cosa muy íntima».[613] La acción de Mara Martin, como tantas otras, es un paso más en el camino para normalizar la lactancia materna y reivindicar una imprescindible conciliación entre vida personal y laboral.

Las famosas visibilizan la situación que viven muchas mujeres anónimas en silencio. Contar con su apoyo permite llegar a mucha más gente, pero puede impedir ir al fondo de la cuestión, quedando a veces en una demanda meramente glamurosa y *trendy*.

¿Un congreso de pediatría en el que se prohíbe dar de mamar?

En el 66º Congreso de la Asociación Española de Pediatría, en 2018, la polémica estuvo servida cuando se prohibió la entrada a una pediatra y a su bebé de tres meses, indicándole que la criatura no podía pasar y que para amamantarla tenía que desplazarse a un área fuera del recinto, pues en las dependencias del congreso no había zona habilitada para dar el pecho ni cambiar pañales. En un comunicado, la AEP justificó la medida afirmando que el congreso se realizaba en un lugar privado con una normativa que no permitía la entrada de personal no acreditado, como... ¡un bebé![614] El hecho, más allá de suponer una interpretación muy restrictiva de una normativa que señala que donde hay presencia de productos farmacéuticos no pueden entrar personas no identificadas, muestra una contradicción evidente, que fue denunciada por múltiples entidades y en las redes sociales: ¿cómo desde la AEP se pretende promover y normalizar la lactancia materna, si se prohíbe la entrada a mamás y bebés lactantes en su congreso anual?

En contraste, en el recinto estaban presentes, y de forma ostentosa, empresas del negocio de la leche de fórmula, las cuales aprovechan estos eventos para dar a conocer sus productos entre los profesionales del sector, utilizándolos de intermediarios para llegar a padres y madres. «Quizás la preocupación de la AEP —como señalaba en un comunicado a raíz de estos hechos la IHAN— no debería ser que los bebés estén con sus madres pediatras en un entorno de industria farmacéutica. La AEP debería estar preocupada por el importante conflicto de interés que supone la colaboración como sociedad científica con la industria de la alimentación infantil».[615] Las multinacionales del sector, en particular Nestlé, son las principales financiadoras del congreso anual de la AEP, así como de la mayoría de sus seminarios, cursos y programas formativos.[616]

Además, la AEP coloca de forma habitual su logotipo en el *packaging* de numerosos productos de la industria alimentaria dirigidos a la infancia, a modo de aval, como en Mi Primer Danone, los tarritos de Hero, los minitetrabriks de Puleva o los cereales para el desayuno Cheerios de Nestlé..., contribuyendo al lavado de imagen de estas multinacionales y a desinformar a los progenitores sobre los hábitos alimentarios de los más pequeños.

Pezones censurados en las redes

Los pechos tampoco son bienvenidos en las redes sociales. Facebook ha prohibido en varias ocasiones fotografías de mujeres lactando. El problema, según ellos mismos han reconocido, no son tanto los pechos como los pezones. A partir de aquí, se han censurado imágenes, perfiles

individuales y grupos al considerar que el material que colgaban era «obsceno» y «atentaba contra personas y colectivos», en palabras de la misma empresa. Sin embargo, ¿son más eróticos los pezones de una mujer que los de un hombre? ¿Por qué se censuran los nuestros y no los suyos? ¿Qué tiene de obsceno el pezón de una madre que da de mamar? Instagram es otra de las redes inquisitoriales que sigue normas parecidas.

Ante la hipocresía de unas multinacionales que censuran pezones, mientras permiten imágenes y comentarios de violencia extrema, las usuarias se han movilizado. Una de las iniciativas con más recorrido ha sido la campaña «Free the Nipple» (Libera el pezón), convertida en un fenómeno viral, y que denuncia la sexualización de los pechos femeninos. También, se han realizado múltiples peticiones *online* y acciones de todo tipo en las redes sociales. La suma de todas estas protestas ha conseguido algunos cambios. En 2014, Facebook incorporó a su página de ayuda la siguiente pregunta: «¿Permite Facebook la publicación de fotos de madres amamantando?». A lo que la misma compañía respondía: «Sí. Creemos que la lactancia es algo bello y natural, y nos agrada saber que para las madres es importante compartir sus experiencias con otras personas en Facebook. La gran mayoría de estas fotos cumple con nuestras políticas». Aunque acto seguido añadía: «Ten en cuenta que las fotos que revisamos corresponden prácticamente en su totalidad a denuncias de otros miembros de Facebook que se quejan por su publicación», justificando así los borrados.

Tras la cumbre de comunidades de Facebook 2017, en Chicago (Estados Unidos), en la que participaron unos trescientos administradores de sus grupos virtuales, y dada la movilización de las usuarias, la red social se comprometió no solo a permitir las imágenes de mujeres dando de mamar, sino a dar visibilidad a la lactancia materna. Así lo aseguraba una de las fundadoras del grupo internacional de apoyo a la lactancia materna Milky Mommas, Christine Rushing, en el perfil de la asociación, después de haber asistido a la cumbre y haber colgado una fotografía donde se la veía dando el pecho a su bebé al lado del fundador de la red Mark Zuckerberg.[\[617\]](#) La pregunta que ahora se hacen muchas activistas es: ¿de verdad Facebook no sancionará ni borrará más imágenes de mujeres dando la teta?, ¿no se seguirán bloqueando y cerrando las cuentas de las usuarias que compartan estas fotografías? Veremos.

Derecho a dar la teta

En el conjunto del Estado español no hay una ley que garantice la lactancia en público, pero tampoco hay ninguna que la prohíba, de tal manera que son los derechos de las personas —en este caso los de los bebés a alimentarse cuando y donde necesiten— los que deberían de prevalecer. Este principio, como hemos visto, no siempre se cumple. De ahí que la asociación Lactancia en Libertad trabaje para conseguir una legislación que asegure este derecho.

En 2014, Lactancia en Libertad presentó una petición en el Congreso de los Diputados para proteger por ley la lactancia en espacios públicos. La demanda fue acompañada de una serie de firmas, muchas de ellas recogidas a través de Facebook. La Comisión de Peticiones del Congreso decidió remitirla a la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. Por ahora, no hay más información al respecto. Algunos establecimientos se escudan en el derecho de admisión para no permitir que una mujer amamante, pero con una ley así este derecho quedaría garantizado, poniendo fin al vacío legal actual y evitándose episodios discriminatorios.

En el País Vasco, la Carta de Derechos y Deberes de las Personas en el Sistema Sanitario Vasco, en su artículo 9, referido a la salud sexual y reproductiva, garantiza, desde 2015, que las madres puedan dar el pecho donde consideren oportuno. Las mujeres tienen derecho a ser «informadas y formadas en materia de lactancia materna» y a «ejercer el derecho a amamantar a los hijos e hijas

en cualquier espacio público», concluye la carta. En la anterior versión, del año 1989, no se incluía esta mención.

Les Corts Valencianes en 2016 aprobaron una proposición no de ley en que instaban al Consell de la Generalitat Valenciana, el órgano ejecutivo del Gobierno, a reconocer el derecho de las mujeres a dar el pecho en cualquier espacio público y el derecho de las criaturas a recibirlo. De este modo, se apeló al Consell a emprender las acciones pertinentes para hacerlo efectivo y tipificar como trato discriminatorio, en el marco de la normativa autonómica sobre igualdad, la prohibición de lactar en público. De momento, no ha trascendido más información sobre el tema.

A nivel municipal, el Ayuntamiento de Bilbao reconoció, en 2013, el derecho de madres y padres a alimentar a sus criaturas con lactancia materna o artificial en todas las instalaciones municipales. La decisión se tomó tras el malestar que generó la expulsión de una madre lactante de un centro cívico en Bilbao. En Navarra, varios ayuntamientos, como los de Pamplona, Mendavia y Zizur, entre otros, se han adherido a la campaña «Lacta en Navarra», impulsada por un grupo de matronas y enfermeras del Complejo Hospitalario de Navarra con el objetivo de fomentar y normalizar la lactancia materna en espacios públicos. Como resultado de esta adhesión, dichos ayuntamientos han declarado «espacios de lactancia materna» todas sus dependencias municipales, bibliotecas, escuelas, centros culturales, parques, jardines, calles..., dando la bienvenida a madres, criaturas y tetas. Desde 2015, cuando se puso en marcha este proyecto, más de doscientas instituciones, organizaciones de profesionales y establecimientos comerciales..., se han adherido a la iniciativa.[\[618\]](#)

Y ¿cuál es la situación en otros Estados? En la Unión Europea, solo un país garantiza por ley dar la teta en público, el Reino Unido, donde la Ley de Igualdad de 2010 ampara la lactancia materna en cualquier sitio público y considera discriminatorio tratar desfavorablemente a una mujer por dar el pecho. A pesar de esta legislación, continúan dándose casos en que se amonesta y recrimina a las madres que así lo hacen. Uno de los incidentes que tuvo mayor repercusión fue el de una mujer a quien instaron a cubrirse cuando daba discretamente el pecho en el exclusivo salón del hotel Claridge's de Londres, en 2014. Uno de los camareros se acercó a la madre llevando una servilleta enorme, y le pidió que se tapara porque, en palabras del empleado, era «la política de la casa». A pesar del enfado y la humillación, la mamá lo hizo. Pero acto seguido publicó en redes sociales dos fotografías, una dando de mamar con normalidad a su bebé y otra cubriéndolo con la enorme servilleta, como le habían indicado. Las imágenes se viralizaron rápidamente, en particular en Twitter. Tal fue el impacto que incluso días después se organizó una «tetada» en las puertas del lujoso hotel para exigir el derecho de toda mujer a amamantar donde y cuando quiera.[\[619\]](#)

En Italia, a principios de 2017 la ministra de Administración Pública, Marianna Madia, anunció que su Gobierno estudiaría una directiva para permitir la lactancia en lugares públicos, después de que una mujer fuese expulsada de una oficina de correos por dar el pecho.[\[620\]](#) En el Parlamento Europeo, algunas diputadas han llevado puntualmente a sus bebés al hemiciclo, donde incluso les han dado de mamar. Hay que tener en cuenta que el reglamento de la Eurocámara no permite delegar el voto, a pesar de estar de baja por maternidad, con lo cual algunas europarlamentarias —como fue el caso de la danesa Hanne Dahl, en 2009, la italiana Licia Ronzulli, en 2010, o la sueca Jytte Guteland, en 2017— han asistido a la cámara con sus bebés para participar en las votaciones pertinentes. De este modo, han visibilizado las dificultades de tantas madres para conciliar vida personal y laboral. Nadie les recriminó su acción. Todo lo contrario de lo que sucedió en el Congreso de los Diputados en 2016, cuando la diputada de Podemos Carolina Bescansa asistió al pleno con su hijo de cinco meses. Entonces el escándalo

fue mayúsculo.

En Estados Unidos, dar la teta en público es legal en todos los cincuenta estados. Los últimos en legalizarlo fueron Utah e Idaho en 2018. Sin embargo, los instrumentos reales para hacer efectivo este derecho son escasos, y a menudo las mamás topan con los prejuicios de siempre.[\[621\]](#) En Australia, desde 1984 la Ley de Discriminación Sexual prohíbe la discriminación por razones de sexo, situación matrimonial, embarazo, orientación sexual, identidad de género o... amamantar en público. A día de hoy, incluso las representantes electas pueden dar el pecho en el Senado o la Cámara de Representantes como parte del nuevo código, reformado en 2016, para avanzar hacia un Parlamento *family-friendly*. Hasta entonces, si bien los bebés podían entrar en las dependencias parlamentarias, no podían lactar en el hemiciclo. En 2017, la senadora Larissa Waters fue la primera mujer en dar la teta a su hija de ocho semanas en el Parlamento Federal.[\[622\]](#) Los cargos electos recibieron el gesto con agrado.

¿Necesitamos salas de lactancia?

Alguien dirá que para dar de mamar ya hay en algunos espacios salas de lactancia y que, por lo tanto, no es necesario hacerlo en público. Sin embargo, dichas salas no pueden ser de uso obligatorio. Habrá mamás que las consideren útiles, y es positivo que existan, pero a menudo no prestan el confort necesario, porque se encuentran cerca de la zona de baños, huelen mal y son sitios muy pequeños con poca circulación de aire.

¿Quién almorzaría en un cuarto de baño? ¿Por qué los bebés tienen que alimentarse a escondidas? ¿No sería más lógico que cada mamá hiciera lo que considerara mejor para su criatura? Así lo denunciaban las fotografías del proyecto *When nurture calls* (Cuando la nutrición llama), un juego de palabras con la expresión *When nature calls* (Cuando la naturaleza llama), que retrataba a varias mujeres jóvenes dando el pecho en estrechos, sucios y claustrofóbicos baños públicos.[\[623\]](#) Un trabajo realizado por un grupo de estudiantes de arte de la Universidad del Norte de Texas (Estados Unidos), a modo de reflexión, interpelación y provocación, que tuvo un eco significativo en redes sociales.

Yo nunca di de mamar en un váter, huelen mal. A mí siempre me ha gustado más dar el pecho al aire libre. Aunque, cuando lo hacía, no solía mirar mucho a mi alrededor. No me gustaba encontrar miradas de desconocidos que me observaban sorprendidos, incómodos o salidos. A veces, también daba de mamar en plena calle mientras caminaba, como acto de desesperación, ante un bebé con hambre, miedo o sueño que no paraba de llorar. La teta era siempre el mejor y único consuelo. Al final, acabé dándole de mamar en todos lados: cafeterías, bus, peluquería, metro, panadería, tiendas, parques. Lo más incómodo, lo reconozco, era darle la teta en el tren, cuando a menos de un palmo de mi cara, frente a frente, pierna con pierna, tenía a otra persona. Si normalmente ya es difícil caber en un asiento de esos, imagínate si encima de la bolsa y la chaqueta llevas a un bebé. Sin embargo, ¿qué haces si, allí sentada, el crío empieza a llorar? Una de dos: o te volatizas o le das de mamar. Y ante la imposibilidad de hacer lo primero, siempre opté por lo segundo, aunque me tuviese que sacar la teta a menos de medio metro del de enfrente. Miras para otro lado y andando. Le cogí el truquillo. Y aunque no iba por allí paseando los pechos al aire, como alguna amiga mía sí hacía cuando era necesario, sin ningún tipo de complejo, ¡qué envidia!, tampoco me cortaba para sacármelos donde hiciese falta, eso sí, con discreción. Al final, incluso llegué a dar conferencias con el crío enganchado al pezón. Como decía una campaña que se lanzó hace algún tiempo, la mejor manera de normalizar la lactancia materna es no escondernos.

El pudor por ocultar los senos lactantes ha llevado incluso a promover iniciativas inverosímiles, como la de querer instalar salas de lactancia en las playas de Peñíscola, en verano de 2017, como si allí no hubiese pechos por doquier. Una iniciativa de su ayuntamiento que el sector hotelero no perdió la oportunidad de utilizar como reclamo turístico. «Este verano, como gran novedad, las playas de Peñíscola estarán equipadas con cabinas de lactancia», anunciaba el sector.[\[624\]](#) ¿Alguien las utilizará?

Hay quien aún se escandaliza por ver a una mamá dando la teta en público, pero incluso el máximo representante de la Iglesia católica, el papa Francisco, se ha sumado a la causa, defendiendo no solo la lactancia materna sino la lactancia en cualquier momento y lugar. «Si los bebés comienzan a llorar porque no están cómodos, tienen calor o tienen hambre, dadles de amamantar, sin miedo, porque también esto es un lenguaje de amor», sentenciaba el pontífice en una homilía en la Capilla Sixtina en 2018.[\[625\]](#) A veces, los apoyos surgen de donde menos te lo esperas.

Dar el pecho a criaturas que ya no son bebés

Si dar el pecho en público puede resultar embarazoso, ni te cuento si la criatura ya no es un bebé. Vivimos en una sociedad que no entiende que lo puedas hacer, no lo considera normal. En cambio, la misma OMS recomienda la lactancia materna hasta los dos años de la criatura o más. Incluso en los juicios de divorcio, la lactancia materna puede ser utilizada en contra de la mamá, acusándola de sobreproteger al pequeño y ponerlo en contra del padre por el hecho de darle la teta. Esto le pasó a una amiga. ¿Quién defiende entonces los derechos de la criatura?

Las películas son las primeras en poner las bases para el estigma y propagar informaciones erróneas sobre la lactancia materna. En el cine, casi no hay escenas de criaturas de más de un año mamando, y cuando las encontramos aparecen como muestra de anormalidad, de una práctica obscena, que genera rechazo social. Lo vemos, por ejemplo, en el film *Niños grandes*, en el que una madre da de mamar a su hijo de cuatro años en un acto social, ante la mirada atónita de otras mamás, que llegan incluso a tapar los ojos a sus pequeños para que no lo vean. Después, alguien le comenta al papá del niño lactante: «A tu hijo ¿qué le pasa con la teta? Pronto estará frotándole la teta con la barba». A lo que otro amigo añade riéndose: «Sí, acabará manchándose el bigote de leche y eso no queda bien».[\[626\]](#) De este modo, la gran pantalla contribuye a reafirmar la idea de que amamantar a una criatura que ya no es un bebé es algo raro o incorrecto.

Una de las series más populares, *Juego de tronos*, presentaba a *lady* Lysa Arryn, señora del Nido de las Águilas, una de sus protagonistas secundarias, como una mujer viuda, paranoica y sobreprotectora con su único hijo de seis años, Robert, al cual daba de mamar. Así lo veíamos, por primera vez, en el quinto episodio de la primera temporada de la serie. Qué mejor manera de mostrarnos la locura de *lady* Arryn que dando la teta a un niño de esa edad, a quien precisamente la lactancia, se sobreentendía, había convertido en un ser débil, dependiente y malcriado. Una representación que acaba estigmatizando al conjunto de madres que amamantan a criaturas que ya no son bebés, presentando esta práctica como una anormalidad, una aberración, y atribuyéndole consecuencias nefastas para la salud emocional de las criaturas. En realidad, dar la teta hasta los dos años de edad o más se ha demostrado beneficioso para los pequeños.[\[627\]](#)

De esta manera, se acaba dando el pecho a escondidas, en el hogar. Son pocas las madres que se atreven a sacarse la teta en público y dar de mamar, por ejemplo, a una niña de tres años si lo pide en el parque, el supermercado o el tren. La lactancia prolongada, como se la acostumbra a llamar —un término que genera debate, ya que el verbo *prolongar* puede dar a entender que la lactancia

dura más de lo recomendado, cuando no es así, ya que se trata de un objetivo de salud materno-infantil—, es una práctica que no acostumbra a estar bien vista. El rechazo o la sorpresa en el entorno familiar, social, profesional e incluso sanitario se da, por desgracia, demasiado a menudo.

Uno de los retos pendientes radica en normalizar la lactancia materna cuando los pequeños ya no son bebés, y dejar claro que amamantar a una criatura de esta edad no significa malcriarla ni pasarte el día con el crío enganchado al pezón. En estas circunstancias, el pecho se da de manera puntual y no implica un esfuerzo particular. La lactancia materna debería terminar cuando la mamá o la criatura quisiesen, no por imperativo médico o social.

-
- [595] Dettwyler, K. A., «Beauty and the Breast: The Cultural Context of Breastfeeding in the United States», en Stuart-Macadam, P. y K. A. Dettwyler (eds.), *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, Nueva York: Aldine De Gruyter Press, 1995.
- [596] Blum, L. M., *op. cit.*, 1999.
- [597] Llopis, M., *Maternidades subversivas*, Navarra: Txalaparta, 2015; Ausona, M., «Exposar el pit a l'espai públic amb una funció que no és l'eròtica suscita polèmica», entrevista realizada por R. Frasset, *Ub.edu*, 22 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.ub.edu/facgh/infogih/Novetats/marta-ausona-doctora-en-antropologiaexposar-el-pit-a-lespai-public-amb-una-funcio-que-no-es-erotica-suscita-polemica>.
- [598] Young, I. M., *op. cit.*, 2005, p. 77.
- [599] Díaz-Gómez, M., *op. cit.*, 2013; Latham, M. C., *op. cit.*, 2002.
- [600] Blum, L. M., *op. cit.*, 1999.
- [601] Carpenter, F. C., «“(L)Activists and Lattes”»: Breastfeeding Advocacy as Domestic Performance», *Women & Performance: a journal of feminist theory* 16 (3), 2006, pp. 347-367.
- [602] Lactancia en Libertad, «Primark Valladolid», *Lactanciaenlibertad.com*, 27 de agosto de 2013. Disponible en: <http://lactanciaenlibertad.com/testimonios/madre-expulsada/primark-valladolid>; Tetada en el Primark, «“Tetada” de protesta de madres lactantes contra Primark», nota de prensa, 20 de agosto de 2013.
- [603] Rodríguez, A., «Primark, obligado a retirar un bikini con relleno para niñas de siete años», *El Mundo*, 15 de abril de 2010.
- [604] Boicot Mercadona, «Mercadona expulsa a una cliente que amamantaba a su hija en el supermercado», *Boicotmercadona.wordpress.com*, 29 de octubre de 2012. Disponible en: <https://boicotmercadona.wordpress.com/2012/10/29/mercadona-expulsa-a-una-clienta-que-amamantaba-a-su-hija-en-el-supermercado>; Lactancia en Libertad, «Madre expulsada en Leroy Merlin CC La Zenia Boulevard, Orihuela», *Lactanciaenlibertad.com*, 30 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://lactanciaenlibertad.com/testimonios/madre-expulsada/madre-expulsada-en-leroy-merlin-cc-lazenia-boulevard-torrevieja>.
- [605] Martínez, N., «La Universitat de Barcelona demana a una alumna que no porti el nadó a classe», *Ara*, 20 de octubre de 2016.
- [606] Izquierdo, A., «Mamar con “La maja desnuda”», *El País*, 24 de septiembre de 2007.
- [607] Blanco, C., «La teta de la lujuria», *Elpais.com*, 19 de julio de 2018. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2018/07/17/mordiscos_y_tacones/1531842378_300043.html.
- [608] Lactancia en Libertad, «Lactancia corrosiva: Museo Picasso Málaga», *Lactanciaenlibertad.com*, 16 de junio de 2015. Disponible en: <http://lactanciaenlibertad.com/testimonios/lactancia-corrosiva-casa-museo-picasso-malaga>; Codina, E., «El museo Picasso permite amamantar en sus salas tras quejarse una usuaria», *El País*, 23 de febrero de 2016.
- [609] Maternidad Continuum, «Trabajadores del IVAM se inventan unas normas en las que se prohíbe amamantar en sus instalaciones», *Maternidadcontinuum.com*, 18 de octubre de 2014. Disponible en: https://www.maternidadcontinuum.com/2014/10/ivam_expulsa-madre-que-amamanta.
- [610] Press Association, «V&A chief apologises to breastfeeding woman asked to cover up», *The Guardian*, 6 de agosto de 2017.
- [611] El HuffPost, «Prohíben a una madre dar el pecho junto a una piscina “porque la leche podía contaminar el

- agua”», *Huffingtonpost.es*, 20 de junio de 2017. Disponible en: https://www.huffingtonpost.es/2017/06/20/prohiben-a-una-madre-dar-elpecho-junto-a-una-piscina-porque-la_a_22491370.
- [612] O’Malley, K., «Candice Swanepoel Calls Out Critics Over Breastfeeding in Public», *Elle.com.au*, 19 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.elle.com.au/celebrity/candice-swanepeel-on-breastfeeding-in-public-5374>.
- [613] El País, «La modelo que normaliza la lactancia y amamanta a su bebé sobre la pasarela», *El País*, 18 de julio de 2018; Palazón, A., «La frase de Sergi Arola sobre dar el pecho en público que indigna en redes», *Huffingtonpost.es*, 20 de julio de 2018. Disponible en: https://www.huffingtonpost.es/2018/07/20/la-contundenterespuesta-de-maria-llapart-a-sergi-arola-tras-lo-que-dijo-de-dar-el-pecho-en-publico_a_23486078.
- [614] Asociación Española de Pediatría y Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, «Comunicado de la AEP y del Comité de Lactancia de la AEP», 11 de junio de 2018.
- [615] IHAN, «Comunicado de IHAN al comité ejecutivo de la AEP y a la organización del 66 congreso de la AEP», junio de 2018.
- [616] Paricio, J. M., *op. cit.*, diciembre de 2017.
- [617] Arteta, I., «Facebook, de la censura de las fotos de lactancia a la promesa de promoverlas», *Elpais.com*, 1 de julio de 2017. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/06/30/mamas_papas/1498837820_440766.html.
- [618] Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, «La iniciativa Lacta en Navarra, premiada en el IX Congreso nacional de Lactancia Materna», *Enfermerianavarra.com*, 5 de abril de 2017. Disponible en: <https://www.enfermerianavarra.com/actualidad/iniciativa-lacta-en-navarra-premiada-en-ix-congreso-nacional-lactancia-materna>.
- [619] Tran, M., «Claridge’s hotel criticised after telling breastfeeding woman to cover up», *The Guardian*, 2 de diciembre de 2014.
- [620] EFE, «Italia estudiará permitir la lactancia en espacios públicos», *El Mundo*, 28 de enero de 2017.
- [621] Marcus, J. A., «Lactation and the Law», *Mothering* 143, 2007.
- [622] Pearlman, J., «Australian senator breastfeeds baby while moving a motion in parliament», *Telegraph.co.uk*, 22 de junio de 2017. Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/news/2017/06/22/australian-senator-breastfeeds-baby-moving-motionparliament>.
- [623] Wenske, J. y K. Haro, «When Nurture Calls campaign», *Behance.net*, 7 de mayo de 2014. Disponible en: <https://www.behance.net/gallery/16685319/WhenNurture-Calls-Campaign>.
- [624] Hoteles Mediterráneo, «Por qué elegir julio para tus vacaciones familiares en Peñíscola», *Hotelesmediterraneo.com*, 25 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.hotelesmediterraneo.com/blog/por-que-elegir-julio-para-tus-vacaciones-familiaresen-peniscola>.
- [625] Europa Press, «El Papa bautiza a 34 niños en la Capilla Sixtina y reitera que amamantar en público es usar el lenguaje del amor», *Europapress.es*, 7 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.europapress.es/sociedad/noticia-papa-bautiza-34-ninos-capilla-sixtina-reitera-amamantar-publico-usar-lenguaje-amor-20180107115446.html>.
- [626] Visa, M., *op. cit.*, 2015.
- [627] Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *Lactancia materna en niños mayores o «prolongada»*, Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2015.

Sacar la teta del armario

¿Quiénes son las lactivistas?

Amamantar, como la crianza en general, es un acto demasiado a menudo relegado a la invisibilidad del hogar, no valorado, como todo trabajo de cuidados. El lactivismo se propone sacar la teta del armario. Pero ¿qué es el lactivismo? ¿Quiénes son las lactivistas? Aunque no hay una definición formal en el diccionario, se trata, según sus promotoras, de un activismo que defiende el derecho de las mujeres y los bebés a dar y a recibir el pecho donde y cuando estos deseen, sin miradas ni comentarios de desaprobación.

Las lactivistas sacan la teta a la luz pública y convierten el hecho de amamantar en un acto social y reivindicativo, la autonomía de las mujeres se confronta al principio patriarcal de que el cuerpo femenino debe estar a disposición única de los hombres.^[628] Hay una razón práctica para dar la teta en el espacio público, porque un bebé no sabe de horarios, pero también hay motivos políticos, ya que las dificultades para hacerlo impiden su normalización y vulneran el derecho a dar y a recibir el pecho. La mejor manera de cotidianizar la lactancia materna a demanda es haciéndola visible.

Las acciones pueden ser tanto a título individual (una mamá dando la teta en el parque, un restaurante, el bus, el mercado...), como colectivas, y es en estas donde radica la potencialidad del cambio. Lo vemos en forma de grupos de apoyo a la lactancia materna, espacios de crianza y posparto, donde compartir y tejer redes de solidaridad, que resultan imprescindibles. Grupos presenciales, pero también virtuales, como foros de debate, blogs y listas de distribución. Pocas veces antes, las madres de hoy hemos visto a otra mujer dando el pecho. Hemos aprendido a base de ensayo y error, y no siempre es fácil encontrar el soporte necesario. Hay también acciones de protesta y denuncia como las «tetadas», si bien estas tienen el reto de no dar una imagen susceptible de ser estigmatizada por medios de comunicación y detractores.

La práctica lactivista surgió a mediados del siglo XX como una reacción a la cultura del biberón. Las primeras activistas a favor de la lactancia materna eran mujeres que querían dar de mamar y topaban con un vacío de saberes y una falta de apoyo familiar y profesional. La sociedad de la época menospreciaba las prácticas tradicionales en beneficio del conocimiento técnico-científico. El término *lactivista* tiene sin embargo un origen posterior. Encontramos las primeras referencias en el mundo anglosajón a partir del año 2006, por parte de las mismas mujeres que se autoorganizaban en dichos espacios. Si bien es una palabra que ha ido ganando terreno, no es de uso mayoritario.

La Liga de la Leche

Uno de los grupos pioneros fue la Liga de la Leche, que surgió en Estados Unidos en 1956. La

asociación, fundada por un pequeño núcleo de madres católicas de clase media de Illinois, quería ayudar a otras mujeres con dificultades con la lactancia, debido a la falta de información o a la presión social en contra. Su base se amplió rápidamente, y muy pronto la mayoría de sus integrantes dejaron de ser católicas. Su nombre original en inglés, *Leche League*, se debe a que cuando la organización se fundó, los periódicos de la época no permitían anuncios que incluyesen las palabras *pechos* o *lactancia*, así que tuvieron que buscar alternativas. Tras darle muchas vueltas, tomaron el apelativo en castellano de leche, inspirado en el nombre de la capilla católica dedicada a la Virgen María Nuestra Señora de la Leche y el Buen Parto de la ciudad de St. Augustine (Florida).[\[629\]](#)

La Liga de la Leche es hoy una de las redes de apoyo a la lactancia materna más importantes a escala global, con presencia en más de sesenta países, siendo en Estados Unidos donde tiene un peso más relevante. Su manual de lactancia *El arte femenino de amamantar*, publicado por primera vez en 1959, ha tenido numerosas reediciones y ha vendido más de dos millones de ejemplares. No obstante, la organización no quiere entrar en debates políticos, ni reivindicar reformas socioeconómicas que favorecerían la lactancia materna. Por este motivo, no participó en el boicot internacional a Nestlé en los años setenta, aunque sí se benefició del impacto de la campaña. En el Estado español, la asociación cuenta con unos cincuenta grupos a nivel local.

La Liga de la Leche parte de una crítica tradicionalista y familiarista a la cultura del biberón. Su defensa de la leche materna ha permitido empoderar a muchas mujeres en sus lactancias, pero lo hace desde una posición conservadora que sitúa a la mujer fundamentalmente como madre.[\[630\]](#) El texto de presentación de la Liga de la Leche España lo corrobora: «La Liga de la Leche cree que amamantar [...] es lo mejor para el bebé y la madre, a la vez que constituye la forma ideal de iniciar la relación del hijo o hija con sus padres. La ayuda cariñosa y el apoyo del padre permiten a la madre concentrarse en el cuidado del pequeño; así los padres desarrollan juntos una estrecha relación que fortalece a la familia y a todo el tejido social. La Liga de la Leche cree además que, a través de la lactancia, las madres comprenden y aceptan con mayor claridad las responsabilidades y recompensas que les trae su especial papel dentro de la familia».[\[631\]](#)

A pesar de emerger en un entorno católico y conservador, su trabajo contrahegemónico de ayuda mutua, «madre a madre», en un contexto adverso, ha sido interpretado por algunas autoras en clave feminista.[\[632\]](#) Sin embargo, la Liga de la Leche representa una posición maternalista tradicional de defensa de la lactancia materna, que poco tiene que ver con la apuesta por una maternidad y una lactancia feministas y emancipadoras que reivindican otros grupos de lactivistas.

Grupos de apoyo a la lactancia materna

En el Estado español, el movimiento se desarrolló años más tarde, a partir de finales de los ochenta. En 1987, se constituyó Vía Láctea en Aragón, una de las primeras asociaciones que empezó a trabajar como grupo de apoyo a la lactancia materna. Desde entonces, fueron surgiendo una gran diversidad de colectivos, tanto en grandes como en pequeñas ciudades, conformados por madres, asesoras de lactancia y comadronas.

Una red que hoy resulta difícil de cuantificar debido a su gran heterogeneidad. Hay experiencias con una larga trayectoria, otras con una más corta, unas surgen vinculadas a grupos de crianza, otras a centros de atención primaria, están las que dependen de alguna asociación, otras forman parte de centros de salud privados... Aunque todas tienen un elemento en común: el apoyo «madre a madre». Su objetivo es ayudar a otras mujeres en la lactancia, acompañarlas, empoderarlas, acabar con la desinformación, conseguir apoyo institucional y recuperar la memoria de la práctica

lactante, dándole el valor social que le corresponde.

A nivel estatal, la Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna (Fedalma), creada en 2003, es el principal espacio de coordinación, el cual agrupa a más de cincuenta asociaciones y grupos de apoyo a la lactancia materna. En Cataluña, en 2002, se creó la Federació Catalana de Grups de Suport a la Lactància Materna, con el fin de coordinar aquellos grupos que así lo desearan —cuarenta y cuatro en la actualidad—, dotarlos de recursos, crear una red virtual y ofrecer datos sobre la situación de la lactancia materna en Cataluña, las necesidades de las mujeres que lactan y la calidad de la atención sanitaria que reciben. No obstante, las redes de apoyo a la lactancia materna van más allá de estos espacios.

En Cataluña, en 2017, el Parlament aprobó una propuesta de resolución sobre lactancia materna en la que instaba al ejecutivo a implementar una serie de acciones para apoyarla. Entre las medidas, destacaba la creación de un Comité de Lactancia, formado por profesionales y asociaciones del sector, encargado de revisar y diseñar políticas que promuevan esta práctica. Sin duda, el trabajo que han venido realizando los grupos de apoyo a la lactancia materna ha sido clave para conseguir dicha resolución. Ahora queda por ver hasta dónde llegará esta iniciativa.

Algunas de las madres que participan en estos grupos de apoyo llegan a ellos después de una experiencia de parto traumático, y la lactancia, así como el sostén de otras mujeres, se convierte en una manera de sanar heridas. El activismo por la lactancia materna surge al calor de una dinámica social más amplia, que reivindica que las necesidades de la mujer y el bebé en el embarazo, el parto y el posparto deben ser escuchadas, respetadas y atendidas. El lactivismo es una faceta más del matriactivismo y de la militancia en favor de una maternidad feminista.

Lactancias en plural

Hay críticas a estos espacios, incluso desde posiciones feministas, que los tachan de intransigentes con aquellas madres que dan el biberón. En la mayoría de los casos, se trata de opiniones que prejuzgan y parten de un total desconocimiento sobre cómo funcionan dichos colectivos. Los grupos de apoyo a la lactancia materna parten de una mirada abierta e inclusiva a la lactancia. Se acostumbra a hablar de lactancias en plural, ya que se entiende que no hay una lactancia única, ni lactancias buenas y malas. Los grupos de apoyo pretenden informar, no juzgar, y acompañar a todas las mujeres en sus lactancias, duren lo que duren.

La sororidad es esencial. Lo afirmaban, así de rotundas, desde *El Parto es Nuestro*: «Como asociación nos posicionamos claramente a favor de la lactancia materna como forma de alimentación biológicamente idónea y normal de los lactantes, pero esto, en ningún caso, supone una exclusión o crítica a las mujeres que bien sea por decisión propia o por dificultades con la lactancia materna, optan por dar lactancia artificial. [...] Si una mujer que ha tomado la decisión de dar biberón es violentada, nosotras estaremos a su lado sin dudar, sin cuestionar, sin negar».

[633]

Algunas activistas y teóricas defienden lo que sería una estrategia feminista de promoción de la lactancia materna, que informe de sus beneficios al margen de sentimientos de culpa que puedan condicionar la autoestima de la madre y la relación con su bebé, que reconozca la complejidad de la experiencia y subraye las dificultades para llevarla adelante. Una estrategia que se centre en informar sin presionar, cuidar la salud mental de las madres en el posparto y promover la lactancia por placer y no por obligación.[634]

La reivindicación de la lactancia materna no significa su esencialización ni naturalización. Dar el pecho es un proceso indudablemente biológico, pero también un comportamiento cultural

aprendido, que puede definirse como una práctica biocultural o biosocial.[635] El trabajo que durante siglos han venido haciendo las mujeres con la transmisión de la práctica lactante de una generación a otra, así como de las múltiples formas de amamantar (lactancia materna, lactancia mercenaria, lactancia en tándem...)[636] o de destetar son el mejor ejemplo. Sin embargo, la cultura de la lactancia en las últimas décadas ha sido contraria a dar la teta, desempoderando nuestros cuerpos.[637] Las activistas, por el contrario, buscan recuperar estas prácticas y saberes, dándoles el valor social negado.

Sumar

Una de las debilidades del activismo en favor de la lactancia materna, así como del movimiento en defensa de otro tipo de maternidad y crianza, es su limitada transversalidad social, al estar integrado principalmente por mujeres de clase media. Algo que no es exclusivo de estos espacios, sino que es un punto débil endémico de la mayoría de movimientos que apuestan por un modelo alternativo de consumo, alimentación, educación o economía. Un sesgo de clase que debe tomarse en cuenta no para desacreditar a estos espacios, sino para subrayar la importancia de ampliarlos a otros sectores sociales, y que no se queden en un mero movimiento *healthy, cool* o *trendy*. Uno de los desafíos del activismo es, en consecuencia, sumar a mujeres de clase trabajadora, migrantes..., quienes enfrentan aún mayores dificultades para dar de mamar, debido a su situación de vulnerabilidad, e integrar sus contratiempos particulares para ejercer la maternidad. Llegar a cuantas más mujeres mejor con un mensaje inclusivo, de suma, pero también reivindicativo.

El apoyo activista a la lactancia materna se centra en general en dar respuesta a las dificultades prácticas que enfrentan las madres para llevarla a cabo (problemas de agarre, grietas en los pezones, posiciones para amamantar...). Lo mismo sucede con las políticas públicas de promoción de la teta y el discurso médico institucional, que enfatizan sobre todo los beneficios para la salud de la criatura, y también de la mamá. Ambas cuestiones son fundamentales, pero limitarnos solo a ellas es insuficiente. El activismo tiene el reto de integrar en sus análisis y propuestas los obstáculos sociales, laborales y económicos que enfrenta la práctica lactante, dejando claro que no se trata de una opción meramente individual, sino que esta viene muy determinada por el entorno socioeconómico, que condiciona nuestras decisiones. De hecho, la mayoría de mujeres son conscientes de que la lactancia materna es la mejor opción para sus criaturas, pero no todas tienen las mismas oportunidades para llevarla a cabo.[638] Las dificultades para lactar no solo dependen de la información que tenga la madre o de su buena voluntad.

Si se considera la lactancia materna como una decisión personal, toda la responsabilidad acaba recayendo en las mujeres y se esconden las desigualdades sociales que hacen que para algunas sea más fácil dar la teta que para otras.[639] Dar el pecho no es una práctica individual privada, por más que se insista en esto, es una cuestión pública, que tiene repercusiones políticas y colectivas.[640] Desde una perspectiva feminista, es fundamental desindividualizar la lactancia, y enfatizar que las dificultades para la práctica lactante no solo se deben a una discriminación de género, sino que interseccionan con otras opresiones de clase y etnia. En definitiva, la lactancia materna depende de cómo está organizada la reproducción social, defender la primera implica liberar la segunda de los imperativos del mercado de trabajo y del capital.

Ni el biberón ni la teta nos harán libres

Cuando, desde un sector del feminismo, se afirma que la lactancia materna esclaviza, aumenta la brecha salarial, encierra a la mujer en el hogar..., nos tendríamos que preguntar si la teta es la responsable o el problema va más allá. Cargar toda la culpa de las desigualdades de género tras el parto a la lactancia materna es, como mínimo, osado.

¿Cuántas mujeres que dan el biberón sufren las mismas discriminaciones en el empleo que las que dan el pecho? ¿Cuántas, a pesar de la lactancia artificial, se hacen cargo de todo el trabajo de cuidados del bebé? ¿Cuántas, independientemente de si dan el «bibe» o la teta, sienten que no llegan a todo? A la vez, dar la teta no tiene por qué implicar asumir la crianza en solitario, si tienes quien te acompañe para realizar el resto de tareas de cuidado. Amamantar no significa quedarse encerrada en casa, y aún menos si cuentas con una red de relaciones sociales y apoyo mutuo.

Hacerse cargo de un bebé es siempre agotador, al margen del tipo de lactancia. Así es el cuidado de un ser totalmente dependiente. Igual de sacrificado puede ser dar el biberón que dar el pecho si no tienes el apoyo necesario. No me parece que la crianza fuese más igualitaria para la generación de mi madre, cuando se imponía la lactancia artificial, sino al contrario.[641] Ni el biberón ni la teta *per se* nos harán libres.

[628] Young, I. M., *Justice and the Politics of Difference*, Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press, 1990.

[629] Ward, J. D., *La Leche League: At the crossroads of medicine, feminism, and religion*, Chapel Hill, Carolina del Norte: University of North Carolina at Chapel Hill Press, 2000; Livingston, T., «*No Bottles, No Pacies» and No Cupcakes: A Feminist Analysis of Motherhood in La Leche League*, tesis doctoral, University of North Carolina at Chapel Hill, 2011.

[630] Van Esterik, P., *op. cit.*, 1989.

[631] La Liga de la Leche España, «La Liga de la Leche», *Laligadelaleche.es*, 2016. Disponible en: <http://www.laligadelaleche.es/lll/index.htm>.

[632] Massó, E., «Lactivismo contemporáneo en España: ¿una nueva marea sociopolítica?», *Journal of Spanish Cultural Studies* 16 (2), 2015, pp. 193-213; Ward, J. D., *op. cit.*, 2000.

[633] El Parto es Nuestro, «No estamos en guerra: sobre sororidad y la unión entre mujeres», *Elpartoesnuestro.es*, 13 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2018/07/13/no-estamos-en-guerra-sobre-sororidad-y-la-unionentre-mujeres>.

[634] Olza, I., D. Ruiz-Berdún y S. Villarrea, *op. cit.*, 2017.

[635] Stuart-Macadam, P., «Biocultural Perspectives on Breastfeeding», en Stuart-Macadam, P. y K. A. Dettwyler (eds.), *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, Nueva York: Aldine De Gruyter Press, 1995; Hausman, B. L., *op. cit.*, 2014 (2003).

[636] La lactancia en tandem se produce cuando una mujer que da el pecho a una criatura, da luz a otra y amamanta de manera simultánea a las dos.

[637] Massó, E., *op. cit.*, 2015.

[638] Livingston, T., *op. cit.*, 2011.

[639] Galtry, J., «Suckling and Silence in the USA: The Costs and Benefits of Breastfeeding», *Feminist Economics* 3 (3), 1997, pp. 1-24.

[640] Wolf, J. H., *op. cit.*, 2008.

[641] Babiker, S., «Un debate abierto. "Lactancia Materna: Política e Identidad"», *Ctxt.es*, 10 de julio de 2018. Disponible en: <http://ctxt.es/es/20180627/Politica/20489/Sarah-Babiker-Beatriz-Gimeno-feminismo-Lactancia-Materna-Politica-e-Identidad.htm>.

Índice

[Portada](#)

[Mamá desobediente](#)

[Introducción](#)

[Parte I. Maternidades en disputa](#)

[01. Incertidumbres](#)

[02. Maternidad\(es\)](#)

[03. Un destino ineludible](#)

[04. Odio y amor a la madre](#)

[Parte II. Mi parto es mío](#)

[05. Nos han robado el parto](#)

[06. Violencia obstétrica](#)

[07. Los profesionales, en el punto de mira](#)

[08. Por un parto respetado](#)

[09. Morir antes de nacer](#)

[Parte III. La teta es la leche](#)

[10. El negocio del biberón](#)

[11. Las virtudes de la leche materna](#)

[12. Lactancia prohibida](#)

[13. Sacar la teta del armario](#)

[Sobre este libro](#)

[Sobre Esther Vivas](#)

[Créditos](#)

Mamá desobediente



Ser madre no es una tarea fácil. Vivimos en una sociedad hostil a la maternidad. No es sencillo quedarte embarazada, tener un parto respetado, dar de mamar donde y cuando quieres, compaginar la crianza y el empleo.

Todo el mundo se cree que puede juzgarte. Parece que tenemos que escoger entre una maternidad neoliberal supeditada al mercado o una maternidad patriarcal sacrificada. Pero ¿dónde queda nuestro derecho a vivir sin imposiciones la experiencia materna? Si tomamos el principio feminista de que lo personal es político, el reto consiste en politizar la maternidad en sentido emancipador. No se trata de idealizarla, sino de reconocer su papel fundamental en la reproducción social, otorgarle el valor que le corresponde. Una vez las mujeres hemos acabado con la maternidad como destino, toca poder decidir cómo queremos vivirla.

En este libro, Esther Vivas habla de temas invisibles como la infertilidad, el embarazo, la pérdida gestacional, el parto, la violencia obstétrica, el puerperio, la lactancia, el negocio del biberón... Lo hace a través del ensayo, la literatura y su experiencia personal. Una mirada feminista y desobediente a la maternidad.

Licenciada en Periodismo y Máster en Sociología, desde que **Esther Vivas** se convirtió en madre ha escrito numerosos artículos sobre maternidades, parto y lactancia. Es autora y coautora de diversos libros sobre sistema agroalimentario y movimientos sociales, entre ellos *El negocio de la comida* (2014), *Planeta indignado* (2012), *En pie contra la deuda externa* (2008) o *Supermercados, no gracias* (2007). Colabora como analista política en varios medios de comunicación, forma parte del consejo asesor de la revista *Viento Sur* y fue galardonada en 2015 con un Premio Biocultura al periodismo comprometido con la ecología.

Twitter: @esthervivas

Instagram: @esthervivasesteve

Facebook: facebook.com/esthervivasesteve

Web: esthervivas.com

© Del libro: Esther Vivas

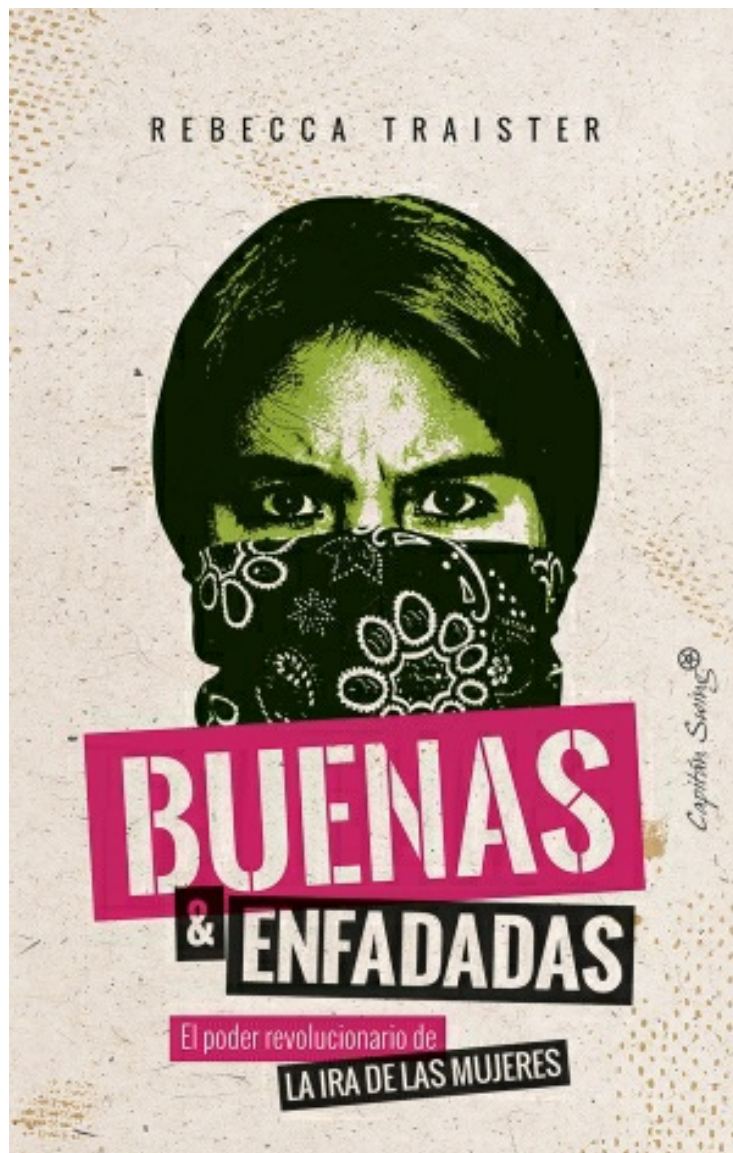
Edición en ebook: abril de 2019

© Capitán Swing Libros, S. L.
c/ Rafael Finat 58, 2º 4 - 28044 Madrid
Tlf: (+34) 630 022 531
28044 Madrid (España)
contacto@capitanswing.com
www.capitanswing.com

ISBN: 978-84-949879-8-4

Diseño de colección: Filo Estudio - www.filoestudio.com
Corrección ortotipográfica: Victoria Parra Ortiz
Composición digital: leerendigital.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



Buenas y enfadadas

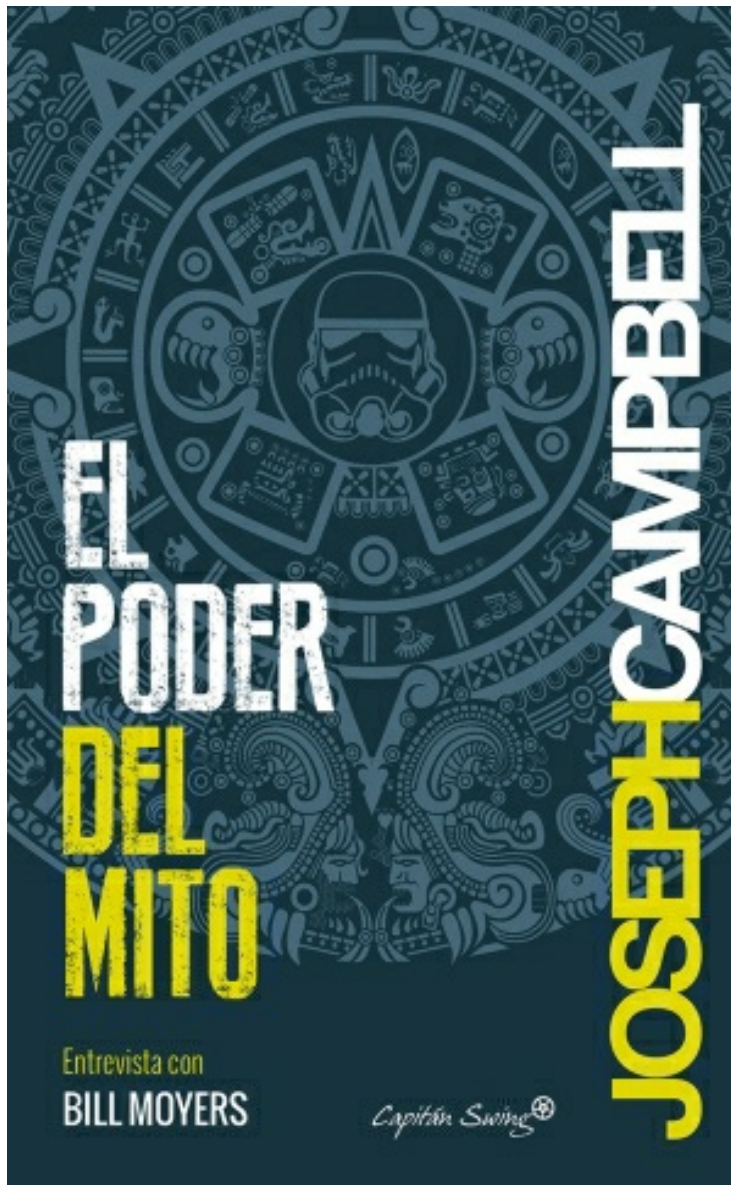
Traister, Rebecca
9788412030037
368 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Traister rastrea la historia de la ira femenina como combustible político, desde sufragistas que marchan en la Casa Blanca hasta empleadas de oficinas que abandonan sus edificios después de que Clarence Thomas fuera confirmado ante el

Tribunal Supremo. Explora esta ira tanto con los hombres como con otras mujeres; la ira entre aliados y enemigos ideológicos; las diversas formas en que se percibe la ira en función de su dueño, la historia de la caricatura y deslegitimación de la ira femenina y la forma en que su furia colectiva se ha convertido en un combustible político transformador, como ocurre en la actualidad. Ella deconstruye la condena de la sociedad (y los medios de comunicación) a la emoción femenina (en particular, la rabia) y el impacto de sus repercusiones resultantes.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



El poder del mito

Campbell, Joseph

9788494645280

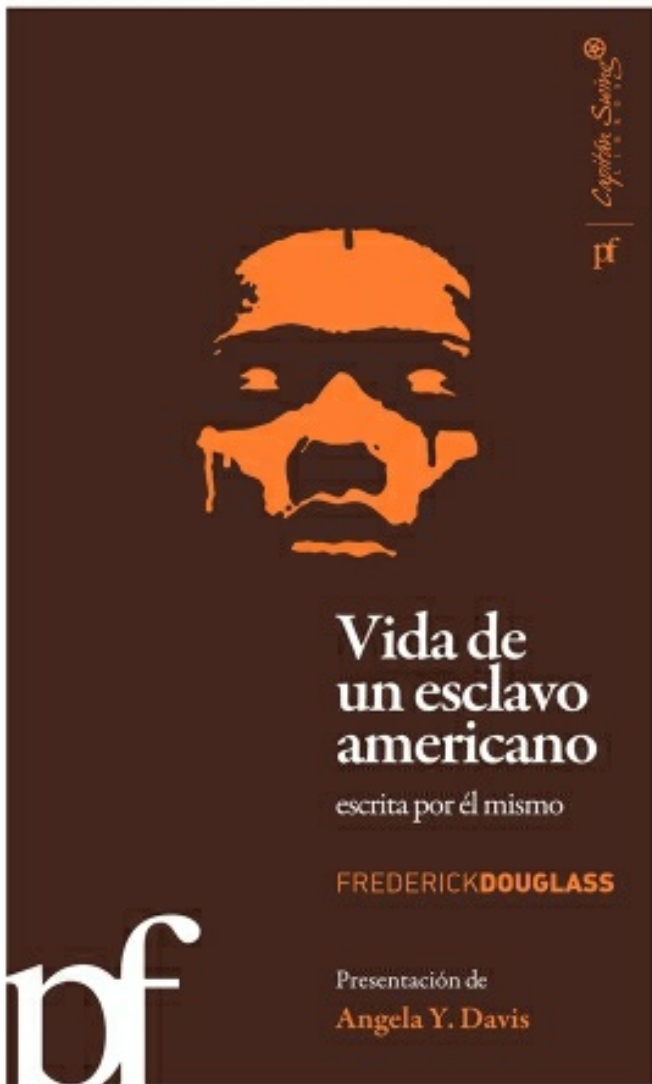
300 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Qué tienen en común el Quijote, John Lennon, Buda, Ulises, el papa, el rey Arturo y La guerra de las galaxias? Para Joseph Campbell, el mito es un instrumento

fundamental para interpretar la realidad, enriquecer la experiencia vital y comprender los oscuros y aterradores abismos de la existencia humana, y es también la semilla de las religiones, que emplean distintas metáforas para explicar lo inexplicable. En este diálogo con el periodista Bill Moyers, Campbell intenta entender el pasado y esclarecer el presente por medio de la mitología, sintetizando así los principales postulados de su pensamiento. "El poder del mito" toca temas que van desde el matrimonio moderno a los nacimientos virginales, de Jesús a John Lennon; una amplia gama de temas considerados en conjunto para identificar la universalidad de la experiencia humana a través del tiempo y la cultura. En sus páginas se revela cómo los temas y símbolos, los arquetipos mitológicos, religiosos y psicológicos de las antiguas narraciones continúan dando significado al nacimiento, la muerte, el amor y la guerra. Los símbolos de la mitología y la leyenda están a nuestro alrededor, incrustados en el tejido de nuestra vida cotidiana, y los diálogos entre Moyers y Campbell son una guía imprescindible para reconocer y comprender su significado.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Vida de un esclavo americano escrita por el mismo

Douglass, Frederick
9788412042658
200 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

La narración de la Vida de Frederick Douglass fue un best-seller desde su publicación en 1845. El autor describe su recorrido vital como esclavo desde una plantación de Maryland hasta su aclamada fuga a Massachussets en 1838, donde se convirtió en un

ardiente abolicionista y un valiente defensor de los derechos de la mujer. Apasionadamente escrito, a menudo usando el golpe de imágenes bíblicas, nos encontramos ante uno de los máximos exponentes de las denominadas "narraciones de esclavos"; un texto impresionante no sólo por su valor histórico y testimonial, sino por su acertado análisis de las relaciones entre amos y esclavos y por su indiscutible consistencia literaria.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



El chico al que criaron como un perro

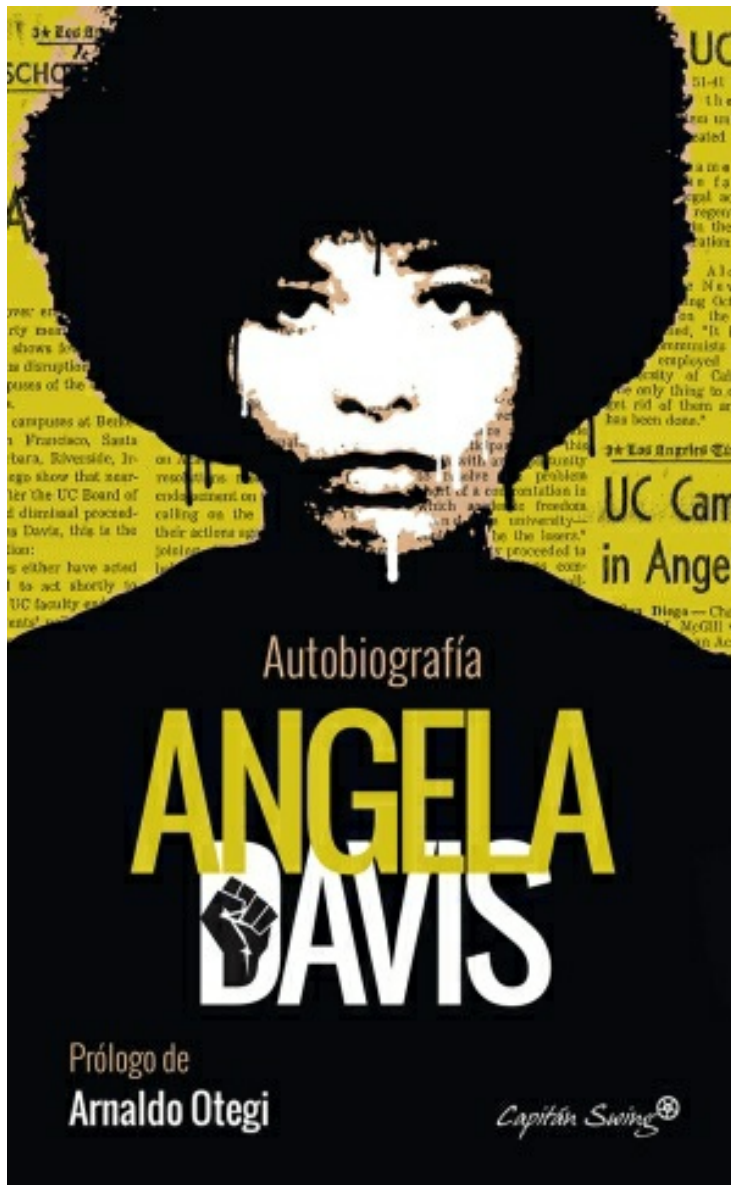
Perry, Bruce
9788494673740
300 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Qué pasa cuando se traumatiza un cerebro joven? ¿Cómo afecta el terror, el abuso o un desastre en la mente de un niño? El psiquiatra infantil Bruce Perry ha ayudado a

muchos niños a superar horrores inimaginables: supervivientes de genocidios, testigos de asesinato, adolescentes secuestrados y víctimas de violencia familiar. Mediante la observación de estas historias de trauma a través de la lente de la ciencia, Perry nos revela la asombrosa capacidad del cerebro para la curación. Combinando las historias de casos inolvidables con sus propias estrategias de rehabilitación, explica lo que ocurre exactamente en el cerebro de un niño expuesto a un estrés extremo y propone diferentes medidas que se pueden tomar para aliviar su dolor, ayudándole a crecer como un adulto sano. A través de las historias de niños que se han recuperado física, mental y emocionalmente de las circunstancias más devastadoras, el autor expone cómo las cosas más simples —el entorno, el afecto, el lenguaje, el contacto, etc.— pueden influir profundamente, para bien o para mal, en un cerebro en desarrollo. En este interesante documento, Bruce Perry demuestra que solo cuando entendamos la ciencia de la mente podremos tener la esperanza de curar el espíritu de casi cualquier niño, incluso el más afectado.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Angela Davis

Davis, Angela
9788494673719
400 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Publicada en 1974 y escrita cuando tenía 28 años, la autobiografía de Angela Davis es una radiografía fundamental de las luchas sociales en Estados Unidos durante los años

sesenta y setenta, periodo en el que se convirtió en un icono del Movimiento de Liberación Negro. En sus páginas, Davis expone el punto de vista de una militante afroamericana y su particular visión del movimiento negro y el feminismo, en uno de los momentos más efervescentes de la historia política reciente, cuando el imperialismo norteamericano estaba a la defensiva tanto en el exterior (Vietnam, frentes de liberación, etc.) como en el interior. Fue en este periodo cuando fue perseguida y encarcelada por diversas autoridades, falsamente acusada de secuestro, conspiración y asesinato. Más que ideas abstractas, teorías o ejercicios intelectuales triviales, lo que encontramos en este volumen es una profunda preocupación por la dignidad de la gente, en un momento histórico en el que la lucha por estos valores se libraba a vida o muerte. Y Davis luchó por la vida de muchos como si fuera por la suya propia.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Esther Vivas

Mamá desobediente

Una mirada feminista a
la maternidad

2a
edición



Capitán Swing®