

Maternidad en el siglo XXI: Salud Primal y Maternaje

CONSUELO CATALA

La ponencia que voy a desarrollar en este XVI SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN de la RED-CAPS, *Hablemos Otra Vez De Maternidad*, quisiera abordarla desde la reflexión de la vivencia de la maternidad en escenarios, en este siglo XXI, impensables hace no tantos años.

Voy a circunscribirme a los aspectos relacionados con la salud, y por tanto con el bienestar, aunque es evidente que hay un gran debate pendiente sobre el significado de la maternidad en este siglo, y de las implicaciones que tiene para las mujeres (y los hombres) y los derechos de ciudadanía.

De ahí, las palabras *Salud Primal y Maternaje*.

En estos momentos, y en los nuevos escenarios, tenemos más posibilidades que nunca, de introducir elementos saludables (y por tanto de placer) en el ámbito de la vivencia de la maternidad así como que también, en estos nuevos escenarios es cada vez mayor el número de personas, mujeres y hombres, implicadas de manera directa en el hecho maternal.

La maternidad como valor social es la línea que atraviesa la concreción de los derechos de maternidad en las sociedades democráticas. Pues bien, en estos momentos, el avance científico y de investigación en el área de la reproducción, debe favorecer ese valor social de manera directa a través de la introducción de las prácticas de maternaje en la vivencia de la maternidad. De ahí la importancia, desde mi punto de vista, de iniciar esta reflexión.

Para ello voy a hacer un pequeño recorrido para contextualizar, a mi modo de ver, en qué lugar estamos y cómo se puede encardinar Salud Primal /Maternaje y derechos de maternidad en este siglo XXI.

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

Creo que de una manera u otra en este foro he desarrollado los dos grandes paradigmas, que a mi entender significan el inicio del camino que contextualiza el reconocimiento del derecho a decidir sobre la salud de las personas, y por tanto de las mujeres.... (El reconocimiento de la Autoridad de las mujeres y por tanto a decidir sobre su salud y su vida), introduciendo un tercero.

El primer cambio de paradigma se produce a raíz de la definición de Salud como Bienestar por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946, que obliga –en el ámbito de la prestación sanitaria– a que los pilares de atención de la salud a la población sean la salud pública y la epidemiología.

Por tanto, estamos hablando de una salud pública cuyos pilares tienen en cuenta la autonomía de profesionales no médicos, introduciendo el equipo multidisciplinar, así como la participación de la población en general. En el ámbito de las mujeres, más específicamente, se introduce el análisis de género, dándoles visibilidad no sólo biológicamente sino también socialmente a partir de tareas y funciones realizadas tanto en el ámbito privado como comunitario. Es tal la importancia de la nueva definición de salud que incluso acuña el modelo de sociedad democrática al que se aspira, que no es otro que el Estado/Sociedad del Bienestar, en el ámbito económico, social y político.

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

El descubrimiento de la píldora anticonceptiva ha tenido tres implicaciones a distintos niveles:

A nivel de salud, introduce por primera vez la prestación dirigida a personas sanas y el concepto saludable de la sexualidad, así como la autonomía profesional de la enfermería y de otras disciplinas en el ámbito de la salud. Establece la participación y decisión de la usuaria/pareja como elemento saludable y liberador en la prestación de la anticoncepción. Por

tanto, lleva por primera vez a la práctica el término de salud como bienestar y fue un precedente del concepto de “Atención Primaria de Salud” definido en la Conferencia de Alma-Ata (1948).

A *nivel de las mujeres*, el poder desvincularse del único destino social a que estaban abocadas por razón de su sexo, significó el inicio de la liberación de la mujer. Además, permitió desenmascarar –tanto desde la evidencia científica como la exclusivamente ideológica– las bases sobre las que la medicina había construido la inferioridad y expropiación del cuerpo femenino. Y por ello, posibilitó *de facto* la vivencia del cuerpo de la mujer como fuente de salud, de placer y de vida a través de la sexualidad como vivencia saludable, y de la maternidad como opción vital libre y consciente. Todo ello ha tenido gran trascendencia, no sólo para las mujeres, sino para sus hijas e hijos y para el Bienestar entendido como Felicidad, tanto a nivel individual como de la comunidad.

En el *ámbito político y democrático*, inicia el camino de la concreción de los derechos en el área de la sexualidad y de la reproducción (Conferencia de El Cairo en 1994). El reconocimiento de la autoridad de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sobre sus vidas, junto a la obligatoriedad de garantizar mediante políticas públicas las prestaciones de planificación familiar y de derechos reproductivos, incluida la interrupción voluntaria del embarazo, fueron paralelos al desarrollo democrático de la sociedad. Asimismo, el trayecto recorrido de incorporación de las mujeres a la educación y al ámbito público, ha puesto sobre el tapete la necesidad urgente de formular un nuevo “contrato social” entre mujeres y hombres. En él, la reivindicación del movimiento feminista acerca de “lo personal es político” cobra vigencia y urgencia ante el desequilibrio entre mujeres y hombres en relación a las tareas y obligaciones en el ámbito privado y público.

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

deseo de maternidad biológica por parte de mujeres con opciones sexuales no coitales y/o varones que comparten este deseo.

Y ello no es una utopía, sino que es posible y accesible. Además, con una gran aceptación social, tanto por parte de las/los usuarios de estas técnicas como por la de los profesionales que las practican (al contrario que las Interrupciones Voluntarias del Embarazo, IVE). Se abre pues un abanico –impensable hace pocos años– de personas que pueden optar a la maternidad biológica, empezando por obviar el llamado “reloj biológico”. Desde parejas, ya sean de hombres o de mujeres homosexuales que pueden recurrir a un “vientre de alquiler”

-aunque en nuestro país no esté legalizado-, a las familias *monparentales* formadas por mujeres y hombres sin pareja, que desean descendencia. Además, dando lugar a nuevas demandas en relación a los “derechos sexuales y reproductivos”, pues se plantean nuevas prestaciones en el acceso a las técnicas de reproducción (fecundación in vitro, maternidad subrogada, etc.) y nuevos derechos de los hijos e hijas –sin distinción de cómo han sido concebidos, ni en qué tipo de familia se integran–, así como nuevos derechos en el ámbito laboral y social.

Situando los dos primeros paradigmas en el siglo XX y el tercero en el siglo XXI, podemos concluir que en el tercer paradigma aparece un *nuevo denominador*, *el coito ya no es el único y exclusivo acto* que posibilita la reproducción de la especie; pero *se mantiene un denominador común en los tres paradigmas*, el poder de la reproducción de la especie sigue pasando *por el cuerpo de las mujeres*.

2.- Las Nuevas Tecnologías Reproductivas y la Salud Primal

En la actualidad, la práctica médica, en relación al DESEO de maternidad consciente, que incluya el proceso biológico, de opciones sexuales no coitales y de varones, está en condiciones de resolver esa demanda. Y lo está por el avance que se ha producido en la investigación en el área de la reproducción y que se ha reflejado a nivel legal y social.

Una investigación cuya rama más conocida, divulgada y practicada son las incluidas en lo que se denomina Nuevas Técnicas de Reproducción Asistida.

Las Nuevas Tecnologías Reproductivas abarcan un abanico de técnicas que van de un menor a un mayor intervencionismo médico, y la mayoría de éstas suponen para las mujeres una importante medicalización para lograr la gestación.

En 2006 en nuestro país, con la aprobación de *la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*, se tiene un marco legal propio. En donde solo la mujer puede ser usuaria o receptora con independencia de su estado civil y orientación sexual.

El Informe: *Desarrollo de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para técnicas de reproducción humana asistida*, publicado en 2006 por Ministerio de Sanidad es una aproximación, solo en el ámbito de la sanidad pública, a una realidad en aumento (demanda de NTR) y en donde se explicita:

La mayoría de las comunidades españolas declararon tener lista de espera durante el 2006. Casi todas las comunidades han establecido un límite de edad para el acceso a los tratamientos que se situó en 40 años en el 58% (7/12) y en 38-39 años en el 42% (5/12). Todas indicaron limitar el número de ciclos por paciente (rango 2-3 ciclos).

Los criterios considerados en todas las instituciones han sido los siguientes: edad materna, diagnóstico documentado de infertilidad, límite de ciclos, duración de la infertilidad, número de hijos/esterilidad primaria sobre secundaria. En cambio, la adherencia al tratamiento, hidrosálpinx, mujeres solteras y parejas del mismo sexo sólo son considerados por una institución.

De la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida prevista en la Ley anteriormente citada, depende el Registro de Centros de Reproducción Humana Asistida. Según este registro, en nuestro país están autorizados un total de 379 centros de los cuales 98 pertenecen a la red sanitaria pública y los 281 restantes a centros privados. Es decir la

demanda de estas NTR se resuelve el 26 % en Hospitales Públicos y el 74% en la privada.

Pero también de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida depende un Registro de actividades. Este último no contiene ninguna información (última entrada en la WEB el 20 de enero de 2015).

El marco de las NTR por definición son marcos hipermedicalizados, y aunque las mujeres y/o parejas que acceden a estas técnicas en la sanidad pública, y su seguimiento de embarazo es llevado en Atención Primaria (donde acceden a la información de la atención al parto natural), en general las usuarias de dichas técnicas incorporan de forma natural, *la cesárea* como forma de finalización del tratamiento médico al que han sido sometidas para poder gestar. Y teniendo en cuenta los criterios restrictivos para los programas FIV de la pública y que es la sanidad privada quien absorbe el mayor número de demanda, el índice de cesáreas se dispara. En el artículo publicado en 2013 en la Revista Actualidad Médica por los integrantes de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital de Torrecárdenas en Almería (hospital público) los datos referidos a las características de los recién nacidos únicos por fecundación natural y por fecundación in vitro hablan de 51% de partos por cesáreas de los gestados por fecundación in vitro, frente al 23 % de fecundación natural.

Pero en el avance de la investigación en esta misma área, hay otra rama menos conocida y por supuesto menos divulgada y practicada, que son las que se desarrollan alrededor del concepto de la Salud Primal.

La Salud Primal postula, desde la evidencia científica, la importancia que tiene el periodo Primal -que incluye la vida fetal, el periodo perinatal y el año siguiente al nacimiento-, para la maduración del sistema de adaptación básico, que marcará nuestra salud futura. Es la Salud primera en importancia y primera en el tiempo. Es la salud del sistema psico-neuro-inmuno-endocrino.

De ahí la necesidad de preservar y cuidar la salud desde el periodo prenatal, poniendo el acento en una atención fisiológica al parto y al nacimiento, y la crianza.

En donde se valoran al parto y al nacimiento como actos de la esfera sexual, y por tanto la importancia de respetar parámetros propios del acto sexual, que comparten: la intimidad, el respeto al ritmo personal, la seguridad o la libertad de movimientos; todos ellos necesarios para potenciar el cóctel hormonal fundamental para el buen desarrollo del citado sistema de adaptación.

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

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

Y así, la OMS ha ido concretando prácticas basadas, tanto en dichas investigaciones como en las evidencias que las mujeres reivindicaban en torno a la atención al parto, al nacimiento y a la crianza desde una visión integral y holística. Así, en 1985 la OMS aprueba en Fortaleza (Brasil) La Declaración de los Derechos de la mujer embarazada y el bebé; y en 1999, aprueba la Guía del Parto Normal que ya clasifica las prácticas médicas en torno a la atención al parto en cuatro categorías según la medicina basada en la evidencia, y que en nuestro país, *se supone* que tuvo su traslado en la puesta en práctica de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Ministerio de Sanidad en 2007.

A su vez, en relación a la lactancia materna, también ha ido desarrollando guías y programas específicos, que se han visto reflejados en mayor o en menor medida en las legislaciones referentes, tanto en los derechos de salud, como en derechos laborales para las mujeres.

Igualmente la OMS, junto a Unicef y otros organismos, han puesto en marcha iniciativas específicas como la de Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, (antes

denominada Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, IHAN), que anteriormente solo estaba dirigida a los Hospitales y Maternidades que asistían partos y nacimientos y que desde hace unos años existe también para los Centros de Salud de Atención Primaria, Centros de Salud IHANL (CS-IHANL).

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

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

El tema de los vientres de alquiler tiene muchos puntos de reflexión y debate. Aquí lo único que quiero resaltar es, que es posible introducir parámetros saludables, sea el escenario que sea, en esas maternidades siglo XXI.

3.- Maternaje.

Carmen Magallón define el maternaje como, *El aprendizaje social de mujeres y hombres en torno al:*

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

Si a esta definición se une que a nivel práctico, es posible entrar de lleno en el hecho maternal, que incluye el proceso biológico de la reproducción a mujeres y hombres hasta ahora proscritos por sus opciones sexuales no coitales o por sus enfermedades, es evidente que

aumenta la necesidad del maternaje como práctica social, y que éste debe plantearse en todos los escenarios a los que estamos asistiendo en este siglo.

Unas prácticas que pasan por desarrollar y potenciar figuras como “*las madres de leche*”. Potenciar el apego y el vínculo en las primeras horas de vida del bebé. Promocionar los grupos de apoyo a la lactancia, a la crianza y a la maternidad. Rediseñar los “*bancos de leche*”, más allá del uso en la enfermedad y/o las urgencias. Y por supuesto favorecer un parto y un nacimiento natural, fisiológico, sin violencia.

Es empezar a plantear alternativas en el marco de la Salud/Bienestar, que supongan una mejora para la crianza de las hijas/os, sin distinción de la forma en la que han sido concebidos o gestados; o del tipo de familia de la que forman parte.

Al igual que el matrimonio homosexual equipara los derechos de las personas sin distinción de su opción sexual, las prácticas de maternaje social deben favorecer el bienestar de los bebés y la normalización social de sus familias.

Teniendo claro que cualquiera de las prácticas de maternaje que se desarrollen, deben partir de la premisa de la Libre Decisión de la Mujer.

Unas prácticas de maternaje, que en el marco del Estado de Bienestar, se traduzcan a su vez en derechos de ciudadanía (ampliación de permisos maternales/permisos parentales/permisos de cuidados/ acceso a NTR).

EPILOGO: ¿desde dónde hablo?

Desde el feminismo como teoría y práctica política.

Desde la distinción entre maternidad y experiencia de maternidad.

Desde la práctica desarrollada en la atención profesional de partos y nacimientos sin violencia desde el año 1978 (Declaración de Fortaleza de la OMS.1985). En 1989 redactamos el Primer Plan de Partos.

Desde la práctica desarrollada en la atención profesional en la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) desde 1977 (despenalización parcial en 1985) hasta hoy. Desde la ilegalidad (en las casas) hasta la legalidad (clínicas autorizadas).

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

Consuelo Catalá Pérez.

Barcelona. Octubre 2014